

GORDON G. W. MELAND  
LISBETH S. C. ARFF

# **EN FUNGERANDE TANDVÅRD FÖR ALLA**

TVÅ LIVS ERFARENHETER AV  
SVENSK TANDVÅRD OCH  
MÖJLIGHETER TILL EN POSITIV  
FÖRÄNDRING

Vid angivande av författarna får hela eller delar av skriften spridas

**FÖRETAGSFÖRÄDLING VÄST AB**

*Tack till våra familjer och vänner för förståelse och stöd under skrivprocessen.*

*Vi vill också tacka Ulf Torngard, Sylve Qvillberg, Leif Elsby, Bo Helgesson, Sofia Hygrell, Britt Sanne med flera för hjälp och synpunkter på innehållet.*

## **Innehållsförteckning**

- Del 1.** Inledning
  - Del 2.** Dagens systemfel
  - Del 3.** Tandvårdsförsäkringen
  - Del 4.** Oral hälsa
  - Del 5.** Hälsa i ett större perspektiv
  - Del 6.** Dagens arbetsfördelning i behandlingsrummet
  - Del 7.** Teamtandvård
  - Del 8.** Olika företagsformer
  - Del 9.** Folktandvården
  - Del 10.** Förebyggande
  - Del 11.** Slutsats
  - Del 12.** Vad har hänt på 10 år
- Litteraturhänvisning för fördjupning

# En fungerande tandvård för alla

För patienter, alla verksamma inom tandvården och för samhället.

## Del 1

### Inledning

Tandvårdsförsäkringen tillkom för att bristande munhälsa inte skulle vara en social markör. En fräsch mun skulle bli tillgänglig för alla.

### Författarnas tankar och erfarenheter

Sedan 58 år är jag verksam inom tandvård, medförfattaren som patient och båda 52 år inom ramen för tandvårdsförsäkringen.

Med sorg och förtvivlan noterar vi att den senaste versionen av tandvårdsförsäkringen inte innebär något annat än omflyttning av de statliga subventionerna till patienten.

Inget har tillkommit för att pengarna ska styra mot munhälsa och total hälsa. Tandvårdsförsäkringen i dess nuvarande och tilltänkta utformning befäster ”feltänket”.

När tandvårdsförsäkringen först introducerades fick patienten 75% rabatt på alla åtgärder som innebar förebyggande vård. Som tandläkare tänkte jag att nu finns det möjlighet att tillämpa kunskap dels från Vipeholmsstudierna, dels forskningsresultaten kring uppkomsten av tandköttsinflammation och tandlossnande.

Som mål för min gärning blev kunskapsöverföring det viktigaste för att få patienterna friska och genom egenvård förbli friska. Friska först, sedan åtgärda sjukdom.

Säg den glädje som är evig.

Efter några år togs den extra rabatten, som siktade mot munhälsa bort.

Målsättningen blev åter att premiera lagningar och åtgärda sjukdom.

Åter på ruta ett.

## **Del 2**

### **Dagens systemfel**

1. Tandvårdsförsäkringens utformning
2. Alla förväntar sig sjukdom
3. Bristande samarbete med sjukvården
4. Tandvårdens arbetssätt
5. Avsaknad av legitimation för tandsköterskorna
6. De olika leverantörssystemens mål och förväntningar
7. Ojämn spridning av mottagningar över landet
8. Okunskap i beteendeuppkomst och kommunikationsteknik
9. Klinikernas tillgänglighet och nyttjande av gjorda investeringar

### **Del 3**

#### **Tandvårdsförsäkringen**

Målsättningen med tandvårdsförsäkringen var att göra lagningar och hantering av sjukdom ekonomiskt tillgänglig för de många människorna.

Men ack så fel det blev

Många väljer sin vårdgivare på det ställe där en undersökning har lägst pris. Lågt pris är ingen garanti för hög kvalitet och god dokumentation. Kort tid i behandlingsstolen är inte alltid en garanti för en korrekt genomförd undersökning, utförd eller verifierad av tandläkaren som lagen föreskriver. En väl genomförd undersökning och dokumentation tar tid och vårdgivaren måste erhålla ekonomisk täckning för arbetet. Patienten skall ges en subvention som gör att man söker vård i tid och inte avstår på grund av den egna kostnaden för en undersökning. En generös prissättning är ett sätt att få patienten att komma.

#### ***All vård startar med en undersökning.***

Undersökningen ligger till grund för att kunna ställa en välgrundad diagnos och ta fram en behandlingsplan. Utan en fast grund att stå på kan inte tandvårdsteamet, under ledning av ansvarig tandläkare, ställa korrekt diagnos för att ta fram behandlingsförslag som grund för patientens hälsa idag och för all framtid.

## Del 4

### Oral hälsa

Undersökning av ny patient är ett fantastiskt tillfälle att förändra en patients förväntan på vad tandvård och tandhälsa är. ”Från det är trasigt” till att förstå varför det är trasigt till ”hur jag ska göra” för att aldrig mer bli sjuk i munnen? Det är en för tandläkaren unik möjlighet att introducera patienten i orsakerna bakom de vanligaste munsjukdomarna när den ändå är på plats. Rätt utfört skall patienten fråga: ”varför har ingen berättat detta för mig tidigare”? Ett intresse för att få lära sig mer har uppstått!

Hade tandvårdsförsäkringen premierat hälsa istället för åtgärdande av ohälsa hade flödet genom mottagningarna varit ett annat. Köerna hade försvunnit. Friska patienter kräver betydligt mindre omvårdnadstid än sjuka. Tandvårdskostnaden hade minskat för såväl patienter som samhälle.

Utvecklingen och förändringen av tandvårdsförsäkringen som vi hittills sett den, har inte inneburit det omtag som krävs för att få en fungerande tandvård som gagnar alla.

Vi ser att tandvårdsförsäkringen inte är till glädje för vare sig patientens orala eller totala hälsa, inte heller ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Den bidrar inte till ökad produktivitet om vi ser till annat än antalet lagade hål. Man konserverar ett gammalt traditionellt tanke- och arbetssätt.

På nyheterna i såväl TV1 som TV4 den 18 november 2024, rapporteras det om den sjunkande tandhälsan bland unga. Färre unga kommer att söka tandvård av ekonomiska skäl, då vården inte längre är kostnadsfri. Den nya utformningen av försäkringen innebär att man flyttar pengar från unga till äldre.

Ur ett folkhälsoperspektiv har tandvårdsförsäkringen alltsedan den infördes, på olika sätt, försämrats speciellt när extrasubventionen för förebyggande åtgärder sänktes från 75% till 50%.

Trots vår kunskap om munsjukdomarnas uppkomst fortsätter tandvårdsförsäkringen att premiera vårt gamla tanke- och arbetssätt: behandling av redan uppkommen sjukdom.

Att åtgärda uppkommen sjukdom är ekonomiskt gynnsamt för vårdgivarna enligt nuvarande ersättningsmodell men är inte ett sätt att förebygga ohälsa. Patienten blir hel men inte frisk. Målet måste vara frisk och hel. Hälsoinsatser ersätts med reparation.

Vården blir onödigt kostsam, köerna växer, tandläkarbristen konserveras. Hål i tänderna hos patienterna är idag en förutsättning för ekonomin i tandvården.

Dagens utformning av tandvårdsförsäkringen stimulerar till att ”vårda” oral ohälsa. Det mest lönsamma i dagens traditionella tandvård är samtidigt det totala misslyckandets terapi: dra ut en tand (rot) och ersätta med ett implantat. Redan 1978 talade Guy Heyden om det totala misslyckandets terapi: ”att ta bort det perfekta implantatet dvs den egna tanden och ersätta den med en skruv”. Ur ett ekonomiskt perspektiv missgynnas patientutbildning och förebyggande vårdinsatser och att rädda det som kan finnas kvar av patientens egna tänder.

”Definitionen av galenskap är att göra samma sak om och om igen och förvänta sig olika resultat”. Sir Winston Churchill och Albert Einstein

## Del 5

### Hälsa i ett större perspektiv

En fungerande tandvård för alla måste ha som mål att inga kroniska inflammationer i mun eller käkar får förekomma.

Spridning av bakterierna från kroniska inflammationer i munnen, t ex tandlossning och rotspetsinflammation, förekommer hos nästan alla i en åldrande befolkning. Inflammationens sammanlagda yta vid tandlossnande kan motsvara storleken av patientens handflata. Såg patienten tydligt ett sår av den storleken t ex på ovansidan av låret, hur skulle patienten då reagera? Det som inte syns finns inte.....

Senare tids forskning pekar på möjliga samband mellan munhälsa och medicinska åkommor. Förekomst av bakterier från munhålan finner man i samband med sjukdomar som Alzheimer, hjärtåkommor, diabetes typ 2, bukspottkörtelcancer, tarmcancer, förträngning i halspulsådern, m fl. sjukdomar som orsakar stort lidande och kostar samhället stora pengar.

Varför satsar inte tandvårdsförsäkringen på att förebygga oral ohälsa i stället för att subventionera uppkommen ohälsa?

Tandvården måste få en bra ersättning för en fullständig, korrekt och breddad undersökningsinsats.

Patienterna kallas vanligen till tandvården regelbundet för kontroll, ett förhållande som ur ett större medicinskt förebyggande perspektiv inte utnyttjas. Till vården söker man sig vanligen när sjukdom redan uppstått. Tag tillvara på möjligheten att screena patienten när denne regelbundet ändå är på plats.

Öka samarbetet mellan vård och tandvård, vinn tid och spara pengar genom tidig upptäckt av eventuell sjukdom.

Inför blodtryckskontroller, blodsockertest, osteoporosmätning (kan fås i samband med att man tar en vanlig tandläkarröntgen), palpation av huvud och hals enligt American Cancer Societys rekommendation.

Se professor emeritus Jan-Michaél Hirsch artikel Tandläkartidningen 9. 2021 om Icke-invasiv kontroll av cellförändringar i munslemhinnan. En sådan undersökning och screening borde naturligt ingå i ett kraftigt subventionerat undersökningstillfälle och inte hindra det övergripande målet "EN FUNGERANDE TANDVÅRD FÖR ALLA".

Bristerna i samarbetet mellan tandvård, primärvård och sjukvård måste upphöra.



Gaffeln skall vara ren mellan  
tänderna, hur är det  
mellan dina egna?



Det du har mellan  
dina egna tänder kan  
du breda på två smörgåsar!

**EN FUNGERANDE  
TANDVÅRD FÖR ALLA**

## **Del 6**

### **Dagens arbetsfördelning i behandlingsrummet**

I stort sett alla producenter av tandvård arbetar fortfarande traditionellt vanligen en tandläkare i ett rum, med en patient tillsammans med en ”sköterska” som ej är legitimerad. Det finns inget juridiskt krav på vare sig utbildning eller legitimation! Till största delen assisterar ”sköterskan” tandläkaren som ”sugstativ”, övriga delar av ”sköterskans” eventuella kompetens används inte. Det gör arbetet enahanda, tråkigt och ger dålig ekonomi på grund av låg produktivitet.

Köerna växer kontinuerligt. Förslag till lösning är som alltid: utbilda fler tandläkare och övrig tandvårdspersonal – mer pengar!

Tandvårdsförsäkringen bygger på tanken att ju sjukare patient desto större ekonomisk belöning till vårdgivaren. Man konserverar nuvarande arbetssätt och förhindrar en utveckling.

Det finns andra vägar.

## Del 7

### Teamtandvård

***Team definieras som: en tandläkare, en eller flera tandsköterska/or, en eller flera tandhygienist/er samt patienten själv. Ytterligare tänkbara resurser kan utgöras av klinikchef och receptionist.***

För ett antal år sedan talades det mycket om benchmarking. Benchmarking innebär att man söker efter verksamheter som funnit nya vägar, tänkt nytt, i stället för att sträva efter att göra mer av detsamma och fortare.

Det finns mottagningar som trots tandvårdsförsäkringen lyckats få god ekonomi och bättre patientgenomströmning och inte höjt priset. Man får till och med tid över för utbildning och därmed förändring av patienternas ansvar för egenvård. Sammantaget innebär det en lugnare arbetstakt, sänkt stress i behandlingsrummet och ändå förbättrat omhändertagande och vårdkvalité.

Edward de Bono, (1933–2021) läkare, psykolog och författare med teorier om kreativitet och lateralt tänkande har sagt: ”Det nya finns i alla de tankar man ännu inte tänkt. Tänk lateralt, tänk nytt”!

***Fråga dig själv: Vilka är fördelarna om tandläkaren ger service till övrig personal och inte som idag att övrig personal ger tandläkaren service?***

Lösningen finns i en ny arbetsfördelning i personalen. Vem skall göra vad? Lagstiftningen tillåter redan en ny arbetsfördelning av den kliniska verksamheten men det praktiska genomförandet har inte hunnit med. Kanske beroende på dagens höga belastning på tandläkarna. Man anser sig inte kunna ta sig tiden som krävs för att åstadkomma en förändring, trots att andra redan gjort det.

Hur arbetet får fördelas bland personalen finns beskrivet i Socialstyrelsens författningssamling. Lagen anger vilka arbetsmoment endast tandläkaren får genomföra. Övrigt kan överlåtas till assisterande personal om dokumenterad kunskap finns.

Detta är ett starkt argument för att tandsköterskorna ska legitimeras.

Teamtandvård innebär att alla olika yrkeskategorier får möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens.

Det upplevt höga arbetstrycket i behandlingsrummen är ett troligt hinder till att inte personalen får nödvändig färdighetsträning under och efter sin utbildning.

Teamtandvård är motsatsen till traditionell tandvård.

***Vid en fullt införd teamtandvård har tandläkaren endast ett kontor men inget ” eget”. behandlingsrum. Patienten ”tillhör” någon i teamet som har en för***

***patienten ansvarig tandläkare. Tandläkaren går runt och serverar övrig personal i deras behandlingsrum.***

Variationer av hur långt man kan arbeta teamtandvård skiljer sig åt beroende på kunskap och färdighet hos personalen och tryggheten hos ansvarig tandläkare och ledning.

Ovan beskrivet arbetssätt är framgångsfaktorn för såväl arbetsplats som patient hos de nytänkande föregångsmottagningarna. Patientköerna försvinner, tandläkarbristen är ett minne blott och personal står på väntelista för att få anställning på dessa mottagningar.

Möjlighet att ta över arbetsmoment från tandläkaren vid teamtandvård ger övrig personal möjlighet att växa i sin yrkesroll. Produktiviteten ökar utan att någon behöver ”springa fortare”, arbetsbördan fördelas, ekonomin förbättras och löneutrymmet ökar. Det slutgiltiga optimala målet är att tandläkaren utför de åtgärder tandvårdslagen föreskriver dvs endast arbetar på toppen av sin kompetens.

***När patienten visar upp sitt nya beteende, tar hand om sin egenvård och förblir frisk, först då är det dags att sätta in ”den vanliga” konserverande behandlingen.***

Har man friska patienter ökar genomströmningen mångfalt eftersom friska patienter inte kräver någon konserverande behandling.

En frisk patient belastar kliniken kortare tid vilket ökar utrymmet att ta hand om fler patienter. Köerna försvinner, kostnaderna för patient och samhälle minskar.

Med friska patienter och att arbeta teamtandvård kan ett team ta hand om 3500 till över 4500 revisionspatienter. Det har varit verklighet hos ett antal mottagningar såväl privata som offentliga. För en traditionellt arbetande mottagning är det normala att en tandläkare kan ta hand om strax under 1000 revisionspatienter.

Tillåten arbetsfördelning finns tydligt beskrivet i Socialstyrelsens författningssamlingar. Läser man lagen finner man att det inte blir mycket ”traditionellt kliniskt tandläkararbete” som tandläkaren enligt lag måste göra. Det övergripande ansvaret vilar på patientansvarig tandläkare av det som går bortom respektive yrkeskategoris legitimation eller delegeringskontrakt. En stor brist är att tandsköterskorna inte har en egen legitimation. Det bör vara ett patientkrav! För tandsköterskornas egen trygghet bör de vara legitimerade. Om ett patientskadefall följt av en juridisk tvist skulle uppstå har de en väldefinierad grund att falla tillbaka på.

Genom sättet att arbeta teamtandvård ges möjlighet för tandhygienister och tandsköterskor att växa i sina yrkesroller och få möjlighet till helt andra positiva utmaningar i sitt dagliga arbete. Det är ett uttalat önskemål från personalen att få mer stimulerande arbetsuppgifter. Mottagningar som arbetar teamtandvård har inga problem att få arbetskraft.

Arbets sättet ger en starkt förbättrad ekonomi, patienten behandlas på ekonomiskt mest effektiva vårdnivå, varvid personalen kan erhålla löner som väl konkurrerar med de privata kedjornas. Samtidigt blir vården inte dyrare för patienten. Produktionen ökar trots att ingen i teamet behöver arbeta hårdare. Priserna kan tom sänkas. Arbetstakten på mottagningen som helhet blir lugnare, vilket både patienter och personal värdesätter.

En mottagning som arbetar teamtandvård har behov av fler behandlingsrum. Om mottagningarna har öppet 60 timmar per vecka istället för vanligen 40 timmar ökar utnyttjandegraden av gjorda investeringar med 50% samtidigt som kostnader för hyror mm sjunker med 33,3% per producerad vårdtimma. Tillgängligheten ökar med 50%.

Vid konventionellt arbetssätt har varje team endast tillgång till ett arbetsrum. Teamtandvård kräver tillgång till fler behandlingsrum. Med ökade öppettider och att alla team inte arbetar samtidigt, får man tillgång till fler rum utan nyinvesteringar.

#### Sammanfattning Teamtandvård:

1. Ökad patientgenomströmning, köerna försvinner.
2. Alla yrken blir mer stimulerande och attraktiva.
3. Tandläkaren avlastas från rutinuppgifter.
4. Tandläkarbristen försvinner.
5. Bättre löneutveckling för alla utan höjda vårdkostnader.
6. Patienten tas om hand på rätt kostnads- och kunskapsnivå.
7. Vid ökning av mottagningarnas öppettider blir tillgängligheten 60 timmar i stället för 40 timmar, tillgängligheten för patienterna ökar med 50%. Tillgången på behandlingsrum ökar utan nyinvesteringar. Alla team arbetar inte samtidigt. Den fasta timkostnaden sänks med c: a 30% då kostnaden fördelas på fler tillgängliga produktionstimmar dvs stolstimmar. Stressnivån minskar och så även ohälsotalen.
8. Kreativ schemaläggning kan innebära varannan vecka ledig med bibehållen heltidslön!

”Det verkar alltid vara omöjligt tills det är gjort”. Nelson Mandela

## Del 8

### Olika företagsformer

Det är av avgörande betydelse för patienterna att det finns såväl kommersiella som offentliga leverantörer.

En beskrivning av dagens olika leverantörer av tandvård

1. Små privata mottagningar.
2. Praktikertjänst.
3. Folktandvården.
4. Riskkapital-och privatägda kedjor.
5. Personalägda mottagningar.

Trender

1. Minskar starkt. Köps upp av de stora kedjorna.
2. Praktikertjänst minskar.
3. Folktandvården minskar i antal.
4. Kedjorna ökar starkt och köper upp varandra.
5. För närvarande få och tenderar att köpas upp av kedjorna.

”En trend är något som redan hänt men vars fulla effekt vi ännu inte sett”.  
Citaten är hämtat från Faith Popcorns bästsäljare Popcornrapporten.

Vilken är trenden att leverera tandvård i Sverige idag?

Är någon av leverantörerna bättre skickad ur ett patient-och samhällsperspektiv?

Har de styrande av tandvården överhuvudtaget ett samlat grepp?

Vill myndigheterna påverka utvecklingen?

## Del 9

### Folktandvården

Folktandvården kan idag, på flera kliniker, inte ta emot nya vuxna patienter. Man arbetar huvudsakligen med barn. Äldre erfarna tandläkarna tenderar att byta arbetsgivare för att få större klinisk bredd i sitt arbete.

Personalbrist framför allt i glesbygd, resulterar i att man inte är konkurrenskraftig och kedjorna söker sig inte till glesbygd. Man kan inte lönemässigt konkurrera med övriga vårdleverantörer.

Patienterna söker sig till andra vårdgivare.

Vanligen är folktandvårdskliniker öppna 40 timmar i veckan vilket idag får betraktas som ett lågt serviceutbud. Man arbetar traditionellt och har lågt patientflöde.

Ett genomgripande omtag krävs för att rädda det sjunkande skeppet Folktandvården.

Det är en vinst för patienter, personal och samhälle om det finns olika leverantörer av tandvård. Ser vi inte upp är snart all tandvård driven av vinstdrivande kedjor.

Folktandvården kan utgöra en naturlig motvikt till en sådan utveckling. Ett omtag gjordes lokalt på olika platser med en enastående framgång under en period på 1990 och 2000 talet med hjälp av innovativa klinikledningar och ”stöd” uppifrån. Man lyckades framgångsrikt vända utvecklingen inom delar av olika landsting.

De införde en långt driven teamtandvård genom kompetenshöjning av personalen. Alla tandsköterskor erbjöds tandhygienistutbildning och samtidigt ökades antalet legitimerad personal och övriga med höjd kompetens. Resultatet blev imponerande, med stort personalengagemang, som lyfte klinikerna. Ekonomin blev stark och köerna eliminerades. Klinikerna blev en verklig utmanare till konkurrenterna.

Lär av det som redan lett till framgång utan några förutfattade meningar eller politiska förtecken.

Hjulet behöver inte uppfinnas på nytt.

Då eldsjälarna försvann, framför allt på grund av generationsskifte, och har ersatts med nya ledare och ledning som inte brunnit för samma vision och arbetssätt har resultatet blivit en återgång till en traditionell Folktandvård.

Om man hade gjort de framgångsrika klinikerna personalägda inom folktandvårdens ram hade dynamiken och framgången fortsatt att utvecklas. Det skedde på några ställen med förväntat resultat.

Undertecknad har varit delaktig i ovan beskrivna omorganisation i ett antal landsting med samma goda resultat.

Ett gammalt isländskt ordspråk säger: ”Om någon redan gjort en sak går det sannolikt att göra det”.



## Del 10

### Förebyggande

För att lyckas med förändringen och förväntningar av ett tandvårdsbesök måste såväl patienter, tandvårdspersonal som politik brinna för en ny utformning av tandvårdsförsäkringen. Från sjukdom i munnen till hälsa. För patienten innebär det utbildning.

Kliniken behöver en organisation bestående av tandhygienister och förebyggande tandsköterskor. Fokus är att förmedla hälsa genom utbildning i orsakerna till uppkomsten av karies, tandköttsinflammation och tandlossnande.

Kunskapen finns sedan lång tid tillbaka lätt tillgänglig. Avseende karies har vi den från den idag illa beryktade Vipeholmsundersökningen. Fokusera inte på det med nutida ögons oetiska i tillvägagångssätt av undersökningen. När studien gjordes ansågs den banbrytande, initierad av myndigheterna. Tag istället vara på den grundläggande kunskap som kom fram av studien och komplettera med Stephankurvan i sin enklaste form. Se litteraturförteckning: Stephan 1940. På 1960-talet kom kunskapen om tandköttsjukdomarnas uppkomst via en experimentell studie av forskarna och H Loe et al.

Den nuvarande utbredda modellen där man tjarar på patienten förändrar inget. Tandläkarteamet måste vara mycket mer sofistikerade än så i sin patientutbildning för att förmå patienterna att förändra sitt munhygieniska beteende. Det räcker inte att bara snabbt upprepa mantrat "2, 2, 2" dvs borsta 2 gånger om dagen, 2 minuter med 2 cm tandkräm.

Efter rätt genomförd utbildning ska patienten säga: varför har aldrig någon tidigare låtit mig lära mig av det jag själv gjort och sett. Det engelska uttrycket för sättet att undervisa kallas self discovery och bygger på individanpassad psykologi. Tandvårdspersonalen vid de mottagningar som lyckats har fått utbildning i hur mänskligt beteende kan förändras.

Detta är en avgörande nyckel för framgång i förebyggandearbetet.

För en bra beskrivning se litteraturhänvisningar: Bob Barkley DDS

Kunskapen är avgörande för hur väl tandvårdspersonalen ska lyckas med att patienterna tar till sig budskapet, inte bara höra det, utan på sin kammare applicera kunskapen i sina egna munnar och dessutom utbilda sina närmaste och eventuella barn.

***All utbildning och presentation av behandlingsförslag får aldrig ske på en liggande patient och sker med fördel i ett annat rum än behandlingsrummet.***

Belöna kliniker som kan visa en förbättring av patientens hälsa. Detta kräver en ***gemensam svensk*** journal.

## Del 11

### Slutsats

Det finns fyra sätt att lämna en tandläkarmottagning efter en behandling:

1. Hel men inte frisk
2. Frisk men inte hel
3. Hel och frisk
4. Varken eller

Visst har man en känsla av att punkten tre inte är det vanligaste förhållandet. Patienten återkommer för en ny undersökning inte sällan med ny sjukdom eftersom förebyggande insatser inte premieras tillräckligt av tandvårdsförsäkringens utformning.

En frisk mun för alla alltid, inte bara hel ska vara målet.

”Varför ska tandläkarkåren profitera på botbar sjukdom”? Tandläkarkollegors funderingar.

Den senaste förändringen innebär att pengar flyttas till de äldre från de unga den period i livet när man flyttar hemifrån och skaffar egna kostvanor. Försäkringen satsar fullt ut på att patienten ska bli sjuk innan stödet kommer.

Patienterna är redan med på tanken att undvika ohälsa och minska sina vårdkostnader – eller? Vem vill inte vara frisk och kunna närma sig det målet utan att vare sig bli borrhärdad i, skuren i eller ekonomiskt utblottad?

Det är spännande att notera med vilken kraft och mängd pengar man är villig att satsa på något som inte är en väg mot det uppsatta målet istället för att våga tänka nytt! Frejdigt kämpas det varje gång försäkringen ska förändras för att inte hälsan ska bli bättre.

## **Del12.**

Vad har hänt på 10 år

### **KRÖNIKA**

14 april 2015

# **Reflexioner kring mina snart femtio år inom odontologin. Har det hänt något?**



## **Gordon Meland**

### **Odontolog (Pensionär)**

**Mycket vatten har runnit under broarna sedan vårvintern 1966.**

**Har det hänt lika mycket med utvecklingen av odontologin som det runnit vatten? Visst har det, men inte riktigt i den fåran jag önskat. Det finns mycket kvar att göra när det gäller profylax, något som idag är viktigare än tidigare, bl. a med tanke på tandstatus hos våra invandrare.**

För några veckor sedan besökte jag Norrland på en liten föreläsningsturné. Efter att ha kommit till Umeå med flyg skulle jag vidare med tåg. Jag satte mig väntsalen på den gamla stationen. Då kom jag plötsligt att tänka på att det var fyrtionio år och tio dagar sedan jag klev av tåget där för att skriva in mig vid Odontologiska Fakulteten.

Den gången var det ånglok från Vännäs till Umeå, minus trettio två grader och strålände solsken. Nu var det ett modernt tåg som skulle ta mig vidare. Det var plus fem grader men fortfarande soligt. Det är det förresten alltid i Umeå!

När jag blev odont.kand. var det stora samtalsämnet att man hade börjat förstå parodontitens patogenes. Artikeln ”Gingivitis In Man” var det stora samtalsämnet.

Karies patogenes var redan i stora drag uppklarad.

När jag tog min examen var förebyggande tandvård, profylax, det heta ämnet. Döm av min förvåning när jag fick en kraftig reprimand av min arbetsgivare för att jag *hade mage att ta betalt* för att lära mina patienter munhygien och berätta om de bakomliggande faktorerna till varför de behövde min hjälp. Dessutom tog jag betalt ”för att sprätta lite tandsten”.

Som väl är har det ändrat sig. Under en period betalade försäkringskassan 75% av arvodet för förebyggande tandvård. Tyvärr sänktes det efter ett tag.

Mycket har hänt sedan december 1970 då jag tog min examen. Företrädesvis handlar det om material, tekniker, estetik och implantat. Det är fortfarande den reparativa och kosmetiska tandvården som ekonomiskt premieras, har högst anseende och tilldrar sig störst intresse.

För några månader sedan hade jag glädjen att hålla i en kick off för en medelstor privatmottagning. Vi diskuterade till att börja med *affärsidé, vision och mål*. Det låter i de flestas öron som överkurs. Men tänk efter vilken avgörande betydelse det har att vi *vet vart vi ska*.

*Affärsidé* handlar om: vad ska vi ”sälja”, till vem ska vi ”sälja” det och hur ska vi ”sälja” det.

*Visionen* är drömmen om hur det är när det är som bäst och en tanke som töjer gränserna. Ett alltför vanligt svar jag får på frågan ”har ni någon vision” är: ”Vi ska ha friska patienter och roligt på jobbet”. *Det är ingen vision, det är ett baskrav!* Dessutom verkar man blanda ihop begreppen friska patienter och *lagade hela patienter*...

*Mål* innebär att man mäter hur det ser ut idag och bestämmer hur det ska se ut när man nått dit man ska och det måste vara *mätbart*.

Dag två på klinikens kick off hade man bestämt sig för att ”sälja” hälsa och misslyckades man med det, då blev man tvungen att ta till ”drill, fill and bill”.

Vid vårt mentorskapsmöte på Skype en vecka senare uttryckte kollegan följande: ”När jag tänker tillbaka på alla tidigare år ser jag att vi satsat på utbildningar i restaurativ tandvård, estetik, implantat, de bästa fyllningsmaterialen, alla tekniska hjälpmedel et.c men inte på hur man utbildar och hjälper patienten att slippa *sjukdomarna*. Med en bra utbildning, kombinerat med god kommunikationsteknik, hade patienten kunnat bli och förbli frisk. Jag skäms lite”!

Det är inte utan att jag själv skäms när jag tänker på hur stor del av mina yrkesverksamma år jag lagt på mina 90 sekunders preparationer... jag får trösta mig med att jag stundtals hade upp till fem heltidstandhygienister som arbetade med att få min reparativa tandvård att överleva.

Tack för att ni tog hand om mina misslyckanden!

Hur vore det om vi i undervisningen i svenska för invandrare utnyttjade möjligheten att undervisa i hur de kan förebygga tandsjukdomar, övervikt och

andra vällävnadssjukdomar de drabbas av genom förändrade kostvanor som ett resultat av att de kommit till en ny miljö.

Kanske, eller rent av sannolikt, skulle en sådan satsning finansiera språkundervisningen och förhindra lidande.

Tittar jag på dagen kursutbud slås jag av hur lite fokus som ligger på att höja patienternas ”dentala IQ” och framför allt mekanismerna bakom hur man med ord kan förändra människors antaganden och vanor.

Volymen profylax vi ”öser ut” över befolkningen i form av ”tjat” har mycket lite att göra med hur friska människorna blir. Frågan är om inte resultatet är omvänt proportionellt mot insatsen!

Jag har en dröm: att fokus flyttas från ”drill, fill and bill” till hur man *utbildar* sina patienter. Detta börjar med en ordentlig undersökning, framför allt på en ny patient (alla dina revisionspatienter blir ”nya patienter” när du ändrar din undersökningsmetodik) som bland annat inkluderar bakterieprov, infärgning med medel som endast visar plaquet då man lyser på det med blått ljus, Stephankurvan, karies och paradontitens patogener.

Allt kombinerat med en intelligent kommunikationsteknik – frågor är svaren! Tänk vad vi kan uppnå med ett förändrat fokus.

Reflexion: har det hänt något inom tandvården under knappt femtio år? Visst har det gjorts det, men kanske inte med fokus på det jag allra mest hade förhoppningar om som ung student.

Upp med hakan!!!

Tänk så mycket roligt det finns kvar att ta tag i, ni som arbetar inom några av de mest tacksamma yrken som finns – tandvårdsyrkena!

Er tillgivne

Gordon M

Mentorskap on demand

[Gordon.meland@gmail.com](mailto:Gordon.meland@gmail.com)

Tel. 070 21 31 201

***Nu är det dags för ett totalt omtag av svensk tandvård inklusive tandvårdsförsäkringen.***

***Vågar politiken utmana och skapa förutsättningar för: En fungerande tandvård för alla?***

# *För patienter, alla verksamma inom tandvården och för samhället*

Författare

Företagsförädling Väst AB  
Gordon Meland  
Leg tandläkare  
Tel. 0702131201  
E-post:  
[gordon.meland@gmail.com](mailto:gordon.meland@gmail.com)

Företagsförädling Väst AB  
Lisbeth Arff  
Leg sjuksköterska  
Tel. 0707286499  
E-post:  
[lisarff@hotmail.com](mailto:lisarff@hotmail.com)

## **Litteraturhänvisning för fördjupning**

Barkley, Robert F, DDS, Successful preventive dental practices

Bommenel, Elin, Sockerförsöket – Kariesexperimenten 1943 – 1960 på Vipeholms sjukhus

De Bono, Edvard, Lateral Thinking

Hannerz, Helge, och Sundberg, Hans, SoS-rapport, 1100-2808 ; 1995:23  
**Framtidens tandvårdsteam? : försöksverksamhet med tandhygienister i Gustafs /**

Hirsch, Jan-Michael, artikel i Tandläkartidningen 2021 nr 9

Löe, H, DDS, DR ODONT et.al, Experimental Gingivitis in Man 1965

Meland, Gordon, 125 krönikor på nätet i Dental24

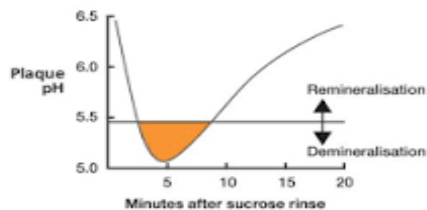
Pankey, L. D, DDS, A Philosophy of the Practice of dentistry, han startade också Pankey institute, ett utbildningsinstitut för vidareutbildning av tandläkare

Popcorn, Faith, Popcornrapporten

Reed, Omer, DDS, The Journal of Cosmetic Dentistry 2008, volume 23 nr 4

Stephan 1940: Vad är en stephankurva?

Då Ph sjunker under 5,5 löses emaljen upp. När salivens Ph genom buffring och utspädning av saliven åter stiger till över 5,5 sker en återmineralisering. Ett frekvent födoämnesintag (nästan all föda innehåller socker) har man längre tid avmineralisering (frätning) än remineralisering (Lagning). Resultatet blir karies.



Takacs, Gary, intervju med Paul Henney DDS

Witkovsky, Patrik, Vi kan styra oss själva