

# Folktandvården 2030

Slutrapport

Göteborg, augusti 2022

**Projektledning:**

Åsa Leonhardt  
Anders Ljungné  
Anna-Lena Alvekrans  
Mikael Rosengren  
Jill Djurner

FOLKTANDVÅRDEN



# Sammanfattning

Folktandvården 2030 har varit ett utvecklingsprojekt som sträckt sig över två år där målet varit att ta fram förslag på verksamhet och arbetssätt som är hållbara utifrån samhällsutveckling, förutsättningar och förändrade vårdbehov, både idag och i framtiden.

Projektet Folktandvården 2030 har genomförts i fyra faser som byggts på varandra; utredning och kartläggning, modellering av kliniker och arbetssätt, genomförande och utvärdering av prototyper samt framtagande av förslag på en målbild. Totalt har drygt ett hundratal medarbetare varit involverade i olika delar av projektet.

Utrednings- och kartläggningsfasen har tillsammans med insikter från prototyparbetet legat till grund för en övergripande målbild för omställning av Folktandvårdens verksamhet. Målbilden är uppdelad i tre perspektiv; verksamhet, kund och medarbetare. Slutligen har förslag på aktiviteter för att nå målbilden formulerats i en roadmap med sikte på år 2030. De föreslagna aktiviteterna är i linje med regionens omställningsstrategi för Hälso- och sjukvård inklusive tandvård.

För att nå framgång i genomförande av de föreslagna aktiviteterna vid implementering i verksamheten rekommenderas en fortsatt helhetssyn och fokus på den övergripande målbilden. Ytterligare en viktig framgångsfaktor är att fortsätta involvera chefer, medarbetare, patienter/kunder och övriga intressenter i arbetet med att utveckla verksamhet och arbetssätt.

Ägarskapet för den strategiska inriktningen som projektet presenterar bör ligga hos tandvårdsledningen och tas in i det löpande arbetet med affärsplanen.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
Inledning, bakgrund och syfte.....	4
Projektorganisation .....	4
Projektets upplägg .....	5
Resultat från utrednings- och kartläggningsfasen .....	6
Modellering och genomförande av prototyper .....	19
Prototyp Återkoppling mellan besök.....	19
Prototyp Resurskliniker Endodonti .....	26
Prototyp Tandhälsoklinik .....	38
Prototyp Karriärutvecklingsmodell.....	41
Prototyp Översyn av utvecklingsprogram.....	45
Framtagande av förslag .....	47
Målbilden.....	47
Roadmap .....	49
Projektgruppens reflektioner och rekommendationer .....	51

## Inledning, bakgrund och syfte

Folktandvården står, liksom övriga verksamheter i regionen, inför en utveckling som innebär en ökande befolkning, demografiska förändringar och en fortsatt urbanisering. Utvecklingen har effekter såsom minskande skatteintäkter och arbetskraftsbrist inom vissa områden, något som märks i Folktandvården redan idag.

Därför behövs en långsiktig plan för verksamhetens struktur, organisation, arbetssätt och kompetens. Under hösten 2019 och våren 2020 genomfördes utvecklingsdagar respektive ledardagar och fokus var på de utmaningar Folktandvården står inför. År 2020 beslutades i Tandvårdsledningen att utvecklingsprojektet Folktandvården 2030 skulle startas. Projektarbetet har genomförts parallellt och med koppling till utvecklingen av Folktandvårdens ledningsmodell ("åttafältaren") som bland annat inkluderar vår framtida önskade position, våra framgångsfaktorer, värderingar och uppdrag.

Både vad gäller grundutmaningar, problemställning och förslag på lösningar inför framtida utmaningar så ligger Projekt Folktandvården 2030 i linje med Västra Götalandsregionens övergripande omställningsstrategin för Hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

Uppdraget för Folktandvården 2030 var att ge förslag på verksamhet och arbetssätt som möter framtida behov med särskilt fokus på invånarens perspektiv. Målbilden skulle sträcka sig fram till år 2030.

Denna rapport presenterar slutresultatet av projektet med rekommendationer och förslag att arbeta vidare med. Rapporten lämnas över till uppdragsgivaren.

### Projektorganisation

Projektorganisationen har bestått av följande roller:

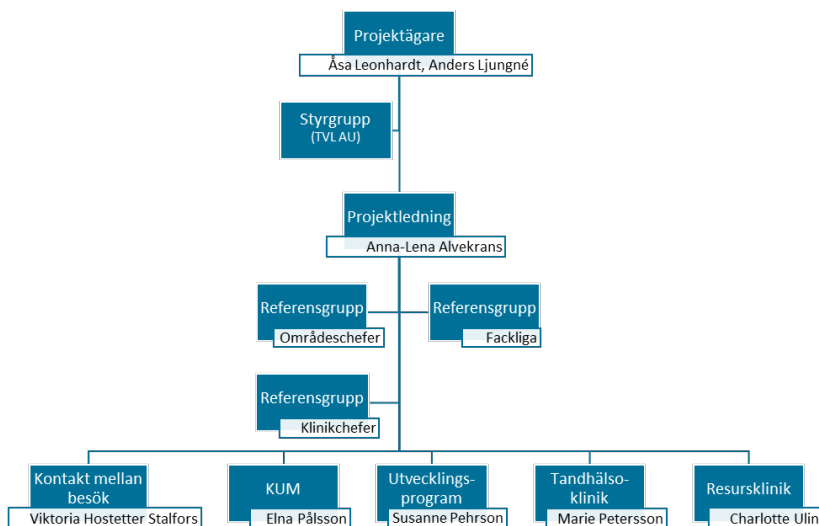
Uppdragsgivare: Tandvårdsdirektör Ann-Charlotte Sundelin  
Projektägare: Tandvårdschefer ATV/STV Anders Ljungné, Åsa Leonhardt  
Projektledare: Strateg/ledningsstöd Anna-Lena Alvekrans

Referensgrupp har bestått av följande grupper:

- Kärnreferensgrupp - TVDOC
- 30 klinikchefer
- Fackliga grupper
- Tandvårdsstyrelsen

Projektgrupp har bestått av följande roller:

- Huvudprojektledare
- Projektägare
- Kommunikatör
- Projektadministratör
- Delprojektledare med team av resurser.
- Totalt har drygt ett hundratal medarbetare varit involverade i olika delar av projektet.



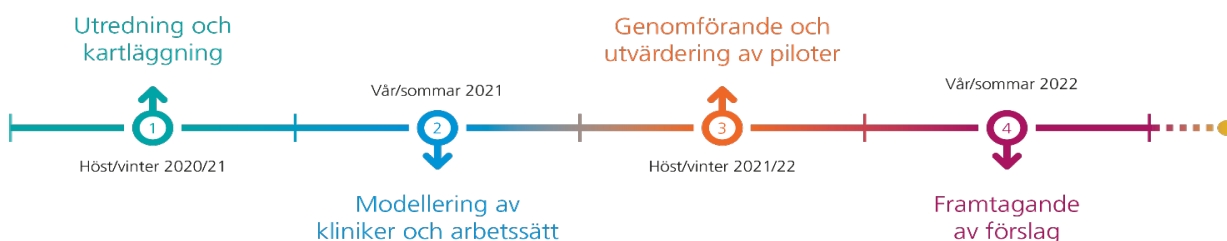
## Ekonomi

Uppdraget har finansierats inom verksamhetens befintliga ramar. Den största externa kostnadsposten har varit konsultarvode för kundundersökning och prototyper.

[Länk till projektdirektiv](#)

## Projektets upplägg

Projektet har löpt under två år och varit uppdelade i flera faser som byggt på varandra. Fas två och tre har skett mer eller mindre simultant.



### Fas 1: Utredning och kartläggning

Syftet med fasen har varit att få kunskap om de områden som har störst påverkan på hur Folk tandvården bör utformas och organiseras. Resultaten är kvantitativa och kvalitativa fakta inom framför allt områdena kund-, medarbetar- och verksamhetsperspektiv.

### Fas2: Modellering av kliniker och arbetssätt

Syftet med fasen har varit att med input från Fas 1 identifiera ett antal prototypområden som behövde utforskas vidare och som kan få stor påverkan.

### Fas 3: Genomförande och utvärdering av prototyper

Syftet med fasen har varit att testa och utvärdera ett antal prototypområden och ge rekommendationer om fortsatt arbete. Varje prototypområde har genomförts som eget delprojekt.

### Fas 4: Framtagande av förslag

Syftet med fasen har varit att utifrån kartläggning och prototyper ta fram en målbild hur Folk tandvården kan se ut år 2030 och förslag på vilka aktiviteter som kommer krävas för att nå denna målbild.

# Resultat från utrednings- och kartläggningsfasen

## Sammanfattning

Projektets första fas, utredning- och kartläggningsfasen, har gett goda förutsättningar till den helhetsbild och kunskapsgrund som krävdes för att på ett faktabaserat sätt kunna blicka in i framtiden och gå vidare i projektet. Metoden har varit såväl kvantitativ som kvalitativ och de perspektiv som undersökts är:

- **Kundperspektivet** – en kvalitativ studie kring hur patienterna/kunderna vill att tandvården skall fungera. I denna framkom fem kundkategorier med varsin mental ram för tandhälsa; hälsoramen, utseenderamen, sjukdomsramen, akutrampen och prioriteringsramen. Andra insikter var att patienterna gärna har kontakt med tandvården mellan besöken samt att man föredrar att träffa en och samma behandlare vid besök på klinik.
- **Medarbetarperspektivet** – en kvalitativ studie av vilka faktorer som är viktiga i olika faser av livet för att nuvarande och kommande medarbetare skall trivas och stanna i Folk tandvården. Resultatet visade bland annat att trygghet, trivsel och möjligheter till utveckling står högt upp på listan när man söker sig till Folk tandvården, oavsett yrkeskategori.
- **Åtgärdsfrekvens** – dels en kvantitativ prognos av hur frekvensen av olika åtgärder har utvecklats mellan 2012 och 2019, både gällande ofta och sällan förekommande vård, dels en kvalitativ dialogserie där klinikchefer, med utgångspunkt i dessa data och utifrån frågeställningar, samtalat kring vad som kan definieras som sällanförekommande vård och vad konsekvenserna blir om alla inte ska kunna göra allt. Resultatet visar en listning av möjligheter och farhågor med att koncentrera sällanförekommande vård till ett antal resursenheter.
- **Förändrat vårdbehov** – en kvantitativ prognos av hur vårdbehovet i de största sjukdomsgrupperna karies och parodontit kommer att utvecklas framåt. Resultatet visade att både antalet patienter med behov av kariesrelaterade åtgärder och antalet patienter utan detta behov väntas öka – helt i enlighet med prognosen om den totala befolkningsökningen. Man konstaterade dock att andra faktorer kan påverka hur det faktiskt blir.
- **Variation i remissflödet** – dels statistiska fakta av spridningen av remissflödet mellan allmän- och specialisttandvård och orsakerna till det, dels kvalitativa intervjuer för att identifiera skälen till att man skickar eller inte skickar remisser till specialisttandvården samt att försöka urskilja ett mönster. Resultatet visar exempelvis att de allmäntandvårdskliniker som har nära till en specialistklinik verkar skicka remisser i större utsträckning än de som geografiskt sett ligger längre ifrån. Det visade också att specialisthusen skiljer sig åt när det gäller vilka remisser man tar emot, samt att motivationen att göra rätt för patientens bästa väger allra tyngst innan en remiss skickas.
- **Demografiska data** – en kvantitativ prognos av hur befolkningsutvecklingen kommer att se ut i regionen och per kommun fram till 2030. Resultatet av denna kartläggning bekräftade till stor del den framtidsprognos vi redan hade kännedom om, det vill säga, en åldrande befolkning och därmed färre i arbetsför ålder, samt en ökad urbanisering. Den ger dock indikationer på en mer detaljerad nivå i form av exempelvis i vilka kommuner man kan vänta en jämförelsevis större befolkningsökning samt hur stor andel av denna som utgör Folk tandvårdens patienter, fördelat på åldersgrupp.
- **Fastigheter förutsättningar** – en översyn av befintliga fastigheter och hyreskontrakt med syfte att se hur de framtida förutsättningarna ser ut. Befintlig fastighetsinventering finns och bedöms kunna användas med vissa kompletterande analyser. På sikt behöver en modell tas fram för att dimensionera utbudspunkter framför allt inom allmäntandvården.

## Områden där externt underlag har inhämtats:

- **Avstånd klinik** – vårdutförare/patient – en utredning har gjorts av koncernkontoret kring koncentration av akut omhändertagande nivå 2, denna kan användas som underlag vid fortsatt planering.
- **Politisk/regional/nationell påverkan** – underlag kring vilka politiska, nationella och regionala beslut som kan påverka utformningen och inriktningen för Folk tandvården. De större utredningarna som pågår, såsom exempelvis tandvårdsutredningen samt strategiska politiska beslut är genomgångna och bedöms inte förändra Folk tandvårdens framtida inriktning.

Ett område som planerades att undersökas, men som har uteslutits:

- **Kapacitetsbehov** – det går troligtvis att få fram en estimerad nulägesbild men det framtida kapacitetsbehovet kommer i stället vara ett resultat av projektets förslag på andra arbetssätt och utbudsstrukturer.

Resultatet från prototyperna ligger till grund för projektets slutrapport.

## Kundperspektivet/omvärldsanalys

### Syfte

Syftade till att ta reda på hur patienterna/kunderna vill att tandvården skall fungera.

Tjänstedesignmetodiken har använts och resultatet har även dockats in i positioneringsarbetet.

### Ansvarig

Mikael Rosengren med hjälp av konsultbolag (HokaHey).

### Metod

#### Kontext och upplägg för kundbehovsstudien

Kundbehovsundersökningen är genomförd som en intervjustudie. Kännetecknande för studien jämfört med många andra marknadsundersökningar är det kvalitativa arbetssättet och ett fokus på respondenternas kunskap och erfarenheter av tandhälsa och tandvård.

Studien är uppdelad i tre sprintar som genomförts under oktober 2020 till mars 2021. Den första sprintens frågeområden definierades till stor del av det samtidiga positioneringsprojektet som sökte indata kring framför allt hur Folk tandvården uppfattas i jämförelse med andra tandvårdsaktörer.

Den andra sprintens frågeområden handlade om dels kundbehov under besök på tandvårdsklinik, dels kundbehov mellan besök.

Den tredje sprinten ägnades åt att fördjupa tidigare frågeområden samt jämföra ut skaran av respondenter för att få så god demografisk spridning som möjligt genom deltagande av fler utrikesfödda svenskar.

I studiens slutskede kompletterades insamlingen med webb-paneler med invånare och medarbetare i Folk tandvården.

### Resultat kundbehovsstudie

Totalt har intervjuer genomförts med 227 invånare. Dessutom har 39 medarbetare i Folk tandvården intervjuats om samma ämnen som invånarna, som ett sätt att kvalitetssäkra datat. Respondenterna är relativt jämnt fördelade i ålder, kön och bostadsort.

I tillägg till intervjuerna har data samlats in i webb-paneler där en serie öppna frågor ställts till invånare och medarbetare i Folk tandvården.

Resultatet av studien är en behovsbild i tre delar: mentala rammar, behov under besök och behov mellan besök.

I studien framkommer fem kundkategorier med varsin mental ram för tandhälsa, där den vanligaste är hälsoramen. De andra ramarna är utseenderamen, sjukdomsramen, akutramen och prioriteringsramen. Nyttan med de mentala ramarna är att de kan vara en segmenteringsgrund i tillägg till medicinsk och demografisk segmentering. Folk tandvården får på det här sättet en ny möjlighet att möta invånare på ett kundcentrerat sätt.

Kundbehoven under besök på kliniken delas upp i fyra behovskategorier: bemötande, kompetens, kontinuitet samt trender och utveckling. Dessa kan sammanfattas i ett ord: samarbete, som betecknar patienternas förväntan på tandvården när de besöker kliniken.

Kundbehoven mellan besök kan sammanfattas i två ord: beteendeförändring och beteendeförstärkning. Folk tandvården kan dra nytta av insikterna om dessa kundbehov genom att vidga tjänsteutbudet till att omfatta tandvård även mellan besöken. En väg dit kan vara att hjälpa patienter upprätta egna tandhålsoplaner som blir basen för alla kontakter under och mellan besök.

I kundbehovsbilden framträder flera digitaliseringsmöjligheter. Framför allt gäller detta för behoven mellan besök som idag möts i liten eller ingen omfattning av tandvården.

### [Folktandvården 2030 Rapport HokaHey](#)

#### *OVA-dagen 2021*

Workshops med utvalda klinikchefer, tandvårdsledning samt representanter från stöd och service. Fokus på att föra dialog kring möjliga framtidsscenariot och hur Folktandvården ska kunna möta upp emot dessa. Workshoparna syftade bland annat till att konkretisera det som kommit fram under kundbehovsundersökningen (se ovan).

#### *Resultat OVA-dag*

Workshop kring hur ett antal "guldspjut" kan bli verklighet

De olika guldspjuten utgick från olika rubriker där varje grupp fick välja en. De rubriker som valdes ut var: återkoppling mellan besöken, Frisktandvårdsavtal 65+, Frisktandvårdsavtal för unga 21–29 och påminnelser i vardagen.

### [Bilaga Slutrapport FTV 2030 - Resultat OVA-dag\\_guldspjuten](#)

## **Medarbetarperspektivet**

### *Syfte*

Syftade till att ta reda på vilka faktorer som är viktiga i olika faser av livet för att nuvarande och kommande medarbetare skall trivas och stanna i Folktandvården.

### *Ansvarig*

Liselotte Karlström och Elna Pålsson

### *Metod*

- Intervjuer med de som slutat och svarat på avgångsenkät – vad är viktigt för dig för att komma tillbaka?
- Urval av 28 personer med 6–10 års anställning – vad är viktigt för dem? Upplever FTV som arbetsgivare (ATV tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor) Djupare analys av varför just FTV?
- Användning av anställningsintervjuer för att fånga upp hur man förhåller sig till att jobba på olika platser/ resa. Hur viktigt är det (om man inte kan få jobb där man ursprungligen tänkt sig)? Skillnad om man har barn eller inte. Djupare analys av varför just FTV?
- De som söker ST/ de som går ST utbildningen – hur tänker man kring framtiden som specialist, drömbild, resor etc.

### *Intervjuunderlag*

Totalt 38 personer

- 28 personer med 6–10 års anställning i Göteborg (S), mellanstor stad (M) landsort (L)
- Tandsköterskor; totalt 6 personer, 4 L och 2 M (0 S)
- Tandhygienister; totalt 10 personer, 6 L, 2 M och 2 S
- Tandläkare; totalt 12 personer, 3 L, 5 M och 4 S
- Nya specialister; 7 personer i olika specialiteter
- Samordnad rekryteringsgrupp; 3 personer på HR
- Avslutade – studentuppsats med intervjuer av återvändare + avgångsenkät

### *Resultat*

**Tandsköterskor – varför har du sökt dig till Folktandvården? L+M (S saknas)**

- Närhet till jobbet – ger tid för annat
- Trygghet
- Yrkesutövande, kompetenta kollegor, ordning och reda
- Anställning (kollektivavtal, rättigheter)

- Dagligt arbete - bredd i arbetsuppgifter och patienter ger variationen
- Trivsel – kollegor och gemenskap
- Utvecklingsmöjligheter – karriär och ”bredd”

#### Tandsköterskor – varför stanna/vad gör Folk tandvården till en attraktiv arbetsgivare? L+M (S saknas)

- Trivsel - kollegor och gemenskap
- Löneutveckling
- Möjlighet pga. storlek – kompetent och kollegialt stöd
- Utvecklingsmöjligheter, fördjupa/nischa, bredda – nya arbetsätt
- Påverkansmöjligheter – blir lyssnad på, individuella arbetstider/ flexibilitet
- Stor organisation innebär mindre sårbart

#### Tandhygienister – varför har du sökt dig till Folk tandvården? (L, M, S)

- Trygghet
  - Utvecklingsprogrammet, kollegialt kompetent stöd, extra tid som ny
  - Anställningstrygghet, stabilitet, ag som följer lagar och regler
- Variation i patient och arbetsuppgifter, arbeta i sin egen profession
- Utvecklingsmöjligheter och ansvar
- Närhet – balans i livet
- Stor klinik
  - Struktur, rutiner och kvalité
  - Trivsel, kollegial gemenskap

#### Tandhygienister – varför stanna i Folk tandvården? (L, M, S)

- Trivsel, kollegial gemenskap
- Stabilitet i personalgrupp
- Bra chef- och ledarskap
- Utvecklingsmöjlighet – nisch eller bredd
- Närhet till jobbet – balans arbete/fritid
- Individuella arbetstider
- Självstyre – minskad stress tidboken, arbetsätt och innehåll

#### Tandhygienister – vad gör Folk tandvården till en attraktiv arbetsgivare? (L, M, S)

- Lön, förmåner, flexibilitet/individpassade arbetstider
- Självstyre/påverkansmöjlighet för mindre tidspress och ekonomiska krav
- Bevara yrkeskompetens
- Utveckling – karriärmöjligheter
- Variationen i arbetsuppgifter och patientunderlag

#### Tandläkare – varför har du sökt dig till Folk tandvården? (S, L, M)

- Utvecklingsprogrammet – naturligt som ny
- Trygghet
- Får lov att vara ny med kollegor
- Anställning
- Stor organisation – kollegor; gemenskap och kompetens
- FTV till för alla, stor bredd av patienter

#### Tandläkare – varför stanna i Folk tandvården? (S, M, L)

- Utvecklingsmöjligheter;
  - Variation/bredd
  - Nisch
  - Specialist
- Arbetsmiljö – minskad stress, påverkansmöjligheter
- Chefs- och ledarskapet
- Trivsel och kollegor
- Löneutveckling

## Tandläkare – vad gör Folk tandvården till en attraktiv arbetsgivare? (S, M, L)

- Utveckling – både personlig och odontologisk
- Stolthet – organisation i framkant – odontologi och teknik
- Löneutveckling för alla skapar stabilitet
- Stabil verksamhet ger trivsel
- Som erfaren bli sedd och bekräftad – chefen viktig
- Arbetsmiljö – påverkan och självstyre

## Chefens betydelse – påverkar att stanna kvar

### Gemensamt för alla

- Skapa förutsättningar – att kunna påverka sin dag och innehåll (egenansvar)
- Struktur, ordning och reda
- Vara inlyssnande – se individens behov och förmågor

### Nyanser som skiljer

- Tandsköterskor önskar tydlighet och beslutsamhet vid behov
- Tandhygienister och tandläkare uttrycker öppenhet för innovationer och att ges möjlighet till utveckling

## Framtid och teknik

### Gemensamt för alla

- Medarbetarfokus; digital teknik –underlättar & effektiviserar
- Patientfokus; ökar tillgänglighet och kvalitetsssäkrar

### Nyanser som skiljer – kring nya möjligheter

- Tandsköterskor och tandhygienister ser andra arbetsuppgifter/nya områden – inriktning
- Livsstilsfrågor och hälsofrämjande
- Tandläkare uttrycker nisch/spetskompetens

## Grupp sökande, i huvudsak nyexaminerade (tandsköterskor, tandhygienister & tandläkare)

### Tandsköterskor

- Trygg 1:a arbetsgivare med introduktionsprogram, ordning och reda
- Lönenivån bidrar till att söka nära hemma, pendling kostar i tid och pengar
- Sökande på landsort har i större omfattning redan familj "närhet före lön"
- Äldre erfarna som jobbat privat söker FTV för lugnare arbetsmiljö
- Erfarna insatta i lönenivå, ingen fråga

### Tandhygienister

- Trygghet första arbetsgivare, utvecklingsprogram och stor org. innebär anställningstrygghet
- Gemenskap med flera kollegor
- Utvecklingsmöjligheter
- Sökande vill veta inför anställning om klinikens arbetstider och storlek
- Återvändare söker trygghet, gemenskap, utvecklingsmöjligheter och närhet - lön ingen drivkraft

### Tandläkare

- Utvecklingsprogrammet är väl känt och förknippat med FTV genom utbildning och VFU. Vill veta om handledare finns på klinik
- Tar 1a jobb med pendling men söker sedan till Göteborg
- Utvecklingsmöjligheter, FTV i framkant, STV och samarbete med IO/GU
- Uppskattar variation av vård, barn och svårighetsgrad
- Erfarna gör medvetna val av klinik

## Nyfärdiga specialister: roll och framtid

- Mer standardiserat arbetsätt

- Digital teknik, möjlighet och effektiviserar
- Samarbete med sjukvården utvecklas – ex smärtpatienter
- Lära ut mot allmäntandvården

#### Nyfärdiga specialister – ”drömscenario”

- Nischa sig mer – fördjupa sig, forska
- Andra patientgrupper; bättre vård och omhändertagande – ex smärtpatienter
- Kontinuitet i verksamheten för att kunna utveckla verksamhet
- Lära ut mer mot ATV, samarbete ATV

#### Nyfärdiga specialister – stanna kvar

- Löneutveckling
- Utvecklingsmöjligheter – forskning
- Arbetsmiljö, påverkansmöjligheter – självstyre, tillit, kollegor – trivsel,
- Chefen påverkar förutsättningarna
- Organisationens styrka och storlek – ger trygghet

#### Nyfärdiga specialister – STV i hela VGR (teknik)

- Resa på arbetstid för att hjälpa andra kliniker - villkor
- Lokal förankring vid rekrytering viktig
- Jobba på ATV klinik

#### Återvändare till FTV – intervjustudie

##### Varför komma tillbaka?

- Kulturen på Folktandvården
  - gemenskap och demokrati
- Storlek på organisation
  - ger möjligheter – bredd i arbetet och karriärutveckling
  - trygghet i anställningen

#### Avgångsenkäter (VGR), inklusive blivande pensionärer

- Stor andel rekommenderar VGR som arbetsgivare och den egna arbetsplatsen
- Många kan tänka sig komma tillbaka.
- Många nöjda med hur kompetensen använts
- Många är nöjda med sin kompetensutveckling

#### Färre andel nöjda svar

- Närmaste chef – bilden varierar
- Löneutvecklingen

## Åtgärdsfrekvens

### Syfte

Syftade till att få fram hur frekvensen av olika åtgärder har utvecklats, både gällande ofta och sällan förekommande vård.

### Ansvariga

Agneta Sundman och Kristin Ånstrand (statistik)

### Metod

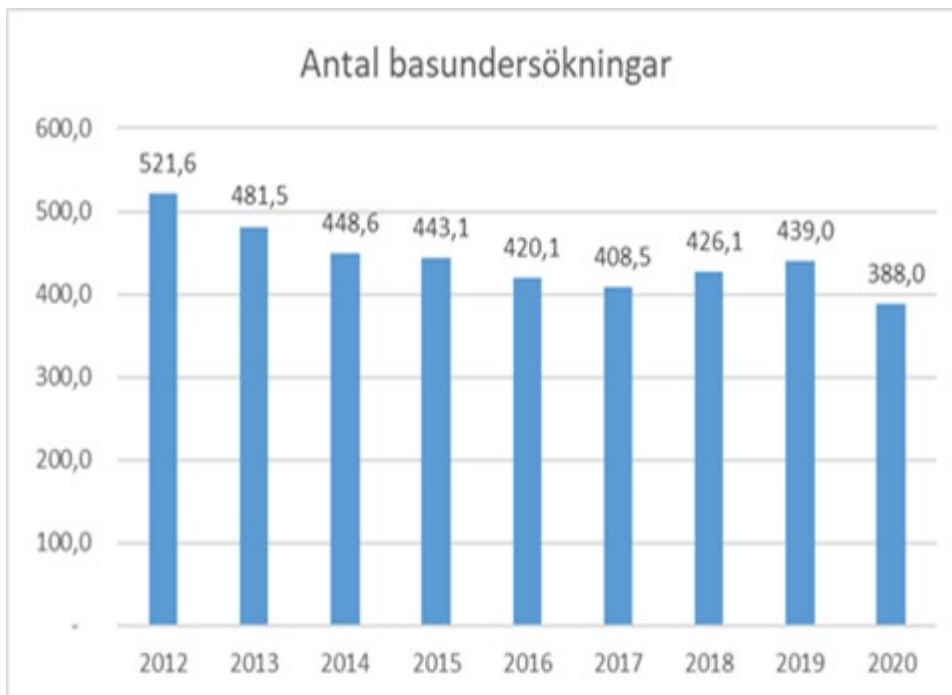
- Statistiska fakta från T4
- Gruppdialoger med ca 30 klinikchefer med frågeställningen om “allt ska göras överallt”

### Resultat statistik

Utveckling av ett urval av åtgärder. Flertalet åtgärder har minskat mellan 2012 och 2019. I datan nedan för undersökningar är alla typer av undersökningar med, dvs även

akutundersökningar och kompletterande undersökningar.

<b>Summa av Medel</b>	<b>Kolumnetiketter</b>	
<b>Radetiketter</b>	<b>2012</b>	<b>2019</b>
Undersökningar	891	963
Fyllningar	536	472
Röntgen	192	235
Sjukdomsbehandlande åtgärder	140	136
Extraktioner	117	134
Ortodonti barn	121	95
Fast protetik	41	34
Information	10	28
Trepanering	20	27
Endodonti	26	21
Depuration	12	16
Bettfysiologi	9	15
Opex	6	8
Recementering	6	7
Fissurförsegling	10	5
Implantatprotetik	3	4
Proteslagning	6	4
Temppart	3	4
Partiell protes	3	2
Helprotes	2	2
Implantatkirurgi	1	1



*Denna data visar antal basundersökningar, exklusive ej kompletterande eller akutundersökningar.*

### Resultat från dialog med klinikchefer - Omgång 1

#### Frågeställningar omgång 1:

- Var går gränsen för sällanförekommande vård?
- Vilken vård ska inte utföras av alla eller överallt?
- Vad blir konsekvenserna – som måste hanteras, om inte all vård ska utföras av alla eller överallt

#### Farhågor och hinder – ”alla ska inte göra allt”

- A- och B-lag
- Bemanning
- Svårt höja kompetens hos nya medarbetare
- Rese-/tidsaspekten för patient
- Vilken vård lämnas kvar till de ”ospecialiserade”?

#### Möjligheter – ”alla ska inte göra allt”

- Mellannivå/nischkliniker
- Hälsokliniker – hälsopromotör, dietist etcetera
- Allmäntandvård som specialitet
- Distansvård
- Specialiserad karriärväg – trainee för basandläkare
- Finns redan nischer som vuxit fram p.g.a. kundbehov/teknisk utrustning
- Kortare behandlingstid för patient/mer patientsäkert

#### Övriga insikter – ”alla skall inte göra allt”

- Dyr utrustning som kräver hög kompetens (om alla ska göra allt)
- VFK behöver organiseras bättre
- Gränssnittet är otydligt
- Sällanförekommande vård är olika i stad och på landsbygd/Remisser ofta under gränssnittet
- Oklart var den nischade kompetensen finns
- Kompetens kring diagnostik och terapiplanering för låg
- Ingen helhetsbild när tandhygienist är första instans
- Kostnad påverkar om man remitterar och om STV tar emot (trots under gränssnitt)

## Sällanförekommande vård - exempel

Klinikcheferna har identifierade några exempel på sällanförekommande vård som de är tveksamma till att alla ska kunna utföra:

- Plattprotetik - absolut sällanförekommande, kan inte arbeta upp en vana i det momentet
- Rotfyllningar på molarer - hur ofta görs det?
- Grava parodontier och depuration på dessa?
- Slemhinneförändringar och malignitetbedömning
- Vissa (medicinska) bedömningar kopplade till sjukvården ex strål-och cancerbehandlingar är sällanförekommande i allmäntandvården.
- Vård som kräver hög kompetens, dyra utrustningar, material och som kräver mycket behandlingstid. Tex lustgas, mikroskop, implantat - här måste vi tänka klinik eller område och inte enbart behandlare.
- Vård som man inte utför mer än ett par gånger per år. (t. ex proteser) kan vara svårt att få kunskap/ erfarenhet om- svårt att uppfylla god vård till pat. tex biopsitagning och diagnostik av slemhinneförändringar.

## Resultat från dialog med klinikchefer - Omgång 2

I denna omgång ingick en ny grupp klinikchefer som fick ta del av den första omgångens resultat.

### Frågeställningar omgång 2:

- Finns det ytterligare farhågor, möjligheter och/eller övriga insikter som ni vill lyfta fram?
- Hur bör farhågorna hanteras?
- Hur tar vi vara på möjligheterna?
- Hur tycker ni att vi ska ta vidare de sammantagna resultaten i projektet?

### Farhågor och hinder – ”alla ska inte göra allt”

- Saknas en bra struktur för att kunna använda nisch-/resurstandläkare
- Kompetensen utarmas om man inte får göra allt
- Brist på samarbete utgör hinder, behövs en struktur för nätverkande både inom ATV och mellan ATV STV
- Oro vissa kliniker får väldigt smalt utbud beroende på socioekonomiskt område

### Möjligheter – ”alla ska inte göra allt”

- Patienten vill troligen besöka någon som utför en behandling ofta och inte är osäker, man vill ha en trygg behandlare
- Bas/allround/varogstandvård – kan mycket om mycket, bred erfarenhet – en karriärväg i sig
- Vill behandla mer hos ATV med stöd av STV och digitala verktyg – mer samarbete, nätverka mer
- Obligatorisk kontinuerlig efterutbildning
- Efterlikna sjukvården, arbeta två år, nisch sig sen – specialitet
- Utvecklingsväg som diagnostiker/Låt andra yrkesroller insamling av undersökningsdata
- Tydliga krav kopplat till prestations-bedömning, bli bedömd på det man är ålagd att göra (nisch/bas)
- Behöver synas på andra arenor med utvecklat hälsobudskap, inte bara inom tandvården
- Specialtandhygienist som nisch

## Förändrat vårdbehov

### Syfte

Syftade till att få fram hur vårdbehovet i de största sjukdomsgrupperna karies och parodontit kommer att utvecklas framåt.

### Ansvarig:

Maria Norberger Sjösvärd med hjälp av Enheten för Data och analys.

### Metod och material

- Statistiska fakta
- Rak framskrivning av antal patienter som fått åtgärder relaterade till karies
  - Tar hänsyn till befolkningsprognoser för respektive åldersgrupp
  - Utgår ifrån Folk tandvårdens patientpopulation år 2020
  - Patienter som har fått minst en behandlingsåtgärd 2020
  - Förutsäger antal individer som förväntas få kariesrelaterade åtgärder under ett visst år
  - Avspeglar tandhälsoläget hos patienterna år 2020
  - År 2020 påverkades av covid-19, färre äldre patienter kallades
  - Tar ej hänsyn till fortsatta trender i tandhälsoutvecklingen
  - Datakällor: T4 och Statistiska Centralbyrån
  - Befolkningsprognoser: Statistiska Centralbyrån
  - Prognoser framtida vårdbehov: Koncernavdelning data och analys

### Resultat

#### Sammanfattning med exempel

- Antalet patienter med behov av kariesrelaterade åtgärder förväntas öka
- Även antalet patienter utan behov av kariesrelaterade åtgärder förväntas öka
- Andelen patienter som har behov av kariesrelaterade åtgärder förväntas ligga kvar på samma nivå, relaterat till det totala antalet patienter
- Men: Andra faktorer än de i framskrivningen kan påverka hur det faktiskt blir
  - Till exempel om antalet patienter i högre åldersgrupper ökar mer, så ökar behovet av kariesrelaterade insatser - även om tandhälsan i befolkningen förbättras

## Variation i remissflödet

### Syfte

Syftade till att få fram fakta kring spridningen av remissflödet mellan allmän- och specialisttandvård och orsakerna till det.

### Ansvariga

Agneta Sundman och Katharina Mulec.

### Metod

- Statistiska fakta
- Kvalitativa intervjuer – de 10 kliniker med högst respektive lägst andel skickade remisser till STV, samt en klinik med genomsnittlig andel.

## Resultat statistik

Från Klinik	Bettfys.	Endo.	Käkkir.	Ort.	Parod.	Ped.	Protetik	Röntgen	OM	Tot. antal remisser 2019
<b>Falköping</b>	3	30		124	8	41	5		21	<b>232</b>
	1%	13%		53%	3%	18%	2%		9%	
<b>Falköping inkl. Stenstorp</b>	5	34		147	8	41	6		26	<b>267</b>
	2%	13%		55%	3%	15%	2%		10%	
<b>Kortedala</b>	11	51	30	67	58	80	22	87	32	<b>438</b>
	3%	12%	7%	15%	13%	18%	5%	20%	7%	
<b>Krokslätt</b>	10	56	43	47	9	28	5	48	35	<b>281</b>
	4%	20%	15%	17%	3%	10%	2%	17%	12%	
<b>Kulan</b>	16	54	38	57	47	49	25	47	30	<b>363</b>
	4%	15%	10%	16%	13%	13%	7%	13%	8%	
<b>Kvillebäcken</b>	8	45	60	46	39	37	19	83	111	<b>448</b>
	2%	10%	13%	10%	9%	8%	4%	19%	25%	
<b>Orust</b>	4	4	14	3	9	7	2	9	21	<b>73</b>
	5%	5%	19%	4%	12%	10%	3%	12%	29%	
<b>Rörstrand</b>	17	15	1	88	9	10	6		20	<b>166</b>
	10%	9%	1%	53%	5%	6%	4%		12%	
<b>Skene</b>	3	38	64	36	18	32	22		19	<b>232</b>
	1%	16%	28%	16%	8%	14%	9%		8%	
<b>Skärhamn</b>	5	51	93	20	17	15	20	9	66	<b>296</b>
	2%	17%	31%	7%	6%	5%	7%	3%	22%	
<b>Stenstorp</b>	2	4		23			1		5	<b>35</b>
	6%	11%		66%			3%		14%	
<b>Totalsumma</b>	<b>79</b>	<b>348</b>	<b>343</b>	<b>511</b>	<b>214</b>	<b>299</b>	<b>127</b>	<b>283</b>	<b>360</b>	

## Resultat kvalitativa intervjuer

Syftet med intervjuerna var att identifiera bakomliggande orsaker till att kliniker skickar eller inte skickar remisser till specialisttandvården och att urskilja ett eventuellt mönster. Utgångspunkten var de tre perspektiven kompetens, motivation och förutsättningar.

### Kompetens & kapacitet att göra rätt

- Man gör så länge man är trygg
- Egen kompetens och klinikens samlade kompetens – år i yrket, erfarenhetsbredd, bemanning, tidigare kliniker
- Inte alltid tanden utan också särskilda "icke-odontologiska behov" – bemötande, beteenden, andra sjukdomar

### Motivation att göra rätt – "omedvetna processer hjärnan"

#### Patienten

- Alltid patientens bästa i fokus inklusive ekonomi, resor
- När patientens ekonomi begränsar
- När patienten inte blir nöjd

#### Känslor: vill vara trovärdig, vill inte göra fel

- Viktigt uttömma alla möjligheter innan remiss
- Man skickar inte om man tror att man får tillbaka den
- Alla är trygga med att man uttömt alla andra möjligheter innan remiss

## STV

- Man lär sig att STV:s benägenhet att ta emot remisser varierar mellan specialisthusen
- Dialog med STV – personlig dialog bygger relationer och trovärdighet
- Återkoppling från STV/kollegor
- Ekonomi - förväntad effekt med att skapa förbättringar hemma – bättre ekonomi

## *Möjligheter och förutsättningar att göra rätt – utanför individen*

### Ledarskap och Organisation

- Kategorimöten och andra möten
- Bemanning, spridning i erfarenhet
- Struktur som tex tid i tidboken, gott om tid avsatt för behandlingar
- Samsittning
- Internremisser
- Klimat som gynnar dialog och trygghet
- Öppna dörrar
- Utrustning
- Patienten – inte alltid tanden - benägenhet att åka långt
- Akuttandvården
- Resurstandläkare
- Olika remissflöden beroende på STV:s benägenhet att ta emot
- Konsultationsremisser
- Distanskonsultationer

## Demografiska data

### Syfte

Demografiska data och befolkningsutveckling syftar till att få fram hur befolkningsutvecklingen kommer att se ut i regionen och per kommun fram till 2030.

### Ansvarig

Maria Norberger Sjösvärd

### Metod och material

- VGR använder från och med år 2020 befolkningsprognoser från Statistiska Centralbyrån
- Anpassade tabeller med befolkningsprognos 2030 och 2040 samt folkmängder 2019 från Koncernavdelning Data och Analys
- Folk tandvårdens uppgifter om antal patienter 2020 per åldersgrupp och kommun
  - Kommun avser den kommun där senast besökta klinik är belägen
  - För åldrar från 3 år och uppåt räknas patienter som gjort en undersökning de senaste 32 månaderna
  - För 0–2-åringar räknas samtliga patienter (alla vårdkontakter)
- Därefter bearbetat i Excel
  - Befolkningsstatistik: Antal, prognosticerat antal, prognostiserad förändring i antal och procent per åldersgrupp och nämndområde. Totalsiffror per kommun
  - Patientstatistik: Faktiskt antal och framskrivet antal enligt prognos befolkningsförändring, per åldersgrupp och nämndområde. Totalsiffror summerade över åldersgrupper. Faktiskt antal relaterat till antal invånare per kommun

### Resultat

#### Sammanfattande nyckelpunkter:

- Befolkningen väntas öka totalt i Västra Götaland
- Geografiska variationer, minskning av befolkningen främst i norr och i delar av öster

- Variationer mellan åldersgrupper, äldre 80+ har störst procentuell ökning
- Antalet patienter i Folk tandvården väntas öka men inte lika mycket som befolkningen
- Folk tandvårdens patienter har en annan åldersstruktur. Skattningen bygger på att andelen patienter av befolkningen förblir densamma över tid i varje studerad åldersgrupp
- I alla nämndområden väntas folkökning i den största kommunen
  - Mölndal, Skövde, Borås, Trollhättan
- Uppskattad andel patienter av befolkningen i de största kommunerna varierar, ca 40–60 procent
- Notera små kommuner med hög andel patienter
  - Exempel Mellerud, Bollebygd, Tidaholm
- I Göteborg ökar befolkningen mycket i den breda åldersgruppen vuxna 24–79. Bland patienterna väntas antalet vuxna respektive antalet barn och unga vuxna öka lika mycket till 2030.

## Fastigheter förutsättningar

### Syfte

Syftade till att få en uppfattning om vilka fastigheter som är lämpade att ha kvar och utveckla under de kommande åren.

### Resultat

Befintlig fastighetsinvestering finns och bedöms kunna användas med vissa kompletterande analyser. På sikt behöver en modell tas fram för att dimensionera utbudspunkter framför allt inom ATV.

## Avstånd klinik/vårdutförare/patient

### Bakgrund

Vid eventuell klustring av kliniker och/eller etablering av resurskliniker behöver patientperspektivet kopplat tillgänglighet och resväg tas i beaktande. En utredning har gjorts av koncernkontoret kring koncentration av akut omhändertagande nivå 2, denna kan användas som underlag vid fortsatt planering.

[Koncentration av akut omhändertagande sista slutliga version.pptx \(vgregion.se\)](#)

## Politisk/regional/nationell påverkan

### Syfte

Syftade till att ta reda på vilka politiska, nationella och regionala beslut som kan påverka utformningen och inriktningen för Folk tandvården.

### Ansvarig

Anders Ljungné och Åsa Leonhardt

### Resultat

De större utredningarna som pågår, såsom exempelvis tandvårdsutredningen samt strategiska politiska beslut är genomgångna och bedöms inte förändra Folk tandvårdens framtida inriktning.

## Kapacitetsbehov

### Syfte

Syftade till att få fram befintligt behov av kapacitet inom både ATV och STV. Detta block uteslöts. Det går troligtvis att få fram en estimerad nulägesbild men det framtida kapacitetsbehovet kommer vara ett resultat av projektets förslag på andra arbetssätt och utbudsstrukturer.

Även en aggregerad produktions- och kapacitetsmodell för ATV behöver parallellt tas fram. Den ligger dock utanför detta projekt.

Beslut fattat att ingen specifik utredning görs gällande kapacitetsbehovet. Den sammansatta kartläggningen blir i stället en input till fortsatt kapacitetsplanering.

# Modellering och genomförande av prototyper

Resultaten från den genomförda kartläggningen har legat till grund för modellering och genomförande av prototyper. Följande prototypprojekt har genomförts:

- **Återkoppling mellan besök** – projektledare Viktoria Hostetter Stalfors i samarbetet med konsultbolaget Hokahey
- **Resursklinik** – projektledare Charlotte Ulin
- **Tandhälsoklinik** – projektledare Marie Petersson
- **Karriärutvecklingsmodell** – projektledare Elna Pålsson
- **Översyn av utvecklingsprogrammet** – projektledare Susanne Persson

## Prototyp Återkoppling mellan besök

### Uppdraget

#### *Bakgrund och syfte*

Kundundersökningen har visat att det finns tydliga men dolda behov där vi behöver:

- Stärka goda vanor och egenvård, inre motivation
- Stärka relationen och, genom det, behålla kunderna

#### *Beskrivning av uppdraget*

Testa, utvärdera och pröva en modell/arbets sätt i liten skala samt föreslå tillvägagångssätt för breddinförande. I uppdraget ingår även att utreda ekonomiska konsekvenser av modellen. Detta gäller både kunder som har frisktandvård och de som inte har det.

[Uppdragsbeskrivning - Prototyp Återkoppling mellan besök](#)

### Resultat

Prototypen har genomförts av konsultbolaget Hokahey och rapporten nedan är en konklusion av deras sammanställning.

[Länk till fullständig rapport](#)

#### *Sammanfattning*

Inom ramen för framtidsprojektet Folktandvården 2030 genomfördes verksamhetsåret 2020–2021 en omfattande intervjustudie om kundbehov rörande tandhälsa och tandvård. Insikter därifrån är utgångspunkten för den här prototypstudien vars vägledande frågor bygger på intervjustudiens identifierade kundbehov mellan besök på klinik.

Prototypens upplägg är en tandvårdstjänst bestående av tre videomöten i en serie. Syftet har varit att testa hur behoven mellan besök kan mötas på ett annat, möjligen effektivare, sätt än att patienten kommer till kliniken. Studien är uppdelad i tre iterationer (sprintar) som genomförts under oktober 2021 till juni 2022 med 31 patienter och sex behandlare från tre kliniker.

Prototypstudien har genomförts med en metodik kallad tjänstedesign som är en iterativ undersökningsmetodik med i huvudsak kvalitativa data från systematiska intervjuer. Videomötenas innehåll baseras på de mål med sin tandhälsa som patienten valt i dialog med behandlaren. Patienten har dokumenterat målen i en tandhälsoplan.

Intervjustudiens insikter om behov mellan besök har genom prototypstudiens tester bekräftats och fördjupats. Slutsatsen är att en tjänst med videokontakter mellan klinikbesök har potential.

- Vi vet nu att en följd av den annorlunda inramningen är en ny balans i vårdrelationen så att patient och behandlare möts som likar och patientens upplevelse av underläge minskar — ett samarbete uppstår.
- Vi vet att patienten blir mer öppen för reflektion och lärande i den här typen av tandvård. Under studien uppvisar patienterna ett intensivt lärande. De nya kunskaperna och kopplingen till personliga värderingar får en motivationshöjande effekt.

- Vi vet att kontakterna behöver inträffa tillräckligt ofta och i serie för att ha hälsofrämjande effekt. Även betydelsen av tandhälsoplanens dokumenterade mål har bekräftats.
- Vi vet även att patientens känsla av egenmakt och ägarskap stärks av att mötas utanför klinikmiljön. Ansvaret omfördelas när patienten upplever sig vara i centrum helt.

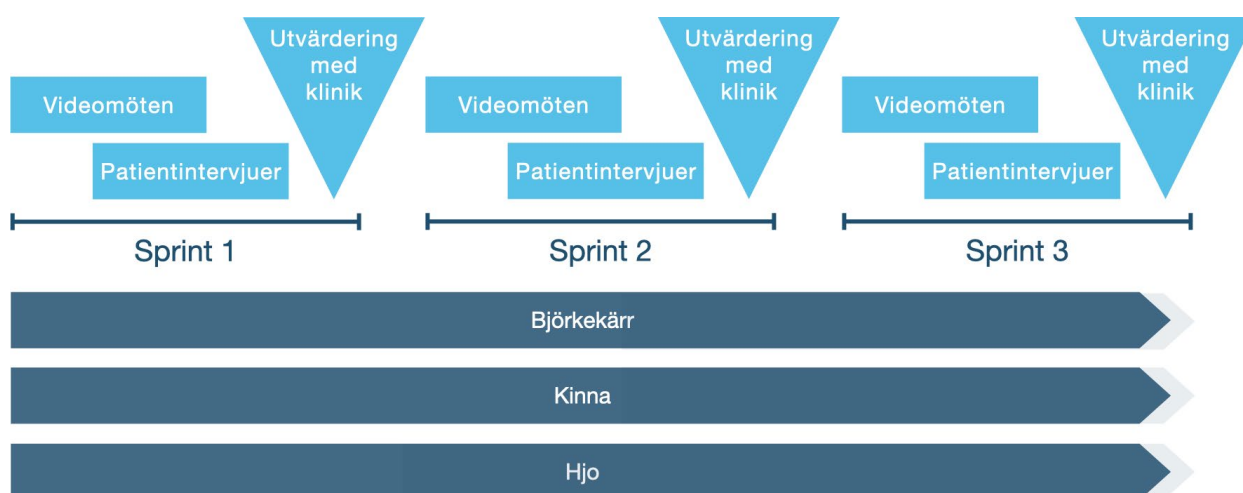
De i studien undersökta kundbehoven mellan besök är till stor del av den uttalade behovstypen där kunden blir nöjdare ju mer behovet möts, exempelvis: Ju mer samarbete, ju mer lärande och ju mer tidsbesparing, desto mer positivt upplevs tjänsten.

I prototypstudien framkommer även dolda och implicita behov med framtidspotential. Dessa blir synliga genom den nya inramningen med patienten utanför kliniken, där båda parterna genomgår en transformation i sina respektive roller. Vi kallar dem guldskorn.

Ett av guldskornen är att patienterna växer i ansvar och egenmakt och utvecklar hållbara personligt ägda referenser till vad 'frisk i munnen' innebär.

Ett annat guldskorn är att behandlarna när de inte längre har sina vanliga resurser 'rummet' och 'stolen' flyttar sin intention och uppmärksamhet helt över på patienten. I detta tillämpar de ett renodlat personcentrerat arbetssätt, på vilket patienterna svarar positivt och konkret.

Prototypstudien har gett Folk tandvården en validerad och fördjupad behovsbild för tandvårdstjänster över video, som kan bli utgångspunkt för fortsatt utveckling av tjänster och produkter. I rapporten beskrivs tre idéer att vidareutveckla, tandvårdstjänster över video härledda från studiens insikter.



### Upplägg för prototypstudien

De deltagande patienterna har rekryterats av klinikerna enligt kriterier de själva valt. Tanken var att på det sättet få en mångfald i patientgruppen. Enda begränsningen var att patienterna inte skulle ha tandsjukdom som föranledde upprepade behandlingar på klinik, det vill säga att målgruppen var relativt friska personer.

I studiens inledning träffades alla behandlare och hokahey consulting i ett videomöte för introduktion, presentation och kunskapsdelning

### Rekommendationer

I det följande beskrivs tre idéer att vidareutveckla, tandvårdstjänster över video härledda från studiens insikter.

Samtliga tre föreslagna tjänster att vidareutveckla har digitala komponenter men ingen behöver vara särskilt tekniktung utan bör kunna genomföras med befintlig teknik i kombination med manuella metoder. Däremot lär det bli nödvändigt att vid införande av färdigutvecklade tjänster ha både systemstöd inne i verksamheten och digitala redskap för patienterna.

## Vid start och förnyelse av frisktandvårdsavtal

**Syfte:** Säkra förståelsen av åtagandena och förväntningarna på resultaten, genom att flytta fokus från försäkring och kostnad till *frisk i munnen, samarbete och ömsesidiga åtaganden*.

**Idé:** 2–4 videomöten för att sätta egenvårdsrutiner, lyfta kunskapsnivån och konkretisera ansvarsfördelningen

Prototypstudien har visat att hälsofrämjande tandvård över video kan utföras med positiva resultat. Rekommendationen är att det testade tjänstekonceptet **ingår i frisktandvårdsavtal**. Vid start och förnyelse av frisktandvårdsavtal är båda parter intresserade av att patienten får bästa möjliga premienivå. I den situationen finns tillfälle att kraftsamla för att höja patientens egenvårdsnivå genom att samarbeta runt patientens motivation och lärande över video.

Rätt utförd kan tjänsten **etablera en optimal och hållbar hälsolivå med ekonomisk nytta** för både patienten och Folk tandvården. Prototypstudiens resultat visar **nyckelfaktorer** som bör styra genomförandet:

- Patient och behandlare möts som likar i genuint samarbete
- Teoretiskt och praktiskt lärande på patientens villkor
- Frekventa och kontinuerliga kontakter
- Tandhälsoplan med dokumenterade mål och åtaganden
- Fungerande stabil videoteknik
- Positivt och uppmuntrande bemötande i hälsofrämjande motivationshöjande anda

**Risken** kan vara att patientens egenvårdsnivå inte höjs trots insatsen, med följd att Folk tandvården har en kostnad och patienten är besviken. En riskanalys bör utgå från nyckelfaktorerna ovan, utöver sedvanliga medicinska och ekonomiska faktorer.

**Frågeställningar** för en prototyp som genomförs med tjänstedesign, i små steg:

1. Hur kan Folk tandvården attrahera avtalspatienter med säljargument som handlar om chans till bättre premie genom deltagande i en hälsofrämjande videotjänst?
2. Hur kan Folk tandvården identifiera patienter med intresse och möjlighet till höjning av motivation och egenvårdsnivå?
3. Hur kan Folk tandvården skapa en leveransmodell för frisktandvårdsavtal som integrerar en hälsofrämjande videotjänst med gängse vård, inom avtalets administrativa ram?

## Kariesaktiva barn, kausalbehandling

**Syfte:** Höja resultat- och resurseffektiviteten i möten med kariesaktiva barn med föräldrar

**Idé:** 1–3 videomöten för att utreda orsakssamband och initiera beteendeförändringar

Prototypstudien har visat att hälsofrämjande tandvård över video kan utföras med positiva resultat. Rekommendationen är att **kausalbehandling och hälsofrämjande möten med kariesaktiva barn med föräldrar** i första hand utförs över video.

Kvaliteten i kontakter med kariesaktiva barn med föräldrar påverkas av en del faktorer bortom Folk tandvårdens kontroll, till exempel **föräldrarnas möjlighet att sätta av tid** till mötet, barnets tillstånd i stunden och föräldrarnas stressnivå i stunden.

Rätt utförd kan tjänsten spara tid för föräldrarna och därmed bidra till **minskad stress i mötet**. Tjänsten kan även öka kvaliteten i mötet genom att barn och föräldrar är i sin egen kända hemmiljö där de är mer avspända och **öppna för reflektion och lärande**.

Prototypstudiens resultat visar **nyckelfaktorer** som bör styra genomförandet:

- Patient och behandlare möts som likar i genuint samarbete
- Teoretiskt och praktiskt lärande på föräldrarnas och barnets villkor
- Fungerande stabil videoteknik

- Positivt och uppmuntrande bemötande i hälsofrämjande motivationshöjande anda

**Risken** kan vara att barnet eller föräldrarna under mötet distraheras av något i hemmiljön eller att behandlaren förväntar sig att mötet genom videofORMATET kan klaras av snabbare och därför driver på för hårt. En riskanalys bör utgå från nyckelfaktorerna ovan, utöver sedvanliga medicinska och ekonomiska faktorer.

**Frågeställningar** för en prototyp som genomförs med tjänstedesign, i små steg:

1. Hur kan Folktandvården få föräldrar att acceptera, och gilla, att möten rörande barnens tandhälsa utförs över video?
2. Hur kan Folktandvården träna medarbetare att bli skickliga på videomöten med kariesaktiva barn med föräldrar?
3. Hur kan Folktandvården hjälpa barn och föräldrar hitta en lugn och trygg plats för videomöten?

## Uppdelning av behandlingar i klinikdel och videodel

**Syfte:** Höja resultat- och resurseffektiviteten i behandlingar, för båda parter.

**Idé:** 1–2 videomöten för att följa upp resultatet av behandlingen och kvalitetssäkra egenvårdsdelen. Alternativt ett videomöte inför en undersökning, som förberedelse för båda parter.

Prototypstudien har visat att hälsofrämjande tandvård över video kan utföras med positiva resultat. Rekommendationen är **att dela upp vissa behandlingar i en del som utförs på klinik och en del som utförs på video.**

Till exempel kan videomöten efter behandlingar på klinik göras för att **följa upp resultat** eller egenvårdsaktiviteter. Alternativt kan videomöten före behandlingar på klinik göras för att utbyta information och **förbereda patienten.**

Rätt utförd kan tjänsten spara tid och resurser för kliniken genom att behandlingarna tar kortare tid och många videomöten kan utföras av tandsköterska. Tjänsten kan även öka den **upplevda kvaliteten i vårdförloppet** genom att patienten vid det förberedande/uppföljande videomötet är i sin egen kända hemmiljö.

Prototypstudien visar **nyckelfaktorer** som bör styra genomförandet:

- Patient och behandlare möts som likar i genuint samarbete
- Teoretiskt och praktiskt lärande på patientens villkor
- Fungerande stabil videoteknik
- Positivt och uppmuntrande bemötande i hälsofrämjande motivationshöjande anda

**Risken** kan vara att patienten under mötet distraheras av något i hemmiljön eller att behandlaren förväntar sig att mötet genom videofORMATET kan klaras av snabbare och därför driver på för hårt. En annan risk är att medarbetaren som utför videomötet är en annan än behandlaren på kliniken och att patienten därigenom upplever en brist på kontinuitet. En riskanalys bör utgå från nyckelfaktorerna ovan, utöver sedvanliga medicinska och ekonomiska faktorer.

**Frågeställningar** för en prototyp som genomförs med tjänstedesign, i små steg:

1. Hur kan Folktandvården identifiera behandlingar som kan delas i klinikdel och videodel?
2. Hur kan Folktandvården stödja medarbetarna i att ta steget att dela upp behandlingar?
3. Hur kan Folktandvården inför patienterna beskriva nyttan med delade behandlingar?

## Resultat ekonomiska konsekvenser

En del i uppdraget för prototypen "Återkoppling mellan besök" var att utreda ekonomiska konsekvenser om en ny tjänsteprodukt likt den som har testats ska införas som en del av Folktandvårdens affärsmodell. Denna analys gjordes av Viktoria Hostetter Stalfors och Kristin Ånstrand

Utgångspunkten för resonemanget har varit tre olika målgrupper;

- Barn och ungdomar 0–23 år
- Betalande vuxna
- Frisktandvårdspatienter

- och att identifiera möjligheter och hinder för målgruppen.

Målgrupp	Möjligheter	Hinder
Barn & Ungdomar 0–23 år	12–19 år med risk, de går att påverka och är formbara. Vana vid att använda digitala hjälpmedel och är självständiga. Kan vara ett lättare sätt att nå dem.	0–2-åringar. Det finns begränsningar i att träffa dem digitalt i Vårdöverenskommelsen.
	Pengarna för barntandvården kan räcka till om digitala tjänster i lämpliga fall används i stället för regelbundna fysiska besök.	
Betalande vuxna	Affärsmodell som innehåller digitala tjänster mellan fysiska besök kan locka nya kunder.	Digitala tjänster inte ingår i tandvårdsstödet utan betalande vuxna får stå för hela kostnaden själv
	Patienterna slipper åka långt och ta ledigt från jobbet, tandvården blir mer lättillgänglig.	Tandvårdsstödet ger inte möjlighet att behandla patienter utan risk.
Frisktvårds- patienter	Kontakt mellan besök digitalt ingår som en del i frisktvårdsavtalet.	Behålla eller förlora lönsamhet om digitala möten kompletteras avtalet som det är utformat idag.
	Om vi behåller patienter i avtalsform ger det stabilare ekonomiska förutsättningar för Folktvården	Patienter är inte beredda på att komma mer sällan och samtidigt betala mer för frisktvårdsavtalet.

Övrigt	Möjligheter	Hinder
Kommunikation	1177- se till att lägga till funktionalitet så att det går att kontakta patienten enkelt via e-post och SMS och hålla kontakt med video, filmklipp, foto eller textmeddelande	Idag är 1177 befintliga funktionalitet en begränsning. Behövs en robust och enkel teknik som är integrerad med T4.
		GDPR kan vara en begränsning i hur vi kan och får kommunicera med patienten.
Kompetens-försörjning	Personal kan hjälpas åt. De områden som har svårt att rekrytera kan få hjälp med att utföra vissa digitala tjänster som ex profylax för att frigöra tid åt fysiska besök. Detta kan vara en uppgift för "tandhälsokliniker".	Personal har begränsad kompetens i att använda digitala verktyg för vårdmöten.
	Attraktivt att få möjlighet att arbeta på distans, flexibilitet för personalen.	
	Kompetenshöja personalen i motiverande samtal och motorisk aktivering för att säkerställa god kvalitet.	

### Intäkter

Det finns redan idag möjlighet att debitera patienter för digitala åtgärder, men detta är lokala åtgärder som inte berättigar till någon ersättning inom det statliga tandvårdsstödet.

Folktvården har en prislista för Digitala vårdmöten som finns som ett avsnitt i den ordinarie prislistan, både för allmäntandvård och specialisttandvård.

Frisktvårdspatienter					
Risk = risk för karies eller parad					
	Alla	Ökad risk (gul eller röd)	Röd risk	Gul risk	Grön risk
Premiegrupp 1	22 235	1 126	174	952	21 109
Premiegrupp 2	64 748	6 435	469	5 966	58 313
Premiegrupp 3	59 145	14 498	723	13 775	44 647
Premiegrupp 4	46 817	17 461	1 215	16 246	29 356
Premiegrupp 5	25 436	10 814	1 239	9 575	14 622
Premiegrupp 6	17 254	7 887	1 168	6 719	9 367
Premiegrupp 7	6 304	3 378	645	2 733	2 926
Premiegrupp 8	1 402	980	305	675	422
Premiegrupp 9	226	191	71	120	35
Premiegrupp 10	20	18	10	8	2
Summa	<b>243 587</b>	<b>62 788</b>	<b>6 019</b>	<b>56 769</b>	<b>180 799</b>

Ovan tabell redovisar antal frisktvårdspatienter med avtal i olika premie- och riskgrupper. Riskgrupperingen utgår från patientens senaste bedömning av karies eller parad. Intäkten för Frisktvård 2021 var 456 miljoner med en rörelsemarginal på ca 39 miljoner. (Källa: Frisktvårdsrapport Uppföljning december 2021)

### Kostnader

Samtalen som tandhygienisterna har hållit med patienterna under prototypen har varat mellan 10–30 minuter. Nedanstående sammanställningar är en uppskattad kostnad beräknad på timkostnad för digitala samtal, beroende på om det är en tandköterska eller en tandhygienist som utför åtgärden.

	Tsk			
Besök	Alla med Frisktvård	Ökad risk frisktvård	Röd risk frisktvård	Betalande vuxna Patientkostnad
10 min * 1	21 313 863	5 493 950	526 663	88
10 min * 3	63 941 588	16 481 850	1 579 988	263
20 min * 1	42 627 725	10 987 900	1 053 325	175
20 min * 3	127 883 175	32 963 700	3 159 975	525

	Thyg			
Besök	Alla	Alla med ökad risk	Alla med röd risk	Betalande vuxna Patientkostnad
10 min * 1	41 105 306	10 595 475	1 015 706	169
10 min * 3	123 315 919	31 786 425	3 047 119	506
20 min * 1	82 210 613	21 190 950	2 031 413	338
20 min * 3	246 631 838	63 572 850	6 094 238	1 013

### Förslag till fortsättning

Utifrån prototypens resultat finns möjlighet att skapa hållbarhet på lång sikt genom att arbeta hälsofrämjande med digitala tjänster. Digital kontakt med patienter och kunder mellan besöken kan främja hälsa och potentiellt sett öka antalet patienter med låg risk samt möjliggöra förlängda revisionsintervall utan att förlora kontakten. Detta skulle kunna leda till bättre tillgänglighet för riskpatienter, vilket i förlängningen kan bidra till ökat antal friska patienter i samhället.

Eftersom det statliga tandvårdsstödet begränsar möjligheten att arbeta med digitala vårdmöten för betalande vuxna vore ett lämpligt första steg att starta med grupperna frisktvård och barn i väntan på att regelverket utvecklas.

Inom barntandvården skulle en av vinsterna kunna vara att nå dem tidigt för att etablera kunskap och bra tandvårdsrutiner och förhindra att sjukdom utvecklas eller förvärras. Inom frisktandvården kan digitala vårdmöten vara ett komplement till fysiska besök för att skapa en kontinuitet i kontakt och möjliggöra att påverka och förbättra munhälsan. Detta skulle kunna bidra till att säkra en stabil och hållbar ekonomi för Folktandvården, men även bidra samhällsekonomiskt och till en förbättrad tillgänglighet.

### Följande är förslag på områden att arbeta vidare med:

- Vidareutveckla konceptet genom att arbeta vidare med gruppen barn 12–19 år med ökad risk för karies och parodontit samt frisktandvårdspatienter i riskgrupp röd. Det är grupper där det skulle kunna ge stora hälsoeffekter samtidigt som det är relativt små med en mindre utvecklingskostnad som kan rymmas inom befintlig rörelsemarginal. Det ger goda möjlighet att lära mer på en bredare grupp patienter och succesivt implementera det nya arbetssättet.
- Involvera yrkesgruppen tandsköterskor i att utföra digitala vårdmöten mellan besöken. Det ger utvecklingsmöjligheter även för den yrkesgruppen och bättre förutsättningar för lönsamhet.
- Låt de tandhygienister som har deltagit i prototypen vara de som får lära ut det nya arbetssättet till kollegor på den egna men även andra kliniker för att de ska komma i gång med arbetet – peer learning. Säkerställ även att det finns möjlighet till kompetensutveckling i metodiken motiverande samtal och motorisk aktivering.
- Utveckla ett tilläggs paket till frisktandvårdsavtalet som kan komplettera avtalet vid tecknande eller förnyelse av avtal. Testa och utvärdera om det går att sälja till patienter med lämpliga behov.
- Ta fram en tjänsteprodukt för betalande vuxna. För vissa diagnoser passar digitala möten väldigt bra, exempelvis bettfysiologi och tandvårdsrädda.
- Starta upp en dialog med Försäkringskassan och enhet Tandvård om att digitala tjänster ska ingå som en del i tandvårdsstödet.

# Prototyp Resurskliniker Endodonti

## Uppdraget

### *Bakgrund och syfte*

- En del vård blir alltmer sällanförekommande i ATV och kräver i vissa fall extra utrustning och kompetens för en jämn och god kvalitet vilket gör att all vård inte kan göras överallt/av alla
- Behov av en struktur för överföring av vård ATV till ATV, ATV till STV, STV till ATV
- Start med endodonti pga. väl avgränsad specialitet men ska kunna utgöra en modell för andra specialiteter.

### *Beskrivning av uppdraget*

1. Kartlägga mer konkret vilka behandlingar och vilken volym som ska utföras inom respektive ATV och STV, respektive av nischkompetenta allmäntandläkare.
2. Ta fram kompetenskrav och förslag kring kompetenssäkring för nischkompetent tandläkare i endodonti.
3. Ta fram förslag på antal, struktur och process för resurskliniker inom endodonti (antal kliniker, mikroskop och antal nischkompetenta tandläkare etc.)
4. Identifiera vilka ekonomiska konsekvenser en sådan här struktur skulle få
5. Ta fram en modell för en väg in för remisser inom ämnesområdet endodonti, både inom ATV och mellan ATV-STV samt göra en risk och konsekvensanalys
6. Ta fram mätetal och mätmetod i relation till effektmålen

### [Uppdragsbeskrivning - Prototyp Resurskliniker Endodonti](#)

## Resultat

### [Länk till fullständig rapport](#)

Projektet har utgått från när ett vårdbehov uppstår och att patienten då ska erhålla god vård. God vård enligt vedertagen beskrivning i enlighet med Socialstyrelsen innebär att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, jämlik, effektiv, patientfokuserad och utföras i rimlig tid. Patienten ska kunna erhålla god vård oavsett var hen bor i VGR.

Projektet beskriver en struktur utifrån en tänkt modell för att uppnå "god vård", utan hänsyn tagen till vad som är möjligt att utföra inom ramen för dagens struktur och kända IT-system.

Initialt genomfördes en nulägesanalys för att skapa en gemensam bild av status inom gruppen. Information togs fram om antal resurstandläkare inom ämnet endodonti, deras kompetens, lönestruktur, kännedom om resurstandläkarna inom ATV och vilken vård som utförs. Hur etablerad och strukturerad är resurstandläkare i Endodonti i nuläget?

Information om resurstandläkare togs fram på intranätet samt via inventering som genomfördes av tandvårdschef Anders Ljungné 2021, bilaga 1. HR-enheten bidrog för information kring lön, såsom exempelvis lönetillägg. OC Susanne Mälsjö tillfrågades för att få kunskap om befintlig struktur kring resurstandläkare i Endodonti är känd i Skaraborg, område öster. Klinikchefer i ATV och gruppmedlemmar i projektet tillfrågades om funktion och struktur kring resurstandläkare rent generellt var känd.

Ett antal frågeställningar identifierades för att kunna besvara uppdragets olika delar.

- Finns forskning som beskriver god endodontisk vård
- Antalet endodontiska behandlingar i ATV år 2016 – 2020
- Antalet endodontiska behandlingar, åtgärd 501–504, i ATV 2016–2020
- Antalet extraktioner, åtgärd 401–403, i ATV 2012 – 20210831
- Geografiska områden där endodontisk behandling utförts inom ATV och dess förändring över tid
- Remissflöde från ATV till STV Endodonti 2016 – 2020

- Antal behandlade patienter per 1000 invånare och kommun med åtgärd 503–504 under perioden 2016–2020
- Antal tandläkare i ATV som utför 25 eller fler endodontiska behandlingar per år
- Endodontiska behandlingar som slutförs inom ett år inom ATV
- Vilka frågeställningar finns i remiss som skickas till Specialistkliniken i Endodonti i Göteborg
- Möjligt att klassificera svårighetsgraden på endodontiska behandlingar och därmed kunna kategorisera dem till givet vårdflöde
- Vilken kompetens bör en resurstandläkare i endodonti kunna visa
- Hur upprätthålls kompetensen hos resurstandläkaren
- Behov av kontrollfunktion gällande kompetens hos resurstandläkare
- Vilka involveras i kompetensutveckling för att bli resurstandläkare
- Funktioner som är kostnadsdrivande och som är kostnadsförbättrande
- Vilka effektmål ska mätas för att erhålla den önskade effekten

Vid framtagning av data har åtgärdskoderna 501–502 och 503–504 parats ihop. Detta för att på ett mycket enkelt sätt gruppera åtgärderna efter svårighetsgrad. 501–502 beskrivs som enkla (en- och två-rotiga tänder), 503–504 (fler-rotiga tänder) som svåra.

#### Frågeställningarna besvarades genom faktainsamling från:

- Verksamhetsdata
- Forskning genomförd inom FTV ATV VGR
- Befintliga klassificeringsdokument inom endodonti
- Myndighetsrapport kring hur säker vård upprättas
- Befintliga kompetenshöjande insatser inom ATV
- Muntlig intervju med två resurstandläkare, bilaga 2
- Skriftlig intervju med en resurstandläkare, bilaga 3
- Två samtal via TEAMS med Ung rådgivare, Felix Andreasson, för att testa struktur och kompetensbeskrivning av resurstandläkare

Under arbetet med delprojektet har identifiering av olika gap genomförts och en inventering av dess konsekvenser. Målet har varit att skapa en struktur och modell med identifierade faktorer för att kunna skapa resurskliniker inom alla specialiteter. Någon dialog med patientföreträdare har inte genomförts.

#### Nulägesanalys

Sammanfattning av genomförd nulägesanalys är att det saknas en etablerad organisation och struktur för resurstandläkare. Den är inte generellt känd hos områdeschefer, klinikchefer, allmäntandläkare eller specialisttandvården. Lönetillägg tillämpas inte konsekvent. Resurstandläkarens kompetens är inte dokumenterad och det finns ingen fastställd process eller struktur för hur kompetensen följs upp och bibehålls. Den vård som resurstandläkaren utför är ospecifik och utgår från behovet hos den remitterande tandläkaren och inte ur ett vårdbehov hos patienten.

Det saknas också en strukturell form för resurstandläkare att ha utrymme för att jobba som resurs samt hur de tar emot remisser från andra kliniker. I dagsläget är det upp till klinikchefen och klinikens övriga förutsättningar att skapa utrymme och sprida kännedom om möjlighet att remittera.

Till stor del bygger möjligheten att remittera till resurstandläkare idag på relationer, att allmäntandläkare själv har kännedom- eller får kännedom av sin klinikchef att remissväg finns.

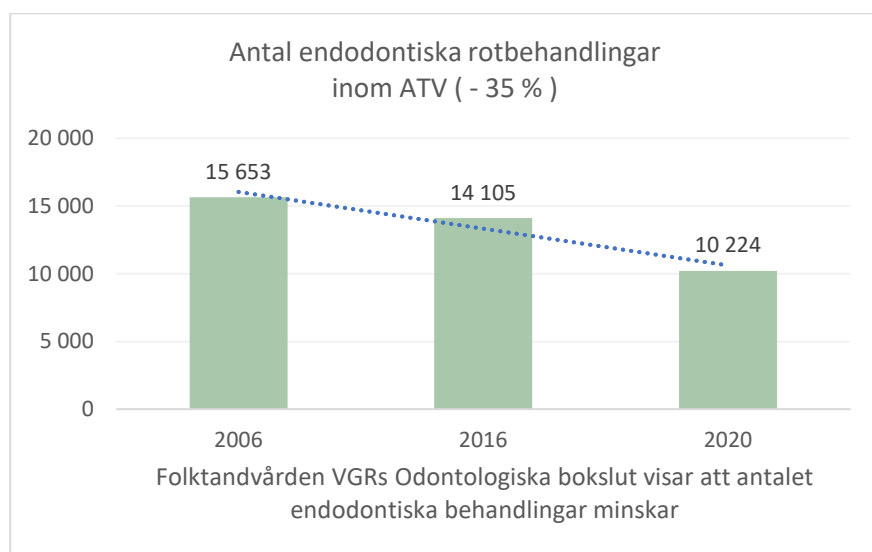
2014 fick Måns Rosén ett uppdrag av regeringen att utreda hur den högspecialiserade vården kan koncentreras för patientens bästa. 2015 överlämnade Rosén betänkandet *Träningen ger färdighet, Koncentrera vården för patientens bästa*, SOS 2015:98.

I betänkandet noteras att struktureringen av den högspecialiserade vården kan skapa goda förutsättningar för framtagande av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Tre skäl anges för att en strukturering behöver ske:

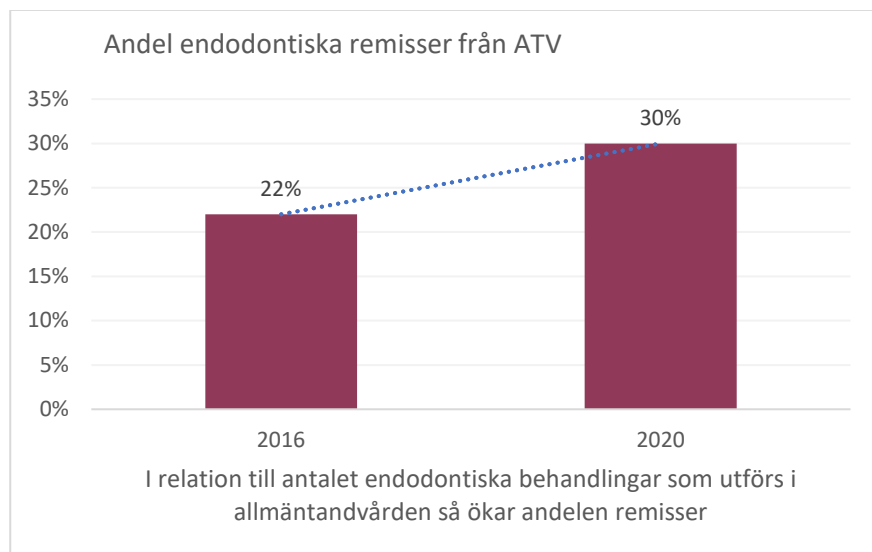
1. Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolym per vårdenhet och per behandlare.

2. Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten.
3. Varje individ eller team bör göra cirka 30 åtgärder per år för att uppnå god kvalitet.

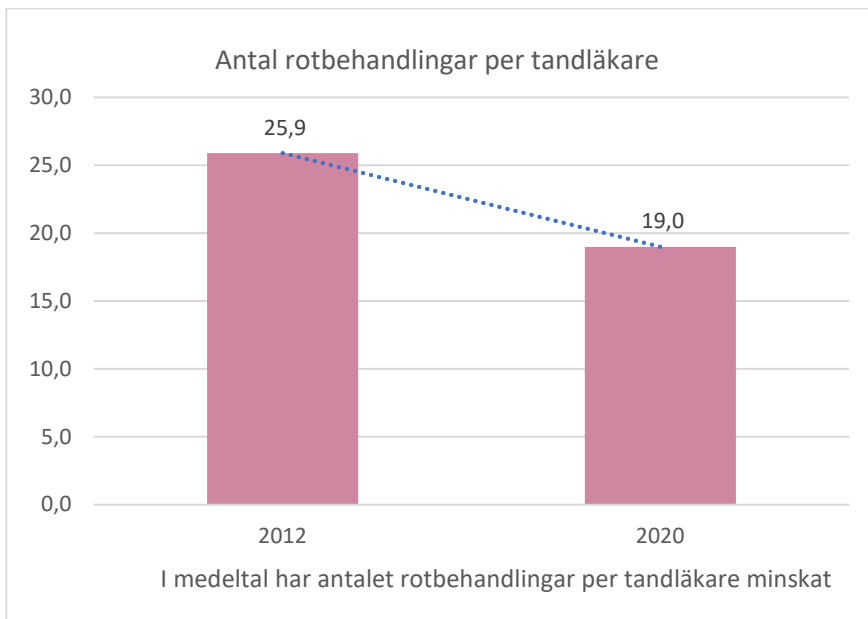
Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolym.



Folk tandvårdens Odontologiska bokslut visar att antalet endodontiska behandlingar minskar. 2006 hade 15 653 rotbehandlingar genomförts i FTV VGR ATV. 2020 noteras 10 224. Detta är en minskning på 35 %. En förbättrad tandhälsa, andra terapival såsom extraktion eller en ökad benägenhet att remittera kan vara möjliga orsaker till minskningen. En annan faktor kan vara bemanning. Mer vård utförs om klinikerna är bemannade med kompetens som kan utföra vård.

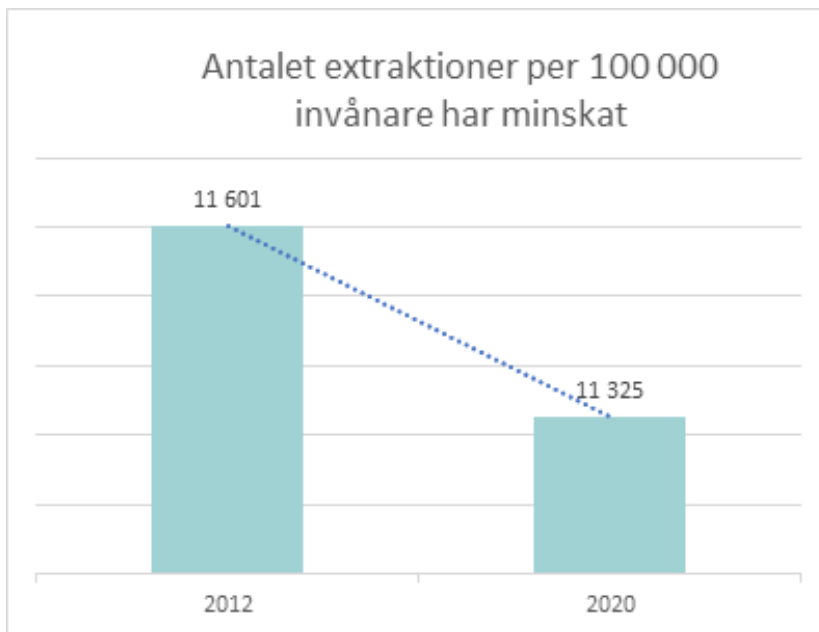


Antalet remisser till specialistklinikerna i Endodonti minskade mellan åren 2015 – 2020 från 3105 till 3018, en minskning på 3 %. I relation till antalet endodontiska behandlingar som utförs i allmäntandvården så ökar andelen remisser från 22 % (2016) till 30 % (2020).



I medeltal har antalet rotbehandlingar (åtgärd 501–504) per tandläkare minskat från 26 (2012) till 19 (2020).

Andelen tandläkare som utför fler än 20 rotbehandlingar har minskat mellan åren 2012–2020 från 58 % till 38 %. Andelen tandläkare som gör färre än 10 rotbehandlingar per år har ökat från 15 % till 25 % under samma tidsperiod.

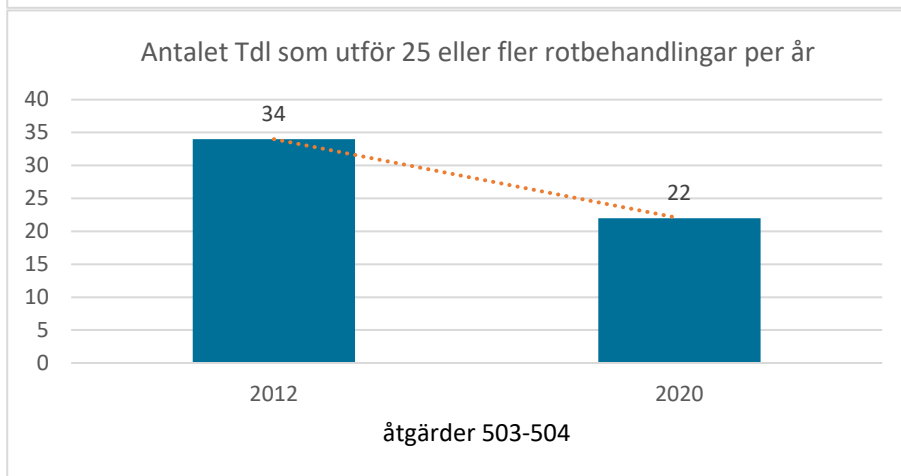
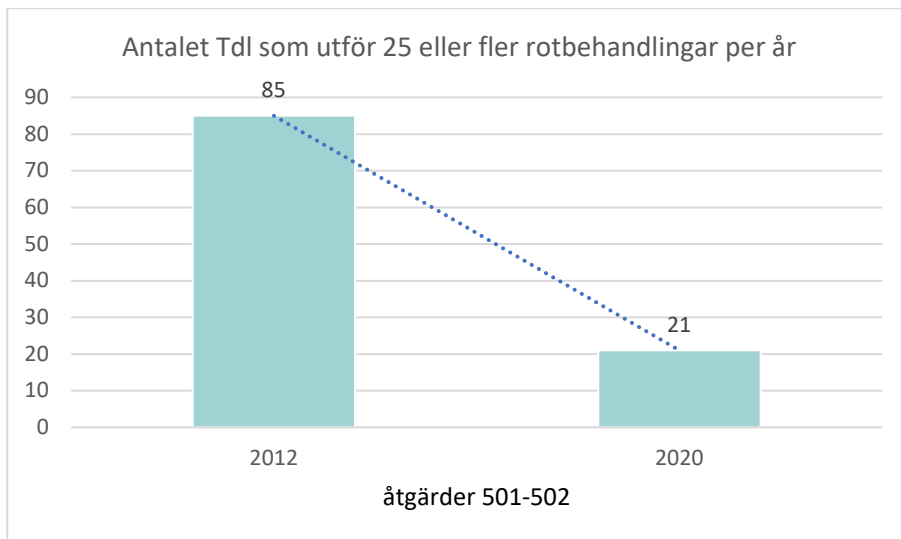


Att antalet rotbehandlingar har minskat kan bero på att patienten valt en annan terapi av tanden, för att behandla uppkommen inflammation eller infektion i tandens pulpa.

Projektet tog därför fram data angående extraktioner. Antalet extraktioner per 100 000 invånare har minskat från 11 601 (2012) till 11 325 (2020). I reella tal noterades det 35 443 extraktionsåtgärder (401–403) år 2012, jämfört med 37 701 år 2020.

Data visar att även extraktioner har minskat. Osäkerhet finns kring huruvida andelen extraktioner av all given vård har ökat i relation till antalet rotbehandlingar.

I projektet har vi tittat på vilka endodontiska åtgärder som utförs i åtgärdspar 501–502 samt 503–504.



Antalet tandläkare i FTV VGR ATV som utför 25 eller fler rotbehandlingar per år av åtgärdspar 501–502 år 2020 var 21. År 2012 var det 85 tandläkare som gjorde 25 eller fler. Vad gäller åtgärdspar 502–503 är trenden den samma. År 2012 var det 34 tandläkare som gjorde 25 eller fler, att jämföra med 22 tandläkare år 2020.

När vi granskar data noteras att det många gånger är samma tandläkare som gör 25 eller fler, enkla såväl som svåra. Det sker således redan idag en fördelning till vårdgivare men den är inte strukturerad och utgår med största sannolikhet inte från ett patientfokus utan från ett behandlarbehov.

Hur upplever då tandläkare i FTV ATV hur det är att utföra rotbehandlingar? Dahlström och medarbetare visade i *On root-filling quality in general dental practice* (2016), att rotbehandling ofta var förknippad med negativa känslor såsom frustration och stress och aktiviteten upplevdes som komplex och tekniskt svår. Rotbehandlingen utfördes ofta med en känsla av att inte ha kontroll och de flesta tandläkare som intervjuades upplevde att de inte kunde utföra rotbehandlingen inom utsatt tid.

I publikationen *Root canal treatment in a Swedish public dentalservice* (2021) av Wigsten och medarbetare, följdes rotbehandlingar från ställd diagnos och påbörjad behandling. Den vanligaste orsaken till att rotbehandling påbörjades var smärta, dvs. tandvärk. Det var i huvudsak molarer som behandlades, 48 %. Inom 12 månader var 70 % av alla tänder färdigbehandlade, dvs rotfyllda. De tänder som inte var rotfyllda var i huvudsak molarer. 50 % av molarerna blev rotfyllda inom 12 månader. 3 % av påbörjade rotbehandlingar remitterades till specialistklinik i Endodonti. Antal behandlingstillfällen per tand var 2,4 och om terapibeslutet ändrades till extraktion, skedde det oftast vid det tredje besöket.

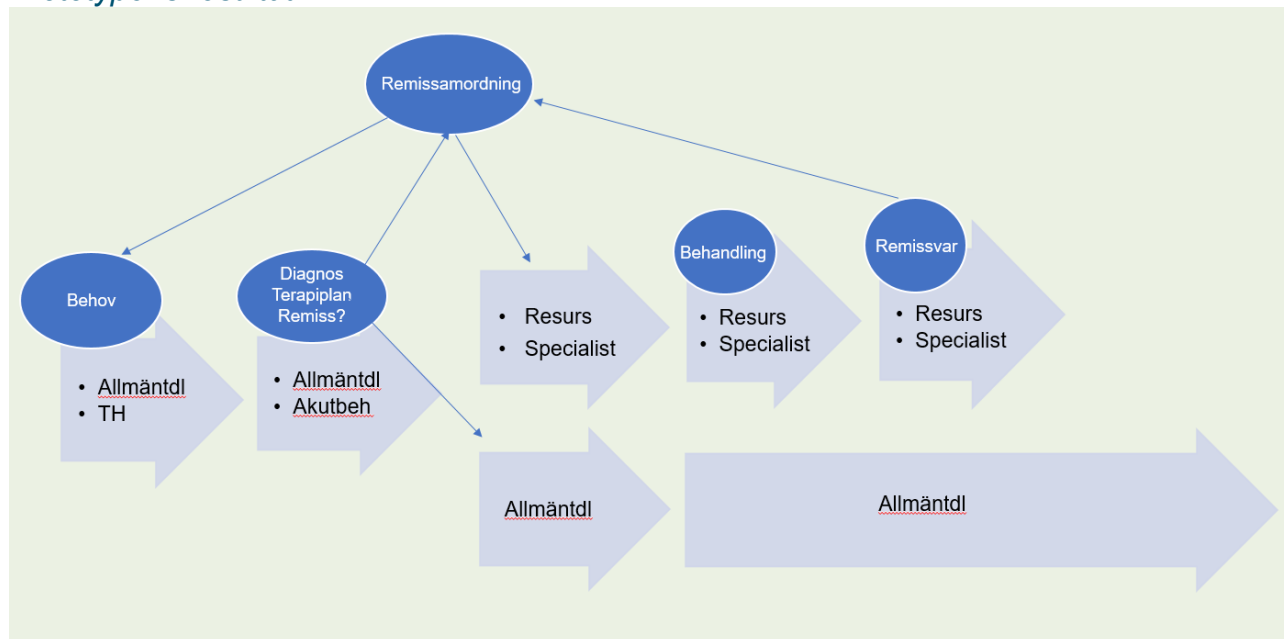
Wigstens avhandling innehåller också en enkätstudie av patientens upplevelse. 1–3 år efter påbörjad behandling var patienten mycket nöjd trots att 50 % fortfarande hade lite symtom från tanden och att var fjärde molar hade tagits bort eller inte blivit färdigbehandlad.

Specialistkliniken för Endodonti granskade frågeställningarna i remissen under perioden 20191201–20200228 (3 månader). Den vanligaste frågeställningen var infektionsproblematik (47 %) såsom infektion i

tidigare rotfylld tand. Näst vanligaste frågeställningen var anatomiska svårigheter (36 %) dvs komplicerad rotkanalsanatomik, svårt att hitta rotkanalen, när inte instrumenteringsdjup etcetera.

Detta stämmer väl överens med data från tidigare studie av Dan Sebring och medarbetare *Characteristics of teeth referred to a public dental specialist clinic in endodontics* (2017) som beskriver att 50 % av remisserna till Specialistkliniken för Endodonti i Göteborg gäller redan rotfyllda tänder och 50 % av dem har haft symptom.

### Prototypens resultat



Processbeskrivning vårdflöde och remissamordning

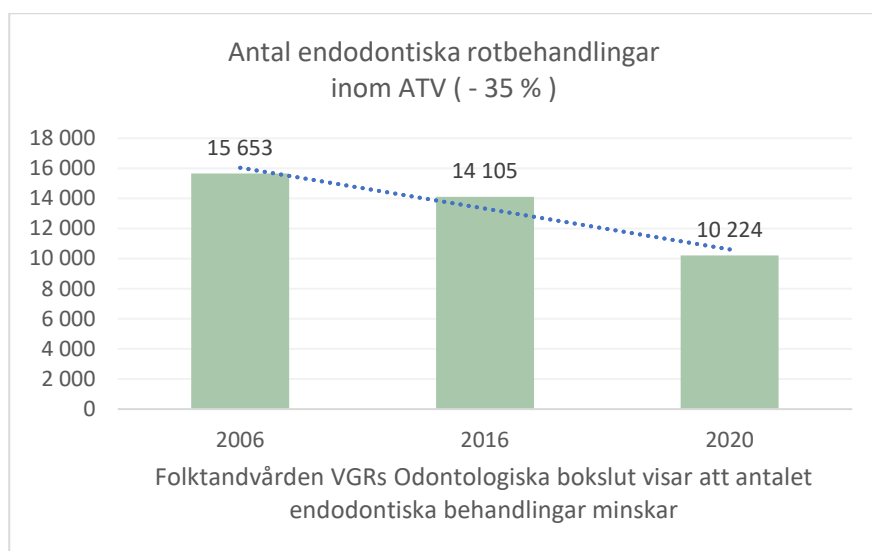
### Uppdrag 1

Kartlägga mer konkret vilka behandlingar och vilken volym som ska utföras inom ATV respektive STV, samt av nischkompetenta allmäntandläkare.

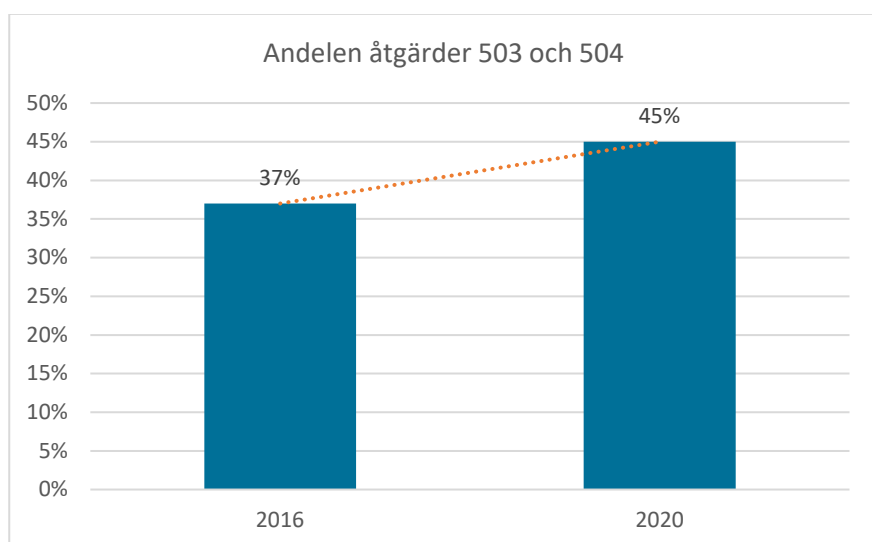
Klassifikation av svårighetsgraden på planerad endodontisk behandling finns beskriven av AAE (American Association of Endodontics). Ett förenklat dokument som idag används på Utbildningskliniken Vuxen FTV VGR för att kunna kategorisera om aktuell tand och behandling är aktuell för en student att utföra. Projektet har granskat detta dokument utifrån kända data och påbörjat en beskrivning över vad som bör behandlas i behandlingsflöde, resursflöde eller specialistflöde, bilaga 4.

Svårighet och omhändertagande av tand och patient ökar inom varje flöde. Kategorierna ska vara tydliga och gärna beskrivna med bildstöd för att enkelt kunna sorteras till respektive vårdflöde. Varje kategori ska utföras i beslutat flöde och patienten bör remitteras vidare om den hamnar i kategorin för resurs- eller specialistflöde.

Även om tandläkaren som ställer diagnos och upprättar terapiplan anser sig ha kompetens att utföra föreslagen vård, alternativt har intresse att lära sig behandla uppkommit vårdbehov. Detta för att upprätta god jämlik vård till bästa kvalitet för patienten.



Antalet rotbehandlingar år 2016 är 14 105 jämfört med 10 224 år 2020. Andelen åtgärder 503 och 504 år 2016 är 37 % och 45 % år 2020. Detta visar att det slutförs svårare behandling i allmäntandvården 2020 än det gjordes 2016. Fredrik Frisk et al (2015) visar i beskrivet material från Jönköpingsstudien att rotfyllningskvaliteten inte ökar och prevalensen av sjukdom vid rotfyllda tänder inte blir bättre. Orsaken till att rotfyllningskvaliteten ej blivit bättre trots förbättrad teknik tror forskare beror på att behandlaren utför mer endodontisk vård på svårare tänder, dvs molarer.



För att beräkna antalet, dvs volymen av behandlingar i respektive kategori har följande beräkning genomförts:

Totala antalet åtgärder 501, 502, 503, 504 i ATV + STV år 2016 – 2020 = X (74 250)

Medeltal per år = X/5 (14 850)

Antalet remisser till STV 2016 – 2020 exkl. konsultationsremisser = Y (16 175)

Medeltal per år = Y/5 (3235)

Andelen remisser kan ge en hänvisning av svårighetsgrad. Andelen remisser av totalt antal behandlingar =  $(Y/5) / (X/5) = 22 \%$

Kategoriindelningen behandling och resurs kan enkelt beskrivas som att åtgärder 501–502 utförs i behandlingsflödet, 503–504 utförs i resursflödet. I båda dessa flöden kommer det att finnas kategorier av vård som bör utföras i specialistflödet. Med utgångspunkt från ovanstående beräkning samt data från Wigstens avhandling beräknas andelen i respektive flöde bli:

31 % behandlingsflöde

33 % resursflöde

36 % specialistflöde

Initialt kan flödet till specialisttandvården öka men bör på sikt minska. Detta då behovet av vård på tidigare rotfylld tand och svårigheten att behandla tand, pga. anatomiska svårigheter bör minska. Resursflödet kommer på sikt kunna hantera en del av dessa frågeställningar som idag remitteras till specialisttandvården.

För att kunna använda ovanstående beräkning krävs att varje specialitet definierar vad som ska behandlas i respektive flöde. Definierade åtgärder bör sedan kunna beskrivas i antal.

## Uppdrag 2:

*Ta fram kompetenskrav och förslag kring kompetenssäkring för resurstandläkare i endodonti.*

I detta uppdrag har vi utgått från kompetenser som krävs samt vilka kompetenser som är önskvärda av funktion resurstandläkare. Med kompetens utgår vi från visad kunskap, färdighet och motivation.

Frågeställningar som beskrivs är:

Vilken kompetens krävs samt önskas?

Hur ska vi tillgodose krav och önskvärd kompetens?

Hur säkras kompetens och hur följs den upp?

I uppdrag 2 blir det tydligt att projekt resursklinik är ett gemensamt projekt mellan ATV och STV.

*Att ha kompetens för att bli resurstandläkare innebär:*

- Ett riktat intresse för ämnet
- Behandling av patienter med frågeställning enligt kategoriindelning och givet antal med god kvalitet. (för Endodonti minst 25 behandlingar i respektive i kategori)
- Genomgått VFK eller liknande med uppvisat resultat mot läromål
- Vara ambassadör för resursfunktion och konceptet samt en tydlig bärare av FTV's kultur
- Resurstandläkare utnämns av företrädare från ATV och STV

*Ett riktat intresse för ämnet innebär:*

- Att visa intresse för ämnet under och efter utvecklingsprogrammet
- Initierat intresse att delta och visa vilja att driva
- Att visa vilja att utveckla ämnet även när annan person innehar ansvaret på klinik
- Delar med sig av erfarenheter, såväl bra som mindre bra
- Självständigt ta ansvar för auskultation, dess innehåll och kunna återge ett lärande
- Aktivt engagemang på terapimöten

Att vilja genomföra en kurs inom ämnet är inte ett självklart riktat intresse utan viktigare är vad personen gör med den nya kunskapen.

Det är klinikchefen i ATV som ansvarar för att lyfta fram ett visat intresse hos medarbetaren. Detta kräver att klinikchefen är involverad och fångar upp intresset i en utvecklingsplan över tid med angivna aktiviteter, uppföljning och omdömen.

Klinikchef ATV nominerar medarbetare till att bli resurstandläkare. Urvalet sker tillsammans med klinikchef STV enligt gällande rutin för VFK. VFK utförs på specialistklinik enligt överenskommen läroplan för VFK i respektive specialitet. Resurstandläkare utnämns av företrädare från ATV och STV efter utförd VFK.

*För att bibehålla kompetensen som resurstandläkare krävs:*

- Delta på möten med specialist (2ggr/år)
- Utföra X antal behandlingar enligt modell/år, beslutas av respektive specialitet. För Endodonti minst 25. Loggbok på antal behandlingsskategorier upprättas.
- Kompetenssäkring, beskrivs och genomförs av respektive specialitet
- Aktivt deltagande i kompetensupprättande aktiviteter
- Engagemang i nätverk inom ämnet – leds av ATUV och SUV
- Ta ansvar för uppdraget och dess organisation.
- Tydlig bärare av FTV kultur – glädje, samarbete engagemang, vara ambassadör
- Använda utrustning som krävs för god vårdkvalitet
- Vara resurs i minst 3 år. Utvärdering efter 10 år avseende rotation och möjliggöra för ny resurstandläkare

Uppföljning av att kompetensen bibehålls görs av organisation resursflöde där representant från ATV och STV bör ingå.

### Uppdrag 3

*Ta fram förslag på antal, struktur och process för resurskliniker inom endodonti (antal kliniker, mikroskop och antal nischkompetenta tandläkare etc.)*

#### Antal

För att beräkna antal nischkompetenta tandläkare har basen beräknats från mängden vård som nischandläkaren ska göra och hur lång tid det får ta baserat på allmäntandvårdens timtaxa och prislista år 2022.

Mängden vård beräknas utifrån underlaget under uppdrag 1. Den nischkompetenta tandläkaren utför 31% av tillgänglig endodontisk vård. Enligt beräkningsmodell beskriven under uppdrag 1 skulle detta motsvara 4603 rotbehandlingar

Medeltid för utförd endodontisk behandling, vilket inkluderar undersökning, röntgen och åtgärd 501–504, är 2,8 timmar.

Antalet timmar för att utföra 4603 rotbehandlingar: 12 888h

En heltidsanställd arbetar 1700 per år

66% av dem timmarna är klinisk tid, dvs 1122h per år

Behov antal heltider nischandläkare:  $12\ 888h / 1122h = 11,5$  (23 om de arbetar 50%).

För att kunna ha lite spelrum vad gäller resurser kan 25 vara lämpligt. Spelrum i form av att kunna upprätthålla en god tillgänglighet om till exempel någon har en längre tids frånvaro.

Vår bedömning är att resurstandläkaren arbetar 50 % med sin nischkompetens och övriga 50 % med annat i vårdflödet. Vilket kan innebära inom en ytterligare nischad kompetens alternativt i behandlingsflödet.

Med 25 resurstandläkare kommer 4603/25 rotbehandlingar utföras per person, dvs 184 per år. Detta innebär att mängden vård för att kunna bibehålla kompetensen bör tillgodoses. Viktigt att antalet beskrivs utifrån de olika kategorierna av beskriven vård.

#### Struktur och Process

Resursvård bör placeras där vårdbehovet finns och är mest tillgänglig för patienten. Endodontisk behandling kan oftast slutföras under två behandlingstillfällen. Data visar att mängden endodontisk vård är koncentrerad till Göteborgsområdet. 38 % görs i Göteborgsområdet (Storgöteborg samt Hisingen). I övriga områden, Öster, Väster och Söder är det en jämn fördelning på dryga 21 %. Detta innebär att 9,5 resurs placeras i Göteborgsområdet. 5, 25 i respektive Öster, Väster och Söder.

Resursklinik i Endodonti bör utrustas med mikroskop samt de endodontiska instrument, material och medicinska produkter som krävs för att kunna utföra modern endodontisk vård.

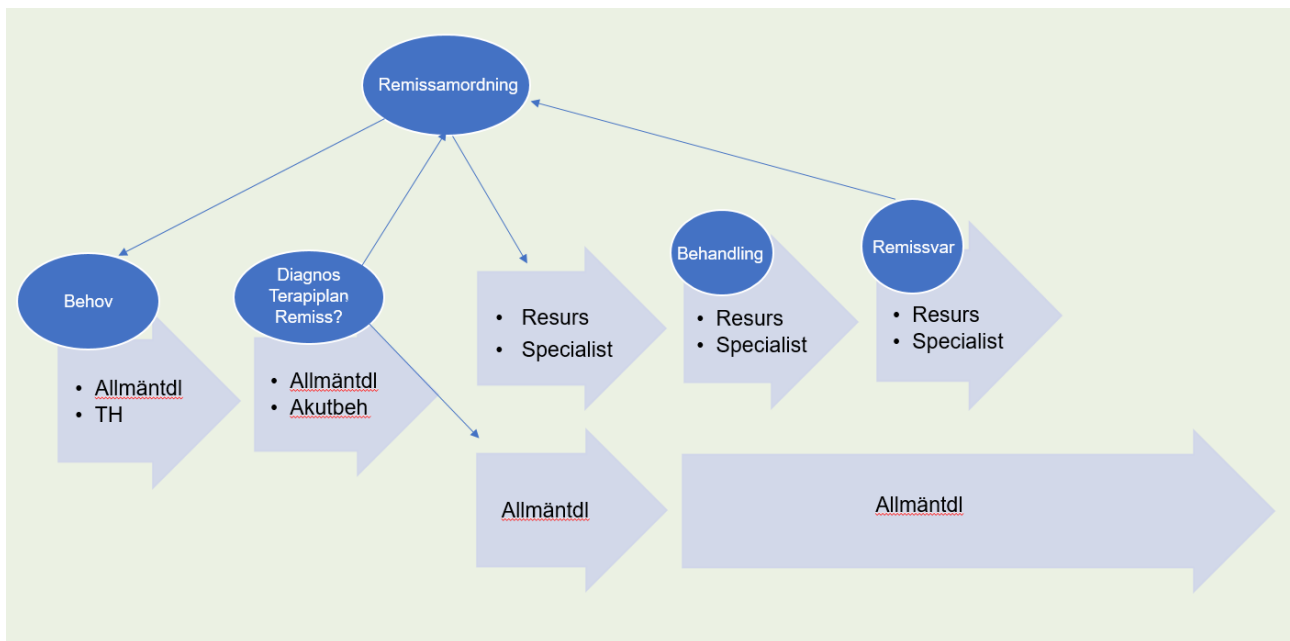


Fig. 1: Schematisk bild: process behov vård

Processen utgår från att det uppstår ett behov hos patient som söker vård. En första undersökning sker av tandläkare eller tandhygienist. Endodontiska diagnoser kan endast ställas av tandläkare, då det inte ingår i tandhygienistens legitimation och kompetens. Diagnos ställs och terapiplan upprättas. Utifrån upprättad terapiplan sker bedömning om vård ska utföras i behandlings-, resurs- eller specialistflöde. Om behandlingen ska ske i resurs- eller specialistflöde remitteras patienten. Remissen skapas i journalsystemet för remissamordning i en samordningsfunktion.

Samordningsfunktion tillgodoser att remissen skickas vidare till resurs eller specialist enligt givna och kända kriterier. Detta kan ske genom bildstöd och/eller ev. AI. Samordningsfunktionen är navet i remisshanteringen och dess administration kan utföras av för uppgift rätt kategori eller teknik. Samordningsfunktionen säkerställer att regelverket kring remisshantering följs, är kontaktyta för patient och remittent samt bokar in patienten för en första undersökning hos resurs- eller specialisttandläkare.

Prioritering av remissen sker av specialisttandläkare enligt givna kriterier.

Vården utförs hos resurs alternativt specialisttandläkare och remissvar skickas till samordningsfunktionen som förmedlar vidare till patientens hemmaklinik.

## Uppdrag 4

### Identifiera vilka ekonomiska konsekvenser en sådan här struktur skulle få

Projektet har identifierat svårigheter i att beräkna faktiska kostnader för föreslagen struktur. De ekonomiska konsekvenserna beskrivs nedan i termer av kostnadsdrivande och kostnadsförbättrande faktorer. Beräkning har utförts gällande kompetenshöjande insatsen VFK till att erhålla kompetens som nischtandläkare.

#### Kostnadsdrivande faktorer:

- Kommunikation i organisationen; omfattning ger behov av resurs
  - Uppföljning av kommunikationen
  - Utbildning i modellen/strukturen (KC, TDL, TH, administrativ personal)
  - IT-utveckling - en kö, samordning, robot
  - Etablering resursklinik - material, utrustning, övrigt
  - Utbildning resurstandläkare enligt tänkt kompetensutvecklingsplan
  - Bibehålla kompetensen
  - Svårare fall kan ge lägre intäkt
  - Lönetillägg för resurstandläkare
  - Resekostnader att arbeta på olika kliniker
- 
- Strukturerad uppföljning av genomförd intervention.
  - Förändringsledning - kommunikation, utbildning, förankring, etablering, uppföljning

Verksamhetsförlagd kompetensutbildning (VFK) i Endodonti med en omfattning på 6 månader och en dag i veckan (20%) beräknas kosta 408 911 kr. Beräkningsfaktorer är tappade intäkter ATV och STV, kostnad lön finansieras centralt 3 månader och resterande av utförande klinik STV, intäkter tillfaller klinik STV. Beräkningarna har gjorts enligt nuvarande ekonomiska upplägg för VFK Endodonti.

Ett mikroskop utrustat för endodontiskt behov kostnad ca 140 000kr dags dato.

#### *Kostnadsförbättrande faktorer:*

- Minskad kostnad för patienten; mer vård görs i ATV med god kvalitet, mindre restid, mindre tid borta från arbete
- God hälsoekonomi
- Minskade kvalitetsbristkostnader
- Ökad Goodwill och förbättrat varumärke ger fler patienter
- Medarbetare väljer att behålla sin anställning
- Struktur som håller över tid
- Tydlig process
- En stolthet i organisationen ger nöjda medarbetare, attraktiv arbetsgivare (EVP)
- Remissamordning

### Uppdrag 5

*Ta fram en modell för en väg in för remisser inom ämnesområdet endodonti, både inom ATV och mellan ATV-STV samt göra en risk och konsekvensanalys*

Tänkt modell: Fig. 1 är beskriven under Uppdrag 3 där även schematisk bild finns.

### Risker som identifieras för projekt Resursklinik

#### **Organisatorisk otålighet**

- Att tandvårdsledning/områdeschefer/klinikchefer/medarbetare inte orkar hålla ut och stå fast vid vald riktning
- Oklarhet i samordning av nytt koncept och organisation
- Lång startsträcka

#### **Att förståelse och acceptans för koncept inte uppnås hos klinikledning såväl som hos medarbetare**

- Klinikledning- "gör på sitt sätt" dvs. låter medarbetare utföra vård som i nuläget
- Medarbetare - väljer att lämna eller inte söka sig till FTV
- Känsla av A/B-lag beroende på vad behandlare tillåts utföra i vårdflödet

#### **Tekniska begränsningar**

- Journalsystem (T4) ej möjlig med 1 gemensam databas för hela FTV VGR
- AI-teknik ej möjlig eller kostsam
- Motstånd för teknisk och digital utveckling inom organisationen

#### **Lönestruktur**

- Otydlighet i lönesättning kopplat till funktion och kompetens för alla berörda kategorier, bred såväl som nischad
- Lön och förmånsmodell, (ex. resultatdelning) motarbetar snarare än stöttar utveckling av nytt koncept

#### **Ekonomi**

- Effekt av utvecklingsinsats (VFK) i tid och intäkter
- Se uppställning ekonomiska konsekvenser och förbättringar
- Hur mycket får förändringen kosta?

#### **Privata konkurrenter**

- Reaktion från privata vårdgivare (vg.) när enbart remisser över gränssnitt behandlas av STV och övrigt avvisas
- Digital teknik ska ombesörjas även för privata vg. i vårdsamordning
- Resurstandläkare efterfrågas hos privata vg., som anställda alternativt som bisyssla

### **Samordningsfunktion/Vårdsamordning**

- Flöde vid avbokning i närtid, vem hanterar vad? (Digital (AI) eller personlig kontakt)
- Dåligt underlag som inte ger optimerade processer
- Förutsätter IT-struktur som kan hantera en gemensam funktion för remisshantering.

### **Utbildningströtthet hos STV**

- STV har andra uppdrag som kan behöva stå tillbaka för att koncentrera sig på utbildningen i FTV ATV. Hur tillgodoser vi att specialisten och specialiteten får den kompetensutveckling hen eller den behöver?

### **Patientperspektiv**

- Patienten väljer bort vård/kliniken för att ” De gör inte detta på min klinik”. Patienten önskar gå på den klinik där hen kan få det omhändertagande hen har behov av
- Patienten tror att det kostar mer att gå till resurstandläkare

### **Vinster som identifieras**

- God vård skapas - vård som är patientfokuserad, kunskapsbaserad, säker, jämlik, effektiv och tillgänglig inom rimlig tid. Patienten erhåller god vård oavsett var hen bor i VGR.
- Patienten får rätt vård till rätt kostnad i rätt tid
- FTV resurser och kompetens räcker till för flera
- STV ökar sin tillgänglighet för specialistvård

Positiv påverkan på arbetsmiljön då resurser används på rätt sätt, med tydliga kompetensutvecklingsmöjligheter för att utföra FTV's uppdrag i en tydlig struktur.

En karriär- och utvecklingsmodell (KUM) som inbegriper ATV såväl som STV med tydlig koppling till löneutveckling.

## **Uppdrag 6**

*Ta fram mätetal och hur de ska mätas i relation till effektmålen*

### **Mätetalen i relation till effektmål**

Mätetalen utgår från indikatorer för god vård i relation till beskrivna nationella indikatorer för tandvård enligt Socialstyrelsen samt beslutade verksamhetsstrukturer. Mätetalen är kända från endodontisk forskning och uppföljning

Effektmålen i projekt resursklinik är:

- Höjd kvalitet
- Färre omgörningar
- Tydlig struktur
- Rätt vård på rätt instans

Effektmål	Mätetal	Hur	Mål
Höjd kvalitet	Behandlad tand kvar efter 5 år	Nationella indikatorer för tandvård, SoS	90%
	Andel behandlingar som slutförs inom två behandlingstillfällen	PKP	90%
	Antal rotbehandlingar som utförs i respektive vårdflöde inom angiven kategori	Journalsystem, remisshantering	25
Färre omgörningar	Andelen remisser till specialisttandvård gällande periapikal destruktion på rotfylld tand	Kategorisering av remisser	25%

Tydlig struktur	Remiss bedömd och prioriterad	Remissystem	14 dgr
	Tid för behandling inom 90 dgr – bokad tid	Remissystem	80%
	Slutförd behandling inom 90 dgr - remissvar	Remissystem	80%
Rätt vård på rätt instans	Följsamhet till kategoriindelning	Åtgärder på tand	95%

## Slutsatser

Implementering av resursklinik förutsätter:

- En gemensam **målbild** i linjen
- Tydlig **kommunikation** i linjen
- **IT-lösning** för vårdsamordning för att kunna skapa en gemensam funktion för remisshantering
- En **tydlighet** i vilken vård som behandlingsflöde, resursflöde och specialistflöde ska hantera.
- Samtliga vårdflöden och vårdgivare i respektive flöde är **lika viktiga**
- En **organisation** som stödjer beskrivna vårdflöden
- **Systematisk uppföljning** i perspektiven patient, vårdgivare, organisation samt hälsoekonomi och hållbarhet
- **Uthållighet**

## Prototyp Tandhälsoklinik

### Uppdrag

#### Bakgrund och syfte

Ta fram modell på hur en modern tandhälsoklinik skulle kunna se ut med fokus på undersökning, screening, diagnostik, prevention, riskbedömning och triagering till andra flöden. Bemannad av främst tandsköterskor och tandhygienister och med backup av tandläkare. Förutsättningarna är följande:

- Tillgängligheten ska bibehållas.
- Brålanda har behov av översyn – behövs ett omtag
- Tandläkare gör färre komplicerade behandlingar.
- Digitalisering ger nya möjligheter.
- Jämlik vård i regionen.
- Möta patienternas behov.
- Främja karriärväg för tandhygienister och tandsköterskor.
- Lyfta Folk tandvårdens hälsofrämjande roll.

[Uppdragsbeskrivning - Prototyp \(Tand\) Hälsoklinik](#)

## Resultat

[Länk till fullständig rapport](#)

Beroende på var Tandhälsokliniken finns i regionen kommer den att vara unik för den plats den är placerad på.

- I ett högriskområde skulle kliniken bli specialist på orsaksutredningar, stödbesök samt inskolningar för att avlasta klusterklinikerna som står för tandläkare kompetensen.
- I ett lågriskområde skulle kliniken bli mer specialiserad på att bibehålla de friska friskt – i detta område kommer få tandläkare att behövas.

- På en vårdcentral där man tar hand om äldre – vilket skulle innebära att man specialiserade sig på bemötande, läkemedel, stödbesök men också ett behov att ha en tandläkare på plats fler dagar i veckan.
- Resursklinik för att öka tillgänglighet i områden

En tandhälsoklinik är en modern klinik som har alla möjligheter att använda den digitala utrustningen som redan finns i Folktandvården Västra Götaland.

Bemannas till största del av tandhygienister och tandsköterskor.

Nära samarbete med övriga vårdflöden – vilka är en resurs till tandhälsokliniken men också omvänt – tandhälsoklinik en resurs för övriga vårdflöden.

Kundbehovsundersökningen från Hokahey – behov under besök; har särskilt beaktas och tagit med som en del hur man kan arbeta på Tandhälsoklinik med fokus på bemötande.

### *Standarutbud*

Barn, vuxna, frisktandvårdspatienter, äldre, sköra

- Fullständiga undersökningar inklusive röntgen, screening av slemhinnor/tunga samt käkmuskulatur
- Vårdplanering
- Tandstensborttagning, polering och fluorbehandlingar
- Behandlingar av karies och parodontit
- Förebyggande, orsaksinriktade behandlingar
- Behandling mot ilningar
- Viss estetisk tandvård
- Digitala vårdmöten
- Planering för lagningar eller annan operativ tandvård tillsammans med legitimerad tandläkare/specialist och patient
- Temporära fyllningar
- Samverkan med socialtjänst
- Samverkan med äldreboende
- Samverkan med BVC

### *Tilläggsjänster*

- Hälsopromotör
- Tandvårdsrådsrådgivning
- Samverkan med kurator på tex Närhälsan som möter många tandvårdsrädda patienter.
- Sjukgymnast/bettfysiolog på distans
- Specialutbildad tsk som följer med till affären eller till den digitala affären – Visar på sockerhalt i förpackningar och ger förslag på alternativ
- Erbjuder barnkalas med tandtema – tandtroll, tandfé. Nappträd besök av Flora och Bisse
- Erbjuder Förskolor att boka besök
- Möjlighet att vända sig till företag och erbjuda event + föreläsning + ev polering
- Samverka med andra föreningar för att få upp ett intresse, visa att vi finns
- Samverkan med Migrationsverket – information, möte
- Starta ett mellanmålscafé – erbjuda ett bra alternativ för barn som är på väg hem från skolan.

### *Riskhantering*

- Här ser vi att våra beställare av Barntandvård kan komma att behöva justera vissa riktlinjer. Tex att barn är listade på en klinik men vård utförs på annan klinik så att rätt ersättning kan betalas ut.

- Att nuvarande system med budget för den enskilda kliniken behöver ses över, då vi tror att man kommer att arbeta i olika flöden och det behöver vara enkelt att administrera tex personalen.
- Vi ser det som en risk att digitala vårdbesök inte finns med inom högkostnadsskyddet. (Tandvårds och läkemedelsverket, TLV)
- Frisktandvården behöver också justeras så att man får betalt för den vård som man utför inom respektive flöde.

### Uppföljning

- Kundperspektiv → Patientenkät vid besöket
- Medarbetarperspektiv → Personalenkät regelbundet
- Ekonomi → Uppföljning på samma sätt som övriga kliniker
- Uppföljning av effekter tex behandlingstid per undersökt patient (minskar den?)  
Tandläkartid – PKP

### Inhämtat kunskap och erfarenheter från andra regioner

Teamsmöten med Region Västernorrland, Uppsala och Västerbotten har gett oss bra input till vårt arbete. Speciellt med Region Uppsala som har startat upp en klinik som tar hand om de friska patienter från 18 år och uppåt. Där man har fokus på undersökningar, men även gör enklare lagningar övrig vård slussas över till grannkliniken.

### Slutsatser

#### Vad vinner man med en Tandhälsoklinik?

- Rätt kompetens och spetskompetens
- Tillgänglighet
- Kontinuitet för patient
  - Samma klinik
  - Frisk patient vill gå till en klinik
  - Möjlighet att bemöta patient som har Hälsoram som fokus
  - Avstånd
- Billigare då den inte behöver vara fullutrustad (material, instrument osv)
- All kontakt med patienten har fokus på bemötande, ett välkomnande sätt, att ge den kunskap som kund/patient behöver/efterfrågar. Målet är friskare patienter med ett eget intresse för sin munhälsa.

#### Vill kund/patient betala för tilläggstjänst Digitala möten?

Ja det tror vi. De tandhygienister som vi har med i gruppen, har inga klagomål från patienter när man lägger åtgärder om information. Det beror på hur man förklarar för patienten. Patienten får information om kostnaden innan. Att patienten får en förståelse för hur viktigt information/kunskapsutbyte är för att kunna få/bibehålla en god munhälsa

Vi tror att det kan vara ett gott val för patienten att välja digitalt –

- billigare än ett fysiskt besök
- ingen restid
- kan göras varsomhelst bara det finns nätuppkoppling
- återkoppling på hur det går
- kortare tid än ett fysiskt, mer effektivt.

### Arbetsätt

- Möjlighet att arbeta vissa dagar hemifrån – där man tex bokar in sina förbesök, terapimöten, digitala patientmöten (kontroller)
- Kan vara en fördel att arbeta med 2 olika flöden; undersökningsflöde samt behandlingsflöde/ resursflöde
- Digitaliserade – kunskap om den teknik vi har
- Möjlighet till snabba konsultationer med Folktandvården Online
- Jobba utifrån våra kundlöften – som hälsofrämjare.
- Stor fokus på bemötande
- Veckomöten med behandlare i behandlingsflödet

- Terapimöte med resurstandläkare – kan vara olika beroende på område (protetik, endodonti osv)
- Planerade morgonmöte dagligen 10 min.
- Verksamhetsmedvetna medarbetare
- Utbildningar – bemötande, MI- teknik mm.

*Delprojektet tror att en klinik med fokus på tandhälsa och bemötande kommer att locka till sig patienter/kunder och medarbetare.*

- För patienter/kunder har man tagit hänsyn till patienten behov utifrån kundbehovsundersökningen så långt som möjligt.
- I standardutbudet finns olika saker för medarbetare att fokusera på samt även ha vissa tilläggstjänster.

## Prototyp Karriärutvecklingsmodell

### Uppdraget

#### *Syfte och mål*

Att ta fram en karriär och utvecklingsmodell för medarbetare inom kärnverksamheten och med koppling till den framtida strategiska inriktningen för FTV.

Målsättningen är att stödja den framtida kompetensförsörjningen så att FTV kan genomföra uppdragen och nå de långsiktiga målen.

#### *Bakgrund*

Under kartläggningsfasen av FTV 2030 genomfördes medarbetarintervjuer och då framkom ett behov av att tydliggöra och beskriva utvecklingsmöjligheterna för medarbetare.

En åsikt som också lyftes är att verksamheten uppfattas som alltför produktionsstyrd och att specialisering/nischning "favoriseras" framför bredd- och erfarenhetskompetens.

I utvecklingsarbetet kring uppgiftsväxling som tidigare gjorts, togs en skiss kring kompetenspyramider fram för att stimulera till utveckling. Detta arbete är en grund för att skapa karriär och utvecklingsvägar inom FTV. Inom VGR finns ett pågående arbete med Karriär och utvecklingsmodeller som ett led i arbetet med att bli Sveriges bästa offentliga arbetsgivare.

[Uppdragsbeskrivning - Prototyp Karriärutvecklingsmodeller](#)

### Resultat

[Länk till fullständig rapport](#)

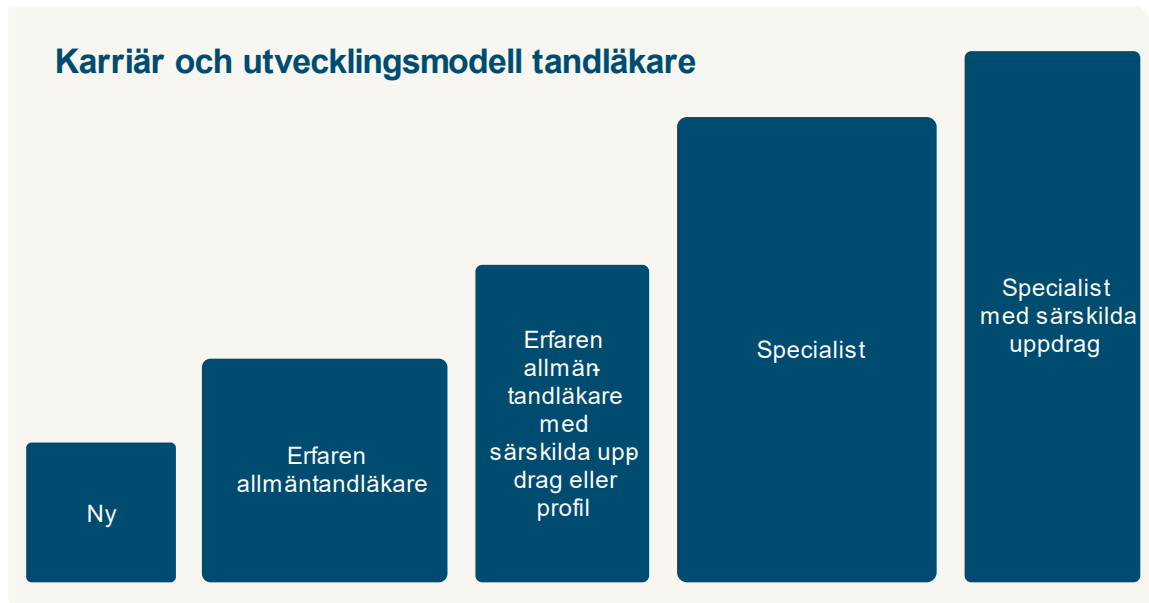
Den modell som presenteras är i hög grad en avspegling av dagsläget. Den visar utvecklingsmöjligheter som kopplas till arbetets svårighetsgrad, grundad i arbetsvärdering enligt BAS. Därmed finns en koppling till lönepolitiken.

Här nedan är bilder på modellen med olika boxar som beskriver roller/arbetsområden för respektive yrkesgrupp och kortfattade kommentarer kring innehållet.

Inom flera delar finns frågetecken, vilket innebär att ytterligare utredning krävs om det är en roll som hänförs till den boxen. Boxarna är olika breda eller smala – som en spegling av innehållet.

Det finns idéer om uppdrag på olika nivåer, som ryms inom en box och som skulle kunna vara en utvecklingsmöjlighet genom att medarbetare får ta ansvar och ger ett lärande för framtida uppgifter. Det arbete är ej färdigt och finns ej med i denna rapport.

## Karriär och utvecklingsmodell tandläkare



FOLKTA VDVÄRDEN



### Ny i yrket

- Innebär till och med genomfört utvecklingsprogram

### Erfaren allmäntandläkare

- Behärskar vanligt förekommande vård inom alla behandlingsområden (följer nationella riktlinjer, vårdprogram och rutiner)
- Skapar förutsättning för uppgiftsfördelning så att alla i teamet arbetar på toppen av sin kompetens och vården blir resurseffektiv med god kvalitet.

### Erfaren allmäntandläkare med särskilda uppdrag eller profil

- Uppdrag som kräver erfarenhet och specifik kompetens ex odontologisk sakkunnig, resurstandläkare

### Specialisttandläkare med särskilda uppdrag

- Uppdrag som kräver erfarenhet och specifik kompetens ex huvudhandledare och TUA

## Karriär och utvecklingsmodell tandhygienist



FOLKTÄNDEVÅRDEN



### Ny i yrket

- Till och med genomfört utvecklingsprogram

### Erfaren

- Behärskar vanligt förekommande vård inom tandhygienistens behandlingsområden (följer nationella riktlinjer, vårdprogram och rutiner)
- Behandlar parodontit och kariessjukdomar upp till gränssnittet för specialisttandvård
- Skapar förutsättningar för uppgiftsfördelning så att alla inom teamet arbetar på toppen av sin kompetens och vården blir resurseffektiv med god kvalitet

### Erfaren tandhygienist med särskilda uppdrag eller profil inom allmäntandvården

- Uppdrag som kräver erfarenhet och specifik kompetens TAIK? resurshandhygienist, undervisningstandhygienist

### "Specialist" tandhygienist - (behöver ytterligare utredas)

- Specifika uppdrag inom STV, såsom inom käkkirurgi, ped., parod, orofacial med, protetik



### Ny i yrket

- Till och med genomfört utvecklingsprogram

### Erfaren

- Behärskar vanligt förekommande vård inom alla behandlingsområden (följer nationella riktlinjer, vårdprogram och rutiner)
- Har självständiga uppgifter vid behandlingar och egna patientmöten
- Arbetar på toppen av sin kompetens för en resurseffektiv och kvalitativt god vård

### Erfaren tandsköterska med särskilda uppdrag eller profil inom allmäntandvården

- Ex tandsköterska vid utb. kliniken, FRAMM (100%,) VFU? – behöver ytterligare utredas

### "Specialist" tandsköterska

- Specifika uppdrag inom STV såsom ex ortodontiassistent, röntgenassistent, inom pedodonti (under utredning) och bettfysassistent

### Risker

Vid den SWOT analys som gjordes kring införandet av en karriär och utvecklingsmodell inom FTV lyftes nuvarande styrmodell med ett starkt klinikperspektiv som en risk kopplat till utvecklingsmöjligheterna för medarbetare. Likaså ett alltför starkt klinikberoende – dvs medarbetares möjligheter är beroende av vilken arbetsplats man arbetar på. I analysen lyftes fram ett starkt behov att tydliggöra utvecklingsvägarna inom FTV.

Dessa antaganden påverkar sannolikt medarbetares möjligheter att till fullo utveckla och använda sin kompetens inom FTV och risk finns att man väljer att lämna FTV för andra arbetsgivare.

### Slutsatser

För att modellen ska vara hållbar över tid kan den inte vara alltför detaljerad. Likaså behöver den spegla arbetsområden med mer kvalificerade uppgifter och ansvar, så det blir ett samspel med vår lönepolitik. Modellen innehåller också förväntningar för att stimulera till att kompetensen används på rätt sätt inom FTV som helhet. Inom alla yrkeskategorier behöver det finnas möjligheter att arbeta på toppen av sin kompetens.

Idag saknas ett systematiskt arbete med karriär och utvecklingsvägar för medarbetare. Genom att strukturerat koppla ihop utvecklingsvägar med vårduppgifter skapas ett vinna-vinna koncept för medarbetare, organisation och patienter. Att kompetensen används på rätt sätt stödjer kompetensförsörjningen. Tydliga utvecklingsmöjligheter är efterfrågat av medarbetare utifrån de intervjuer som gjordes i kartläggningsfasen av FTV 2030 och är ett viktigt bidrag i EVP arbetet (Employer Value Proposition).

Prototyperna i FTV 2030 kan ge ytterligare roller/uppdrag/arbetsområden som framöver kan ingå i Karriär och utvecklingsmodellen.

### *Förslag framöver*

- Beskrivning av karriär och utvecklingsmöjligheter behöver arbetas med och presenteras på ett genomtänkt och pedagogiskt sätt.
- Modellen behöver kompletteras med kompetenskrav, kompetensutveckling, och hur den ska användas inom FTV.
- Modellen och arbetssättet behöver förankras i linjeorganisationen och en genomförandeplan tas fram.
- En förvaltningsorganisation eller motsvarande behöver tas fram för att bland annat omhänderta arbetsområden eller roller som utkristalliseras från utvecklingsarbete eller utifrån uppgiftsfördelning. De behöver fångas samt utreds vidare som en del i tydliggörandet av karriär och utvecklingsmöjligheter för medarbetare.
- VGR har nyligen tecknat avtal med en IT leverantör om ett kompetenshanteringssystem, vilket kommer att underlätta dokumentation av kompetenser för medarbetare. Fortsatt arbete med karriär och utvecklingsmodellen behöver inkluderas i implementeringen av det systemet.

## **Prototyp Översyn av utvecklingsprogram**

### **Uppdraget**

#### *Bakgrund och syfte*

Under medarbetarintervjuerna har det framkommit att det finns ett behov av att tydliggöra och beskriva utvecklingsmöjligheterna för medarbetare i kärnverksamheten, där utvecklingsprogrammen utgör en första del.

- Nuvarande utvecklingsprogram för nyexaminerade behandlare har inte genomlysts för en eventuell reformering de senaste 5 – 10 åren.
- Uppdraget syftar till att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen så att FTV kan genomföra uppdraget och nå de långsiktiga målen.
- Målsättningen med uppdraget är att utvecklingsprogrammen för tandläkare/tandhygienister/tandsköterskor/receptionister inom kärnverksamheten anpassas och har koppling till den framtida strategiska inriktningen för FTV
- Utgångspunkt för uppdraget ska vara de insikter som projekt 2030 renderat samt strategiska inriktningar som planeras och genomförs i verksamheten och ha en anpassningsbar struktur.
- Utvecklingsprogrammen ska vara anpassade både till aktuell kravbild och föreslagna strategiska inriktningar.
- Utvecklingsprogrammen behöver utvecklas i flera steg då det finns stark koppling till de andra delprojekten som pågår parallellt.
- Ta fram genomförandeplan för ett införande.

#### [Uppdragsbeskrivning - Översyn av utvecklingsprogram](#)

#### *Beskrivning av uppdraget*

- Utgångspunkt för uppdraget ska vara de insikter som projekt 2030 renderat samt strategiska inriktningar som planeras och genomförs i verksamheten och ha en anpassningsbar struktur.
- Anpassa utvecklingsprogrammet från aktuell kravbild och föreslagna strategiska inriktningar.
- Utvecklingsprogrammen behöver utvecklas i flera steg då det finns stark koppling till de andra delprojekten som pågår parallellt.
- Ta fram genomförandeplan för ett införande.

### **Resultat**

[Länk till fullständig rapport](#)

En översyn av Utvecklingsprogrammet för tandläkare har genomförts och försök har gjorts att anpassa programmet till de både aktuella kravbild och de strategiska inriktningar som vi kan se idag. Prototypernas upplägg och utseende har förändrats/uppdaterats under projektets gång och idag är svårt att förutsäga vilken strategi som utvecklas i framtiden.

I delprojektet Karriär- och utvecklingsmodell, KUM återfinns den nye tandläkaren i utvecklingsprogrammet på nivå "Ny tandläkare".

Med utgångspunkt att patientresan kommer att ske i olika vårdflöden återfinns vi den nye tandläkaren under utvecklingsprogrammet i undersöknings- och behandlingsflödet. Det kan komma att innebära att handledning ska möjliggöras i bägge flödena.

Det finns inte behov av att göra omfattande förändringar i programmet då programmets utvärderingar är goda och förändringar görs löpande. Eftersom syftet har konkretiserats kommer vissa förändringar att behöva göras i innehållet för att ge förutsättningar att nå Lärmålen.

### Förslag till övergripande förändringar är:

- Ett obligatoriskt program med valbara och individuella inslag
- Riktmärke 3-årigt
- Mentor vid behov
- Handledning på flera kliniker
- Teamarbete i ett större perspektiv
- Mer inriktning mot hälsa och hälsopromotion
- Kommunikation, coachande/ motiverande samtal
- Förändrings- och utvecklingsarbete genomförs under programmets gång
- Använda digitala vårdmöten/digitala verktyg
- Ta fram uppföljningsbara mål
- Utvecklingsprogrammet ska leda till ett godkännande

Genomförande av ovanstående förändringar kan utvecklas i flera steg. Vissa kan ske i närtid medan andra delar är beroende av resterande delprojekts fortsatta utveckling.

Digitaliseringens fortsatta utveckling och vår idé om ett Digitalt träningscenter vet vi inte så mycket om idag och får finnas med som ett framtida önskemål under utvecklingsprogrammet, där behov finns.

### Slutsatser

Det resultat som framkommit leder varken till några stora eller svåra förändringar utan kommer att lyfta utvecklingsprogrammet ytterligare för att fortsätta vara intressant och utvecklande genom att anpassas både till nuvarande och kommande strategier. Resultatet får och kan successivt förändras utifrån kommande beslut angående det fortsatta arbetet med prototyperna, men är inte beroende av dessa. Ett nära samarbete med KUM bör dock finnas också fortsättningsvis.

Då tiden har varit begränsad för delprojektet har vi endast koncentrerat oss på Utvecklingsprogrammet för tandläkare. Förutom de ändringar som föreslagits ovan behöver arbetet fortsätta efter projektets slut, med att:

- Att utveckla övriga utbildningsprogram (tandhygienist, tandsköterska, receptionist)
- Ta fram uppföljningsbara mål
- Fortsätta utveckla detaljerat innehåll utifrån givna lärmål
- Omarbeta/uppdatera mallar, stödmaterial och intranätets information.
- Behöver handledarens roll tydliggöras och stärkas med de förändringar som föreslås?
- Skapa läroaktivitet i Lärportalen som utgångspunkt och portal för all information och progression i Utvecklingsprogrammen.

### Effektrisker

En riskanalys genomfördes under projektets gång. Där fick projektets tidplan ett högt riskvärde 6/9 och det fick också konsekvensen att endast ett av utvecklingsprogrammen kunde ses över under projektets gång.

Ett högt riskvärde 6/9, fick också Implementering av nya program då det ansågs i projektgruppen att det tar tid att förankra nya arbetssätt pga stor organisation. Idag kanske vi kan se att förändringarna inte blir så stora och därför inte kommer att kräva så stora förankringsprocesser.

En risk som tillkommit är att det påbörjade arbetet inte får fortsätta med den utveckling/ de åtgärder som föreslagits i delprojektet. Förslagen till förändringar i Utvecklingsprogrammet för tandläkare får konsekvenser för övriga utvecklingsprogram.

## Framtagande av förslag

Den sista fasen i projektet har varit att ta fram en målbild på hur Folktandvårdens verksamhet och arbetssätt kan se ut år 2030 för att möta framtida behov med särskilt fokus på invånarens perspektiv.

Målbilden bygger på den kunskap och insikter som kommit fram under kartläggningsfasen och under utforskandet i prototyperna.

Till målbilden hör också en roadmap med aktiviteter som behöver genomföras för att kunna uppnå målbilden.

## Målbilden

Inom förändringsledningsteorier poängteras vikten av att ha en tydlig målbild. Detta för att alla ska gå åt samma håll och få förståelse för varför vissa förändringar krävs.

Projektet har valt att dela upp målbilden i tre perspektiv; verksamhet, kund och medarbetare för att göra bilden lite mer överskådlig men det viktigaste är att utgå från kundens resa genom vårdflödet.

## Verksamhet

En verksamhet med sömlösa och sammanhållna vårdflöden med god kvalitet som utgår från behov. Folktandvården ska vara rustad för att möta framtida utmaningar kring demografi, tillgänglighet, kompetensförsörjning och begränsade ekonomiska resurser. Dessa utmaningar ska mötas med en hållbar verksamhetsstruktur som har bättre service, flexibilitet och resursutnyttjande.

**Patientresan** sker i olika **vårdflöden**. En utbudspunkt eller klinik kan ha ett eller flera vårdflöden och medarbetare kan arbeta i ett eller flera av dessa flöden:

- Undersökningsflöde
- Behandlingsflöde
- Resursflöde
- Specialisttandvårdsflöde

### Undersökningsflöde

Undersökningsflödet är primärkontakt för patienter inklusive digitala vårdmöten. Här ingår kontakt mellan besök, undersökning, screening, diagnostik, prevention och kausalbehandling, riskbedömning, enkla postoperativa behandlingar, kontroller och triagering till de olika flödena. Vårdutbudet kan vara anpassat efter patientgrupp och upptagningsområde. I undersökningsflödet hanteras även externa folkhälsoupdrag liksom grundutbildningsuppdrag och VFU.

### Behandlingsflöde

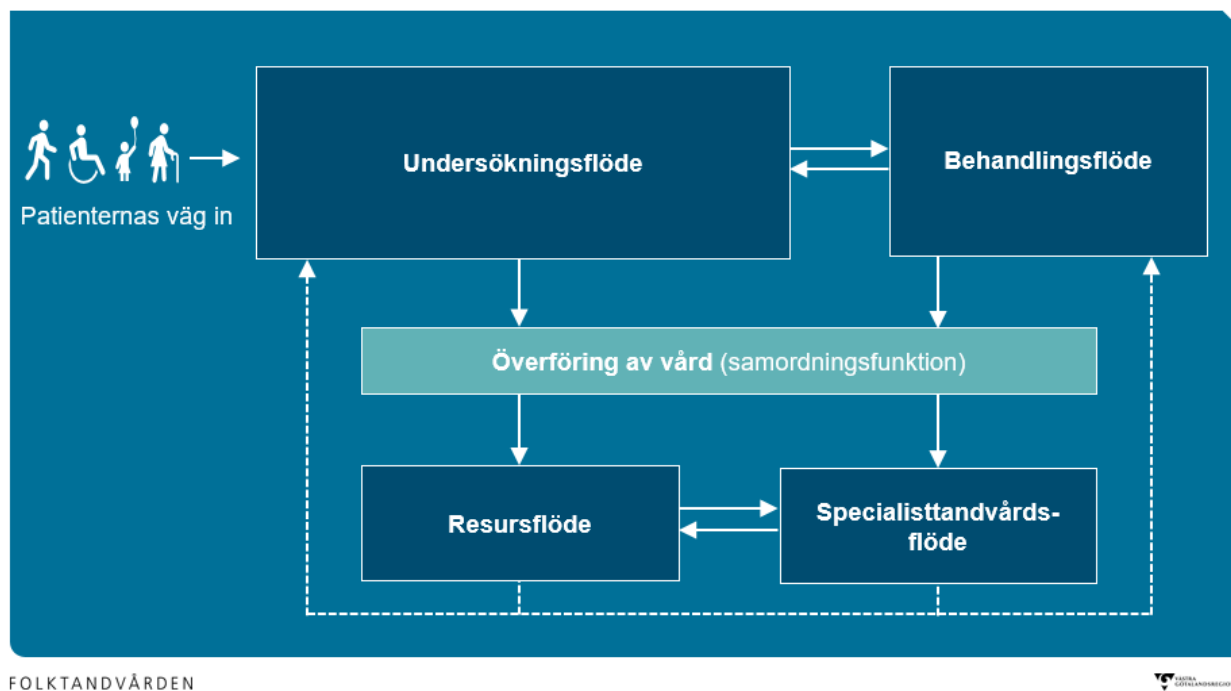
Behandlingsflödet omfattar ofta förekommande vård och de stora volymerna, ex. fyllningar, mindre komplicerad kirurgi, endodonti, protetik och ortodonti. I detta förekommer även grundutbildningsuppdrag och VFU.

### Resursflöde

I resursflödet ingår remissvård avseende sällanförekommande allmäntandvård som kräver nischkompetens. Detta ska om möjligt samlas på samma utbudspunkter. I detta förekommer även grundutbildningsuppdrag och VFU.

## Specialisttandvårdsflöde

Specialisttandvårdsflödet innefattar som idag, remissvård, handledning, ST-utbildning och stöd till övriga vårdflöden.



### Verksamhet anpassad till vårdflöden

- **Överföring** av vård från behandlingsflöde till resurs- och specialisttandvårdsflöde sker via en gemensam samordningsfunktion.
- **En journal** som följer patienten genom alla vårdflöden.
- **Ledningsstruktur** som anpassas till en verksamhet med vårdflöden.
- **Kontinuerlig verksamhetsutveckling** med fokus på förändringar i vård- och kundbehov, kompetensförsörjning och digital utveckling med utgångspunkt i en systematisk omvärldsanalys.

## Kund

Patienter ska mötas av stort engagemang, bli trygga genom ett omtänksamt bemötande, få egenmakt genom att ta del av vår kunskap och alltid känna igen sig – en sömlös vård. Folktandvården ska vara det självklara valet.

Patientens historia och behov ska sömlöst följa med mellan vårdflödena. Patienten ska känna en kontinuitet i mötet med oss, oavsett behandlare och vårdflöde.

- Kunden ska känna att Folktandvården är tillgänglig
- Uppleva bästa tänkbara service och bemötande

### Patienter och kunder ska känna att Folktandvården är tillgänglig

- Utbudspunkter är anpassade efter vårdflöden där den ofta förekommande vården finns nära
- Digitala vårdmöten erbjuds så långt det är möjligt – digitalt först, fysiskt när det behövs
- Digital egenmonitorering och kunskapsöverföring genomförs i takt med den tekniska utvecklingen
- Kontakt mellan besök erbjuds i syfte att upprätthålla och skapa en trygg och varaktig relation med kunden samt coacha i egenvård och överföra kunskap

### Patienter och kunder ska uppleva bästa tänkbara service och bemötande

- Det ska vara enkelt att göra om-, av- och nybokningar samt kunna följa sin vård och komma i kontakt med Folktandvården

- Våra lokaler ska vara konceptutvecklade efter kundbehov och vårdflöde, vilket skapar trygghet och igenkänning för patienten.
- Öppettiderna ska vara anpassade efter kundernas behov, förväntningar och önskemål och utifrån en gemensam strategi

## Medarbetare

Medarbetarna ska utvecklas utifrån samspelet mellan patienternas behov och verksamhetens förutsättningar.

Ett starkt arbetsgivarvarumärke ger oss möjlighet att kunna rekrytera och behålla medarbetare. Detta sker genom ett lärande i arbetet med tydligt fokus på karriär- och kompetensutveckling. Medarbetarna ska uppleva ett hållbart arbetsliv och god löneutveckling över tid oavsett roll och erfarenhet.

- En organisation med tydliga roller och kompetenskrav
- En organisation med kontinuerligt lärande

### *En organisation med tydliga roller och kompetenskrav förutsätter att:*

- Kompetenskrav är tydliggjorda utifrån vårdflöden och uppdrag
- Rätt kompetens är kopplad till uppgift
- Nya yrkeskategorier är införda i Folkvandvården
- Kompetensförsörjningsplanen är framtagen och anpassad utifrån vårdflöden och uppdrag

### *En organisation med kontinuerligt lärande förutsätter att:*

- Kompetensutvecklingsvägar inklusive introduktions- och utvecklingsprogram är behovsanpassade
- Metoder är framtagna för att utveckla, säkra och bibehålla medarbetarens kompetens genom utbildningspaket, självtester, simuleringar och liknande
- Metoder är framtagna för organisationen för att kvalitetssäkra kompetens genom att systematiskt fånga behov på individ- och gruppnivå. Detta sker med stöd av nationella riktlinjer, regional kunskapsstyrning, erfarenheter från kvalitetsavvikelser och liknande.

## Roadmap

För att lyckas nå den uppsatta målbilden, ur samtliga perspektiv, krävs att ett antal aktiviteter genomförs under de kommande åren. Flertalet av dessa har beroendeförhållanden till varandra och behöver genomföras parallellt eller sekventiellt.

### Ej tidsatt

- **Journalsystem anpassat efter vårdflöden**  
Kravställa och implementera journalsystem utifrån målbild 2030 anpassat efter vårdflöden och som gör det möjligt för alla behandlare att följa patienten i en gemensam databas
- **Vårdflöden - utbudspunkter**  
Identifiera antal, storlek, struktur samt geografiskt läge i förhållande till vårdflödenas utbudspunkter i respektive flöde samt översyn av gemensam strategi för telefon- och öppettider.
- **Förnyad intressentanalys**  
Förnyad intressentanalys för att identifiera behov av förankring samt påverka på alla nivåer för anpassning av författningar och regelverk (inkl. ersättningsmodeller)  
Exempelvis TVL, FK, koncernkontoret, Socialstyrelsen, politiken.

### Föreslagen start 2022

- **Egenmonitorering och följa teknisk utveckling**  
Testa och utvärdera nya system för egenmonitorering och följa den tekniska utvecklingen samt utvärdera värdet för verksamheten.
- **Karriär- och utvecklingsmodeller**

Utifrån målbild 2030 fortsätta definiera nya yrkesroller samt kompetens för dessa utifrån vårdflöden (KUM).

- **Kompetenskrav för resursflöde**  
Definiera kompetenskrav för resursflödet samt planera, genomföra och följa upp utbildningsinsatser.
- **Reviderat utvecklingsprogram**  
Implementering av reviderat utvecklingsprogram för tandläkare samt fortsatt översyn av programmet för tandsköterskor, tandhygienister och receptionister.
- **Vårdflöden – översyn av organisationsmodell**  
Översyn av organisationsmodell till matrisorganisation utifrån vårdflöden där processledare ansvarar för vårdflödena och specialitet, och klinikchef för verksamhet, ekonomi och personal.
- **Kommunikation målbild och road map**  
Paketera målbild och road map för chefer, medarbetare och patienter på ett attraktivt och lättförståeligt sätt.

## Föreslagen start 2023

- **Bokningssystem för patienter**  
Kravställa och implementera system för att göra om-, av- och nybokningar, kunna följa sin vård och komma i kontakt med Folktandvården samt få riktad information och kunskap.
- **Vårdflöden – utbildningar, självtester och simuleringar**  
Ta fram utbildningspaket, självtester, simuleringar och liknande för att utveckla och säkra medarbetarens kompetens och därigenom möjliggöra en struktur med vårdflöden.
- **Resursflöde och samordningsfunktion - implementering**  
Implementering av resursflöde inklusive samordningsfunktion per specialitet utifrån given modell (gränssnitt, överföringssystemet, resursåtgång, fördelning), med start inom endodonti
- **Vårdflöden - villkor och regelverk för anställning**  
Översyn av villkor och regelverk för anställning, ersättningar m.m. utifrån en verksamhet med definierade vårdflöden.
- **Vårdflöden – hitta former för konceptkliniker**  
Ta fram en handlingsplan för lokalanpassningar, konceptualisering och utseende, och utgå från väntrumstudie som gjordes av Hokahey i samband med tjänstedesignutbildning 2019. Hitta former för konceptkliniker utifrån vårdflödena.
- **Frisktvård – videomöten för patienter i grupp noll**  
Fortsatt arbete utifrån prototyparbetet "Kontakt mellan besök" vid start och förnyelse av grupp noll, Friskvårdsavtal - inleda avtalsperiod med några korta videomöten för att sätta egenvårdsrutiner och lyfta kunskapsnivån utifrån egen tandvårdsplan. Flytta fokus från försäkring och kostnad till frisk i munnen och gemensamma åtaganden.

## Föreslagen start 2024

- **Frisktvård – videomöten för patienter i högre riskgrupper**  
Fortsatt arbete utifrån prototyparbetet "Kontakt mellan besök" vid start och förnyelse av patienter i högre riskgrupper, Friskvårdsavtal - inleda avtalsperiod med några korta videomöten för att sätta egenvårdsrutiner och lyfta kunskapsnivån utifrån egen tandvårdsplan. Flytta fokus från försäkring och kostnad till frisk i munnen och gemensamma åtaganden.

- **Undersökningsflöde – utvidgad pilot**  
Undersökningsflöde – påbörja en utvidgad pilotverksamhet och fortsätta utreda alternativa lokaliseringar: köpcenter, ICA Maxi och liknande.
- **Kontinuerliga vårdbehovsanalyser**  
Etablera och ta fram arbetssätt för kontinuerliga vårdbehovsanalyser motsvarande undersökning som gjordes i kartläggningsfasen i projektet (förslagsvis var tredje år).
- **Videomöten som en del i behandling av kariesaktiva barn**  
Fortsatt arbete utifrån prototyparbetet "Kontakt mellan besök"- vid kariesaktiva barn, kausalbehandling. Syftet är att höja resultat och resurseffektivitet i kontakter med kariesaktiva barn med föräldrar med 1–3 videomöten för att utreda orsakssamband och initiera beteendeförändringar.
- **Videomöten som del i behandling inom parodontologi**  
Uppdelning av behandling i klinikdel och videodel. 1–2 videomöten för att följa upp resultat av behandling och kvalitetssäkra egenvårdsdelen. Förslagsvis parodontologi.

[Länk till fullständig roadmap](#)

## Projektgruppens reflektioner och rekommendationer

För att nå den beslutade målbilden och skapa förutsättningar för en fortsatt framgångsrik utveckling av Folk tandvården Västra Götaland har projektgruppen, baserat på resultatet i utrednings- och kartläggningsfasen och insikter från prototyparbetet, följande rekommendationer och reflektioner.

- Att det fortsatta arbetet ses och kommuniceras som en helhet även om det i projektarbetet har varit nödvändigt att bryta ner det till enskilda aktiviteter och även om en kommande implementering sker över tid. De olika aktiviteterna har inbördes kopplingar som måste beaktas för att uppnå full effekt i omställningsarbetet.
- Att den egentliga förändringsresan börjar på allvar nu. Det kommer att krävas tålamod och uthållighet både i förändringsarbete och ledarskap på alla nivåer för att bli framgångsrikt.
- Att fortsätta involvera chefer, medarbetare, kunder och intressenter i det kommande arbetet. Det har varit ett framgångsrikt koncept under projekttiden.
- Att målbilden och många av de aktivitetsförslag som projektet lämnar är i linje med regionens omställningsstrategi för Hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Fortsatt utvecklingsarbete bör därför ske med koppling till omställningsstrategin samt andra relevanta utvecklingsprojekt.
- Att ta hänsyn till den föreslagna strukturen med vårdflöden i det fortsatta utvecklingsarbetet av tandvårdsprocessen.
- Att projektets förslag på nya digitala vårdmöten koordineras med digitala förvaltningsorganisations arbete.
- Att ägarskapet för den strategiska inriktningen som projektet presenterar bör ligga hos Tandvårdsledningen och tas in i det löpande arbetet med affärsplanen för att säkerställa att det ligger i linje med Folk tandvårdens ledningsmodell ("8-fältaren").