

Centrum Folk tandvård
Kristin Gahnström Jonsson
Tfn: 063-14 75 14
E-post: kristin.gahnstrom.jonsson@jll.se

2014-10-30

Framtida struktur för folktandvården (LS/1408/2014)

Ärendebeskrivning

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har Folk tandvården på landstingsdirektörens uppdrag gjort en rapport om tänkbara alternativ till Folk tandvårdens framtida struktur inom allmäntandvården. Rapporten med de olika alternativen har tagits upp på ekonomiutskottets sammanträde den 22 oktober 2014, § 85, och därefter kompletterats med de uppgifter som ekonomiutskottet efterfrågade.

Folk tandvården i Jämtlands län är en av landets ”minsta” Folk tandvårdsorganisationer. En liten verksamhet innebär att samkostnaderna, dvs. kostnaderna som är oberoende av hur mycket verksamhet som bedrivs, blir större per patient. Det är därför svårt att jämföra verksamheten i Jämtlands län med verksamhet i de större organisationerna, med de som har nära till utbildningsorter, där avstånden är kortare mellan kliniker/för patienter och framför allt med de län som har ett större befolkningsunderlag. I Östersund finns även en mycket stor andel privata vårdgivare.

Ett framtida minskat befolkningsunderlag påverkar förutsättningarna att upprätthålla verksamhet med tillgänglighet över hela länet. Små kliniker med litet patientunderlag har eller kan i framtiden komma att få problem med att upprätthålla tillgänglighet till en rimlig kostnad. Att rekrytera nya medarbetare till vissa kliniker i glesbygd är svårare än till kliniker i Östersundsområdet. Det är också svårare att rekrytera nya medarbetare till små kliniker än till större enheter. Små kliniker är inte att föredra utifrån bl. a sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte och stöd. Nyutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor.

Rapporten baseras på de förutsättningar som är kända idag och som påverkar Folk tandvårdens framtid. En beskrivning görs av olika faktorer som bör uppfyllas för att erbjuda medborgarna en trygg och kvalitativt god vård. Vidare beskrivs nuvarande struktur och en framtida standard presenteras, vilken ska känneteckna allmäntandvården inom Folk tandvården i länet år 2021. Sist presenteras tre alternativ till förändrad struktur.

Den framtagna standarden, med förändrad teamsammansättning kräver ett förändrat arbetssätt, en långsiktig strategi i form av kompetensutveckling i verksamheten och marknadsföring av Folk tandvården. Här spelar alla medarbetares engagemang och professionalism en avgörande roll.

Alla tre alternativ som presenteras innebär en minskning av antalet kliniker i länet. Samtliga alternativ innebär förändringar i tillgängligheten till tandvård för medborgarna men tillgängligheten på de kliniker som kvarstår ska förbättras genom utökade öppettider och med minst två team eller fler på i stort sett alla kliniker.

Samtliga alternativ är utformade för att uppnå kravet om besparing på 5 miljoner enligt landstingets Långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025.

Hur de olika alternativen faller ut i verkligheten beror på flera faktorer såsom t.ex. bemanningssituationen, patientantal och i hur stor utsträckning respektive team planerar och arbetar utifrån bästa effektiv omhändertagandenivå (BEON). Eventuell avvecklingstakt och planering av hur förändringsarbetet ska bedrivas kommer beslutas när Folktandvårdens framtida struktur är fastställd. Förändringen påverkar alla kliniker. Kostnader för omställning/avveckling är inte beräknade i rapporten.

Alternativ 1

Innebär att Folktandvården har färre men större kliniker. Klinikantalet minskar från 20 till 13.

- **I Härjedalen** avvecklas kliniken i Hede, patienterna erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen.
- **I Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken, patienterna erbjuds tandvård i Svenstavik.
- **I Bräcke kommun** avvecklas klinikerna i Gällö och Kälarne, patienterna i Gällö erbjuds tandvård i Bräcke. Patienterna i Kälarne erbjuds tandvård i Hammarstrand.
- **I Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge, patienterna erbjuds tandvård i Krokom.
- **I Strömsunds kommun** avvecklas klinikerna i Hammerdal och Hoting, patienterna erbjuds tandvård i Strömsund.

Ekonomisk effekt alternativ 1: Givet att allt annat är oförändrat ger klinikavvecklingen en minskning av fasta kostnaderna med 4,6 miljoner. För att nå målet på 5 miljoner innebär det att verksamheten måste effektiviseras motsvarande 0,4 miljoner, ca 0,6 % effektivitetsökning. Ytterligare effektivitetsökning på ca 2 % behövs för att täcka kostnaderna för utveckling av verksamheten.

Alternativ 2

Innebär att något färre kliniker än i alternativ 1 avvecklas. Klinikantalet minskar från 20 till 16. De 3 kliniker (Gällö, Myrviken och Hoting) som blir kvar i jämförelse med alternativ 1, kvarstår så länge de kan bemannas och som uppdraget utförs.

- **I Härjedalen** avvecklas kliniken i Hede, patienterna erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen.
- **I Bräcke kommun** avvecklas kliniken i Kälarne, patienterna erbjuds tandvård i Hammarstrand.
- **I Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge, patienterna erbjuds tandvård i Krokom.
- **I Strömsunds kommun** avvecklas kliniken i Hammerdal patienterna erbjuds tandvård i Strömsund.

Ekonomisk effekt alternativ 2: I alternativ 2 minskas de fasta kostnaderna med 2,3 miljoner jämfört med 4,6 miljoner i alternativ 1. För att nå målet om 5 miljoner innebär det att verksamheten

måste effektiviseras motsvarande 2,7 miljoner, ca 4 % effektivitetsökning. Ytterligare effektivitetsökning på ca 2 % behövs för att täcka kostnaderna för utveckling av verksamheten.

Alternativ 3

Innebär samma avveckling av kliniker som i alternativ 1, men kompletteras med mobil enhet.

Ekonomisk effekt alternativ 3: Eftersom förutsättningarna enligt alternativ 1 kvarstår, minskas fasta kostnader med 4,6 miljoner. Om den mobila enheten förutsätts kosta 2,5 miljoner årligen innebär det att verksamheten måste effektiviseras motsvarande 2,5 miljoner, ca 4 % effektivitetsökning. Ytterligare effektivitetsökning på ca 2 % behövs för att täcka kostnaderna för utveckling av verksamheten.

Sammantaget visar rapporten att alternativ 1 är att föredra. Det är det enda av alternativen som ger långsiktigt hållbar folktandvårdsstruktur enligt den beskrivning som gjorts av den framtida standarden som ska känneteckna allmäntandvården inom Folktandvården i länet år 2021. Det är också det enda alternativet som uppfyller kravet på kostnadsminskning med 4,6 mkr.

Beslutsunderlag

Rapport om framtida struktur för folktandvården - allmäntandvård

Landstingsdirektörens förslag

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

Alternativ 1 i rapporten om framtida struktur för folktandvården – allmäntandvård ska genomföras.

Rapport Framtida struktur folktandvården

Version: 1

Ansvarig: Kristin Gahnström Jonsson

Centrumchef Folktandvård

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-03	Nyutgåva		
2.	2014-10-27	Komplettering utifrån frågeställningar från den politiska majoriteten		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	6
2	SAMMANFATTNING	7
3	FÖRUTSÄTTNINGAR	8
3.1	Befolkningsutveckling	8
3.2	Behov och efterfrågan av tandvård	9
3.2.1	Befolkningsansvar	9
3.2.2	Akut tandvård	10
3.2.3	Barn och ungdomar	10
3.2.4	Patienter med särskilda behov	11
3.2.5	Vuxna	11
3.3	Marknadsandel	11
3.4	Avstånd	12
3.5	Samverkan med andra	12
3.6	Samhällsservice i övrigt	12
3.7	Kompetensförsörjning	13
3.7.1	Rekrytering	13
3.7.2	Attraktiva arbetsplatser	13
3.8	Ekonomi	15
3.8.1	Folktandvårdens ekonomi	15
3.8.2	Den konkurrensutsatta verksamheten	15
3.9	Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi	16
4	NULÄGESBESKRIVNING	18
4.1	Klinikstruktur/patientmängd	18
4.2	Tillgänglighet	19
4.2.1	Befolkningsansvar	19
4.2.2	Akut tandvård	20
4.3	Vårdutbud	20
4.3.1	Barn och ungdomar	20
4.3.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	20
4.3.3	Patienter med särskilda behov	21
4.3.4	Vuxna	21
4.4	Bemanning	21
4.5	Ekonomi för nuvarande kliniker	21
5	FRAMTIDA STANDARD	23

5.1	Bas- och plusutbud	23
5.1.1	Barn och ungdomar	23
5.1.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	23
5.1.3	Patienter med särskilda behov	23
5.1.4	Vuxna	24
5.2	Utökat vårdutbud utanför klinik	24
5.2.1	Barn och ungdomar	24
5.2.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	24
5.2.3	Patienter med särskilda behov	24
5.3	Befolkningsansvar	25
5.4	Tillgänglighet	25
5.5	Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning	25
5.6	Kompetens	25
5.7	Bemanning	26
5.8	Arbetsätt	26
5.9	Attraktiv arbetsgivare	27
5.10	Lokal/ Utrustning/Teknik	27
5.11	Ekonomi	27
5.11.1	God ekonomisk hushållning	27
5.11.2	Jämlika ekonomiska förutsättningar	28
6	ALTERNATIV TILL FRAMTIDA STRUKTUR.....	29
6.1	Alternativ 1	29
6.2	Konsekvenser patienter	30
6.2.1	Konsekvenser för prioriterade grupper	30
6.2.2	Konsekvenser övriga patientgrupper i dagsläget jämfört med i framtiden	31
6.3	Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet	31
6.3.1	Patientströmmar	31
6.3.2	Nya privata etableringar	32
6.4	Konsekvenser medarbetare	33
6.5	Bemanning alternativ 1	33
6.6	Konsekvenser ekonomi	34
6.6.1	Steg 1	34
6.6.2	Steg 2	35
6.6.3	Steg 3	36
7	ALTERNATIV 2	37
7.1	Konsekvenser patienter	37
7.1.1	Konsekvenser prioriterade patientgrupper	38

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

7.1.2	Konsekvenser övriga patientgrupper	38
7.2	Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet	38
7.3	Konsekvenser medarbetare	39
7.4	Bemanning alternativ 2	40
7.5	Konsekvenser ekonomi	40
8	ALTERNATIV 3	42
8.1	Erfarenheter från andra landsting	42
8.1.1	Mobil enhet i Västernorrland	42
8.2	Konsekvenser patienter	43
8.2.1	Konsekvenser prioriterade grupper	43
8.2.2	Konsekvenser övriga patientgrupper	43
8.3	Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet	44
8.4	Konsekvenser medarbetare	44
8.5	Bemanning alternativ 3	45
8.6	Konsekvenser ekonomi	46
9	RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN	48

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

1 BAKGRUND

Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov (Tandvårdslagen 1985:125 §2 och §8).

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har Folktandvården på landstingsdirektörens uppdrag gjort en beskrivning av tänkbara alternativ till Folktandvårdens framtida struktur.

Ett framtida minskat befolkningsunderlag påverkar förutsättningarna att upprätthålla verksamhet med tillgänglighet över hela länet. Små kliniker med litet patientunderlag har eller kan i framtiden komma att få problem med att upprätthålla tillgänglighet till en rimlig kostnad. Att rekrytera nya medarbetare till vissa kliniker i glesbygd är svårare än till kliniker i Östersundsområdet. Det är också svårare att rekrytera nya medarbetare till små kliniker än till större enheter. Små kliniker är inte att föredra utifrån bl. a sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte och stöd. Nyutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor.

I Landstingets långsiktiga utvecklingsplan (LUP) har Folktandvården även i uppdrag att minska kostnaderna med 5 miljoner till år 2016.

Denna rapport gäller endast Folktandvårdens struktur inom allmäntandvård exklusive sjukhustandvård och som utförs vid Folktandvårdens kliniker i länet.

2 SAMMANFATTNING

Folktandvården i Jämtlands län är en av landets ”minsta” Folktandvårdsorganisationer. En liten verksamhet innebär att samkostnaderna, dvs. kostnaderna som är oberoende av hur mycket verksamhet som bedrivs, blir större per patient. Det är därför svårt att jämföra verksamheten i Jämtlands län med verksamhet i de större organisationerna, med de som har nära till utbildningsorter, där avstånden är kortare mellan kliniker/för patienter och framför allt med de län som har ett större befolkningsunderlag. I Östersund finns även en mycket stor andel privata vårdgivare.

Rapporten baseras på de förutsättningar som är kända idag och som påverkar Folktandvårdens framtid. En beskrivning görs av olika faktorer som bör uppfyllas för att erbjuda medborgarna en trygg och kvalitativt god vård. Vidare beskrivs nuvarande struktur och en framtida standard presenteras, vilken ska känneteckna allmäntandvården inom Folktandvården i länet år 2021. Sist presenteras tre alternativ till förändrad struktur.

Den framtagna standarden, med förändrad teamsammansättning kräver ett förändrat arbetssätt, en långsiktig strategi i form av kompetensutveckling i verksamheten och marknadsföring av Folktandvården. Här spelar alla medarbetares engagemang och professionalism en avgörande roll.

Alla tre alternativ som presenteras i rapporten innebär en minskning av antalet kliniker i länet. Samtliga alternativ innebär förändringar i tillgängligheten till tandvård för medborgarna. Tillgängligheten på de kliniker som kvarstår är även tänkt att förbättras genom utökade öppettider och med minst två team eller fler på i stort sett alla kliniker

Alternativen presenterats utan rangordning. Samtliga alternativ är utformade för att uppnå kravet om besparing på 5 miljoner (LUP). Hur de olika alternativen faller ut i verkligheten beror på flera faktorer såsom t.ex. bemanningssituationen, patientantal och i hur stor utsträckning respektive team planerar och arbetar utifrån bästa effektiv omhändertagandenivå (BEON). Eventuell avvecklingstakt och planering av hur förändringsarbetet ska bedrivas kommer beslutas när Folktandvårdens framtida struktur är fastställd. Förändringen påverkar alla kliniker. Kostnader för omställning/avveckling är inte beräknade i denna rapport.

Alternativ 1

Innebär att Folktandvården har färre men större kliniker. Klinikantalet minskar från 20 till 13.

Alternativ 2

Innebär att något färre kliniker än i alternativ 1 avvecklas. Klinikantalet minskar från 20 till 16. De 3 kliniker som blir kvar i jämförelse med alternativ 1 kvarstår så länge de kan bemannas och uppdraget utförs.

Alternativ 3

Innebär samma avveckling av kliniker som i alternativ 1, men kompletteras med mobil enhet.

3 FÖRUTSÄTTNINGAR

Nedan följer en beskrivning av olika förutsättningar som ligger till grund för planeringen av framtidens Folkvandvård i Jämtlands län.

3.1 Befolkningsutveckling

Enligt den befolkningsprognos som redovisas i landstingsplanen 2014-2016 kommer befolkningen att minska ytterligare 2 % fram till 2021 vilket motsvarar ca 2870 personer. Endast Östersund, Krokom och Åre har en positiv befolkningsutveckling. Det innebär en fortsatt koncentration av befolkningen i området kring Östersund och västerut mot Åre.

Befolkningsprognos				
Kommun/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
Berg	7 231	6 447	-784	-11%
Bräcke	6 654	5 800	-854	-13%
Härjedalen	10 236	9 434	-802	-8%
Krokom	14 566	14 713	147	1%
Ragunda	5 450	4 872	-578	-11%
Strömsund	12 151	10 643	-1 508	-12%
Åre	10 352	11 483	1 131	11%
Östersund	59 418	59 796	378	1%
Totalt länet	126 058	123 188	-2 870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

Åldersgruppen 65 år och äldre förväntas öka med 15% till 2021 i Jämtland.
Övriga åldersgrupper minskar.

Befolkningsprognos Jämtland per åldersgrupp				
Åldersgrupp/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
0-19 år	27243	25321	-1922	-7%
20-64 år	70866	65777	-5089	-7%
65 år och äldre	27949	32090	4141	15%
Totalt länet	126058	123188	-2870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

3.2 Behov och efterfrågan av tandvård

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade:

1. Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
2. Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.
3. Specialisttandvård för vuxna.
4. Uppsökande och nödvändig tandvård. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade. De med särskilt tandvårdsstöd.
5. Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Frisktandvård är prioriterat i gruppen vuxenvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.

Det är svårt att göra prognoser på lång sikt avseende efterfrågan på tandvård då den påverkas av såväl munhälsan som av politiska beslut kring tandvårdens finansiering. Efterfrågan påverkas även av individens prioritering och betalningsförmåga.

Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Jämtland och övriga Norrland har dock något sämre tandhälsa än övriga Sverige. Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen kan ha effekt på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård, vanor och attityder kan också påverka munhälsan.

Inom Folktandvården riskgrupperas patienterna vilket ger en bild av vårdbehovet. Högre riskgrupp kräver mer vårdinsats. Detta ger dock bara en beskrivning av den del av befolkningen som valt att få en regelbunden tandvård (revisionspatienter) inom Folktandvården. Hur munhälsan är hos de medborgare som inte regelbundet besöker någon vårdgivare är oklart. Denna patientgrupp möter Folktandvården endast då de söker för akut tandvård.

Flertalet av Folktandvårdens revisionspatienter behöver inte tandvård ofta, dvs inte mer än ca en gång per år. Statistik över antal akutpatienter i länet finns för närvarande inte, men en ökning har sannolikt skett, bland annat som resultat av det ökande flyktningmottagandet.

Genomsnittlig riskgruppering patienter i Folktandvården 2013			
	Riskgrupp 0	Riskgrupp 1	Riskgrupp 2
Barn och ungdomar 3-19 år	63 %	24 %	12 %
Vuxna	33 %	47 %	20 %

Källa: T4

3.2.1 Befolkningsansvar

Det finns en betydande ojämlikhet i hälsa och tandhälsa i Sverige.

Det är känt att vissa variabler som fattigdom, hemlöshet, flyktingskap och även beteende/levnadsvanor har stark koppling till hälsa och tandhälsa. Att ha föräldrar/vårdnadshavare med psykisk ohälsa, missbruk, funktionshinder ger en ökad risk för ohälsa/ tandhälsa. I Folktandvårdens områdesansvar ingår att särskilt uppmärksamma dessa grupper.

Det finns grupper av barn och vuxna som av olika anledningar riskerar att falla ur systemet. Det kan handla om att familjen har en svår social situation och denna ska i så fall uppmärksammas och

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

åtgärder sätts in så att barnet kan ta del av hälso- och tandvård vården som är en rättighet för varje barn.

En stor andel nyinflyttade/ asylsökande ställer krav på ökade riktade insatser på individ- och gruppnivå. Hur når vi dessa grupper av människor? Vilka är mötesplatserna i länet? Vilka behöver tandvården samverka med i framtiden?

Det är av stor betydelse att kunna nå dessa patienter på andra ställen än på våra folktandvårdskliniker ex bibliotek, fritidshem och fritidsgårdar, öppna förskolor, MVC, BVC, idrottsklubbar och musik/kulturskolor mm. Samverkan mellan tandvård, barnhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, invandrar-organisationer är en framgångsväg.

Det behövs en sammanhållen hälsovård och tandvård med långsiktighet för att samarbeta och fånga upp våra svaga patienter. Kvaliteten på samhällsinsatser och samverkan har betydelse för resultatet. Det kostar tid och pengar att bygga upp dessa nätverk i länet.

Munnens sociala betydelse är uppenbar, och oral rehabilitering kan betyda oerhört mycket för människors liv.

3.2.2 Akut tandvård

Patienter med akuta besvär ska tas hand om av Folktandvården inom 24 timmar. Som akut räknas värk, svullnad, feber och trauma (slag) mot tänderna.

3.2.3 Barn och ungdomar

Barn och ungdomars tandhälsa i riket har under ett antal år förbättrats men signaler finns i hela landet att tandhälsan inte längre utvecklas i samma positiva riktning. Friska barn fortsätter att vara friska men de sjuka barnen blir sjukare. En stor orsak är de socioekonomiska skillnaderna. Rädda Barnen mäter varje år barnfattigdom utifrån ett index. 1997 levde 22,3% av Sveriges barn i fattigdom vilket förbättrades fram till 2007 då det minskade till 10,9 %. Vid mätningen 2010 hade en ökning skett till 12,7%. Genomsnittet i Jämtlands län var 2010, 10,8 %. I Berg, Bräcke och Strömsunds kommuner ligger barnfattigdomen mest över genomsnittet. Tandvården kommer i framtiden att få en viktig roll i att försöka fånga upp riskbarn och göra insatser i socioekonomiskt utsatta grupper/områden.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folk tandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2010			
Kommun/länet/riket	Totalt antal barn	Antal barn i fattigdom	Andel barn i fattigdom
Berg	1356	200	14,7
Bräcke	1305	200	15,3
Härjedalen	1714	220	12,8
Krokom	3391	300	8,8*
Ragunda	2083	112	11,4
Strömsund	2083	362	17,4
Åre	2075	215	10,4
Östersund	11312	1014	9,0**
Jämtlands län	24219	2623	10,8
Riket	1912071	242303	12,7

Källa: Jll rapport, Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län

*Påverkas bl.a. av att Ås tillhör Krokoms kommun men de flesta barnen i Ås får sin tandvård i Östersund.

** Många privattandläkare i Östersund tar emot barn.

3.2.4 Patienter med särskilda behov

Inom gruppen patienter med särskilda behov finns de flesta i åldersgruppen 65 år och äldre. Denna grupp förväntas öka med 15% till 2021. Många patienter kommer senare i livet att behöva hjälp med den dagliga skötseln vilket innebär att omsorgspersonalens kompetens i, och intresse för, munvård kommer att bli avgörande för många äldres munhälsa. Utbildning och stöd till omsorgspersonal kommer att bli än viktigare. Landstingen kan välja att konkurrensutsätta uppsökande verksamhet. I Jämtlands läns landsting gjordes detta tidigare men då enda anbudsgivaren var folk tandvården beslutades att ingen upphandling skulle göras. Ett avtal tecknas årligen med Beställarenheten om uppdragets omfattning och innehåll samt ersättningsnivå. Hur landstinget i framtiden väljer att göra avseende upphandling eller inte påverkar folk tandvårdens bemanning och verksamhet.

3.2.5 Vuxna

De yngre vuxna har god munhälsa men medicinerar mer än tidigare. En studie som gjorts av Folk tandvården i Norrbotten visar att 26% av 35-åringarna medicinerar regelbundet vilket är en fördubbling sedan 1991. I samma studie anger 23% av denna grupp att dom endast söker tandvård vid akuta besvär. Folk tandvården har en stor uppgift i att förmå de yngre vuxna att behålla sina regelbundna tandvårdskontakter för förebyggande åtgärder, egenvårdsstöd och för enstaka reparativa insatser.

Patienterna efterfrågar i större utsträckning implantat som ersättning till avtagbar protetik och är mer medvetna om estetik.

Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen. För att kunna bevara god munhälsa för den äldre delen av befolkningen kommer det att krävas mer av både förebyggande insatser och reparativ eller rehabiliterande åtgärder.

3.3 Marknadsandel

Folk tandvårdens verksamhet är konkurrensutsatt. I dagsläget har 84 % av barn och ungdomar och 39 % av de vuxna i Jämtlands län valt Folk tandvården som vårdgivare. Hur många av den vuxna befolkningen som saknar regelbunden tandvårdskontakt är oklart. Konkurrensen om patienterna ökar och enligt en studie som gjorts av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) kommer

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

Folktandvården i hela landet att mista patienter i framtiden. I Jämtlands finns den största konkurrensen i Östersund. Förutom i Östersund finns privata vårdgivare på följande orter: Sveg, Åre, Näliden, Strömsund, Hammarstrand och Stugun. På många håll i länet är det mindre troligt att det sker privata etableringar då befolkningsunderlaget är för litet.

Folktandvårdens marknadsandel 2014-04		
Kommun	Barn och ungdomar 3-19 år	Vuxna 20år –
Berg	89%	47%
Bräcke	92%	62%
Härjedalen	94%	50%
Krokom	75%	39%
Ragunda	67%	23%
Strömsund	99%	43%
Åre	85%	44%
Östersund	83%	33%
TOTALT	84%	39%

Källa: T4

3.4 Avstånd

Nuvarande avstånd för länets invånare till närmsta Folktandvårdsklinik varierar beroende på var i länet man bor. Längst avstånd har man på vissa orter som ligger på gränsen till andra län alternativt till Norge, men dessa avstånd berör en mycket liten andel av länets medborgare. Undantag för reslängd och restid gäller vid akuta behov, dvs när patienten kan behöva åka längre för att få sin vård.

3.5 Samverkan med andra

Flertalet av länets Folktandvårdskliniker finns på orter där även Primärvården har sin verksamhet. Undantag är Backe, Hallen, Stugun, Vemdalen och Offerdal där Folktandvården inte har verksamhet. Den framtida strukturen för Folktandvården bör innebära lokaliseringssorter där redan primärvård är etablerad. I ett framtida perspektiv är ett fortsatt och utvecklat samarbete med hälsocentralerna en betydelsefull faktor.

I gränsområden till Norge och till andra län kan samarbetsformer behöva utvecklas till gagn för både patienter och medarbetare.

3.6 Samhällsservice i övrigt

I samtliga kommuner finns en mer eller mindre uttalad centralort. I några kommuner finns förutom centralorten även andra orter som erbjuder större utbud av samhällsservice.

Det är inte självklart att centralorten är det naturliga valet för alla medborgare. De som bor nära läns- eller landsgränsen eller jobbar på annan ort än boendeort kan välja att uträtta sina ärenden någon annanstans. Detta omfattar även tandvård.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

Enligt kommunernas hemsidor finns grundskolor/gymnasium på flera orter i respektive kommun, men variationen i elevantal är stor.

Gruppen vuxna med särskilda behov omfattas vanligen av de medborgare som bor på kommunens särskilda boenden.

3.7 Kompetensförsörjning

3.7.1 Rekrytering

Socialstyrelsens bedömning är att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden.

Förändringarna med mindre barnkullar, en ökad andel äldre och ökning av administrativa uppgifter som t.ex. större krav på dokumentation, påverkar framtiden. Det kommer att bli än viktigare att rätt sak görs på rätt kompetensnivå. Utvecklingsarbete med att se över fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten måste ske.

Flera kliniker i länet kommer mest troligt att även i framtiden ha bemanningssvårigheter avseende samtliga yrkeskategorier. Tidigare har rekryteringsinsatserna koncentrerats till främst tandläkare. Svårigheter att rekrytera tandhygienister och tandsköterskor finns och är ett snabbt växande problem. Ytterligare satsningar kommer krävas i och med att andelen tandhygienister och tandsköterskor ska öka inom Folktandvården samtidigt som pensionsavgångarna också ökar. Av tandsköterskorna kommer ca hälften att gå i pension inom 10 år.

Det saknas tandvårdutbildningar i Jämtlands län vilket påverkar framtida rekryteringsmöjligheter.

3.7.2 Attraktiva arbetsplatser

En viktig faktor för att få det vardagliga arbetet att fungera bra är att den beslutade bemanningen, både i antal och i form av kompetens, finns tillgänglig på kliniken. En väl avvägd bemanning ger möjligheter till effektiva flöden i verksamheten, en av grundförutsättningarna för att skapa en god vård med ekonomi i balans.

Målet att ha en ”närvarande chef” är idag inte möjligt att uppfylla inom flera av Folktandvårdens områden. I vissa områden har chefen ansvar för 4 kliniker med långa avstånd mellan enheterna. Som chef ingår att se till att kompetenserna nyttjas effektivt inom området, vilket innebär behov av tillfälliga förflyttningar av medarbetare, utifrån verksamhetens behov. Behoven att täcka upp vid långvariga vakanser kommer mest troligt att fortgå, främst på de mindre klinikerna vid en fortsatt lokalisering som idag.

Sårbarheten vid frånvaro och brist på kollegialt utbyte påverkar arbetsmiljön på de små klinikerna. En framtida koncentration av verksamheten till större enheter ökar möjligheterna till en förbättrad arbetsmiljö. Vid anställning av nyutexaminerade måste handledning kunna erbjudas. Möjlighet att anställa personer med ingen eller ringa yrkeserfarenhet är mycket problematiskt om inte handledning och kollegialt utbyte kan erbjudas.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

Kvalitativt god vård, rätt bemanning och en ekonomi i balans möjliggör en god arbetsmiljö med utrymme för kompetensutveckling, friskvård, modern utrustning mm, delar av de förutsättningar som krävs för att vara en attraktiv vårdgivare och arbetsgivare i framtiden.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folk tandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

3.8 Ekonomi

Landstingets mål för god ekonomisk hushållning är ett positivt resultat som motsvarar 2% av nettokostnaderna. Detta för bibehållen soliditet och buffert för normala svängningar i skatteintäkterna. Centrum för folk tandvården ska bidra till att målet uppnås. Förutom detta behöver Folk tandvården även uppnå ett överskott för egen del, för att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik.

År 2013 var folk tandvårdens omsättning drygt 169 miljoner, varav 24% (40,5 miljoner) avsåg ej konkurrensutsatt verksamhet som finansieras av skattemedel, landstingsbidrag.

3.8.1 Folk tandvårdens ekonomi

Storleken på ersättningen för den ej konkurrensutsatta verksamheten beräknades i samband med införandet av fritt val av tandvård för barn- och ungdomar år 2001 och har sedan årligen justerats och fastställts av fullmäktige.

Folk tandvårdens uppdrag och fördelning av landstingsbidrag för ej konkurrensutsatt verksamhet 2013	
Uppdrag	Belopp (tkr)
Specialisttandvård	17 700
Områdes- och sistahandsansvar, Allmäntandvård	13 700
Kompetensförsörjning	5 000
Offentlighet och förvaltning	2 000
Sjukresor och språktolkar	1 800
Folkhälsoinsatser	300
Summa	40 500

Ersättningen ska täcka kostnaderna för planeringsansvaret för tandvården i länet. Folk tandvården har ett områdes- och sista handsansvar som omfattar att upprätthålla en tillgänglig och jämlik vård i hela länet i den omfattning som landstinget anser lämpligt samt att erbjuda akuttandvård. I landstingets verksamhetsplaneringsprocess föreslår folk tandvården hur ersättningen ska fördelas inom uppdraget.

3.8.2 Den konkurrensutsatta verksamheten

Den vård som utförs inom allmäntandvård (att jämföra med primärvården inom sjukvården) är konkurrensutsatt. Det innebär att patienterna fritt kan välja att få sin vård utförd en av valfri klinik inom folk tandvården eller en privat aktör. Ersättningssystemet för den konkurrensutsatta vården är detsamma för såväl folk tandvården som för de privata aktörerna.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

Allmäntandvårdens intäkter/ersättningar 2013-12		
	Belopp tkr	Andel
Kapiteringsersättning barn (KU)	23 954	21%
Patienter med särskilda behov (KU)	6 420	6%
Områdes-, sistahandsansvar barn	5 605	5%
Områdes-, sistahandsansvar vuxna	8 113	7%
Patientavgifter vuxna (KU)	69 870	61%
SUMMA	113 962	100%

KU= konkurrensutsatt verksamhet

För barn och ungdomar, 3-19 år utgår en kapiteringsersättning. Denna ersättning samt ersättningen för patienter med särskilda behov beslutas av landstinget och administreras av landstingets beställarenhet. Ersättningen för barntandvården utgörs av en fast summa per listat barn, medan ersättningen för patienter med särskilda behov är direkt kopplad till utförd vård och prislistan för vuxna. Landstingsfullmäktige beslutar om Folktandvårdens prislista för vuxna, medan det står de privata vårdgivarna fritt att beslut om sin prislista för vuxna.

3.9 Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi

För att uppfylla kraven på konkurrensneutralitet i konkurrenslagstiftningen måste Folktandvårdens redovisning vara helt transparent. Det är därför av mycket stor vikt att den ersättning som folktandvården får för områdes- och sistahandsansvar tydligt särredovisas. Detta för att visa att ingen otillåten subventionering sker av den konkurrensutsatta verksamheten.

Istället för att minska kostnaderna, vilket förslaget till framtida struktur för Folktandvården, bland annat syftar till, har Folktandvården möjlighet att öka intäkterna genom att höja taxan för olika åtgärder i prislistan för vuxna. Så länge den avgift som tas ut, inte är lägre än kostnaderna för de tjänster som tillhandahålls, förekommer ingen subvention och utgör inget hinder för att höja taxan. Folktandvårdens taxa revideras årligen när Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) justerar den referensprislista som ligger till grund för tandvårdsförsäkringen. Landstinget har beslutat att folktandvården till största del ska följa denna referensprislista. De årliga revideringarna ger oftast en intäktsökning för folktandvården men sällan i nivå för att täcka de årliga kostnadsökningarna.

En prishöjning utöver den årliga justeringen skulle kunna få flera konsekvenser som kan leda till att förbättringen av Folktandvårdens ekonomi endast blir marginell eller att den på sikt till och med kan bli sämre. Om fullmäktige skulle besluta om taxehöjning, innebär det att landstinget kommer att få betala ut en högre ersättning till privata vårdgivare för patienter med särskilda behov. Dessutom skulle det vara svårt att motivera att endast taxan för vuxenpatienterna höjs, med hänsyn till att Folktandvårdens fasta kostnader bärs av alla patienter, även barnen. Om kapiteringsersättningen för barn också höjs, stiger landstingets utbetalningar till privata vårdgivare även för denna patientkategori.

Vid en höjning av tandvårdstaxan måste dessutom hänsyn tas till patienternas betalningsvilja. Högre priser innebär en risk att patienter väljer att byta till en privat vårdgivare eller att avstå från tandvård. En höjning av taxan innebär därför inte med automatik högre intäkter.

Allmäntandvården är mycket beroende av intäkterna från vuxentandvården för att kunna försörja klinikerna. Kostnaderna för bemanning, lokaler m m skulle utan dessa intäkter bli mycket stora. Men, enligt tandvårdslagen ska allmäntandvården prioritera vård till barn och patienter med särskilda behov, vuxentandvård i den omfattning landstinget bedömer lämplig. Det kan leda till ett

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-30

Dnr:LS/1408/2014

ekonomiskt dilemma, eftersom den största delen av finansieringen, 61%, utgörs av den tandvård som har lägst prioritet. Förslaget i denna rapport, leder till en stabilare bemanning och kvalitet, samt en mer effektiv och tillgänglig tandvård. Folktandvården bedöms därför kunna ta emot fler vuxenpatienter i framtiden, utan att behöva nedprioritera barntandvården. Detta skulle leda till högre intäkter utan taxehöjning.

Om Folktandvården skulle avstå från att förändra strukturen och istället försöka förbättra ekonomin enbart genom en taxehöjning, leder det bara till en eventuell förbättring av ekonomin. Det skulle inte lösa de framtida problem som förutses, med bemanning på länets kliniker. Rekommendationen blir därför att inte höja taxan.

4 NULÄGESBESKRIVNING

4.1 Klinikstruktur/patientmängd

Folk tandvårdens allmäntandvård har idag 20 kliniker spridda över hela länet. Verksamheten är indelad i sex områden med en chef för respektive område. Områdesindelningen följer i stora drag länets kommunindelning. I antalet patienter nedan är inte asylsökande och akuta inräknade.



Område/ Områdeschef	Klinik	Revisions pat. 2014			Rum
		Barn	Vuxna	Totalt	
Härjedalen	Hede	416	1022	1438	4
	Funäsdalen	351	1153	1504	3
	Sveg	811	1875	2686	5
Åre/Krokom	Krokom	2269	3527	5796	7
	Föllinge	200	583	783	2
	Järpen	1054	2296	3350	5
	Åre	667	1255	1922	4
Strömsund	Gäddede	122	396	518	1
	Hoting	323	773	1096	2
	Hammerdal	449	1184	1633	4
	Strömsund	1069	1792	2861	6
Bräcke/Ragunda	Bräcke	479	1303	1782	4
	Gällö	466	1426	1892	3
	Kälärne	174	427	601	2
	Hammarstr.	615	1009	1624	4
Campus/Berg	Myrviken	445	1296	1741	3
	Svenstavik	721	1278	1999	4
	Campus	3851	7539	11390	12
Frösön/ Brunflo	Frösön	3561	4791	8352	9
	Brunflo	1577	3379	4956	8
Allmäntandv.	Totalt	19620	38304	57924	92
	Andel	34 %	66 %	100 %	

Dagens struktur innebär att det finns flera kliniker med ett begränsat patientantal.

- Tre kliniker har mindre än 1000 patienter vilket innebär ett behov motsvarande ca 0,5 team. Föllinge, Gäddede och Kälarne.
- Åtta kliniker har mellan 1000-1892 patienter vilket motsvarar som mest 1 team. Hoting, Hede, Funäsdalen, Hammerdal, Hammarstrand, Myrviken, Bräcke och Gällö.
- Fem kliniker ligger inom spannet 1999-3350 revisionspatienter. Åre, Svenstavik, Sveg, Strömsund och Järpen vilket innebär behov motsvarande max 2 team.
- Fyra kliniker har mer än 3800 revisionspatienter. Brunflo, Krokom, Frösö strand och Campus, dvs motsvarande 2 team eller fler.

4.2 Tillgänglighet

För att kunna erbjuda medborgarna så mycket vårtid som möjligt har allmäntandvården satt ett mål som innebär att tandläkarna och tandhygienisterna ska använda 70% av arbetstiden till vårdtid. Övrig tid är t ex egen utveckling, arbetsplatsträffar, paus mm. Målet nås inte fullt ut idag och ligger på 68 resp 56%. För tandhygienisternas del påverkas resultatet av att exempelvis uppsökande verksamhet inte redovisas som vårdtid. I dagsläget har tandsköterskorna en låg andel vårdtid (4%).

Folktandvårdens kliniker har öppet under dagtid måndag tom fredag. Fredagar stänger många kliniker vid lunchtid. Det finns även kliniker i länet som har öppet kvällstid.

Väntande

Inom Folktandvården är beslutat att alla kliniker ska ta emot nya patienter. Dessa ska om möjligt erbjudas en tid direkt annars gäller nedanstående hantering:

Ny patient utan akuta besvär, som önskar bli revisionspatient kallas inom 3 månader till tandläkare när;

- det är mer än två år sedan patienten undersöktes senast
- patienten uppger munhälsoproblem men ej av akut karaktär
- patienten har rätt till nödvändig tandvård
- patienten önskar tandvård som led i kortvarig sjukdoms behandling

Övriga sätts upp på kallelse till tandläkare senast om 12 månader.

Målet för barn är att andelen med försening mer än 3 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 0%. Alla kliniker i länet klarar idag att detta mål.

Målet för vuxna är att andelen med försening mer än 6 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 5%, dvs 95 % av patienterna ska kallas i tid. 12 kliniker av 20 uppnår detta mål vid mätning 2014-08.

4.2.1 Befolkningsansvar

I Folktandvården idag ligger såväl resurser som uppdraget om områdesansvaret på klinikerna vilket innebär att det inte finns någon sammanhållen strategi för vilka insatser som ska göras. Det

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

är idag svårt för enskilda kliniker att skapa det kontaktnät och de strategier som behövs för att hjälpa de svaga grupperna i samhället.

4.2.2 Akut tandvård

Folktandvården tar emot akuta patienter inom 24 timmar. I normalfallet vänder sig patienten till sin ordinarie folktandvårdsklinik där vård erbjuds i 1:a hand. För patienter som inte är revisionspatienter hos Folktandvården kan vård erbjudas vid Folktandvårdens länsjour. Länsjour är en verksamhet som är veckovis fördelad enligt visst schema. Uppgiften om vart patienten ska vända sig efter öppettid ges via telefonsvarare samt genom information på www.jll.se.

4.3 Vårdutbud

4.3.1 Barn och ungdomar

Idag besöker tandhygienisterna/ tandsköterskor BVC och utför en screening på barn under 2 år. Då riskgrupperas alla barn. Barn med risk kallas vid 2 års ålder till kliniken främst för motiverande samtal och stöd. Barn utan risk kallas åter vid 3 års ålder på undersökning till tandläkare.

Folktandvården samverkar med mödra- och barnhälsovård, primärvård, förskolor, skolor. Det ser idag olika ut hur man i länet arbetar gentemot skolor. Tandhygienisterna kan hålla i information om förebyggande tandvård i klasser. Ingen vård eller behandling sker på skolor möjligen erbjuds en fluorsköljning på enstaka ställen.

I landstingets omställningsarbete 2010 minskades folktandvårdens ersättning för områdesansvar med 40 tkr då en utbudsbegränsning gjordes avseende information på skolor i områden med låg kariesfrekvens.

Från 3-19 års ålder utför folktandvården fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar.

4.3.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet utförs strukturerat i hela länet av folktandvården. Det innebär att de personer, som enligt tandvårdslagen har rätt till uppsök ska erbjudas en avgiftsfri munhalsbedömning i sitt boende en gång per år. Bedömningen utförs av en tandhygienist anställd på närmsta folktandvårdsklinik. Munhalsbedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Om behov finns av tandvård hjälper tandhygienisten till med en kontakt till sin ordinarie tandläkare eller ordnar en tid till ett besök på närmsta folktandvårdsklinik. Ingen vård bedrivs i hemmet. Munhalsbedömningen innebär också en praktisk instruktion i munhygieniska egenåtgärder till den enskilde eller den som i dennes ställe sköter munvården. Tandhygienisten har på så sätt en roll som konsult till den personal som deltar i omvårdnaden.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

4.3.3 Patienter med särskilda behov

Patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och patienter som på grund av olika former av handikapp erbjuds vård anpassat efter deras behov. Denna vård utförs i samråd med sjukvården. Då det i vissa fall krävs speciell kompetens och utrustning t ex narkos utförs vård på specialist- och sjukhustandvården.

4.3.4 Vuxna

För vuxna patienter utförs vård i mån av tid och resurser. Denna patientgrupp får idag inte alltid tillräckligt utrymme på grund av prioritetsordningen.

4.4 Bemanning

Allmäntandvården är 2014 indelad i sex områden med en områdeschef som ansvarar för verksamheten inom respektive område. Det finns en variation på mellan 2 - 30 anställda medarbetare per klinik..

Bemanning 2014-07.

Befattning	Antal tillsvidareanställda omräknat i heltidstjänster	Utförd tid omräknat i heltidstjänster	Genomsnittlig teamsammansättning
Tandläkare	39,5	35,9	1,0
Tandhygienist	27,8	20,2	0,6
Tandsköterskor	72,7	64,3	1,8
Områdeschefer	5,5	4,5	-

Källa: Heroma personalstatistik

Vid de ställen där tandläkarvakanser finns, alternativt handledningsbehov behövs, finns i olika omfattning ambulerande tandläkare. Under 2013 uppgick extra kostnader för de ambulerande motsvarande 1,3 miljoner (i summan ingår inte lön för tid som används till kliniskt arbete) Antalet ambulerande tandläkare under 2014 motsvarar drygt 4 heltidstjänster.

Utbyte av medarbetare mellan kliniker sker i olika omfattning i olika delar av länet, men är mest förekommande i ytterområdena.

4.5 Ekonomi för nuvarande kliniker

Allmäntandvården i länet har de senaste åren haft en relativt god ekonomi men resultatet varierar mycket mellan de olika klinikerna. Eftersom största delen av kostnaderna och intäkterna är rörliga har produktion och ekonomi ett mycket starkt samband. Bemanningen och teamens effektivitet har stor betydelse för klinikens ekonomi. 2013 bestod ett genomsnittligt team av 1,0 tandläkare, 0,5 tandhygienist och 1,7 tandsköterska. Totalt 38,7 team. Delas resultatet för året upp på ett

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

enligt ovan, genomsnittligt team, får man nedanstående fördelning av kostnader och intäkter.
Fram till och med juli 2014 är antalet team något lägre (35,9).

Allmäntandvården, kostnader och intäkter 2013		
Belopp i tkr		
	Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770
Personalkostnader	75 946	1 962
Övr. rörliga kostnader	7 925	205
Summa	113 656	2 937
Fasta intäkter	13 718	354
Rörliga intäkter	100 244	2 590
Summa	113 962	2 945
RESULTAT	306	8

Det genomsnittliga teamet producerade totalt 1827 (2013) vårdtimmar varav 1337 timmar var debiterbar tid inom vuxentandvården. Det genomsnittliga antalet revisionspatienter för teamet var 510 barn och 1000 vuxna (2013).

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim- me	Summa intäkter
	Tjänster		Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna	Vuxna	Vuxna
Tandläkare	1	68%	287	910	1 197	24%	76%	1 740	1 582 648
Tandhygienist	0,5	57%	105	396	502	21%	79%	990	392 301
Tandsköterska	1,7	4%	97	23	120	81%	19%	185	4 207
SUMMA	3,2	32%	490	1 329	1 818	27%	73%	1 490	1 979 156
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									2 591 156

Alla åtgärder som gör att den debiterbara tiden ökar och/eller som ökar intäkten per vårdtimme leder till en stärkning av klinikens ekonomiska utfall. Kostnadsbesparingar som kan göras i driften genom t ex ökad kostnadsmedvetenhet vid inköp, ger endast en marginell effekt. Fasta kostnader kan påverkas endera av förändrad klinikstruktur för att minska kostnadsnivån eller genom utökning av teamen för att fördela kostnadsbördan på fler. (under förutsättning att patientunderlag finns).

5 FRAMTIDA STANDARD

I den konkurrensutsatta situation som folktandvården befinner sig i, behöver varumärket Folktandvården stärkas och utvecklas. Det finns idag ingen uttalad samsyn kring vad som utmärker Folktandvården i Jämtlands län i form av t ex vårdutbud, tillgänglighet, lokaler, medarbetarskap osv. En framtida strukturförändring ska även omfattas av en samsyn kring varumärket.

5.1 Bas- och plusutbud

Alla Folktandvårdens kliniker i länet ska erbjuda samma basutbud av vård och förebyggande behandlingar. Det innebär traditionell tandvård så som t ex undersökningar, röntgen, lagningar, extraktioner, kirurgi, rotbehandlingar, enklare bettfysiologi, förebyggande vård, behandlande vård av parodontit, protetik och tandreglering.

Plusutbud ska kunna erbjudas på kliniker som har allmäntandläkare med specialkompetens, sk nischad tandläkare. Plusutbud innebär att mer vård kan utföras inom allmäntandvårdens verksamhet, vilket innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja länets specialisttandvård. De kliniker som har någon typ av specialkompetens ska erbjuda denna vård även till patienter från närliggande kliniker.

Plusutbud innebär inte att varje klinik ska ha denna specialkompetens. Specialkompetens är en möjlig kompetensutveckling för den enskilda vårdgivaren. Kompetensutveckling, nischning, ska bedömas utifrån de prioriterade gruppernas vårdbehov, vårdgivarnas samlade kompetens på kliniken och utifrån helhetsbehovet inom Folktandvården

5.1.1 Barn och ungdomar

Screening på barn under 2 år, riskgruppering av alla barn och fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar ingår i det basutbud som erbjuds i allmäntandvården.

När det gäller socioekonomiskt svaga grupper och de med högst risk behövs en ökad samverkan med skolor, primärvård mfl. Detta är ett viktigt område att satsa på och det ska göras inriktat mot de områden där behoven är störst. Om denna verksamhet ska utökas krävs att den tidigare minskningen av områdesersättningen återställs.

5.1.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet ska fortsatt genomföras enligt avtal som sluts med beställarenheten

5.1.3 Patienter med särskilda behov

Vårdinsatser för dessa patienter styrs av tandvårdsförsäkring och gällande regelverk.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

5.1.4 Vuxna

Se bas och plusutbud 5.1

5.2 Utökat vårdutbud utanför klinik

Folktandvården har fått i uppdrag att överväga om det finns tandvård som kan ges genom att tandvårdspersonal besöker olika patientgrupper istället för att patienterna kommer till tandvårdsklinikerna. Slutsatserna är att detta inte är ett genomförbart alternativ. Det finns flera skäl. Det går rent praktiskt inte att utföra en mängd behandlingar utan tillgång till en fullt utrustad lokal. Från ett patientsäkerhetsperspektiv är det dessutom svårt att följa hygienkrav i de varierande miljöer som blir aktuella. Vidare är det inte en kostnadseffektiv lösning.

Nedan följer en redogörelse för folktandvårdens överväganden.

5.2.1 Barn och ungdomar

Förebyggande vård som kan ske på skolor och som ej kräver mobil enhet är enbart inspektion av munhåla, instruktioner kring munhygien samt behandlingar med fluor. Värde av att breddinföra denna typ av insatser är tveksamt eftersom det inte kan ersätta behovet av att undersökas/ behandlas på klinik där bl a röntgenbilder kan tas. Bedömningen är därför att det inte är effektivt nyttjande av folktandvårdens resurser.

5.2.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

För denna patientgrupp så kan undersökning, förebyggande behandling och enklare behandlingar utföras. Detta kräver en särskild transportabel utrustning. För att klara sådan utökad vård i hela länet behövs minst en transportabel utrustning per kommun. Kostnad per utrustning är ca 100 000 kr. Att införa en utökning av vårdinsats i hemmet eller boenden kräver ett förändrat avtal med beställarenheten där ersättning för denna typ av vård regleras. Det finns en stor osäkerhet kring patientsäkerhet och arbetsmiljö vid vård i hemmet och insatsen kan inte ersätta behovet av vård på en klinik.

5.2.3 Patienter med särskilda behov

Denna patientgrupp har ett stort och ofta komplicerat vårdbehov som inte kan behandlas i hemmet utan måste behandlas på en klinik.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

5.3 Befolkningsansvar

I framtiden behövs en Folktandvårdsövergripande strategi/standard för hur områdesansvaret ska organiseras och vilka insatser som ska göras. Strategin bör innebära sammanhållna insatser med samverkan med andra inom sjukvården, myndigheter och organisationer. En central samordningsresurs krävs för att skapa och driva genomförandet av strategin.

5.4 Tillgänglighet

Tillgänglighet till tandvård ska styras av den prioritering som gäller enligt Tandvårdslagen.

En framtida rimlig målsättning är att 90 % av invånarna i Jämtlands län ska kunna nå en Folktandvårdsklinik inom ca 1 timme, dvs ett avstånd på ca 8 mil. Vid en koncentration till större kliniker ska tillgängligheten kompletteras med att kliniker i länet har kvällsöppet 1-2 kvällar/vecka bland annat i syfte att underlätta för de som får längre resväg till närmaste klinik. Förutom kvällsöppna vardagar ska någon/några av klinikerna i Östersund och dess närområde även kunna erbjuda helgöppet. Under semestertider ska i normalfallet någon klinik i varje kommun hålla öppet.

En stor del av Folktandvårdens revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

Vid akuta besvär ska samtliga kliniker erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour. Hur länsjouren ska organiseras ska utredas när framtida struktur är beslutad.

5.5 Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning

För att uppnå en effektiv verksamhet och kunna erbjuda så många patienter som möjligt vård inom Folktandvården krävs en bra produktions- och kapacitetsplanering. Olika former av användbara nyckeltal ska löpande finnas tillgängliga för chefer, i syfte att underlätta ledning och styrning. För medarbetaren/teamet ska möjlighet finnas att på ett enkelt sätt planera och följa upp sitt eget resultat. Folktandvårdens uppdrag och olika mål för verksamheten ska vara kända för alla medarbetare. Att arbetet utförs i enlighet med uppdraget och att förbättringar sker mot uppsatta mål ska löpande följas upp.

5.6 Kompetens

Samtliga av Folktandvårdens kliniker ska bemannas med yrkeskategorierna tandläkare, tandhygienist och tandsköterska. Kompetens hos de som är anställda inom allmäntandvården ska alltid omfatta kunskaper i såväl barn- som vuxentandvård.

För att garantera ett kvalitativt väl fungerande basutbud av vård säkerställs medarbetarnas kompetens genom dels individuell kompetensutveckling men även genom generella utbildnings-

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

insatser inom Folktandvården. En viktig del i kompetensutvecklingen är specialisttandvårdens stöd och utbildning till allmäntandvården.

Förutom den goda yrkeskunskap som behövs för respektive yrkeskategori krävs även:

- att tandläkarna besitter en kompetens i att planera, utveckla, leda och fördela arbetet i teamet.
- att tandhygienisterna har kunskap i att informera om och marknadsföra frisktandvård. Tandhygienisterna ska ses som en naturlig del i teamet. Det utåtriktade arbetet kommer öka vilket kräver pedagogisk kompetens.
- att tandsköterskans roll och uppgifter i teamet vidareutvecklas till att vara den som säkerställer flödet i patientomhändertagandet. Receptionsfunktionen är patientens första kontakt och klinikens ansikte utåt. Betydelsen och kompetensen i denna funktion ska stärkas. Tandsköterskans roll i den förebyggande vården ska stärkas.

5.7 Bemanning

Utgångsläget är att minsta bemanning på en klinik ska vara två team. Med ett team menas en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor. Att vara två team innebär att sårbarheten minskar vid olika former av frånvaro och när nyanställning av vårdgivare sker finns redan introducerade medarbetare som stöd på kliniken.

De områdeschefer som är verksamma inom Folktandvården ska vara ”synliga och närvarande” för sina medarbetare. Ett nära chefsstöd ska vara en naturlig del i chefs/ ledarskapet, i enlighet med landstingets beslut om införande av Leaninspirerat arbetssätt. Målsättningen är att en chef inte ska ansvara för mer än två kliniker och/eller maximalt ca 30 medarbetare. I de fall chefen så önskar kan en kliniksamordnare tillsättas som administrativt stöd.

5.8 Arbetssätt

Med begränsade resurser måste vars och ens kompetens nyttjas på bästa sätt, inom respektive yrkesområdes gränser/regelverk. Både den formella och reella kompetensen och förtroendet mellan medarbetare i olika yrkeskategorier är avgörande för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker vård. Att nå BEON, bästa effektiva omhändertagandenivå, kräver samtliga medarbetares engagemang, i ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete.

Ökad andel teamtandvård är nödvändig för att skapa mer patient-/vårdtid. Vid teamarbete arbetar vårdgivarna på två eller fler rum. Främst gäller detta tandläkarna, men även tandhygienister vid tex undersökningspass. Arbete på två eller flera rum bedrivs under minst halva arbetstiden. Tandsköterskans uppgift är patientarbete i samarbete med tandläkaren. Tandsköterskans kompetens ska i högre grad nyttjas inom barntandvården. Tidbokning, betalning, utlämnande av kostnadsförslag, mm sköts av tandsköterska/ receptionsfunktion vilken också ansvarar för att tidboken är full och att återbudstider fylls.

Folktandvården ska kännetecknas av ett professionellt bemötande och ett arbetssätt där patienten är i fokus.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

5.9 Attraktiv arbetsgivare

En god arbetsmiljö och ett hälsofrämjande arbete bidrar till att skapa en attraktiv arbetsplats, vilket även underlättar möjligheten till framtida kompetensförsörjning. Folktandvården ska erbjuda trygga arbetsplatser såväl fysiskt som psykiskt. Säkerhetsrisker ska beaktas och genom att ha minst två team verksamma på varje klinik minskar risken för ensamarbete. Större kliniker med fler medarbetare ses som en av förutsättningarna för att skapa en god arbetsmiljö med möjlighet till delaktighet, arbetsgemenskap, yrkesrelaterat stöd, uppmuntran och erfarenhetsutbyte. Ytterligare faktorer för att öka möjlighet att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare är goda anställningsvillkor, ett gott ledar- och medarbetarskap, möjligheter till kompetensutveckling mm.

5.10 Lokal/ Utrustning/Teknik

Folktandvårdens ska ha moderna, ändamålsenliga och effektiva lokaler. Ett framtida enhetligt koncept för lokalernas utformande ska tas fram och användas vid framtida ombyggnationer/renoveringar. Folktandvårdens patienter ska känna igen sig, oavsett var i länet man besöker oss. Folktandvården som varumärke ska utvecklas. En enhetlig standard för Folktandvårdens lokaler och utrustning är även en fördel när medarbetare tillfälligtvis arbetar på annan klinik än den där de normalt har sin tjänstgöring. Lokalerna ska vara handikappanpassande och välkomnande för såväl barn som äldre. Gemensamt informationsmaterial/tidskrifter mm ska finnas i väntrummen.

Behandlingsrummen ska vara utrustade med unit/stol och utrustning för digital intraoral röntgen. I och med ett nytt arbetssätt för teamen krävs att de har tillgång till ca 2,5 rum/team under en del av arbetstiden. Detta kan lösas med viss om-/tillbyggnation och ändrad schemaläggning och öppettider. På varje klinik ska det finnas utrustning för rengöring av instrument, dock ej för höggradig rengöring (Autoklav). Hänsyn ska tas till miljön vid all hantering av avfall mm. För kliniker med plusutbud kan utökad utrustningsnivå vara aktuell.

Panoramaröntgen ska finnas på vissa kliniker. Behovet är beroende av en rad olika faktorer; hur långt avstånd det är mellan klinikerna, hur stort patientunderlag som finns, vilken typ av patienter, vilken tillgång man har till specialisttandläkare mm.

När Folktandvårdens struktur är fastställd ska beslut fattas om placering av extraoral röntgenutrustning (OPG).

5.11 Ekonomi

5.11.1 God ekonomisk hushållning

För allmäntandvården och för folktandvården som helhet innebär god ekonomisk hushållning att verksamheten planeras så att årliga kostnadsökningar möts upp med motsvarande intäktsökningar. För förändringar i verksamheten som innebär ökad kostnadsnivå ska alltid finansiering säkerställas innan förändringen beslutas och genomförs. För att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik bör folktandvården redovisa ett överskott på ca 1,5% av omsättningen som ska tillgodoses i landstingets över- och underskottshantering.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

5.11.2 Jämlika ekonomiska förutsättningar

Varje enskild klinik ska planera för att uppfylla det ekonomiska resultatkravet. Inom områdes- och sistahandsansvaret finns uppdrag som innebär fördyrade kostnader för klinikerna. Dessa uppdrag är inte jämt fördelade och kan variera över tid. Exempel på sådant är mottagande av flyktingar och akutverksamhet, extra rekryteringsinsatser till svårrekryterade orter, avstånd för resor till utbildningar och möten. För att ge alla kliniker jämlika ekonomiska förutsättningar måste dessa uppdrag vara tydligt definierade och kostnadsberäknade. Finansieringen ska ske genom folktandvårdens landstingsbidrag.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

6 ALTERNATIV TILL FRAMTIDA STRUKTUR

6.1 Alternativ 1

Utgångspunkten är att Folktandvårdens kliniker ska bemannas med minst 2 team. I alternativet finns några kliniker som även i framtiden inte kommer ha ett patientunderlag för 2 team. Att dessa kliniker är kvar beror på lokaliseringsskäl/avstånd för patienter. Marknadsföringsinsatser krävs för att öka möjligheten till ett större patientunderlag.

Alternativ 1 innebär totalt sett en minskning av nuvarande 20 kliniker till 13 kliniker. Om nuvarande personalsammansättning kvarstår innebär detta ingen utökad vårdtid utan endast en minskning av fasta kostnader. För att utöka vårdtiden ska personalsammansättningen och arbetssättet förändras mot den beskrivna standarden. Detta planeras att genomföras successivt, samtidigt som det krävs insatser för att öka marknadsandelen.

Steg 1: År 2016. Avveckling av kliniker, oförändrad personalsammansättning

Vårdtid ca 1800 tim per team i stort sett oförändrat jämfört med nuläget.

Steg 2: År 2018. Teamen består av 1 tandläkare, 0,8 tandhygienist och 2,0 tandsköterska.

Vårdtiden bedöms öka från ca 1800 timmar till ca 2360 timmar per team

Steg 3: År 2021. Teamen består av 1 tandläkare, 1,0 tandhygienist och 2,5 tandsköterska.

Vårdtiden bedöms öka till ca 3000 timmar per team

I **Härjedalen** avvecklas kliniken i Hede. Patienter erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen. Ingen av klinikerna kommer nå upp till patientantal motsvarande 2 team men bör kunna öka antalet revisionspatienter totalt sett. Under turistsäsong finns även ett ökat behov av tandvård i Funäsdalen.

I **Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken. Patienterna erbjuds tandvård i Svenstavik som då omfattar hela Bergs kommun som upptagningsområde. Valet av Svenstavik beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att Svenstavik är kommunens centralort.

I **Bräcke kommun** avvecklas klinikerna i Gällö och Kälarne. Patienterna i Gällö erbjuds tandvård i Bräcke som då omfattar hela Bräcke kommun exklusive Kälarne som upptagningsområde. Valet av Bräcke beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att Bräcke är kommunens centralort. Patienterna i Kälarne erbjuds tandvård i Hammarstrand.



Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

I **Ragunda kommun** kvarstår kliniken i Hammarstrand som då även omfattar upptagningsområdet Kälarne. Patientantalet bedöms kunna öka på sikt.

I **Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge. Föllinge är idag inte bemannad med fast personal och har ett begränsat upptagningsområde. Patienterna hänvisas till kliniken i Krokom, som då har hela Krokoms kommun som upptagningsområde. Målet att 90% ska kunna nå tandvård inom en timme alt med avstånd på ca 8 mil uppfylls genom gemensam klinik i Krokom.

I **Strömsunds kommun** avvecklas klinikerna i Hammerdal och i Hoting. Patienterna i Hammerdal och Hoting hänvisas till kliniken i Strömsund. Kliniken i Gäddede finns kvar trots ett för litet upptagningsområde. Skälet är att avståndet för medborgarna till närmsta klinik i området kan uppgå till 17-18 mil. Kliniken i Strömsund har hela kommunen exklusive Gäddede som upptagningsområde. Valet av Strömsund beror på det centrala läget i kommunen och på möjligheten att utöka antalet behandlingsrum inom befintliga lokaler.

I **Åre kommun** oförändrat, dvs båda klinikerna Åre och Järpen blir kvar. Åre är en ort med växande befolkning och stort serviceutbud. Åre har hög andel vinterturister och sommarturismen ökar. En ökad mängd revisionspatienter i Åre och Järpen förutsätts för att möjliggöra två stadigvarande kliniker i framtiden.

I **Östersunds kommun** oförändrat dvs Campus, Frösö strand och Brunflo blir kvar. Ökat antal patienter förväntas dels genom ökad marknadsföring men även genom vissa patientströmmar från avvecklade kliniker.

6.2 Konsekvenser patienter

Alla som bor i Jämtlands län har rätt att få sjukresebidrag från landstinget för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan vid förändrad struktur bli längre till närmaste klinik. Till viss del kan även antalet sjukresor att öka.

6.2.1 Konsekvenser för prioriterade grupper

Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.

Vid akuta besvär ska samtliga kliniker erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.

Sammanlagt 2473 barn och ungdomar berörs av alternativ 1. Hede 416, Föllinge 200, Hammerdal 449, Kälarne 174, Hoting 323, Gällö 466 och Myrviken 445. Den största delen av dessa har inte behov av att besöka tandvården oftare än en gång per år och för dessa bedöms inte avståndet att ha en avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. För resterande barn och ungdomar som är i behov av mer frekvent tandvård så kan avståndet bli av något större betydelse.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Patienter med särskilda behov

Sammanlagt berörs ca 510 patienter som har rätt till särskilt tandvårdsstöd av alternativ 1. Hede 32, Föllinge 45, Hammerdal 36, Kälarne 87, Hoting 92, Gällö 129 och Myrviken 89. Denna patientgrupp är i behov av mer frekvent tandvård vilket innebär att avståndet kan bli av något större betydelse.

6.2.2 Konsekvenser övriga patientgrupper i dagsläget jämfört med i framtiden**Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.**

Största delen av Folktandvårdens vuxna revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. En följd av att vårdtiden ska öka successivt är att fler vuxna patienter kan erbjudas "fullständig vård", vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet kan nyttjas på ett bra sätt för patienten.

6.3 Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet

En följd av alternativ 1 kan vara att, främst vuxna patienter, inte väljer att fortsätta få sin tandvård på annan folktandvårdsklinik i upptagningsområdet. Viss risk finns att även "tappa" patienter till privattandvård. För Ftv's verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet är avgörande för verksamhetens framtid. För Folktandvårdens del gäller det att marknadsföra erbjuden "ny" klinik på ett bra och professionellt sätt. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande.

I och med det ansvar som Folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

6.3.1 Patientströmmar

Patientströmmar går inte att förutse i detalj. Med hjälp av medarbetarnas kännedom om upptagningsområdet kan nedanstående patientströmmar vara troliga. Vi bedömer också att många patienter väljer att följa sin nuvarande vårdgivare till den klinik han/hon flyttar till, om det inte försvåras av kommunikationer mm.

För de medborgare som reser med allmänna kommunikationer, tillmötesgår Folktandvården redan idag, patienternas önskemål om tidbokning.

När det gäller barn finns idag inget vårdval utanför länets gränser vilket gör att alla barn måste välja en klinik inom länet. De patientströmmar som kan ske för barnens del att de väljer privat vårdgivare istället för folktandvården.

Kliniker	Rörelsemönster vuxna
Hoting	Patienterna kommer att erbjudas vård vid Ftv Strömsund. För patienter i Hoting finns även alternativet att åka till Dorotea. För patienter boende i Backeområdet kan även klinik i Ramsele vara aktuell.
Hammerdal	Patienterna kommer att erbjudas vård vid Ftv Strömsund. Många patienter förväntas dock välja vårdgivare i Östersund.
Hede	Patienterna kommer att erbjudas vård vid Ftv i Sveg och Funäsdalen. Det finns inget tydligt mönster för vilka val som kan vara aktuella. Redan idag väljer boende i Hede att få sin vård i Funäsdalen, Sveg, Östersund och privat.
Myrviken	Patienterna kommer att erbjudas vård vid Ftv i Svenstavik. Beroende på var i området patienten bor kan andra alternativ vara Järpen och Östersund/Brunflo.
Kälarne	Patienterna erbjuds vård vid Ftv Hammarstrand och Bräcke. Bedömningen är att flertalet kommer välja Hammarstrand.
Gällö	Patienterna erbjuds vård vid Ftv Bräcke. Troligt är dock att många väljer Östersund pga jobbspending.
Föllinge	Patienterna erbjuds vård vid Ftv Krokom. Boende i området som gränsar mot Strömsunds kommun förväntas även välja Strömsund. En viss strömning kan även ske mot Östersund.

6.3.2 Nya privata etableringar

För Ftv's verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet är avgörande för verksamhetens framtid. Skulle andra aktörer eller medarbetare vid avvecklingshotade kliniker överta verksamheten i privat regi påverkar det Ftv's verksamhet mycket allvarligt. Patienter väljer i de allra flesta fall att vara kvar hos vårdgivare på orten.

Om patienterna inte följer med till erbjuden folktandvårdsklinik påverkas möjligheten att införa och uppfylla framtida standard. Ett lågt patientantal innebär att målet med två team per klinik inte kan genomföras. Det innebär att verksamheten blir sårbar och att kollegialt utbyte blir sämre. Möjlighet att erbjuda heltider minskar. Ekonomiskt blir det färre vårdgivare som ska finansiera de fasta kostnaderna.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

6.4 Konsekvenser medarbetare

Målsättningen med den framtida standarden är att Folktandvården ska bli en mer attraktiv arbetsgivare. En risk finns dock att medarbetare väljer att lämna sin anställning i Folktandvården i samband med omstruktureringen.

En förändring av arbetssätt och schemaläggning krävs för att få effektivare patientflöden när lokalytorna minskar. Teamarbetet ska utvecklas. En ökning av antalet tandhygienister och tandsköterskor totalt sett, kommer att behövas.

Bedömningen är att fler medarbetare kommer att få en längre resa till och från sin arbetsplats i jämförelse med idag. Arbetsgivaren har inte skyldighet till, eller förutsättningar för, att erbjuda resor till och från arbetet under arbetstid och/eller reseersättning för resa till och från arbetet. Av personalpolitiska skäl kan det bli tal om vissa övergångsregler för de medarbetare som erbjuds fortsätta sin anställning med för närvarande placering vid annan klinik än tidigare alt utökning till två kliniker. De medarbetare som arbetar på små kliniker idag kommer att få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd. Sårbarheten vid frånvaro och risken för ensamarbete minskar. Resor pga. vakansproblematik mellan olika kliniker kommer minska vid större enheter.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar när teamsammansättningen enligt föreslagen standard kan genomföras.

Närmaste chef kommer att vara ”mer närvarande” än tidigare genom att antal arbetsställen minskar.

Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik.

6.5 Bemanning alternativ 1

Efter politiskt beslut om Folktandvårdens framtida struktur kan en mer korrekt bedömning om vilken folktandvårdsklinik patienter önskar få sin tandvårdsbehandling på göras. Detta kan ske genom en enklare form av patientenkät på kliniker som ska avvecklas.

Målet är att den framtida standarden med minst två team/klinik ska gälla. Beslut om och arbete med framtida bemanning kan ske först när patienter ”valt” klinik och när produktions- och kapacitetsplanering är genomförd på samtliga kliniker. Målet att öka bemanningen, vårdtiden och tillgängligheten på klinikerna måste alltid balanseras i relation till de vårdbehov som medborgarna har.

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim me	Summa intäkter
			Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna		
	Tjänster								
Tandläkare	1	68,5%	289	916	1 206	24%	76%	1 740	1 594 285
Tandhygienist	0,5	57%	105	396	502	21%	79%	990	392 301
Tandsköterska	1,7	4%	97	23	120	81%	19%	185	4 207
SUMMA	3,2	32%	492	1 335	1 827	27%	73%	1 491	1 990 794
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									2 602 794

6.6.2 Steg 2

I det första steget mot en förändrad teamstruktur utökas teamen med 0,3 tandhygienist och 0,3 tandsköterska jämfört med 2013. Samtidigt minskas antalet team minskas till 35 jämfört med 39 i 2013 års nivå. Detta innebär enligt kalkylen nedan att personalkostnaderna ökar. För att täcka kostnadsökningarna måste produktionen öka vilket ger ökade rörliga kostnader och ökade rörliga intäkter. För att det utökade teamet ska kunna täcka kostnaderna måste antalet vårdtimmar öka med ca 560 timmar per team.

Allmäntandvården, kostnader och intäkter (2013 års nivå)						
Belopp i tkr			ALTERNATIV 1. Utökade team, steg 2		FÖRÄNDRING	
	NULÄGE (2013 års nivå)					
	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården (35 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770	25 185	720	-4 600	-50
Personalkostnader	75 946	1 962	81 235	2 321	5 289	359
Övr. rörliga kostnader	7 925	205	9 660	276	1 735	71
Summa	113 656	2 937	116 080	3 317	2 424	380
Fasta intäkter	13 718	354	13 718	392	0	37
Rörliga intäkter	100 244	2 590	107 668	3 076	7 424	486
Summa	113 962	2 945	121 386	3 468	7 424	523
RESULTAT	306	8	5 306	152	5 000	144

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim me	Summa intäkter
			Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna		
	Tjänster								
Tandläkare	1	70%	287	945	1 232	23%	77%	1 740	1 644 300
Tandhygienist	0,8	65%	105	810	915	11%	89%	990	802 098
Tandsköterska	2	6%	97	114	211	46%	54%	185	21 127
SUMMA	3,8	32%	489	1 869	2 358	21%	79%	1 320	2 467 525
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									3 079 525

6.6.3 Steg 3

En beräkning baserad på ett scenario om 32 team i länet som bemannas enligt framtida standard innebär en ökning av vårdtid om ca 1200 timmar per team jämfört med nuläget. Detta skulle ge en orimlig ökning av vårdtid för allmäntandvården som helhet. Kalkylen visar dock ett läge där ingen medarbetare är frånvarande mer än på sin lagstadgade semester. I dagsläget finns en frånvaro på knappt 15%.

Allmäntandvården, kostnader och intäkter (2013 års nivå)						
Belopp i tkr			NULÄGE (2013 års nivå)		FÖRÄNDRING	
			ALTERNATIV 1. Utökade team, steg 3			
	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården (32 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770	25 185	787	-4 600	17
Personalkostnader	75 946	1 962	87 936	2 748	11 990	786
Övr. rörliga kostnader	7 925	205	11 072	346	3 147	141
Summa	113 656	2 937	124 193	3 881	10 537	944
Fasta intäkter	13 718	354	13 718	429	0	74
Rörliga intäkter	100 244	2 590	115 781	3 618	15 537	1 028
Summa	113 962	2 945	129 499	4 047	15 537	1 102
RESULTAT	306	8	5 306	166	5 000	158

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim me	Summa intäkter
			Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna		
	Tjänster								
Tandläkare	1	76%	287	1 051	1 338	21%	79%	1 740	1 828 044
Tandhygienist	1	70%	105	1 127	1 232	9%	91%	990	1 115 730
Tandsköterska	2,5	10%	97	343	440	22%	78%	185	63 455
SUMMA	4,5	32%	489	2 521	3 010	16%	84%	1 193	3 007 229
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									3 619 229

7 ALTERNATIV 2

Alternativet innebär att ytterligare frånga den tidigare angivna standarden jämfört med alternativ 1. Alternativet innebär också ett effektiviseringskrav vilket innebär att större del av den arbetade tiden måste omsättas till vårdtid. För att kunna göra denna effektivisering krävs ett omfattande förändringsarbete. Det är därför inte möjligt att få ekonomisk effekt redan 2016.

Alternativ 2 innebär att verksamheten avvecklas vid fyra kliniker, Föllinge, Kälarne, Hammerdal och Hede.

I **Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge Patienterna erbjuds tandvård i Krokoms som då omfattar hela Krokoms kommun som upptagningsområde. Krokoms är kommunens centralort.

I **Bräcke kommun** avvecklas kliniken i Kälarne Patienterna erbjuds tandvård i Hammarstrand som då omfattar även Kälarne som upptagningsområde.

I **Strömsunds kommun** avvecklas kliniken i Hammerdal. Patienterna erbjuds tandvård i Strömsund som då omfattar Strömsunds kommun, exkl. Hotings och Gäddedes upptagningsområde. Strömsund är kommunens centralort.

I **Härjedalens kommun** avvecklas kliniken i Hede. Patienterna erbjuds tandvård i antingen Funäsdalen eller Sveg.

För fortsatt verksamhet vid klinikerna i Hoting, Myrviken samt Gällö krävs att verksamheten uppvisar fullgjort uppdrag och att bemanning finns. Under förutsättning att ingen större oplanerad frånvaro infaller (tex omfattande vård av barn, egen ohälsa/motsv.) ska fullgjort uppdrag och ekonomiska mål fortsätta att fullgöras alternativt uppfyllas senast under 2016. Om inte detta sker avvecklas respektive klinik och patienter erbjuds vård i Strömsund, Svenstavik samt i Bräcke. Valet av orter beror på möjlighet till fler behandlingsrum, på två orter lokalisering i samma lokaler som hälsocentralen samt att klinikerna då förläggs till kommunens centralort.

Åtgärder för att ha verksamhet, bemanning och ekonomi i balans får ej innebära att resurser överförs från annan klinik, om resultatet innebär att ”stödande kliniks” verksamhet, bemanning och ekonomi inte uppfylls.



7.1 Konsekvenser patienter

Alla som bor i Jämtlands län har rätt att få sjukresebidrag från landstinget för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan vid förändrad struktur bli längre till närmaste klinik. Till viss del kan även antalet sjukresor att öka.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

7.1.1 Konsekvenser prioriterade patientgrupper

Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.

Vid akuta besvär ska samtliga kliniker erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. Alternativet innebär samma konsekvenser som i alternativ 1 men för något färre patienter.

Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.

Sammanlagt 1239 barn och ungdomar berörs av alternativ 2. Hede 416, Föllinge 200, Hammerdal 449 och Kälarne 174. Den största delen av dessa har inte behov av att besöka tandvården oftare än en gång per år och för dessa bedöms inte avståndet att ha en avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. För resterande barn och ungdomar som är i behov av mer frekvent tandvård så kan avståndet bli av något större betydelse. Alternativet innebär samma konsekvenser som i alternativ 1 men för något färre patienter.

Patienter med särskilda behov

Sammanlagt berörs ca 200 patienter som har rätt till särskilt tandvårdsstöd av alternativ 2. Hede 32, Föllinge 45, Hammerdal 36 och Kälarne 87.

Denna patientgrupp är i behov av mer frekvent tandvård vilket innebär att avståndet kan bli av något större betydelse. Alternativet innebär samma konsekvenser som i alternativ 1 men för betydligt färre patienter.

7.1.2 Konsekvenser övriga patientgrupper

Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Största delen av Folktandvårdens vuxna revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. En följd av att vårdtiden ska öka successivt är att fler vuxna patienter kan erbjudas "fullständig vård", vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet kan nyttjas på ett bra sätt för patienten.

Alternativet innebär samma konsekvenser som i alternativ 1 men för något färre patienter.

7.2 Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet

En följd av alternativ 2 kan vara att, främst vuxna patienter, inte väljer att fortsätta få sin tandvård på annan folktandvårdsklinik i upptagningsområdet. Viss risk finns att även "tappa" patienter till privattandvård. För Ftv's verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet är avgörande för verksamhetens framtid. För Folktandvårdens del gäller det att marknadsföra erbjuden "ny" klinik på ett bra och professionellt sätt. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Patientströmmar går dock inte att förutse i detalj vilket leder till svårigheter att fastställa antal team/klinik i nuläget.

I och med det ansvar som Folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

Målet för de tre kliniker som till skillnad från alternativ 1 inte avvecklas (Höting, Myrviken, Gällö) skiljer sig inte från de mål som gäller för övriga kliniker inom Folktandvården, dvs att mål för verksamhet/uppdrag och ekonomi ska uppfyllas.

7.3 Konsekvenser medarbetare

Målsättningen med den framtida standarden är att Folktandvården ska bli en mer attraktiv arbetsgivare. En risk finns dock att medarbetare väljer att lämna sin anställning i Folktandvården i samband med omstruktureringen.

En förändring av arbetssätt och schemaläggning krävs för att få effektivare patientflöden när lokalytorna minskar. Teamarbetet ska utvecklas. En ökning av antalet tandhygienister och tandsköterskor totalt sett, kommer att behövas.

Bedömningen är att ett ökat antal medarbetare i jämförelse med idag kan komma att erbjudas anställningar med för närvarande placering på flera enheter. Detta innebär att medarbetaren vissa dagar kan få längre resa till och från sin arbetsplats i jämförelse med idag. Arbetsgivaren har inte skyldighet till, eller förutsättningar för, att erbjuda resor till och från arbetet under arbetstid och/eller reseersättning för resa till och från arbetet. Av personalpolitiska skäl kan det bli tal om vissa övergångsregler för de medarbetare som erbjuds fortsätta sin anställning med för närvarande placering vid annan klinik än tidigare alt utökning till två kliniker.

Målet med att få ökat kollegialt utbyte/stöd uppfylls inte på alla kliniker. Närmaste chef kommer att vara ”mer närvarande” än tidigare då klinikantalet i länet minskar men i vissa områden kommer även fortsättningsvis finnas fler kliniker/områdeschef än vad som är angivet i framtida standard.

Sårbarheten vid frånvaro och risken för ensamarbete kvarstår på de små kliniker som finns kvar.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster minskar ju fler små arbetsplatser som kvarstår men ökar där teamsammansättningen enligt standard kan genomföras.

Alternativ 2 kan särskilt för medarbetarna vid klinikerna i Höting, Myrviken och Gällö upplevas både som en möjlighet och alternativt som en kravfylld situation i och med utsatt tidsmål. Tydliga kriterier behöver utarbetas för att kunna ta ställning kring fortsatt verksamhet alt. avveckling i de fall målen inte uppnås.

Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik..

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

7.4 Bemanning alternativ 2

Efter politiskt beslut om Folktandvårdens framtida struktur kan en mer korrekt bedömning om vilken folktandvårdsklinik patienter önskar få sin tandvårdsbehandling på göras. Detta kan ske genom en enklare form av patientenkät på kliniker som ska avvecklas.

Målet är att den framtida standarden med minst två team/klinik ska gälla. Beslut om och arbete med framtida bemanning kan ske först när patienter "valt" klinik och när produktions- och kapacitetsplanering är genomförd på samtliga kliniker. Målet att öka bemanningen, vårdtiden och tillgängligheten på klinikerna måste alltid balanseras i relation till de vårdbehov som medborgarna har.

Alternativ 2 innebär att andra kliniker i närheten påverkas i och med att patientmängden kan bli för liten i relation till framtiden standard.

7.5 Konsekvenser ekonomi

I alternativ 2 minskas de fasta kostnaderna med 2,3 miljoner jämfört med 4,6 miljoner i alternativ 1. För att nå målet om 5 miljoner måste därför teamen effektivisera sin verksamhet för att öka intäkterna 70 tkr/år/team jämfört med 10 tkr/år/team i alternativ 1.

Beräknat på vårdtid för tandläkare krävs 4% effektivitetsökning.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Allmäntandvården, kostnader och intäkter (2013 års nivå)								
Belopp i tkr			NULÄGE (2013 års nivå)		ALTERNATIV 2		FÖRÄNDRING	
	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team		Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team	
Fasta kostnader	29 785	770	27 485	710		-2 300	-59	
Personalkostnader	75 946	1 962	75 946	1 962		0	0	
Övr. rörliga kostnader	7 925	205	7 925	205		0	0	
Summa	113 656	2 937	111 356	2 877		-2 300	-59	
Fasta intäkter	13 718	354	13 718	354		0	0	
Rörliga intäkter	100 244	2 590	102 944	2 660		2 700	70	
Summa	113 962	2 945	116 662	3 015		2 700	70	
RESULTAT	306	8	5 306	137		5 000	129	

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim me	Summa intäkter
			Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna		
	Tjänster								
Tandläkare	1	71%	300	950	1 250	24%	76%	1 740	1 652 471
Tandhygienist	0,5	57%	105	396	502	21%	79%	990	392 301
Tandsköterska	1,7	4%	97	23	120	81%	19%	185	4 207
SUMMA	3,2	32%	502	1 369	1 871	27%	73%	1 497	2 048 979
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									2 660 979

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

8 ALTERNATIV 3

Alternativ 3 innebär samma klinikstruktur som alternativ 1. Som komplement till det alternativet införskaffas en mobil enhet. Syftet med den mobila enheten är att i första hand undersöka och behandla barn och ungdomar samt medborgare som har rätt till nödvändig tandvård. **En mobil enhet ska vara utrustad för att kunna utföra tandvård enligt basutbud.** Mobila enheten placeras på de orter där det bedöms vara lämpligt.

Det finns ett antal mobila lösningar inom landet vilka används på olika sätt. Koncepten för en mobil enhet är inte direkt överförbara till de i förhållanden som gäller för Jämtlands län, beträffande t.ex. befolkningsmängd, avstånd, vägstandard, väderlek, rekryteringsmöjlighet m m.

För att bedriva en mobil verksamhet i Jämtlands län måste förutsättningarna tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Antal behandlingsrum, val av fordon som tex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Tillgänglighet för funktionshindrade?
- Hur många orter ska den betjäna?
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila enheten?

8.1 Erfarenheter från andra landsting

Gemensamma erfarenheter från andra landsting visar att de mobila enheterna blivit positivt mottagna på de orter de har verksamhet. Bemanningen sker vanligen från närmaste klinik och har i stora delar fungerat väl. Vården som utförts på de mobila enheterna är av ”enklare” art och kombineras i de fall det behövs med vård på stationär klinik. Verksamheten bedrivs ca 10 månader per år och ca fyra dagar/vecka. Dag fem används till service/underhåll av enheten. Under t ex vintermånaderna har verksamheten inte alltid varit i drift

För att verksamhet ska kunna bedrivas krävs iordningställd plats med el, vatten/avlopp, och IT anslutning. När enheten inte används i verksamheten måste stadigvarande uppställningsplats finnas. Platsen bör vara inomhus. Från vissa landsting framkommer att de försett enheten med larm, att väktare anlitas utifrån risk för skadegörelse

Vem som är ansvarig för verksamheten och vem som sköter drift måste tydliggöras. De framhåller i sina synpunkter att en ”drivande eldsjäl” behövs för att verksamheten ska upprätthållas.

8.1.1 Mobil enhet i Västernorrland

Den närmsta och senast uppstartade enheten finns inom Folktandvården i Västernorrland där den införskaffades i samband med nedläggning av kliniker. Utredningen som föregick uppstarten i Västernorrland är genomgången i samband med framtagandet av denna rapport och delar av

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Folktandvårdens ledning i Jämtlands läns landsting har mött Folktandvårdens ledning i Landstinget Västernorrland i denna fråga. Utifrån Västernorrlands utredning och information har en ekonomisk beräkning tagits fram.

Enheten består av en inredd lastbil med ett behandlingsrum, steril, personalrum och väntrum. Enheten ställs upp utanför en skola varje vecka och de besöker sju orter, där kliniker lades ned 2009. På de platser där den mobila kliniken parkeras är det genomgående i anslutning till skolor utom på ett ställe där enheten står intill en vårdcentral, där den nedlagda kliniken låg. De orter där enheten är uppställd har uppställningsplatser iordningsställt för anslutning till vatten/avlopp, IT och el. Anslutningarna har bekostats av Ftv.

I inledningsskedet har endast barn undersökts och behandlats i den mobila enheten. Tandregleringsbehandlingar har utförts på "moderkliniken", ej i den mobila enheten. Gymnasieungdomar går inte på den mobila enheten utan på de kliniker som passar dem bäst ex. Sundsvall, Örnsköldsvik osv. Enheten bemannas med personal från den klinik som ansvarar för barnen inom upptagningsområdet.

Två tandhygienister har utbildats för att köra och underhålla bilen. Kostnader tillkommer för övernattnings/resor samt lönetillägg/vecka för de tandhygienister som är driftsansvariga. I Västernorrland fattades beslut om utökade medel motsv. 3.2 miljoner kronor till Folktandvården för att täcka de kostnader som inköp och utrustning av mobil enhet innebär. Enheten startade upp under hösten 2013 och utvärdering kommer att göras i början av 2015.

För att kunna bedöma effekten av den mobila tandvårdsenheten avseende tandhälsa och ekonomi bör Västernorrlands utvärdering först granskas, vilket kan ske tidigast i början av 2015.

8.2 Konsekvenser patienter

Alla som bor i Jämtlands län har rätt att få sjukresebidrag från landstinget för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan bli längre till närmaste klinik och till viss del kan antalet sjukresor öka. För patienter på de orter som får besök av en mobil enhet blir det mindre konsekvenser för de prioriterade patientgrupperna.

8.2.1 Konsekvenser prioriterade grupper

Om en mobil enhet finns tillgänglig för barn och för patienter med behov av nödvändig tandvård, kommer en del av dessa patienter kunna erbjudas vård närmare sin hemort än vid alternativ 1 och 2.

Tillgängligheten till en mobil enhet är begränsad till vissa veckor under året, i och med att enheten ska användas på fler ställen i länet. Behov av tandvård under andra perioder innebär att patienter måste åka till närmaste klinik.

8.2.2 Konsekvenser övriga patientgrupper

Ingen tillgång till den mobila enheten är inplanerad för övriga grupper. För alla patienter utöver barn och de med behov av nödvändig tandvård blir alternativet detsamma som enligt alternativ 1.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

En konsekvens om inte tillräckligt utrymme finns för vuxna patienter på kvarvarande klinik är att ”mindre vårdinsatser” istället för ”fullständig vård” ges till många av de vuxna, vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet inte nyttjas på ett bra sätt för patienten.

8.3 Konsekvenser för Folktandvårdens verksamhet

En mobil enhet kräver ”sin egen” organisation för att fungera. Planering, drift/underhåll, bemanning, information till olika patientgrupper/boenden, skolor mm.

Liksom i de andra alternativen finns risk för att ”tappa” patienter till privattandvård. För Ftv’s verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet vid varje klinik är avgörande för verksamhetens lönsamhet. Alternativet med mobil enhet innebär att verksamheten på den ordinarie kliniken minskar under de perioder som medarbetarna bedriver vård på den mobila enheten. De lokaler/utrustning som finns på den stationära kliniken nyttjas mindre under dessa perioder, dvs. en form av stilleståndskostnad kommer då uppstår.

Risk finns även att medborgarna upplever att en mobil enhet är en försämring i relation till tidigare stationär klinik. Å andra sidan kan upplevelsen bli positiv om den mobila enheten kommer till orter där ingen klinik tidigare funnits. För Folktandvårdens del gäller med alternativ 3, att marknadsföra dels den ”nya fasta” kliniken som erbjuds och dels marknadsföra och informera om den mobila enhetens syfte, öppettider och placering på ett bra och professionellt sätt. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter.

I och med det ansvar som Folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

Erfarenhet från andra landsting visar att intresset för att få sin vård i den mobila enheten minskar över tid. Då enheten inte alltid finns på plats när patienten har behov, söker man sig istället till en fast klinik där man sedan fortsätter att få sin tandvård.

8.4 Konsekvenser medarbetare

Målsättningen med den framtida standarden är att Folktandvården ska bli en mer attraktiv arbetsgivare. En risk finns dock att medarbetare väljer att lämna sin anställning i Folktandvården i samband med omstruktureringen.

En förändring av arbetssätt och schemaläggning krävs för att få effektivare patientflöden när lokalytorna minskar. Teamarbetet ska utvecklas. En ökning av antalet tandhygienister och tandsköterskor totalt sett, kommer att behövas.

Två olika varianter kan vara aktuella.

- Fasta team som har den mobila enheten som sin huvudsakliga arbetsplats. Detta innebär att medarbetare kommer vara ute på ”resande fot” under stora delar av året. Att resa mellan

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

hemmet och den mobila enheten kommer inte vara möjligt varje dag utan övernattnings på annan ort kommer ske. Kostnader för traktamente/logi mm tillkommer med denna modell.

- Det andra sättet innebär att det blir upptagningsområdets klinik som ansvarar för vården på den mobila enheten. Ett team från närliggande klinik tjänstgör då på den mobila enheten under den period den är stationerad i området vilket innebär konsekvenser för den stationära klinik man lämnar.

Vid införskaffande av mobil enhet kommer resandet mest troligt att öka. Om dessa resor ska ske inom eller utom arbetstid och om de ska bekostas av arbetsgivaren eller inte avgörs av utifrån bemanningsmodell.

Liksom i alternativ 1 och 2 innebär alternativ 3 att de medarbetare som idag arbetar på små kliniker kommer få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd i och med större kliniker. Verksamheten vid den mobila enheten och på den klinik där bemanningen tillfälligt flyttas till den mobila enheten (om den bemanningsmodellen väljs) blir däremot sårbar vid frånvaro och risken för ensamarbetet kommer då öka.

Närmaste chef kommer att vara ”mer närvarande” än tidigare genom att antal arbetsställen minskar.

Chef för medarbetarna på den mobila enheten kan antingen vara resp. områdeschef om klinik i upptagningsområdet sköter bemanningen. Chefsfråga vid ”fast” mobilt team behöver utredas

Båda bemanningsalternativen kräver att det finns utbildade chaufförer och driftsansvariga för enheten vilket kan skötas av antingen internt utbildade medarbetare eller genom externt anlitad resurs.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar om teamsammansättningen enligt standard kan genomföras. Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik, eller vid den mobila enheten.

8.5 Bemanning alternativ 3

Efter politiskt beslut om Folktandvårdens framtida struktur kan en mer korrekt bedömning om vilken folktandvårdsklinik patienter önskar få sin tandvårdsbehandling på göras. Detta kan ske genom en enklare form av patientenkät på kliniker som ska avvecklas.

Målet är att den framtida standarden med minst två team/klinik ska gälla. Valet av hur den mobila enheten ska drivas avgör dess bemanning. Beslut om och arbete med framtida bemanning kan som i övriga alternativ ske först när patienter ”valt” klinik och när produktions- och kapacitetsplanering är genomförd på samtliga kliniker. Målet att öka bemanningen, vårdtiden och tillgängligheten på klinikerna måste alltid balanseras i relation till de vårdbehov som medborgarna har.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Alternativ 3 innebär att andra kliniker i närheten påverkas mer än i tidigare presenterade alternativ. Den mobila enheten innebär att patientmängden vid den stationära kliniken riskerar att bli för liten i relation till framtiden standard.

För planering och drift av den mobila enhet behövs minst 2 personer som har rätt körkorts-behörighet för enheten. Tekniskt stöd för utrustning/IT krävs. Bemanningen i enheten baseras på att ett av teamen från närmsta klinik arbetar i mobila enheten under de perioder den är placerad i området/kommunen. Alternativet är att ha två fasta team som delar ansvaret för bemanningen i den mobila enheten under året.

I de fall patienterna minskar dvs. väljer annan vårdgivare kommer framtida antal team att behöva justeras.

8.6 Konsekvenser ekonomi

För att skapa en kalkyl för en mobil enhet i Jämtland måste förutsättningarna för kalkylen tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Investeringskostnaden är mycket olika beroende på om det avser tex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Hur många orter ska den betjäna? Ordningsställande av uppställningsplatser, transport- och uppställningskostnader är beroende av detta.
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila kliniken och vilka patientgrupper. Är det vuxna betalande eller enbart barn. Behövs för att kunna beräkna förväntad effektivitet och finansiering.

Enligt den kalkyl som Ftv i Västernorrland upprättat för den mobila enheten beräknas den årliga kostnaden ligga på ca 2,5 miljoner exklusive kostnaden för den personal som ska bemanna kliniken. Västernorrlands enhet behandlar endast barn. I kalkylen beräknas att enheten ska kunna ansvara för ca 2000 barn. Om kalkylen skulle vara densamma för Jämtland skulle det innebära att intäkterna för enhetens 2000 barn skulle motsvara den kapiteringsersättning som erhålls, 1200 kr/barn (2014). Totalt skulle det ge en intäkt på 2,4 miljoner vilket nästan skulle täcka driften för enheten.

Eftersom den mobila kliniken förväntas bemannas från någon av länets kliniker innebär det också att en beräkning måste göras av vad effekten blir för den klinik som under vissa perioder avstår medarbetare till förmån för den mobila enheten. Kliniken får en kostnadsminskning genom att personal och materialkostnad överförs till den mobila kliniken, samtidigt tappar man intäkterna för de barn som istället är "listade" på den mobila kliniken. De medarbetare/team som ambulerar mellan en mobil och en stationär klinik kommer troligen att få en effektivitetsminskning pga resor, ställtid vid byte av arbetsplats. Det är också troligt att kostnaden att utföra vård blir dyrare per patient då den framtida standarden med effektivare arbetssätt inte kan fullgöras i samma utsträckning. Ex. undersökningspass för barn där tandläkaren med sitt team nyttjar dubbla behandlingsrum för att få effektiva flöden.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården

2014-10-3027

Dnr:LS/1408/2014

Eftersom förutsättningarna enligt alternativ 1 kvarstår, minskas fasta kostnader med 4,6 miljoner. Om den mobila enheten förutsätts kosta 2,5 miljoner årligen innebär det att teamen måste effektivisera sin verksamhet i samma omfattning som i alternativ 2 dvs 4% effektivitetshöjning.

Allmäntandvården, kostnader och intäkter (2013 års nivå)						
Belopp i tkr	NULÄGE (2013 års nivå)		ALTERNATIV 3		FÖRÄNDRING	
	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården (38,7 team)	Genomsnitt per team	Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770	25 185	651	-4 600	-119
Mobil enhet	0	0	2 500	65	2 500	
Personalkostnader	75 946	1 962	75 946	1 962	0	0
Övr. rörliga kostnader	7 925	205	7 925	205	0	0
Summa	113 656	2 937	111 556	2 883	-2 100	-54
Fasta intäkter	13 718	354	13 718	354	0	0
Rörliga intäkter	100 244	2 590	103 144	2 665	2 900	75
Summa	113 962	2 945	116 862	3 020	2 900	75
RESULTAT	306	8	5 306	137	5 000	129

9 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN

När förändringar i verksamheten planeras ska en risk- och konsekvensanalys av arbetsmiljön genomföras. Syftet är att förhindra och motverka eventuella risker i den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön. Genom att planera och analysera innan förändringar genomförs ökar förutsättningarna för att skapa en bra arbetsmiljö. Alla faktorer i arbetsmiljön vägs in vid riskbedömningen. Medför förändringen risker för ohälsa eller olycksfall ska de åtgärdas. Arbetet sker i en arbetsgrupp som består av chef, medarbetare och skyddsombud. Risk- och konsekvensanalysen dokumenteras skriftligt och ska samverkas på arbetsplatsträff och centrumkommitté innan beslut fattas. Uppföljning av riskbedömning och handlingsplan ska ske för att se över att de åtgärder som planerats får den effekt som avses. Arbetet med risk- och konsekvensanalyser av arbetsmiljön startas upp på de områden/kliniker som berörs när beslut om framtida struktur är fattat.