

## Granskning av tandregleringsverksamheten



Verksamhetskultur Y AB · [www.verksamhetskultur.se](http://www.verksamhetskultur.se)  
Eva Molin & Björn Molin

## Innehåll:

1. Inledning
  - 1.1. Bakgrund
  - 1.2. Granskningsuppdrag
  - 1.3. Granskningens genomförande
  
2. Urvalsfunktion och tillämpat index
  - 2.1. Primära urvalet av allmäntandläkare
  - 2.2. Skåneindex utvecklat ut Socialstyrelsens index
  - 2.3. Enhetligare och striktare
  - 2.4. Allmänortodonti – specialistortodonti
  - 2.5. Utvärdering ger faktaunderlag
  - 2.6. Upphandling av urvalsfunktionen
  - 2.7. Sammanfattning
  
3. Bedömning av den ekonomiska delen
  - 3.1. Kundperspektivet
  - 3.2. Region Skånes perspektiv
  - 3.3. Sammanfattning
  
4. Underlag för bedömning av den interna kontrollen
  - 4.1. Bakgrund
  - 4.2. Urvalsfunktion och Skåneindex
  - 4.3. Ortodontisk behandling inom allmäntandvård
  - 4.4. Ortodontisk behandling inom specialisttandvård
  - 4.5. Sammanfattning
  
5. Underlag för bedömning av ersättningssystemens ändamålsenlighet
  - 5.1. Bakgrund
  - 5.2. Ersättningssystemens ändamålsenlighet
  - 5.3. Sammanfattning
  
6. Förslag till förbättringar

Bilaga 1

Bilaga 2

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Tandvårdsnämnden i Region Skåne anger att ”Det övergripande målet med ortodontiverksamheten är att barn- och ungdomar mellan 3-19 år med missbildningar och besvärande bettfel som behöver korrigeras med tandreglering ska erbjudas vård för en framtida god bettfunktion med bettstabilitet och efter omständigheterna ett acceptabelt utseende.

Tandvårdslagen föreskriver att barn- och ungdomstandvården ska vara gratis, det innefattar också att nödvändig ortodonti ska vara *kostnadsfri* för patienten. Tandvårdslagen medger dock att Landstinget/regionen själva beslutar i vilken omfattning vård ska erbjudas, dvs. för vilka *behovsgrupper* Landstinget/regionen ska bekosta vården.” (*Förändrat styrsystem och kundvalsmodell inom ortodontin*, beslutsunderlag, 2001-08-14, Tandvårdsnämndens kansli).

Samverkan och arbetsfördelning mellan allmäntandläkare och tandregleringsspecialister i Skåne sker på ett gemensamt sätt. Allmäntandläkare väljer vid behov ut barn och ungdomar för bedömning av specialist, som ställer diagnos och i dialog med ansvarig allmäntandläkare, respektive barn/ungdom och målsman planerar för eventuell behandling. Om behandling med fastsittande apparatur krävs sker den i allmänhet vid specialistklinik, medan allmäntandläkare brukar kunna utföra bettslipningar och behandlingar med avtagbar apparatur. En del vidareutbildade och mer erfarna allmäntandläkare kan med stöd av specialist utföra mer avancerade behandlingar.

Tandreglering (ortodonti) räknas som en närspecialitet och är därmed lokaliserad med hänsyn till befolkningsunderlaget i Skåne. Det innebär att storstadsområden har en större andel specialister än mindre tätbefolkade områden.

Tidigare ombesörjde Folktandvården Skåne all regionfinansierad tandreglering i Skåne, men Tandvårdsnämnden beslöt att fr o m år 2002 även anlita privata vårdgivare. Det genomfördes genom att upphandla tjänsten att utföra bedömning av behandlingsbehov enligt ett i Skåne framarbetat behovsindex (Skåneindex) och med stöd av detta prioriteringsinstrument göra urval av barn och ungdomar som kan erbjudas avgiftsfri behandling.

Privata vårdgivare fick fr o m år 2002 även möjlighet att utföra den avgiftsfria behandlingen av barn och ungdomar genom införandet av ett fritt val av vårdgivare i Skåne. Valet kan göras bland samtliga specialister, som Tandvårdsnämnden har givit auktorisation som vårdgivare. Grundläggande förutsättning för avgiftsfri behandling är att Tandvårdsnämndens kansli utfärdar en skriftlig betalningsgaranti för barnet/ungdomen. En sådan kan endast utfärdas efter bedömning och urval av specialist, som genom avtal med Tandvårdsnämnden ansvarar för uppgiften i kommunen eller kommundelen (urvalsansvarig specialist).

## 1.2. Granskningsuppdrag

Verksamhetskultur Y AB har fått i uppdrag av Revisionskontoret att genomföra en granskning av tandregleringsverksamheten (ortodontiverksamheten) i Region Skåne.

Granskningens syfte kan sammanfattas enligt följande:

- belysa urvalsfunktion och tillämpat prioriteringsindex
- med ovan som grund bedöma den ekonomiska delen
- ge underlag för bedömning av den interna kontrollen
- ge underlag för bedömning av ersättningssystemens ändamålsenlighet relaterat till motiven för dess införande

### **1.3. Granskningens genomförande**

Granskningen startade under början av juli 2003 med en halvdagspresentation av de förändringar som genomförts för ortodontiverksamheten inom regionen under senare år. Presentationen hölls av tandvårdsdirektören och två av hans närmaste medarbetare vid Tandvårdsnämndens kansli. Under senare del av samma dag gav verksamhetschefen för ortodonti i Folk tandvården Skåne sin presentation av förändringarna.

Granskningen fortsatte under sommaren med intervjuer av nio specialister varav sju besöktes vid sina arbetsplatser och två intervjuer av praktiska skäl gjordes per telefon. Tre av de intervjuade är privata vårdgivare och har lång erfarenhet från folktandvården. Övriga sex arbetar inom folktandvården på olika orter i regionen. En tandsköterska i folktandvården med särskilt ansvar för ekonomiska frågor har intervjuats. I samband med intervjuer vid klinikerna fördes även informella samtal med flera medarbetare.

Åtta klinikchefer för allmäntandvården inom folktandvården har intervjuats och en privat vårdgivare med ansvar för ett större antal barn och ungdomar. Fyra av dem besöktes medan de andra intervjuades per telefon. Tandvårdschefen i Folk tandvården Skåne har kontaktats per telefon för några frågeställningar.

Urvalet av intervjuade personer har gjorts av granskarna med syftet att få ett brett underlag av personer från olika orter i regionen, privata respektive offentliga specialister m m. I viss mån har urvalet styrts av olika personers semesterplaner, men flera har engagerat sig under sin ledighet. Förteckning över intervjuade personer finns i bilaga 1.

Granskningen har skett genom nämnda presentationer, intervjuer och samtal samt genom analys av Tandvårdsnämndens budget, årsredovisningar, planer, manual för ortodontirapporter, förfrågningsunderlag för upphandling m fl skriftliga dokument. Presentationer av IT-baserade system för uppföljning m m och innehållet på den del av regionens hemsida som rör Tandvårdsnämnden har även bildat underlag för arbetet. Verksamhetschefen m fl inom folktandvården har bidragit med skriftliga dokument. Under granskningens gång har kontakter tagits vid upprepade tillfällen med Tandvårdsnämndens kansli för att få svar på uppkomna frågeställningar och kontrollera fakta.

Revisionskontorets kontaktperson har kontinuerligt informerats om granskningsarbetet och kommit med värdefulla synpunkter och råd.

I analysen har referensmaterial inhämtats från skriftliga, digitala och muntliga källor, t ex från Svenska ortodontiföreningen, hemsida [www.sof.w.se](http://www.sof.w.se) med kvalitetssystemet *SwedQual*,

*Swedish Orthodontic Quality Manual*, och SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), hemsida [www.sbu.se](http://www.sbu.se), som påbörjat ett projekt för utvärdering av tandreglering (ortodonti) som planeras vara avslutat under våren 2005.

Andra referenser är artiklarna *Objective and subjective need for orthodontic treatment in Stockholm County*, Linder-Aronsson, S., Bjerrehorn, K., Forsberg C.-M., *Swedish Dental Journal*, 2002; 26 (1): 31-40 och *Bengt Mohlin vill förpassa ortodontins index till skräphögen*, *Tandläkartidningen* nr 8, 2003. Mohlins artikel kommer att bemötas i kommande nummer av *Tandläkartidningen* av en av regionens specialister.

## 2. Urvalsfunktion och tillämpat index

### 2.1. Primära urvalet av allmäntandläkare

Som tidigare beskrivits gör allmäntandläkare det primära urvalet av barn och ungdomar, som skall bedömas av specialist. Mindre erfarna tandläkare kan vid sitt urval rådfråga mer erfarna kollegor vid arbetsplatsen. Vanligare är att allmäntandläkare hellre förlitar sig på den specialist, som enligt avtal med Tandvårdsnämnden, ansvarar för urvalet av barn och ungdomar inom kommunen/kommundelen. Ett skäl kan vara att det aktuella barnets/ungdomens målsman är mycket angelägen om att få en specialistbedömning. Särskilt föräldrar i socialt-ekonomiskt resursstarka områden brukar kunna vara det.

Barn och ungdomar som visas för en specialist skall vara bedömda av allmäntandläkare. Det innebär att en tandsköterska eller tandhygienist kan göra ett första urval av barn och ungdomar, men en allmäntandläkare alltid skall göra en egen bedömning.

### 2.2. Skåneindex utvecklat ur Socialstyrelsens behovsindex

Arbetet som ledde fram till Skåneindex initierades av en specialist, som önskade få tydligare riktlinjer för vilka barn och ungdomar som kan erbjudas avgiftsfri behandling i Skåne. En arbetsgrupp med tre specialister bildades och arbetade fram ett förslag till behovsindex med Socialstyrelsens behovsindex som grund. Förslaget förankrades bland kollegorna i Skåne och fick namnet Skåneindex. Det antogs under mars 2001 av Tandvårdsnämnden och skulle bli verkliga volymbegränsande. (*Årsredovisning Tandvårdsnämnden 2002*)

Skåneindex har tre huvudgrupper:

1. *Mycket stort behov*
2. *Stort behov*
3. *Måttligt eller ringa behov*

Behandling inom grupp 1 och 2 är avgiftsfri för barn och ungdomar i åldern 3-19 år, medan behandling inom behovsgrupp 3 inte erbjuds inom ramen för den regionfinansierade barn- och ungdomstandvården. Behandling kan däremot utföras av privata vårdgivare mot avgift.

Skåneindexet finns i bilaga 2.

### 2.3. Enhetligare och striktare

Intervjuerna visar att Skåneindexet är ett stöd vid prioriteringar. Att undergrupperna 2 c (*Horisontell överbitning: 6 mm eller mer*) och 2 m (*Starkt uttalade trång-, glesställningar, rotationer eller andra positionsavvikelser som är uppenbart funktionellt och/eller estetiskt störande*) sammanlagt omfattar en majoritet av de behovsgrupperade barnen och ungdomarna i grupp 1 och 2 anses av tillfrågade specialister inte vara förvånansvärt, eftersom de två undergrupperna representerar de vanligaste förekommande bettfelen.

Undergruppen 2 m betraktas av en del som ”lite flummig”, ”slasktratt” eller ”skräpdiagnos”, eftersom den ger förhållandevis stort utrymme för subjektiva bedömningar. Trots detta framhåller de flesta, inkluderat allmäntandvårdens representanter, att bedömningarna blivit ”enhetligare och striktare” sedan indexet infördes, vilket uppfattas positivt.

En fördel som bl a framhålls är att kunna visa barn, ungdomar och deras föräldrar vilka regler som gäller. Skåneindexet ger stöd i dialogen, när avgiftsfri behandling inte kan erbjudas för barn och ungdomar inom grupp 3. *Måttligt eller ringa behov.*

I samband med ett informationsmöte för specialister, som sköter urvalen, har kalibreringar genomförts vid ett tillfälle genom att patientfall först bedömdes individuellt och sedan diskuterades med hjälp av modeller av käkar, röntgenbilder m m. I 10 av de 21 fallen var samstämmigheten 100 %. I ytterligare 6 fall nåddes enighet efter diskussioner, medan resterande gav skilda bedömningar. (*Minnesanteckningar av Manne Gustafsson, 2002-12-04*)

Det är angeläget att kalibreringar blir ett återkommande inslag för att medverka till att Skåneindexet tillämpas på ett enhetligt sätt. Enhetlig tillämpning är ju en förutsättning för att barn och ungdomar skall erbjudas vård på lika villkor. Inte minst eftersom skillnaden mellan att få hela behandlingen avgiftsfri mot att betala hela avgiften har stor betydelse för de flesta barnfamiljers ekonomi, eftersom en behandling mot avgift i allmänhet kostar 15 000 – 20 000 kr.

### 2.4. Allmänortodonti - specialistortodonti

I samband med urvalet av barn och ungdomar som kan erbjudas avgiftsfri behandling görs bedömning om behandlingen skall erbjudas inom allmäntandvården eller specialistvården. Beslutet tas av urvalsansvarig specialist i samverkan med ansvarig allmäntandläkare. Allmäntandläkarens intresse och förmåga att utföra behandlingen, specialistens synsätt, om fast eller avtagbar apparatur är aktuell m m blir avgörande.

Huvudregeln är att om behandlingen utförs av allmäntandläkare, skall den slutföras inom allmänortodontin. Behandlingar som startar i allmänortodontin och inte leder till önskat behandlingsresultat utan måste slutföras på specialistklinik ger onödigt lång behandlingstid med onödiga kostnader.

Tandvårdsnämnden har en långsiktig strategi att minska ortodontin som utförs av allmäntandläkare. (*Årsredovisning Tandvårdsnämnden 2002*) Det saknas däremot målsättningar med volymer, tidsplaner m m utan strategin är att specialisterna, som gör bedömningarna successivt skall styra bort ortodontin från allmäntandvården. Strategin är inte kommunicerad till tandläkarna i allmäntandvården.

Skälet till att ortodontin skall minska på sikt i allmäntandvården uppges enligt årsredovisningen vara, att flera vetenskapliga undersökningar visar att ortodonti är mer kostnadseffektiv inom specialistvården än i allmäntandvården.

## **2.5. Utvärdering ger faktaunderlag**

Vissa framhåller i intervjuerna att det är för tidigt att utvärdera Skåneindexet, medan andra anser att det är lämpligt att redan nu initiera en utvärdering. Vår uppfattning är att den kunskap som en utvärdering redan nu kan ge är av betydelse. Inte minst eftersom utvärderingen ger underlag för att diskutera och enas kring de aktuella frågorna om hur stor andel av barnen och ungdomarna i Skåne, som regionen har möjlighet att erbjuda avgiftsfri vård. ”Har samhället råd att ha kvar ribban på samma nivå?”, som en intervjuad person uttrycker problematiken.

En annan fråga som kan bli belyst är om regionens invånare behandlas lika. Eftersom indexet bl a avser estetiska behov, finns det utrymme för subjektivitet, möjlighet till påverkan från föräldrar m m. Enligt flera förekommer det att vissa föräldrar utövar stark påverkan och ”tjatar sig till behandling”. Det sägs på sina håll att det kunde vara ”ännu värre förr” innan indexet började tillämpas.

Sannolikt kommer efterfrågan på behandlingar av estetiska skäl att öka, medan de resurser som regionen kan avsätta inte ökar på motsvarande sätt. Då behövs ett brett faktaunderlag för frågorna om vårdbehov och vårdefterfrågan, varav en utvärdering av Skåneindexet skulle kunna vara en värdefull del.

Skälet till att SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) initierat ett projekt för utvärdering av tandreglering (ortodonti) är bl a att man befärdar att de förekommande prioriteringsindexen har svag vetenskaplig grund.

## **2.6. Upphandling av urvalsfunktionen**

Tandvårdsnämnden beslöt under augusti 2001 att upphandla tjänsten att utföra bedömning av behovet av tandreglering (ortodonti) enligt Skåneindexet. Syftet var att öppna möjligheten för olika aktörer att delta på lika villkor och att i konkurrens få ett rimligt pris.

Förfrågningsunderlaget arbetades fram av Tandvårdsnämndens kansli med hjälp av MedNet AB. Anbudsposterna avsåg poster om 7 000 barn och ungdomar (7-16 år) och indelningen gjordes kommunvis med uppdelning av större kommuner i flera anbudsposter. Anbudsinbjudan gällde pris per ”ansvarsbarn”, dvs ett pris per barn i hela barn- och ungdomspopulationen 7 –16 år inom aktuell anbudspost. (*Förfrågningsunderlag avseende upphandling av urval till ortodontibehandling*, Tandvårdsnämnden, 2001-09-11)

När anbudstiden gått ut hade fyra intressenter anmält sitt intresse, men det saknades anbud för flera kommuner. Förhandlingar genomfördes och så småningom slöts avtal för hela Skåne. Direktupphandlingar fick göras för att även Kävlinge och Landskrona kommuner skulle få urvalsansvariga bedömare. Avtalen resulterade i att folktandvårdens specialister ansvarar för 57 % och privata specialister ansvarar för 43 % av det totala antalet 147 707 ”ansvarsbarn” i Skåne (antalet avser 2001-12-31).

Priset per ”ansvarsbarn” för de lämnade anbuden varierade mellan 24 kr och 77 kr. Efter förhandlingar kom priserna att ligga mellan 30 kr och 50 kr. (*Utvärderingsrapport Upphandling av urval till ortodontibehandling, TN/010035/5, Antagande av utförare av uppdraget att svara för urval till tandregleringsbehandling, Tandvårdsnämndens presidieberedning, protokollsutdrag 2001-12-18*)

Tandvårdsnämndens syfte med upphandlingen uppfylldes genom att den resulterade i avtal med flera aktörer och att man fick ett rimligt pris. Bedömningen av ”rimligt pris” grundade sig på jämförelser med anbudet à 77 kr per ”ansvarsbarn” från folktandvården, som tidigare skött uppgiften.

De flesta intervjuade representanter för allmäntandvården anser, att upphandlingen av urvalsfunktionen inte har berört deras verksamhet på något avgörande sätt. För flera allmäntandvårdskliniker har upphandlingen inte heller medfört förändringar utan samarbetet fortsätter med samma specialister som tidigare. I vissa fall är specialisten inte längre anställd i folktandvården utan bedriver verksamhet i egen regi eller inom Praktikertjänst. Om försämringar har skett, har det berott på andra skäl, t ex att det är brist på specialister inom vissa delar av Skåne.

## **2.7. Sammanfattning**

Det primära urvalet av barn och ungdomar görs av allmäntandläkare. En förutsättning för kvalitet i denna första urvalsfunktion är att allmäntandläkare har goda kunskaper i ortodonti och gör preliminära bedömningar enligt Skåneindexet. Ett problem kan vara att vissa allmäntandläkare har så få barn- och ungdomspatienter, att de kan ha svårt att upprätthålla sina ortodontiska kunskaper.

Skåneindexet har givit enhetligare och striktare bedömningar. Genom kalibreringar, då urvalsansvariga specialister går igenom patientfall, kan enhetligheten öka ytterligare, vilket har betydelse för att regioninvånare skall erbjudas vård på lika villkor.

Om indexet vilar på vetenskaplig grund kommer att utvärderas av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). I avvaktan på den utvärderingen föreslås att Skåneindexet utvärderas för att bidra till det faktaunderlag, som behövs för att utarbeta målsättningar och strategier bl a för att hantera ökad vårdefterfrågan av estetiska skäl kombinerat med minskade resurser.

Genom att upphandla urvalsfunktionen uppfyllde Tandvårdsnämnden sina mål att öppna för olika aktörer och få ett rimligt pris för tjänsten. För allmäntandläkarna har detta i allmänhet inte medfört några förändringar utan samarbetet med specialisterna fungerar som tidigare väl.

Tandvårdsnämnden har en långsiktig strategi att minska den ortodonti, som utförs i allmäntandvården. Vårt förslag är att allmäntandläkarna blir delaktiga i strategin för att kunna medverka i genomförandet. Mål, strategi, tidsplaner m m föreslås baseras på en fördjupad analys av allmänortodontins kvalitet och kostnadseffektivitet, eftersom det sannolikt finns skillnader mellan olika tandläkare i detta avseende. Alla kan förmodligen ”inte dras över en kam”. Vissa har ju en omfattande vidareutbildning och erfarenhet.

### 3. Bedömning av den ekonomiska delen

Granskningsuppdraget omfattar en bedömning av den ekonomiska delen med urvalsfunktionen och det tillämpade Skåneindexet som grund. Bedömningen har delats upp enligt följande:

- Kundperspektivet (barn och ungdomar samt deras målsmän)
- Region Skånes perspektiv

#### 3.1. Kundperspektivet

För barn och ungdomar och målsmän (föräldrar) har urvalsfunktionen och Skåneindexet stor betydelse. Att grupperas i indexgrupp 1 eller 2 medför ett erbjudande om avgiftsfri behandling, om förutsättningarna i övrigt bedöms som goda (munhygien, motivation m m). Gruppering i 3 medför inget erbjudande och alternativen är då att acceptera beslutet eller att söka sig till en klinik, där behandling mot avgift kan erbjudas. Patientavgiften blir i allmänhet ca 15 000 – 20 000 kr, medan enklare behandlingar kan fås för lägre avgifter.

Det finns ytterligare en möjlighet som ett mindre antal använder sig av och förmodligen få känner till. Det är att få en second-opinion-bedömning, som hanteras genom Tandvårdsnämndens kansli, numera genom ett formaliserat tillvägagångssätt. En sådan bedömning kan resultera i ett förändrat beslut eller att tidigare fattat beslut ligger fast.

Eftersom de ekonomiska konsekvenserna är betydelsefulla ur kundperspektivet är också objektiviteten och enhetligheten i urvalsfunktionen och tillämpningen av Skåneindexet av stor betydelse.

#### 3.2. Region Skånes perspektiv

Som tidigare beskrivits finansierar regionen den ortodonti, som erbjuds barn och ungdomar, som tillhör behovsgrupperna 1 och 2. Regionens finansierar även de upphandlande tjänsterna för urval, vilket beskrivits under pkt 2.6.

Kostnaderna för motsvarande urvalsfunktion, som Folk tandvården Skåne tidigare skötte, har inte analyserats innan upphandlingen blev aktuell. Sannolikt har kostnaderna för regionen minskat efter upphandlingen, eftersom Folk tandvården Skåne lämnade anbud med priset 77 kr, vilket efter förhandling blev 50 kr per ”ansvarsbarn”. Totalt är priserna enligt gällande avtal mellan 30 och 50 kr per ”ansvarsbarn”. En jämförelse med folk tandvårdens anbudspris ger tydliga signaler, att regionens kostnader minskat genom upphandlingen. Det stämmer i så fall med erfarenheter från andra upphandlingar av tjänster, som tidigare enbart utförts i offentlig regi.

Ett av Tandvårdsnämndens syfte med urvalsfunktionen med stöd av Skåneindexet är att det skall vara volymbegränsande, vilket bl a beskrivs i årsredovisningen för 2002. Med stöd av indexet beräknades att 25 % av barnen och ungdomarna i varje årskull skulle tillhöra grupp 1 och 2 och kunna erbjudas avgiftsfri behandling. Beräkningarna grundas på erfarenheter från svenska undersökningar bl a den nämnda *Objective and subjective need for orthodontic treatment in Stockholm County*. (Se pkt 1.3.) Den refererade studien visar att det objektiva

vårdbehovet varierade mellan 23,8 % och 28,9 %, medan det subjektiva varierade mellan 21,6 % och 30,3 % i olika geografiska områden.

”Undersökningar som gjorts i några delar av landet (Stockholm, Dalarna och Kronoberg) visar att behovsgrupperna 3 och 4 i Socialstyrelsens prioriteringsindex, som är jämförbara med Skåneindexets grupp 1 och 2, motsvarar ca 25 % av barn- och ungdomskullarna. I nuläget finns det inget som tyder på att situationen avseende vårdbehovet i Skåne skulle avvika nämnvärt från den i de undersökta områdena, dvs. att aktuella grupper även i Skåne motsvarar ca 25 % av barn- och ungdomskullarna.” (*Förändrat styrsystem och kundvalsmodell inom ortodontin*, beslutsunderlag, 2001-08-14, Tandvårdsnämndens kansli)

I efterhand kan man konstatera att urvalsfunktionen och indexet inte varit det effektiva instrument för volymbegränsning, som Tandvårdsnämnden räknat med. Volymerna och därmed kostnaderna ökade under 2002 mer än beräknat och Tandvårdsnämnden fick under hösten sätta stopp för nya behandlingar inom allmänortodontin för att försöka få kontroll över kostnadsutvecklingen.

Ett skäl till att volymerna och kostnaderna ökade var att kölistan för specialisttandvård överfördes i sin helhet till det nya systemet utan att de köande bedömdes på nytt av urvalsansvariga. Eftersom tidigare närmare 38 % av barn- och ungdomskullarna (7–16 år) enligt kansliets beräkningar brukade få tandregleringsbehandling, går det i efterhand att konstatera att kölistan med fördel skulle ha reviderats inför år 2002.

### **3.3. Sammanfattning**

Ur kundperspektivet är det väsentligt att urvalsfunktionen och Skåneindexet tillämpas på ett objektivt och enhetligt sätt, eftersom det har stor ekonomisk betydelse för kunden (barnfamiljers ekonomi). Det innebär att vi föreslår ett ännu mer aktivt och systematiskt arbete med frågorna i form av återkommande kalibreringar och att mätbara mål för ”objektivitet och enhetlighet” ställs upp. Mål som regelbundet följs upp och kommuniceras med allmäntandläkare och specialister.

Urvalsfunktionen med stöd av Skåneindexet är inte det vassa volymbegränsande instrument, som Tandvårdsnämnden beräknat, vilket nämnden fått erfara under första året med systemet. Under år 2003 arbetar man därför aktivt med att inhämta prognoser från vårdgivarna över beräknade volymer, dvs hur många nya behandlingar som kommer att starta under året. Om dessa åtgärder kommer att räcka för att få kostnadskontroll är ännu osäkert.

## 4. Underlag för bedömning av den interna kontrollen

Syftet med granskningen av den interna kontrollen är att ge Revisionskontoret ett underlag för bedömning av *vad* respektive *hur* Tandvårdsnämnden med sitt kansli på ett systematiskt sätt följer upp ekonomin och verksamheten. Internkontrollen har i granskningen delats upp i följande områden:

- Urvalsfunktion och Skåneindex
- Ortodontisk behandling inom allmäntandvård
- Ortodontisk behandling inom specialistvård

### 4.1. Bakgrund

Tandvårdsnämndens kansli har byggt upp nya administrativa processer såväl IT-baserade som skriftliga, manualer för rapportering m m för att genomföra de beslutade förändringarna. Det får anses som ett omfattande arbete. Från medarbetare i Folktandvården Skåne har det förekommit ifrågasättande och ibland irritation över att redan etablerade IT-baserade system inom folktandvården inte kunnat användas eller vidareutvecklas i större utsträckning. Skälet till att nya system byggts upp uppges vara att nya behov och krav uppkommit, som inte tidigare varit aktuella, när verksamheten enbart utfördes av folktandvården.

Enligt intervjuade specialister, allmäntandläkare m fl uppfattas kansliet ha god kontroll över rapportering, ekonomirutiner m m. – ”Så fort något är oklart hör de av sig”, är den allmänna uppfattningen. Enligt kansliets medarbetare är tandregleringsverksamheten inte mer omfattande än att det går att ha god kontroll över rapporter, ekonomisystem m m. Avvikelser upptäcks i allmänhet utan problem.

Genom uppföljningsrapporter som man tar ut ur systemen följs ekonomin upp och man sätter in åtgärder om det krävs (t ex *Uppföljningsrapport – Resultat efter fyra månader, 2003*). Som tidigare beskrivits fick ”stoppåtgärder” sättas in under år 2002. Sådana åtgärder är dock osäkra, eftersom alla effekter inte brukar kunna förutses, och det kan vara svårt att nå målet med dem.

### 4.2. Urvalsfunktion och Skåneindex

Det primära urvalet som sker av allmäntandläkare följer inte upp eller utvärderas.

Urvalsfunktionen och tillämpningen av Skåneindex följs upp avseende volymer, t ex antal bedömningar, antal barn och ungdomar som bedöms enligt indexet fördelat på grupper och undergrupper samt hur många barn som erbjuds ortodontisk behandling inom specialisttandvården respektive allmäntandvården. Samtliga uppgifter följs upp per urvalsansvarig specialist.

Urvalsfunktionen och Skåneindex har hittills inte utvärderats.

Kostnaderna som genereras av urvalsfunktionen och Skåneindex följs upp, men som tidigare beskrivits fungerar inte den önskade volymbegränsningen på det sätt man förväntat sig och därmed blir kostnadskontrollen inte så effektiv. (Se pkt 3.2 -3.3.)

#### **4.3. Ortodontisk behandling inom allmäntandvård**

Uppföljning sker av volymer, behandlingsåtgärder och kostnader. Kvalitet följs inte upp.

Utvärdering av behandlingsresultat sker inte.

#### **4.4. Ortodontisk behandling inom specialisttandvård**

Uppföljning sker av volymer, behandlingsåtgärder och kostnader. Kvalitet följs inte upp däremot kötider. Fördjupade köanalyser genomförs inte.

Utvärdering av behandlingsresultat sker inte. Vårdgivare följer däremot på olika sätt upp sina egna behandlingsresultat.

#### **4.5. Sammanfattning**

Vår bedömning är att Tandvårdsnämndens kansli efter att ha byggt upp grundläggande ekonomi- och uppföljningssystem nu behöver vidareutveckla och fördjupa arbetet med analyser och förebyggande åtgärder. Allra viktigast är att få kontroll över urvalsfunktionen och genomföra de volymbegränsningar, som Tandvårdsnämnden bl a skriver om i sin senaste årsredovisning.

Uppföljning av att vårdproducenterna har kvalitetssystem och systematik i sin avvikelshantering, anser vi vara prioriterade frågor och föreslår därför att systematik för sådan uppföljning utarbetas. Även de krav som gäller för auktorisation som vårdgivare föreslås bli uppföljda regelbundet, t ex att de ”beaktar kösituationen” och ”prioritera dem som ska erhålla fri vård”. (Krav som enligt vår uppfattning kan förtydligas). (*Villkor för auktorisation som vårdgivare inom den av Region Skåne finansierade tandregleringsvården, 2002-02-01, Tandvårdsnämndens kansli*)

## **5. Underlag för bedömning av ersättningssystemens ändamålsenlighet**

### **5.1. Bakgrund**

Folktandvården Skåne var tidigare ensam utförare av den regionfinansierade tandregleringen. Anslagsfinansiering gällde och kostnaden var under år 2001 för specialisttandvården 53,6 mkr och för ortodontin inom allmäntandvården ca 24 mkr (kapitationsersättning à 110 kr/barn). (*Årsredovisning Tandvårdsnämnden 2001*)

Anslagsfinansieringen gav inte incitament till fördjupade analyser av produktionskostnaderna, vilket medförde att det vid övergången till ett prestationsbaserat ersättningssystem uppges ha varit svårigheter, att veta vad olika ortodontiska tjänster kostade.

Tandvårdsnämnden fastställde med stöd av de uppgifter, som gick att få från folktandvården, egna kostnadsberäkningar samt information från Stockholms läns landsting, som redan gått

över till ett prestationsbaserat ersättningssystem, prislistan för specialisttandvården. (Den ersättning som vårdgivarna erhåller för behandlingar.) Prislistan är differentierad med en högsta ersättning (för fast apparatur i två käkar under 2 år) à 19 500 kr. Som jämförelse är priset år 2003 i Stockholms läns landsting 16 500 kr för samtliga behandlingar inom behovsgrupperna 3 och 4 enligt Socialstyrelsens index.

Prislisans tillämpningar i regionen har under året ändrats och samma regler uppges inte längre råda i alla avseende för alla vårdgivare. Det har väckt irritation och många undrar om inte konkurrensneutralitet skall gälla.

För allmänortodontin infördes en prislista av samma modell, som gällt innan ortodontiverksamheten kom att ingå i kapitationsersättningen för barn och ungdomar. Tandtekniska åtgärder som avtagbara apparater blev ”fria nyttigheter” för allmäntandläkarna.

Skälet till att Tandvårdsnämnden införde ett nytt styrsystem med prestationsersättningar var att folktandvården under år 2000 signalerade problem med att upprätthålla produktionen av tandreglering p g a kommande pensionsavgångar och rekryteringssvårigheter. Samtidigt skulle stora barnkullar från början av 90-talet komma i den ålder, då ortodontibehandling är som mest frekvent.

”Det viktigaste målet med ett nytt styrsystem för ortodontin var att säkra en långsiktig försörjning av specialisttjänster inom ortodontin, något som enligt ovan kunde befaras, vara i farozonen. Grundförutsättningarna för ett nytt system var därför:

- Attraktivt för marknaden
- Långsiktighet
- Ej öka totalkostnaden”

*(Årsredovisning Tandvårdsnämnden 2002)*

## **5.2. Ersättningssystemens ändamålsenlighet**

Tandvårdsnämndens mål med det nya styrsystemet enligt pkt 5.1. har inte kvantifierats i mätbara mål med tidsangivelser, när dessa skall kunna vara uppnådda, hur de skall följas upp och utvärderas.

Vi har uppfattat att det viktigaste målet var ”att säkra en långsiktig försörjning av specialisttjänster inom ortodonti”, vilket anges bl a i årsredovisningen 2002 och även uttalas av tandvårdsdirektören. Det nya ersättningssystemet baserat på prestationer skulle då vara ett medel att nå målet enligt vår tolkning. Vi föreslår därmed att ett brett arbete med den långsiktiga personalförsörjningen initieras tillsammans med vårdproducenterna. Många av de intervjuade är oroliga över den framtida specialistrekryteringen och önskar ett mer offensivt arbete från Tandvårdsnämnden. Flera vill gärna vara delaktiga i detta arbete.

Den tydligaste effekten av det prestationsbaserade ersättningssystemet är att produktionen ökade, vilket är en vanlig effekt vid övergång från anslagsfinansiering till prestationsbaserade system. Ökade prestationer har däremot inte varit ett uttalat mål med det nya ersättningssystemet utan har istället blivit ett ekonomiskt problem, eftersom det resulterade i att totalkostnaderna ökade. Skälet är att urvalsfunktionen och Skåneindexet är för trubbiga instrument för att begränsa volymerna, vilket framgick av tidigare resonemang.

Ersättningssystemet för allmänortodontin anser vi inte berör det angivna rekryteringsmålet inom specialistvården. Vi föreslår trots detta att ersättningssystemet analyseras djupare, eftersom Tandvårdsnämnden har en långsiktig strategi att minska allmänortodontin. Därmed är det värdefullt att få faktabaserad kunskap om i vad mån ersättningssystemet understödjer strategin, motverkar den eller är neutral.

### 5.3. Sammanfattning

Målet med det nya ersättningssystemet inom specialisttandvården var att säkra tillgången på specialister genom attraktivitet och långsiktighet utan att öka kostnaderna. Målet och förutsättningarna som anges är mer allmänt hållna och preciseringar behövs för ett strategiskt arbete med den långsiktiga specialistförsörjningen, som engagerar både offentliga och privata specialister, allmäntandläkare och chefer.

Det prestationsbaserade ersättningssystemet ledde till ökade volymer och därmed ökade kostnader, vilket är ett vanligt resultat vid övergång från anslagsfinansiering till prestationsersättning, när det finns en marknad att expandera på. Urvalsfunktionen med hjälp av Skåneindexet har hittills haft svårigheter att begränsa den marknaden.

## 6. Förslag till förbättringar

- Det primära urvalet av allmäntandläkare föreslås ägnas mer uppmärksamhet, eftersom allmäntandläkares kunskaper och erfarenheter skiftar bl a beroende på hur många barn och ungdomar som de ansvarar för.
- För att nå enhetlighet i urvalsfunktionen med stöd av Skåneindexet föreslås ett mer målinriktat och systematiskt arbete.
- Kalibreringar av bedömningar och urval föreslås bli ett regelbundet inslag, som en del i ett systematiskt arbete med att få optimal enhetlighet och objektivitet i urvalsfunktionen.
- Urvalsfunktionen med stöd av Skåneindexet föreslås utvärderas och vid behov förtydligas.
- Faktaunderlag föreslås tas fram, bl a genom utvärdering av urvalsfunktionen, för att utarbeta målsättningar och strategier för att hantera en ökad vårdefterfrågan av estetiska skäl kombinerat med minskade resurser.
- Den beslutade långsiktiga strategin att minska allmänortodontin föreslås kommuniceras till allmäntandläkarna för att involvera dem i genomförandet.

- Strategin att minska allmänortodontin föreslås bli mer selektiv på individnivå baserat på fakta om respektive allmäntandläkares kompetens och effektivitet inom ortodonti.
- Ur kundperspektivet är objektivitet och enhetlighet av stor betydelse, vilket understryker vikten av ett systematiskt arbete med dessa frågor enligt tidigare förslag.
- Information om möjlighet till second-opinion-bedömning föreslås ges på lika villkor till berörda regioninvånare.
- Eftersom urvalsfunktionen och Skåneindexet inte visat sig vara det vassa instrument för volymbegränsning, som förväntats föreslås förutom utvärdering enligt tidigare förslag att volymbegränsningar införs för att få kostnadskontroll.
- Efter att grundläggande ekonomi- och uppföljningssystem byggts upp föreslås nu att arbetet fortsätter med fördjupade analyser, t ex av kölistor och vårderbjudande respektive vårdutnyttjande relaterat till barn och ungdomar i olika kommuner och kommundelar.
- Kvalitetsuppföljning föreslås, som i första hand inriktar sig på att följa upp vårdgivarnas egna kvalitetssystem, vilket är ett krav för auktorisation. Därefter föreslås att egna kvalitetsuppföljningar görs, t ex med hjälp av oberoende specialister.
- Tillämpningen av prislistan för vårdproducenter föreslås vara konkurrensneutral.
- Ett strategiskt arbete med målet för de nya ersättningsystemen ”att säkra långsiktig försörjning av specialisttjänster inom ortodonti” föreslås. Arbetet föreslås involvera vårdproducenterna och Tandvårdshögskolan.

# Bilaga 1

## Intervjuade personer

### *Tandvårdsnämndens kansli:*

Lars Blixt, controller  
Tomas Forss, tandvårdsdirektör  
Margareth Zweiniger, handläggare

### *Specialisttandvård, ortodonti, Folktandvården Skåne:*

Susanne Brommé, tandsköterska, Trelleborg  
Roland Jakobsson, specialist, Ystad  
Alf Johansson, specialist, Ängelholm  
Bigitta Obrant, specialist, Trelleborg  
Görel Owman, specialist, Hässleholm  
Anne-Marie Scolander, verksamhetschef  
Bertil Trobro, specialist, Kristianstad  
Anders Örneberg, specialist, Malmö (*telefon*)

### *Privatpraktiserande specialister:*

Mats Bernhold, specialist, Helsingborg  
Michael Blitz, specialist, Malmö  
Manne Gustafsson, specialist, Malmö (*telefon*)

### *Allmäntandvård, Folktandvården Skåne:*

Vasilios Bitzekis, klinikchef, Hässleholm  
Elisabeth Bjerne, klinikchef, Ystad, Skurup (*telefon*)  
Tore Hallmer, klinikchef, Malmö (*telefon*)  
Alf Hötzel, klinikchef, Malmö  
Mats Norén, klinikchef, Helsingborg, Bjuv, Ekeby  
Helena Ozolins-Carlson, klinikchef, Helsingborg, Höganäs, Viken (*telefon*)  
George Persson, klinikchef, Malmö (*telefon*)  
Ulf Wennberg, klinikchef, Trelleborg

### *Privatpraktiserande allmäntandläkare:*

Peter Cedell, Vinslöv (*telefon*)

## Bilaga 2

### Prioriteringsindex avseende ortodontisk behandling inom Region Skåne

#### 1. Mycket stort behov

- a. Läpp-, käk-, gomspalter
- b. Syndrom med käk-, bettavvikelser
- c. Extrema pre- och postnormala bett
- d. Öppna bett med stor vertikal öppning och endast kontakt i molarområdet
- e. Lateralt öppna bett utan molarkontakter uni- eller bilateralt
- f. Totalt saxbett uni- eller bilateralt
- g. Aplasi, förlust eller retention av överkäkscentraler
- h. Omfattande aplasier - mer än fyra tänder i en käke eller mer än två tänder i samma kvadrant
- i. Omfattande traumaskador

#### 2. Stort behov

- a. Prenormalt bett/frontal invertering med tvångsföring
- b. Total frontal invertering med nedsatt tuggfunktion
- c. Horisontell överbitning: 6 mm eller mer
- d. Inkompetent läppslutning orsakad av proklinerade incisiver och/eller bimaxillär protrusion
- e. Öppet bett omfattande mer än hörntand till hörntand
- f. Lateralt öppna bett utan molarkontakt eller mer än två tandpar på en sida
- g. Djupbett med gingival irritation eller tydlig gingival impression
- h. Tvångsförande korsbett
- i. Tvångsförande saxbett, saxbitning första molarer eller mer än ett tandpar i samma kvadrant
- j. Aplasi eller retention av lateraler i överkäken
- k. Aplasi eller retention av hörntänder
- l. Aplasi av mer än fyra premolarer eller mer än en premolar i samma kvadrant
- m. Starkt uttalade trång-, glesställningar, rotationer eller andra positionsavvikelser som är uppenbart funktionellt och/eller estetiskt störande
- n. Diastema mediale mer än 2 mm
- o. Aplasi, traumaskador eller stora medfödda defekter på enstaka tänder där ortodontisk behandling är lämplig

- p. Återkommande smärttillstånd i käk-ansikts-huvudregionen med misstänkt bettdysfunktionsgenes

### **3. Måttligt eller ringa behov**

- a. Pre- och postnormala bett utan andra anomalidrag som kan hänföras till indexgrupperna 1 eller 2
- b. Horisontell överbitning mindre än 6 mm
- c. Djupbett med osäker eller ingen gingival kontakt
- d. Begränsade öppna bett (liten frontal öppning eller upp till två tandpar i sidoregionen)
- e. Korsbett utan tvångsföring
- f. Saxbitning enstaka premolarer eller andra molarer
- g. Mindre uttalade trång-, glesställningar, rotationer eller andra positionsavvikelser, vilka ej kan hänföras till indexgrupperna 1 eller 2
- h. Diastema mediale 2 mm eller mindre
- i. Aplasi av enstaka premolarer utan andra bettavvikelser