

Pia Gabre og Dorthe Holst

Medmänniskor med särskilda behov i tandvården – etiska frågeställningar i ett välfärdsstatsperspektiv

I de nordiska länderna förväntas den offentliga tandvården ha huvudansvaret för att människor med särskilda behov får tillgång till tandvård. Munhälsan har förbättrats bland människor med funktionsnedsättning de senaste decennierna, men fortfarande finns skillnader jämfört med friska individer. Trots reformer i de nordiska länderna på 1980-talet som tog nationellt ansvar för hela befolkningens munhälsa krävdes i efterhand lagar för att försäkra tandvård för människor med särskilda behov. Förbättrad lönsamhet har blivit en drivkraft för att erbjuda fler vuxna tandvård, något som ur ett utilitaristiskt perspektiv är önskvärt. Från Rawls perspektiv är det ökande utbudet bara rättvist om det samtidigt innebär att svaga grupper är prioriterade och inkluderade. Paradoxalt har utvecklingen av välfärdsstaten också medfört en ökande individualism. Relationen mellan befolkningen och den offentliga drivs alltmer av samma logik som marknaden. Valfrihet har införts inom många områden, men problem uppstår när människor med nedsatt autonomi ska göra kompetenta val.

Tandvårdsbehovet hos människor med funktionsnedsättning tillfredsställs inte fullt ut på grund av okunskap, ekonomiska barriärer, bristande fysisk anpassning av tandvårdsmottagningar eller att utförarna prioriterar friska individer före människor med särskilda behov. Det finns således mer att göra för att människor med funktionsnedsättning ska få bra munhälsa och tillgång till tandvård som motsvarar behovet.

Vi ska inledningsvis klargöra utgångspunkten. Detta tema handlar om människor och de är bara undantagsvis och relativt få timmar under ett år odontologiska patienter med särskilda behov. Grupper eller enskilda individer med särskilda vårdbehov är i första hand medmänniskor.

Forfattere

Pia Gabre, docent, *, med. dr. Institutionen för Odontologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Sverige; cheftandläkare, Folk tandvården, Uppsala län, Sverige
Dorthe Holst, professor, dr. odont. Sektionen för samhällsodontologi, Universitetet i Oslo, Norge

Det finns minst två huvudgrupper användare med funktionsnedsättning som efterfrågar tandvårdstjänster. Det är människor som 1) har medfödda och/eller förvärvade sjukdomar eller tillstånd som under delar av livet, eller hela livet, ger dem en högre tandhälsorisk, och 2) de som inte har större tandhälsorisk än folk i allmänhet, men deras funktionsnedsättning medför att det blir extra svårt att använda befintliga tandvårdserbjudanden, till exempel på grund av psykiska, fysiska eller ekonomiska hinder. Vi kommer att använda begreppet funktionsnedsättning för denna heterogena grupp. Med funktionsnedsättning menas en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (1).

Gruppen människor med funktionsnedsättning uppvisar stor variation när det gäller ålder, livsstil, sociala förutsättningar, utbildning, allmänt hälsostatus och oral hälsa. Man kan därför inte generalisera när man möter den enskilda individen utan måste se personen som en unik individ. I denna artikel ska vi försöka belysa förutsättningarna för den del av befolkningen som har särskilda behov inom tandvården och svårigheter och möjligheter som uppkommer när deras tandvårdsbehov ska mötas av dagens tandvård.

I de nordiska länderna är tandvården organiserad i två huvudsektorer:

1. En reglerad offentlig sektor som har lagstadgade uppgifter för definierade befolkningsgrupper.

Hovedbudskap

- Människor med funktionsnedsättning har sämre munhälsa och lägre konsumtion av tandvård än friska människor
- Tandvårdsbehovet hos människor med funktionsnedsättning tillfredsställs inte fullt ut
- Faktorer som kan hindra människor med funktionsnedsättning att få tandvård kan vara okunskap, ekonomiska brister och dålig anpassning av tandvårdsmottagningar till funktionsnedsättningen. Även krav på lönsamhet i tandvården kan medföra att personer med funktionsnedsättning prioriteras bort.

2. En privat sektor som ska betjäna den övriga befolkningen på en friare tandvårdsmarknad som är reglerad i varierande grad i de nordiska länderna.

Det finns en rad skillnader mellan de nordiska länderna, men det som är lika rättfärdigar beteckningen en nordisk modell (2,3). Det faller tveklöst inom den nordiska välfärdstraditionen att förvänta att det är den offentliga tandvården som har huvudansvaret för att säkerställa tandvårdstjänster till befolkningsgrupper med funktionsnedsättning. Detta utesluter emellertid inte att vuxna med funktionsnedsättning också kan få tandvård i den privata sektorn. Barn med funktionsnedsättning ges ett erbjudande om kostnadsfri behandling inom de offentliga tandvårdsorganisationerna i de nordiska länderna.

Vi vill sätta fokus på om och när den offentliga tandvården fick detta ansvar. Ett karaktäristiskt drag för den offentliga tandvården i de nordiska länderna är det hälsopolitiskt fastställda populationsansvaret för definierade befolkningsgrupper. Populationsansvaret känner vi som begreppet universalism¹, som är typiskt för den nordiska välfärdsmodellen som tandvården är en del av (2,4). Vi ska i korta drag beskriva utvecklingen i populationsansvaret för tandvården under de senaste hundra åren. Vi ska visa att populationsansvaret för människor med funktionsnedsättning kom långt efter att först barnen och därefter delar av vuxenbefolkningen fick erbjudande om tandvård. Vi söker förklaringar på detta fenomen. Används John Rawls² som måttstock för social rättvisa kan utvecklingen knappast karaktäriseras som rättvis (5). Rawls sätter upp stränga krav på fördelningsmässig rättvisa av välfärdstjänster.

Men först ger vi en kort beskrivning av förekomsten av funktionsnedsättning och huvuddragen i hur dagens tandvård för människor med funktionsnedsättning är organiserad. I huvudsak kommer vi att fokusera på vuxna med funktionsnedsättning.

Förekomst av funktionsnedsättning

Det finns ett stort antal sjukdomar och tillstånd som leder till en funktionsnedsättning av varierande karaktär och omfattning och det är därför svårt att beräkna antalet personer som har en funktionsnedsättning. WHO (World Health Organization), som grundar klassi-

Befolkningsprognos

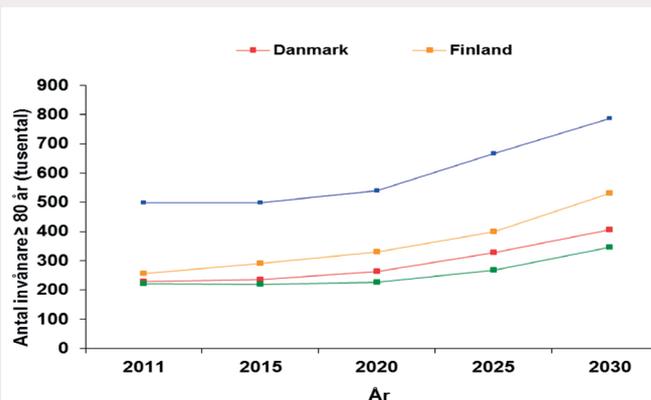


Fig. 1. Befolkningsprognos för personer ≥ 80 år i de nordiska länderna fram till 2030.

ficerings av funktionsnedsättning efter funktionsförmåga inom områdena fysisk rörlighet, kognition, hörsel och syn, rapporterade 2004 att 2,9 procent av världens befolkning hade en allvarlig funktionsnedsättning och 12,4 procent en moderat nedsättning (6). Bland dem som var 60 år och äldre hade 46 procent en svår eller moderat funktionsnedsättning. Det är svårt att få fram uppgifter om hur många personer i de nordiska länderna som har en funktionsnedsättning. Folkhälsoinstitutet i Sverige beskriver att omkring 1,5 miljoner människor i Sverige mellan 16 och 84 år har en funktionsnedsättning. Antalet ökar med stigande ålder, men även i åldersgruppen 16–29 år har 10 procent en funktionsnedsättning. De allra flesta med funktionsnedsättning, 1,1 miljoner, är äldre än 65 år (7). Antalet äldre i Norden ökar liksom i andra delar av världen. Enligt Nordiska Rådet kommer antalet personer äldre än 80 år att öka från 1,2 miljoner personer år 2011 till drygt 2 miljoner år 2030 i Danmark, Finland, Norge och Sverige (8). Figur 1 visar prognosen för ökningen i de nordiska länderna av personer 80 år och äldre under perioden 2011–2030.

Hälsa och munhälsa hos personer med funktionsnedsättning

WHO formulerade redan 1948 en framsynt definition av hälsa: »ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara avsaknaden av sjukdom« (9). Definitionen visar på hälsans två perspektiv – den medicinska professionens bedömning och den självupplevda hälsan. Munhälsan är betydelsefull för livskvaliteten och självkänslan (10). Bra munhälsa gör det möjligt för människor att äta och njuta av mat, ha relationer och kunna kommunicera. WHO definierar hälsofrämjande arbete som den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa (11). En stor del av ohälsan bland människor med funktionsnedsättning hör samman med de processer som sätter ner livskvaliteten såsom brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet (7). Nyligen rapporterade Folkhälsoinstitutet i Sverige att det är tio gånger vanligare med dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Man var oftare låginkomsttagare och färre hade ett arbete. Dessu-

Faktarut

1. Universalism = en grundläggande funktion i välfärdsstaten, som innebär att hela eller delar av populationen har samma rättigheter.
2. John Rawls (1921–2002) var en amerikansk politisk filosof i den liberala traditionen. Hans teori om rättvisa som hederlighet inbegriper ett samhälle av fria medborgare med samma grundläggande rättigheter som samarbetar inom ett jämlikt ekonomiskt system. Hans verk *A Theory of Justice* (1971) betraktas som en av de primära texterna i politisk filosofi.
3. Utilitarism = moralisk doktrin som innebär att man alltid ska handla så att konsekvenserna av vad man gör blir så goda som möjligt, i den meningen att det sammanlagda välbefinnandet hos alla kännande varelser blir så stort som möjligt. Mer slagordsmässiga formuleringar är att man ska eftersträva »största möjliga lycka åt största möjliga antalet individer« eller att man ska »maximera den allmänna välfärden«.

tom förekom oftare en ohälsosam livsstil – en större andel människor med funktionsnedsättning var rökare och överviktiga (12).

Munhälsan i de nordiska länderna har avsevärt förbättrats under de senaste decennierna. I alla åldersgrupper har förekomsten av karies och tandlossning minskat liksom befolkningens andel tandlösa individer (13,14). Befolkningsstudier kan dock vara starkt missvisande när munhälsan hos individer med funktionsnedsättning ska beskrivas, eftersom både äldre och yngre med stort omvårdnadsbehov ofta inte ger gensvar på erbjudandet att delta i studier. Även personer med funktionsnedsättning har fått en bättre munhälsa, men fortfarande finns skillnader jämfört med personer med full funktion. Till exempel visar data från en svensk studie 5 procent tandlösa 80-åringar (13) medan 33–43 procent av äldre med funktionsnedsättning saknade egna tänder i de nordiska länderna (15–18). Även yngre personer med kognitiva funktionsnedsättningar har sämre munhälsa mätt som ökad förekomst av karies (19,20). Smärta, infektioner och nutritionssvårigheter kan bli följderna av munproblemen och dessa effekter är särskilt allvarliga om de adderas till redan förekommande frekventa hälsoproblem och då personen inte kan beskriva sina problem för omgivningen (21,22).

Självupplevd hälsa och livskvalitet

Som vi tidigare nämnt har hälsan två perspektiv, den medicinska professionens bedömning och den självupplevda hälsan. Flera studier kan beskriva sämre munstatus hos äldre och personer med funktionsnedsättning i Norden, men även den självskattade munhälsan upplevs sämre hos personer med funktionsnedsättning. I nationella folkhälsoenkäten i Sverige uppger 39 procent av männen och 31 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning att de har en dålig munhälsa jämfört med 10 respektive 8 procent i den övriga befolkningen (7). I en norsk studie skattar 59 procent av en grupp 67–78-åringar att de har en bra tandhälsa. De som anger en sämre tandhälsa uppger också en lägre munhälsorelaterad livskvalitet och man fann samband mellan antal tänder och livskvaliteten men inte med kariesförekomsten (23). Detta stämmer väl med andra studier där det är mer effekterna av oral sjukdom, nedsatt tuggförmåga och muntorrhet, som påverkar det dagliga livet än sjukdomarna i sig (24). Äl-

dre prioriterar munhälsa trots ofta höga kostnader och vill behålla tänderna inte minst för utseendets skull (25). Eftersom äldre ofta relaterar livskvalitet till att kunna ha relationer, bestämma själv och bo kvar i sitt hem måste kliniska symtom sättas in i det sammanhang som beskriver människans levnadsvanor. Kanske borde därför livskvalitet i stället mätas genom att ställa frågan: Vad hindrar dina munproblem dig att göra?

Samhällets stöd för tandvård

I de nordiska länderna finns olika system för organisation och finansiering av tandvård. För barn är tandvården kostnadsfri, men åldersgränsen för denna förmån varierar. Tandvård för vuxna betalas i huvudsak av individen själv, men delar av behandlingen betalas av en statlig försäkring i Danmark, Finland och Sverige. I samtliga nordiska länder förekommer särskilda ekonomiska stöd för personer med funktionsnedsättning och för äldre beroende av stöd för den dagliga omvårdnaden. I Sverige är landstingen dessutom skyldiga att erbjuda omvårdnadsberoende personer en munvårdsbedömning utförd av tandvårdspersonal i hemmet. Samtliga nordiska länder har både offentlig och privat tandvård, utom Island där all tandvård utförs i privat regi (26). I Tabell 1 sammanfattas tandvårdsstöden från samhället i de nordiska länderna.

Tandvårdsstöd i historiskt perspektiv

Som framgår av denna summariska översikt blev de specifika tandvårdsstöden till människor med särskilda behov uppmärksamade på 1980-talet. I både Danmark, Sverige och Norge utökades de rådande partiella lagarna för tandvården i befolkningen till ett helhetsansvar för den samlade tandvården för hela befolkningen.

De första lagarna om tandvård började som lagar om skoltandvård för skolbarn i välfärdsstatens tidiga period. På 1930- och 40-talen kom Lagen om folktandvård i Sverige och Lov om Folketannrøkte i Norge, som säkerställde tandvård för både barn och en del vuxna. Efter andra världskriget expanderade den generella utbyggnaden av välfärdsstaten, och även tandvården och småbarn, ungdomar och andra definierade grupper inlemrades i regelverk och praxis (3). I Finland trädde den stora folkhälsolagen i kraft 1972. Tandvårdsre-

Tabell 1. Sammanfattning av samhällets tandvårdsstöd till befolkningen i de nordiska länderna. Data är hämtade från Widström et al (26) om inget annat anges.

Tandvård stödja	Generella stöd	Tandvårdsstöd för personer med funktionsnedsättning
Danmark	Kostnadsfri tandvård 0–18 år Generellt stöd via försäkring för vissa behandlingar	Tandvård för personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning samt äldre med stort omvårdnadsbehov (27)
Finland	Kostnadsfri tandvård 0–17 år Generellt tandvårdsstöd för vuxna	Samma stöd som för övriga vuxna. Dessutom kan kommunerna ge särskilt stöd.
Island	Delar av kostnaden för tandvård 0–18 år täcks av statlig försäkring Generellt tandvårdsstöd för vuxna saknas	Tandvård för personer med vissa funktionsnedsättningar och omvårdnadsberoende äldre
Norge	Kostnadsfri tandvård 0–18 år Generellt tandvårdsstöd för vuxna saknas	Tandvård för personer med vissa funktionsnedsättningar och omvårdnadsberoende äldre
Sverige	Kostnadsfri tandvård 0–19 år Statlig tandvårdsförsäkring ersätter kostnader för de flesta behandlingar för alla vuxna	Tandvård till låg kostnad för äldre och personer med funktionsnedsättning med stort omvårdnadsbehov (28)

formerna på 1980-talet har beskrivits som kronan på tandvårdsverket med ett nationellt ansvar för god tandhälsa och tillgänglig tandvård för hela befolkningen (3). I princip innefattades tandvård för människor med funktionsnedsättning i reformerna på 1980-talet. Dessa reformer omfattade hela befolkningen i respektive land. Den offentliga tandvården enbart eller i samarbete med privatpraktiserande tandläkare hade all anledning att erbjuda tandvård till personer med funktionsnedsättning. Likväl måste det i efterhand utformas speciella tilläggslagar eller bestämmelser som definierade tandvårdserbjudanden för människor med särskilda tandvårdsbehov. I Danmark utformades ett tillägg eftersom vuxna inte omfattades av lagen om Kommunetandpleje. I Sverige gavs nödvändig tandvård för människor med stora omvårdnadsbehov liknande stöd som inom sjukvården.

Lönsamhet som drivkraft

Således infördes tandvård för människor med funktionsnedsättning sent under 1900-talet. Varför dröjde det så länge? Tidigare hade den offentliga tandvården i stigande grad utökat vården till barn, och när alla barn var omfattade expanderade den offentliga tandvården in på den privata marknaden. På flera ställen uppstod konkurrens mellan offentlig och privat tandvård om de vuxna patienterna. Landstingen i Sverige och fylkeskommunerna i Norge lade i ökande grad vikt vid intäktssidan i bokföringen och krävde att den offentliga tandvården skulle skära kostnader, bland annat genom att tjäna pengar på behandling av vuxna. Denna utveckling förstärktes troligen i Sverige av att tandvårdsförsäkringen betalade tillbaka utgifter till både behandling i landsting och hos privata tandläkare efter fastställda taxor. I Norge justerades taxorna för vuxnas behandling upp till ungefärlig konkurrensnivå. Då blev det ännu lönsammare att behandla i övrigt friska vuxna i den offentliga tandvården och på denna marknad är det mindre lönsamt att behandla människor med funktionsnedsättning. I ett etiskt perspektiv kan vi beskriva denna prioritering av ordningsföljden av befolkningsgrupperna som ett utilitaristiskt grepp. Samtidigt kunde man visa att allt fler fick tillgång till tandvård. I ett utilitaristiskt perspektiv är det ett bra resultat.

Prioritering

Ett gott resultat efter utilitaristisk måttstock är ett tilltalande resultat politiskt. Om man anlägger ett rawlskt perspektiv på den gjorda prioriteringen medför ökad tillgång till tandvård inte rättvisa om det inte samtidigt kan visas att de svaga är prioriterade och redan inkluderade. Centralt för Rawls-traditionen är att användningen av rättvisepprinciper i sociala institutioner utgör grundstrukturen i samhället. Rawls tänkte sig en teoretisk situation där valda representanter för sociala institutioner var ovetande om egen social status, religion, hudfärg, intäkt och andra karaktäristika. Omedvetna om vår egen situation gör vi enligt Rawls ett val så att vi inte hamnar i fattigdom eller annan nöd. Utifrån en given uppsättning rättvisepprinciper kommer den bästa möjliga rättvisa att väljas. Denna rättvisa ska ge alla samma rätt till det mest omfattande systemet av friheter, som är förenligt med ett motsvarande system av friheter för alla. Skillnader som kan accepteras måste uppfylla två villkor: För det första ska de

knytas till ställningar och positioner som är tillgängliga för alla under förhållanden som på ett rimligt sätt säkerställer lika möjligheter, för det andra ska de vara till största möjliga nytta för de sämst ställda i samhället (5). Rawls rättvisepprinciper är föremål för kritik för bland annat förenklingar och brist på generaliserbarhet i en globaliserad värld. Icke desto mindre öppnar de upp för reflektion kring alternativ till existerande fördelningsprinciper.

Medmänniskor, medborgare och konsumenter

De som får tandvård omtalas ofta som patienter, även om de också är medmänniskor, medborgare med rättigheter och skyldigheter och konsumenter. Gemenskap och kollektiva lösningar har varit centrala kännetecken för hälso- och socialpolitiken i den nordiska välfärdsstaten. Men det paradoxala är att utvecklingen av välfärdsstaten också har lett till en växande individualism (29). Till en början nådde välfärdstjänsterna befolkningen som enskilda individer genom kollektiva och generella reformer. Relationerna mellan befolkningen och det offentliga håller nu på att bli kundbaserade, tillsynes efter samma logik som för affärsmarknader. Detta inbjuder till att vi ska uppträda som individer som ser till privata intressen och rättigheter. Rättighetstänkandet har gradvis förträngt den kollektiva, politiskt grundade solidariteten (30). Det är betänkligt, för det är just genom denna roll man är skyldig att ha ett helhets- och förståelseorienterat perspektiv i de beslut man fattar, enligt Rawls. Det är detta enighets-sökande och kollektivt orienterande sätt som är själva den samhällsmässiga koordineringsprincipen och legitimiteten som offentliga beslut baseras på (29). Detta är också betänkligt, eftersom det är många frågor som bara kan lösas genom politiska värderingar. Den tilltagande konsumentidentiteten i befolkningen innebär att uppmärksamheten flyttas från politiken som kollektivt fenomen till det som är resultatet av denna för var och en.

Det är i detta klimat vi diskuterar rättvisa och rättigheter enligt lagen. Den offentliga tandvården bygger på en solidarisk modell där resurserna fördelas efter behov och inte efter intäkt eller försäkringspremie. Vården finansieras via offentliga budgetar. Det betyder i princip att skattepliktiga medborgare är villiga att betala en kollektiv premie, oberoende av hur stor risk den enskilde har och hur mycket resurser som tas ut av det allmänna (31). Detta var tidigare acceptabelt, eftersom alla drabbades av sjukdom med regelbundna mellanrum. I dag är risk och oral hälsa inte lika jämnt fördelade. Den varierande orala hälsan i kombination med en försvagad solidaritetskänsla i alla befolkningsgrupper kan minska den kollektiva betalningsviljan framöver.

Tillfredsställs behovet av tandvård?

Ett stort behov av tandvård för personer med funktionsnedsättning har identifierats i flera studier [15, 18]. I de nordiska länderna besöker en stor del av befolkningen tandvården regelbundet. I Sverige och Danmark uppger 82–86 procent av personerna i åldersgruppen 55–69 år att de besökt tandvården de senaste tolv månaderna (32). Det är inte självklart att hög konsumtion av tandvård leder till bättre munhälsa, men de som regelbundet besöker tandvården har fler tänder, färre tänder med obehandlad karies och fler restaurerade tänder. Människor med funktionsnedsättning uppger ofta en lägre besöks-

frekvens hos tandvården. Tre av fyra personer med psykiatrisk sjukdom som fick vård inom den öppna sjukvården uppgav att de besökt tandvården det senaste året, men trots detta skattades att 70 procent av dessa var i behov av tandvård (33). Äldre personer besöker tandvården mer sällan och detta gäller särskilt personer med färre tänder (34). Flera studier visar att äldre har stor andel obehandlade munsjukdomar, särskilt karies och inflammationer i tandköttet (15,17).

Barriärer för att människor med funktionsnedsättning ska få tillgång till tandvård varierar för olika individer. Svag ekonomi är ett viktigt hinder för att inte uppsöka tandvården (33,34). I Sverige lägger människor med funktionsnedsättning som medför hinder i vardagen cirka 1000 kronor mer på tandvårdskostnader per år jämfört med övriga befolkningen, och de lägger klart mer pengar på tandvård än på sjukvård och läkemedel tillsammans (35). Dessutom uppger 23 procent att man avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Personer med få tänder använder tandvård i mindre utsträckning än de med flera tänder, liksom de som skattar sin tandhälsa som dålig (34). En studie rapporterar att fysisk funktionsnedsättning nästan fördubblade risken att inte besöka tandvården och att kognitiva begränsningar fyrdubblade risken (36).

Fritt val och nedsatt autonomi

Valfrihet har successivt införts inom många områden. Samhällets solidariska finansiering består, men tanken är att individen själv får kontroll av utförandet av tjänsterna. Stödet från samhället i Sverige för tandvård för äldre och andra personer med funktionsnedsättning har lett till en marknad som intresserar både offentlig och privat tandvård. Flera nya tandvårdsföretag har startats som en följd av de nya reglerna som infördes 1999. Uppdraget att uppsöka patienterna upphandlas av landstingen och den enskilde kan därför inte själv välja vem som ska komma hem för att utföra munvårdsbedömningen. Ofta har patienterna redan kontakt med en vårdgivare inom tandvården, men genom detta förfarande blir personerna med funktionsnedsättning tilldelade en ny tandvårdskontakt. Med åren har allt lägre anbud lämnats in för att få uppdraget att uppsöka personer i sina boenden; i några landsting är ersättningen nu så låg som 20 och 35 kronor (SEK) per patient för munvårdsbedömningen (37). Tandvården kan kompensera förlust på den uppsökande verksamheten med vinster på utförandet av tandvård för patientgrupperna. Den enskilde får själv välja vem som ska utföra tandvården, men ofta accepterar personen med funktionsnedsättning erbjudande om tandvård från den som gör munhälsobedömningen, trots att man redan har en långvarig tandvårdskontakt.

Under senare tid har tandvårdsreformen debatterats i media. Det är främst två perspektiv som diskuteras: håller tandvård som utförs i privata hem samma kvalitet som i en fullt utrustad tandvårdsklinik och kan personer med svag autonomi göra kompetenta val? Enighet finns om att kraven när det gäller vårdkvalitet, patientsäkerhet, smittskydd och vårdhygien ska vara på samma nivå när tandvård utförs i hemmet som på en stationär mottagning och landstingen har därför inrättat begränsningar för hemtandvård, något som utförarna av tandvård uppfattar som intrång i den fria konkurrensen. Det är inte bara inom tandvården som valfrihet förespråkas, utan trenden

i samhället är tydlig inom de flesta områden att individens kontroll över sina liv ska stärkas. Äldre och andra människor med funktionsnedsättning har i Sverige givits möjlighet att välja hemtjänst, äldreboende och personlig assistent. Samtidigt har en undersökning visat att knappt hälften av dem som är 77 år eller äldre har förmåga att själva välja utförare av vård och kan därmed inte agera som välinformerade kunder och göra rationella val (38). Detta innebär att den marknadsmässiga korrigeringen av kvaliteten på vård- och omsorgstjänsterna sätts ur spel genom att kundernas förmåga att bedöma kvaliteten på utförda tjänster är begränsad och därmed möjligheten att ändra sitt val och byta utförare.

Kan vi vara nöjda med nuläget?

Vi har beskrivit i denna artikel att människor med funktionsnedsättning har kunnat ta del av den förbättrade munhälsan som den nordiska befolkningen har fått under de senaste decennierna. Trots den förbättrade munhälsan kvarstår dock en skillnad: människor med funktionsnedsättning har fortfarande färre kvarvarande tänder och mer munsjukdomar än övrig befolkning. Den sämre munhälsan behöver inte enbart förklaras av ökad risk för munsjukdom, utan är troligen även ett resultat av att tandvårdsbehovet inte är tillfredsställt. Att människor med funktionsnedsättning inte får tandvård i den utsträckning de behöver kan förklaras av bristande vilja att söka vård på grund av okunskap, dålig ekonomi eller tandvårdsrädsla. Förklaringen kan även vara att människor med funktionsnedsättning inte prioriteras av utförarna. Kliniker kan brista i fysisk anpassning, tandvårdspersonalen har inte kompetens när det gäller de särskilda behoven eller de blir bortprioriterade till förmån för friska patienter.

De nordiska samhällena tar ansvar, åtminstone ekonomiskt, för människor med funktionsnedsättning med omfattande omvårdnadsbehov. Men stora grupper där funktionsnedsättningen påverkar munhälsan får inget stöd, till exempel människor med Parkinson, diabetes och ätstörningar. I Sverige träder en förbättring i kraft för flera av dessa grupper vid årsskiftet 2012/2013 (39).

Även när det gäller forskning och utveckling riskerar behovet hos människor med funktionsnedsättning att bli bortprioriterade. Det ligger närmare till hands att utveckla behandlingsmetoder som efterfrågas av många i stället för speciella behandlingsmetoder anpassade till ett fåtal. Utbudet av estetisk tandvård är stort medan funktionella lösningar för bettet som är starkt ner slitet av ofrivilliga munrörelser till stor del saknas. Fabrikanterna tar fram rader av munhygienprodukter som marknadsförs intensivt, men det är svårt att väcka intresse för att ta fram produkter som är anpassade till människors fysiska och kognitiva brister.

Det finns således mer att göra för att människor med funktionsnedsättning ska få en bra munhälsa och tillgång till tandvård som motsvarar behovet. I de nordiska länderna anses människor med funktionsnedsättning prioriterade när vårdresurser ska fördelas, men det krävs att detta även får en praktisk tillämpning.

English summary

Gabre P, Holst D.

People with special needs in dentistry – a question of ethics in the perspective of a welfare state

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 20–6.

In the Nordic countries the public dental services are expected to be responsible for access to dental care for people with special needs. Oral health has improved among people with disabilities during the last decades, but still differences can be seen compared to the rest of the population. Despite reforms in the Nordic countries which took national responsibilities for the entire population's oral health in the 1980s, laws needed to be adopted afterwards to assure dental services for individuals with disabilities. Improved profitability has become a driving force to provide more adults dental care, something which, from a utilitarian perspective is desirable. From Rawls' perspective, the increasing availability is only fair if it also means that vulnerable groups are prioritised and included. Paradoxically, the development of the welfare state also led to an increasing individualism. The relationship between the population and the public is driven more by the market logic. Freedom of choice has been introduced in many areas, but problems arise when people with limited autonomy will make choices when they are less well informed than in case of the other patients.

Dental care needs of people with disabilities are not fully satisfied due to ignorance, economic barriers, lack of physical adaptation of dental clinics or because dental professionals give priority to healthy individuals before the people with special needs. Thus, there is more to do to ensure that people with disabilities have good oral health and access to dental services.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen. (Set 2012 juni). <http://www.socialstyrelsen.se>
2. Kildal N, Kuhnle S. Normative foundations of the welfare state, the Nordic experience. London, Routledge, 1995.
3. Holst D. Varieties in oral health care systems. Public dental services. Organisation and financing of oral health care services in the Nordic countries. In: Pine CN, Harris R, eds. Community oral health. London: Quintessence, 2007.
4. Lundberg O, Yngve MÅ, Stjärne MK et al. The Nordic experience. Welfare states and public health. Center for Health Equity Studies (CHES). Stockholm: Stockholms universitet, Karolinska institutet, 2008.
5. Rawls J. A theory of justice. Cambridge: Belknap Press, 1971.
6. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 Update. Geneva: WHO Press, World Health Organization, 2008.
7. Arnhof V. Onödigt ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Edita: Statens Folkhälsoinstitut, 2008. Stockholm, Sverige.
8. Norden. Nordic statistics. Population projections. <http://www.norden.org>
9. WHO. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the international health conference in New York 1946. Signed by the representatives of 61 States (Official records of the world health organization, no. 2. p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
10. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health 1988; 5: 3–18.
11. WHO. The Ottawa charter for health promotion. World Health Organization. Geneva, 1986.
12. Statens Folkhälsoinstitut. Redovisning av regeringsuppdraget om delmål m. m. inom ramen för »En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016«. Sverige, Dnr VERK 2011/442.
13. Hugoson A, Koch G, Göthberg C et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973–2003). II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J. 2005; 29: 139–55.
14. Holst D, Schuller AA. Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over years. Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39: 488–97.
15. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL et al. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. Gerodontology. 2007; 24: 3–13.
16. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand. 2008; 66: 368–73.
17. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML et al. Oral health in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. Gerodontology. 2012; 29: 503–11.
18. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA et al. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Gerodontology. 2012; 29: 420–6.
19. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. Eur J Oral Sci. 2001; 109: 20–6.
20. Vigild M, Brinck JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 1993; 21: 169–71.
21. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. Aging (Milano) 2001; 13: 370–7.
22. Peltola P, Vehkalahti NM. Chewing ability of the long-term hospitalized elderly. Spec Care Dentist 2005; 25: 260–4.
23. Dahl KE, Wang NJ, Holst D et al. Oral health-related quality of life among adults 68–77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. Int J Dent Hyg. 2011; 9: 87–92.
24. Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of population of medically compromised elderly people. Community Dent Health. 2002; 19: 90–7.
25. Andersson K, Nordenram G. Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community-dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study. Int J Dent Hyg. 2004; 2: 8–18.
26. Widström E, Ekman A, Aandahl LS et al. Developments in oral health policy in the Nordic countries since 1990. Oral Health Prev Dent. 2005; 3: 225–35.
27. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Danmark. Bekendtgørelse om tandpleje nr. 727 af 5/06/2007. <http://www.retsinformation.dk>
28. Socialstyrelsen. Särskild tandvårdsförrådning. SFS1998: 1338.
29. Eriksen EO, Weigård J. Fra statsborgertil kunde: Kan relasjonen mellom innbyggere og det offentlige reformuleres på grunnlag av nye roller? In: Eriksen EO, ed. Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor. Oslo: Tano, 1993.
30. Lorentzen H. Adjø solidaritet? Sosialdemokratiet fra kollektiv til konsumbevegelse. Tidsskrift for velferdsvitenskap. 2002; 5: 85–95.
31. Holst D. Befolkningens syn på oral helse. Mellom politikk, ønsker og egne valg. In: Hugoson A, Koch G, Johansson S, eds. Konsensuskonferens: Oral Hälsa. Stockholm: Gothia, 2003.
32. Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B et al. Utilization of dental health services among middle-aged people in Sweden and Denmark. Acta Odontol Scand. 2002; 60: 276–80.
33. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009; 16: 263–71.

34. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I et al. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom and Germany. *J Dent Educ.* 2005; 69: 987–97.
35. Socialstyrelsen. Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen, 2010.
36. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE et al. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology.* 2004; 21: 17–26.
37. Karlsson M. Mobilt – men till vilket pris? *Tandläkartidningen.* 2012; 104(1): 30–2.
38. Meinow B, Parker MG, Thorslund M. Consumers of eldercare in Sweden: the semblance of choice. *Soc Sci Med.* 2011; 73: 1285–9.
39. Regeringskansliet. Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Prop 2011/12: 7. Stockholm, Sverige.
- Korrespondens: Pia Gabre, Folk tandvårdens kansli, Ulleråkersv 21, SE-750 17 Uppsala, Sverige. E-post: pia.gabre@lul.se*
- Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.
- Gabre P, Holst D. Medmänniskor med särskilda behov i tandvården – etiske frågeställningar i ett välfärdsstatsperspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 20–26.