

# **Tandvårdsreformen i Uppsala län**

## **- en lägesbeskrivning**



Marianne Winqvist  
FoU äldre

**FoU-rapport**  
**2/2007**



## **Förord**

Den 1 januari 1999 reformerades det statliga stödet till tandvård för vuxna. Landstingen fick ett utökat ansvar för att bedriva uppsökande verksamhet för munhälsobedömningar bland funktionshindrade och äldre med stora och omfattande omvårdnadsbehov. Men också svara för att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med avgifter som för öppen hälso- och sjukvård, vilket även innebär ett högkostnadsskydd.

I Uppsala län har landstinget försökt finna former för att administrera reformen i samverkan med kommunerna. Samarbete mellan kommunerna, landstinget och tandvårdsutförarna är en nödvändig förutsättning för att den uppsökande verksamheten med munhälsobedömningar ska fungera och för att den enskilde ska få intyg utfärdat, som ger rätt till nödvändig tandvård.

Då det framkommit svårigheter att fullt ut förverkliga reformen så fick FoU äldre i maj 2005 i uppdrag av styrgruppen för FoU-verksamheten att kartlägga processen och kommunernas och landstinget förutsättningar för att tillsammans genomföra reformen. Studien har genomförts av fil dr Marianne Winqvist, vetenskaplig handledare vid FoU, Regionförbundet Uppsala län.

Uppsala i februari 2007

FoU äldre  
Regionförbundet Uppsala län



<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>17</b>
Om tandvårdsreformen .....	17
Socialstyrelsens utvärdering .....	19
<b>Tandvårdsreformen i Uppsala län</b> .....	<b>20</b>
Studiens genomförande.....	21
Utvecklingsarbetet inom ramen för tandvårdsreformen .....	22
Hur arbetet utifrån tandvårdsreformen går till idag .....	25
Utfärdande av underlag för tandvårdsintyg .....	25
Munhälsobedömningen.....	28
Utbildning av omsorgspersonal .....	30
Rollen som kontaktperson.....	36
Vad ingår i uppdraget?.....	38
<b>Utmaningar i arbetet med tandvårdsreformen</b> .....	<b>44</b>
Att nå ut med reformen .....	44
Att nå ut till allmänheten.....	45
Att nå ut till de berörda målgrupperna.....	47
De som tackar nej.....	50
Uppföljning.....	54
Tolkningssvårigheter.....	57
Var hör mun- och tandhälsan hemma? .....	61
Var hör tänderna hemma i den kommunala organisationen?.....	62
<b>Sammanfattande reflektioner om samverkan inom ramen för tandvårdsreformen; nu och i framtiden</b> .....	<b>65</b>
Möten mellan landsting och kommuner .....	66
Möten mellan kommuner och tandvårdsutförare .....	67
Möten inom de egna verksamheterna .....	68
<b>Referenser</b> .....	<b>71</b>
<b>Bilaga 1. Intervjuteaman</b> .....	<b>72</b>



## Sammanfattning

Den 1 januari 1999 reformerades det statliga stödet till tandvård för vuxna. Landstingen fick ett utökat ansvar för att bedriva uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsa bland vissa sjuka, äldre och funktionshindrade samt svara för att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av att nämnda tandvårdsreform kräver stor samverkan mellan bland andra landsting och kommuner och att erfarenheterna från detta samarbete och utvecklingsarbete kan vara av värde att dokumentera har en kartläggning genomförts med syftet att samla in erfarenheter som finns inom länets kommuner och landstinget om hur verksamheten inom ramen för tandvårdsreformen fungerar. För att belysa förutsättningarna för arbetet utifrån reformen har en intervjuundersökning gjorts med deltagarna i ett länsövergripande nätverk i tandvårdsfrågor. Kontaktpersonerna i detta nätverk representerar kommunerna och de verksamheter inom landstinget som är berörda av tandfrågorna inom ramen för tandvårdsreformen. En förhoppning med studien är att finna uppslag till möjliga sätt att utveckla verksamheten på.

Kontaktpersonerna är tolv till antalet. Bland kontaktpersonerna återfanns vid tiden för intervjuernas genomförande fem medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), fyra chefer för myndighetsutövning (biståndsenheter), en sjuksköterska i stabsfunktion, en rehabsamordnare samt en LSS handläggare/samordnare. Även den tjänsteman som har som uppgift att på landstinget effektivisera administrationen kring tandvårdsreformen intervjuades.

Intervjuerna, vilka var ostrukturerade (öppna), men tematiserade behandlar kontaktpersonernas roll i tandvårdsarbetet, hur arbetet utifrån reformen går till i praktiken, samarbetet/samverkan mellan kommunerna, landsting, primärvård, psykiatri och tandvårdsutförarna, tolkningar gällande personkretsen, uppföljning, information och feedback samt utbildningen av omsorgspersonal.

Kontaktpersonerna kan sägas utgöra kontaktlänken mellan landstingets, på mer central nivå, och den egna organisationens ansvar när det gäller arbetet med tandvårdsreformen. Uppgifter som kontaktpersonerna beskriver som centrala är att föra in information till den egna organisationen om reformen och att inom den egna organisationen fungera som "expert" och rådgivare när det gäller tolknings- och procedurfrågor. Det finns inte några explicita beskrivningar eller detaljerade riktlinjer för vad kontaktpersonerna skall göra, utan de har utformat sina roller utifrån egna och organisationernas förutsättningar.

### Om tandvårdsreformen

I Meddelandebladet (Socialstyrelsen, 2004, sid. 1) framgår att "uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsan skall bedrivas bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller

2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna enligt punkterna 1-2 ovan.

För grupperna 1-3 gäller att de skall ha ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Med omfattande insatser menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet d.v.s. minst 3 ggr/dygn samt tillsyn under natten. Detta skall gälla oavsett vem som genomför omvårdnaden. Även vård och omsorg som ges av närstående skall ingå i bedömningen av omfattningen (prop. 1997/98:112). Med varaktighet menas ett behov som förväntas kvarstå minst ett år.

Personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har redan bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Någon ytterligare bedömning av dessa personers vård- och omsorgsinsatser skall därför inte ske utan kommunens beslut att individen omfattas av bestämmelserna i lagen är bindande.

Till grupperna 1-3 bör även inräknas de personer som, oavsett boendeform, har en psykossjukdom eller en annan psykisk störning och som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav (prop. 1997/98:112).

Den som kan få avgiftsfri uppsökande verksamhet kan också få nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård (SFS 1985:125).”

Personer som har identifierats och bedömts tillhöra personkretsen får ett tandvårdsintyg utfärdat av landstinget. För att tandvårdsreformens intentioner skall kunna uppfyllas måste kommunerna, primärvården och psykiatrin hjälpa till med att identifiera de personer som tillhör personkretsen och informera berörda personer om möjligheterna till munhälsobedömning och den nödvändiga tandvården. Det åligger också arbetsgivaren att se till att berörd omvårdnadspersonal närvarar vid munhälsobedömningarna samt får ta del av den handledning/utbildning som tandvårdspersonalen ger.

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av landstingets uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen. Socialstyrelsen (2006) avger bedömningen att det är otillfredsställande att verksamheten inte har nått en större omfattning efter sex år. År 2004 fick i riket 49 procent av det skattade antalet personer i personkretsen uppsökande verksamhet med munhälsobedömning. Motsvarande siffra för Uppsala läns landsting är 38 procent. För riket i sin helhet gällde också att 40 procent över huvudtaget inte har erbjudits någon munhälsobedömning.

### **Tandvårdsreformen i Uppsala län**

I mars 2004 kom Socialstyrelsen med direktiv som tydliggjorde regelverket. I samband med att samarbetet med kommunerna startade så bestämdes på landstinget att alla tidigare utfärdade tandvårdsintyg skulle omprövas. Det innebar för kommunernas del att de var tvungna att undersöka behoven och utfärda intygsunderlag för samtliga kommuninnevånare som var berättigade till detta.

Utgångspunkten för arbetet med tandvårdsreformen är att de personer som är berättigade till förmånerna skall identifieras och tillfrågas om de vill ha en munhälsobedömning och informeras om rätten till nödvändig tandvård. Eftersom reformen innefattar flera olika målgrupper och inom äldreområdet till exempel även de som har ett stort omsorgs- eller vårdbehov, men som kanske inte har någon formell äldreomsorg är det viktigt att alla som är verksamma inom berörda verksamheter känner till reformen och kan vara observanta på vilka personer som har rätt till ett tandvårdsintyg. När en utifrån regelverket berättigad individ har identifierats utfärdar tjänstemän inom kommunerna eller landstingets psykiatriska verksamheter ett beslutsunderlag som skickas till landstinget centralt. Landstinget sänder sedan tandvårdsintyget till den adress som uppgivits i underlaget och informerar i aktuella fall tandvårdsutföraren om att en munhälsobedömning skall göras. För att få utfärdade intygsunderlag kräver landstinget att utfärdarna skall ha genomgått en tretimmars utbildning.

I kommunerna har diskussionerna varit många och ibland svåra om vem som skall ha rätt att utfärda intygsunderlag. Inom länets psykiatri är det kuratorer och sjuksköterskor som har samarbete med rehabklinikerna som är berättigade att utfärda intygsunderlag. I kommunerna har man löst frågan på olika sätt. När det gäller personkretsen som omfattas av LSS så är det oftast biståndshandläggare som utfärdar intygsunderlaget. För denna målgrupp gäller att de skall ha en insats enligt LSS beviljad för att få tandvårdsintyget. Även gällande de äldre kan biståndshandläggare vara utfärdare, men det förekommer också att sjuksköterskor och enhetschefer har denna möjlighet. I princip har alla äldre i särskilda boenden rätt till intyget vilket innebär att en del kommuner tycker att det är praktiskt att enhetscheferna har rätt att utfärda. Sjuksköterskor i hemvården och distriktssköterskor kan nå personer som inte har insatser från hemtjänsten. Detta är motivet till att dessa yrkeskategorier i vissa kommuner får utfärda intyg. I någon kommun har också anhörigrådgivaren denna rätt.

Hitintills i processen så har mycket av kontaktpersonernas arbete utgjorts av att skapa rutiner för att berörda målgrupper skall få tandvårdsintyg utfärdade. Nu har dessa rutiner ”satt sig” i kommunerna och landstinget och arbetet skulle på så sätt kunna sägas gå in i en andra fas där det gäller att bygga upp system för uppföljning och vidareutvecklingen av samverkan samt identifiering av de personer som man ännu inte lyckats nå ut till.

### **Munhälsobedömningen**

De personer som har tackat ja till den uppsökande verksamheten har rätt att få en enkel undersökning genomförd en gång per år, oftast utförd av en tandhygienist. Bedömningen genomförs i den undersöktes hem. Resultatet av undersökningen registreras i tandvårdsutförarens journalanteckningar samt på ett munvårdskort som lämnas kvar hos den undersökte. I de fall den undersökte själv sköter sin munvård får han/hon instruktioner och praktiska råd om bästa sätt att sköta sin munhygien. Om personen i fråga inte själv har möjlighet att sköta sina tänder och munhälsa får berörd personal/anhörig motsvarande handledning. Ett viktigt inslag i tandvårdsreformen är utbildningsmomenten för omsorgspersonalen. Detta kräver att någon i personalgruppen närvarar vid munhälsobedömningen.

Som det hitintills har fungerat ute i länets verksamheter så har tandvårdsutförarna (oftast tandhygienist på Folktandvården), efter att ha fått besked om att person finns som vill ha en munhälsobedömning, själva fått söka upp personerna i fråga och deras anhöriga eller berörd personal på särskilda boenden eller i hemtjänst för att komma överens om en tidpunkt för munhälsobedömningen. Det har förekommit svårigheter med att lokalisera personerna i fråga och med att samordna besöket tillsammans med berörd personal.

I en av kommunerna genomförs tanken att initiativet till att utföra munvårdsbedömningarna inte skall ligga på tandvårdsutförarna utan istället på personal i kommunerna. Chefer i särskilda boenden eller i hemtjänstdistrikt skulle utifrån detta sätt att tänka vara de som tar kontakt med tandvårdsutförarna och föreslår en tid för munhälsobedömningen då även en representant för personalen kan vara med. På Folktandvården har kontaktpersonen i nämnda kommun en samarbetspartner som har varit med och diskuterat den nya organisationen.

### **Utbildning av omsorgspersonal**

Utbildning av omsorgspersonal utgörs av att personalen skall ha handledning/utbildning i samband med de utförda munhälsobedömningarna, men även annan utbildning skall ges på landstingets uppdrag. Tandvården ansvarar för själva utbildningen, men kommunerna ansvarar för att berörd personal ges möjlighet att delta. I Uppsala läns landsting erbjuds berörd vårdpersonal en grundläggande teoretisk munvårdsutbildning om tre timmar samt en årlig uppföljande praktisk munvårdsutbildning om en timme (Landstinget i Uppsala län, 2004).

Landstingets statistik för år 2005 visar att andelen av de anställda som har fått den här utbildningen varierar mycket mellan de olika kommunerna (från 1,5 procent till 55 procent), men generellt sett är det små andelar av de anställda som har fått utbildning. Trots att all personal har rätt till årlig utbildning var det för år 2005 i fem av länets sju kommuner högst 15 procent av personalen som hade fått det (inkl. tretimmarsutbildningen) (Rollman, 2005).

Många av de intervjuade kontaktpersonerna anser att det finns ett stort behov av kontinuerlig utbildning inom området, inte minst på grund av den stora personalomsättningen och den stora andelen utbildad omsorgspersonal. Anledningar som framförs till varför utbildningarna har varit så få till antalet är att utbildningarna inte har kunnat ges på grund av svårigheter att sätta in vikarier i verksamheterna, att de har utgått på grund av sjukdom hos utbildaren och att cheferna inte i tillräckligt hög grad förstår vikten av att personalen skall behärska mun- och tandvården.

De intervjuade personerna definierar inte utbildningsfrågorna som sitt ansvarsområde som kontaktpersoner och kunskapen om vilka slags utbildningar som ges och i vilken omfattning, är låg. Motsvarande okunskap om omfattning och resultat gäller också utbildningsmomentet/handleddningen i samband med munhälsobedömningarna. De intervjuade anser att det är viktigt att personalen får detta stöd i sitt arbete, men tror också att personalen inte är medveten om att till munhälsobedömningen också är kopplad en utbildningsinsats för personalen.

## Att nå ut med reformen

Socialstyrelsen (2006) menar att det är otillfredsställande att inte verksamheten utifrån tandvårdsreformen har nått en större omfattning i landet. Andelen som aktivt har tackat nej till munhälsobedömning uppgår i landet till cirka elva procent. Andelen personer i Uppsala läns landsting av den skattade personkretsen som fick den *nödvändiga tandvården* uppgick år 2004 till 68 procent. Utifrån den statistik som landstinget förfogar över när det gäller andelen uppsökta personer i förhållande till den uppskattade mängden berättigade personer, varierar siffrorna mellan Uppsala läns kommuner för år 2005 från 29 procent till 51 procent.

Det är i dagsläget svårt att skatta hur många personer som ingår i målgrupperna. Hur många personer som har beviljade insatser enligt LSS känner vi till samt hur många platser som finns inom äldreboendena, men hur stor är till exempel omsättningen i äldreboendena per år? En målgrupp vars omfattning kan vara extra svår att uppskatta utgörs av de personer som inte är kända av kommunens omsorgsverksamheter, men där en anhörig hjälper och vårdar i stor omfattning. För att dessa personer skall få tillgång till den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården krävs att allmänheten är informerad om reformens existens och innehåll.

Kontaktpersonerna är överens om att tandvårdsreformens innehåll förmodligen inte är känt bland allmänheten, möjligen i vissa avgränsade grupper. Mer information behövs, framför allt för att kunna nå ut till de grupper som inte kommer i kontakt med någon omsorgs- eller psykiatriverksamhet. Frågan är vem som skall ansvara för detta.

När det gäller de äldre så är de allra flesta personer som bor på ett särskilt boende berättigade till ett tandvårdsintyg. Att nå ut till den målgruppen är med andra ord relativt enkelt, men det gäller att ha goda rutiner så att frågan om tandvårdsintyg väcks i samband med inflyttning till särskilt boende. För de äldre som bor kvar i sina ordinarie bostäder och har hjälp från hemtjänst och/eller hemsjukvård, gäller att omsorgs- vårdpersonalen, berörd sjuksköterska och/eller biståndshandläggare ser till att den äldre erbjuds förmånerna och att ett intygsunderlag blir utfärdat. Om personen ifråga har beviljade insatser från hemtjänsten kan frågan om tandvårdsintyg komma upp redan i samband med behovsutredningen. Detta kräver att samtliga biståndshandläggare har kunskap om reformen och att de lämnar över till en underlagsutfärdare i de fall biståndshandläggaren inte själv är det. För de äldre personer som endast har hemsjukvård gäller att det inom hemsjukvården skall finnas en person som kan utfärda intygsunderlag eller att hemsjukvårdspersonalen informerar underlagsutfärdare om att det finns en berättigad person.

Den svåraste omständigheten när det gäller att nå de äldre, är att nå ut till dem som varken är kända inom hemtjänst eller hemsjukvård. Yrkeskategorier som kommer i kontakt med personer som inte nödvändigtvis är kända av hemtjänst eller hemsjukvård är anhörigkonsulenter, anhörigstödjare och liknande. För att få hjälp med att nå ut till de berörda målgrupperna kräver det alltså att först ha nått ut med information i den egna organisationen till den egna verksamhetens/kommunens olika yrkesgrupper som kan

tänkas kunna identifiera målgrupperna och sedan lämna informationen vidare till en underlagsutfärdare (i de fall personen i fråga inte själv är det).

Biståndshandläggare har kontakt med alla personer som är beviljade insatser enligt LSS och som därmed också har rätt till ett tandvårdsintyg. För att nå ut till denna målgrupp med tandvårdsreformen gäller det alltså att biståndshandläggarna har som rutin att informera och fråga de berörda personerna. Om inte samtliga biståndshandläggare har befogenhet att utfärda intygsunderlag måste de som inte har det lämna över till kollega för utfärdande.

En grupp personer som har rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård som kan vara svår att nå ut till är de personer som har en ”psykossjukdom eller en annan psykisk störning och som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav” (Socialstyrelsen 2004). De här personerna har inte alltid insatser enligt LSS och behöver inte vara kända av kommunerna. Däremot är de förmodligen oftast kända av landstinget och kuratorerna inom den länsövergripande psykiatrin kan utfärda intygsunderlag. I de fall dessa personer har kontakter även med någon kommun krävs att psykiatrin och kommunen i fråga samverkar.

Det är enligt kontaktpersonerna inte många som får information om reformen som tackar nej till tandvårdsintyget och därmed den nödvändiga tandvården till en subventionerad kostnad. Däremot är det fler som tackar nej till den uppsökande verksamheten, munhälsobedömningen.

Orsaker till att tacka nej till munhälsobedömningen är okunskap om vad den skall vara bra för, att den tillfrågade redan går till en tandhygienist eller tandläkare och får undersökningen gjord ändå, tandläkarskräck och hög ålder.

Bland personerna med psykossjukdomar är det många som tackar nej, speciellt till munhälsobedömningen. Det kan vara mycket svårt att få komma hem till många av de berörda personerna och en del tillåter överhuvudtaget inte kroppskontakt eller kan ha paranoida drag. För att en del personer med psykiska sjukdomar skall tacka ja till munhälsobedömningar krävs att organisationen är flexibel. Att göra bedömningarna på andra platser än i det egna hemmet skulle kunna vara en möjlighet, t.ex. på mottagningarna.

I en av kommunerna finns uppfattningen att det huvudsakligen är de som har insatser enligt LSS som har tackat nej och att detta kan bero på svårigheter med att förstå intentionerna.

## **Uppföljning**

Även om de tillfrågade personerna har tackat ja till en munhälsobedömning så kan inte kontaktpersonerna svara på om de personerna verkligen får den uppsökande verksamheten.

Rutinerna fungerar enligt intervjupersonerna bäst i de särskilda boendena eftersom man har utarbetade rutiner där sedan tidigare, men typiskt är att det överhuvudtaget inte har förekommit några mer omfattande diskussioner om uppföljning, avvikelserapportering, utvärdering eller dylikt. Det råder oklarheter bland kontaktpersonerna om ansvaret för uppföljningar skall ligga på kommunerna eller på landstinget. En annan kvalitetssäkring att göra är i de fall som munhälsobedömningen är gjord och tandhygienisten lämnar ett munvårdskort efter sig hos den undersökte. I vilken utsträckning kommer informationen i munhälsokortet den berörde personen tillgodo?

Orsaker i ett par kommuner som anges till varför rutiner för uppföljning inte har utarbetats och att arbetet utifrån tandvårdsreformen överhuvudtaget inte har kommit längre är omvälvande organisationsförändringar.

### **Tolkningsvårigheter**

Under processens gång med att utveckla arbetet utifrån tandvårdsreformen har olika frågeställningar varit aktuella som har att göra med hur lagarna och riktlinjerna skall tolkas. En situation som från början till exempel inte var helt klar för alla hur de skulle bedöma gäller då anhörig vårdar i hemmet.

Ett dilemma när det gäller LSS är att tandvårdsförmånerna ges utifrån att brukarna har beslut om insats enligt LSS, inte att de tillhör personkretsen. Många personer med funktionshinder får enligt en intervjuperson hjälp från habiliteringen och får på så sätt sina behov tillgodosedda via HSL. Det förekommer också att personer som tillhör personkretsen inte vill ta emot hjälp från kommunerna. Personer som befaras komma i kläm är de lindrigt utvecklingsstörda som inte har insatser utifrån LSS.

För dem som utfärdar intygsunderlag till dem som har LSS-insatser är det relativt enkelt att avgöra om personen är berättigad eller inte, men det kan förekomma att personer har ett tandvårdsintyg utan att personen i fråga har någon pågående insats. Det kan också upplevas som orättvist om en person med en utvecklingsstörning (som kanske inte är känd av kommunen) bor hemma hos sina föräldrar och får all hjälp där som han/hon behöver och därmed inte har rätt till tandvårdsintyget medan de som får insatser av kommunen har det. En annan orättvisa som nämns av en intervjuperson är att det kan krävas mycket större hjälpbehov för dem som bedöms utifrån SOL än vad det gör för dem som bedöms utifrån insats enligt LSS.

När det är frågan om psykiska sjukdomar är tolkningsutrymmet större. Det är inte självklart när en person skall bedömas att inte av egen kraft förmå uppsöka tandvården eller inse sitt behov av tandvård. Dessutom kan tillståndet variera där perioder av stora hjälpbehov kan avlösas av perioder då personen kan fungera relativt bra på egen hand.

Det kan förekomma att olika personer gör olika bedömningar i fall som inte är helt glasklara. Ibland kan det uppstå svåra konflikter när personer inte får ett intyg eller får sitt tandvårdsintyg indraget.

Ibland passar inte målgrupper in i den organisation som är uppbyggd för att exempelvis kunna utfärda beslutsunderlag. Ett sådant exempel i en av kommunerna är personer som har personlig assistans via Socialtjänstlagen.

För allmänheten är det inte alltid helt klart på vilka grunder som man kan få tandvårdsintyget. Det är en pedagogisk uppgift att förklara att intyget ges utifrån vilket behov av hjälp och omsorg man har och att det inte har något att göra med tandstatus eller ekonomisk situation.

### **Sammanfattande reflektioner om samverkan**

En förutsättning för att den enskilde berättigade personen skall få uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård utförd är att samverkan mellan olika organisationer/verksamheter, olika yrkesgrupper och olika enskilda individer fungerar på ett bra sätt. Samverkan kan sägas utgöra en röd tråd i det mesta som kretsar kring tandvårdsreformens möjligheter att nå ut och utvecklas. Kort uttryckt; utan fungerande samverkan fungerar inte tandvårdsreformen vilket får som konsekvens att enskilda brukare inte får den hjälp med munhälsan och den tandvård (till subventionerad kostnad) som de har rätt till.

Arbetet utifrån tandvårdsreformen utmanar många parter möjligheter till flexibelt tänkande och det inte finns några självklara sätt att organisera samarbetet på. Den samverkan som tandvårdsreformen är beroende av utgörs av möten mellan bland annat olika slags organisationer, kulturer, prioriteringar, lagar, professioner och inte minst enskilda individer. Uttryckt på detta sätt är det förståeligt att utvecklingen av tandreformarbetet är en process som i Uppsala län har kommit en bra bit på väg, men där en del återstår att göra. Mer övergripande frågor som exempelvis kvalitetssäkring och kunskapspridning återstår att arbeta vidare med.

Frågor inför framtiden som berör **samverkan mellan landsting och kommuner** handlar bland annat om:

- Hur kommer landstingets centrala styrning av tandreformarbetet att organiseras i framtiden? Finns det uppgifter som alltid behöver skötas centralt (t.ex. feedback i form av statistik på utförda insatser) eller kommer stödet på central nivå att försvinna när tandvårdsreformarbetet "satt sig" ordentligt ut i verksamheterna?
- Kommunernas och de andra aktörernas engagemang i nätverksgruppen diskuteras för närvarande. Tankar finns om att de nuvarande kontaktpersonerna har spelat ut sin roll och att tandvårdsreformarbetet istället skall representeras av personer som står närmare de utförande verksamheterna (verksamhetschefer, enhetschefer). Vilken funktion/person kan det vara som även kan axla ett övergripande ansvar för utvecklingsarbetet, inte enbart för att de nu utarbetade rutinerna skall fortgå?
- Kommuner samt landstingets psykiatriska och LSS-verksamheter samverkar med landstinget centralt kring frågor som rör ansvarsfördelningen när det gäller informationsspridning. Kommunerna förlitar sig på landstinget framför allt när det gäller att sprida information till allmänheten, men för att berättigade brukare skall få

tandvårdsintyg utfärdade krävs att samtliga tjänstemän och annan personal som möter brukarna har kunskap om reformen och hur den fungerar. Hur skall samverkan se ut mellan landsting och verksamheterna när det gäller denna information?

- Enligt Socialstyrelsen (2006) har både landstinget och kommunerna ett uppföljningsansvar. En fråga är var gränsen går gällande detta ansvar. På vilken eller vilka nivåer sträcker sig landstingets ansvar? Gäller det att kunna presentera statistik för länet i sin helhet eller kan landstinget, som tänkt inför framtiden Uppsala län, också kunna hjälpa kommunerna med feedback på kommunnivå och utifrån olika målgrupper? Vem följer upp hur många som får frågan om munvårdsbedömningar och hur många som tackar nej?

- Inom psykiatri krävs ett gott samarbete så att inblandade parter har klart för sig var gränserna går för exempelvis vem som skall utfärda intyg. Fortfarande kan det uppstå gränsfall och tolkningsproblem som underlättas av att kommun och landsting kan utbyta synpunkter och erfarenheter. För att detta skall fungera smidigt krävs upparbetade personliga kontakter mellan olika tjänstemän.

Frågor inför framtiden som berör **samverkan mellan kommuner och tandvårdsutförare** handlar bland annat om:

- Hur skall uppföljningen av vilka berättigade personer som får munhälsobedömningen göras och kommuniceras mellan tandvårdsutförarna och kommunerna. Samarbetet med Tandvården skulle kunna utvecklas i många av verksamheterna. En fråga att fundera kring i sammanhanget är hur situationen skulle se ut om tandhygienisterna var anställda av kommunerna.

- Hur kan arbetet med att kommunerna tar kontrollen över vilka personer som skall ha munhälsobedömning och sedan ser till att de får den, utvecklas? Istället för att Folk tandvården skall leta reda på den enskilde personen att undersöka och försöka samordna det med kommunens personal, kan cheferna istället arrangera tillfällen då personal finns till hands och tandhygienisten kan göra sin bedömning.

Reflektioner inför framtiden som berör **samverkan inom respektive organisation** handlar bland annat om:

- Hur ser mandatet att arbeta med utvecklingen av tandvårdsreformen ut? Intrycket av kontaktpersonernas arbete är att uppdraget är fritt att utforma, men därmed också till viss del ensamt och utan en mer uttalad förankring i organisationerna. Även om uppdraget är förankrat hos överordnade är det inte säkert att uppdraget prioriteras på ett sådant sätt att tid avsätts för att kunna fullfölja det. Svårigheter när det gäller att ha mandat för uppgifterna kan också handla om att befinna sig ”på fel ställe” i organisationen. Som biståndshandläggare har man till exempel inte mandat att tala om för utförarna hur de skall genomföra sina uppgifter och som MAS ligger det inte i uppgiften att ge biståndshandläggare arbetsuppgifter. Inom kommunerna krävs att arbetet är känt och sanktionerat ända från politikernivå till personal i hemtjänst och särskilda boenden.

- Hur skall man inom kommunerna, psykiatri och landstingets LSS-verksamhet kunna utforma rutiner för utfärdande av intygsunderlag, munhälsobedömningar och utbildningar

som fortlever i verksamheterna. Rutiner för uppföljning och fortsatt klartläggning behöver också utformas. En fråga att ställa är vem som skall ha det övergripande ansvaret för att dessa rutiner utarbetas och följs om kontaktpersonerna träder tillbaka.

- Goda rutiner krävs för dokumentation och kunskapsöverföring mellan olika yrkesgrupper/verksamhetsområden

- Ett förslag är att det i varje kommun skulle finnas ett tandvårdsnätverk där huvudsyftet är att säkra och vidareutveckla arbetet med tandvårdsreformen. Självklara deltagare i ett sådant nätverk skulle vara representanter för tandvårdsutförarna, intygsunderlagsutförarna, verksamhetsansvariga, samverkanspartners inom psykiatri och annan landstingsverksamhet. Kontakt mellan de olika områdena är en förutsättning för att arbetet skall fungera och utvecklas.

Ett självskrivet område att arbeta med för de kommunalt baserade tandvårdsnätverken är utbildningsfrågorna. Det krävs nya strategier för att utbildningarna skall nå ut till den personal som behöver den och det kan också vara så att utbildningarna i högre utsträckning än idag skall anpassas till olika personalgruppers behov. Utbildningsinslagen i samband med munhälsobedömningarna behöver också utvecklas. Det råder okunskap om att det finns ett utbildningssyfte i samband med munhälsobedömningarna och information om detta måste gå ut både till brukare och till personal. Vidare förutsätter detta upplägg att personal faktiskt frigörs för att vara med vid den uppsökande verksamheten. Ansvaret för detta vilar på cheferna.

- Det finns delar i reformen som skulle tjäna på att diskuteras vidare. Detta gäller de funktionshindrade där intervjupersoner förordade att alla som tillhör LSS personkrets skall ha rätt till ett tandvårdsintyg. Likaså skulle reformen kunna göras mer generös för dem med psykiska sjukdomar.

- På grund av hur kommunerna är organiserade kan vissa målgrupper ”falla mellan stolarna”. Detta bör ses över och åtgärdas. Det är viktigt att ansvarsfrågorna är klara.

De största fördelarna med tandvårdsreformen är naturligtvis att de berättigade personerna får hjälp med sin mun- och tandvård. Men det går inte heller att komma ifrån det faktum att tandvårdsreformen också hjälper till med att belysa styrkor och svagheter på de sätt som kommuner och landstinget organiserar sina verksamheter på. Reformen bidrar till att många frågor ställs på sin spets och det dessa frågor har gemensamt rör samverkan och samarbete i olika former och mellan olika parter.

I denna undersökning ingår endast kontaktpersonerna i det länsövergripande nätverket. Det är bara deras perspektiv på arbetet med tandvårdsreformen som har belysts. Det vore en angelägen uppgift i det fortsatta utvecklingsarbetet att också studera hur exempelvis tandvårdspersonalen uppfattar samverkan med kommuner och andra landstingsfunktioner och hur personalkategorier inom hemtjänst och boenden ser på frågor som rör tand- och munhälsa samt behovet av utbildning, men framför allt att få svar på frågan: hur fungerar tandvårdsreformen för de personer som den är till för?

## **Inledning**

I styrgruppen för FoU-verksamheten vid Regionförbundet Uppsala län konstaterades vid sammanträdet den 15 april 2005 att mun- och tandhälsofrågor, speciellt för de äldre, borde lyftas som intresseområde inom ramen för länets FoU-verksamhet. Trots att tandvårdsreformen från år 1999 ger förutsättningar för att äldre med ett stort omsorgsbehov skall få sin mun- och tandhälsa bedömd samt ekonomiskt subventionerad tandvård utförd, fanns farhågor om att det finns brister i de äldres möjligheter att få en god tand- och munvård tillgodosedd.

Mot bakgrund av att nämnda tandvårdsreform kräver stor samverkan mellan bland andra landsting och kommuner och att erfarenheterna från detta samarbete och utvecklingsarbete kan vara av värde att dokumentera har en kartläggning genomförts med syftet att samla in erfarenheter som finns inom länets kommuner och landstinget om hur verksamheten inom ramen för tandvårdsreformen fungerar. För att belysa förutsättningarna för arbetet utifrån reformen har en intervjuundersökning gjorts med deltagarna i ett länsövergripande nätverk i tandvårdsfrågor. Deltagarna i detta nätverk representerar kommunerna och de verksamheter inom landstinget som är berörda av tandfrågorna inom ramen för tandvårdsreformen. En förhoppning med studien är att finna uppslag till möjliga sätt att utveckla verksamheten på.

I det följande kommer inledningsvis innehållet i tandvårdsreformen att presenteras samt en rikstäckande utvärdering som Socialstyrelsen har genomfört av arbetet inom ramen för reformen. Efter detta beskrivs hur arbetet utifrån tandvårdsreformen bedrivs i Uppsala län. Med hjälp av de genomförda intervjuerna diskuteras sedan de svårigheter och möjligheter som arbetet utifrån reformen medför.

### ***Om tandvårdsreformen***

Den 1 januari 1999 reformerades det statliga stödet till tandvård för vuxna. Landstingen fick ett utökat ansvar för att bedriva uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsa bland vissa sjuka, äldre och funktionshindrade samt svara för att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård.<sup>1</sup> Den 1 januari 2004 begränsades personkretsen något och Socialstyrelsen gav i mars samma år ut ett Meddelandeblad med information och rekommendationer för utformningen av verksamheten.

I Meddelandebladet (Socialstyrelsen, 2004, sid. 1) framgår att ”uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsan skall bedrivas bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser som

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller
2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

---

<sup>1</sup> Tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård kan även ges som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Denna del av tandvårdsreformen behandlas inte i detta arbete.

3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personerna enligt punkterna 1-2 ovan.

För grupperna 1-3 gäller att de skall ha ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Med omfattande insatser menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet d.v.s. minst 3 ggr/dygn samt tillsyn under natten. Detta skall gälla oavsett vem som genomför omvårdnaden. Även vård och omsorg som ges av närstående skall ingå i bedömningen av omfattningen (prop. 1997/98:112). Med varaktighet menas ett behov som förväntas kvarstå minst ett år.

Personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har redan bedömts ha omfattande och varaktiga funktionshinder. Någon ytterligare bedömning av dessa personers vård- och omsorgsinsatser skall därför inte ske utan kommunens beslut att individen omfattas av bestämmelserna i lagen är bindande.<sup>2</sup>

Till grupperna 1-3 bör även inräknas de personer som, oavsett boendeform, har en psykossjukdom eller en annan psykisk störning och som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav (prop. 1997/98:112).

Den som kan få avgiftsfri uppsökande verksamhet kan också få nödvändig tandvård med avgift som för öppen hälso- och sjukvård (SFS 1985:125).”

I landstingens uppsökande verksamhet ingår

- ”- en bedömning, d.v.s. en undersökning av behovet av daglig munvård,
- en individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården,
- ett tandvårdserbjudande, d.v.s. en fråga om personen vill ha en fullständig undersökning av sitt tandtillstånd och eventuell erforderlig behandling samt
- handledning av vård- och omsorgspersonal så att denna kan hjälpa dem som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.” (Socialstyrelsen, 2004, sid. 3)

Munhälsobedömning skall erbjudas varje år.

Den nödvändiga tandvården skall vara kostnadseffektiv d.v.s. innebära en åtgärd som ger gott resultat även på lång sikt och den skall också ”påtagligt förbättra förmågan att äta eller tala samt medföra väsentligt förhöjd livskvalitet och välbefinnande.” (Socialstyrelsen, 2006, sid. 10).

---

<sup>2</sup> Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade: §1 Denna lag innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer 1. med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, 2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller 3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Personer som har identifierats och bedömts tillhöra personkretsen får ett tandvårdsintyg utfärdat av landstinget. Denna handling är nödvändig för att vårdgivaren skall veta att landstinget betalar den nödvändiga tandvården.

För att tandvårdsreformens intentioner skall kunna uppfyllas krävs ett väl utarbetat samarbete mellan landstingen, kommunerna, primärvården och psykiatrin. För att landstingen skall kunna genomföra verksamheterna måste kommunerna, primärvården och psykiatrin hjälpa till med att identifiera de personer som tillhör personkretsen och informera berörda personer om möjligheterna till munhälsobedömning och den nödvändiga tandvården. Kommunen till exempel, måste sedan göra ett intygsunderlag som skall meddelas till landstinget för att ett tandvårdsintyg skall kunna utfärdas. Det åligger också arbetsgivaren att se till att berörd omvårdnadspersonal närvarar vid munhälsobedömningarna, samt får ta del av den handledning/utbildning som tandvårdspersonalen ger.

### ***Socialstyrelsens utvärdering***

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att år 2005 göra en uppföljning av landstingets uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen. Bakgrunden till denna uppföljning är signaler som Socialstyrelsen fått om att verksamheten inte fungerar tillfredsställande. Ett problem är att nå ut till alla som ingår i personkretsen (Socialstyrelsen 2006).

Uppföljningen av verksamheten genomfördes med hjälp av webbaserade e-postenkäter till samtliga landstings beställare av tandvård (samtliga besvarade enkäten) och till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (245 personer besvarade enkäten, bortfallet var 23 procent). Preliminära resultat från enkätstudien diskuterades i grupparbeten vid en konferens för landstingens beställare och förslag på förbättringar togs fram. Enkätsvaren kompletterades även med telefonintervjuer med sex landstings beställare för att försöka ta reda på varför en del landsting lyckades bättre än andra med att erbjuda och genomföra uppsökande verksamhet.

År 2004 uppskattade landstingen att 2,7 procent av antalet bosatta 20 år och äldre, tillhör personkretsen som skall erbjudas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Andelen i Uppsala läns landsting uppskattades till drygt 3 procent. Slutsatser som Socialstyrelsen (2006) drar om skattningar av personkretsen är att det krävs kontinuerlig samverkan/samarbete med särskilda kontaktpersoner inom kommunerna, primärvården och psykiatrin för att personkretsen skall kunna skattas på ett tillförlitligt sätt.

År 2004 fick i riket 49 procent av det skattade antalet personer i personkretsen uppsökande verksamhet med munhälsobedömning. Motsvarande siffra för Uppsala läns landsting är 38 procent. Endast fyra andra landsting uppnår lägre siffror. För riket i sin helhet gällde också att 40 procent över huvudtaget inte har erbjudits någon munhälsobedömning. Bäst har man lyckats med att nå ut med munhälsobedömningar bland dem som bor i särskilda boenden för äldre medan det har varit svårare bland dem som bor i ordinärt boende. Andelen som aktivt har tackat nej till munhälsobedömning uppgår, enligt Socialstyrelsen, i hela landet till cirka elva procent.

Andelen personer i riket av den skattade personkretsen som fick den nödvändiga tandvården uppgick år 2004 till 54 procent. Motsvarande siffra för Uppsala läns landsting är 68 procent vilket innebär en delad fjärdplats i jämförelsen med de övriga landstingen.

Utifrån den genomförda uppföljningen avger Socialstyrelsen (2006) bedömningen att det är otillfredsställande att verksamheten inte har nått en större omfattning efter sex år och att en kraftfull nationell informationsinsats bör genomföras för att göra förmånerna mer kända. På utbildningssidan bör grundutbildningarna för tandläkare och tandhygienister innehålla mer om personkretsens tandhälsa och tandvård och fördjupningsutbildning i tandvård för äldre och funktionshindrade bör övervägas. Sjuksköterskor och undersköterskor behöver mer tand- och munvård i sina grundutbildningar och fortbildningar och den handledning/utbildning som ges av tandvårdspersonal till omvårdnadspersonal bör bättre anpassas till personalgruppens kompetens, kunskap och önskemål. Vidare bör nationella alternativt regionala kunskapscentra tillskapas.

Landstingen bör enligt Socialstyrelsen i högre grad styra den uppsökande verksamheten genom tydliga krav i avtal och överenskommelser med vårdgivarna och landstingen bör även systematiskt följa upp den uppsökande verksamheten och nödvändiga tandvården och återrapportera till de olika verksamheterna. Även kommunerna, primärvården och psykiatrin bör genomföra uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet och sedan återrapportera till landstingen. Bedömningen som Socialstyrelsen gör är att det finns ekonomiska medel i landstingen för att fler inom personkretsen skall få del av verksamheten och för att öka informationen och utbildningen till tandvårds- och omsorgspersonal. Slutligen föreslår Socialstyrelsen att tandvårdslagen kompletteras så att det framgår att också kommunerna har ett ansvar för att personkretsen erbjuds uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

Med denna redovisning som bakgrund skall arbetet inom ramen för tandvårdsreformen i Uppsala län närmare studeras. I det följande presenteras en lägesbeskrivning och kartläggningen av de erfarenheter som gjorts av personerna som ingår i länets nätverk för att utveckla arbetet med tandvårdsreformen.

## **Tandvårdsreformen i Uppsala län**

Sedan slutet av år 2004 har en tjänsteman på landstinget<sup>3</sup> haft som uppgift att effektivisera administrationen kring tandvårdsreformen. I uppdraget har ingått att utveckla en bra struktur och administrativ handläggning på landstinget, men också att få till stånd ett gott samarbete med kommunerna samt att informera om tandvårdsreformen.

För att råda bot på den osäkerhet som fanns ute i kommunerna bland anställda och allmänhet samt inom tandvården inledde landstinget arbetet via L med att skapa en struktur för arbetet med tandvårdsreformen. L besökte cheferna för vård- och omsorgsverksamheterna i samtliga länets kommuner. De fick i uppdrag att utse var sin kontaktperson som skulle ingå i ett nätverk tillsammans med landstinget. Cheferna skulle också se till att identifiera lämpliga personer som skulle komma att utfärda beslutsunderlag för tandvårdsintyg (mer om detta senare).

---

<sup>3</sup> Denna tjänsteman benämns fortsättningsvis L.

## ***Studiens genomförande***

För att erhålla en beskrivning av hur arbetet med tandvårdsreformen har genomförts i länet och vilka hinder och möjligheter man ser för verksamheten idag, så har en intervjuundersökning genomförts med kontaktpersonerna i nämnda nätverk samt med L.<sup>4</sup>

Kontaktpersonerna är tolv till antalet. Varje kommun har utsett en person, med undantag av Uppsala kommun som representeras av fyra personer. Dessutom representerar en person psykiatrin i hela länet och en annan person LSS-enheten samt habilitering och hjälpmedel för hela länet. Bland kontaktpersonerna återfanns vid tiden för intervjuernas genomförande fem medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), fyra chefer för myndighetsutövning (biståndsenheter), en sjuksköterska i stabsfunktion, en rehabsamordnare samt en LSS handläggare/samordnare.

Intervjuerna, vilka var ostrukturerade (öppna), men tematiserade genomfördes (med två undantag) på intervjupersonernas arbetsplatser. De teman som behandlades rör kontaktpersonernas roll i tandvårdsarbetet, hur arbetet utifrån reformen går till i praktiken, samarbetet/samverkan mellan kommunerna, landsting, primärvård, psykiatrin och tandvårdsutförarna, tolkningar gällande personkretsen, uppföljning, information och feedback samt utbildningen av omsorgspersonal (se bilaga 1). Intervjuerna är 1-1½ timme långa. De spelades in på band och transkriberades sedan i sin helhet.

Vid fem av intervjuerna ville kontaktpersonerna att ytterligare en representant för kommunens arbete skulle vara med vid intervjutillfället (i ett fall genomfördes två separata intervjuer). Det handlade oftast om handläggare som i större omfattning än kontaktpersonen själv kom i kontakt med det praktiska arbetet utifrån reformen eller om lägen där man inom kommunen uppfattade att kontaktpersonsansvaret i praktiken var delat. Sammantaget innebär detta att fjorton intervjuer genomfördes, inkluderande sammanlagt aderton personer.

Resultaten kommer att presenteras utifrån de teman som visade sig centrala i intervjuerna. Någon analys av de enskilda kommunerna eller funktionerna inom landstingets verksamheter kommer inte att presenteras utan ambitionen är att belysa olika slags fenomen och situationer som utgör utvecklingsmöjligheter och hinder för arbetet utifrån tandvårdsreformen. Resonemangen som förs illustreras med citat ur intervjuerna, i de flesta fall utan att den enskilda kommunen identifieras explicit. Eftersom det är offentligt namngivna personer som utgör kontaktpersonerna och då kommunerna/verksamhetsområdena är givna, går det inte att undvika att verksamheter eller vissa personer går att identifiera. Förhoppningen är att materialet skall kunna ligga till grund för uppslag till möjliga sätt att utveckla verksamheterna på. Inledningsvis följer en beskrivning av hur arbetet med tandvårdsreformen går till i Uppsala län.

---

<sup>4</sup> Ansvarig för studiens genomförande är Marianne Winqvist, vetenskaplig handledare vid FoU äldre, Regionförbundet, Uppsala län.

## ***Utvecklingsarbetet inom ramen för tandvårdsreformen***

Sedan slutet av år 2004 har som nämnts L haft som uppgift att på landstinget effektivisera administrationen kring tandvårdsreformen. I mars 2004 kom Socialstyrelsen med direktiv som tydliggjorde regelverket. Tidigare var tandvårdsreformen otydlig i skrivningarna gällande vilka reformens målgrupper var och vilka kriterier som skulle gälla för att erhålla ett tandvårdsintyg. L ger följande bild av hur arbetet såg ut inom reformen före år 2004:

Före 2004 var det så här att tandvården gick ut på äldreboenden och på LSS-boenden och så tittade dom i folkets munnar och så sa dom att här behövs det utföras tandvård så var snäll och skriv ut ett intyg. Och så ringde chefen eller vårdgivaren eller ansvariga för vård och omsorg i kommunerna till landstinget och sa att nu har tandhygienisten varit här och sagt att vi skall skriva ett intyg för den här personen som behöver tandvård. Man hade inte alls den här blicken över vård- och omsorgsbehovet, utan man tittade på tandvårdsbehovet. Och det hänger naturligtvis ihop, men det är vård- och omsorgsbehovet som styr den här rätten att få den här tandvården. Så det började i fel ordning redan där, tycker jag. Sedan så utfärdade dom här personerna ett antal intyg som skickades med individen och många gånger så stannade intyget ute i tandvården där man bedrev sin tandvård och landstinget fick information om att den här individen hade fått ett intyg först när fakturan kom tillsammans med en kopia på intyget. Och vi vet att hade vi så kontakt med den som hade utfärdat intyget och frågade vederbörande vad det är som gör att den här individen är berättigad så kunde dom många gånger inte svara på det utan svaret var att tandhygienisten har varit här och gjort en munhälsobedömning och sa att jag skulle göra det här. Så det var ju hur bakfram som helst.<sup>5</sup>

I samband med att samarbetet med kommunerna startade år 2004 så bestämdes på landstinget att alla tidigare utfärdade tandvårdsintyg skulle omprövas. Samtliga gamla intyg blev ogiltiga från den 1 april 2005. Det innebar för kommunernas del att de var tvungna att undersöka behoven och utfärda intygsunderlag för samtliga kommuninnevånare som var berättigade till detta. L berättar:

Och det innebar att alla som idag har intyg dom skall ha det enligt det nya sättet och det innebar att det var en otrolig aktivitet ute i kommunerna och dom var nog bara irriterade och förtvivalde tror jag. Jag förstår att det var ett jättejobb för dom. Nu har dom lite grann hunnit i kapp med sig själva och jag tror att dom inser att dom behövde göra det här. Och jag tror, det känns så i alla fall, att även om det var tufft så är dom med på noterna.

L:s analys av läget ovan stämmer bra överens med hur representanterna från de olika kommunerna och de andra i nätverket ingående verksamheterna beskriver denna inventerings- och omställningsprocess. Det finns en förståelse för att intygen behövde omprövas eftersom det inte fanns någon överblick över vem som tidigare hade fått intyg och vilka personer som utfärdade intyg, men tidsramen var kort och frågor aktualiserades om olika tolkningar av personkretsen, hur man bäst skulle nå ut och inte minst; vem som skulle vara ansvarig för att identifiera personerna som har rätt till insatserna och vem som skulle utfärda intygsunderlag.

Jag sa att jag vill ha diskussion också om vilka som skall vara utfärdare, skall alla vara utfärdare, både sjuksköterskor eller biståndsbedömare eller båda två. Biståndsbedömarna är

---

<sup>5</sup> För läsbarhetens skull har talspråket i de använda citaten till viss del ersatts med skriftspråk, dock utan att innebörden i det sagda har förändrats.

underbemannade eller hade inte tid och jag försökte informera alla. Dom sa att vi har inte tid. /.../ Tiden var inte mogen kanske för att diskutera. Alla skulle prövas och alla beslut skulle upphöra. Och det var också en tidsram som var jättekort. Och även om det är få personer, men det är få personer också som skall göra jobbet hos oss. Det tyckte jag var lite, det var kaos. Hur vi skulle organisera det där.

I:<sup>6</sup> När det hela började så insåg vi, vi skickade ut över 600 brev för vi jobbar bara med LSS. Och personer som har insatser också, inte bara att de tillhör personkretsen utan de skall ha insatser. Därför blev det ganska mycket. Därför skickade vi ut brev till alla och i det här brevet förklarade vi givetvis vad det var. I samma brev fick dom också svara på det här om dom ville ha den här munhälsoundersökningen. Och det kan jag ju säga att man har inte förstått det riktigt. Man har svarat både ja och nej, så vi förstår att, nu har vi gjort om brevet lite grann. För målgrupperna, vissa av brukarna svarar ju själva, för vissa är det gode män och så där så det har varit lite svårt, just det här.

Det var som vanligt utbildning fast det var ju lite krångligt för det var nya regler om man skulle in med gamla kort för att lösa ut för att dela ut nya. Man skulle fatta nya beslut. Och där kunde man se då att en del hade fått fast dom inte skulle vara berättigade och tvärtom. Kanske var det mer att folk inte hade ansökt om det eller blivit uppmärksammade på att dom kunde få hjälp med det här. Dom flesta var väl berättigade efter det här, men en del försvann det för faktiskt och några andra tillkom så lite förändringar blev det.

Och kommunen visste inte var deras gräns var och vad psykiatrin skulle ta o.s.v. Så det var en lång process. Det blev väldigt, väldigt många som man fick ompröva då. Och många som var missnöjda för att dom inte fick ett nytt intyg. Det var mycket av det som var från början, men jag tror att vi har klarat ut det ganska bra.

Som framgår av ett citat ovan var det inte helt lätt att förklara innebörden av munhälsobedömningen och att få besked om huruvida en del av personerna i målgrupperna ville ha munhälsobedömningen eller ej. Dessa svårigheter kan säkerligen ha bidragit till svårigheterna att nå ut med munhälsobedömningar i länet. Mer om detta följer senare.

Parallellt med arbetet att kartlägga och nå ut till målgrupperna för tandvårdsreformen pågick också diskussioner i kommunerna, psykiatrin och landstingets berörda verksamheter om vem som skulle utfärda intygsunderlag. Denna fråga aktualiserar ett intressant tema som vi senare skall återkomma till, nämligen var mun- och tandhälsa hör hemma någonstans i organisationerna. I en del kommuner väckte frågan en del turbulens, men alla kommuner och de övriga verksamheterna kom så småningom fram till vilka personer som har rätt att utfärda intygsunderlag.

Deltagarna i nätverket har träffats en gång per termin för information och erfarenhetsutbyte och där emellan har L stått till förfogande för att svara på frågor och för att utarbeta förenklade rutiner för handläggningen av reformen. Om resultatet av samarbetet inom nätverket säger L:

Resultatet tycker jag har varit väldigt positivt. Jag tycker att jag har fått kontakt med väldigt motiverade personer som kommunen har utsett. Jag tror att det här kommer att bära frukt och det har det redan gjort. Men det finns fortfarande mycket kvar att göra och det inser vi ju när vi träffas. I stort sett är det bra tycker jag.

---

<sup>6</sup> I = intervjupersonen, M = intervjuaren

En konkret uppgift som L arbetar med är att utifrån kommunernas synpunkter utveckla återrapportering till kommunerna. Arbeta som pågår är att se över vilka rapporter som kommunerna behöver få ut och hur ofta. Utvecklingsarbete pågår inom landstinget tillsammans med två andra regioner i Sverige; Kalmar och Västra Götaland. Samtidigt definieras på landstinget vad man är beredd att ta hand om för att underlätta för kommunerna. En analys pågår och det är inte helt självklart var gränserna för landstingets ansvar går i relation till kommunerna.

Deltagarna i nätverket uttrycker sig i mycket positiva ordalag om samarbetet med L:

I: Det jag kan säga rent allmänt att det är väldigt föredömligt uttänkt hela den här processen och man tar fatt i det som verkar vara bekymmer och löser det.

M: Så det som L utför det tycker du fungerar?

I: Ja, absolut. Hon tar det väldigt seriöst och är också tydlig i ansvarsfördelningar och så. Det är bra att man väcker kommunen på många nivåer i det som faktiskt är deras ansvar. Det är nog mycket som man har tänkt att det är landstinget eller det är någon annan.

M: Är du nöjd med L:s arbete?

I: Ja. Ambitiös och entusiastisk. Hon har drivit verkligen och det har känts jättekul.

M: Drivit på ett positivt sätt alltså. Det är inte så att det har känts att här kommer hon och talar om vad ni skall göra?

I: Nej, inte alls. Utan det har behövts den här drivkraften hos någon för att få det här att bli som jag tycker rätt så bra. Jag tycker att det började väldigt bra och det fanns ett väldigt stort engagemang från även oss andra. Flera av oss andra. Att få till något bra av det här nu då. Vi kände att det här är något som blir jättebra att det styrs upp och struktureras upp och att det blir enhetligt i kommunerna och landstinget, att vi blir klara över rollerna och att det organiseras på ett bra sätt. Och vi fick tidigt veta av L att det här skulle kunna bli något på webben, IT-baserat. Och det kändes också väldigt bra att få till ett sådant bra verktyg för det här.

Kritik som framförs från ett par av kommunerna är att de har saknat informationsmaterial att dela ut för att sprida information om reformen och i en av de här kommunerna ger kontaktpersonen uttryck för att landstinget riktar förväntningar på kommunen som kommunen kan ha svårt att leva upp till. I en diskussion som handlar om kommunens möjligheter att identifiera berättigade personer för tandvårdsintyg utspinner sig följande diskussion:

I2<sup>7</sup>: Samtidigt som landstinget väldigt väl uttrycker att, om vi utfärdar för frikostigt så har dom rättigheter att dra tillbaka. Dom går in och kollar emellanåt och då skall man ha en bra motivation varför man har utfärdat på just den här människan.

M: Efterlyser du lite mer ömsesidighet, eller är det så att landstinget dikterar lite villkor och så skall ni göra. Är det så ni upplever det?

I2: Ja, precis.

Representanterna för kommunen i citatet ovan uttrycker frustration över att de ännu inte kommit längre i utvecklingsarbetet och att de kanske inte i dagsläget är medvetna om vilken form av stöd från landstinget som de behöver. Arbetet måste organiseras internt först:

---

<sup>7</sup> I de fall där citat hämtas från intervjuer där förutom kontaktpersonen ytterligare en person var närvarande anges kontaktpersonen som I1 och den andra personen som I2.

Jag tror så här. Rätta mig om jag har fel, men någonstans tror jag att det är så, att nu måste vi först på något sätt få till det här, här. Och när vi har fått till det här, här i kommunen. Då först tror jag att vi kommer att se vad vi skulle behöva mer för att underlätta det här. För någonstans är vi redan, vi är i källarvåningen och vi behöver upp på första våningen. Och när vi kommer dit så kanske vi kan säga att OK nu går vi upp på tredje våningen så blir vi ännu bättre. Jag tror att det är något sådant.

I intervjun med L framkommer också att hon uppfattat att klimatet för att arbeta med tandvårdsfrågorna varierar mellan olika kommuner:

Det är olika hur dom tar till sig, vad dom har för andra arbetsuppgifter, hur mycket det handlar om och vad dom har för mandat att jobba med frågorna. Några får jag en känsla av att; Åh, jag mäktar inte mera. Jag har inte stöd från chefen, det kan vara alla möjliga saker. Jag vill inte påstå att någon är, i alla fall inte som jag tycker, är anti. Däremot att dom är trötta eller vad jag skall kalla det för.

### ***Hur arbetet utifrån tandvårdsreformen går till idag***

I den fortsatta texten kommer en beskrivning att ges hur representanterna för de olika verksamheterna beskriver hur tandvårdsreformen fungerar idag. Det är framför allt tre områden som lyfts fram: utfärdandet av underlag för tandvårdsintyg, situationen kring munhälsobedömningen och utbildningsfrågor.

### **Utfärdande av underlag för tandvårdsintyg**

Utgångspunkten för arbetet med tandvårdsreformen är att de personer som är berättigade till förmånerna skall identifieras och tillfrågas om de vill ha en munhälsobedömning och informeras om rätten till nödvändig tandvård. Eftersom reformen innefattar flera olika målgrupper och inom äldreområdet till exempel även de som har ett stort omsorgs- eller vårdbehov, men som kanske inte har någon formell äldreomsorg är det viktigt att alla som är verksamma inom berörda verksamheter känner till reformen och kan vara observanta på vilka personer som har rätt till ett tandvårdsintyg. När en utifrån regelverket berättigad individ har identifierats utfärdar tjänstemän inom kommunerna eller landstingets psykiatriska verksamheter ett beslutsunderlag som skickas till landstinget centralt.<sup>8</sup> Uppgifter som lämnas i underlaget är personnummer, var personen vistas någonstans (på särskilt boende, i eget boende, gruppboende el. dyl.), namn på underlagsutfärdaren, intygets varaktighet och till vilken adress som intyget skall skickas. Hela denna procedur genomförs nu via landstingets hemsida på nätet och går enligt allas bedömningar snabbt och smidigt. Landstinget sänder sedan tandvårdsintyget till den adress som uppgivits i underlaget och informerar i aktuella fall tandvårdsutföraren om att en munhälsobedömning skall göras.

De giltighetstider för intyg som enligt L gäller, är att för äldre på särskilda boenden så har man rätt att utfärda intyg på tio år. Samma tidsperspektiv gäller personer som förväntas ha LSS-beslut resten av livet. Intygen kan självklart förlängas. För personer med kortare beslutstid på LSS så följer intygstiden beslutstiden. För de personer som vårdas av

---

<sup>8</sup> Kontaktpersonen för landstingets LSS-verksamhet har rätt att utfärda intygsunderlag för dem som får insatsen råd och stöd, men har hitintills inte behövt göra det någon gång.

anhöriga eller får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet utfärdas intyg på max tre år. Anledningen till detta är att personerna ofta flyttar till särskilt boende efter en tid och det är viktigt att ha rätt hemadress i intyget. Speciellt gäller detta de personer som tackar ja till en munhälsobedömning.

Individen väljer själv vilken tandläkare som skall utföra den nödvändiga tandvården, d.v.s. tandvården kan utföras både av privat tandläkare och av Folktandvården. Den uppsökande verksamheten, munhälsobedömningarna, har för åren 2007 och 2008 inte upphandlats utan lagts på Folktandvården i hela länet. Orsaken till detta är att främja kontinuitet i vårdkedjan så att samverkansformerna mellan kommunerna och landstinget kan fortsätta att utvecklas och stärkas.

För att få utfärda intygsunderlag kräver landstinget att utfärdarna skall ha genomgått en tretimmars utbildning. Denna utbildning behandlar regelverket och vilka lagar som styr samt hur handläggarna praktiskt sett skall gå till väga för att utfärda underlaget. Utifrån fallbeskrivningar diskuteras vilka praktiska situationer som kan uppkomma och när man är berättigad till tandvårdsintyg eller inte.

I kommunerna har diskussionerna varit många och ibland svåra om vem som skall ha rätt att utfärda intygsunderlag. Från landstingets del är L mån om att det inte skall vara för många personer, men självfallet inte heller för få.

Inom länets psykiatri är det kuratorerna och sjuksköterskor som har samarbete med rehabklinikerna som är berättigade att utfärda intygsunderlag. I kommunerna har man löst frågan på lite olika sätt. När det gäller personkretsen som omfattas av LSS så är det oftast biståndshandläggare som utfärdar intygsunderlaget. För denna målgrupp gäller att de skall ha en insats enligt LSS beviljad för att få tandvårdsintyget. Även gällande de äldre kan biståndshandläggare vara utfärdare, men det förekommer också att sjuksköterskor och enhetschefer har denna möjlighet. I princip har alla äldre i särskilda boenden rätt till intyget vilket innebär att en del kommuner tycker att det är praktiskt att enhetscheferna har rätt att utfärda. Sjuksköterskor i hemvården och distriktssköterskor kan nå personer som inte har insatser från hemtjänsten. Detta är motivet till att dessa yrkeskategorier i vissa kommuner får utfärda intyg. I någon kommun har också anhörigrådgivaren denna rätt. Nedan följer några citat som visar hur resonemangen har gått i några olika kommuner och inom psykiatrin när det gäller att utse intygsunderlagsutfärdare.

Vilka yrkesgrupper skulle fortsättningsvis jobba med det? Då kom vi väl ganska snart fram till att biståndshandläggare som jobbar med LSS, att det var ganska självklart att det låg på biståndshandläggarna. Vi tolkade så då att för att vara berättigad till det så skulle man tillhöra några av personkretsarna i LSS och dessutom ha ett beslut om någon insats. /.../ Då utgick vi från det och så pratade vi mycket om dom andra personerna som inte tillhörde LSS, men hade SOL-insatser. Hur skulle vi göra där? Och en anledning till att vi ville begränsa antalet utfärdare det var ju det här hur det var tidigare då det var så många yrkesgrupper som hade den här utfärdarbehörigheten och att olika personer kunde gå från en till en annan och om en sa nej så försökte man med en annan och den sa kanske och så gick man till en tredje som sa att ja visst, du får.

Eftersom vi är begränsade till LSS, så är det myndigheten som har utfärdat intygsunderlaget. Vi har ett par undantag och det är psykiskt funktionshindrade på våra psykiatriboenden som

har, har man ett LSS-beslut så går det in under LSS-handläggaren med bemyndigande att utfärda intygssunderlag, men har man ett vanligt SOL-beslut då är det två av våra sjuksköterskor som har det här uppdraget att utfärda intyg för dom som bor på psykiatriboende. Sedan har vi en stor grupp personer som går under psykiatrins s.k. boendestöd. Då vänder vi oss till psykiatrin för att få dom här intygssunderlagen därför att det är så mycket mer kopplat till diagnosen och diagnosens varaktighet och sådana saker så det är den kontakten.

Biståndshandläggare var en av dom här yrkesgrupperna som utfärdade intyg till dom med SOL-insatser också, men här kom vi fram till att i kommunen som är så stor är det bra om det är en yrkesgrupp som gör det här huvudsakligen. Vi bestämde sjuksköterskorna inom kommunen och även inom privata och kommunens egen regi, att sjuksköterskorna skulle vara utfärdare till äldre med omfattande behov som var berättigade. Det var också anledningarna till att, vi var överens i den här gruppen då att det är sjuksköterskorna som har nära kontakt med den enskilde både i ordinärt boende och särskilt boende och som det ligger nära till hands att göra dom här bedömningarna.

Och initialt då så gjorde vi det väldigt stort. Både sjuksköterskorna och biståndshandläggarna skulle vara intygsskrivare. Och det blev en stor grupp. Sedan tog vi upp det i olika sammanhang. Jag kommer inte exakt ihåg vilka vägar och hur det blev, men beslutet mynnade ut i att det blev biståndshandläggarna som skulle göra det. Dels var det andra kommuner hade biståndshandläggare och så hade vi alldeles för mycket folk. Vi hade alltså från början skulle jag kunna tänka mig, uppåt 30-35 personer som var utfärdare. Det höll ju inte i längden. Sedan var det en turbulens där om vem som skulle göra det och när vi tog upp det med biståndshandläggarna. På något sätt är det ändå dom som, dom jobbar ju på det sättet idag, dom gör bedömningar, dom gör hembesök så lite grann utifrån det så kom vi fram till att dom är dom lämpligaste personerna. Det medicinska i det hela det är inte det som det handlar om att göra den bedömningen utan det är ju omständigheterna, vilka vårdinsatser och på vilken nivå det är. Och det bygger ju precis, det är ju det dom tittar på. Det var väl också en viss turbulens i det naturligtvis och innan det landade fullt ut och så där. Det var ju ett helt nytt område för dom.

Vi har fyra utfärdare av intyg i vår kommun. Vi började med tre. Två sjuksköterskor och en LSS-handläggare. Sedan ökade vi på med en till sjuksköterska som skulle täcka särskilda boenden så att vi inte missade när dom flyttade in dit. Så i dagens läge har vi fyra förskrivare. Och man har delat upp dom på olika områden så att dom täcker det dom ska täcka.

Då fick biståndsbedömarna, deras chef, biståndsbedömarna och LSS-handläggarna. Dom fick vara personer som fick utfärda det här plus cheferna för hemsjukvården som vi har. Det är fem chefer där och sedan är det sex eller sju personer på biståndssidan.

För att täcka upp dom här grupperna som har rätten att få ett utfärdat intyg så är det samtliga handläggare som får utfärda intyg här. LSS-handläggare, SOL-handläggare, boendesamordnare som också är vårdplaneringschefer, skall ha rätt att utfärda intyg. Vi har en person som är projektledare för vård och stöd gentemot psykiskt sjuka som har rätt att utfärda intyg. Vi har en person som är samordnare för ett korttidsboende, det är en enhet utan biståndsbeslut som träffar många som vårdar sina närstående i hemmet och som har rätt att utfärda intyg och anhörigrådgivaren har rätt att utfärda intyg. Och då tycker vi att utifrån dom här grupperna så har vi täckt upp ganska bra.

Då fick biståndsbedömarna, deras chef, biståndsbedömarna och LSS-handläggarna. Dom fick vara personer som fick utfärda det här plus dom chefer för hemsjukvården som vi har. Det är fem chefer där och sedan är det 6 eller 7 personer på biståndssidan. Så vi klarade det med kort marginal

Och sedan har vi bestämt inom psykos och rehab att det är kuratorerna i första hand, det finns sjuksköterskor också ett par stycken, någon skötare tror jag, som är utfärdare, men i huvudsak är det kuratorerna som håller i det här.

## Munhälsobedömningen

De personer som har tackat ja till den uppsökande verksamheten<sup>9</sup> har rätt att få en enkel undersökning genomförd en gång per år, oftast utförd av en tandhygienist.

Undersökningen består av:

- ”en bedömning, d.v.s. en undersökning av behovet av daglig munvård,
- en individuell rådgivning och instruktion om den dagliga munvården
- ett tandvårdserbjudande, d.v.s. en fråga om personen vill ha en fullständig undersökning av sitt tandtillstånd och eventuell erforderlig behandling samt
- handledning av vård- omsorgspersonal så att denna kan hjälpa dem som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.” (Socialstyrelsen 2004, sid. 3)

Bedömningen genomförs i den undersöktes hem. Resultatet av undersökningen registreras i tandvårdsutförarens journalanteckningar samt på ett munvårdskort som lämnas kvar hos den undersökte. I de fall den undersökte själv sköter sin munvård får han/hon instruktioner och praktiska råd om bästa sätt att sköta sin munhygien. Om personen i fråga inte själv har möjlighet att sköta sina tänder och munhälsa får berörd personal/anhörig motsvarande handledning. Ett viktigt inslag i tandvårdsreformen är alltså utbildningsmomenten för omsorgspersonalen. För att personalen skall kunna lära sig måste någon i personalgruppen närvara vid munhälsobedömningen. Detta gäller speciellt vid besök i den enskildes ordinarie bostad då någon i hemtjänstpersonalen eller anhöriga måste vara med, inte bara i utbildningssyfte, utan även för att garantera tryggheten för den undersökte och för att se till att tandvårdspersonalen kommer in och kan utföra sitt uppdrag på bästa sätt. Det är dock inte alltid säkert att detta fungerar:

M: Har det fungerat, som du känner till? Brukar det vara någon personal med på boendet eller i hemtjänsten som tar del av den här instruktionen.

L: Tandhygienisterna klagat över att det varierar väldigt mycket. Ibland har dom (personalen) inte tid, ibland öppnar dom dörren och gör något annat under tiden. Det är väldigt varierande. I dom bästa av världar gör dom det och är jätteentusiastiska och tar in och det fungerar alldeles utmärkt, men det är ingen självklarhet. Och inte ens på boenden där man tycker att det kunde rationaliseras väldigt väl, men det varierar väldigt mycket.

Som det hitintills har fungerat ute i länets verksamheter så har tandvårdsutförarna (oftast tandhygienist på Folktandvården), efter att ha fått besked om att person finns som vill ha en munhälsobedömning, själva fått söka upp personerna i fråga och deras anhöriga eller berörd personal på särskilda boenden eller i hemtjänst för att komma överens om en tidpunkt för munhälsobedömningen. L berättar om erfarenheter som hon har fått ta del av från tandhygienister som har haft det besvärligt med att lokalisera personerna i fråga och med att få möjlighet att följa med personal hem till den enskilde. Det har gått åt mycket tid och möda till samordning för att få bedömningen att komma till stånd. Enklast är det att finna och komma i kontakt med personal och individer som bor i särskilda boenden

---

<sup>9</sup> Personer som är berättigade till tandvårdsintyget kan välja att endast ta emot den nödvändiga tandvården och välja bort munhälsobedömningen.

medan det är svårare för tandvårdsutförarna att känna till vilka adresser som tillhör vilka hemtjänstdistrikt och vilka cheferna är som ansvarar för verksamheten och som skall hjälpa till med att koordinera hembesöket.

En tanke som L har och som också är på väg att aktualiseras i en av kommunerna är att initiativet till att utföra munvårdsbedömningarna inte skall ligga på tandvårdsutförarna utan istället på personal i kommunerna. Chefer i särskilda boenden eller i hemtjänstdistrikt skulle utifrån detta sätt att tänka vara de som tar kontakt med tandvårdsutförarna och föreslår en tid för munhälsobedömningen då även en representant för personalen kan vara med. Kontaktpersonen i en kommun som startar med en ny modell för verksamheten i november 2006 berättar om hur diskussionerna har förts i hennes kommun. Kommunens MAS och kvalitetschef har tillsammans med kontaktpersonen arbetat fram rutinen.

Det är svårt att nå dom som bor i hemmen. När vi mailar in våra intyg (underlaget), när vi utfärdar ett intyg så får vi ett svarsmail (från landstinget). Det mailet skall gå till verksamhetschefen i hemtjänsten som har ett ansvar att lägga upp ett områdesregister. Dom har fått underlag från mig som jag har fått från Uppsala. Sedan skall dom i sin tur, en gång per år, då har vi fördelat på vår och höst, maila det här till Folk tandvården ett par månader innan dom kommer ut och gör munvårdsbedömning. Då ser man vilka personer som har tackat ja till munvårdsbedömningen, dom vet vilka som är aktuella vilka dom skall gå till. Dom kommer att få personal som följer med och dom behöver inte hålla på och ringa runt. Samtidigt ser verksamhetschefen att vi har ju Kalle här och han har inget intyg, men han är berättigad till ett intyg, och tar kontakt med en utfärdare

M: Då ligger det på verksamhetscheferna att ha kontrollen och ansvaret att se till i sitt område att dom som har rätt till det, får det och att bedömningarna utförs.

I: Ja.

Kontaktpersonen har iordningställt pärmar för verksamhetscheferna och utfärdarna inkluderande all information som finns kring arbetet med reformen. Den mesta av informationen läggs också ut på nätet. På nätet lägger kontaktpersonen också ut all information som hon får via L och de frågeställningar med svar som är inskickade till landstinget och som behandlar olika tolkningar av lagstiftningen m.m.

På Folk tandvården har kontaktpersonen i nämnda kommun en samarbetspartner som har varit med och diskuterat den nya organisationen. Kontaktpersonen betonar vikten av personliga relationer och kontakter.

I: Och det är mycket frågetecken och tankar som reds ut om man sitter tillsammans. Då skall dom (verksamhetscheferna) maila det två månader innan har vi sagt, med förslag på besöksdag. Så får man (Folk tandvården) med det här registret och så får man också utse en person som möter upp, medföljer tandhygienisten vid munhälsobedömningen. Så att det är klart. Problematiken första gången vi träffades, när dom beskrev hur dom jobbade. När dom ringde runt, dom ringde och jagade, vem skall följa med, vem skall inte följa med och... Sedan jobbar vi med fler tätorter. Man har sagt att vår kontaktperson (på Folk tandvården) är X. Vi skickar allt till henne. Sedan får hon i sin tur vidarebefordra. Det är samma med verksamhetschefen. Hon kanske ber någon annan göra det här, men utfärdarna skickar till henne. Sedan om det är personer som inte har några insatser då blir det lite annat. Då skickar intygsutfärdarna direkt till X på tandvården så att hon får direkt bekräftelse på att den här personen har tackat ja till munvårdsbedömning. Och sedan får dom själva ta kontakt med personen för bedömning och göra det här. Är det så att dom behöver ha någon person med så får vi diskutera det. Om det är så att anhörigrådgivaren eller någon annan kan gå med. /.../

Grunden till att vi började jobba med det här. Att vi började tänka det var att förra hösten, så fick en av utfärdarna in en så här lång lista på personer som man hade bedömt hade rätt till tandvårdsintyg, ifrån Folk tandvården. Då drog vi öronen åt oss och vi kan inte utfärda så här många intyg på personer vi inte känner utan vi måste gå in i varje ärende. Vi vill inte ha det så här. Då började vi tänka. Hur vill vi ha det? Jo, vi vill ha det så här. Att det är vi som initierar det här. Vi tar tillbaka kontrollen eller ansvaret.

M: Hur mötte Folk tandvården detta? Att ni vände på det?

I: Väldigt positivt. Mycket positivt.

I de övriga av länets kommuner arbetar man inte på detta sätt, men modellen har presenterats på nätverksmöten och flera av de andra kontaktpersonerna nämner spontant att detta är en modell som verkar bra och som skulle kunna vara genomförbar även i den egna kommunen.

Som X kommun har gjort till exempel. Jag gillar den idén också det här med det omvända ansvaret. I den kommunen har man gjort så att när dom har fått ett antal personer som har fått ett intyg. Då tar dom kontakt med Folk tandvården och så kommer Folk tandvården, istället för att Folk tandvården skall leta efter dom här personerna. Det går dels snabbare och så är det smidigare och här borde det vara superlätt egentligen.

## **Utbildning av omsorgspersonal**

Utbildning av omsorgspersonal utgör viktiga inslag i tandvårdsreformen. Dels skall personalen som nämnts ha handledning/utbildning i samband med de utförda munhälsobedömningarna, men även annan utbildning skall ges på landstingets uppdrag. Målet för utbildningen är enligt Socialstyrelsen (2004, sid. 3) att personalen får kompetens att:

- sköta den dagliga munvården
- tolka symtom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser och
- förstå behandlingsråd från tandvårdspersonal samt kunna följa instruktioner på t.ex. ett munvårdskort.

Tandvården ansvarar för själva utbildningen, men kommunerna ansvarar för att berörd personal ges möjlighet att delta. Utbildningen ges i den omfattning som kommunen och landstinget kommer överens om. I Uppsala läns landsting erbjuds berörd vårdpersonal en grundläggande teoretisk munvårdsutbildning om tre timmar samt en årlig uppföljande praktisk munvårdsutbildning om en timme (Landstinget i Uppsala län, 2004).

Innehållet i den grundläggande teoretiska munvårdsutbildningen som finansieras av Landstinget i Uppsala län innehåller enligt det informationsmaterial som L sammanställt, följande punkter:

- Munnens betydelse för hälsa och livskvalitet
- Den friska och den sjuka munnen
- Olika typer av proteser och tandersättningar (kronor, broar, implantat)
- Etiska och psykologiska aspekter på munvård
- Praktiska tips om: arbetsställning, munhygien, hjälpmedel, tandborstningsteknik och övrig munvård, protesskötsel samt muntorrhet, problem och behandling.

Landstingets statistik för år 2005 visar att andelen av de anställda som har fått den här utbildningen varierar mycket mellan de olika kommunerna (från 1,5 procent till 55 procent), men generellt sett är det små andelar av de anställda som har fått utbildning.<sup>10</sup> Trots att all personal har rätt till årlig utbildning var det för år 2005 i fem av länets sju kommuner högst 15 procent av personalen som hade fått det (inkl. tretimmarsutbildningen)(Rollman, 2005). L berättar följande om svårigheter som tandhygienisterna kan ha att ordna utbildning för personalgrupper:

Det dom framför som besvärligt det är dels att dom får tjata på chefer på boenden att nu är det dags för utbildning. Det tycker jag är helkorkat. Det borde vara boendet som tjarar på att få utbildning när den dessutom är gratis. /Bandet slut/ samma dag kan dom få återbud från sex till sju stycken och när dom kommer på plats kanske det bara är två där och så får dom en lapp i handen om att dom andra inte kunde komma ifrån. Det tycker jag är förfärligt att det är så för vad har vi gjort då. Jo, dels har hygienisten bokad av patienter då dom arbetar med tandvård, vilket innebär kostnader för landstinget om man ser det då. Dels åker dom ut och utbildar två personer och skall ha betalt för det förstås, men dom borde ha utbildat 15. Det här med disciplinen, att det är en självklarhet att man skall avbeställa, det gör man ju i alla andra sammanhang. Den fungerar dåligt tycker jag. Generellt. Det händer till och med att dom kommer ut i en lokal och så möts dom av en lapp att ingen kan komma och det tycker jag är rent skandalöst måste jag säga. Det är ju alltid så när man berättar om saker det som är dåligt och det som inte fungerar. Det som fungerar berättar man inte alltid så att.....

M: Men det här är exempel på när det inte fungerar.

I: Ja, just det.

Många av de intervjuade kontaktpersonerna anser att det finns ett stort behov av kontinuerlig utbildning inom området, inte minst på grund av den stora personalomsättningen och den stora andelen utbildad omsorgspersonal. I ett samtal om distriktssköterskor säger en av kontaktpersonerna:

I: Dom vet ju egentligen, men det fattas tycker jag. Jag vill ta en chans här, det fattas en fortlöpande uppdatering av utbildningar.

M: Av distriktssköterskor?

I: Ja, och naturligtvis även av vårdpersonalen. Dom skulle ha en utbildning så att dom förstår. Egentligen tror jag att dom gör det, men det är inget prioriterat område.

M: Hur har det fungerat hittills, har du hört något eller vet du något om de här utbildningstillfällena som har givits?

I: Ja, det har varit alldeles för få. Jag tror att nu har man börjat, i år, försöka få den här utbildningen vid tillfälle. Det finns ju ett avtal att man ska utbilda. Dels ny vårdpersonal och sedan uppföljningar enligt ett schema som jag just nu inte kommer ihåg naturligtvis, men om jag säger så här. Jag har jobbat i den här kommunen i många år och jag har aldrig fått någon utbildning.

Det är besvärligt eftersom man byter personal så behöver man det här kontinuerligt. Det är väldigt, många gånger personal som inte har omvårdnads-, vi kan inte räkna med 100 procent alltid, dom har kanske inte reell kompetens. Dom kan ha formell, ja, men man vet inte hur många gånger dom har gjort det. Det beror på och var man har gjort sin praktik. Och då är det viktigt att man får det här kontinuerligt.

M: Och personalens kompetens när det gäller dom här verksamheterna hur tycker du att det har varit?

---

<sup>10</sup> Procentsatserna för andelen av de anställda i länets sju kommuner som har fått utbildning år 2005: 1,5 %, 2 %, 5 %, 6 %, 14 %, 39 % respektive 55 %.

I: Det är där man tycker att utbildningarna skulle ha ramlat ner eller man skulle ha kommit på dom utbildningar som har varit, som landstinget har erbjudit. Det här var innan min tid också faktiskt, men det var inte så många som hade gått på dom.

En anledning till varför utbildningarna har varit så få till antalet som framförs i en av kommunerna är att de har utgått på grund av sjukdom hos utbildaren.

I1: Men sedan så jag tänker på det här med utbildning till grupperna. Det vart ju så tokigt för hon var ju sjuk här. Vi har väldigt låg (grad av utbildning).

I2: Väldigt, väldigt låg.

I1: Vi har inte nyttjat den här

I2: Nyttjat, det fanns inte. Den som skulle ha den här utbildningen hos oss var sjuk och sedan skulle det komma en ny och det hände ingenting. Jag tycker fortfarande inte att, det händer fortfarande inte något från Folk tandvården här.

I1: För det var dom som skulle ha den här utbildningen.

I2: Det är inte vi som har sagt nej. För dom har inte kommit med någon. /.../

M: Ser ni att det finns ett behov också av utbildning?

I: Ja, det tror jag. Man kan alltid lära sig mer.

Ett annat problem som rapporteras är att utbildningarna inte har kunnat ges på grund av svårigheter att sätta in vikarier i verksamheterna. Ett sätt att nå ut till grupper av personal är att ge tretimmarsutbildningen i samband med introduktionskurser för ny personal. En annan synpunkt som framförs är att cheferna inte i tillräckligt hög grad förstår vikten av att personalen skall behärska mun- och tandvården.

I: Dom gånger vi har haft utbildningsinsatser så har ofta inte områdescheferna kunnat se till så att all personal har fått gått.

M: Det har varit dom gångerna då landstinget har haft kurser?

I: Ja. Jag tror inte att man har kunnat gå på det för det har inte funnits vikarier. Man har inte kunnat lämna arbetsplatsen.

Nu tänker jag tillbaka på äldreomsorgen. Där var det väldigt svårt att få till 3-timmarsutbildningarna. Vi hade en 3-timmarsutbildning i ett introduktionsprogram som vi hade. Vi lade in den här 3-timmarsutbildningen med tandhygienisterna som fick komma. Och den vet jag att dom har haft två tillfällen i vår. Förut skulle tandhygienisterna kontakta ett område och få tid och det kunde komma två personer. Det var dödfött utan nu gick man ut överlag och då uppfattade jag av X som stod för anmälningarna att utbildningarna fungerar däremot så uppfattade jag nog att kunde tandhygienisten komma till ett personalmöte så var det bra i alla fall, men det här att all personal skall få, det kan vi glömma.

Från en kommuns sida menar kontaktpersonen att personalen har fått en del utbildning, men den har inte ordnats centralt ifrån utan skötts så som den alltid har gjorts i samverkan med den lokala Folk tandvården.

I: Och det har varit dålig uppslutning från vår kommun och från nästan alla kommuner.

M: Vad beror det på?

I: Jag tror att det beror på att Folk tandvårdens personal har varit aktiva hos oss och dom har själva kommit och jag har själv haft kontakt med dom när jag började som MAS; vad skall dom göra när dom gör den där uppsökande tandvården som var då. Så vi har haft kontakten redan då och dom har gjort mycket av sådant jobb. Det är på ett annat vis nu med den här nya reformen. Men vi har haft dom här kontakterna. Vi har haft det tänkesättet så dom har varit ute på arbetsplatser och så där.

M: Den här nya reformen, är det inte fortfarande så att personalen skall få undervisning och handledning av tandhygienisterna som

I: Jo, och det har dom kunnat göra också, men det har inte blivit precis vid regelrätta utbildningstillfällen utan det gör dom kanske när dom är där eller kommer till deras ordinarie samlingsmöten och lite så.

M: Det har inte förändrats något?

I: Nej, där har det inte varit något mera. Inte som vi har organiserat från centralt håll heller. Men dom är ute så. Då hade dom hunnit med väldigt mycket tyckte dom på särskilda boenden, men inte ute i hemtjänsten och det var mer som dom riktade in sig lite mer på sådana.

Något som är slående är att ett de intervjuade personerna inte definierar utbildningsfrågorna som sitt ansvarsområde som kontaktpersoner och kunskapen om vilka slags utbildningar som ges och i vilken omfattning, är låg.

Det är väl det som är mitt uppdrag för utbildningssidan för personal det måste andra komma in med. Det ligger inte på mitt uppdrag.

Det är intressant att konstatera att i den kommun som har den största andelen utbildad personal i de här frågorna (55 procent) så har kontaktpersonen tagit med sig de utbildningsansvariga i kommunen till nätverkets möten om utbildningsfrågor har stått på programmet. Även om inte kontaktpersonen själv behärskar eller har ett konkret ansvar för utbildningsfrågorna så har hon ändå sett till att frågorna har fått genomslag i kommunen.

M: Hur ligger ni till i statistiken över omvårdnadspersonal som har fått utbildning?

I: Bra. Därför att vi har haft bra MASar som har tagit tag i det.

M: Betyder det att MASarna har fått igenom tankarna om att tand- och munvård är viktigt?

Är det ett utslag av medvetenhet om munhälsans betydelse? Är det ett utslag av det som har gjort att många har gått på utbildningarna?

I: Jag kan inte svara på det. Jag har liksom inte engagerat mig alls i det. Det är samma när det gäller frågor, på nätverksmötena, när jag ser på dagordningen att det gäller munvårdsutbildning. Då har jag tagit med mig X och X så har dom fått ta dom delarna. Där har det varit ganska tydligt att jag inte kan det området. Jag har aldrig jobbat med sådant.

För de övriga kommunerna gäller att kontaktpersonerna uttrycker sig vagt, är osäkra på vilket ansvar de har i utbildningsfrågorna och att de inte har arbetat aktivt för att utveckla detta område inom reformen. Utbildningsfrågorna har därmed inte, till skillnad från frågorna kring intygsutfärdandet, haft några aktiva budbärare ut till kommunerna. Speciellt tydligt är detta i organisationer där kontaktpersonerna endast representerar myndighetsutövningen och inte har så mycket för övrigt att göra med utförarna/produktionen.

M: Det här med utbildning av personal det varierar också mellan kommunerna och jag kommer inte ihåg den exakta siffran för er kommun, men det är få som har fått den här utbildningen, av omvårdnadspersonal och så. Har ni några synpunkter eller tankar kring det. Vad det kan bero på?

I: Alltså utbildningen av?

M: Av personal, dels i samband med munhälsobedömningarna, men man har rätt att få årliga utbildningar också, grundutbildningar. Det är få som går.

I1: Är inte det också en följd av att det är lite rörigt i sig, vilket ansvar vi har och då är det också något som har blivit eftersatt.

I2: Jag tror inte att det prioriteras. Där jag jobbade var det ingen alls utbildning. När jag jobbade ute. Om man tänker på det.

I: Det är nog så att det måste tillbaka till chefernas ansvar.

I2: Jag tror att personalen säkert skulle vilja ha det.

Jag tror att man har gjort det olika på olika ställen. En del boenden har nappat på tråden så att säga fast kanske något mer sporadiskt än vad som skulle vara önskvärt och andra är lite diffusa i det.

M: Har du känt på ditt ansvar att personalen skall få utbildning?

I: Det ligger inte på mig för det finns, jag har frågat verksamhetschefen och nu är det så att en avdelningschef för boende hos oss är inte HSL § 29 utan det är Socialchefen. Det fick jag reda på kanske för ett halvår sedan. Jag har krävt att få veta vem som är min samarbetspartner i dom här frågorna om vem jag skall rapportera till, vem ger mig mandat och vem ger mig uppdrag. Det går inte annars. Jag fick reda på och jag har misstänkt länge att det är så, men jag har inte fått bekräftelse eller på papper någonstans. /.../ Och då trodde jag, jag pratade med avdelningschefen och avdelningschefen hade inte mandat för det heller. Då får jag reda på att det är chefen för hemsjukvården som är ansvarig för utbildningsplaner och sådant. Och jag har efterlyst utbildningsplaner och jag har inte fått och då säger avdelningschefen att det ligger på det. Då var det en administrativ tjänst som vi hade inom socialförvaltningen som ansvarade för det, men jag har fortfarande inte sett. Jag måste få kunna lämna förslag på vad som behövs. Bara jag vet. Nu har hon slutat och vi skall få någon annan nu. Det är under tillsättning. /.../ Därför frågade jag vem som är ansvarig så att jag kan lämna förslag så att jag kan titta när i tiden det blir verkställt det här. Jag har inte kunnat se, men i årsredovisningen redovisas hur många som har deltagit, då kan jag se först på årsbasis när det är gjort, men inte innan. Jag tror att vi måste se över den här strukturen också.

Motsvarande okunskap om omfattning och resultat gäller också utbildningsmomentet/handledningen i samband med munhälsobedömningarna. De intervjuade anser att det är viktigt att personalen får detta stöd i sitt arbete, men tror också att personalen inte är medveten om att till munhälsobedömningen också är kopplad en utbildningsinsats för personalen.

I1: Ja, eftersom man ändå gör den så måste personal vara med, kontaktmännen i synnerhet borde vara med vid dom tillfällena. Det är ett ypperligt kontaktmannauppdrag. Dom skall i sin tur via vård- och omsorgsplaneringen dokumentera det här och föra det vidare till sina kollegor.

M: När vi pratar om allmän utbildning som ni sa att man skulle kunna jobba mer på för personal i hemtjänst och särskilda boenden. I samband med munhälsobedömningarna så är det väl meningen att tandhygienisten skall kunna handleda och undervisa personal. Har ni någon uppfattning om hur det fungerar?

I1: Där har man varit och samlat ihop personalen. Vissa ärenden eller patienter som behöver något speciellt så går dom igen och tipsar dom om hjälpmedel dom kan köpa. Det har jag uppfattningen att det fungerar.

I2: Likaså om det har varit några särskilda problem då har dom ställt upp och så. /.../

M: Där tar man bland annat upp det här med handledningarna och utifrån hur det har varit i riket så skriver man att det har varit problem att få dit personal och det är inte självklart att man ens är med som personal på särskilda boenden utan tandhygienisten är där och sköter sitt och sedan kan tandhygienisten ha problem med att få ut sin information, men det är ingenting som ni känner igen?

I1: Nej, det tror jag inte för i alla boenden så säljer dom ju tandborstar och olika tandkrämer och sådant här. Dom har ju lådor så att man kan köpa. För det vet jag att dom hela tiden fyller på och kommer med knep och råd. Men det finns ingenting för hemtjänsten, men för korttidsboende.

I2: På boendena är det mer utvecklat.

M: Tycker du att det enligt dina erfarenheter har fungerat, den här utbildningen i samband med munhälsobedömningarna?

I: Jag är inte så säker på att personalen riktigt har förstått varför dom har varit med. Jag har hört från sjuksköterskor att "jag skall åka med, men" dom har kanske inte riktigt förstått att det är ett utbildningstillfälle och det ansvaret man har när man kommer tillbaka. Närt man är med från personalgruppen att tala om. Kanske att det också förbättras genom att man har satsat mycket på SOL-dokumentationen som innebär att det skrivs arbetsplaner för vårdtagare och där kontaktpersonen förstår lite mer vad som ska stå och delge dom andra hur dom skall göra.

Och sedan att kommunen inte riktigt har förstått ansvaret att se till att ha personalen med vid munvårdsbedömningarna. Man blir ju inte bättre i tänderna om det kommer någon en gång om året och tittar utan det är ju den här dagliga skötseln av munhälsan som förebygger och så.

Det skall ju vara en personal med när tandhygienisterna gör sin munhälsoundersökning. Och det är ju inte alltid som det faktiskt blir så. Ändå. Hur det är ute i hemvården det vet jag inte för där har jag faktiskt aldrig stött på att vara med. Och det har inte varit så länge heller, och då tar dom upp dom behov som gäller för just den specifika vårdtagaren. Sedan är det upp till att det sprids också och där tror jag att det kan vara en brist också.

En av intervjupersonerna efterlyser mer mun- och tandvårdsfrågor i de olika yrkesutbildningarna och en annan skulle önska en kontinuerlig fortbildning på det egna myndighetskontoret i takt med att det kommer ny personal. Speciellt för handläggarna skulle detta kanske vara viktigt eftersom flera av dem påpekar att det som biståndshandläggare inte automatiskt hör till att kunna något om mun- och tandhälsa. Det är traditionellt sett inte deras område.

Ett sätt att öka attraktionskraften för utbildningarna är att utveckla dem och anpassa dem till de olika behov som finns inom verksamheterna. Utbildningarna skulle kunna anpassas till personalgruppernas olika grad av utbildning och erfarenhet eller till enskilda arbetsplatsers särskilda behov. Personalens och chefernas motivation skulle enligt L behöva öka.

M: Ja, det var en kritik som framfördes (i Socialstyrelsens utvärdering) att det var lite tjatigt

I: Ja och det handlar också om det här tror jag att tandhygienisterna har tjatat och bråkat, om man uttrycka sig i slarviga ord om det här, och tycker att dom ligger på hela tiden. Om initiativet kom från kommunen. Man ville ha det här, man var motiverad. Då vore det också mycket roligare att variera utbildningsinnehållet.

M: Då får man konkretisera vad man vill att det skall innehålla och på vilken nivå.

I: Ja, just det. Och man skulle till och med kunna informera om att hos oss, på det här boendet har vi många som är vana undersköterskor som har jobbat länge, dom säger själva att dom skulle vilja ha. Eller på det här stället har vi nästan ingen utbildad personal. Kan du ta det basic. Den typen av dialog kanske förekommer, det vet jag inte. Men jag tror inte att det är vanligt.

## Rollen som kontaktperson

Som konstaterades gällande utbildningsfrågorna ovan så kan det råda osäkerhet bland kontaktpersonerna när det gäller vilket ansvar de har för att driva utbildningsfrågorna i sina organisationer. Detta aktualiserar ett tema i intervjuerna som handlar just om rollen som kontaktperson. Vilka uppgifter ligger i den och vilka möjligheter har kontaktpersonerna att verka för tandvårdsreformens utveckling i sina verksamheter?

Vi har tidigare konstaterat att det i kommunerna är MASar och chefer för biståndshandläggning som utgör kontaktpersonerna. Flera har varit med i nätverket sedan det började medan andra har tillkommit senare.

Orsakerna till att just de nuvarande kontaktpersonerna är utvalda ser lite olika ut i de olika kommunerna. De personer som varit med i nätverket sedan starten har fått uppdraget som kontaktperson sig tilldelat av sin chef, men det har inte alltid varit självklart var uppdraget skall ligga. I de fall det är en MAS som är kontaktperson har skälet angivits att tandvården tillhör hälso- och sjukvårdsfrågorna, men åsikten framförs också att just MASar får ta sig an frågor där det är oklart på vilket bord som de hör hemma.

Jag hade semester och jag hade en ersättare som MAS tillika enhetschef för hemsjukvården och hon tog tag i och försökte inventera och se omfattningen av särskilda boenden och försökte inventera också hur många personer, anställda och så vidare. Och när jag kom tillbaka från semestern då skulle jag ta över. Jaha, sa jag. Då gick jag till min chef och frågade om det är självklart att det är MASen som skall ha det. Ja, det är hälso- och sjukvård så det får du sköta, sa han.

Jag är ju MAS. Och tandvården det är ju en hälso- och sjukvårdsfråga också. Det är ju inte bara det andra utan även tandvården hör dit också. I en mindre kommun så får man ta både ditt och datt och gå in i. Och så blev det med det här då att det hamnade på mitt bord.

M: Att det är MAS är ganska vanligt. Är det självklart tycker du att det är så?

I: Nej, men du vet MAS-funktionen det är en slasktjänst.

L: Du är både MAS och områdeschef.

I: Ja, jag är områdeschef också på halvtid, men det är många MASar som har det här.

M: och det tror du att det beror på att när det kommer något utifrån som man inte riktigt vet var det skall hamna

I: Så hamnar det hos oss ja.

M: Och inte för att det är hälso- och sjukvård.

I: Det kan säkert vara lite sånt också.

M: Hur hamnade det på ditt bord?

I: Ja, det kom en förfrågan och jag bollade den till min chef, socialchefen och då sa han att det kan väl du ta. Ja, och jag hade inga andra förslag och då blev det så.

I de kommuner som bara har en kontaktperson i nätverket är två chefer för biståndshandläggare och fyra är MASar. Båda cheferna fick ”ärva” uppdraget efter det att en MAS tidigare hade haft det, men slutat sin anställning. Uppdraget kom sedan att ligga kvar på cheferna för biståndshandläggarna. Den ena av de båda cheferna arbetar nära

tillsammans med en MAS och en kvalitetsansvarig ute i sin kommun och hon tycker att arbetet har gått bra. Den andra chefen är inte nöjd med att uppdraget ligger på henne.

Det är så här att när jag kom hit så fanns det en MAS här i kommunen som hade det här på sitt ansvar och hon slutade bara någon månad efter det att jag började. Då mailade hon till mig och frågade mig; kan du ta över det här fram till dess att den nya MASen kommer. Då svarade jag, jag har sparat dom här mailen som tur är, då svarade jag; jag har inget utrymme för det här. Att vi hade LSS det var sant. Det förstår jag för där är vi dom enda, men SOL, sa jag. Vi kan inte ha det. Det finns inget utrymme för det. /.../

M: Så du ser att det skulle ligga på MASen här eller vem skulle det ligga på?

P: På någon annan än på mig just det här hur rutinerna ser ut, på utförarsidan. Det är helt klart.

Uppsala kommun skiljer sig från de övriga eftersom kommunen har fyra stycken kontaktpersoner som svarar för var sitt område. En person representerar myndighetskontoret för dem som har rätt till tandvårdsintyget utifrån det faktum att de har LSS-insatser beviljade. En annan kontaktperson har äldre personer (65 +) med insatser enligt LSS som sin målgrupp. En tredje kontaktperson är verksam inom Stöfu och representerar funktionshindrade personer, både över och under 65 år, som har någon form av hälso- och sjukvårdsinsatser och den fjärde kontaktpersonen har uppdraget gentemot de äldre och äldreomsorgspersonalen, inkluderande även de privata vårdgivarna. Den här uppdelningen innebär att kontaktpersonerna kan dra gränser för sitt engagemang för tandvårdsreformen utifrån det egna verksamhetsområdet. Uppdelningen i en uppdrags- och utförarorganisation förstärker denna gränsdragning. Om exempelvis den kontaktperson som har uppdraget på utförarsidan gentemot de äldre skulle vilja öka sitt engagemang och bredda sitt arbetsområde till att exempelvis även innefatta utbildningsinsatser måste ett uppdrag för detta först komma från Äldrekontoret. En av kontaktpersonerna driver som ett annat exempel på eget initiativ frågor inom tandvårdsreformens ram som inte endast rör den målgrupp som hon representerar, men gör det då i egenskap av MAS och ser det som kvalitetssäkring. Tillsammans med det faktum att det är otydligt definierat vad som ingår i uppdraget att vara kontaktperson bidrar uppdelningen av ansvarsområden i Uppsala kommun till att kontaktpersonerna ser som sitt huvudsakliga ansvar att nå ut till just de personer som ingår i den egna målgruppen, medan mer övergripande frågor som ansvar för uppföljning, rutiner för samverkan med tandvården, information ut till allmänheten och andra samverkansfrågor riskerar att inte uppmärksammas i samma utsträckning.

M: Hur ser ditt mandat ut? Hur landade det på ditt bord och hur ser ditt uppdrag ut i det här sammanhanget och vem följer att du gör det som du förväntas göra?

I: Ingen aning. /.../ Det som jag har sett som mitt uppdrag är att få det att fungera här. Att få struktur på det som vi förväntas göra. Som underlagsutfärdare, men ingenting annat /.../ Det är lite svårt att veta vem som har ansvaret.

När jag kom hit så blev mitt ansvar eftersom det är SOL-insatser, det är inte jag kontaktperson för utan endast LSS-insatser. Jag har begränsat mitt kontaktmannaskap för att rikta in mig på den målgruppen.

Sedan kan det vara så att Äldrekontoret skall komma med ett uppdrag. Kanske vidga det här, mitt uppdrag. Det skulle passa ganska bra.

M: Vem är det som skall se till att cheferna förstår reformen. Var ligger det i systemet?

I: Det har väl, det är väl där det har varit ottydligt för oss som kontaktpersoner också. Var går gränsen för vårt ansvar? Och hur skall vi, vad har vi för roll att fortbilda och informera. Och det och där har jag en begränsad roll eftersom jag jobbar på äldrekontoret. Där har jag tänkt mig då att kontaktpersonerna i produktionen, att det är dom som skall sprida detta till enhetschefer och områdeschefer och få ut det bland personalen. Eftersom vi har den här uppdelningen i Uppsala kommun. Äldrekontoret är det beställande kontoret, är den som skriver avtalen och det ingår i avtalen med våra producenter, det här med tandvårdsreformen att det är producenterna, externa och egen regi som skall svara för att det här blir genomfört.

Igår satt jag och läste igenom uppdraget från VFK eller från VFN, nämnden för vuxna med funktionshinder. Det står inte ett ord nämnt om tandvård i det uppdraget. Det finns bara att vi skall bedriva hälso- och sjukvård. Ingenting om vårt uppdrag och heller inte om samverkan med landstinget, alltså den samverkan som ju faktiskt det finns ett samverkansavtal mellan landstinget, tandvården och kommunen. Och då är det åter igen det här: Vem är kommunen? Vem har det här ansvaret att se till att det här fungerar?

M: När du har arbetat som kontaktperson tidigare och nu också, hur tänker du på det här med dit mandat för att arbeta med det. Vad förväntas av dig?

I: Egentligen känner jag inte det mandatet som kontaktperson, men för att driva igenom det här så säger jag att dom här frågorna får jag hela tiden till mig som MAS ifrån Socialstyrelsen. Då kan jag ta till mitt MAS-mandat i det här. Det är därför vi måste göra det här.

M: Inte som kontaktperson?

I: Nej, nej för det finns inte den tydligheten i det. Och det är ju så att dom flesta av dom som är kontaktpersoner i dom andra kommunerna är ju MASar också.

Risken för att de övergripande frågorna inte uppmärksammas finns även i de övriga kommunerna, men eftersom kontaktpersonerna för dem är ensamma om uppdraget att föra in arbetet med tandvårdsreformen i sina respektive kommuner och på så sätt representerar kommunens ansvar för reformen i sin helhet, blir risken mindre. Det är skillnad mellan att representera hela sin kommun i ett nätverk och att representera till exempel ett myndighetskontor av flera.

Kontaktpersonen inom psykiatri rekryterades till uppdraget vid ett möte och hon var då inte insatt i tandvårdsreformen. När kontaktpersonen under vissa perioder haft andra arbetsuppgifter i organisationen har diskussioner förts om uppdraget skulle gå till någon annan, men det har inte funnits någon person som har tagit uppgiften på sig. Kontaktpersonen som själv anser att tandvårdsreformsarbetet är mycket viktigt, menar att tand- och munhälsan inte är prioriterade områden inom psykiatri.

Vi skall i den fortsatta texten se vad kontaktpersonerna anser att det ligger för uppgifter i uppdraget och att gränserna för ansvaret inte är helt klara för kontaktpersonerna.

### **Vad ingår i uppdraget?**

Kontaktpersonerna kan sägas utgöra kontaktlänken mellan landstingets, på mer central nivå, och den egna organisationens ansvar när det gäller arbetet med tandvårdsreformen. Uppgifter som kontaktpersonerna beskriver som centrala är att föra in information till den egna organisationen om reformen och att inom den egna organisationen fungera som "expert" och rådgivare när det gäller tolknings- och procedurfrågor. Det skall poängteras att hitintills i processen så har mycket av kontaktpersonernas arbete utgjorts av att skapa rutiner för att berörda målgrupper skall få tandvårdsintyg utfärdade. Nu har dessa rutiner

”satt sig” i kommunerna och landstinget och arbetet skulle på så sätt kunna sägas gå in i en andra fas där det gäller att bygga upp system för uppföljning och vidareutvecklingen av samverkan samt identifiering av de personer som man ännu inte lyckats nå ut till. Följande citat visar hur kontaktpersonerna ser på innehållet i sina uppdrag idag.

M: Vad ser du ligger i dina uppgifter?

I: /.../ Jag svarar för att den information som jag har går till de utfärdare som vi har inom den här enheten. Jag känner att jag har som uppgift att sprida reformen, information och hur den skall efterlevas till samtliga biståndshandläggare för att kunna informera eller hänvisa rätt personer rätt som har dom här behoven förstås. Ute i äldreomsorgen.

M: Ser du att det är något som ligger på din uppgift som samordnare eller kontaktperson att vara den som för ut informationen till förvaltningen?

I: Ja, det gör jag nog i alla fall. Om jag har ett huvudansvar, men i alla fall när det kommer förändringar och sådant som har en koppling till LSS.

I: Alltså min uppgift idag det är att vara kontaktpersonen, att tillsammans med L, hon utbildar ju nya underlagsutfärdare och jag är med och bjuder in, skickar kallelser, inbjudan och är med på dom här tillfällena. Och också är den kontaktpersonen för underlagsutfärdarna när dom är tveksamma. Hur skall jag göra här? Då skall jag vägleda dom. Jag skall ge dom den hjälp som dom behöver. Och den här kontaktpersonen mellan L och underlagsutfärdarna. Jag finns ju också med namn ute på hemsidan och sådana här ställen. Och det är anhöriga som hör av sig.

M: Skulle ni vilja börja med att berätta om era roller i det här tandvårdarbetet.

I: Jag har någon slags övergripande roll jag. Allt som vi kommunicerar med L kommer till mig och sedan sprider jag det. /.../ Nu tycker jag att det rullar på. Det kommer lite nytt ibland, jag tar del och så vidarebefordrar jag till er (biståndshandläggarna). Ni pratar mycket sinsemellan vet jag. Jag ser min roll som övergripande och jag ser ungefär hur det ser ut och hur det ser ut på semestrarna att vi alltid har någon i tjänst som skall kunna vara utfärdare då.

Det finns inte några explicita beskrivningar eller detaljerade riktlinjer för vad kontaktpersonerna skall göra, utan de har utformat sina roller utifrån egna och organisationernas förutsättningar.

M: Är det klart uttalat var gränserna för er som kallas för kontaktpersoner, var gränserna går för vad ditt ansvarsområde är?

I: Nej. Det är det absolut inte. Nej. Utan det säger man ja till och så, ja utifrån så mycket tid man har själv och den man är, hur man jobbar själv. Eftersom jag är MAS så är jag överallt. Jag är ju över hela kommunen så på det viset så ser jag och pratar med alla möjliga chefer och nätverksmöten.

M: Du når ut.

I: Ja, precis. Men det finns inte så väldigt uttalat vad kontaktmännen skall stå för eller. Det har jag i alla fall aldrig...

I: Jag håller på och upptäcker just nu. Jag såg mycket större möjligheter innan jag började än vad jag tycker att det finns just nu för att den andra delen (andra arbetsuppgifter) tar så mycket plats och för att det har inte satt sig. Hur skall man dela upp tjänsten.

M: Har du några riktlinjer eller direktiv på vad som ligger i den här uppgiften som du har som kontaktperson?

I: Nej, inte så tydligt. /.../ En sak är att begripa att jag är en person som kan skriva ett intyg om det behövs. Den svårare delen är informationsdelen. Man är mättad eller orkar inte hålla sig a jour, men alltihopa finns ju där. Det finns ju oerhört mycket ordentlig information på

nätet. Allting står ju där väldigt tillgängligt. Och man kan dra ut information och ge till personer och så. Det är ju en gråzon, vad är mitt ansvar att tala om att läs det där nu eller uppdatera dig eller att jag skall...

Det visar sig också att de olika kontaktpersonerna arbetar på olika sätt, men det är framför allt i en av kommunerna som arbetet skiljer sig från de övriga och där kontaktpersonen betonar sitt övergripande samordnande ansvar. Det är också i denna kommun som nya rutiner har arbetats fram för att reformarbetet skall fungera.

M: Är det självklart att du gör det du gör så att säga?

I: Jag tycker nog att för min del, jag tycker att jag jobbar mer på ett övergripande plan. Vad jag har förstått när vi har träffats på nätverksmötena så jobbar en del mer med att utfärda och bedöma, men jag tycker inte att det är min roll eftersom det är handläggaren eller utfärdaren i samband med intyg när man har fått ett beslut. Det tycker jag ligger hos utfärdaren. Jag ser mer min roll som att jag har kontakterna med landstinget, med Folktandvården, med verksamhetscheferna inom vårt område.

Samtliga kontaktpersoner tillfrågades också om vilket mandat som de anser att de har för att utföra uppgifterna och vilket stöd som de har i sina egna organisationer. Gemensamt för flera av kontaktpersonerna är att de upplever att de inte har något större stöttning eller intresse från sina chefer. Det är inte uttalat hur stor del av arbetstiden som får gå åt till uppdraget, vilka förväntningar som finns på resultat eller krav på rapportering eller återkoppling. Intrycket som ges är att uppdraget är fritt att utforma för kontaktpersonerna, men därmed också till viss del ensamt och utan en mer uttalad förankring i organisationerna. Även om uppdraget är förankrat hos överordnade är det inte säkert att uppdraget prioriteras på ett sådant sätt att tid avsätts för att kunna fullfölja det.

M: Vet dina överordnade om att du håller på med det här?

I: Ja, men inte mer än så.

M: När du har fått det här uppdraget och jobbat med det här, tycker du att du har haft mandat från din arbetsgivare och förståelse för att driva det här arbetet? Har du fått stöttning för det hemifrån eller hur har det varit?

I: Det kan jag väl inte säga att det har varit så stort heller. Jag har väl jobbat med det här och ihop med L kanske och drivit det hos oss. Jag tror inte att dom vet så mycket egentligen om själva detaljerna i det. Mer än att vi inte har haft så mycket utbildning som man kunde tänka sig att vi skulle ha för vår personal.

M: Känner du att du har mandat från din arbetsgivare att arbeta med dom här frågorna? Att du är kontaktperson och det arbete som du lägger i det?

I: Ja jo. Det är så att det är förankrat så det är inte självpåtaget.

M: Så att du kan avsätta tid och att man ser det som en arbetsuppgift och att man är medveten om det.

I: Det är inte så tydligt i vår organisation att vi har diskuterat mer ingående om vad som ingår i det här uppdraget.

I: Jag har suttit själv med det här. Hela tiden och jag har inte haft något gehör någonstans. Förrän jag började prata med X om det här. Så är det. Jag har hela tiden känt att jag har inte tid, kunskap och utrymme för att fixa det här. Det här är ju ytterligare en grej. /.../

M: Utrymme i tid och så. Om du sa att jag måste få fem timmars utrymme i tid för att arbeta med tandvårdsreformen.

I: Jag vet inte om jag skall skratta eller gråta i det här läget. Gråta tror jag, men så är det inte i det här läget faktiskt.

M: Och ingen som frågar efter hur det går heller?

I: Nej, nej, nej, nej.

M: Känner du att du har mandat från din arbetsgivare att arbeta med det här? Är det ett område som du har stöd att arbeta med?

I: Ja, jag känner att jag har mandat och så skall man ha tiden också då. /.../ Det får man se till att skapa själv då så det blir utifrån sin arbetsituation det.

Svårigheter när det gäller att ha mandat för uppgifterna kan också handla om att befinna sig ”på fel ställe” i organisationen. Som biståndshandläggare har man till exempel inte mandat för att tala om för utförarna hur de skall genomföra sina uppgifter och som MAS ligger det inte i uppgiften att ge biståndshandläggare arbetsuppgifter.

M: Men ansvaret i kommunen på att det utförs

I: Nej, det kan jag inte anse att vi kan ha va. Och det har jag fört upp 58 miljarder gånger och jag kommer ingenstans med det. Och alltså, för det blir både på utförarsidan och på myndighetssidan. Och jag kan liksom inte lägga mig i det känner jag. Jag har inte det mandatet

M: Det beror väl också på vilket mandat man har. Du har till exempel inte med HSL, du har inte det mandatet om man kan uttrycka sig så.

I: Nej, alltså där måste MASen in för hon har ansvar för den medicinska delen och hon har en helt annan pondus när hon går ut än om jag som chef för biståndsenheten går ut och säger att ni skall utföra munvård. Sedan är det också en kvalitetssäkring tycker jag också. Att se till att alla får det här.

M: Upplever du att du har haft mandat för ditt arbete med reformen utifrån dina chefer och din organisation?

I: I början tyckte jag inte att jag hade det från min chef därför satt jag mig ner och resonerade och sa att jag tänker lämna den här till dig för jag vet inte vad jag har för mandat. Att resonera med biståndshandläggarna som har dig som chef, för han var deras chef också, för har jag inte det så det måste du själv göra det. Och det gjorde han när jag hade semester faktiskt. Han tog tag i det. Då (i starten) bedömde jag det som hopplöst läge, låst. Det är lika bra att jag säger till dig, sa jag, jag upplever inte att jag har mandat. Och naturligtvis så frågade dom (biståndshandläggarna), skall du bestämma om vi skall göra det eller inte. Jag hör vad ni säger, sa jag. Det är en befogad fråga i och för sig

Den tidsåtgång som de flesta kontaktpersonerna säger att uppdraget tar idag är inte så stor. I början var det betydligt mer, men nu när arbetet har funnit sina former krävs inte så stora insatser av kontaktpersonerna i de egna organisationerna. I en kommun säger kontaktpersonen att hon ägnat 3-5 arbetsdagar under det sista halvåret till detta och att tiden framför allt har gått åt till att sitta och skriva, att informera och till uppföljningsmöten med utfärdarna. Andra kontaktpersoner som svarar på frågan om hur mycket arbetstid som går åt till tandvårdsreformen säger:

Jag går på nätverksmötena. Jag går på några samtal per månad kanske. Så det är inte. Och så några gånger har vi diskuterat, men det är allting.

I: Det är inte så stor del. Det kan kännas mycket när man sitter ett helt sådant här möte, tre timmar. Det kan kännas lite grann på gränsen för det är inte mitt ansvar på ett sätt att bry min hjärna i om det funkar eller inte mellan tandvården och kommunen. Skall jag bara tänka strikt på vad som är min roll i den här delen så är det lite för mycket. Egentligen är det väldigt lite tid och den gången jag sitter och skriver några intyg då, första gången tar det väl lite längre

tid, men det är väl ingenting. Största tidsåtgången var väl i början att ta till sig att nu ser det ut så här och hur har dom tänkt sig det här. Lite kollande kring det och lite diskussioner med L och juristen som var involverade i det. Och hjälpa till att tänka kring det. Där var det lite tanketid. Och nu är det de här träffarna och det är kanske en gång per termin och så var jag med på någon utbildning också, en halv dag. I och för sig jag träffar kuratorsgrupperna så, men då var det lite andra frågor också. Någon timme här och någon timme där. Det är inte så mycket.

I: Väldigt lite just nu, kan jag säga. Det mesta ligger på utfärdarna.

M: Och av din arbetstid?

L: Det har varit lite ojämnt för i början var det jättemycket. Sitta och skriva, men nu droppar det in lite. Nu har det varit väldigt lite faktiskt.

M: Hur mycket tid, arbetstid, ägnar du åt tandvårdsreformen i ditt dagliga värv?

I: Ja, det är bara en liten del i mitt arbete så, men det var väldigt intensivt där då för vi hade så kort med tid. Vi satt upp utbildningar överallt och vi hade inte många veckor på oss innan det blev jul och nytt år, men vi klarade av det i alla fall.

Kontaktpersonen inom psykiatrin som har dokumenterat tidsåtgången för uppdraget uppger att hon lägger ner mellan 5 – 10 timmar i veckan på tandvårdsfrågor. Mycket av den tiden går åt att tillsammans med andra diskutera och kommunicera enskilda fall. Inom psykiatrin är tolkningsmarginalerna större och därmed också svårigheterna att avgöra om enskilda individer har rätt till intyget eller inte, än inom de övriga områdena.

### **Kontaktpersonernas roll framöver**

I nätverket har en diskussion aktualiserats om vem som skall fortsätta att ha ansvaret för arbetet inom ramen för tandvårdsreformen ute i kommunerna. En tanke är att nu när informationen om vem som har rätt till förmånerna finns ute i verksamheterna och rutinerna för underlagsutfärdande är processade och löper på, så har de nuvarande kontaktpersonerna spelat ut sin roll. Ansvaret för det fortsatta löpande arbetet och kontakten med landstinget skulle istället kunna flyttas över på personer som står närmre de konkreta verksamheterna, till exempel enhets- och verksamhetschefer.

I: Nej, däremot kan jag tycka att vi skall titta över om det är just vi som är dom rätta nätverks- och kontaktpersonerna eftersom det kan, alltså det har varit jätteengagerade personer och bra som det har varit fram till nu kan jag tycka ändå. Och att det har varit samma personer har varit en fördel när man planerar någonting och skall ha igenom någonting. Men nu är vi liksom att det är genomfört och nu handlar det bara om att det skall efterlevas och det skall ske kontinuerligt, utbildning och fortbildning o.s.v. Då kanske det är mer hur skall vi få in dom ansvariga, cheferna.

M: Det är där du tänker att det kanske skall ligga.

I: Ja, det är kanske där det skall ligga. Och vi har haft MASar med från andra kommuner i länet och dom har också sagt nu att dom som MAS tycker kanske inte riktigt att det är deras. Utan dom söker någon annan i deras kommuner som skall ta över det här.

I: Det vi diskuterade på senaste nätverksmötet det är ju att, vi som sitter där som kontaktpersoner idag vi har fyllt vår funktion. Nu måste vi gå steget vidare. Nu måste vi, alltså dom som skall vara kontaktpersoner det måste ju vara någon som kan påverka ? som har den delen som kan gå in.

M: Hur ser du på det? Är det självklart tycker du?

I: Jag tycker att det är, ja, jag tycker att det är självklart eftersom det här att det ligger på mig det är ju för att det följer biståndsbeslutet, som det föll sig naturligtvis eftersom jag är chef

för biståndsenheten, men jag har ingen del av det hela. Jag möter inte den personal i hemtjänsten som utför det och därför tror jag att för att det skall lyckas så tror jag att man måste gå snäppet upp. För att kunna göra det tror jag att det krävs att man har byggt upp en struktur. Att man har något att arbeta utifrån.

M: Så du räknar med att kunna lämna över det?

I: Ja.

M: Inte till någon speciell funktion utan mer att det skall fungera?

I: Det skall fungera som en del i verksamheten så länge den här lagen finns. Det skall inte vara att jag skall behöva, utan det är dom som är verksamhetsansvariga mera som skall engageras i så fall och ha utbildning, tycker jag. Jag föreslog idag, L frågade om vi (nätverket) behöver träffas så tänkte jag att i den konstellationen så behövs det inte. Nu måste man tänka lite längre fram.

En viktig fråga inför framtiden är att avgöra hur och om samverkan mellan landstinget och kommunerna skall manifesteras i ett nätverk och vem, på vilken nivå, som i sådana fall skall delta i det och framför allt; vilka uppgifter som skall ligga på dessa kontaktpersoner. Vi har sett att MASar och chefer för biståndsenheter kan ha haft svårt att finna mandat för sitt arbete eftersom det handlar om gränsöverskridande uppgifter i kommunernas organisationer. Frågan är om detta problem övervinns om samordningsansvaret läggs närmare verksamheterna. Frågan är om det inte behövs någon som har ett mer övergripande helhetsansvar för de enskilda kommunernas arbete med tandvårdsreformen, men vem skall detta i sådana fall vara. I en av intervjuerna där kontaktpersonen är av åsikten att verksamhetscheferna skall ta på sig ansvaret förs följande diskussion:

M: Tror du att en verksamhetschef skulle kunna vara den här spindeln i nätet med kontakter med alla, kopplingen till biståndshandläggarna och att det lever kvar i systemet. Det blir en förskjutning; närmre brukaren blir det självklart och närmre personalen.

I: Det gäller ju att det är rätt person.

M: Som är beredd att greppa hela, för det är ju kommuntäckande också.

I: Ja, eller om det skall vara två nätverk i så fall. En som är direkt i produktionen och en som är för det övergripande.

M: Jag kan tänka mig, utan att veta, att sådant som uppföljningar, att se till hela kedjan. Jag kan tänka mig att det kan vara svårt när man står på den nivån att man har fullt upp med den egna verksamheten. Kommer det att finnas sådana uppföljningar att ni vet att dom som har rätt att få munhälsobedömningar, att dom också får dem?

I: Jag utgår från att dom får det. Det är ju verksamhetschefens ansvar att se till att dom får det. Eller att kalla Folktandvården. Och får dom det inte så är det verksamhetschefen som inte har kallat Folktandvården. Men det kanske skulle vara både och. Det beror också på hur det ser ut i organisationen i kommunen. I nätverksgruppen är det några MASar och några motsvarande min funktion som sitter där.

M: En sådan funktion då, om man tänker på kontaktpersoner, det här att nå ut och informera. Det här måste hållas levande det är ju ingenting som man gör en gång för alla. Sådana delar går de att lägga på verksamhetschefer?

I: Ja, i sådana fall kan jag tänka att... en kvalitetschef är också ansvarig för dom här rutinerna. Det kanske är den person som kanske har, det största..... nu sitter jag som kontaktperson. Det är en kvalitetsfråga tycker jag.

## Utmaningar i arbetet med tandvårdsreformen

### *Att nå ut med reformen*

Socialstyrelsen (2006) menar att det är otillfredsställande att inte verksamheten utifrån tandvårdsreformen har nått en större omfattning i landet. Som tidigare nämnts fick år 2004 i Uppsala läns landsting 38 procent av det skattade antalet personer i personkretsen *uppsökande verksamhet med munhälsobedömning* och endast fyra andra landsting uppnår lägre siffror. För riket i sin helhet gällde också att 40 procent över huvudtaget inte har erbjudits någon munhälsobedömning. Bäst har man lyckats med att nå ut med munhälsobedömningar bland dem som bor i särskilda boenden för äldre medan det har varit svårare bland dem som bor i ordinärt boende. Andelen som aktivt har tackat nej till munhälsobedömning uppgår i landet till cirka elva procent. Andelen personer i Uppsala läns landsting av den skattade personkretsen som fick den *nödvändiga tandvården* uppgick år 2004 till 68 procent.

Utifrån den statistik som landstinget förfogar över när det gäller andelen uppsökta personer i förhållande till den uppskattade mängden berättigade personer, varierar siffrorna mellan Uppsala läns kommuner för år 2005 från 29 procent till 51 procent. Det finns med andra ord en hel del att göra när det gäller att se till att rättigheterna i tandvårdsreformen kommer målgrupperna till del.

Frågan är hur kontaktpersonerna ser på frågor som handlar om att nå ut med reformarbetet i länet, vilka hinder som finns och hur de skall övervinnas. Den följande redovisningen skall ta upp möjligheterna att nå ut med reformerna på två nivåer eller i två sammanhang, dels till allmänheten och dels till de berörda målgrupperna. För att framför allt det senare skall fungera krävs att det finns en kunskap och medvetenhet om tandvårdsreformen i hela vård- omsorgsorganisationen.

Inledningsvis måste vi konstatera att det i dagsläget är svårt att skatta hur många personer som ingår i målgrupperna. Hur många personer som har beviljade insatser enligt LSS känner vi till samt hur många platser som finns inom äldreboendena, men hur stor är till exempel omsättningen i äldreboendena per år? Landstinget kommer att kunna bryta ner statistiken i uppgifter på hur många intyg som är utfärdade till personer som har beslut om LSS-insatser, som har hälso- och sjukvård i hemmet och som bor i ordinärt boende respektive i särskilt boende. Sedan kan varje kommun jämföra de siffrorna med antalet uppskattade personer i varje grupp för att se hur väl man har nått ut, men L tror inte att kontaktpersonerna har uppgifter om det antalet individer.

Och i ärlighetens namn måste jag säga att jag har inte fått något bra svar på det för jag tror inte att dom här kontaktpersonerna kan svara på det så här direkt. Det handlar om att man inte vet det. Man har inte den kollen. Man inser att man borde ha det och det här vi arbetar på att få fram bra parametrar och bra nyckeltal eller bra utvärderings- eller kvalitetssäkringsinstrument. /.../ Och sedan är det också så att leka med, att jobba med den här typen av statistik det är ju ett väldigt trubbigt instrument. Vi skattar antalet. Någon skattar bättre än någon annan och det vet ju inte jag. Vi får information om vad dom har gjort.

Någon har räknat bättre än någon annan så det kan vara en jättespridning i felvärden, men vi har inget annat så då är det här det bästa vi har.

L:s misstankar om att kontaktpersonerna inte känner till storleken på målgrupperna bekräftas åtminstone i en av kommunerna:

Har ni klart för er hur många i er kommun som är berättigade att få?

I1: Nej, det har vi inte gjort några beräkningar på.

I2: Vi har många äldre som bor här så det borde vara lite mer.

I1: Vi har inte tagit fram något underlag och inte landstinget heller vad jag förstår, men jag antar att man utgår från befolkningsunderlaget och hur många som är över, man går på ålder.

M: Och så är det LSS och psykiatrin.

I1: Ja, precis hur man beräknar det.

En målgrupp vars omfattning kan vara extra svår att uppskatta utgörs av de personer som inte är kända av kommunens omsorgsverksamheter, men där en anhörig hjälper och vårdar i stor omfattning. För att dessa personer skall få tillgång till den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården krävs att allmänheten är informerad om reformens existens och innehåll. Även Socialstyrelsen (2006) betonar vikten av information till allmänheten. Vi skall i det fortsatta se vad intervjupersonerna har för uppfattningar om sin egen roll i detta sammanhang.

### **Att nå ut till allmänheten**

Kontaktpersonerna är överens om att tandvårdsreformens innehåll förmodligen inte är känt bland allmänheten, möjligen i vissa avgränsade grupper.

M: Hur tror du att information om den här reformen har kommit ut till allmänheten. Har du någon känsla av om folk känner till den?

I: Nej, jag tror att, jag får en känsla av att det är lite dåligt med kunskapen. Det är dom lite mer aktiva och belasta. Som läser tidningar och som är ute i verksamheter, föreningar, träffar.

M: Tror ni att folk i allmänhet känner till det här?

I2: Nej. /.../ Skulle jag gå hem och fråga min man så skulle han aldrig ha hört talas om det.

M: Tror du att allmänheten känner till den här reformen?

I: Nej, inte allmänheten. Det tror jag inte utan det är dom som har en gammal mamma.

M: Tror ni att allmänheten i er kommun känner till den här reformen?

I1: Jag tror inte det. Jag tror inte det. /.../ Det ringde en god man till mig i fredags och då kan man tycka att gode män på något sätt borde vara uppdaterade på det här. Det ingår lite i deras uppdrag tycker jag, men han kände inte till det här alls. Det pratas om något intyg hör du, och alla dom som jag har kommit i kontakt med som har pratat om det här, så ser man det bara ekonomiskt. Det är bara en ekonomisk fråga. Det är det som det hela tiden faller tillbaka på.

M: Tror du att informationen har nått ut om reformen. Tror du att allmänheten känner till den?

I: Nej. Nu kommer det väl med i den här hushållskatalogen och det tycker jag var bra som någon sa för det fanns något som hette blå katalogen som tillhörde landstinget och den var bra och där stod också om tandvård och det stod en del om LSS i den. Det är i alla fall något som jag tror att folk använder sig av, dels som telefonkatalog så att säga, men kanske också tittar igenom lite.

M: Tror du att allmänheten känner till den här tandvårdsreformens?

I: Vissa grupper tror jag känner till den. Man får information hos tandläkaren och då vill man ha ett intyg.

Mer information behövs, framför allt för att kunna nå ut till de grupper som inte kommer i kontakt med någon omsorgs- eller psykiatriverksamhet. Frågan är vem som skall ansvara för detta. De intervjupersoner som uttalar sig i frågan nämner att ansvaret är delat, framför allt mellan landsting och kommuner, men även på riksnivå ligger ett ansvar, menar någon.

M: Ligger det på landstinget att informera eller är det ett gemensamt ansvar?

L: Jag tycker att det ligger både på landstinget och på kommunerna och på riksnivå.

I: Någon form av informationsdrive skulle säkert behövas igen. Frågan är hur man lägger upp det.

M: Vem skulle vara ansvarig för en sådan då?

I: Ja. Nog tror jag att jag vill ha landstinget med mig för dom är en del i det.

M: Ligger det i din roll också att informera om det här säg till kommuninnevånarna och så här eller är det mer internt. Gränserna.

I: Dom är nog mer interna. Jag har varit till nämnden och berättat om det här och i områdeschefgruppen som är ledningsgrupp så har jag berättat när det händer något nytt. Om det händer något nytt så informerar jag dom. Men till kommuninnevånarna har inte mitt uppdrag sträckt sig. Av vad jag har förstått inom vår kommun, nej.

M: Det var det jag ville komma till, vem som skulle ha ansvaret för att sprida informationen.

I: Ja, för i sådana fall skulle det vara, det skulle i sådana fall vara Socialstyrelsens ansvar. Det är ju där det får ett genomslag.

M: Tycker du att kommunen har något ansvar i den här informationsspridningen till allmänheten?

I: Jag har väldigt svårt att se det i, inte mer än att man kan ha det liggande på Webbsidorna och man kan söka på tandvård även på kommunens sida och så kan man länka det till landstingets webbplats. Jag har lite svårt att se på vilket sätt som kommunen skulle kunna gå ut för övrigt mer än att det ansvaret i så fall tycker jag kommunen har, det är ju att vara tydliga i sina uppdrag gentemot producenterna och, ja internt så att säga. Jag har väldigt svårt att säga vilket medborgerligt perspektiv kommunen har ansvar i det här. Det kan jag se mer ligger på landstingets ansvar i så fall. Men som jag säger, Socialstyrelsen.

M: Har ni gått ut och informerat i till exempel pensionärsföreningar eller något sådant.

I2: Nej, för jag tycker att gör man det så vill man ha det här att falla tillbaka på. Det är inte vi som bestämmer dom här kriterierna utan jag tycker att det är viktigt att det kommer från rätt instans så att säga, men att vi förmedlar.

På landstingets hälso- och sjukvårdsstab finns en kommunikationsplan för informationsspridning som är framtagen av L. Syftet är att ”informera vissa äldre, sjuka och funktionshindrade samt deras anhöriga, vänner, intresseföreningar och den stora allmänheten om tandvårdsreformen” och ”att ha lättillgänglig information om tandvårdsreformen som kan användas av vård- och omsorgspersonal vid möten med berörda målgrupper och deras anhöriga/närstående.” (Landstinget i Uppsala län, 2005, sid. 1). Bland målen märks att kommunal vård- och omsorgspersonal och intresseföreningar ska känna till reformen och ha verktyg för att kunna informera vidare senast vid utgången av år 2007.

Information om tandvårdsreformen som riktar sig till allmänheten hittades idag (okt-06) på landstingets hemsida och på tre av de sju kommunernas hemsidor. Information finns också i hushållstrycksaken "Telefonnummer till vården".

### **Att nå ut till de berörda målgrupperna**

I L:s uppgifter ligger att föra ut information om tandvårdsreformen. Hon har bland andra träffat kommunpolitiker, gode män och förvaltare samt olika patientföreningar och föreningar för funktionshindrade och anhöriga. Även flera av kontaktpersonerna har varit ute i sina respektive områden och informerat grupper och personer som representerar målgrupperna. Detta är ett sätt att direkt eller indirekt nå ut med information till de berörda. Problemet är dock, precis som med exempelvis annonser i tidningar, att många av dem som får informationen inte känner sig berörda och inte heller tillgodogör sig informationen. När det gäller att gå ut med information till pensionärsföreningarna rapporterar till exempel en av kontaktpersonerna att det främst är de pigga pensionärerna man når och att de inte tycker att frågorna angår dem.

En målsättning är att alla berörda personer som har rätt till tandvårdsreformens förmåner skall nås av erbjudande om munhälsobedömning och nödvändig tandvård och det är främst personal inom psykiatri och kommunernas verksamheter som skall kunna identifiera de berörda personerna för att de skall kunna få detta erbjudande. Vi vet att för riket som helhet så är det uppskattningsvis 40 procent som inte får erbjudandet. Motsvarande siffra för Uppsala län känner vi inte till. Det förs inte någon statistik över hur många som tillfrågas. Det vi vet för Uppsala län är att i länets kommuner har mellan 29 till 51 procent av den uppskattade målgruppen kommit i åtnjutande av den uppsökande verksamheten. Till dessa siffror skall läggas den andel personer som har fått erbjudande, men tackat nej till munhälsobedömningen. Storleken på den gruppen personer har för hela landet uppskattats till 11 procent. Vi skall i det följande se hur intervjupersonerna förhåller sig till svårigheterna att nå ut till de berörda målgrupperna.

#### *Äldre personer*

När det gäller de äldre så är de allra flesta personer som bor på ett särskilt boende berättigade till ett tandvårdsintyg. De har oftast det behov av vård- och omsorg som erfordras. Att nå ut till den målgruppen är med andra ord relativt enkelt, men det gäller att ha goda rutiner så att frågan om tandvårdsintyg väcks i samband med inflyttning till särskilt boende. En idé är att det skall utgöra en punkt i checklistan för ankomstsamtalen. När den äldre fått information om rätten och personal efterhört önskemålen måste information om detta gå till en underlagsutfärdare som alltså kan vara (beroende på kommunernas organisationer) enhetschefen, en sjuksköterska eller en biståndshandläggare

Det är till och med så att vid särskilda boenden för äldre. Även där, där det nästan är hundra procentigt så att alla är berättigade till att få det här så har det visat sig att det har flyttat in någon och så händer det något akut och personen kommer till tandläkaren och har inte haft det här intyget. Man missar vid inflyttningen vid särskilda boenden. Det kan man skapa en rutin för att man vid ankomstsamtalen till exempel checkar av det här.

Man borde ha rutiner och det har vi inte än riktigt. Men någonstans är det så smidigt och enkelt i den här kommunen att alla särskilda boenden har jag. Det är jag då som skall fråga alla som flyttar in på särskilda boenden om dom vill ha det här. Det är också något som har släpat efter lite. Ofta är det så att personerna kommer utifrån och så kommer jag in när det blir särskilt boende, men det här är också sådant som vi måste styra upp ännu mer.

Vi har haft två fall här som vi tycker var helt oacceptabla. Och det är så typiskt för det var på ett äldreboende och sjuksköterskan som ansvarade för det, dom är kanon, dom sköter sig, det fungerar perfekt allting, det finns ingenting att ha en åsikt om och just på det boendet hade det skett en miss. Man hade skickat in en, det var ute på landet, in till sjukhustandvården och dom hade till och med hunnit lägga bedövning innan dom kom underfund med att hon inte hade något intyg så dom hade skickat hem henne med bedövning, men utan åtgärd. Det tyckte jag var lite. Sedan hände det en gång till, men då hade dom inte hunnit lägga bedövning. Och så skickade dom hem henne igen. Utifrån det gick jag ut igen, innan dess hade jag gått ut och sagt att dom måste titta över så att dom har intyg på särskilda boenden, samtliga, för dom är berättigade och dom som inte hade skulle dom skicka in underlaget för. Nu tror jag att det är gjort så vi har verkligen gått igenom det utifrån de här händelserna.

För de äldre som bor kvar i sina ordinarie bostäder och har hjälp från hemtjänst och/eller hemsjukvård, gäller att omsorgs- vårdpersonalen, berörd sjuksköterska och/eller biståndshandläggare ser till att den äldre erbjuds förmånerna och att ett intygsunderlag blir utfärdat. Om personen ifråga har beviljade insatser från hemtjänsten kan frågan om tandvårdsintyg komma upp redan i samband med behovsutredningen. Detta kräver att samtliga biståndshandläggare har kunskap om reformen och att de lämnar över till en underlagsutfärdare i de fall biståndshandläggaren inte själv är det. I en kommun där biståndshandläggare generellt sett inte utfärdar underlag finns det farhågor om att alla biståndshandläggare inte känner till reformen.

M: Tror ni att kunskapen om reformen är känd bland biståndshandläggarna?

I2: Inte dom nya tror jag. Jag hade inte så mycket kunskap innan jag kom in i det här. Det är inget man letar information om eftersom man inte vet om det. /.../

I1: Den har naturligtvis minskat nu när biståndshandläggare inte längre är utfärdare. Då minskar naturligtvis kunskaperna. Det vet vi att det är inte känt som det borde det här.

För de äldre personer som endast har hemsjukvård gäller att det inom hemsjukvården skall finnas en person som kan utfärda intygsunderlag eller att hemsjukvårdspersonalen informerar underlagsutfärdare om att det finns en berättigad person.

Den svåraste omständigheten när det gäller att nå de äldre, är att nå ut till dem som varken är kända inom hemtjänst eller hemsjukvård. Ett sätt att nå ut till för kommunens vård- och omsorgsverksamheter okända äldre är med hjälp av uppsökande verksamhet där samtliga personer i en viss ålder får besök av någon som kan berätta om kommunens verksamheter och samtidigt inventera olika former av behov. Det skulle vara naturligt att även informera om tandvårdsreformen i de samtalen. En sådan uppsökande verksamhet pågår åtminstone i en av kommunerna, men utan kontaktpersonens vetskap.

Möjligen är det lättare att finna och nå ut till berörda personer i de mindre kommunerna där personkännedomen kan vara större än vad den är i stora kommuner.

Det är en mindre kommun. Man känner varandra. Det går via grannar och så. Det är en fördel för att det skall nå många.

Andra yrkeskategorier som kommer i kontakt med personer som inte nödvändigtvis är kända av hemtjänst eller hemsjukvård är anhängkonsulenter, anhängstödare och liknande. För att få hjälp med att nå ut till de berörda målgrupperna kräver det alltså att först ha nått ut med information i den egna organisationen till den egna verksamhetens/kommunens olika yrkesgrupper som kan tänkas kunna identifiera målgrupperna och sedan lämna informationen vidare till en underlagsutfärdare (i de fall personen i fråga inte själv är det).

M: Anhängkonsulenterna är dom medvetna om det här?

I: Ja, dom fick den här informationen och vi pratade om det också. Att det handlade om att ta kontakt med distriktssköterskan i området som sedan kunde ge, ibland så vet jag till och med att den som har varit underlagsutfärdare har gått på uppgifter från anhängkonsulenter och behövde liksom inte göra så mycket mer.

### *Personer med beviljade insatser enligt LSS*

Biståndshandläggare har kontakt med alla personer som är beviljade insatser enligt LSS och som därmed också har rätt till ett tandvårdsintyg. För att nå ut till denna målgrupp med tandvårdsreformen gäller det alltså att biståndshandläggarna har som rutin att informera och fråga de berörda personerna. Om inte samtliga biståndshandläggare har befogenhet att utfärda intygsunderlag måste de som inte har det lämna över till kollega för utfärdande.

I samband med att alla tandvårdsintyg omprövades kartlades samtliga personer med LSS-insatser och de fick, om de så önskade, tandvårdsintyg och frågan om de ville ha den uppsökande verksamheten. I dagsläget gäller att finna fungerande rutiner för de personer som kommer in som ”nya ärenden” i systemet. I kommunen som citeras nedan har hitintills underlagsutfärdandet legat på en person, men det är nu aktuellt att samtliga biståndshandläggare, som har den nödvändiga utbildningen, skall sköta rutinerna.

Vi har en rutin att vid varje nytt ärende så skall handläggaren ha med sig information om det här. Vi har gjort färdiga brev och underlag så att det skall vara så lätt som möjligt. Sedan är det upp till den enskilde då att ta det här beslutet. /.../ Vi har en hel drös av papper här i arkivet som vi måste sortera in i akterna för det är också det här att vi måste hitta ett sätt att se vilka av våra brukare som har fått dom här intygen så att vi ganska snabbt i akten kan se att här har vi en person som redan har fått det. Så att det blir så lätt som möjligt. För det var ju en ny uppgift som kom upp och det kände alla handläggare att nej, nej, inte en till grej att hålla reda på. Så vi har försökt att strukturera upp det så mycket som möjligt här.

### *Psykiskt funktionshindrade*

En grupp personer som har rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård som kan vara svår att nå ut till är de personer som har en ”psykosjukdom eller en annan psykisk störning och som varat längre än ett år och som medfört ett omfattande funktionshinder som gör att de inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav” (Socialstyrelsen 2004) De här personerna har inte alltid insatser enligt LSS och behöver inte vara kända av kommunerna. Däremot är de förmodligen oftast kända av landstinget och kuratorerna inom den länsövergripande psykiatrin kan utfärda intygsunderlag. I de fall dessa personer har kontakter även med någon kommun krävs att psykiatrin och kommunen i fråga samverkar.

M: Dom psykiskt funktionshindrade? Är det något som ni har diskuterat?

I2: Det är rätt svårt att nå ut till dom också.

I1: Jag kan säga att dom som är kända i kommunen. Dom har, jag tror att alla har. Men dom som vi inte känner till, om det nu finns sådana, vilket man kan anta att det gör. Det vet jag inte ens vilka det är.

I2: Det är ju alltså lite, jag har en önskan om man kunde titta över formuleringarna om vad man egentligen menar med olika saker. Det är lätt att slänga ur sig att alla skall ha, men sedan måste man hitta former och strukturer redan i underlagen och meddelandebladen och lagförslagen hur man egentligen rent konkret har tänkt sig att det skall gå till.

I1: På något sätt. Vad då alla? Hur skall man få tag på dom här personerna? Det är det som är krusket. Jag förstår inte hur man skall få tag på dom.

Det som hitintills beskrivits är svårigheterna att identifiera, lokalisera personerna i de berörda målgrupperna som har rätt till den uppsökande verksamheten och den nödvändiga tandvården. En orsak till att en så liten andel av de uppskattat berättigade personerna inte får tillgång till den uppsökande verksamheten är alltså att samtliga personer inte har kunnat identifieras. Alla har inte fått frågan. För att det skall kunna fungera måste det finnas en medvetenhet om tandvårdsreformens rättigheter i hela vård- och omsorgsverkligheten. En integrerad medvetenhet om detta kan sägas saknas och ett exempel som en av kontaktpersonerna ger är att munhälsobedömningen inte finns med på dokumentationsblanketter.

Det var också en grej som jag stressar ihjäl mig på. Då har dom skrivit om dokumentation och den sociala dokumentationen. Jo, det skall finnas uppgift på tandläkare och tandhygienist, men inte munhälsobedömningen. Det finns inte den medvetenheten. För vore dom medvetna så skulle dom lyfta fram den delen i det här också.

Bland personal i hemtjänsten och i särskilda boenden tror någon av kontaktpersonerna att tandvårdsintyget är känt som fenomen, men inte tanken bakom eller hur det går till att få ett.

Men jag tror att man vet här inne, om jag säger så, att man skall ha ett intyg om man skall till tandläkaren för annars blir det dyrt. Man har den biten. Det praktiska konkreta. Och dom har munvårdskort och dom förstår att då skall vi titta på det då, men runt omkring. Syfte och hur man gör för att få det. Det tror jag inte man har kunskap om.

När det gäller de personer som är berättigade enligt LSS så tror kontaktpersonen att på landstingssidan finns kunskapen, åtminstone på habiliteringen.

M: Inom LSS-verksamheterna, är man medveten där?

I: Ja, i alla fall inom hela habiliteringen. I alla fall inom vuxenhabiliteringen och särskilt utifrån att kuratorerna själva skrev intyg tidigare. Så tror jag att dom tänker på och dom får också frågan.

En annan förklaring till att reformarbetet inte nått ut till fler kan vara att många som har rätt att få insatserna har tackat nej. I det följande skall vi se hur kontaktpersonerna ser på orsakerna till detta.

### **De som tackar nej**

Det är enligt kontaktpersonerna inte många som får information om reformen som tackar nej till tandvårdsintyget och därmed den nödvändiga tandvården till en subventionerad

kostnad. Däremot är det fler som tackar nej till den uppsökande verksamheten, munhälsobedömningen.

En orsak till att tacka nej till munhälsobedömningen är okunskap om vad den skall vara bra för. Tandläkarskräck och att man är för gammal kan också vara skäl som anges när man tackar nej. I en av kommunerna har strategin varit att uppmana alla att tacka ja och att tandhygienisten sedan i kontakten med de berörda har fått förklara vad hon kan eller inte kan göra:

M: Är det många som tackar nej?

I2: Inte till själva intyget. O nej. Men just den här munhälsobedömningen då gjorde vi så att, dom visste ju inte riktigt vad det här var för någonting. Så då sa vi att tacka ja så hör dom av sig sedan om vad det är för något som dom skall göra. Då i början då var hon hem, det var ju tandhygienisten då. Då gick hon hem till dom här personerna och då blev det lite annorlunda när hon kom hem eller om dom skulle ta sig till Folktandvården. Bara det underlättade. Sedan var det en tant som jag tänker på, hon trodde inte att, ja hon hade löständer för det första så vad skulle tandhygienisten kunna göra för henne? Men då visade det sig att när hon var dit då hade den här kvinnan en bomullsgrej under sin tandprotes för att den skulle sitta bra. Bomull under. Det där fick hon fixat då. Hon som tyckte att hon egentligen inte hade något behov. Hon hade ju tänder, löständer. Då justerade man till det så hon vart ju jättenöjd den här tanten. Det är dumt att tacka nej. Så vi har sagt att dom skall tacka ja och sedan ringer dom.

Ett annat skäl till att tacka nej är att den tillfrågade redan går till en tandhygienist eller tandläkare och får undersökningen gjord ändå. Denna orsak till att tacka nej blottlägger också en form av okunskap, nämligen okunskap om utbildningssyftet med munhälsobedömningen. Att även berörd personal eller anhöriga skall få kunskap och instruktioner om hur munhälsan skall skötas. Detta gäller naturligtvis främst de personer som får hjälp av utomstående med mun- tandvården.

L: Det har jag frågat för det här med munhälsobedömningar är det många som kryssar nej och då har jag frågat varför. Det är för att dom redan har haft en sådan.

Ett problem i det här sammanhanget kan vara att inte heller den personal eller den underlagsutfärdare som ställer frågan alltid har kunskap om det här syftet. Som brukare är man naturligtvis helt beroende av att alla i "vård- omsorgskedjan" har erforderlig kunskap. Vi vet att denna kunskap saknas hos många.

Sedan själva, det har väl inte riktigt jag förstått heller, jag har kanske inte förstått riktigt vad det innebär det här med munhälsobedömningen. Så det kan ju vara bra i och med nu. /.../  
Det behövs mer information. Vad innebär munhälsobedömning och varför skall man göra det en gång per år.

I2: Dom som jag har träffat dom är utvecklingsstörda. Jag har inte direkt frågat dom så heller utan det är mer om vad dom tycker om att göra. Det är liksom andra bitar. Munhälsobedömningar och sådant det frågar personal om. Det är aldrig så att jag har frågat den enskilde.

M: Då är det många sade du, när personalen frågar, som säger nej.

I2: Ja, som har gjort det redan och att det inte behövs.

M: Men nödvändig tandvård det tycker dom är bra?

I2: Ja.

Reformens målsättning som en kompetenshöjning för berörd personal betonas inte heller i den grundläggande information som landstinget har på sin hemsida och som riktar sig till allmänheten. En annan fråga är om denna information fanns med i de informationsbrev som kommunerna sände ut när de omprövade alla nya intyg och också ställde frågan om munhälsobedömningen.

Jag tänkte på en annan sak som jag har blivit, eller som jag har förstått och det är ju att många gånger när biståndshandläggarna nu, för det här med intygsunderlaget så är det lite tvetydigt om man tackar ja eller nej till munhälsobedömning och det har ju visat sig att det är många som tackar nej för man har inte förstått skillnaden mellan att gå till tandhygienist hos tandläkaren eller att få den här munhälsobedömningen utförd. Jag menar jag går till tandhygienist två gånger om året. Varför skall jag behöva ha en gång till då? Där såg jag att L hade gjort ett förslag till en ny informationsbroschyr och där är dom väl tydligare med vad den tandhygienisten, den munhälsobedömningens syfte. Att det också är att ge personal kunskap om hur tänderna skall skötas för att kunna hålla det här.

En annan intressant fråga är om det finns några skillnader mellan de olika målgrupperna när det gäller att tacka ja eller nej till tandvårdsintyget och munhälsobedömningen. Bland personerna med psykossjukdomar är det många som tackar nej, speciellt till munhälsobedömningen. Det kan vara mycket svårt att få komma hem till många av de berörda personerna och en del tillåter överhuvudtaget inte kroppskontakt eller kan ha paranoida drag. Enligt en kontaktperson bedrivs i princip inte munhälsobedömningar i hemmen "det är en mycket känslig fråga" utan tandhygienisterna har istället satsat på att komma och informera på "öppet hus" på öppenvårdsmottagningarna och så vidare. För att en del personer med psykiska sjukdomar skall tacka ja till munhälsobedömningar krävs också att organisationen är flexibel. Att göra bedömningarna på andra platser än i det egna hemmet skulle kunna vara en möjlighet, t.ex. på mottagningarna.

I en av kommunerna finns uppfattningen att det huvudsakligen är de som har insatser enligt LSS som har tackat nej och att detta kan bero på svårigheter med att förstå intentionerna. I en annan kommun nämns stark integritet som ett skäl att tacka nej.

M: Har ni någon uppfattning om det är någon skillnad mellan dom olika målgrupperna här i hur man tar emot erbjudandet?

I1: Det är några som har tackat nej, men inte många. Det är några som har tackat nej och det är ingen som har beslut enligt SOL utan det är beslut enligt LSS. Och det är kanske frågan alltså om man har förstått.

I2: Det kan vara mycket annat också. Det kan vara rädslor och...

M: Vilka är skälen till att man tackar nej?

I: Det är ett fåtal personer som gör det. Det kan vara personer med väldigt stark integritet. Kanske någon psykiskt sjuk.

M: Du talar om munhälsobedömningen inte den nödvändiga tandvården?

I: Nej, munhälsobedömningen.

M: För det är fler som kanske tackar ja till nödvändiga tandvården än till bedömningen.

I: Ja, intyget får du ändå. Det kan ju finnas någon som tackar nej till den för man har redan kontakt med, om man tänker gruppen LSS:s personkrets, dom har ju ofta kontakt med tandläkare, men behöver intyget. Dom kanske inte behöver bedömningen.

M: Då bortser man från det här personalutbildande.

I: Ja, men man kanske bor i ett eget boende.

När det gäller svårigheter att förstå så tar kontaktpersonen i en kommun också upp svårigheterna att formulera ett informationsbrev som kanske skall vända sig till alla som har insatser enligt LSS. Missförstånden var många på den skriftliga information som sändes ut i en kommun. Ändå är skriftlig information att föredra framför muntlig, enligt en av intervjupersonerna nedan.

M: Så det har bara varit en hitintills som har utfärdat de här underlagen?

I: Ja, just precis. Och jag har gått in i vissa, men vi tyckte att det var mest praktiskt så. Annars hade det nog blivit ganska rörigt. Det var väldigt mycket telefonsamtal. Från anhöriga och gode män dom förstod inte det här och många som har svarat nej tack till den här undersökningen och kommit på att oj då, det var kanske fel. Så det har varit mycket uppdateringar och som jag sa, man kunde se att dom hade svarat både ja och nej på samma fråga. Så då har man kontaktat gode män om hur dom har tänkt det här och det har blivit fel.

M: När det gäller munhälsobedömningen så är det många som tackar nej.

I1: Ja, för dom har inte förstått riktigt.

I2: Nej, men jag tycker att det har blivit bättre det med. Det är svårt. Jag får ofta svaret att jag går redan till tandläkaren, men det är inte det som. Ibland har vi tagit informationen muntligt, när någon ringer, och då skall det gå undan. Dom skall snart till tandläkaren. När man tar den muntliga informationen om munhälsobedömningen, det går sämre än om vi skickar ut det som finns skrivet. Vi får köra med det som är skrivet tror jag. Att dom får sitta hemma och klura. Det tror jag är bättre.

I en av kommunerna följer man, om tillfälle ges, upp de personer som har tackat nej till en munhälsobedömning:

I: Sedan är det också personer som tackar nej till munhälsobedömning. Dom finns ju. Dom spar vi i våran mapp till utfärdarna. Där skall handläggarna då ligga i tackat ja och tackat nej. Dom personer som har tackat nej dom kan få en förfrågan om vi gör ett hembesök efter ett tag. Vill du ha din munhälsobedömning?

Det finns ytterligare ett skäl att tacka nej till den uppsökande verksamheten och det är ett skäl av mer ideologisk karaktär. Enligt Socialstyrelsen (2006) har det förekommit att chefer för gruppboheter har tackat nej till munhälsobedömning å brukares vägnar eftersom den uppsökande verksamheten skulle strida mot normaliseringsprincipen. Flera av de intervjuade kontaktpersonerna kände inte igen eller hade inte hört den formen av diskussion i sina verksamheter, men några har reflekterat över normaliseringsprincipen i relation till reformen och en person hade hört en enhetschef mena att:

Utifrån att har man en kontaktperson, kontaktman så kan man med dennes hjälp, det är ett led i det här att själv ta sig ut och om man faktiskt kan gå till tandläkaren och tandhygienist.

M: Är det en diskussion som ni har fört generellt, det här med normaliseringsprincipens betydelse i samband med den här reformen. Är det något som ni har pratat om?

I: Jo, hos oss har vi diskuterat den. Det har vi gjort. Vi har lyft den här frågan till landstinget och det kanske inte är, det ingår ju i normaliseringsprincipen att gå till tandläkaren och alla kan ju inte ha det här utfärdat heller.

Att någon enhetschef eller liknande i Uppsala län skulle fatta beslut å brukares vägnar motiverat utifrån normaliseringsprincipen, finns inte något belägg för utifrån den här studien.

## Uppföljning

Även om de tillfrågade personerna har tackat ja till en munhälsobedömning så kan inte kontaktpersonerna svara på om de personerna verkligen får den uppsökande verksamheten.

Man kan fundera på om vi inte hittar på dom eller om vi hittar på dom och så händer inte något mer.

M: Har ni någon koll på om det blir någon munhälsobedömning över huvudtaget?

I2: Nej, det har jag väl egentligen inte? Det är om man frågar, vad dom berättar då.

M: Tycker du att det ligger i er roll att kontrollera och se om det blir något eller?

I1: Det kan jag tycka eftersom det är vi på kommunen som utfärdar intygen. Så har vi väl ett visst ansvar för att se till att det funkar hela vägen. Att det också blir, att personen som har fått intyget och tackat ja att det också blir någonting.

När personerna har svarat ja på frågan om munhälsobedömning vidareförmedlas detta besked till landstinget, hälso- och sjukvårdsstaben och därifrån informeras tandvårdsutföraren om att den uppsökande verksamheten skall ske. Frågor som gäller uppföljning av utfärdade intyg eller om man så vill, kvalitetssäkring, är än så länge inte prioriterade ute i verksamheterna. Frågan är också på vem det ansvaret ligger. Följande reflektion från en av kontaktpersonerna är typisk för intervjupersonerna:

M: Det finns uppföljning på flera nivåer också. Om man tänker på helheten. Om man även tar in att man har svarat ja eller nej på frågan om munhälsobedömningen till exempel. Hur fungerar det, har du någon pejling på det? Får man det eller får man det inte? Varför svarar man ja eller nej? Vem är det som frågar?

I: Det är en bit. Den har jag dålig pejl på, den har jag inte gått in så mycket för heller måste jag säga. Nu har vi sedan tidigare ett gott samarbete med sjukhustandvården. Så i särskilda boenden har det här varit i gång sedan tidigare så det är i hemmet som det är lite annorlunda. Nej, det har inte kommit in några klagomål till mig om att det inte fungerar, men just det där som du säger; vem ställer frågorna och varför svarar man ja eller så och hur hanterar man det, det har jag inte överhuvudtaget tittat på.

M: Biståndshandläggarna när dom utfärdar biståndsunderlagen, är det dom som frågar om man vill ha munhälsobedömningen?

I: Ja, det är det och det måste jag säga att det har jag inte gjort någon uppföljning alls. Jag har heller inte hört, för vi har tagit upp det i lite olika sammanhang. Jag vet ju att tandhygienisterna i en annan kommun har tagit upp olika sådana här saker i träffarna som vi har haft, men jag har inte hört någonting från vår kommun och då skulle jag kunna tänka att vi är en liten kommun. Vi har personkännedom sedan tidigare. Sjuksköterskorna är i princip samma som alltid har funnits här. Dom har redan en relation. Det är därför som det flyter på. Fast jag vet inte. /.../ Men jag har inte hört annat än att det skulle fungera det också, men jag måste ärligt säga att jag har inte kommit dit hän att jag har gjort någon utvärdering på det. I sådana fall så skulle jag ju ta kontakt med X som hon heter på sjukhustandvården och höra hur det funkar, men det har jag inte gjort. Jag vet inte om det ligger i mitt uppdrag, men det kanske det gör. /.../ Hos oss, jag kan inte säga att det ligger hos någon. Det kanske kan tyckas att det ligger hos mig eller det ligger hos.... Jag vet inte. Jag vet faktiskt inte. Vi har inte fört den diskussionen. Jag vet inte.

Det som är typiskt i citatet ovan är att kontaktpersonerna tror att rutinerna fungerar bäst i de särskilda boendena eftersom man har utarbetade rutiner där sedan tidigare, men det mest typiska är att det överhuvudtaget inte har förekommit några mer omfattande diskussioner om uppföljning, avvikelserapportering, utvärdering eller dylikt. En annan

tanke som presenteras i citatet ovan och som även flera andra kontaktpersoner nämner är att det är enklare att ha överblick i små kommuner än i stora och att samarbetet underlättas i små kommuner: ” Vi sitter nära varandra så om inget annat så möts man i kafferummet”. Detta kan säkert äga sin riktighet, men behöver inte betyda att kontrollen eller personkännedomen är god i de mindre kommunerna. I en av intervjuerna med kontaktpersonen i en liten kommun var utgångspunkten i samtalet att rutinerna fungerade mycket bra, men det visade sig att detta gällde tidigare. Den drivande tandhygienisten slutade sitt arbete och sedan dess har kontaktpersonen (eller biståndshandläggaren) i princip inte haft någon kontakt alls med den nya tandhygienisten och vet inte heller hur arbetet med munhälsobedömningarna fortlöper.

M: Det är Folk tandvården som gör den här munhälsobedömningen?

I: Ja.

M: Hur fungerar den rutinen då för dom skall ut en gång om året till personer som har det här. Fungerar det.

I2: Ja, när X (den gamla tandhygienisten) hade det då tycker jag att det funkade för då kom hon ner först till oss och så gick hon igenom alla som hon skulle gå till.

I1: Sedan genomförde hon och så gick någon av personalen med, i hemtjänstgruppen. Och så fick dom ett sådant här tandvårdskort. Det var säkert kontaktpersonen.

M: Men du är lite osäker på hur det fungerar nu?

I2: Nu vet jag inte vilken det är för det är en ny.

I1: Y någonting och hon är mer anonym. Henne har vi inte etablerat någon bra kontakt med tycker jag.

I2: Nej.

I1: Nej, det är också något som måste

I2: Det andra fungerade jättebra.

I1: Ja. Hon hade personlig kännedom om oss och visste precis hur hon skulle ta kontakt.

I2: Ja, hon visste precis vem hon skulle ringa till.

M: Tänk vad mycket det bygger på relationer.

I1: Ja.

I2: Ja.

M: Så det är något ni skulle kunna göra, att utveckla kontakten med den här nya personen.

I1: Ja.

M: Men hon är medveten om detta, görs det ändå eller?

I1: Hon var hit en gång.

I2: Ja, jag har sett henne ett par gånger och hon jobbar för fullt. /.../

M: Hur länge har hon (den nya tandhygienisten) varit i farten ungefär?

I1: Hon är inne på andra året nu.

Det är oklart för kontaktpersonerna om ansvaret för uppföljningar skall ligga på kommunerna eller på landstinget. Ett skäl som framförs till att ansvaret skulle ligga på landstinget är att pengarna för verksamheten kommer där ifrån.

I: Pengarna kommer från landstinget. Och vi har också ett intresse att veta om det har blivit eller inte, men vem skall kolla upp det. Det kanske vi får svar på.

M: Har ni diskuterat kommunens roll i det hela och landstingets? Var går gränserna?

I: Vi ser oss som medhjälpare. Det är vi som kan skriva intygen. Vi jobbar närmast, men ser vi landstinget som en stor aktör.

Men även kommunerna borde ha någon form av kvalitetssäkring

Kommunen borde ha någon slags kvalitetssäkring eftersom det är kommunal personal eller privat personal som skall utföra. Och då borde man ha något.

I: Vi har ju ingen samlad uppgift på dom som har intyg och hur skulle vi följa upp och vad skulle vi följa upp, men det kommer som sagt var för då skulle man kunna göra sammanställningar. Var har vi intyg någonstans och kanske göra, då skulle jag fortsättningsvis kunna gå ut i dom områdena som har inom hemtjänstområdena och höra hur hanterar ni det här? Fungerar det bra? Vi har liksom ingenting att ta på. Att gå ut till grupperna som sådant. Det vore bättre att ha faktiska fall att titta på och kanske göra lite stickkontroller. Hur har ni hanterat det här? Det kan jag nästan tänka att jag har saknat att jag kan inte gå in någonstans och titta vilka som har intyg. Ingen kan gå in någonstans. /.../

M: Tandvården som har de här listorna dom borde väl ha en lista sammantaget allt eftersom dom har fått.

I: Ja, men dom har bara på dom som har tackat ja. Då skulle man kunna göra en jämförelse med dom listorna över vem som har tackat nej. Beror det på att dom inte vill eller på att dom inte har fått ordentlig information eller varför har dom tackat nej. Så visst finns det uppföljningsmöjligheter det gör det ju. Men vi har inte startat och på något sätt tycker jag att först måste vi landa i att vi har rutiner hur vi gör. Vi kan inte följa upp något som, det måste vara en god start i den änden innan vi har något ordentligt att följa upp.

En annan kvalitetssäkring att göra är i de fall som munhälsobedömningen är gjord och tandhygienisten lämnar ett munvårdskort efter sig hos den undersökte. I vilken utsträckning kommer informationen i munhälsokortet den berörde personen tillgodo? I en av intervjuerna konstaterar kontaktpersonen till exempel att hon som MAS aldrig har fått någon avvikelserapportering på läkemedel som ges på tandhygienists ordination trots hon för övrigt får in mycket avvikelserapporter för uteblivna läkemedelsdoser:

I: Det slår mig. Vet man om det så att säga? Och där tror inte jag att ens en gång sjuksköterskorna är medvetna om att där har det blivit en ordination på det så ska det föras upp. Åtminstone göra en notering journalen om att det blivit utfört eller inte utfört.

M: Det är också ett sätt att markera vikten.

I: Det har varit, man pratar om avvikelser för uteblivna insatser och det är väl också samma sak. Där sätter man också fokus på om man kommer och städar eller inte. Eller det blev ingen dusch den här veckan. Det är ett klagomål för utebliven insats gentemot Socialtjänsten. Men där har man inte personlig omvårdnad, det har man inte checklista på; borsta tänderna, tvätta öronen, putsa naglarna.

En av kontaktpersonerna läste högt i Socialstyrelsens utvärdering att ”kommunen, primärvården och psykiatrin bör själva genomföra uppföljningar för att kvalitetssäkra arbetet med munvård och uppsökande verksamhet”, och konstaterade att hon skulle vilja göra en mer strategisk uppföljning utifrån den egna verksamheten för att se hur verkligheten ser ut.

M: Får du inrapporterat från dom (tandhygienisterna) det dom har gjort?

I: Nej, ja vi har fått en årlig rapport bara. Det har vi fått bara. Sedan är det sagt så här att när dom har gjort en munhälsobedömning så skall dom dels skriva ett munhälsokort och så skall dom skriva en rapport. Och när det gällde äldreomsorgen var det inga svårigheter för där kunde rapporten gå till ansvarig sjuksköterska. Där finns ju koppling till ansvarig sjuksköterska i alla fall. Men när det gäller de funktionshindrade talar tandhygienisten om att de var osäkra på vart dom skulle skicka dom här. Men där sa jag till henne att där det gällde LSS-gruppbestäderna är det inga problem för där kan dom skicka alla rapporterna hit sedan fördelar vi det med respektive sjuksköterska som har ansvaret och kan ta det med sig då så att säga. Är det någon som inte har omvårdnadsjournal så, men vi vet var personen finns någonstans. Men det är liksom den rapporten, men sedan skulle jag vilja höra lite mer synpunkter från verksamheten, inte från tandvården utan från verksamheten och hur dom har kvalitetssäkrat med dom här munhälsokorten, finns dom? Var finns dom?

Även L efterlyser en mer avancerad uppföljning än den som man har kunnat prestera hitintills:

Ja, det är mycket. Och det ser vi nu när vi tittar på när vi utför rapporter i vårt IT-stöd. Jag tycker, idag dom här instrumenten som vi har idag så här många % har blivit uppsökta av, så här många.. det är väldigt trubbiga instrument. Jag skulle vilja veta hur många som har fått tandvård av dom här. Det vet vi till viss del, men inte fullt ut. Jag skulle vilja veta bättre var bor dom här som får det och var bor dom som inte får det som är berättigade till det här. Finns det några blinda fläckar på vår länskarta och kunna skjuta in sig på dom kommundelarna eller på den kommunen och säga att här får ni skärpa till er. Den typen av rapport och uppföljning.

Orsaker i ett par kommuner som anges till varför rutiner för uppföljning inte har utarbetats och att arbetet utifrån tandvårdsreformen överhuvudtaget inte har kommit längre är omvälvande organisationsförändringar. På grund av organisationsförändringar, men kanske främst på grund av bristande eller krångliga rutiner har kanske tandvårdsutförarna haft svårigheter att komma ut till de berättigade personerna.

Jag tror att det är för att det har varit en sådan oreda. Jag tror att inte Folktandvården har nått alla som är berättigade. Att dom har fått leta. Vem skall jag ringa och få uppgifterna ifrån? Sedan tror jag också att när den här tandvårdsreformen kom så, alla som bodde på boende dom fick utfärdat. Personer som ansökt om insats innan det har satt sig, innan man fick in rutinen, att de också var berättigade. Att de som utfärdade inte var riktigt medvetna om att dom även skulle tacka ja och nej till det här.

### ***Tolkningssvårigheter***

Under processens gång med att utveckla arbetet utifrån tandvårdsreformen har olika frågeställningar varit aktuella som har att göra med hur lagarna och riktlinjerna skall tolkas. Kontaktpersonerna tar emot frågor från underlagsutfärdarna i fall då de är tveksamma eller inte vet om de skall utfärdas eller ej. Många av de frågorna har diskuterats i nätverket och L har också fungerat som en resursperson för kontaktpersonerna när de har varit osäkra. Kontaktpersonerna säger att kontakten med L var frekvent i början av processen, men att rutinarbetet nu flyter på och det bara är i undantagsfall, om det uppkommer tveksamma ärenden som kontaktpersonerna konsulterar L. De tolknings- eller gränsdragningsfrågor som framför allt skall tas upp här är bedömningen av dem som vårdas av anhöriga, tolkningen att det är insats enligt LSS som utgör kriteriet för att få tandvårdsintyg, inte att tillhöra personkretsen samt svårigheterna att bedöma de psykiskt sjukas situation.

En situation som från början inte var helt klar för alla hur de skulle bedöma gäller då anhörig vårdar i hemmet och omsorgsbehovet skall motsvara personlig omvårdnad under större delen av dygnet d.v.s. minst tre ggr/dygn samt tillsyn under natten. I kommunerna har man nu arbetat fram tolkningar eller rekommendationer som är användbara i de egna organisationerna. Hur anhörigas insatser kan värderas i relation till reformens krav framgår nedan:

Ja. Ibland så kan man behöva bolla lite grann, men det finns ju egentligen ganska klart. Om man har det här omvårdnadsbehovet med nattillsyn då. Där det kan vara oklart det är där det finns anhöriga hemma, hur stort behov har dom. Man kan egentligen ställa ganska enkla frågor. Ofta när äldre ringer till mig om sin maka eller make, om du inte fanns där nu, hur

skulle personen klara sig då? Ja, men då måste dom ha tillsyn av kommunal eller privat hemtjänst, dag och natt. Då är det helt klart.

För det är även dom som har mycket omvårdnad, men som inte har hemtjänst. Det var där vi kom in lite. Det finns ju anhöriga som gör lika mycket. Sedan vet jag att vi hade massor, det var mycket frågor där i början just det här med att nattilsyn skulle det vara. Och då blev det inte många alls, men då dög det med att man hade ett larm i alla fall. Det var hemskt svårt i början att veta riktigt, men nu tycker vi inte att det är något problem inte.

Sedan med grupperna så har vi diskuterat just dom som vårdar närstående i hemmet. Där är det svårt, men bedömningen där vid omfattande omvårdnadsbehov, har jag sagt, tänk likhetstecken om den personen skulle söka insatser. Hur mycket insatser skulle den vara beviljad?

Ett dilemma som många av kontaktpersonerna nämner är när det gäller LSS att tandvårdsförmånerna ges utifrån att brukarna har beslut om insats enligt LSS, inte att de tillhör personkretsen. Många personer med funktionshinder får enligt en intervju person hjälp från habiliteringen och får på så sätt sina behov tillgodosedda via HSL. Det förekommer också att personer som tillhör personkretsen inte vill ta emot hjälp från kommunerna.

Personer som, ja antingen där dom vet att dom har en utvecklingsstörning. Dom kan ha gått i särskola. Men sedan lever självständigt och dessutom inte har velat eller har avslutat daglig verksamhet och inte har någon annan aktiv, kanske de facto inte har någon LSS-insats. Omfattas inom citationstecken av personkrets. Dom kan tidigare ha fått ett intyg av en kurator, på den tiden, för ett par år sedan. Men nu får dom det inte om vi skall vara strikta. Jag har hela tiden knackat på med dom här ärendena och den här principdiskussionen. Skall vi vara så här benhårda eller skall vi som myndighet släppa igenom det också. Om man dessutom har haft det tidigare. Tyvärr har hållningen varit att nej, det skall vara så här och L har tagit med sig frågan flera gånger till sitt nätverk där Socialstyrelsen har medverkat. Men jag vet att man har tolkat det här lite olika i olika landsting. /.../ Så där uppstår en ojämlikhet att dom som är utvecklingsstörda dom kan man i kraft av det då, intyga att det är personer som verkligen omfattas av lagen, men det andra skall egentligen göras en bedömning. Och det skall inte göras någon personkretsbedömning och rätt till tandvård utan det skall göras en personkrets i relation till insats enligt LSS. Det här tycker jag faktiskt är ett dilemma. Det är liksom två delar i det också. Det är inte bara beslut eller inte utan det är bara den här jämlikheten eller skillnaden i relation till personkrets.

Sedan har vi också diskuterat LSS-gruppen där som; du skall ha en pågående insats. Det finns personer som tillhör LSS personkrets, men som inte har en pågående insats. Det är ett fåtal, men dom finns. Det har vi diskuterat också mycket om lagens tillämpningsområden där lagstiftaren säger att personer som omfattas av LSS personkrets, men Socialstyrelsen säger ju till om dom som har insats. Det är någonting som jag ser som ligger över oss att utreda det, det är vår skyldighet, för dom som utfärdar.

Sedan är det så att det inte är så tydligt egentligen utan det står i det som är förarbetena till den här lagstiftningen att det gäller dom som omfattas av den här lagstiftningen. Och det skulle kunna innebära att man tillhör personkretsen, men ännu inte har kommit så långt att man har något beslut om någon insats. Vi valde att tolka det så att det skulle begränsas till personer som har beslut om LSS-insats. För då har man gjort en personkretsbedömning. För det är ju så hos oss på myndigheten, LSS att där blir det inte aktuellt att bli personkretsbedömd förrän man kommer på att man behöver någon insats.

Personer som befars komma i kläm är de lindrigt utvecklingsstörda som inte har insatser utifrån LSS. Det finns risk för att de inte får den tandvård som de behöver.

Det kan vara ett litet antal människor i 50-60 årsåldern som kanske bestämmer sig för att dom inte längre tycker att det är trevligt med daglig verksamhet och naturligtvis inte kommer in på arbetsmarknaden, men som kanske har en väldigt knackig ekonomi och efter ett tag kanske dom förstår att dom skall gå till tandläkaren, men dom har de facto inte råd. Skall dom gå till Socialtjänsten? /.../ Det skulle väl vara det då att den lindrigt utvecklingsstörde faktiskt inte har arbete utan skall leva på en pension, en knapp pension, hela sitt liv. Och inte kan göra något åt situationen. Och det har vi som samhälle varit medskapare till. Vi har inte mäktat med att, den här gruppen personer har alltid varit väldigt utsatt när det gäller att inte hålla måttet och duga eller bli insläppta. Och så skall dom dessutom, ja, men alla andra får minsann betala sin tandvård. Där kan jag tycka att vad är det för ideologi vi har och hur leder vi den.

För dem som utfärdar intygsunderlag till dem som har LSS-insatser är det relativt enkelt att avgöra om personen är berättigad eller inte, men det kan förekomma att personer har ett tandvårdsintyg utan att personen i fråga har någon pågående insats. Ett exempel på detta nämndes ovan, att någon väljer att inte längre gå på daglig verksamhet. Det finns i dessa fall inte någon automatisk återkoppling till myndighetskontoret.

M: Er målgrupp går på insats utifrån LSS, vad kan det vara för situationer som är tveksamma?

I: Det är så här om en person till exempel, vi har haft någon som har haft daglig verksamhet och vill inte gå där. Då har han inte insats, men vi vet att personen är borta kanske två månader och kommer tillbaka igen och så. Det är dom och samtidigt är det säkert ett mörkertal där vi inte alltid får veta att personer har tackat nej till insatser och så där. Det kan vara så att någon har intyget, men inte har insatser. Så fort vi får vetskap om det så meddelar vi dom att här är en person, här måste man återta det.

Det kan också upplevas som orättvist om en person med en utvecklingsstörning (som kanske inte är känd av kommunen) bor hemma hos sina föräldrar och får all hjälp där som han/hon behöver och därmed inte har rätt till tandvårdsintyget medan de som får insatser av kommunen har det. Behovet av tandvård och den ekonomiska situationen kan se likadan ut i de båda fallen, liksom behovet av hjälp.

En annan orättvisa som nämns av en intervjuperson är att det kan krävas mycket större hjälpbehov för dem som bedöms utifrån SOL än vad det gör för dem som bedöms utifrån insats enligt LSS.

Och det är åter det här med insatser för säg att man till exempel har Asberger då i vår kommun är det ett SOL-beslut det stödet. Man kanske bor i egen lägenhet, men det är ett SOL-beslut. Man tillhör personkretsen, men man har ett SOL-beslut. Då skall det egentligen vara SOL-bedömningen då. Och tillsyn på natten det har dom flesta inte, men dom har stora behov och just det här med tänderna skulle man kunna tänka sig att dom skulle behöva.

Det är administrativt sett mycket enkelt att handlägga tandvårdsreformen utifrån pågående beviljad LSS-insats, men de flesta kontaktpersonerna förordar att de personer som omfattas av LSS skulle vara berättigade till förmånerna, inte endast de som har en pågående beviljad insats. Att detta inte är ett enkelt dilemma att lösa har dock framstått

som klart utifrån kontakter som kontaktpersoner har haft med jurister, Socialstyrelsen m.fl.

När det är frågan om psykiska sjukdomar är tolkningsutrymmet större. Det är inte självklart när en person skall bedömas att inte av egen kraft förmå uppsöka tandvården eller inse sitt behov av tandvård. Dessutom kan tillståndet variera där perioder av stora hjälpbehov kan avlösas av perioder då personen kan fungera relativt bra på egen hand.

I: Den svåraste gruppen är de psykiskt sjuka tycker vi och det har vi diskuterat mycket. Och det diskuterar vi också på nätverksmötena.

M: Där finns det kanske tolkningsmöjligheter på ett annat sätt.

I: Och det här att ha förmågan, men inte vilja, eller ha viljan, men inte förmågan. Det är lite svårt.

Psykiatrin har också rätt att utfärda intyg och är det en person som är väl känd inom psykiatrin så hänvisar vi till att då får dom göra den bedömningen. Vi kan ju inte göra det utan psykiatridiagnos utan, det är det inte så, dom har inga andra insatser, dom är inte kända av oss i kommunen, mer än att dom har en psykiatrisk diagnos, men har dom då kontakt med psykosrehab eller allmän psykvård eller vad dom har kontakt med, så finns det personer där som är berättigade att skriva intyg. Det är inte alla gånger lätt för oss att veta.

Det finns situationer som är osäkra även för underlagsutfärdarna inom psykiatrin. Till rehabsamordnarens uppgift hör att utfärda intygsunderlag för de personer som bor på privata boenden. Då kan det handla om personer som samordnaren för övrigt inte har någon kontakt med, men ändå skall bedöma.

Då har man inte riktigt någon koll för jag åker liksom inte dit mer än till enstaka patienter i mitt jobb då. Där får man andrahandsinformationer och göra någon slags bedömning av personen. Det är ju ofta så att om man bor så där och har heldygnsstillsyn så är man oftast berättigad till det. Det är inte konstigt. Men egentligen skulle jag åka ut och se personen på något sätt.

Ett förslag som en av kontaktpersonerna för fram är att alla som har varit inskriva ett år inom psykiatrin alternativt alla som har en psykosdiagnos skulle vara berättigade till ett tandvårdsintyg. Dels handlar det om mycket utsatta och sårbara människor som på olika sätt behöver stöttning och hjälp med att få en god tandvård och dels skulle tolkningssvårigheterna bli mindre. Tolkningarna av vem som är berättigade skulle alltså behöva vara mer generösa för den här målgruppen.

En annan punkt för diskussion har varit de fall där Försäkringskassan fattar beslut i enlighet med LSS. De personerna omfattas också av reformen och frågan är vem som skall utfärda intygsunderlag.

Det kan förekomma att olika personer gör olika bedömningar i fall som inte är helt glasklara. Ibland kan det uppstå svåra konflikter när personer inte får ett intyg eller får sitt tandvårdsintyg indraget. Ett exempel på detta framgår av citatet nedan.

Det var sjuksköterskan på området som hade fått förfrågan från sonen. Hon hade gått igenom och hon visste exakt vad dom gjorde i hennes roll som enhetschef. Nej, han var inte berättigad enligt kriterierna som gäller. Dom beslutet som han har är inte likställt med att han är berättigad så hon hade sagt nej. Då hade han blivit arg den här sonen, riktigt ordentligt

arg. Så hade han ringt till biståndshandläggaren som hade gått utbildningen, men ändå var ny och hade skrivit ut direkt. Så kom det till min kännedom för då hade sjuksköterskan reagerat. Då tog vi upp det och tittade. Jag tog reda exakt på vad han hade för beslut och så tog jag kontakt med L och hon kontaktade juristen och han tittade på det och vi var helt eniga om att han inte var berättigad. Då skrev hon (L) ett utkast hur det skulle se ut när man river ett sådant här intyg. Ja, det var klart och färdigt och sedan, ja jag vet inte hur det kom sig det här, men det var mycket om och men. Sedan blev han försämrad den här mannen så småningom var han berättigad, men i det läget var han inte det. Vi har haft mycket turbulenta fall och vi har haft något psykfall som har ringt till mig och hotat mig och andra mycket tveksamma fall. Så det här är inte enkelt.

Ibland passar inte målgrupper in i den organisation som är uppbyggd för att exempelvis kunna utfärda beslutsunderlag. Det finns en grupp personer som faller mellan stolarna (åtminstone i en kommun) där konsekvensen blir att inte någon skriver intygsunderlag och det är personer som har personlig assistans via Socialtjänstlagen.

Det är att man har personlig assistans via Socialtjänstlagen, det finns egentligen ingenting som heter så, utan det är egentligen att man har beslut om hemtjänst enligt Socialtjänstlagen, men med en begränsad personalgrupp. Det är på samma sätt som personlig assistans att den här personen klarar inte av att ha hemtjänsten som kommer med 30 personer som skall utföra utan man skall ha en då och då, en bestämd personalkategori. Och den personkretsen den finns inget uppdrag för, för uppdraget att se till att intygsunderlag utfärdas inom äldreomsorgen rör personer över 65 år, som har det här omsorgsbehovet eller personer under 65 år som har ett behov från kommunen. Från hemtjänsten, inte personliga assistans utan får uppdraget utfört av äldreomsorgen. Då faller dom här mellan stolarna som har under assistansliknande former, ett vanligt SOL-beslut. För det här har inte biståndshandläggarna uppdrag på.

För allmänheten är det inte alltid helt klart på vilka grunder som man kan få tandvårdsintyget. Det är en pedagogisk uppgift att förklara att intyget ges utifrån vilket behov av hjälp och omsorg man har och att det inte har något att göra med vilken tandstatus man har. Att behöva nödvändig tandvård är i sig inte något kriterium för att få ett intyg för att erhålla just det. I en diskussion tillsammans med en av kontaktpersonerna diskuterar vi ett nytt ord istället för nödvändig tandvård; omsorgsrelaterad tandvård. Tandvårdsintyget är inte heller kopplat till den ekonomiska statusen vilket många tror. Det går inte att få ett tandvårdsintyg bara för att man inte har råd att få den nödvändiga tandvården utförd.

### ***Var hör mun- och tandhälsan hemma?***

Någonstans tror jag att det är som om tänderna inte tillhör kroppen.

Den stora utmaningen med att få arbetet med tandvårdsreformen att fungera ligger i att få många olika parter att samverka på ett konstruktivt sätt. De skall dessutom samverka kring frågor som inte självklart hör till deras ordinarie verksamhetsområde, åtminstone inte om vi tar utgångspunkten i hur vi idag organiserar våra vård- och omsorgsverksamheter.

En grundläggande fråga är var mun- och tandhälsan hör hemma i organisationerna, dels i uppdelningen av arbetsområden mellan kommuner och landsting, men även inom kommunernas olika verksamhetsområden. I intervjuerna diskuterades detta tema en hel del och nedanstående citat är ett exempel på hur tankegången kan vara. Intervjupersonen slår här med självklarhet fast att tandvården är landstingets ansvarsområde och det håller de övriga intervjupersonerna också med om. Om tandvården är landstingets ansvar kan frågan ställas i vilken utsträckning som kommunerna har ansvar för att personer som behöver den vården, skall ges möjlighet till tandvårdsreformens rättigheter. Det skall sägas att förutom att ställa frågan har inte någon av intervjupersonerna ifrågasatt att kommunerna skall vara delaktiga i att identifiera målgrupperna. Skälet till detta är det uppenbara, att det är kommunerna som har kännedom om personernas existens.

Man kan spekulera i det att tandvård är ju en landstingsangelägenhet och är det vi i kommunen som skall se till att det fungerar eller, ja jag vet inte. Utan att lägga någon, det har vi tillräckligt många diskussioner om kommunansvar och landstingsansvar. I och med Ädelreformen har det tagit några år att bara komma över det, men tandvård är ju, det är ju definitivt inte någon kommunal angelägenhet som sådan. Alltså tandsjukvård, men munhälsovård det är. Jag vet inte, eller om det skall vara... Individansvar har sjuksköterskan enligt chefen så att säga och tandvård i det vanliga, dagliga det är inte ens sjukvård utan det är omvårdnad. Det ingår i daglig hygien kan jag tycka och då ligger det inte på sjuksköterskan i den rollen, men hos oss är sjuksköterskan enhetschef också och är omvårdnadsansvarig. På individnivå är det sjuksköterskans ansvar. Det är det utan tvekan. Hon ansvarar för munhälsan och munvården över huvudtaget. Det är ju hennes ansvar på individnivå, men övergripande.....

En svårighet gällande samverkan som L nämner är att tandvården regleras inom ramen för tandvårdslagstiftningen, vilken är en lagstiftning som kommunerna inte arbetar utifrån.

För det första att det heter tandvårdslagstiftning och bara det gör ju att jag kan förstå att inte kommunerna tycker att den lagstiftningen rör dem. Dom kanske inte ens har öppnat den för att det är ingenting som kommunen pysslar med. För det andra, det i lagstiftningen som inte framgår, alltså tandvårdslagstiftningen pekar på LSS, men Lag om stöd och service och socialtjänstlagstiftningen pekar inte på tandvårdslagstiftningen.

### **Var hör tänderna hemma i den kommunala organisationen?**

Ovanstående frågor berör relationen mellan kommun och landsting. Inom kommunerna finns en parallell situation där frågan handlar om huruvida mun- tandvård skall betraktas som sjukvård eller omvårdnad eller uttryckt i lagstermer, om det är en HSL-fråga eller SOL-fråga. Eftersom delar av vård- omsorgsarbetet är uppdelat utifrån dessa kriterier och olika yrkesgrupper svarar för olika delar, är det inte alltid självklart vem som skall göra eller ansvara för vad. Liksom många andra aspekter av personlig omvårdnad så kan också situationen förändras för samma individ och därmed också ansvarsfrågan. Så länge som mun- och tandhälsan sköts ordentligt så är det att betrakta som daglig omvårdnad, men missköts den så är risken stor att det övergår till ohälsa och blir ett sjukvårdsproblem. I citatet nedan påpekar en av intervjupersonerna när vi talar om utbildningsinsatserna att det även i de sammanhangen är viktigt hur de definieras. Är det medicinska frågor som behandlas eller inte och var kommer i sådana fall MASens insatser in?

Det beror på hur man ser på det. Om jag skulle ha ett ansvar för den, som den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, men då är det den medicinska aspekten på det och jag vet inte var man skall lägga det. Man måste veta vad som är vad så att man inte gör en medicinsk sak av något som inte är medicinskt och det är det inte. Vanlig munhålsvård i det dagliga omvårdnadsarbetet, då är det inte en medicinsk sak.

Det är klart att egentligen skulle man kunna tänka på det här som två olika områden på något sätt. Det här med munhålsbedömningen det är typ SOL och den här reducerade tandvården den är HSL. Så pratade vi. Då blir det på något sätt två verksamheter och det kanske blir på något sätt tydligare, faktiskt. Då blir uppdraget tydligare.

En grov indelning är väl att tandvård är HSL och munvård är SOL. Kan man säga. Sedan att det är munvård i sig, man måste koppla ihop, det hör också ihop med nutrition och medicinering och det är inget enskilt så i sig heller.

Apropå att inte göra en medicinsk sak av något som inte är medicinskt. Var går gränserna?

Samtidigt som jag bedömer det som att borsta tänderna är egenvård. Däremot, får du en ordination på att dom skall använda Klorhexidin alltså för munsköljning eller dom sakerna. Då kan det gå under hälso- och sjukvården på ett annat sätt. Eller är det hälso- och sjukvård om man skall använda tandtråd. Jag vet inte.

Även om tandsjukvården inte är ett av kommunen prioriterat arbetsområde så är kopplingen mellan mun- och tandhälsan och det allmänna välmåendet en orsak som motiverar varför kontaktpersonerna bedömer just mun- och tandvård som mycket viktiga områden att arbeta för. Det handlar inte bara om att förebygga tandsjukdomar utan även att möjliggöra för personer att kunna äta, prata och umgås med andra. Framför allt har den senaste tidens diskussioner om matens och måltidernas betydelse för de äldre givit medvetenheten om tandvårdens betydelse en skjuts framåt.

Och jag tror också att man måste ha ordentlig kunskap om betydelsen av tänderna. Tänderna är en del av kroppen och här handlar det om att personen inte skall bli sjuk på något annat sätt vilket faktiskt kan inträffa. Och rasar en tandhälsa så är det faktiskt så att det kan påverka andra fysiska saker för att inte tala om att man inte mår så väldigt bra av det. Ha ont och så, men man kan bli väldigt sjuk.

Det är jätteviktigt att dom kan äta sin mat och tugga sin mat. Det man förstår av äldre människor det är att aptiten inte är så stor alla gånger. Och då är det av ändå större vikt att man faktiskt kan äta sådant som man tycker om att äta, så att säga. Och då är det en förutsättning att man har tänder.

Frågorna har verkligen kommit upp och man börjar diskutera hur viktig munnen och munhälsan är för att kunna nutriera sig rätt. För att klara det. För att kunna det.

Trots att de allra flesta av oss tycker att det är viktigt att sköta vår mun- och tandhälsa och vet att det får svåra konsekvenser om vi inte gör det tror intervjupersonerna att mun- och tandhälsan kan vara eftersatta områden på olika nivåer inom omsorgsverksamheterna. Skäl till att mun- och tandhälsan inte sköts på ett tillräckligt bra sätt av omsorgspersonal kan vara svårigheter att få "tillgång till" andras munnar. Inom demensvården kan det till exempel vara svårt att få en del personer att gapa och för övrigt samverka i

omvårdnadsuppgiften. Att göra saker i andras munnar och att gapa för att andra skall titta eller utföra något i våra munnar innebär också att vissa intimitetsgränser överskrids.

Sedan tror jag att det blir ju mer och mer av det här att man har egna tänder. Jag tror att det är svårare och svårare att låta någon annan gå in i min mun om det inte är någon professionell. Tandläkaren kan jag gå till, tandhygienisten kan jag gå till och gapa, men att det är ett vårdbiträde som dessutom skall skura golvet och tömma soporna och, ja sköta alla andra saker. Att också göra dom delarna det tror jag är svårt. /.../ Jag tycker mig märka, eller jag märkte förr att det var lättare att sätta in ett stolpillär än att borsta tänderna.

En annan orsak till att mun- och tandvården kanske inte sköts så bra som den borde ligger i personals okunskap. I det första citatet nedan beskriver en av kontaktpersonerna hur en enhetschef berättat för henne att hon (chefen) själv hade gått in och skött munhälsan på en döende person som vårdades i hemmet, eftersom hon ansåg att det annars inte skulle bli gjort av hemtjänstpersonalen.

Och hemtjänsten kanske inte riktigt hade, det blir hemtjänsten och det blir personal som hon sa att det är inte tillfredsställande. Det är bra att hon säger det för det är en signal för det här som jag har hävdad i vårdkedjan, det funkar inte riktigt. Och då får man belägg för det och då måste man diskutera, är det möjligt att vi har resurser, att någon ska utbildas även inom hemtjänsten?

Det måste bli så att omvårdnadspersonal blir mer professionell på ren omvårdnad.

En kontaktperson menar att det inte är någon självklarhet att personal vet att tandvård är hälso- och sjukvård. Eftersom de medicinska inslagen är nedtonade inom omsorgsverksamheterna förklarar det enligt samma intervjuperson varför tandvården inte alltid sköts på ett bra sätt. Detta betonar åter skillnaden mellan olika yrkesgruppers utgångspunkter i olika lagar och på komplikationer som det kan medföra när till exempel personlig omvårdnad huvudsakligen definieras som en medicinsk insats.

Det har väl varit en period när det har varit så, för i en kommun skall det inte vara så medicinskt. I en kommun där bor man. Där är man boende eller brukare. Där är man inte patient. Och det där har slagit och blivit väldigt starkt hos vissa personer. Jag säger i alla fall att när hälso- och sjukvårdspersonalen eller dom som är delegerade saker och ting, agerar, då är det hälso- och sjukvård som dom utför. Det måste man skilja på. Vi får inte kalla det för något annat för då är det HSL som styr det. Där har vi hela individen.

Olika yrkesgrupper sägs också (som en följd av ovanstående) vara mer eller mindre medvetna om munhälsans betydelse. Sjuksköterskor skall ha en helhetssyn och ha kunskap om munhälsans betydelse medan motsvarande förväntningar inte finns på till exempel biståndshandläggarna. Även intervjupersoner som är biståndshandläggare menar att de inte har tillräckligt mycket kunskap om och inte uppmärksammar tandstatusen eller eventuella behov av munhälsobedömningar i någon större utsträckning i sina bedömningar.

Om det är kommunala sjuksköterskor inblandade då har man alltid munhälsan som en del i tänket när man bedömer, men är inte vi inne speciellt mycket så tror jag inte en handläggare tänker hur det är med munhälsan. Det tror jag inte att man tänker på lika mycket.

I2: Det känns väldigt konstigt om man som biståndshandläggare skulle följa upp just det här hur det går med tänderna. Det känns främmande. /.../ Det är något som är så främmande mot det som vi brukar ägna oss åt. Tänder. Det är inte alls.....

I1: Det här att utfärda underlagen, det är en sådan här administrativ grej som är vid sidan av på något sätt. Vi gör ingen utredning, vi gör ingen bedömning av situationen utan vi bara tittar rakt av; personkretsen, insatser: ja. /.../ Jag tycker att det här, den här undersökningen där är det ju jättesvårt för oss att svara på och hålla reda på det och vilka har behov av det. Den biten skulle vi tycka var mer lämpad för dom som jobbar med personlig assistens eller boendena eller något. Det är dom som har närmare kontakt med personerna på det sättet och ser dom i dom situationerna. Vi har ju inte den kollen. Vi har ju beslutet om insatser, det är klart att det kan vi säga, men just den andra biten tycker vi är lite knepig för oss att gå in i. Den kunskapen har vi inte.

Biståndshandläggarna utreder främst utifrån SOL och LSS och det var ett argument mot att biståndshandläggarna skulle vara underlagsutfärdare. Sjuksköterskorna arbetar utifrån HSL och eftersom den lagen har gemensamma drag med tandvårdslagen skulle detta göra dem mer lämpliga.

Handläggargruppen knorrade lite granna och tyckte att det här är inte vårt ansvarsområde. Det ingår inte i SOL. Men det följer ju beslutet. Sedan har vi utökat dem här gruppen med de här andra personerna som jag sa, Men tanken är ju att handläggaren har ett ansvar. När jag möter en person för första gången eller om det är en person som får utökade insatser så att man motsvarar kriterierna i en lagstiftning. Då skall man erbjuda den tandvårdintyget. Det ingår i hembesöket i sådana fall eller vid besöket.

Tandvårdslagen är mera lik hälso- och sjukvårdslagen än SOL. Den har samma dignitet. Det är en skyldighetslag och ingen rättighetslag. Därför är det samma dignitet och det var väl en av anledningarna till att vi diskuterade på ett sådant här ledningsgruppsmöte vem som skulle vara intygsunderlagsutfärdare inom äldreomsorgen. Det var då som man förde den här dialogen. Det var självklart att det skulle ligga på sjuksköterskor.

I vilken omfattning mun- och tandhälsan uppmärksammas i omsorgsarbetet har också att göra med hur rutinerna ser ut för att utföra arbetet och för att ta reda på vilka behov av munvården som finns. Flera av intervjupersonerna nämner här kontaktpersonernas/samordnarnas viktiga roll. Kontaktpersonerna har ett särskilt ansvar att ta reda på vilken slags hjälp som brukaren behöver. Kontaktpersonen är också den person som borde vara med vid munhälsobedömningarna för att själv lära sig och för att sedan föra kunskapen vidare till arbetskamraterna. Kontaktpersonen skall också bevaka munhälsofrågorna vid vård- och omsorgsplaneringar. När det gäller själva omsorgsarbetet så är intervjupersonerna osäkra om i vilken utsträckning som det finns checklistor eller rutiner för att se till att alla får den hjälp med munnen som behövs.

## **Sammanfattande reflektioner om samverkan inom ramen för tandvårdsreformen; nu och i framtiden**

En förutsättning för att den enskilde berättigade personen skall få uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård utförd är att samverkan mellan olika organisationer/verksamheter, olika yrkesgrupper och olika enskilda individer fungerar på ett bra sätt. Samverkan kan sägas utgöra en röd tråd i det mesta som kretsar kring tandvårdsreformens möjligheter att nå ut och utvecklas. Kort uttryckt; utan fungerande samverkan fungerar inte tandvårdsreformen vilket får som konsekvens att enskilda

brukare inte får den hjälp med munhälsan och den tandvård (till subventionerad kostnad) som de har rätt till. Denna samverkan mot gemensamma mål inkluderar också konkret samarbete mellan olika parter.

Utifrån det tidigare skrivna har framgått att arbetet utifrån tandvårdsreformen utmanar många parter möjligheter till flexibelt tänkande och att det inte finns några självklara sätt att organisera samarbetet på. Den samverkan som tandvårdsreformen är beroende av utgörs av möten mellan bland annat olika slags organisationer, kulturer, prioriteringar, lagar, professioner och inte minst enskilda individer. Uttryckt på detta sätt är det förståeligt att utvecklingen av tandreformsarbetet är en process som i Uppsala län har kommit en bra bit på väg, men där en del återstår att göra. Som tidigare nämnts har det huvudsakliga arbetet än så länge kretsat kring kartläggning av berättigade personer och utfärdande av tandvårdsintyg medan mer övergripande frågor som exempelvis kvalitetssäkring och kunskapspridning återstår att arbeta vidare med.

I det följande skall en kort sammanfattning ges över de ”gränsöverskridande möten” som intervjupersonerna har berättat om tillsammans med några reflektioner kring den fortsatta samverkan med tänkbare möjligheter och hinder för samarbete.

### ***Möten mellan landsting och kommuner***

Det möte mellan landsting och kommuner som utgör själva utgångspunkten för den här studien är det länsövergripande nätverket som leds av L och som initierats av landstinget.

Erfarenheterna från detta nätverk är som vi tidigare sett mycket positiva där de deltagande kontaktpersonerna uppfattar att de har fått mycket hjälp och stöd och att utvecklingen av tandvårdsreformen har hämtat mycket kraft och inspiration i denna samverkan. Dels har möjligheterna att kunna byta erfarenheter med varandra varit givande, men framför allt har L kunnat bidra med information och uppbackning.

Samtidigt som L utgör en resursperson på landstinget som kan bidra med hjälp i olika former, är hon också den person som för ut budskapet till kommunerna och landstingets psykiatri och LSS-verksamheter att de måste, förväntas arbeta med frågorna. Det är endast från en kommun som kontaktpersoner meddelar att de kan tycka att landstinget är bra på att tala om vad man skall göra i kommunerna samtidigt som det kan saknas uppgifter eller information för att kunna göra det på ett bra sätt. Det är exempelvis enkelt att säga att alla berättigade personer skall identifieras, men hur skall det gå till?

Från L:s perspektiv ligger i uppdraget att få tandvårdsreformsarbetet att fungera, men hon saknar mandat att tala om för kommunerna hur de skall göra. Det är en balansakt att vägleda och styra utan att diktera villkoren. Viktigt att påpeka är också de olika förutsättningar som länets kommuner har, både med avseende på storlek, organisation, demografi med mera. L kan sägas representera landstingets centrala styrning av tandreformsarbetet. En fråga inför framtiden är hur länge detta engagemang kommer att finnas på denna nivå? Finns det uppgifter som alltid behöver skötas centralt (t.ex. feedback i form av statistik på utförda insatser) eller kommer stödet på central nivå att försvinna när tandvårdsreformsarbetet ”satt sig” ordentligt ut i verksamheterna?

Kommunernas och de andra aktörernas engagemang i nätverksgruppen diskuteras för närvarande. Tankar finns om att de nuvarande kontaktpersonerna har spelat ut sin roll och att tandvårdsreformsarbetet istället skall representeras av personer som står närmare de utförande verksamheterna (verksamhetschefer, enhetschefer). Nuvarande kontaktpersoner ser på sin egen roll som att de har infört något nytt, sjösatt en reform, och att det nu bör vara andra personer som får se till att detta lever vidare i organisationerna. En viktig fråga att ställa i dessa diskussioner är vilken funktion/person det kan vara som även kan axla ett övergripande ansvar för utvecklingsarbetet, inte enbart för att de nu utarbetade rutinerna skall fortgå.

Kommuner samt landstingets psykiatriska och LSS-verksamheter möts också med landstinget centralt kring frågor som rör ansvarsfördelningen när det gäller uppföljning och informationsspridning. Kommunerna förlitar sig på landstinget framför allt när det gäller att sprida information till allmänheten, men en mycket stor informationsinsats måste också ständigt pågå inom de olika verksamheterna (läs kommunerna, psykiatrin, landstingets LSS - verksamhet). För att berättigade brukare skall få tandvårdsintyg utfärdade krävs att samtliga tjänstemän och annan personal som möter brukarna har kunskap om reformen och hur den fungerar. Hur skall samverkan se ut mellan landsting och verksamheterna när det gäller denna information?

Enligt Socialstyrelsen (2006) har både landstinget och kommunerna ett uppföljningsansvar. En fråga är var gränsen går gällande detta ansvar. På vilken eller vilka nivåer sträcker sig landstingets ansvar. Gäller det bara att kunna presentera statistik för länet i sin helhet eller kan landstinget, som tänkt inför framtiden Uppsala län, också kunna hjälpa kommunerna med feedback på kommunnivå och utifrån olika målgrupper? Vem följer upp hur många som får frågan om munvårdsbedömningar och hur många som tackar nej? En fråga för kommuner och psykiatri att ställa sig; om man tackar nej, har man gjort det för all framtid? Kan man få frågan igen? Berättigade personer skall få frågan varje år, men hur fungerar detta?

Ett annat möte mellan kommunal och landstingsverksamhet finner vi inom psykiatrin. Målgruppen kan vara överlappande och det krävs ett gott samarbete så att inblandade parter har klart för sig var gränserna går för exempelvis vem som skall utfärda intyg. Idag fungerar det här samarbetet bra menar de tillfrågade. Speciellt som man har haft gemensamma möten och kommit överens om vilka uppgifter som faller på vem. Fortfarande kan det dock uppstå gränsfall och tolkningsproblem som underlättas av att kommun och landsting kan utbyta synpunkter och erfarenheter. För att detta skall fungera smidigt krävs utarbetade personliga kontakter mellan olika tjänstemän.

### ***Möten mellan kommuner och tandvårdsutförare***

Hela poängen med tandvårdsreformen är att personer som är berättigade till tandvårdsintyg skall få möjlighet till en munhälsobedömning och till nödvändig tandvård. Detta kräver självfallet ett väl utarbetat samarbete mellan tandvårdsutförarna och de olika verksamheter som når brukarna.

Intressant att konstatera till en början är att kontaktpersonerna inte har någon större kunskap om huruvida berättigade personer faktiskt får sin munhälsobedömning utförd.

Man vet kanske sedan tidigare att det brukar fungera enligt inarbetade rutiner eller tar för givet att kontaktpersoner/chefer eller andra ser till att detta fungerar för den enskilde. På kommunnivå finns inte någon sammanställning av hur många som faktiskt har fått den uppsökande verksamheten eller kunskap om hur den fungerar. Tandvården får information från landstinget om vilka personer som skall ha munhälsobedömningen och sedan är det upp till dem att se till att komma ut och göra arbetet. Samarbetet med Tandvården skulle kunna utvecklas i många av verksamheterna. En fråga att fundera kring i sammanhanget är hur situationen skulle se ut om tandhygienisterna var anställda av kommunerna.

Ett positivt exempel som många av de intervjuade gärna skulle vilja arbeta vidare utifrån finns i en av kommunerna där tanken är att det är kommunen som skall ha kontrollen över vilka personer som skall ha munhälsobedömningen och sedan se till att de får den. Istället för att Folk tandvården skall leta reda på den enskilde personen att undersöka och försöka samordna det med kommunens personal, arrangerar istället cheferna tillfällen då personal finns till hands och tandhygienisten kan göra sin bedömning. En viktig symbolisk vinst med detta förfarande är också att cheferna signalerar till personalen att det här är viktigt och att utbildningsmomentet måste beaktas.

Samtliga intervjupersoner berättar också om den okunskap som man har mött från Folk tandvårdens och en del privatpraktiserande tandläkares sida. Speciellt i början av arbetsprocessen var det vanligt att man från tandläkarmottagningarna ringde och meddelade att namngivna personer behövde ett intyg. Bedömningarna grundade sig inte alltid på tandvårdsreformens kriterier utan kunde handla om tandläkarens mer subjektiva syn på personers hjälpbehov och behov av tandvård. Kunskapen har stadigt blivit allt större ute i tandvården och idag skulle det istället gå att säga att tandläkarna kan vara till hjälp med att identifiera de berättigade personer som kommunerna inte tidigare har haft kännedom om.

### ***Möten inom de egna verksamheterna***

Arbetet med tandvårdsreformen ställer stora krav på samverkan inom respektive organisation. För kontaktpersonernas del har vi varit inne på mandatets betydelse för att kunna fullfölja uppgiften på ett bra sätt. Om det inte finns en uttalad ambition inom verksamheterna att arbete skall läggas ned på tandvårdsreformen kommer förmodligen positiva resultat att lysa med sin frånvaro. Inom kommunerna krävs att arbetet är känt och sanktionerat ända från politikernivå till personal i hemtjänst och särskilda boenden.

Arbetet utifrån reformen har också testat gränserna mellan uppdragsgivare och utförare. För att reformen skall fungera måste samarbete över de gränserna vara möjligt. Detta kräver ett flexibelt förhållningssätt som är nödvändigt för helheten. På ett sätt skulle kunna sägas att vi har byggt upp organisationer vars struktur motverkar samarbete. Var och en gör vad som krävs inom sin egen ruta och fullgör därmed sitt uppdrag. Vem som har ansvar för att helheten fungerar kan däremot vara oklart.

Vi har tidigare varit inne på spänningar mellan uppdragsgivare och utförare på nivån biståndshandläggare och sjuksköterskor/chefer, men också på den nivån

kontaktpersonerna verkar. De måste i dessa organisationer ha ett uppdrag för uppgiften eller ett tydligt mandat. Detta är något som saknas i en del av verksamheterna.

Den kanske viktigaste frågan i dagsläget är hur man inom kommunerna, psykiatri och landstingets LSS-verksamhet skall kunna utforma rutiner för utfärdande av intygsunderlag, munhälsobedömningar och utbildningar som fortlever i verksamheterna. Vidare behövs rutiner för uppföljning och fortsatt klartläggning att utformas. En fråga att ställa är vem som skall ha det övergripande ansvaret för att dessa rutiner utarbetas och följs om kontaktpersonerna träder tillbaka. Vem detta skall ligga på kan förmodligen variera i de olika kommunerna, men självklart har det med kvalitetsarbete att göra.

Hur skall man till exempel få till en bra rutin så att det kommer in i omvårdnadsjournalen om en person skall ha (och eventuellt har fått) en munhälsobedömning när man bor i ett LSS-boende och det är biståndshandläggaren som har utfärdat intygsunderlaget. Här handlar det om olika yrkesgruppers arbetsområden, rutiner för dokumentation och dylikt, men kanske framför allt om hur information skall överföras mellan yrkesgrupperna/verksamhetsområdena. En liknande fråga är vem som har ansvar för att se till att frågan om tandvårdsintyg ställs i ankomstsamtalen vid flytt till särskilt boende.

Ett förslag är att det i varje kommun skulle finnas ett tandvårdsnätverk där huvudsyftet är att säkra och vidareutveckla arbetet med tandvårdsreformen. Att sätta en reform i sjön är en sak, men den största utmaningen är att se till att den lever vidare och att arbetsformerna förfinas. Självklara deltagare i ett sådant nätverk skulle vara representanter för tandvårdsutförarna, intygsunderlagsutfärdarna, verksamhetsansvariga, samverkanspartners inom psykiatri och annan landstingsverksamhet. Som flera av intervjupersonerna illustrerade är kontakt mellan de olika områdena en förutsättning för att arbetet skall fungera och utvecklas.

Ett självskrivet område att arbeta med för de kommunalt baserade tandvårdsnätverken är utbildningsfrågorna. Det krävs nya strategier för att utbildningarna skall nå ut till den personal som behöver den och det kan också vara så att utbildningarna i högre utsträckning än idag skall anpassas till olika personalgruppers behov. Det spelar inte någon roll hur många tandvårdsintyg som utfärdas om inte den personal som hjälper till med mun- och tandhälsan ser till att det blir gjort och på ett bra sätt. Vare sig munhälsan definieras som hälso- och sjukvård eller personlig omvårdnad enligt SOL, så skall den utföras och utföras väl.

Utbildningsinslagen i samband med munhälsobedömningarna behöver också utvecklas. Det råder okunskap om att det finns ett utbildningssyfte i samband med munhälsobedömningarna och information om detta måste gå ut både till brukare och personal. Vidare förutsätter detta upplägg att personal faktiskt frigörs för att vara med vid den uppsökande verksamheten. Ansvaret för detta vilar på cheferna. Det är alltså A och O att ha dessa med på "tandvårdsreformståget".

Det finns delar i reformen som enligt en del av intervjupersonerna måste diskuteras vidare. När det gäller de funktionshindrade förordas att alla som tillhör LSS personkrets skall ha rätt till ett tandvårdsintyg, inte som idag de som har pågående beviljade insatser.

Likaså skulle reformen kunna göras mer generös för dem med psykiska sjukdomar där kontaktpersonen ser att behovet av att få hjälp med mun- och tandvården är större än vad reformen täcker.

På grund av hur kommunerna är organiserade kan vissa målgrupper falla mellan stolarna. I en stor kommun där tandvårdsuppdraget ”styckas upp” på flera områden är det viktigt att undersöka vilka personer som befinner sig i skarvarna och som kanske inte nås av erbjudande om tandvårdsintyg. Exempel på en sådan grupp i en av kommunerna är de som har personlig assistans via Socialtjänsten. Äldreomsorgen har inte något uppdrag på att utfärda intygsunderlag för dem och insatsen är inte heller beviljad enligt LSS och ligger därmed inte under biståndshandläggarnas ansvarsområde. En annan grupp som diskuteras i flera kommuner är de som inte har hemtjänst, men som har hemsjukvård. Om det endast är biståndshandläggare som utfärdar intygsunderlag finns det en risk för att dessa personer inte uppmärksammas. På motsvarande sätt där det är sjuksköterskor som är utfärdare av intygsunderlagen för de äldre, är det viktigt att biståndshandläggarna hela tiden tänker på att informera sjuksköterskorna i de fall de handlägger ett ärende där personen i fråga har rätt till ett intyg.

Det kan också finnas en risk för förbiseende eller oklarheter när det är många aktörer på omsorgsmarknaden. Det krävs ett gott och utvecklat samarbete mellan kommuner, landsting och tandvårdsutförare, men även med privata aktörer när det gäller att se till att exempelvis berättigade äldre får sina tandvårdsintyg och att personalen kontinuerligt utbildas. Likaså att personer som bor på privata boenden inom psykiatri får intyg av sina respektive län. Det är viktigt att ansvarsfrågorna är klara.

De största fördelarna med tandvårdsreformen är naturligtvis att de berättigade personerna får hjälp med sin mun- och tandvård, men det går inte heller att komma ifrån det faktum att tandvårdsreformen också hjälper till med att belysa styrkor och svagheter med de sätt som kommuner och landstinget organiserar sina verksamheter på. Reformen bidrar till att många frågor ställs på sin spets och det dessa frågor har gemensamt rör samverkan och samarbete i olika former och mellan olika parter. Tandvårdsreformen ger ett ovärderligt bidrag till de offentliga verksamheterna om arbetet med den utvecklar de inblandade parternas möjligheter och förmågor till samarbete.

I den intervjuundersökning som här har presenterats ingår endast kontaktpersonerna i det länsövergripande nätverket. Det är bara deras perspektiv på arbetet med tandvårdsreformen som har belysts. Det vore en angelägen uppgift i det fortsatta utvecklingsarbetet att också studera hur exempelvis tandvårdspersonalen uppfattar samverkan med kommuner och andra landstingsfunktioner och hur personalkategorier inom hemtjänst och boenden ser på frågor som rör tand- och munhälsa samt behovet av utbildning, men framför allt att få svar på frågan: hur fungerar tandvårdsreformen för de personer som den är till för?

## Referenser

- Landstinget i Uppsala län (2004) *Anvisningar Tandvård med vårdavgifter som för öppen hälso- och sjukvård*, Fastställda av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 29 mars 2004. Gäller från och med den 1 maj 2004, Hälso- och sjukvårdsstaben, Dnr HSS 2004-0013
- Rollman, K., (2005) *Vem har rätt till subventionerad tandvård? Utbildning om regelverk, rutiner och arbetssätt*, Hälso- och sjukvårdsstaben, Landstinget i Uppsala län, utbildningsmaterial
- Socialstyrelsen (2004) *Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård*, Meddelandeblad, mars 2004
- Socialstyrelsen (2006) *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, uppföljning och utvärdering* [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2006

## **Bilaga 1. Intervjuteman**

**Vilken är ip:s roll i detta sammanhang?** Arbetsuppgifter? Använd arbetstid?

**Hur går processen till i praktiken?**

Hur identifieras berättigade personer?

Vem utfärdar underlag för tandvårdsintyg?

Hur arbetar man för att nå ut till nytillkomna och dem i ordinärt boende?

Hur fungerar arbetet utifrån reformen i särskilda boenden respektive i ordinärt boende?

Vilka är vårdgivarna?

Hur fungerar administrationen; erbjuda tjänsten, utfärda intygsunderlag, samordna besök?

Finns någon form av avvikelserapportering?

Vilken flexibilitet finns i systemet utifrån den enskildes behov? Flera modeller eller en?

**Hur fungerar samarbetet med kommunerna, primärvården, psykiatri och tandvårdsutförarna?**

Ansvariga personer, hur är de utsedda? Vilka är de?

Hur fungerar samarbetet med verksamhetschefer och enhetschefer? De måste se till att personal kan följa med vid munhälsobedömningar samt gå på utbildningar.

Hur fungerar samverkan med omvårdnadspersonalen som ev. skall informera om reformen, följa med vid bedömningen, informera om den enskildes behov, få råd och instruktioner?

Hur fungerar samarbetet mellan landstingets olika verksamheter och kommunerna?

**Personkretsen**

Hur skattas personkretsens storlek? Hur ofta? Av vem? Finns det rutiner?

Har det förekommit tolkningsproblem om vem som tillhör personkretsen?

**Uppföljning, information och feedback**

Finns något system för uppföljning? Har uppföljning gjorts?

Återrapporterar landstinget till kommunerna, primärvården, psykiatri? Hur?

Hur ser informationen till allmänheten ut? Vems ansvar?

Hur kan man arbeta för att reformen skall få ett större genomslag?

**Utbildning av omsorgs/omvårdnadspersonal**

I vilken omfattning har personal deltagit i handledning/utbildning/bedömning? Svårigheter? Möjligheter?

Hur fungerar utbildningsinsatserna? Kvalitet?

Tandvårdspersonalens kompetens?