



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Frisktandvård

- en enkätstudie om tandvårdsanställdas attityder och avtalshantering

**HUVUDOMRÅDE:** *Oral hälsa, examensarbete 15hp*

**FÖRFATTARE:** *Ahlström S, Svensson H*

**JÖNKÖPING** 2019 juni

## Sammanfattning

**Bakgrund:** För att få ungdomar att behålla en fortsatt regelbunden kontakt med tandvården, efter det att de betraktas som betalande vuxna, startades 2007 Frisk tandvård i Västra Götaland. Frisk tandvård innebär en betalmodell där patienter under en 3 årsperiod, månadsvis eller årsvis betalar en specifik summa för sin tandvård. Eftersom Frisk tandvård utgör en stor del av det dagliga arbetet inom folktandvården är det viktigt att undersöka tandvårdspersonalens hantering och attityd till Frisk tandvård. **Syfte:** Syftet med denna studie var att inom Folktandvården i Region Kalmar Län undersöka tandvårdspersonalens hantering av Frisk tandvård och deras attityder gällande denna betalmodell. **Metod:** En enkätstudie med både slutna och öppna frågor som analyserades genom både kvantitativ och kvalitativ metodik. Enkäter skickades ut till samtliga medarbetarna på 18 allmänna tandvårdskliniker i Region Kalmar Län. Totalt besvarade 133 medarbetare enkäten. **Resultat:** Respondenterna hade överlag en positiv syn på Frisk tandvård. Som positivt ansågs möjlighet för regelbunden individanpassad behandling oberoende av kostnader. Den främsta nackdelen med Frisk tandvård enligt respondenterna var att patienter som inte har avtal ej heller prioriteras vid kallelser. Merparten respondenter erbjuder Frisk tandvård till de flesta patienter samt i alla prisklasser. **Slutsats:** Frisk tandvård ansågs som en positiv möjlighet enligt respondenterna som i sin helhet gynnar både kliniken och de patienter som har avtal. Det bör dock beaktas att kallelser för patienter utan avtal inte prioriteras i jämförelse med patienter med avtal. Majoriteten av respondenterna anser att Frisk tandvård kan försämra vårdssituationen för patienter utan avtal.

**Nyckelord:** Frisk tandvård, R2, Region Kalmar Län, Tandvårdspersonal, Tandvårdsstöd

# Prepaid dental care - a questionnaire on dental staff attitudes and contract management

## Abstract

**Background:** In order to get young people to maintain a continued regular contact with dental care, after they are regarded as paying adults, prepaid dental care was introduced in Västra Götaland in 2007. Prepaid dental care is a payment model in which patients pay a specific amount for their dental care over a three-year period, monthly or annually. Since prepaid dental care is a major part of the daily work in public dental care, it is important to examine the dental staff's attitudes to this payment model. **Purpose:** The purpose of this study was to investigate the dental staff's handling of prepaid dental care and their attitudes regarding this payment model in the Public Dental Service in Region Kalmar County.

**Method:** A questionnaire study based on a quantitative approach with certain issues analysed by qualitative method was performed. Surveys were sent to all employees at all 18 general dental clinics belonging to Region Kalmar County Public dental service. In total 133 employees answered the questionnaire. **Result:** Respondents generally had a positive view on prepaid dental care. Regarded as positive was for example the opportunity of regular individualized treatment independent of costs. The main drawback, according to the respondents, was that patients who do not have prepaid dental care are not given any priority for being summoned for examination. Most respondents offer contracts to the majority of the patients and regardless of the price class. **Conclusion:** Prepaid dental care was considered positive, favouring both the clinic and the patients who chose this payment model. Although it should be taken into consideration that patients without prepaid dental care are not prioritised to be summoned for treatment compared to patients with prepaid dental care. The majority of the respondents are in agreement that prepaid dental care can impair the care situation of patients without contract.

**Keywords:** Dental Insurance payment, Dental staff, Prepaid dental care, R2, Region Kalmar Län

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Folktandvården Region Kalmar län.....	1
Folktandvårdens medarbetare .....	1
Oral hälsa.....	2
Tandvårdsförsäkring .....	3
Frisktandvårdsavtal.....	4
Riskbedömning/R2.....	5
Attityder .....	6
Problemformulering.....	6
<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
Material och metod .....	7
Population och urval .....	7
Enkäten.....	8
Pilotstudie .....	8
Genomförande av studien.....	8
Dataanalys .....	9
Etiska överväganden .....	10
<b>Resultat</b> .....	<b>11</b>
Bortfall.....	11
Kvantitativa data - Attityder.....	11
Kvantitativa data – Hantering av Frisktandvård.....	13
Kvalitativa data - Attityder till frisktandvård .....	14
Effektivitet .....	14
Ekonomi .....	15
Gynnsamhet .....	15
Omvårdnad .....	15
Patientdelaktighet.....	16
Patientens val.....	16
Patientomhändertagande .....	17
Patienttillfredsställelse .....	17
Regler.....	17
Stress .....	18
Tror du att de som har Frisktandvård har bättre oral hälsa? Varför? .....	18
Kvalitativa data – Hantering av Frisktandvård .....	19
Rutiner .....	19
<b>Diskussion</b> .....	<b>19</b>
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion .....	22
Slutsatser .....	26
<b>Referenser</b> .....	<b>28</b>

<b>Bilagor.....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 1 Enkätundersökning om Frisktandvård .....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 2 Informationsbrev .....</b>	<b>32</b>

# Inledning

Frisk tandvård är en stor del av det dagliga kliniska och administrativa arbetet inom allmäntandvården och involverar alla yrkeskategorier. Det dagliga arbetet består av riskgruppering som hjälper till att tilldela patienter rätt revisionsintervall, samt att debitera korrekt. Tidigare har en mindre intern studie gjorts inom tandvården i Folktandvården Region Kalmar län för att undersöka behandlarnas attityd till Frisk tandvård. Studien visade att samtliga yrkeskategorier ansåg att Frisk tandvård är ett bra alternativ för patienten. Flertal studier har även gjorts runt om i Sverige för att få en inblick i vad Frisk tandvård innebär för patient och behandlare, vem som tecknar och vem som erbjuds Frisk tandvård (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Denna studie riktade sig till alla tandvårdsanställda i Region Kalmar Län, för att få en mer noggrann uppfattning om deras attityd till - och hantering kring Frisk tandvård.

## Bakgrund

### Folktandvården Region Kalmar län

Landstinget i Kalmar län bytte i januari 2019 namn till Region Kalmar län och består av tolv kommuner. Kalmar län hade 2018 omkring 245 000 invånare (9). Folktandvården i Region Kalmar består av 18 allmänna folktandvårdskliniker med 243 tandvårdsanställda.

### Folktandvårdens medarbetare

Inom Folktandvården Region Kalmar län förekommer flera olika yrkeskategorier, tandsköterskor, tandläkare och tandhygienister. Beroende på yrke har medarbetar inom Folktandvården olika arbets-uppgifter och behörighet. Tandläkare och tandhygienister är legitimerad personal medan tandsköterskor inte har legitimation och övervägande arbetar delegerat.

Tandsköterskan har den första kontakten med patienter och arbetsuppgifterna är främst att ombesörja för en god och trygg kontakt med patienten, vårdhygien, sterilisering av instrument samt assistera tandläkare (10, 11). Fram till år 2019 har tandsköterskan fått en mer utvecklad arbetsroll där hen arbetar mer självständigt och delegerat med egna patienter. Delegeringen omfattar olika undersökning- och behandlingsmoment som oral

röntgenbildtagning, fluorbehandling, salivprovtagning, instruktion av munhälsobehov med mera (10, 12, 13).

Tandläkare och tandhygienister är yrken som arbetar under legitimation. Tandläkarens främsta arbets-uppgift är att förebygga, utreda, diagnostisera och behandla skador och sjukdomar i käksystemet. Tandläkaren arbetar oftast i team tillsammans med tandhygienist och tandsköterska och har det yttersta ansvaret vid val av behandling samt se till behandlingarna blir utförda (14, 15).

Tandhygienisten har en central roll i det hälsofrämjande arbetet och det primära kompetensområdet är förebyggande vård och behandling. Tandhygienisten har även kompetens för att diagnostisera karies och sjukdomar i parodontiet (15).

De lagar som i första hand styr patientarbete inom tandvård är patientsäkerhetslagen (2010:659), tandvårdslagen (1985:125) samt socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården (16).

## Oral hälsa

September 2016 utvecklades en ny definition av oral hälsa som en uppdatering av WHO:s definition från år 1946. Denna godkändes av FDI (World Dental Federation General Assembly) och är en stor del av deras förebyggande arbete:

*“Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex” (17).*

God oral hälsa har länge setts som en viktig komponent för välmående och god hälsa, men det har varit oklart om alla individer menar samma sak när man talar om oral hälsa. Definitionen uppkom därför för att förena alla berörda professioner vid hälsofrämjande arbete (17, 18). För att främja en oral hälsa arbetar tandvården på olika sätt. En god munhygien är grundläggande för att bibehålla oral hälsa. Tandvården arbetar därför med

kort information och instruktion vid tandvårdsbehandling samt motiverande samtal för att förbättra egenvårdsbeteende och på så vis förebygga orala sjukdomar i munhålan (19). Att regelbundet gå till tandvården har en positiv inverkan på den framtida orala hälsan (16, 20). Då frisktandvård framtogs för att bidra till att bibehålla eller återfå en god oral hälsa är det viktigt att i detta sammanhang vara medveten om vad konceptet "oral hälsa" betyder (21, 22).

## Tandvårdsförsäkring

År 1974 infördes en tandvårdsreform i Sverige. En generell tandvårdsförsäkring vars syfte innebar att tandvården skulle vara ekonomiskt tillgänglig för alla invånare oavsett kultur, ekonomi, religion eller politisk åsikt (23, 24). Att den individ som är i störst behov av tandvård ska ges företräde och att ingen ska behöva stå över vård på grund av ekonomiska skäl (24). Det förebyggande arbetet som påbörjades ledde till en förbättrad tandhälsa över hela Sverige (23). Folk tandvården fick år 1984 ansvar för barn- och ungdomst andvården. Vilket innebar att alla barn och ungdomar upp till 19 år erhåller gratis tandvård (25).

Redan i slutet av år 1995 presenterades en proposition för riksdagen angående reformerad tandvårdsförsäkring. Denna proposition innebar att två parallella ersättningssystem för tandvård skulle finnas. Dels ett med premietandvård och dels det dåvarande tandvårdssystemet. Denna proposition blev inte antagen men många likheter kan ses med dagens Frisktandvård (26).

År 1997 utformades en mer hälsofrämjande- och preventiv tandvårdsförsäkring. En proposition för ekonomiskt stöd hos vuxna som behöver särskild tandvård på grund av sjukdom eller funktionshinder utformades samtidigt. Syftet med dessa reformer var att minska tandvårdskostnaderna hos både patient och samhället. Högkostnadsskyddet för äldre som framtogs 2002 visade sig inte vara ekonomiskt hållbart (23).

Allmänna tandvårdsbidraget (ATB) tillkom 2008 för att bidra till en god tandhälsa hos befolkningen. ATB är en del av det statliga tandvårdsstödet, där även särskilt bidrag samt högkostnadsskydd ingår. Tanken med ATB var att motivera till mer profylaktisk vård samt att ge personer med stort tandvårds-behov och låg ekonomi möjlighet till behandling med en rimlig kostnad. Ökad möjlighet att täcka behandlingsbehovet skulle bidra till att minska framtida vårdbehov (23). Det allmänna tandvårds-bidraget erhålls från försäkringskassan men det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som beslutar vilka åtgärder som ger ersättning (27, 28). Det allmänna tandvårdsbidraget är generellt och omfattar alla patienter.



Det används främst till förebyggande behandling samt vid revisions-undersökningar (27, 29). Från den 15 april 2018 höjdes allmänna tandvårdsbidraget för alla individer över 23 år. Denna höjning innebär att individer mellan 23 – 29 samt 65 år och äldre erhåller ett bidrag på 600 kr per år och individer i åldern 30 – 64 år erhåller ett bidrag på 300 kronor per år (30). Detta för att fler ska kunna gå till tandvården. Summan kan användas som betalning hos tandvården eller som en delbetalning i frisktandvård (abonnemangstandvård) (27). Allmänna tandvårdsbidraget kan sparas i max två år från utbetalningsdagen (29).

Från den 1 januari 2019 har alla barn och ungdomar rätt till gratis tandvård till och med december det år de fyller 23 år, med undantag för Västra Götaland där det gäller till och med det året man fyller 24 år (14, 31).

## Frisktandvårdsavtal

För att få ungdomar att behålla en fortsatt regelbunden kontakt med tandvården, efter det att de betraktas som betalande vuxna, startades 2007 Frisktandvård i Västra Götaland (21, 22). Frisktandvård är ett kontrakt som skapas mellan patient och Folktandvård. Ett kontrakt som innebär tandvård till ett fast pris under en treårsperiod. Frisktandvården riktades först till den yngre befolkningen, men under åren har även fler i den äldre befolkningen skrivit kontrakt. Tandvården har förändrats mot fler förebyggande vårdinsatser där fokus ligger på de som är i störst behov av hjälp och att ingen ska behöva avstå hjälp på grund av ekonomiska skäl (5). År 2009 infördes Frisktandvård i Sverige i övrigt, inklusive Kalmar län. Antal tecknade avtal 30/6 2018 var omkring 753 500 stycken och cirka 32 000 stycken av dessa är tecknade i Kalmar län (22).

Innan Frisktandvårdsavtal startas får patienten genomgå en noggrann klinisk undersökning. Denna tar hänsyn till egenvård, oral hälsa samt föregående behandlingar. Med hjälp av en riskbedömning som behandlaren utför blir patienten placerad i en riskgrupp (32). Riskgrupper numreras 1 – 10, där grupp 1 är den lägsta klassen. Riskgruppen avgör beloppet som ska betalas månadsvis eller årsvis (tabell 1) (6). Riskgruppen är en indikation på hur stor risk det finns att patienten utvecklar oralt behandlingsbehov. Ju högre risk för framtida restaureringar under avtalsperioden, desto högre risk-grupp (32). Frisktandvård ska efter klinisk undersökning erbjudas till alla patienter, oavsett status och framtida prognos.

**Tabell 1.** Frisktandvårdspriser, uppdaterad 2018. Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) är avdraget i priserna.

Grupp	Kostnad 24 - 29 år och från 65 år och äldre		Kostnad 30 - 64 år	
	Månad/SEK	År/SEK	Månad/SEK	År/SEK
<b>1</b>	25	300	50	600
<b>2</b>	42	504	67	804
<b>3</b>	64	768	89	1068
<b>4</b>	104	1248	129	1548
<b>5</b>	191	2292	216	2592
<b>6</b>	256	3072	281	3372
<b>7</b>	347	4164	372	4464
<b>8</b>	446	5356	471	5656
<b>9</b>	621	7452	646	7752
<b>10</b>	842	10104	867	10404

Alla fynd som upptäcks vid klinisk undersökning måste åtgärdas innan avtal kan tecknas. Patienten blir nollställd. Det vill säga lagningar, mekanisk infektionsbehandling samt eventuella extraktioner och rotfyllningar ska utföras.

Under aktuell avtalsperiod blir patienten kallad som vanligt till tandvård för revisionsundersökning. Undersökning, mekanisk infektionsbehandling, lagningar, extraktioner, akuttandvård, enstaka kronor och rotfyllningar ingår i avtalet. Det som inte ingår är ortodonti, estetik (blekning) samt implantat. Även om patienten befinner sig i ett annat landsting och får akuta besvär ingår akuttandvård på allmänna kliniker (32). Kontrakten löper i tre år och när perioden löper ut finns det möjlighet att förlänga avtalet (6).

## Riskbedömning/R2

R2 är ett program som hjälper till att bedöma risk för tandvårdsbehov. I samband med frisktandvård används R2 för att bedöma vilken riskgrupp patienten lämpligen bör tilldelas.

R2 bygger på fakta som framkommer under undersökningen. Så kallade statusvariabler beskriver patientens munhälsosituation vid undersökningstillfället. De statusvariabler R2

arbetar med heter: Karies, parodontit, teknisk risk, implantat, erosioner, bettutveckling samt övrig risk. Varje statusvariabel kräver att dess speciella förutsättningar är uppfyllda för att en korrekt beräkning av riskvärdet ska kunna utföras. En del av dessa variabler importerar all information automatiskt från journalprogrammet T4, andra kräver manuell bedömning av behandlare (33).

Som modifierande variabler betecknas de faktorer som *“påverkar risken för sjukdomsutveckling och andra orala tillstånd”*. Dessa kräver bedömning samt registrering av behandlare. Modifierande variabler anges som: Medicinsk risk, kostvanor, fluoranvändning, salivsekretion, bleeding on probing (BoP), munhygien, rökning, snusning, tandslitage, teknisk kvalitet och tidigare parodontiterfarenhet (33).

Riskbedömningsprogrammet beräknar inte enbart risken för behandlingsbehov, detta program föreslår även en premiegrupp för frisktandvård. Föreslagen premiegrupp grundas på beräkningen av den behandlingstid patienten troligtvis kommer att behöva ta i anspråk samt ett rekommenderat intervall för undersökningar (33).

## Attityder

Attityd definieras inom psykologin som en utvärderande reaktion på ett stimuli. Denna reaktion kan vara både positiv eller negativ. Som exempel för stimuli nämns bland annat personer, situationer och händelser. Attityder är inte nödvändigtvis medvetna. Vanligtvis påverkar attityder en individs beteende dock kan det vara tvärt om så att ett speciellt beteende påverkar en attityd (20). Begreppet attityd används i detta arbete enligt svenska akademins ordbok som synonym för hållning (34). Över lag tenderar individer till att rekommendera sådant de anser vara fördelaktigt.

## Problemformulering

Studier som har gjorts om Frisktandvård visar att de som väljer Frisktandvård upplever en bättre kontroll över den egna munhälsan samt egna ekonomin. De anser även att de är mer motiverade och mer benägna att utföra hälsofrämjande åtgärder, vilket leder till minskad kariesrisk (30). Det visas även att patienter som väljer Frisktandvård nyttjar mer förebyggande åtgärder samt lagar mindre tänder (30, 35).

Hur mycket man erbjuder frisktandvård samt vem som erbjuds avtalet varierar mycket mellan olika klinker. Få studier undersöker tandvårdsanställdas perspektiv till Frisktandvård. För att förstå hur frisktandvård hanteras och vilka anledningar det finns för detta saknas information. Studien utarbetades därför som en sammanfattning på vad tandvårdspersonal inom Folktandvården Region Kalmar län har för attityder till Frisktandvård samt hur dessa marknadsför och hanterar konceptet Frisktandvård. Detta ska vara till hjälp för Folktandvårdens ledning som efterfrågat studien i syfte att hitta förbättringsmöjligheter i samband med Frisktandvård. Attityden till Frisktandvård förmodas spela roll för dess hantering.

## Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka tandvårdspersonals hantering av frisktandvårdsavtal och attityder gällande Frisktandvård, inom Folktandvården i Region Kalmar Län.

## Material och metod

Designen var en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats med ett kvalitativt inslag, för att besvara studiens syfte användes en enkät som mätinstrument. För att få möjlighet till mer djupgående information genom öppna frågeställningar analyserades vissa frågor med kvalitativ metodik (36, 37, 38).

## Population och urval

Studien utfördes inom Folktandvården i Region Kalmar Län. Folktandvården består av 18 allmänna kliniker med 243 anställda. Dessa kliniker är belägna i Torsås, Ljungbyholm, Nybro, Emmaboda, Kalmar (2 stycken), Lindsdal, Mörbylånga, Färjestaden, Borgholm, Mönsterås, Vimmerby, Hultsfred, Oskarshamn, Västervik, Högsby, Ankarsrum och Gamleby. Inklusionskriterier för denna studie innebar att studien vände sig till medarbetare vid allmänna tandvårdskliniker i regionen. Specialist- och sjukhus-tandvården exkluderades då dessa inte erbjuder Frisktandvård. För att få en så god uppskattning om situationen som möjligt inkluderades samtliga medarbetare inom alla yrkeskategorier som inte var föräldralediga eller sjukskrivna när studien utfördes.

## Enkäten

Enkäten var i pappersform och innehöll 20 stycken frågor som omfattade vad anställda inom Folk tandvården Region Kalmar län anser om Frisktandvård (bilaga 1). Både öppna och slutna frågor ställdes. Frågorna utarbetades till stor del av författarna själva men vissa av de kvalitativa frågorna utarbetades med förslag från Folk tandvårdens ledning. De öppna frågor handlade om attityd eller var följdfrågor där deltagare kunde motivera sina svar på huvudfrågan. De slutna frågorna behandlade bland annat hantering av frisktandvårdsavtal, klinikens klientel och arbetsbelastning samt rutiner kring att erbjuda Frisktandvård och informera om detta.

Teman som frågorna handlade om var förutom uppgifter om deltagarna själva även hur bra deltagarna tycker att frisktandvård är och hur denna påverkar arbetet. Även frågor rörande frisktandvårdspatienters upplevda tandvård ställdes. Nästföljande teman rörde patienters orala hälsa, gynnsamhet av frisktandvård för patient och klinikekonomi samt hantering av erbjudande av frisktandvård. I anslutning till detta undersöktes hantering och upplevelse av riskbedömnings-programmet R2 samt debitering av patienter med respektive utan avtal. Till sist ställdes frågor kring prisgrupperns rimlighet, möjlig prioritering av frisktandvårdspatienter och vilken yrkesgrupp som oftast informerar om frisktandvård. Det fanns även möjlighet att skriva ner vad studiedeltagare ansåg var viktigt som inte framkom vid de ställda frågorna.

## Pilotstudie

Innan själva projektet startade utfördes en pilotundersökning för att upptäcka och åtgärda eventuella problem med enkät och informationsbrev. Eftersom studien inkluderade samtliga anställda inom Folk tandvården region Kalmar län riktades pilotstudien sig till fyra föräldralediga eller sjukskrivna tandvårdsanställda som inte skulle delta i huvudstudien. Utfallet innebar att formuleringen i informationsbrevet ändrades för ökad tydlighet. Vissa frågor ändrades från kryssalternativ (inte bra, bra, mycket bra) till skala (1 - 10) för att få en större spridning på svaren.

## Genomförande av studien

De 18 klinikerna kontaktades först via telefon för att förklara syftet med studien. Därefter skickades enkäten per internpost eller via e-mail till alla kliniksamordnare. Ett kortfattat

informationsbrev överlämnades tillsammans med enkäten (bilaga 2). Informationsbrevet innehöll kortfattat syftet med studien, information om de studenter som utförde studien, kontaktuppgifter vid eventuella frågor samt att deltagandet var frivilligt. Besvarande av enkäten sågs som samtycke att delta i studien. Då deltagare fyllde i en enkät på arbetsplatsen exkluderades individer som var tjänstlediga när studien genomfördes. Besvarade enkäter skickades med internpost, åter till de kliniker där författarna är anställda för vidare bearbetning. Efter en vecka skickades påminnelse via e-mail till kliniksamordnare. Efter ytterligare en vecka skickades åter igen påminnelse till de kliniker som inte hade skickat enkäterna i retur och ytterligare några dagar senare ringdes de berörda klinikerna upp och ombads skicka enkäterna med internpost så fort som möjligt. För att kunna beräkna externt bortfall ombads alla kliniker att meddela antalet anställda medarbetare.

## Dataanalys

Kvantitativa data bearbetades via International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences [IBM SPSS] Statistics version 25.0 (SPSS). Möjliga korrelationer enligt Pearson Square test undersöktes mellan alla variabler enligt analysfunktionen “*correlate*” (39). Dessutom framtogs aritmetiskt medelvärde och standardavvikelse för de svar som angavs med en skala från ett till tio (36, 39). För att få en mer korrekt uppfattning om respondenters attityder till Frisktandvård samt deras sätt att arbeta med detta i klinikverksamheten framtogs frekvenstabeller via SPSS. Både relativa (%) och absoluta värden (n) presenterades som figurer och skrift (39).

Den kvalitativa analysen skedde med en manifest innehållsanalys vilket innebar en analys och tolkning av respondenternas svar från enkäten. Analysprocessen skedde i flera steg. Svaren från respondenterna transkriberades i sin helhet och svaren lästes igenom flertal gånger av båda författarna för att få ett helhetsintryck av texten. Meningsbärande enheter lyftes fram och kodades. Sedan kondenserades de meningsbärande enheterna för att belysa det viktigaste som framkommit och dessa delades in i subkategorier och huvudkategorier. Huvudkategorier presenterades som text tillsammans med citat. (exempel se tabell 2) (37, 38, 40).

**Tabell 2.** *Tror du att de som har frisktandvård har bättre oral hälsa? Varför?*

Meningsbärande enheter	Koder, att	Subkategori	Kategori
------------------------	------------	-------------	----------

Man vill komma hit för man har redan betalat. Man drar inte på det på grund av lön/jul.	Att man vill komma till kliniken för man redan har betalt. Att man kommer när man behöver.	ekonomi	Bättre oral hälsa
Vissa patienter struntar i att sköta sig för att de ändå får vård och komma regelbundet i och med avtalet. Men många gör som överenskommet och hade förmodligen gjort så även utan avtalet.	Att vissa struntar i att sköta sig eftersom de får vård och komma regelbundet ändå. Att många följer överenskommelsen och hade troligtvis gjort så utan avtal.	patientdelaktighet	Likvärdig eller sämre oral hälsa
Det är olika hos olika patienter. Det är bättre troligtvis i samband med detta att de får komma oftare än Fko8 patienter (som får bara akuta tider).	Att det är olika hos olika patienter. Att det troligtvis är bättre för att de får komma oftare än Fko8 patienter (som bara får akutvård).	vård	Bättre oral hälsa
De kallas in oftare, mer engagerade i sin egen tandvård. Kommer när vi kallar och gör behandlingar när det behövs.	Att de är mer engagerade i sin egen tandvård, kommer när de kallas och kallas in oftare.	vård	Bättre oral hälsa
Fler friska har avtal då de ligger i en lägre riskgrupp. Vi har en prioriteringsordning som säger att vi ska kalla frisktandvårdare före Fko8. De ser oss oftare.	Att fler friska har avtal då de är i en lägre prisgrupp. Att frisktandvårdspatienter blir prioriterade i kallelser och kommer därför oftare till kliniken.	rutiner	Bättre oral hälsa

Tabellen visar exempel på hur innehållsanalys har utförts. Fko8 är den betalmodell vanliga patienter blir tilldelad

## Etiska överväganden

Samtliga forskningsetiska principer har tagit i beaktning under studieprocessen

(informationskrav, konfidentialitetskrav, samtyckeskrav samt nyttjandekrav) (41).

Hälsohögskolans etiska egengranskning har utförts tillsammans med handledare. Studien behandlar inga känsliga personuppgifter och respondenter informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att enkäten behandlades konfidentiellt. Besvarandet av enkäten betraktas som samtycke att delta i studien då information har getts att deltagandet var frivilligt. Bearbetning och presentation av data skedde på ett sätt att inga uppgifter kan härledas till en specifik individ eller klinik. I samband med att enkäter skickades ut följde även med ett informationsbrev om syfte, användning och deltagande vilket uppfyllde informationskravet. När enkäterna var besvarade skickades dessa tillbaka i ett förslutet kuvert med internpost till författarnas ordinarie arbetsplats. På kuvertet stod endast författarens namn, kliniktilhörighet samt vilken tandvårdsklinik som skickade kuvertet skrivet. Efter att uppgifterna bearbetats förstördes enkäterna och kunde inte spåras till någon specifik person eller klinik. Material från enkäterna har endast använts i samband med studien och därför har nyttjandekravet följts (41).

# Resultat

## Bortfall

Enkäten skickades ut till 243 tandvårdsanställda, av dessa deltog 133 individer i studien. Följaktigt hade studien ett externt bortfall av 110 deltagare vilket utgör 45,3 % av möjliga deltagare. Ett internt bortfall uppkom vid 32 frågor. Störst internt bortfall uppkom vid frågan hur rimlig deltagare ansåg att frisktandvårdens priser är, med 8,3 % saknade svar. De frågor som hade minst internt bortfall med 2,3 % var frågorna nummer åtta och nio enligt svarsenkät (bilaga 1). Utöver detta uppkom ett internt bortfall vid frågorna nummer fyra, 10 och nummer 12 enligt svarsenkät (bilaga 1).

## Kvantitativa data - Attityder

Frågan hur bra frisktandvård är på en skala från ett till tio (där ett var det lägsta betyget och tio det högsta) besvarades med ett aritmetiskt medelvärde på 7,34 och en standardavvikelse (SD) på 1,85. Detta visar att de flesta respondenterna hade en positiv attityd till Frisktandvård som helhet (figur 1). De faktorer som visades ha ett samband med värdet för hur bra frisktandvård ansågs vara listas upp (tabell 3). Exempelvis hade respondenter med en positiv attityd till Frisktandvård större benägenhet att erbjuda frisktandvård till alla patienter samt erbjuda alla prisklasser än studiedeltagare med en negativ attityd till frisktandvård.

**Tabell 3.** Faktorer som visar ett samband med frågan "hur bra är frisktandvård?"

Faktor	Antal svar (N)	Pearson korrelation	P-värde
Tid inom yrket	129	0,233**	0,008
Avtal gynnar patienter som har det	126	0,330**	<0,001
Frisktandvård är bra för klinikens ekonomi	124	0,516**	<0,001
Erbjuder alla patienter	129	0,455**	<0,001
Erbjuder alla prisklasser	129	0,177*	0,044
Hur rimligt är prisintervallen?	119	0,376**	<0,001



Enligt det aritmetiska medelvärdet (mean) på 6,7 med SD 1,7 för en skala från ett till tio (där ett var det sämsta värdet och tio det bästa) var studiedeltagare övervägande av åsikten att frisktandvårdspatienter har en bättre oral hälsa (tabell 4).

**Tabell 4.** Attityder till Frisktandvård

Skala	Tror du att de som har Frisktandvård har bättre oral hälsa?		Hur bra tycker du att Frisktandvård är?		Anser du att frisktandvård är bra för klinikens ekonomi?"	
	Antal svar (N)	%	Antal svar (N)	%	Antal svar (N)	%
1	3	2,3	0	0	5	3,9
2	2	1,5	0	0	7	5,5
3	1	0,8	8	6,2	15	11,7
4	1	0,8	1	0,8	16	12,5
5	21	15,8	14	10,9	30	23,4
6	19	14,3	11	8,5	16	12,5
7	43	32,3	26	20,2	20	15,6
8	26	19,5	37	28,7	16	12,5
9	11	8,3	15	11,6	3	2,3
10	3	2,3	17	13,2	0	0
vet ej	3	2,3	4	3	5	3,8
Total	133	100,00	133	100,00	133	100,00
Aritmetiskt medelvärde	6,7	-	7,34	-	5,23	-
Standardavvikelse (SD)	1,7	-	1,85	-	1,99	-

Skala 1 – 10. Där 1 representerar det sämsta värdet och 10 det bästa möjliga värdet.

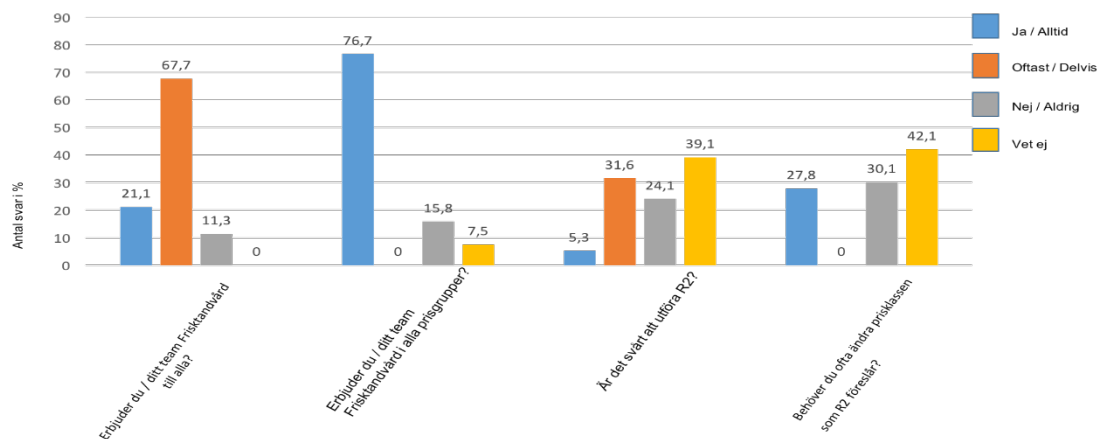
Det framkom att 93 % av studiens deltagare ansåg att frisktandvård gynnar patienter som har avtal. Denna fråga besvarades med en skala från ett till tio (ett var det lägsta värdet och tio det högsta). Endast 2,3 % kryssade inte i ett värde i skalan och 4,6 % valde svar från den negativa delen av skalan. Det aritmetiska medelvärdet var 7,32 med SD 1,67.

Samma skala som ovan användes för att undersöka om frisktandvård ansågs vara bra för klinikens ekonomi och gav som resultat ett medelvärde på 5,23 med SD 1,99. Vilket visar en lätt lutning åt en positiv effekt för klinikens ekonomi, även om detta inte är särskilt utpräglat (tabell 4).

På en skala från 1 till tio, med 10 som bästa värde, kunde studiedeltagare ange hur rimligt de ansåg prisintervallerna för frisktandvårdens prisgrupper vara. Det aritmetiska medelvärdet ligger på 6,57 med SD 1,93.

## Kvantitativa data – Hantering av Frisktandvård

Svaren på de kvantitativa frågorna visade att 67,7 % av respondenterna oftast erbjuder Frisktandvård vid revisionsundersökning och 76,7 % erbjuder i alla prisklasser. Respondenterna svarade till 31,6 % att det delvis är svårt att utföra R2. I frågan om riskgrupperingen i R2 ofta behöver ändras svarade 27,8 % ja (figur 1).



**Figur 1:** Hantering av Frisktandvård

Gällande utbildning eller information om R2 angav 54,1 % att de var nöjda med informationen de erhållit och 24,1 % angav att de önskar mer information.

I studien förekom frågan om det finns skillnader i debitering av frisktandvårdpatienter i jämförelse med patienter utan avtal. Här svarade 60,9 % av respondenterna att de “*debitera*

*likadant oavsett betalmodell”, 31,6 % svarade inte på frågan och 7,5 % svarade att de debiterar olika.*

Av de 133 respondenterna angav 92,2 % att patienter med frisktandvårdsavtal prioriteras vid kallelse för undersökning. Här angav 3 % att ingen prioritering av detta slag sker, 3,8 % kunde ej svara på detta. När det gäller akut tandvård angav 3,8 % att frisktandvårdspatienter prioriteras, 14,3 % var inte säkra och 82,0 % angav att det inte sker en prioritering vid akut tandvård.

De yrkesgrupper som angavs informera mest om Frisktandvård var tandhygienister angiven av 37,6 % deltagare tätt följt av tandläkare angiven av 36,8 % och tandsköterskor angavs av 10,5%. I 15 % av fallen kunde inget klart svar ges då alla i behandlingsteamet informerade om frisktandvård ungefär lika mycket.

## Kvalitativa data - Attityder till frisktandvård

Kategorier som framkom av materialet var effektivitet, ekonomi, gynnsamhet, omvårdnad, patientdelaktighet, patientens val, patientomhändertagande, patienttillfredsställelse, regler, resurser, rutiner och stress.

### Effektivitet

Frisktandvård angavs vara lättarbetat och smidig vid rätt prisgrupp. Arbetstiden angavs utnyttjas mer effektivt då personal inte behöver skriva kostnadsförslag eller *“övertala patienter till nödvändig vård”*. Dessutom framkom det att patienter med avtal *“tar mindre tid i receptionen”* då de slipper stå i kö för att betala utförd behandling.

Frisktandvårdspatienter angavs utebli mindre till bokade tider och ansågs vara lättare att kalla in vid eventuella luckor i tidboken. Ombokningsbehovet var mindre vilket betyder att personal i receptionen kan använda arbetstiden mer effektiv. Dessutom angavs

Frisktandvård att bidra till att patienter byter klinik mer sällan samt att de *“ej försvinner vid 23 år”*. På det viset undviks stora vårdbehov längre fram. Dock benämndes Frisktandvård som *“ej felfritt system”* då R2 kräver en bedömning av patienters vårdbehov och denna kan skilja sig åt beroende på vilken behandlare som utför undersökningen.

### Ekonomi

Fördelar som respondenter angav särskilt ofta var att *“slippa diskutera ekonomin vid föreslagen behandling”*, att kunna föreslå vård oberoende av patienters ekonomiska situation samt saknad av oförväntade kostnader för patienten. Det framkom även en ekonomisk säkerhet att kunna få behandling vid behov *“innan lönen kommit in på kontot”*. Även kommunikation angående kostnader upplevs som annorlunda med frisktandvårdspatienter. Det ansågs som smidigt att betala för sin tandvård månadsvis eller årsvis. Respondenter ansåg att det är lättare att planera behandlingen med frisktandvårdspatienter eftersom *“kostnader ej är inkopplade”* och de oftare tar emot erbjuden vård. Patienter besöker gärna tandvården när de vet att de redan betalt för den vård de behöver/erbjuds och inga *“oväntade kostnader tillkommer”*.

Ytterligare angavs en *“risk att betala mer än man skulle behövt”* ifall behandlingsbehovet är mindre än förväntat, samt att frisktandvård inte ingår i högkostnadsskyddet. Även en saknad av intäkter för kliniken togs upp. Respondenter tog upp att en sämre oral hälsa leder till indelning i hög riskgrupp och då är patienter mer benägna att neka avtal. Dessutom uppmärksammades att patienter tror att de ska ha en ekonomisk vinst på Frisktandvård och blir besvikna när det framkommer att det går jämt ut.

### Gynnsamhet

Frisktandvård ansågs att ha förbättrat patienters orala hälsa. Den sades utgöra en trygghet, eftersom *“mycket vård ingår”* och även bidra till ett stort antal nöjda patienter.

Frisktandvård ansågs höja patienters delaktighet i vård och munhälsa eftersom de *“flesta patienter sköter sin del”*, vilket avser egenvård och kosthållning som är del av kontraktet. Dock framkom det att vissa deltagare i studien ansåg att frisktandvård är *“onödig vid god kost och egenvård”* eller vid indelning i en låg prisklass. Problem uppstår även när patienter inte läser sitt avtal och inte lever upp till dess krav. Frisktandvård ansågs vara gynnsam för patienten på grund av minskad vårdkostnad med ett fast pris under avtalsperioden samt att *“specialisttandvård ingår som annars är dyr”*. Överlag ansågs det finnas en positiv syn på den egna orala hälsan hos patienter med frisktandvårdsavtal. De *“känner sig friska, glada och vill gärna komma till tandvården”*.

### Omvårdnad

Som fördel framkom att patienter med frisktandvårdsavtal får rätt vård vid rätt tillfälle, då de är mer villiga att ta emot föreslagen vård. Dessutom kallas dessa patienter för undersökning i tid enligt *“individ Anpassade revisionsintervaller”* och får regelbunden behandling.

Deltagarna i studien angav ofta att det är lättare att erbjuda och motivera förebyggande behandlingar till dem som har frisktandvård, som profylax. *“När så mycket ingår är det lättare att erbjuda bra behandlingsalternativ”*. Samt att det är lättare att erbjuda behandlingsalternativ som håller längre, ex krona istället för lagning. Utöver detta framkom att patienter med avtal upplevs som mer lätthanterliga och att det sätts högre krav på egenvård hos dessa. Många patienter tycker att tandhälsan har förbättrats efter att avtal tecknats. Respondenterna i studien påpekade ofta att patienterna har en positiv upplevelse av kontinuiteten. Att behandla frisktandvårdspatienter beskrevs som *“enklare men även frustrerande, då rätt vård inte går till rätt person”*.

En del respondenter ansåg att patienter med avtal får sämre vård då de *“kanske inte erbjuds optimal vård”* samt att vård inte sker på lika villkor. Det nämndes en orättvis prioritering av friska frisktandvårdspatienter framför patienter utan avtal som behöver vården mer. Utöver detta framkom det att val av vård och riskgrupp kan *“skilja mellan olika behandlare”*.

#### **Patientdelaktighet**

Åsikterna kring patientdelaktighet skiljer sig åt mellan olika behandlare. Dels ansågs patienter med avtal vara mer benägna att ta eget ansvar och utföra egenvård som rekommenderas. Detta leder till patienter som är bättre insatta i sin hälsosituation och mer benägna att följa de individuella råd om egenvård som erhålls. Följden av detta angavs vara att patienter med frisktandvårdsavtal inte behöver repetitiv vård som exempelvis lagningar lika ofta. Utöver detta framkom att frisktandvårdspatienter uteblir mer sällan. En positiv aspekt som flertal respondenter framhöll är att patienter *“kontaktar kliniken direkt vid minsta besvär”*, vilket minskar risken för vidare progrediering av besvär/sjukdom.

Andra respondenterna angav att patienter med frisktandvårdsavtal visar mindre ansvarstagande och *“lämnar över ansvaret för sina tänder”* till tandvården.

#### **Patientens val**

Flertal patienter har tackat nej till erbjudet avtal av olika anledningar. Priset var en stor faktor, att hög kostnad för patienten kan leda till att de tackar nej, något som respondenterna ansåg vara *“patientens val för vad tandvård får kosta”*.

Det uppmärksammades att vissa patienter inte lämpar sig för Frisktandvård då de inte vill eller kan uppfylla kraven avtalet sätter på patienten.

### Patientomhändertagande

De flesta deltagare i studien angav att Frisktandvård inte påverkar deras beteende mot patienten. Innehållet i avtalet varierar mellan individer, vissa patienter anser att det ingår för lite, att allt borde ingå i avtalet, medan andra är förundrade över hur mycket som ingår. Respondenter påpekade även att det finns de som inte är nöjda med sin tandvård. Det framkom att patienter anser att de inte får den vård som de betalar för samt att på grund av personalbrist och köer inte blir kallade för revisionsundersökning.

### Patienttillfredsställelse

Studiedeltagare angav att uppleva frisktandvårdspatienter som *“mycket nöjda med både vård och service”* på kliniken. Detta betraktade respondenter som mycket positivt i det dagliga arbetet. Medarbetare ansåg att patienter över lag har en positiv inställning till sin tandvård. Patienter påpekar ofta för behandlare att de anser sig få en bra tandvård och *“känner sig väl omhändertagna”*. De vill gärna komma oftare än vad avtalet säger, vilket kan leda till missnöje då patienter inte alltid förstår att revisionsintervallet baseras på individens riskgrupp.

### Regler

Frisktandvård som alternativt betalsätt angavs som ett avtal med tydliga regler vilket lämpar sig för de flesta patienter och utgör en *“stor del av det dagliga arbetet”* på kliniken. Det angavs att många patienter inte förstår varför prisgrupper höjs, vilket gör det svårt att motivera höjning av riskgruppen. Eftersom frisktandvård har komplicerade regler tror patienter att *“de har mer rättigheter än patienter utan avtal”*. Utöver detta angavs patienter vilja komma på undersökning oftare än de är berättigade till.

### Resurser

Respondenter angav att mycket vård läggs på *“i synes sätt friska patienter”* istället för de patienter utan avtal som behöver vården mer. Exempel på detta var att *“ta tid från akuta för att undersöka friska”* patienter då patienter med avtal prioriteras framför patienter utan avtal. Detta gör att vård inte ges på lika villkor.

Överlag svarade deltagare att det fanns en negativ effekt för de patienter som inte har avtal då frisktandvårdspatienter prioriteras i revisionskön, *“revisionspatienter blir lidande då kön står stilla”*. Exempelvis angavs ett tätare undersökningsintervall, prioritering vid kallelse och

att mer eller annan vård erbjuds till frisktandvårdspatienter. Flertal respondenter angav att resurser för att undersöka och behandla patienter utan avtal saknas.

### Stress

Stor press på personalen nämndes i denna kategori. Frisktandvård medför mycket administration vid exempelvis förlängningar, men även ökad mängd arbetsuppgifter. Problem att kalla in patienter i tid leder till att kliniken inte motsvarar patientens förväntningar och *"patienter blir arga eller upprörda"*. Långa kötider angavs bidra till att *"patienter som behöver behandlas kommer ej in i tid"* samt att det saknas tid att vårda patienter utan avtal särskilt *"vid fel undersökningsintervall"*. Respondenter angav det som stressigt att diskutera höjning av prisklass när detta behövdes. Delvis förekommer dessa diskussioner via telefon. Även vid förseningar i kallelser sågs en negativ aspekt, att *"de som behöver komma in och få vård, parodontitpatienter, inte kommer in i tid"* och kan höjas i prisklass.

Det framkom att Frisktandvård underlättar att förbättra flödet på arbetsplatsen, då både diskussioner kring behandlingkostnad och betalning i receptionen efter varje behandlingstillfälle bortfaller. Frisktandvård ansågs göra det dagliga arbetet *"lugnare"* för behandlare.

### Tror du att de som har Frisktandvård har bättre oral hälsa? Varför?

Vissa studiedeltagare yttrade att det finns en skillnad i den orala hälsan mellan frisktandvårdspatienter och andra patienter. Svar där denna skillnad ansågs finnas delades in i 2 kategorier, anledningar till bättre oral hälsa och anledningar för likvärdig eller sämre oral hälsa.

Som anledning till bättre oral hälsa togs upp att frisktandvårdspatienter prioriteras vid kallelser framför andra patienter. Utöver detta utförs *"mer profylax"* samt att vård utförs mer regelbundet.

Som anledning för en likvärdig eller sämre oral hälsa för patienter med Frisktandvård nämndes en underbehandling med protetik samt att *"inte betalmodellen avgör"* hur god eller dålig den orala hälsan är.

## Kvalitativa data – Hantering av Frisktandvård

### Rutiner

Det framkom att behandlare är mer benägna att erbjuda frisktandvård till friska patienter. Detta leder till en sned fördelning av den orala hälsan om man jämför patienter med avtal och patienter utan avtal. Dessutom kan avtal sägas upp ifall en patient inte lever upp till dess krav.

Som anledningar att inte erbjuda frisktandvård angavs både tidspress, *“att man inte hinner med”* och att man ibland glömde detta vilket betraktades som problem i rutiner. Andra anledningar var att flera behandlare sällan träffar patienter utan frisktandvård. Enstaka behandlare påpekade att de endast erbjöd 23 - åringar frisktandvård och att på grund av köer inte erbjöd det till vanliga patienter. Det framkom dessutom att vissa anser att frisktandvårdspatienter tar upp för mycket tid, eller att patienter som är nya på kliniken först måste visa i en bestämd tid att de uppfyller kraven innan man erbjuder avtal. Vissa behandlare har som rutin att inte erbjuda Frisktandvård till de höga prisklasserna, då behandlarna anser att det är för kostsamt för patient och klinik. Patienter med dålig oral hälsa samt äldre patienter ansågs inte lämpa sig för frisktandvård enligt vissa respondenter. Även patienter som är svårbehandlade och svåra att få färdigbehandlade ansågs inte lämpligt samt att stora behandlingar *“inte är syftet med frisktandvård”*.

Olika orsaker framkom till att justering av prisklass enligt R2 krävs. Det nämndes speciella delar av R2, som *“teknisk risk”*, *“parodontal risk”* eller *“övrig risk”* som problemkälla. Dessutom angavs mer allmänna orsaker att behöva ändra prisklassen R2 föreslår. Till dessa hör att föreslagna riskgrupper ofta ansågs vara för låga samt att det *“finns många delar som R2 inte tar med i beräkningen som mediciner eller rökning”*. En ytterligare anledning studiedeltagare ofta angav var att patientens risk inte stämmer överens med riskgruppen då en individuell bedömning *“inte kan standardiseras”*.

## Diskussion

Resultatet visar en positiv attityd till frisktandvård hos de flesta respondenter. Denna betalmodell betraktas som gynnsamt för avtalspatienter men som problematiskt för de patienter som saknar avtal. Hantering av avtal visar på en snedfördelning av vård där patienter utan avtal påverkas negativt, särskilt vid kallelser för undersökning. För en korrekt utvärdering av frisktandvård som betalsystem behöver fler studier utföras.



## Metoddiskussion

Ursprungligen var studien tänkt att utföras i form av en kvantitativ undersökning. Eftersom det framkom under studiens genomförande att en sådan kvantitativ undersökningen nyligen utförts i Region Kalmar län ändrades metoden till en kvantitativ ansats med kvalitativa inslag. Detta ledde till att studien ökade i omfattning. Denna ökning förmodas ha lett till ett ökat externt bortfall, då flera kliniker meddelat att medarbetare inte besvarade enkäten eftersom den ansågs omfatta för många frågor. Detta kan ses som en svaghet i studien som möjligtvis påverkar dess reliabilitet.

Studien utfördes i Kalmar län och för att inte exkludera någon yrkeskategori riktades studien till alla tandvårdsanställda. Detta kan ses som en svaghet med studien då fördelningen av yrkeskategorier är ojämn. Detta visar sig i att ett högre antal tandsköterskor är anställda inom tandvården än antalet tandläkare och tandhygienister. Tandsköterskor har mycket administrativt arbete inom Frisktandvård men arbetar inte kliniskt med avtal och utför inte R2.

Validiteten för denna studie anses som god. De enda frågor som inte direkt svarar på syftet är de tre första frågor i enkäten angående kliniktillhörighet, yrkeskategori och tid inom yrket. Dessa ställdes för att utvärdera om dessa faktorer påverkar individens attityd till frisktandvård och har därmed en indirekt koppling till validiteten. I detta projekt kunde ett signifikant samband mellan de ovan nämnda faktorer och attityden till Frisktandvård endast uppvisas gällande tid inom yrket.

Det visade sig svårt att beräkna ett korrekt externt bortfall då det förekommer fall där flera kliniker är kopplade till varandra. Detta betyder att exempelvis två fysiska kliniker anses som en klinik på två olika orter. I dessa fall är ofta personalen anställd på båda kliniker. Detta leder till att studiedeltagare endast svarar på enkäten en gång. Eftersom varje fysisk klinik redovisar för antal medarbetare utan att meddela hur många medarbetare som är anställda på flera fysiska kliniker, kan ett externt bortfall inte beräknas helt korrekt. Vid bedömning av denna studiens reliabilitet bör därför beaktas att svarsfrekvensen var mer än 55%. Gällande internt bortfall bör beaktas att författarna delvis relaterade avsaknad av svar till studiedeltagares yrkeskategorier. I fall att tandsköterskor inte svarade på frågor angående hantering av R2 eller debitering räknades detta inte som bortfall, eftersom tandsköterskor vanligtvis inte hanterar dessa arbetsuppgifter.

Eftersom svarsfrekvensen var lägre än författarna hade önskat påverkar detta möjligtvis resultatets styrka. Därmed kan studiens reliabilitet ifrågasättas. Detta bör beaktas vid bedömning av resultatets trovärdighet. Det går därför inte att bedöma ifall en större svarsfrekvens hade gett ett annat resultat.

Studien behandlade ämnet Frisktandvård, som endast finns på allmänna kliniker i Sverige. Detta innebar en svårighet att hitta vetenskapliga artiklar som kunde användas som referens. Flertal databaser användes, som Primo, Google Scholar, Dentistry & Oral sciences source med flera tillsammans med olika söktermer. Det visades ofta många träffar, dock var detta huvudsakligen dubletter eller artiklar där det saknades tillgång till fulltext.

Vissa frågor i enkäten var inspirerad av förslag från Folktandvårdens ledning. Det visade sig senare att en del av dessa frågor gav samma eller mycket lika svar som frågan om för- och nackdelar av frisktandvård. Särskilt tydligt berörda var frågor om vad Frisktandvård betyder för personalen i det dagliga arbetet och hur personalen tror att patienter med frisktandvårdsavtal upplever sin tandvård.

Möjliga hinder för god etik kan ha utgjorts genom att medarbetarna kan känt sig "skyldiga" att delta i studien då den utfördes på arbetsplatsen (41). För att undvika detta informeras deltagarna innan studien att enkäten är frivilligt, att beslutet att inte delta inte påverkar deras arbete negativt och att det inte kommer att framkomma i presentationen vem som har valt att delta. De besvarade enkäterna togs inte personligen omhand av författarna, utan dessa skickades av klinksamordnare till förbestämd klinik. Det går inte att garantera att ingen har tittat på en medarbetares enkät, ändå betraktas konfidentialiteten bibehållen.

Tandvårdspersonal arbetar under tystnadsplikt dagligen vilket ökar säkerheten av enkätens hantering. Enkäter innehöll inga känsliga personuppgifter som exempelvis namn.

Det visade sig svårt att bedöma rätt metod för dataanalys av kvantitativa data då det inte fanns någon hypotes som kunde prövas. Analysmetod av denna data valdes i flera etapper under projektets gång.

Analysen av kvalitativa data redovisades genom manifest innehållsanalys (37, 38). Kodning av text skedde gemensamt för att undvika feltolkning eller inflytande av personliga

värderingar. Respondenternas svar utföll överlag mycket korta, vilket gjorde det svårt att utföra en analys där tolkning är en viktig variabel.

Eftersom enkäten fick en större omfattning än det var planerat från början hade det varit fördelaktigt att istället utföra kvalitativa intervjuer, eventuellt med kvantitativa inslag. Det hade gett möjlighet till att anpassa frågor till respondenters yrkeskategori och arbetssituation. Djupintervjuer hade dessutom gett en möjlighet till latent innehållsanalys, vilket inte kunde utföras i denna studie på grund av mycket korta svar.

## Resultatdiskussion

Resultat av den kvalitativa dataanalysen kan vara något missvisande då det framkommer (särskilt genom analys av kvantitativa data) att svar övervägande är positiva för fråga fyra till sex enligt svarsenkät. Det framkom ofta fler olika negativa svar än positiva vilket inte speglar helheten. De positiva svar som angavs hade mindre variation, dock angavs samma positiva svar av flertal studiedeltagare.

Överlag visade 93,1% respondenter en positiv attityd till Frisktandvård i sin helhet. Detta resultat anses vara överförbart på hela populationen av region Kalmar läns tandvårdsanställda, att Frisktandvård uppfattas som positivt. Denna attityd leder till att fler patienter blir erbjudna frisktandvårdsavtal. Det är logiskt att personer är mer benägna att erbjuda eller rekommendera något de har en positiv inställning till.

Gällande faktorer som har ett samband med frågan hur bra respondenter anser Frisktandvård vara (tabell 3) var det intressant att se att tillhörighet till en speciell klinik eller yrkesgrupp inte visa ett signifikant sammanhang. Tid inom yrket däremot var en viktig faktor. Detta kan bero på att respondenter har svårt att bedöma Frisktandvård i sin helhet innan de har arbetat med detta ett par år. En annan möjlig förklaring kan vara att respondenter som inte har arbetat länge är skeptiska till frisktandvård eller inte förstår hur detta betalmodell fungerar.

Flertal respondenter ansåg att frisktandvårdspatienter har en bättre oral hälsa än andra patienter. Det framkom även att behandlare är mer benägna att erbjuda Frisktandvård till friska patienter. Tidigare utförda studier visar att de som har tecknat Frisktandvård oftast är yngre individer med god egenvård, socioekonomi, allmänhälsa samt bra motivation (1, 2, 3,

4, 5, 6, 7, 8). Detta kan bero på att andra patienter inte erbjuds Frisktandvård lika ofta. Dessutom ansåg flertal studiedeltagare att patienter i höga prisgrupper oftare tackar nej till erbjudet avtal. En annan orsak till snedfördelad oral hälsa vid jämförelser av avtalspatienter och andra patienter kan vara att vissa patienter inte erbjuds avtal då de inte kan eller vill uppfylla kraven. Dessa patienter har eller kommer troligtvis att få problem med sin orala hälsa då tandvårdens anvisningar om egenvård eller kost inte följs.

Angående frågan hur frisktandvård påverkar klinikens ekonomi framkom en lutning åt en positiv effekt med ett aritmetiskt medelvärde på 5,23. Att frisktandvård inte anses som mer positivt ekonomiskt sett beror troligtvis på att flertal respondenter ansåg att höga prisklasser eller indelning i fel prisklass försvagar klinikens ekonomi. En tanke som respondenter möjligtvis inte har tagit med i beräkningen är att frisktandvårdspatienter inte undanhåller betalning, vilket kan ske hos andra patienter.

Då det visade sig att huvuddelen respondenter (93%) betraktar Frisktandvård som gynnsamt för de patienter som har avtal. Detta anses representera hela populationens attityd gällande gynnsamhet för patienten. Bland de anledningar varför Frisktandvård gynnar avtalspatienter angavs särskilt ofta ekonomisk säkerhet, ökat ansvarstagande av patienten samt ökad patienttillfredsställelse. Dessa är viktiga faktorer för att främja en god oral hälsa, vilket är en viktig del i anledningen till att Frisktandvård framtogs (21, 22). Dock blir det tydligt att Frisktandvård ansågs medföra nackdelar för de patienter som inte har avtal. Denna effekt kan enligt författarna möjligtvis utgöra ett etiskt dilemma för Folktandvårdens medarbetare då tandvårdslagen inte följs (43). Vissa respondenter ansåg att frisktandvård bidrar till att förbättra den orala hälsan, denna uppfattning saknar dock vetenskapligt stöd (44)

Rimligheten av Frisktandvårdens prisintervall angavs med ett aritmetiskt medelvärde på 6,57 med SD 1,93. Vid denna fråga uppkom det största interna bortfall. Orsaken för detta bortfall är oklart. Möjligtvis kan detta förklaras genom att många deltagare i studien inte har arbetat med Frisktandvård särskilt länge och därför inte har hunnit bilda sig en uppfattning om prisernas rimlighet.

Respondenter svarade mestadels att de debiterar lika (60,9 %) för frisktandvårdspatienter och patienter utan avtal. Detta förvånade författarna som båda har jobbat inom Folktandvården flertal år. Ur personlig erfarenhet debiteras frisktandvårdspatienter oftast

annorlunda än andra patienter. Av respondenterna angav 30,1 % inget svar. Dessa är främst tandsköterskor som inte utför debitering.

Studien visade att det främst är tandhygienisterna (37,6 %) som informerade om Frisktandvård till patienter. Flertal respondenter (15 %) skrev att hela teamet (tandläkare, tandhygienist och tandsköterska) informerar lika mycket. Tandhygienister arbetar främst ensam med patienter och information kan då inte lämnas av annan personal, medan tandläkare och tandsköterska arbetar tillsammans och kan därför informera tillsammans.

Flertal respondenter angav olika exempel för hur Frisktandvård bidrar till att arbetstiden används mer effektivt, bland annat när patienter inte behöver betala direkt efter behandlingen. Detta kan även visa sig vara fördelaktigt för behandlaren, då debitering inte behöver ske direkt utan kan utföras under dagen. Detta kan underlätta vid försening. Om debitering utförs senare under arbetsdagen är det dock viktigt att säkerställa att rätt åtgärder anges. En annan tanke som framkom var att respondenter upplever det mycket fördelaktigt att inte behöva diskutera eller ta hänsyn till patienters ekonomi. Vårdförslag accepteras vanligtvis direkt. Detta ansågs spara både tid och energi och verkar vara med bland det som är mest uppskattat hos frisktandvård.

Majoriteten respondenter anser att frisktandvårdspatienter får rätt vård vid rätt tillfälle, kallas in i tid till undersökning och har en positiv syn på profylaktisk vård. Detta stämmer överens med tidigare studie som visar att det främst är de med god oral hälsa som tecknar avtal (43). Men de påpekar även att tandvårdspersonal ställer högre krav på egenvård hos dessa patienter eftersom de har tecknat ett avtal som de måste hålla.

Det framkommer även att vård uteblir till de äldre och de som är i behov av vård. Något som kan förvåna då vård ska först gå till de som behöver det mest (43)

Respondenterna anser att de som tecknar avtal har mer benägenhet att sköta egenvården på så sätt som tandvården rekommenderar. Även motivationen till en bra egenvård leder till att inte behöva repetitiv vård i samma utsträckning enligt respondenterna.

Under utredning av resultatet framkom att 92,2 % anser att frisktandvårdspatienter prioriteras vid kallelser för undersökning och 3,8 % vid akuttandvård. Denna prioritering

anses vara en förändring i personalens förhållningssätt mot frisktandvårdspatienter jämfört med patienter som inte har avtal. Vid frågan om Frisktandvård påverkar det professionella förhållningssättet angav dock flertal deltagare att alla patienter, oavsett betalmodell, behandlas lika. Förmodligen framkom denna förändring i förhållningssättet inte i samband med ovan nämnd fråga, då den tolkades att röra förhållningssätt i direkt kontakt med patienter. Rutiner för kallelse betraktades troligtvis inte som en del av det professionella förhållningssättet till patienten.

Flertal gånger i svarsalternativen uppkommer svaret att patienter inte är nöjda för att de inte får besöka kliniken så ofta som de vill. Patienter vill komma för undersökning varje år. Detta anses som en miss i kommunikationen, då patienter tror sig ha rätt till undersökning årligen, att detta ingår i avtalet. Dock är undersökningsintervallet beroende på vilken prisgrupp man hamnar i, då revisionsintervallen bedöms enligt individens behov. Detta är något som inte alltid framkommer vid diskussioner angående Frisktandvård (33).

På grund av resursbrist erbjuds vård inte på lika villkor för patienter utan avtal som för patienter med frisktandvård. Detta kan även ses som en förklaring till varför Frisktandvård inte erbjuds till alla prisklasser eller åldersgrupper. Respondenterna angav även att de som inte har Frisktandvård prioriteras lägst vid kallelser och själva får söka vård akut på grund av personalbrist. Samt att tid läggs på att behandla friska patienter istället för akuta. Prioritering av friska patienter kan betraktas strida mot tandvårdslagen då denna säger att vård ska utföras på lika villkor för alla individer samt att vård ska först erbjudas till dem som är i störst behov (43).

Respondenter angav det att vara jobbigt när prisklasser höjs, eftersom patienter ofta inte förstår anledningen till höjningen. Ur personlig erfarenhet har många behandlare problem av "dåligt samvete" att debitera rätt pris eller sätta rätt prisklass då tandvård är kostsamt. Detta anser vi som ett allmänt problem bland tandvårdspersonal. Det är viktigt att personal lär sig att den kunskap som tandvården tillhandahåller är värdefull.

Vid frågan om alla erbjuds Frisktandvård och om alla prisklasser erbjuds svarade 67,7 % att de erbjuder Frisktandvård till alla patienter och 76,7 % erbjuder i alla prisklasser. Som anledningar att inte erbjuda Frisktandvård framkom att det tog för mycket tid och resurser vid vårdarbete samt att det kanske inte passar alla patienter. Då 15,8 % studiedeltagare angav inte erbjuda Frisktandvård i alla prisgrupper anser vi detta strida mot autonomiprincipen

(42). Det bör vara patientens val om avtal ska tecknas även om behandlaren anser att det inte lönar sig på grund av den prisclass patienten tilldelas. När behandlare däremot väljer att inte erbjuda avtal till patienter som inte vill eller kan uppfylla avtalets krav betraktas detta inte som etiskt dilemma.

R2 används dagligen i det kliniska arbetet med riskgruppering som involverar vilken prisgrupp patienten hamnar i inom Frisktandvård. De allra flesta av deltagarna (54,1 %) anser att de har fått tillräcklig information angående användning av R2 och 24,1 % anser att de vill ha mer information om R2. 31,6 % av respondenterna anser att det delvis är svårt att utföra R2 och 27,8 % anser att de ofta behöver korrigera prisgruppen. Därigenom har fler deltagare angivit att de önskar mer information än mängden deltagare som har svarat att R2 är svår att utföra. De respondenter som främst har svarat att det är svårt att utföra samt att de vill ha mer information angående R2 är oftast tandsköterskor som i dagligt arbete inte utför R2.

Forskning angående riskbedömningsprogrammet R2 saknas och författarna anser att det är svårt att få ett konkret resultat om hur programmet faktiskt fungerar. Programmet utarbetades 2008 i samband med att Frisktandvård lanserades. Patienterna blir i programmet indelade i riskgrupper och riskgruppen styr vilken prisgrupp patienten hamnar i Frisktandvården (45). Men om det är rätt riskgrupp patienten hamnar i kan författarna inte avgöra eftersom behandlaren själv behöver korrigera vissa variabler. Författarna anser därför att det behövs mer forskning kring detta ämne eftersom det är ett program som startades för mer än 10 år sedan och används dagligen på Folktandvårdskliniker runt om i Sverige.

## Slutsatser

Tandvårdspersonalen i region Kalmar har överlag en positiv attityd till Frisktandvård som betalsätt inom Folktandvården. Respondenter i studien är övervägande eniga att om patienten grupperas i rätt riskgrupp är Frisktandvård till fördel för patienten. Men de är även eniga om att Frisktandvård försämrar vård situationen för patienter utan avtal. Enligt avtalsförbindelse ska Frisktandvårdspatienter kallas inom visst revisionsintervall vilket innebär att de patienter som inte har avtal hamnar långt ner i kallelse listan. Dessa får då endast komma akut då det inte finns några tider att erbjuda på grund av resursbrist. Respondenter påpekar även att det är lättare att erbjuda vård och profylax till de med avtal

eftersom de inte behöver tänka på ekonomin. Hantering av Frisktandvård skapar mycket administrativt arbete, dock bortfaller vissa administrativa uppgifter här.

Författarna anser att det behövs mer forskning kring konceptet Frisktandvård. Eftersom flera av de kvalitativa svaren gav likande korta svar, kan det vara bra att i framtida undersökningar satsa mer på djupintervjuer. Deltagandet bör begränsa till ett visst antal personer inom varje yrkeskategori, för att få fram djupgående svar som ger möjlighet att "läsa mellan raderna". En större svarsfrekvens hade ökat studiens reliabilitet.

Författarna hoppas att detta arbete kan användas inom Folktandvården för att förbättra flödet i det dagliga arbetet till fördel av både patienter och tandvårdspersonal. Utöver detta ska denna studie bidra till att tydliggöra problem i samband med Frisktandvård.



## Referenser

1. Strand J, Andås AC, Boman UW, Hakeberg M, Tidefors I. A new capitation payment system in dentistry: the patients' perspective. *Community dental health* [Internet]. 2015;32(2):83–8.
2. Hakeberg M, Boman U. Patient characteristics in relation to dental care payment model: capitation vs fee for service. *Community dental health* 33 (2016): 252-256.
3. Johansson V. Oral health-related quality of life and patient payment systems: A study of Contract and Fee-for-service care in a county in Sweden. 2009.
4. Hallberg, Lillemor R-M, Hakeberg, Magnus, Hallberg, Ulrika. Facing a moral dilemma-introducing a dental care insurance within the public dental service. *Swedish Dental Journal*. 2012;36(3):149–56.
5. Ostberg A-L, Ahlstrom B, Hakeberg M. Patients' choice of payment system in the Swedish Public Dental Service - views on dental care and oral health. *Swedish Dental Journal*. 2013;37(3):131–42.
6. Andrén Andås C, Hakeberg M, Who chooses prepaid dental care? A baseline report of a prospective observational study. *Göteborg BMC Oral Health*, 146(14), pp.Bmc Oral Health, 2014, Vol.146(14)
7. Johansson V. Oral health-related quality of life and patient payment systems. Avhandling, Malmö högskola 2009.
8. socialförsäkringsrapport 2012:2
9. Kalmar län, Wikipedia, Den fria encyklopedin. [Läst 2019-01-29] Tillgänglig: [https://sv.wikipedia.org/wiki/Kalmar\\_län](https://sv.wikipedia.org/wiki/Kalmar_län)
10. Socialstyrelsen; Tandsköterskans roll i den framtida tandvården: Arbetsuppgifter, utbildningsnivå, tillgång och efterfrågan. Stockholm 2004
11. Etiska regler, Svenska tandsköterskeförbundet, Läst: [2019-03-10] <https://svetf.se/om-forbundet/etiska-regler/>
12. Socialstyrelsen, Delegering inom tandvården, Stockholm 2002, SOSFS 2002:12
13. Fröberg UH. Delegeringsbestämmelser inom hälso- och sjukvård samt tandvård: om delegering av beslutsrätt och arbetsuppgifter med stöd av kommunallagen ... Hova: Institutet för medicinsk rätt (IMR); 1992.
14. Andrén Andås C. A new payment model in Swedish dental care Göteborg: Department of Behavioral and Community Dentistry, Institute of Odontology, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg; 2015
15. Sveriges Tandläkarförbund, Tandvårdens framtida personal- och kompetensförsörjning, Stockholm 2016. <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/tandvardens-framtida-personal-och-kompetensforsorjning.pdf>
16. Arbetsuppgifter: Vem får delegera i tandvården? Socialstyrelsen; 2017 [läst 2019-02-17] <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-delegera-i-tandvarden>
17. FDI´s definition of oral health. FDI world dental federation [läst 2019-03-25] <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>
18. Glick M, Williams D, Kleinman D, Vujicic M, Watt R, Weyant R. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *JADA* 2016; 147 (12): 915-917. [läst 2019-03-25] [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(16\)30786-3/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(16)30786-3/fulltext)
19. Karlsson, Elisabeth. Ungdomars attityder till oral hälsa och upplevelse av att ha fått ta del av en beteendevetenskaplig intervention samt dess effekt på munhygienbeteende. Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping, HHJ. Oral hälsa; 2017.
20. Holt N. Psychology: the science of mind and behaviour. 3., revised and updated ed. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2015
21. Palvarinne R, Birkhed D, Widström E. The Public Dental Service in Sweden: An interview study of Chief Dental Officers. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry* [Internet]. 2018;8(3)

22. Folktandvården Sverige <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/antal-frisktandvardsavtal/> [Läst 2018-12-28]
23. 2008 års tandvårdsreform, Stockholm, Sveriges riksdag, 2014; Kommittédirektiv 2014:28
24. Bättre tandvårdsförsäkring för äldre. Regeringskansliet, Socialdepartementet, Stockholm 2001, SOU 2001:36
25. Med förslag till tandvårdslagen m.m. Sveriges Riksdag 1984, Regeringens proposition 1984/85:79
26. Reformerad tandvårdsförsäkring. Stockholm: Sveriges Riksdag; 1995. Regeringens proposition 1995/96:119.
27. Socialstyrelsen, Statligt tandvårdsstöd <https://www.socialstyrelsen.se/tandvard/tandvardsstod/statligtandvardsstod>
28. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Tandvårdsstöd <https://www.tlv.se>
29. SFS nr: 2008:145 Statligt tandvårdsstöd: Stockholm Sveriges Riksdag
30. Reformen inom sjukvårdsområdet budgetpropositionen 2018, Regeringskansliet, Stockholm 2017.
31. Smile tandvård, Hur länge har barn och ungdomar fri tandvård?
32. <http://www.smile.se/tandvardsskola/hur-lange-har-barn-och-ungdom-fri-tandvard/>
33. Folktandvården Skåne, Frisktandvårdspriser. Uppdaterad 4 januari 2019 [Läst 2018-12-20] <https://folktandvardenskane.se/frisktandvard/frisktandvardspriser/>
34. R2. Region Kalmar läns intranät Navet
35. Svenska akademien. Ordbok över svenska språket Bd 2 Anmana-Barhufvad. Lund: C.W.K. Gleerups förlag; 1903
36. Andås CA, Ostberg A-L, Berggren P, Hakeberg M. A new dental insurance scheme--effects on the treatment provided and costs. Swedish dental journal [Internet]. 2014;38(2):57–66
37. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. 2., moderniserade och utök. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
38. Henricson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur AB; 2017.
39. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & kultur; 2016.
40. Wahlgren L. SPSS steg för steg. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
41. Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys In: Höglund-Nielsen B, Granskär M. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Tredje upplagan. 2017.
42. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002. [läst 2019-06-06] [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)
43. SBU. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002. SBU-rapport nr 161 Kapitel 9. ISBN 91-87890-81-X. [https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel\\_9\\_etiska\\_aspekter.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_9_etiska_aspekter.pdf)
44. SFS nr: 1985:125 Tandvårdslag: Stockholm Sveriges Riksdag <https://www.sbu.se/contentassets/2e90a4a156964e92a131fe239e86a0b8/effekter-av-abonnemangstandvard-pa-patientens-tandhalsa-och-ekonomi.pdf>
45. Gillhof S, Kvist L. Stödsystem/riktlinjer för riskbedömning av oral hälsa. Odontologiska fakulteten, 2013.

# Bilagor

## Bilaga 1 Enkätundersökning om Frisktandvård

1. Vilken klinik tillhör du? \_\_\_\_\_

2. Vilken yrkeskategori tillhör du?

Tandsköterska      Tandhygienist      Tandläkare

3. Hur länge har du arbetat inom tandvården?

Mindre än 3 år      3 – 5 år      5 – 10 år      Mer än 10 år

4. Hur bra tycker du frisktandvård är? (1 är sämst och 10 är bäst)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fördelar:

---

---

Nackdelar:

---

---

5. Vad betyder Frisktandvård för dig i ditt arbete?

---

---

---

6. Hur tror du patienter med ett Frisktandvårdsavtal upplever sin tandvård?

---

---

---

7. Upplever du att arbetet kring Frisktandvård påverkar ditt professionella förhållningssätt till patienten? (kommunikation, bemötande, erbjuden)

---

---

---

8. Tror du att de som har frisktandvård har bättre oral hälsa?  
(1 är väldigt dåligt och 10 väldigt bra)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Varför: \_\_\_\_\_

9. Gynnar frisktandvård de patienter som har den? (1 är väldigt dåligt och 10 väldigt bra)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Anser du att frisktandvård är bra för klinikens ekonomi?  
(1 är väldigt dåligt och 10 väldigt bra)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Erbjuder du /ditt team frisktandvård till alla patienter?  
Alltid Oftast Aldrig?

Om inte, varför?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Erbjuder du / ditt team frisktandvård i alla prisgrupper?  
Ja Nej

Om inte, varför?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Är det svårt att utföra R2?  
Ja Nej Delvis Utför ej R2

14. Behöver du ofta ändra prisklassen som R2 föreslår?  
Ja Nej

Om ja, varför?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Anser du att du har fått tillräcklig information/utbildning om R2?  
Ja Nej, jag vill ha mer information

16. Debiterar du frisktandvårdspatienter olika än ”vanliga patienter”?  
Ja Nej

17. Hur rimligt anser du att prisintervallerna för prisgrupperna är?  
(1 är väldigt dåligt och 10 väldigt bra)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Prioriteras patienter med avtal mer än patienter utan avtal?  
a) Vid kallelse?

Ja Nej Vet ej

- b) Vid akutvård?

Ja Nej Vet ej

19 Vilken yrkeskategori (i ditt team) tillhör den som mest informerar om frisktandvård?

---

20 Är det något som du anser att vi har glömt och fråga om som du anser är viktigt i studien?

---

---

---

---

## Bilaga 2 Informationsbrev

Hej!

Vi är två tandhygieniststudenter, Helena och Selina, anställda på Folktandvården i Nybro/Mörbylånga. Just nu läser vi sista terminen på tandhygienistprogrammet vid Jönköping University. Vi arbetar för tillfället på vår kandidatuppsats och vill fördjupa oss inom Frisktandvård. Frisktandvård är en stor del av det dagliga arbetet på en Folktandvård och vi skulle därför vilja få en djupare förståelse för vad ni, medarbetarna, anser om frisktandvård.

Enkäten består av 20 frågor, dels av kryssfrågor med olika alternativ och dels av några öppna frågor där du får skriva med egna ord.

Enkäten är frivillig och svaren i enkäten kommer att bearbetas konfidentiellt, vilket innebär att bearbetning och presentation av data kommer att ske på så sätt att inga uppgifter kan härledas till en specifik individ eller klinik. Inga uppgifter kommer att lämnas ut till tredje part.

Med vänliga hälsningar!

Helena Svensson och Selina Ahlström

Kontakt

Helena Svensson: [svhe1685@student.ju.se](mailto:svhe1685@student.ju.se)

Selina Ahlström: [alse16@student.ju.se](mailto:alse16@student.ju.se)

Handledare:

Brittmarie Jacobsson: [brittmarie.jacobsson@ju.se](mailto:brittmarie.jacobsson@ju.se)