

Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-4-9000

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2024

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen bedömt förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. I bedömningen har det vetenskapliga underlaget inkluderats.

Baserat på bedömningen lämnar myndigheten även förslag på hur en modell kan tas fram, samt ett antal aspekter som är viktiga att ta hänsyn till om och när en nationell modell för riskbedömning tas fram. Myndigheten lämnar också ett förslag på en plan för fortsatt arbete.

Socialstyrelsen riktar ett varmt tack till alla som medverkat i referensgrupp och dialoger samt lämnat sina synpunkter under arbetets gång. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Försäkringskassan, samt till de odontologiska experter som knutits till arbetet – Per Alstergren, Carl-Otto Brahm, Lars Gahnberg, Björn Klinge, Peter Lingström och Nina Sabel – liksom hälsoekonomerna Thomas Davidson och Victor Abdalla.

Rapporten har tagits fram av projektledarna Clara Lindberg och Anna Bredin, tillsammans med en projektgrupp som består av Rasmus Sjögren, Keng Ling Wallin, Daniel Trankell, Therese Lithner, Bengt Ståhl, Sanna Hiort och Emma Kindlund. Peter Lundholm och Álfheiður Ástvaldsdóttir har varit odontologiskt sakkunniga. Projektgruppen har haft en styrgrupp på myndigheten till sitt förfogande, och medicinalråd Elisabeth Wärnberg Gerdin har varit projektägare. Ansvarig avdelningschef har varit Natalia Borg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Goda förutsättningar men fortsatt utredning behövs	6
Uppdragets innehåll	11
Rapportens disposition	12
Bakgrund	13
Vad är munhälsa?	14
Vad är en modell?	14
Vad är risk?	14
Vad är en riskbedömning?	15
Andra utredningar	15
Dagens tandvårdssystem	16
Riskbedömningar i tandvården	25
Metod och genomförande	27
Enkät till verksamhetschefer	27
Fokusgrupper med behandlande personal	28
Omvärldsanalys	29
Litteratursökning efter vetenskapligt underlag för riskbedömningar	30
Dialoger	30
Kartläggning av riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömning	32
Svarsfrekvens enkät och deltagande i fokusgrupper	32
Riskbedömningar idag	33
Uppfattningar om nuvarande beslutsstöd och framtida behov	41
Riskbedömningar i övriga Norden	45
Gruppering av patienter baserad på historisk tandvårdskonsumtion	46
Förutsättningar för att utveckla och införa en nationell riskbedömningsmodell	50
Inneboende förutsättningar	50
Omgivande förutsättningar	57
Förslag på modellens utformning	64

En riskbedömningsmodell måste ta särskild hänsyn till vissa patientgrupper	64
Patienten bör vara delaktig i riskbedömningen	67
Konstruktionen beror på syftet.....	68
Behandlaren behöver kunna justera riskbedömningen	68
Beslutsstödet bör kunna ingå i journalsystemen för att inte öka den administrativa bördan	69
En plan för utvärdering är viktig	69
Flera myndigheter och aktörer behöver involveras	70
Sammanvägd bedömning och plan för fortsatt arbete.....	72
Sammanvägd bedömning	72
Plan för fortsatt arbete och implementering.....	74
Referenser.....	80
Bilaga 1. SBU bereder	84
Bilaga 2. Socialstyrelsens litteratursökning	92
Bilaga 3. Faktorer som framkommit i dialog med expertgrupp.....	100
Bilaga 4. Hälsoekonomiska resonemang.....	104

Sammanfattning

Det här är en slutredovisning av regeringsuppdraget att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Socialstyrelsen har bedömt förutsättningarna både för att ta fram och för att införa och använda en sådan modell. Under arbetet med regeringsuppdraget har Socialstyrelsen samverkat och fört dialog med ett stort antal aktörer.

Goda förutsättningar men fortsatt utredning behövs

Socialstyrelsen bedömer att det ur ett verksamhetsperspektiv finns goda förutsättningar för att införa en nationell modell för riskbedömning inom tandvården i Sverige. Beroende på hur modellen utformas behöver ytterligare utredning göras. Det handlar bland annat om de legala förutsättningarna för att vårdgivare ska få föra in och dokumentera uppgifter som inte finns i nuvarande beslutsstöd, framförallt sociala faktorer, i en nationell riskbedömningsmodell. Det handlar också om att dessa vårdgivare i ökad utsträckning ska kunna samverka och ta del av information från andra vårdgivare inom tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst för att använda i en riskbedömningsmodell. För att skapa sådana förutsättningar kan det bli nödvändigt att genomföra författningsändringar i befintliga regelverk på lag- förordnings- eller föreskriftsnivå. Vidare är det nödvändigt att ta hänsyn till att det vetenskapliga underlaget är begränsat för riskbedömningar inom tandvården¹. Detta kommer bland annat att kräva särskilda metoder för att fastställa bästa tillgängliga kunskap.

En nationell modell för riskbedömning kan bidra till mer jämlik tandvård genom att samtliga patienters risk att utveckla munhälsoproblem bedöms enligt samma kriterier. En nationell modell för riskbedömning kan på det sättet stärka tandvårdens förmåga att arbeta mer orsaksinriktat och förebyggande. Samtidigt kan patientens roll i tandvården stärkas, eftersom modellen kan bli ett verktyg för att göra patienten mer delaktig i riskbedömningen, och i sin egen vård.

¹ I sin granskning av vetenskapliga studier använder Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, termen prediktionsmodeller. Med prediktionsmodeller avses, i enlighet med SBU:s ordförklaring, metod som syftar till att identifiera patientspecifika riskfaktorer och som kan förutse prognosen för den enskilda patienten.

Kunskapsunderlaget för en nationell modell för riskbedömning behöver fastställas

Det saknas vetenskapligt belägg för effekten av sammanvägda riskbedömningsmodeller inom tandvården. Bästa tillgängliga kunskap kan tas fram dels genom processer för att fastställa beprövad erfarenhet, dels med hjälp av vetenskapligt underlag för enskilda faktorer påverkan på munhälsan och stöd i utländska riktlinjer för riskbedömningar och revisionsintervall. SBU har granskat vetenskapliga studier som har utvärderat prediktionsmodeller för de enskilda sjukdomstillstånden karies och parodontit. Socialstyrelsens kartläggning har visat att samtliga övriga nordiska länder arbetar med riskbedömning i tandvården och använder riktlinjer för riskbedömningar och revisionsintervall, alltså tiden mellan basundersökningar.

Vid en sökning efter utländska riktlinjer har vi bland annat identifierat flera nordiska riktlinjer för att bestämma revisionsintervall. Dessa riktlinjer hänvisar i sin tur till en riktlinje för revisionsintervall framtagna i England (NICE) [1], som också identifierades vid litteratursökningen. Behandlare i tandvården får i den engelska riktlinjen stöd i det kliniska arbetet med riskbedömning, i form av en checklista med faktorer som påverkar hur munhälsan utvecklas. Dessa faktorer finns även med i de danska och norska riktlinjerna om revisionsintervall och riskbedömning, men har där anpassats till respektive lands kontext. Socialstyrelsen har i denna utredning inte bedömt den metodologiska och vetenskapliga kvaliteten i hur dessa riktlinjer och checklistor är framtagna. Dessa riktlinjers metodologiska kvalitet kan bedömas för att avgöra om de kan vara vägledande i ett arbete med att ta fram en riskbedömningsmodell i Sverige.

Beslutsstöd för riskbedömningar fyller olika syften och varierar i komplexitet

Socialstyrelsens kartläggning av riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömningar visar att många tandläkare och tandhygienister använder någon form av stöd för de individuella riskbedömningarna, till exempel beslutsstöd integrerade i journalsystem, riktlinjer eller rutiner. Beslutsstöden fyller flera olika syften. De vanligaste är att bestämma revisionsintervall, bedöma prognos och kommunicera med patienten. Alla leverantörer av journalsystem på marknaden i Sverige erbjuder någon form av riskbedömningsmodul, uppbyggda på olika sätt. I flera av dessa riskbedömningsmoduler grupperas patienter, på olika sätt, i riskgrupper enligt en fastställd skala. Kartläggningen visar också att tandläkare och tandhygienister tar hänsyn till faktorer som kan påverka såväl munhälsan som allmänhälsan, även om faktorerna inte ingår i ett beslutsstöd.

Tandläkare och tandhygienister från både offentlig och privat tandvård upplever att det är viktigt att behandlaren har möjlighet att justera riskbedömningen och ett eventuellt förslag från ett beslutsstöd. De upplever också att nuvarande beslutsstöd saknar vissa faktorer som är särskilt viktiga vid riskbedömningar av barn, framför allt sociala faktorer. De menar att en nationell modell för riskbedömning behöver vara enkel, men samtidigt tillräckligt detaljerad för att kännas meningsfull. En modell bör kunna integreras i journalsystemen för att inte öka den administrativa bördan för tandvårdens personal.

En nationell modell behöver bygga på enhetliga termer och definitioner

För att en modell ska vara nationellt enhetlig behöver den bygga på enhetliga termer (uttryck) och definitioner, och en följsamhet till dessa. Det är viktigt för att riskbedömningarna ska gå att dokumentera och kommunicera. Enhetliga termer och definitioner skapar också bättre möjligheter både för att utvärdera modellen och för forskning och kunskapsutveckling inom tandvården. Det är en fördel om informationsspecifikationen för en nationell modell för riskbedömning bygger på terminologi i det internationella begreppssystemet Snomed CT. Då ökar möjligheterna att modellen fungerar väl ihop med befintliga system och arbetssätt i övrigt inom hälso- och sjukvården och hos andra aktörer, både nationellt och internationellt.

Ett standardiserat sätt att mata in data i modellen skulle även öka patientsäkerheten och förtroendet, eftersom modellen då bygger på nationella eller internationella standarder enligt relevanta lagar och föreskrifter.

Förslag på modellens utformning

Socialstyrelsen har sammanfattat ett antal aspekter att ta hänsyn till, och ha i åtanke, om och när en nationell modell för riskbedömning ska utformas. Vissa delar i processen att införa en nationell modell för riskbedömning kommer att kräva ytterligare juridisk analys och utredning. En modell skulle kunna införas stegvis, exempelvis för olika åldersgrupper, men med målet att omfatta alla tandvårdspatienter i Sverige.

En modell kan utformas med olika grad av komplexitet. En enkel modell kan innebära att behandlaren enbart påminns om att uppmärksamma ett antal faktorer vid riskbedömningen. En mer avancerad modell skulle kunna vikta värden mot varandra och beräkna en sammanvägd riskgrupp.

- Syftet med modellen behöver vara tydligt och vägleda modellens utformning och komplexitet.
- Modellen bör utformas i samverkan med en bredd av aktörer och kompetenser. Tandvårdens yrkesgrupper bör vara delaktiga i hela processen, från utvecklandet till införandet av modellen.
- Modellen bör möjliggöra riskbedömning hos hela befolkningen. Man behöver ta särskild hänsyn till barns särskilda situation och individer i behov av särskilt stöd, när modellen utvecklas.
- Behandlaren bör kunna justera riskbedömningen manuellt.
- I syfte att minimera risken för felaktiga utbetalningar bör ekonomisk ersättning inte kopplas till ett riskbedömningsresultat. En sådan ersättningslösning skulle också riskera att skapa etisk stress för behandlare.
- En nationell riskbedömningsmodell kan vara ett verktyg för att nå en mer effektiv resurshantering i tandvården, men måste då kompletteras med ersättningssystem som inte ger motstridiga incitament.
- Patienten bör vara delaktig i riskbedömningsprocessen, och resultatet av riskbedömningen bör vara lättillgängligt för patienten.
- Modellen bör kunna integreras i journalsystemen, för att minska den administrativa bördan för tandvårdspersonalen. En modell som per automatik kan inhämta uppgifter från andra delar av journalsystemet ger förutsättningar för minskad administration och mer stöd för kliniskt beslutsfattande och terapiplanering.
- I samband med att modellen utvecklas bör en plan för utvärdering, uppföljning och utveckling av modellen tas fram.
- Ett sätt att utvärdera och följa upp modellen på nationell nivå skulle kunna vara att utveckla tandhälsoregistret. En sådan förändring kräver dock såväl närmare överväganden som författningsändringar och behöver utredas i särskild ordning.
- En nationell riskbedömningsmodell bör även utvärderas utifrån hälsoutfallet, alltså hur munhälsan påverkas.
- Modellen bör förvaltas i nära samarbete med användarna för att göra det möjligt att ta del av erfarenheter och göra analyser.
- Utbildningsinsatser kommer att bli nödvändiga, för att säkerställa att modellen införs och används i tandvården.

Processen för att utveckla och införa en nationell modell för riskbedömning innehåller flera steg. Det handlar exempelvis om att

- avgöra modellens syfte och komplexitet
- fastställa kunskapsunderlag

Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

- ta fram en informationsspecifikation för modellen för att fastställa enhetliga termer och definitioner

En utvärderingsplan behöver tas fram parallellt med att modellen utvecklas, och det behöver fastställas vilka data och dataflöden som krävs för utvärderingen. Processen med att utveckla och införa modellen behöver sannolikt ske i olika steg. Exempelvis behöver modellens innehåll och utformning klargöras för att det ska gå att fastställa modellens informationsspecifikation, enhetliga termer och definitioner. I det fortsatta utvecklingsarbetet kommer juridiska överväganden också vara nödvändiga.

Uppdragets innehåll

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården². I uppdraget ingår att bedöma det vetenskapliga underlaget för en nationell modell för riskbedömning, analysera och lämna förslag på hur en nationell modell för riskbedömning kan utformas, samt presentera en plan för fortsatt arbete med att implementera modellen.

Uppdraget ska utföras i dialog med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Försäkringskassan, regionerna samt Sveriges kommuner och regioner. Eventuella förslag ska vara ändamålsenliga och kostnadseffektiva, rymmas inom befintliga ekonomiska ramar och inte medföra ökade kostnader för det allmänna tandvårdsbidraget eller för det statliga tandvårdsstödet i övrigt samt utformas så att riskerna för felaktiga utbetalningar minimeras.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV har fått i uppdrag^{3,4} av regeringen att stödja Socialstyrelsen i det aktuella uppdraget.

För att genomföra uppdraget *att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården* har Socialstyrelsen identifierat områden som varit relevanta att kartlägga och analysera. Socialstyrelsen har både bedömt förutsättningarna för att ta fram och för att införa en modell. Förutsättningarna för att *ta fram* en modell handlar om de inneboende, vetenskapliga förutsättningarna för att bedöma risk för ohälsa i munnen samt att kunna kommunicera och dokumentera dessa. Förutsättningarna för att *införa* modellen handlar om de omgivande förutsättningarna för att införa en sådan riskbedömningsmodell i det svenska tandvårdssystemet.

Socialstyrelsen har bedömt det vetenskapliga underlaget för riskbedömningsmodeller i samarbete med SBU, samt identifierat riktlinjer för riskbedömningar i tandvården. Utformningen, och innehållet, av en modell är avhängigt det vetenskapliga underlaget för en modell. På grund av det begränsade vetenskapliga underlaget för riskbedömningsmodeller, som undersöks och presenteras i rapporten, går det inte att presentera ett färdigt förslag på hur en modell kan utformas inom tidsramen för detta uppdrag. Därför redovisas heller inga kostnadsberäkningar. Däremot belyser Socialstyrelsen aspekter att beakta vid utformandet av en modell. Vidare

² S2023/01524 Regeringen. Uppdrag att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvård.

³ S2023/01926 Regeringen. Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, SBU.

⁴ S2023/01927 Regeringen. Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, TLV.

presenteras en plan för fortsatt arbete, samt aspekter att beakta vid implementering av en modell.

För att göra en sammanvägd bedömning av förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården har Socialstyrelsen även kartlagt dagens riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömning. Kartläggningen inkluderar hur nuvarande beslutsstöd används och uppfattas av behandlande personal, riskbedömningar för olika patientgrupper och förekomsten av riskbedömningar i Norden. Kartläggningen har däremot inte inkluderat någon värdering av pågående arbete. Den sammanvägda bedömningen tar även hänsyn till informationsstruktur och hälsoinformatik, dataflöden, juridiska aspekter och hälsoekonomiska aspekter.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med ett bakgrundsavsnitt som beskriver relevanta definitioner och termer, andra utredningar som varit väsentliga för uppdraget, dagens tandvårdssystem och vilken roll riskbedömningar har i tandvården idag, följt av en beskrivning av metod och genomförande. Därefter redovisas kartläggningen av riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömning. Där ingår även bland annat en nordisk omvärldsanalys samt en analys av möjliga riskgrupperingar utifrån historiska vårdkonsumtionsdata.

Efter det beskriver vi förutsättningarna för att ta fram och införa en nationell modell för riskbedömning. Beskrivningen inleds med bedömningen av det vetenskapliga underlaget samt informationsstruktur och hälsoinformatik. Därpå följer övriga förutsättningar: dataflöden, juridiska aspekter och hälsoekonomiska aspekter.

Myndigheten redovisar ett antal aspekter som man bör ta hänsyn till i utformningen av en nationell modell för riskbedömning i tandvården. Avslutningsvis sammanfattar vi myndighetens bedömning och presenterar en plan för fortsatt arbete.

Bakgrund

Karies och parodontit är de vanligaste munsjukdomarna och bland de vanligaste icke överförbara sjukdomarna i världen. Ohälsa i munnen medför försämrad livskvalitet och stora kostnader för såväl individer som för samhället. Världshälsoorganisationen, WHO rapporterar att sjukdomsburden för tillstånd i munhålan är i genomsnitt 45 procent⁵ globalt, högre än någon annan av de icke överförbara sjukdomarna [2]. Samtidigt går det till stor del att förebygga dessa sjukdomar. Munsjukdomar påverkar munhälsan, men munhälsa som begrepp är bredare än avsaknad av munsjukdom. WHO definierar munhälsa som ett tillstånd i munnen, tänderna och de orofaciala⁶ strukturerna, som gör det möjligt för individer att utföra väsentliga funktioner som att äta, andas och tala. Det omfattar psykosociala dimensioner som självförtroende, välbefinnande och förmågan att umgås och arbeta utan smärta, obehag eller förlägenhet [3].

Munhälsa är en grundläggande del av allmänhälsan, och hälsan i munnen påverkar allmänhälsan, liksom allmänhälsan påverkar munhälsan. Många riskfaktorer är de samma för sjukdomar och tillstånd i munnen som för den övriga hälsan. Tobaksanvändning, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor med mycket tillsatt socker är påverkbara riskfaktorer för de flesta sjukdomarna och tillstånden i munnen. De är samtidigt gemensamma för andra livsstilsrelaterade sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar [4, 5], cancer, kronisk luftvägssjukdom [6, 7] och diabetes typ 2 [8]. Individens möjligheter och förutsättningar att påverka riskfaktorerna varierar dock. Individuella levnadsvanor samspelar med individens sociala och samhälleliga nätverk, levnads- och arbetsförhållanden och generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade förhållanden liksom med icke-påverkbara faktorer som kön, ålder och arv [2, 9].

Förhållandena i vilka individer föds, växer upp, bor, arbetar och åldras i, påverkar beteenden och vilka möjligheter och val som finns tillgängliga, och brukar också beskrivas som hälsans sociala bestämningsfaktorer [10].

Munhälsan är generellt god i Sverige, hos både barn och vuxna. Den har förbättrats för de flesta grupper sedan början av 2000-talet. Munhälsan är dock ojämlik och skiljer sig både mellan regioner och mellan områden och grupper i samma region. Att uppleva dålig munhälsa har ofta samband med låg inkomst, utländsk bakgrund, kort utbildning, dålig allmän hälsa och olika funktionsnedsättningar [11-13].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård från 2022 konstateras att tandvården behöver arbeta mer systematiskt med att bedöma risker för sjukdomar i munnen, och sedan utreda och behandla orsakerna till olika

⁵ Avser de stora munsjukdomarna utom cancer i läpp/munhåla.

⁶ Strukturerna i munhåla och angränsande vävnader i ansiktet.

risker och skador – inte enbart symtomen. Riktlinjerna rekommenderar att tandvården ska göra en efterföljande orsaksutredning för alla personer, både barn och vuxna, som besöker tandvården för undersökning. Genom systematiska riskbedömningar kan tandvården fördela resurserna bättre efter behov och satsa mer på dem med munhälsoproblem, medan friska patienter inte behöver besöka tandvården lika ofta.

Vad är munhälsa?

Munhälsa är alltså ett vidare begrepp än bara avsaknaden av sjukdom eller skada i munnen. I lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd regleras vilken tandvård som Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd för. Det gäller sådan tandvård som ”syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat”, enligt 1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd. Detta kan inte tolkas som en definition av munhälsa, men kan ses som en fingervisning på den ambitionsnivå lagstiftaren har för den offentligt finansierade tandvården.

Vad är en modell?

Uppdraget handlar om att bedöma förutsättningarna för införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Som kartläggningen visar sker riskbedömningar i tandvården idag på olika sätt, exempelvis med olika typer av beslutsstöd och med olika grader av automatisering i beslutsstödet.

För detta uppdrags räkning antar Socialstyrelsen att en modell för riskbedömning betyder mer än endast ett beslutsstöd. Med modell menar vi i denna rapport ett koncept för beslutsstöd; en helhetslösning som är genomförbar på nationell nivå. En sådan modell inkluderar till exempel beslutsstöd, eventuell integration i existerande journalsystem och en definiering av nödvändiga termer och begrepp.

I rapporten används huvudsakligen termen beslutstöd⁷ som samlingsbegrepp för olika beslutsstöd oavsett form, och modul eller riskbedömningsmodul för ett beslutsstöd som är integrerat i ett journalsystem.

Vad är risk?

Risk kan ses som en kombination av vad vi tror ska hända, och hur vi värderar det som kan hända [14], men det finns ingen enhetlig definition av termen. Inom tandvården har man länge utgått från patientens risk för ohälsa i munnen, på olika sätt. I denna rapport utgår vi från att risken för ohälsa i

⁷ Med undantag för tidigare utredningar.

munnen inkluderar risken för att utveckla eller förvärra sjukdom, tillstånd eller skada i munnen. Det är också viktigt att betona kopplingen mellan ohälsa i munnen och allmän ohälsa – och att sambandet kan gå åt båda håll.

Vad är en riskbedömning?

En odontologisk riskbedömning är en process där man sammanväger olika negativa faktorer (riskfaktorer) och positiva faktorer (friskfaktorer)⁸. Den syftar till att förutse risken för den enskilda patienten att utveckla sjukdom eller andra tillstånd som innebär en risk för försämrad munhälsa. Både risk- och friskfaktorer kan påverkas i större eller mindre grad av modifierande faktorer. Som exempel kan nämnas att en instabil social situation, svag ekonomi eller låg utbildningsnivå ökar sannolikheten för sådana levnadsvanor och hälsoprioriteringar som negativt påverkar till exempelvis tandvårdskontakt, kostvanor och egenvård. En speciell utmaning är att bedöma den totala risken för patienter som har omfattande riskfaktorer, men även betydande friskfaktorer som balanserar risken. Det är viktigt att även se till det som är bra och inte bara fokusera på risker.

Andra utredningar

Tandvårdsområdet har på senare år varit föremål för flera statliga utredningar. I följande avsnitt redogör vi för ett urval av andra utredningar som har betydelse för detta regeringsuppdrag.

Utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) hade i uppdrag att utreda och föreslå hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem. I utredningens slutbetänkande föreslås omfattande reformer av tandvårdssystemet. Bland annat föreslås att etiska principer för tandvårdens prioriteringar införs i tandvårdslagen, motsvarande vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård genom 3 kap. 1 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Vidare föreslog utredningen att tandhälsoregistret utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Ett av förslagen inbegriper att en enhetlig individuell riskbedömning ska göras för alla patienter i svensk tandvård. För det ändamålet föreslog utredningen att en nationell modell för riskbedömning skulle utvecklas, inklusive ett särskilt riskbedömningssystem anpassat för barn och unga vuxna.

Utredningen föreslog även ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet, liksom nationella kunskapsunderlag för en mer

⁸ Läs mer om risk- och friskfaktorer på [Vetenskap och hälsas hemsida](#).

enhetlig vård och behandling samt ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov.

Den statliga utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12) fick i oktober 2023 ett tilläggsdirektiv (Dir 2023:138) att lämna förslag om ett förstärkt högkostnadsskydd. Delbetänkanden om stärkt stöd för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn lämnades i februari 2023 respektive december 2023.

Uppdraget om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta hade i uppgift att se över stärkt tillgång till tandvård för våldsutsatta samt att lämna förslag som stärker deras rätt till ersättning vid tandskador. I delbetänkandet föreslås att tandvård för skador efter våld i nära relationer inte ska kosta mer än ett läkarbesök. Vidare föreslås bland annat att tandvården ska omfattas av samma skyldigheter som övrig hälso- och sjukvård i frågor om våld i nära relationer, att tandvården ges förutsättningar att dokumentera tecken på våldsutsatthet oavsett var på kroppen tecknen uppträder, att initiativ tas för att frågor om våldsutsatthet ställs till samtliga patienter som en del i anamnestagning och att direkta kontaktvägar till övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, polis och frivilligorganisationer underlättas.

Uppdraget om ökad kontroll över tandvårdssektorn innebar att lämna förslag som bidrar till ökad kontroll av tandvårdssektorn för att komma till rätta med att oseriösa aktörer missbrukar det statliga tandvårdsstödet. I delbetänkandet finns förslag på ett antal områden, inklusive villkor som ska vara uppfyllda för att få bedriva tandvård enligt tandvårdslagen (bland annat föreslås att det ska krävas tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg), villkor för att bli ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd samt förslag på vilka villkor som ska vara uppfyllda för utbetalning vid en ersättningsbegäran till Försäkringskassan.

I uppdraget om att lämna förslag om ett förstärkt högkostnadsskydd konstateras att tandvårdens högkostnadsskydd bör stärkas för att mer efterlikna hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Äldre med sämst munhälsa ska prioriteras. Reformen ska samtidigt utformas på ett sätt som gör det möjligt att inkludera den övriga befolkningen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2024.

Dagens tandvårdssystem

I detta kapitel förklarar vi i korthet hur tandvårdssystemet fungerar idag och hur det förhåller sig till den övriga hälso- och sjukvårdens olika delar.

Svensk tandvård omfattar följande områden:

- tandvård till barn och unga vuxna
- tandvård till patienter med särskilda behov
- vuxentandvård inom det statliga tandvårdsstödet
- annan tandvård, exempelvis estetisk, som inte omfattas av tandvårdsstöden.

Styrning av tandvården

Tandvård definieras i tandvårdslagen (1985:125), TL, medan hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. *Tandvård* definieras som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan⁹, medan *hälso- och sjukvård* definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador¹⁰.

Till tandvård hör samtliga åtgärder som föranleds av sjukdomar i munhålan, tänderna, käkarna och de omgivande vävnaderna, men åtgärder med anledning av maligna (elakartade) tumörer räknas inte som tandvård¹¹. Det framgår av förarbetena till TL.

Hälso- och sjukvårdslagen gäller inte tandvården, men tandvård räknas i vissa fall till området *hälso- och sjukvård*, exempelvis i patientsäkerhetslagen (2010:659). Gränsdragningen mellan tandvård och hälso- och sjukvård är ur lagstiftarens perspektiv tydlig, men är i praktiken inte enkel. Det är inte möjligt att dra en klar gräns utan en bedömning måste göras i varje enskilt fall.

Kunskapsstyrningen i både hälso- och sjukvården och tandvården utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården, vilken bland annat de nationella riktlinjerna grundar sig på. Till skillnad från hälso- och sjukvården styrs tandvården inte av de grundläggande etiska principerna för prioritering av offentliga resurser, se vidare avsnittet *Etiska principer för prioritering*.

Mål för tandvården

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen¹². Tandvården ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär bland annat att den ska

⁹ 1 § tandvårdslagen (1985:125)

¹⁰ 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL

¹¹ Prop. 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m. s. 55

¹² 2 § tandvårdslagen (1985:125)

tillgodose patientens behov av trygghet i vården och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Så långt som möjligt ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds¹³.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram rekommendationer på områden där det finns ett behov av vägledning. De nationella riktlinjerna för tandvården är mer omfattande än andra riktlinjeområden. Det beror bland annat på att de används som stöd till TLV när de tar fram vilka åtgärder som ska ingå i det statliga tandvårdsstödet. Uppdaterade nationella riktlinjer för tandvården publicerades 2021 och utgavs i en slutgiltig version 2022.

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna gäller framförallt på gruppnivå, och de är inte heltäckande. I riktlinjerna ger Socialstyrelsen rekommendationer för tandvård för barn och vuxna.

Ersättningsystem och finansiering

Patienterna står för den största delen (57 procent) av de totala tandvårdskostnaderna i Sverige, när alla tandvårdsstöd räknas in. Staten finansierar en del av kostnaden för vuxna från 24 år, men graden av egenfinansiering är ändå hög jämfört med i hälso- och sjukvården, där patienterna står för 13 procent av kostnaderna [15]. Regionerna finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov.

Statligt tandvårdsstöd

Det statliga tandvårdsstödet regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145)¹⁴. Det utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB), högkostnadsskydd och ett särskilt tandvårdsbidrag (STB). ATB är ett generellt stöd för regelbundna tandvårdsbesök och syftar till att skapa förutsättningar för att bibehålla en god munhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov. Högkostnadsskyddet ska göra det möjligt för vuxna individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Patienter kan få detta stöd för tandvårdsbehandling som bidrar till att åtgärda smärta eller sjukdomar, ge förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder samt ge ett utseendemässigt godtagbart resultat. STB är ett bidrag som får användas till förebyggande insatser för personer med tillstånd som innebär en risk för försämrad tandhälsa. Tandvård inom det statliga tandvårdsstödet finansieras till 65 procent av patienterna själva genom patientavgifter eller genom abonnemangstandvård som erbjuds av

¹³ 3-3b §§ tandvårdslagen (1985:125)

¹⁴ Lagen innehåller bestämmelser om ersättning till vårdgivare för utförd tandvård (1 kap 1§).

folktandvården. Det är fri prissättning inom den tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet.

Det statliga tandvårdsstödet finns i form av

- allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
- tandvårdersättning (högkostnadsskydd)
- särskilt tandvårdsbidrag (STB).¹⁵

Samhällets resurser täcker inte all verksamhet som bedrivs inom tandvården. Vuxentandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet utgör cirka 60 procent av den svenska tandvårdsmarknaden. Utöver samhällets åtagande för tandvård, ges tandvård utanför de statliga och regionala tandvårdsstöden. Det är till största del estetisk tandvård och annan estetisk behandling enligt lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, beräknar omfattningen av denna tandvård till mellan fem och sex miljarder kronor årligen, vilket kan jämföras med patientavgifterna inom det statliga tandvårdsstödet som 2022 uppgick till 12,6 miljarder^[16]. Den estetiska tandvården utförs till övervägande del av den privata tandvården.

Det statliga tandvårdsstödet administreras av Försäkringskassan. TLV beslutar om reglerna för högkostnadsskyddet. Som underlag för reglerna utgår TLV från de nationella riktlinjerna som tas fram av Socialstyrelsen. Därmed bidrar också tandvårdsstödet till en mer kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård. Regionerna utgår också från TLV:s regelverk i sina anvisningar om vilken tandvård som kan ges inom de regionfinansierade tandvårdsstöden.

Regionens ansvar

Regionerna har ett lagstadgat ansvar för att erbjuda tandvård åt dem som är bosatta eller vistas inom regionen¹⁶. Tandvård som regionen själv bedriver benämns folktandvård. En region får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen och dess folktandvård ansvarar för¹⁷.

Regionerna ansvarar för tandvård till barn och unga vuxna. De ska dessutom erbjuda och ersätta viss tandvård till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser. För barn och unga vuxna är tandvården avgiftsfri för patienten. För vuxna med behov av särskilt stöd av tandvårdsinsatser gäller att den enskilda patienten endast betalar avgifter som avser öppen hälso- och

¹⁵ Se 1 kap.1 § lagen om statligt tandvårdsstöd.

¹⁶ 5–6 §§ tandvårdslagen (1985:125)

¹⁷ 5 § tandvårdslagen (1985:125)

sjukvård¹⁸. En viss del av verksamheten är helt avgiftsfri för patienten. Vilken tandvård som omfattas av detta regleras i tandvårdsförordningen. I följande avsnitt beskrivs abonnemangstandvård samt uppsökande verksamhet.

Sammanfattningsvis ansvarar regionerna för, och finansierar

- tandvård till barn och unga¹⁹
- tandvård till asylsökande²⁰
- tandvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd²¹
- oralkirurgiska åtgärder²²
- tandvård som ett led i sjukdomsbehandling²³
- tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning²⁴
- tandvård för extremt tandvårdsrädda personer²⁵
- utbyte av tandfyllningar²⁶
- uppsökande verksamhet²⁷
- nödvändig tandvård²⁸.

Uppsökande verksamhet

Uppsökande verksamhet omfattar personer med ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov och personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Personerna som omfattas har rätt till avgiftsfri munhalsbedömning i hemmet och till nödvändig tandvård till samma avgift som öppen hälso- och sjukvård. Den uppsökande verksamheten ingår som en del i tandvårdsstödet till vissa äldre och funktionshindrade. De som har rätt till den ska erbjudas avgiftsfri munhalsbedömning en gång per år. Det är en förenklad kontroll av munhåla, tänder och tandersättning som utförs av legitimerad tandhygienist eller legitimerad tandläkare i hemmet (ordinärt boende eller särskilt boende). Syftet är att ge individuella råd om munhygien till

¹⁸ Se 1 § tandvårdsförordningen (SFS 1998:1338)

¹⁹ 7 § tandvårdslagen (1985:125)

²⁰ Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

²¹ Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

²² 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²³ 3 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²⁴ 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²⁵ 4 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²⁶ 6–7 § § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²⁷ 8 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

²⁸ 9 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

patienten och till den som sköter omvårdnaden, för att upprätthålla en daglig munvård. I samband med munhälsobedömningen bedöms också om personen behöver tandvård som kan anses vara nödvändig.

Abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård innebär att patienten ingår ett avtal med sin vårdgivare om att få tandvård till fast pris under ett visst antal år [17]. Folktandvårdsorganisationerna bedriver abonnemangstandvård enligt en nationellt framtagen avtalsmodell, benämnd *frisktandvård*. I frisktandsvårdsavtalet ingår undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser som instruktioner och kostråd, akuttandvård samt behandling av sjukdoms- och smärttillstånd som karies, rotbehandling och tandlossning. Dessutom ingår reparativ vård i form av fyllningar och enstaka tandstödda kronor av standardmaterial. Innan frisktandsvårdsavtalet tecknas görs en undersökning av patienten. Visar undersökningen att patienten då behöver någon form av behandling, genomförs denna innan avtalet träder i kraft. För detta betalar patienten vårdgivarens pris för behandlingen med stöd av det statliga tandvårdsstödet högkostnadsskydd. När patienten är färdigbehandlad görs en riskbedömning som placerar patienten i en avgiftsklass. Ju högre risk för att utveckla sjukdomar eller skador i munnen, desto högre riskklass. Priserna på avgiftsklasserna bestäms av respektive region. Efter avtalsperioden på tre år gör tandvården en ny riskbedömning för att kontrollera att patienten fortfarande befinner sig i rätt riskklass. De tar även fram ett personligt vårdprogram för egenvård, förebyggande vård och behandling utifrån den riskbedömning som patientens behandlare gjort. Om patienten inte följer programmet för egenvård kan folktandvården säga upp avtalet.

Revisionsintervall – tiden mellan två basundersökningar

I de nationella riktlinjerna från 2022 rekommenderas att tidsperioden mellan två basundersökningar²⁹ för vuxna ska vara mellan 12 och 36 månader, och att patienter med hög risk ska komma oftare än patienter med låg risk [18]. Tiden mellan två basundersökningar brukar också benämnas revisionsintervall. Detta innebär att tandvården är en av få aktörer som regelbundet träffar de flesta barn och vuxna, ofta innan de har ett hälsoproblem som de behöver söka tandvård eller annan vård för.

Ofta benämns den del av tandvården som träffar patienter regelbundet för undersökningar för allmäntandvården. Den kan liknas vid hälso- och sjukvårdens primärvård. Men inom primärvården finns inget motsvarande

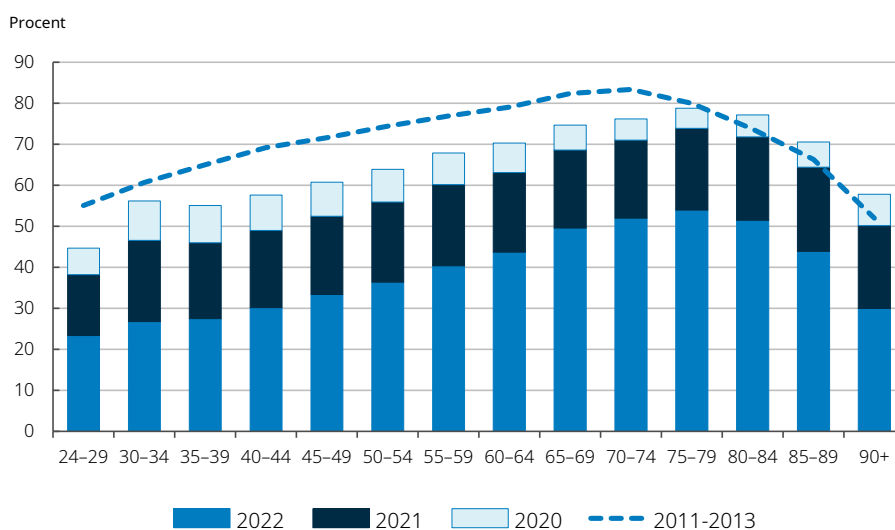
²⁹ En basundersökning ska tillämpas i tandvården för undersökning och diagnostik av tand- och munhälsa med återkoppling till patienten samt i förekommande fall mindre förebyggande behandling. Basundersökningen kan utföras av en tandläkare eller tandhygienist.

system för riskbedömningar för hela befolkningen, där vårdpersonal regelbundet undersöker och tar ställning till patienters risk för att utveckla eller förvärra sjukdom. Riskbedömningar genomförs dock i en rad situationer inom hälso- och sjukvården med olika syften. Det kan till exempel handla om att identifiera vårdbehov eller att prioritera mellan patienter vid en situation med många vårdökanden eller ett stort vårdbehov.

Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att det finns skillnader i hur ofta vuxna patienter besöker tandvården för en återkommande basundersökning inom det statliga tandvårdsstödet. Patienter med många skadade eller lagade tänder kallas med kortare intervall än patienter utan skadade och lagade tänder. Eftersom lagningar ackumuleras under en livstid är äldre överrepresenterade i gruppen med många lagade tänder, och det är också äldre personer som besöker tandvården i störst utsträckning, se figur 1.

Figur 1. Andel i befolkningen som genomgått minst en basundersökning.

Andel av befolkningen, 24 år och äldre, som genomgått en basundersökning minst en gång det senaste året, de två senaste åren eller de tre senaste åren, fördelat efter senaste besöksåret och ålder jämfört med den streckade linjen för åren 2011–2013.



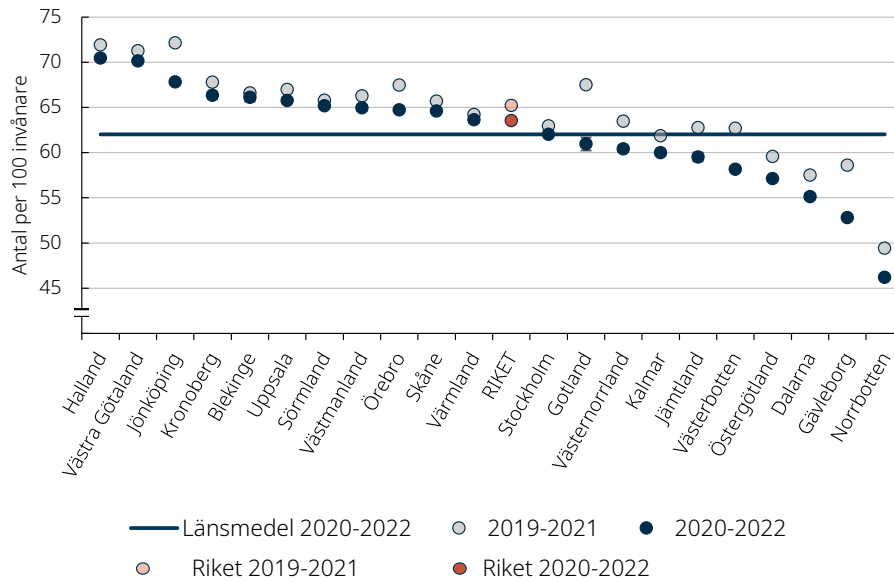
Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret.

Andelen av befolkningen som besökt tandvården för en undersökning de senaste tre åren minskade mellan de två senaste mätperioderna (2019–2021 och 2020–2022). Minskningen gäller för alla regioner och beror delvis på effekter av coronapandemin, se figur 2. Det är stor variation i besöksfrekvens mellan regionerna, liksom mellan kvinnor och män, se figur 3. Kvinnor besöker tandvården i större utsträckning än män, i samtliga regioner. I Norrbotten besökte färre än hälften av invånarna tandvården för en undersökning, medan cirka 70 procent av invånarna i Halland och Västra

Göteborg besökte tandvården för en undersökning de två senaste mätperioderna, se figur 2.

Figur 2. Tandvårdsundersökning senaste tre åren - utveckling.

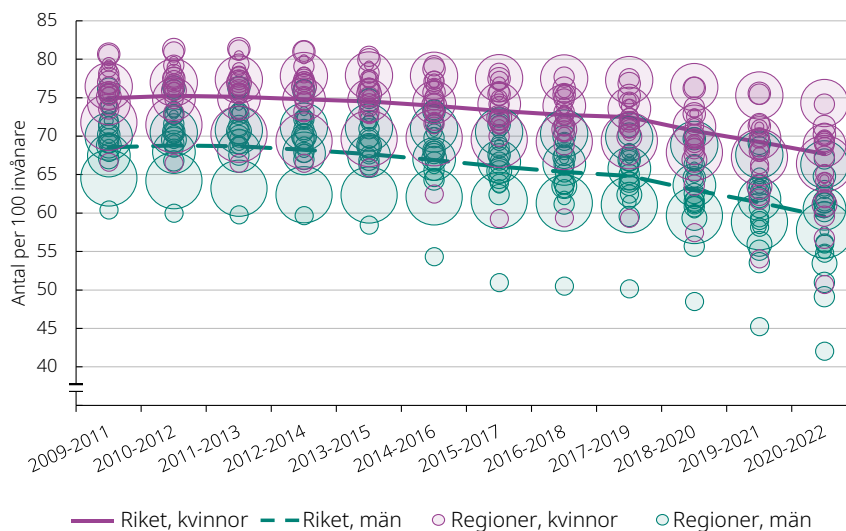
Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste treårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.



Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret.

Figur 3. Tandvårdsundersökning senaste tre åren - skillnad mellan könen

Antal personer per 100 invånare som fått en basundersökning utförd någon gång under den senaste treårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

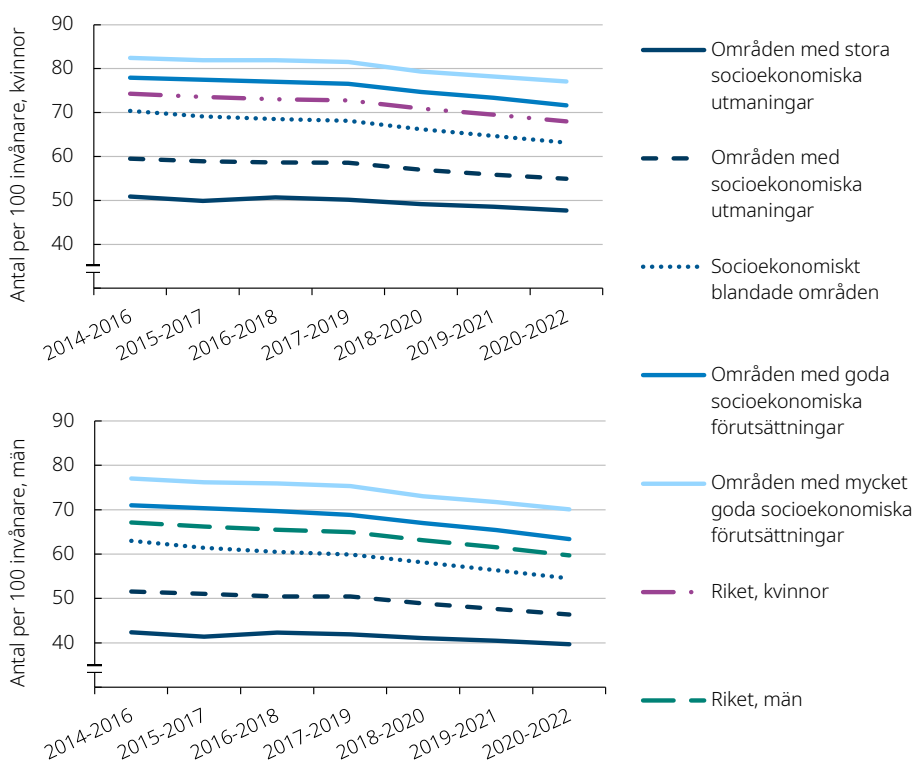


Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret.

Det finns också skillnader i intervallet mellan två basundersökningar beroende på var patienterna bor. Patienter från socioekonomiskt svaga områden har generellt längre revisionsintervall än patienter från områden med socioekonomiskt goda förutsättningar. Låginkomsttagare tenderar att besöka tandvården i lägre utsträckning, men de konsumerar i gengäld mer tandvård när de väl besöker tandvården [19].

Figur 4. Tandvårdsundersökning senaste tre åren – skillnad mellan kön och olika socioekonomisk bakgrund.

Antal personer per 100 invånare som fått en basundersökning utförd någon gång under den senaste treårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.



Källa: Socialstyrelsen, Tandvårdsregistret samt SCB.

Det går att läsa mer om besöksfrekvensen i tandvården i Socialstyrelsens lägesrapport *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård 2024*[20].

Kvalitetsregistret SKaPa samlar in statistik om riskbedömningar och revisionsintervall. Idag är samtliga folktandvårdsorganisationer och 826 privata mottagningar anslutna. Statistik från 2022 [21] tyder på att det endast är en liten skillnad i revisionsintervall beroende på vilken riskgrupp man

tillhör³⁰, se tabell 1. För att de rekommenderade revisionsintervallen ska följas bör individer som klassats med hög risk ha kortare revisionsintervall än de med lägre risk³¹.

Tabell 1. Medelvärde av antal månader mellan basundersökning.

Sorterat på organisation och riskgrupp för åldersintervallet 24 år och äldre, år 2022.

Organisation	Låg riskgrupp från 24 år	Måttlig riskgrupp från 24 år	Hög riskgrupp från 24 år
Medelvärde samtliga	26,3	23,1	21,5
FTV Sörmland	27,1	19,6	18,5
FTV Jämtland	26,6	24,2	21,7
FTV Östergötland	37,0	33,3	29,9
FTV Värmland	41,1	31,5	21,0
FTV Jönköping	30,5	24,2	21,5
FTV Blekinge	27,5	25,7	25,0
FTV Dalarna	31,8	30,0	27,5
FTV Kronoberg	25,0	22,1	21,4
FTV Uppsala	28,2	26,6	25,0
FTV Västernorrland	29,5	24,7	21,9
FTV Norrbotten	32,8	28,2	22,3
FTV Örebro	29,4	26,8	26,9
FTV Halland	29,3	24,5	19,6
FTV Skåne	21,9	19,3	18,3
FTV Västra Götaland	24,1	22,7	20,9
FTV Västerbotten	32,6	28,9	24,5
Praktikertjänst	24,3	18,7	24,0

Källa: SkaPa 2022.

Riskbedömningar i tandvården

Riskbedömningar är en del av tandvårdens arbetssätt. De bör ligga till grund för den behandling patienten får och för beslut om när patienten behöver

³⁰ Riskgrupperingen är baserad på data från de beslutsstöd som klassificerar patienter i riskgrupper och rapporterar in data till SkaPa.

³¹ Revisionsintervallet påverkas av både behandlarens bedömning, patientens önskemål och till syvende och sist när patienten väl kommer till tandvården.

besöka tandvården för nästa basundersökning. Resultatet av den individuella riskbedömningen ligger även till grund för vilka behandlande och förebyggande åtgärder som tandvården följer upp vid varje besök. Riskbedömningen ingår som en del av en basundersökning, men innehållet eller utförandet av riskbedömningar definieras inte ytterligare av TLV [22]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård konstateras att tandvården behöver arbeta mer systematiskt med riskbedömningar och mer sjukdomsförebyggande, genom att bland annat bedöma risker för sjukdomar i munnen och utreda och behandla orsakerna till risker och skador [18]. Bedömningen ska sedan utgöra en grund för planeringen av det fortsatta omhändertagandet i samråd med patienten [23]. Riskbedömningarna fungerar också som ett stöd för tandvården att prioritera mellan patienter. Med stöd av systematiska arbetssätt kan tandvården kalla varje patient till en basundersökning baserat på en bedömning av patientens behov. Enligt de nationella riktlinjerna bör individer som bedöms ha hög risk för dålig munhälsa få ett kortare intervall mellan besöken än individer med låg risk. Riskbedömningen kan stödjas av ett digitalt beslutstöd, exempelvis i form av en integrerad modul i journalsystemet.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) samlar idag in uppgifter om riskbedömningar. Ett utvecklingsarbete pågår inom SKaPa för att med hjälp av AI analysera hur riskbedömningarna utvecklas över tid och i vilken utsträckning riskbedömningarna leder till behandlingsåtgärder och påverkar revisionsintervall. I ett eventuellt fortsatt arbete med att utveckla en nationell modell för riskbedömning kan detta arbete inom SKaPa komma att beaktas.

Metod och genomförande

För att genomföra uppdraget har Socialstyrelsen kartlagt nuvarande beslutsstöd för riskbedömning. Vi har granskat hur dessa fungerar och används idag samt undersökt hur tandvårdspersonal upplever behovet av stöd för riskbedömningar, idag och framledes. Kartläggningen har skett genom

- en enkätundersökning riktad till verksamhetschefer på privata och offentliga kliniker
- fokusgrupper med tandläkare och tandhygienister
- dialogmöten med journalsystemsleverantörer och representanter från olika verksamheter.

Kartläggningen har också inkluderat att identifiera särskilda patientgrupper, för vilka särskild hänsyn kan behöva tas för att säkerställa att deras situation och behov uppmärksammas i en nationell modell för riskbedömning.

Socialstyrelsen har genom litteratursökning och granskning av utvalda texter kartlagt utländska riktlinjer för revisionsintervall eller riskbedömningar. Arbetet med att undersöka det vetenskapliga underlaget för riskbedömningar och riskbedömningsmodeller har påbörjats genom samarbete med SBU.

Socialstyrelsen har även genomfört workshops med en expertgrupp bestående av fem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom odontologi samt ytterligare en professor med samhällsodontologisk kompetens. Syftet var att inhämta synpunkter på de vetenskapliga förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning. I följande avsnitt beskriver vi respektive metod mer ingående.

Enkät till verksamhetschefer

Socialstyrelsen genomförde en enkät sommaren 2023 för att kartlägga vilka beslutsstöd som används för riskbedömning inom tandvården, och för att få en bättre förståelse för hur de används. Målgruppen för enkäten var verksamhetschefer vid offentliga och privata allmäntandvårdskliniker.

Enkäten skickades till totalt 1 140 tandvårdskliniker, varav 630 privata och 510 offentliga kliniker. Urvalet baserades på antalet inrapporterade åtgärder till Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet under perioden januari till mars 2023. Vi exkluderade kliniker som hade färre än 100 inrapporterade åtgärder, var specialistkliniker, högskolor eller akutmottagningar. Därefter drogs ett slumpmässigt urval³².

³² Urvalet var ett stratifierat urval med spridning vad gäller region och typ av klinik som stratumvariabler. De uppsökande verksamheterna adderades till populationen efter att urvalet för övriga kliniker gjorts.

Enkäten skickades också till 30 uppsökande verksamheter inom ramen för nödvändig tandvård. Socialstyrelsen genomförde samråd med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Näringslivets regelnämnd (NNR) innan vi skickade ut enkäten med ett elektroniskt enkätverktyg i början av juni. Svarsperioden var till och med 4 september 2023, och två påminnelser skickades ut. Kvantitativa resultat från enkäten redovisas som andelar i procent³³.

Fokusgrupper med behandlande personal

Som en del i kartläggningen har Socialstyrelsen inhämtat behandlande personals åsikter och erfarenheter. Syftet har både varit att undersöka uppfattningar om befintliga beslutsstöd för riskbedömningar och eventuella önskemål om och behov av kommande beslutsstöd från de yrkesgrupper inom tandvården som genomför riskbedömningar idag. Med hjälp av ett konsultföretag genomfördes fokusgruppsintervjuer med tandläkare och tandhygienister³⁴. Fokusgrupper användes för att få ökad kunskap om behandlande tandvårdspersonals uppfattningar om en nationell modell för riskbedömning, och om möjligheter och begränsningar i att arbeta enligt en sådan modell.

Deltagare från privata kliniker rekryterades genom en förfrågan till de 243 privata kliniker som svarat på enkätundersökningen inom ramen för uppdraget. Deltagare från offentliga kliniker rekryterades genom att respektive folktandvårdsorganisation skickade förfrågan vidare inom den egna organisationen.

För att öka deltagandet och framförallt nå medarbetare från privata kliniker samt tandhygienister skickades dessutom riktade inbjudningar till dessa grupper, via Privattandläkarna respektive Sveriges Tandhygienistförening. Att tillvägagångssättet att rekrytera deltagare till fokusgrupperna ändrades under intervjuperioden upplevs inte ha påverkat innehållet i samtalen.

Varje samtal i fokusgrupp genomfördes med stöd av minst två konsulter för att underlätta diskussionerna och säkra möjligheterna att dokumentera dem. En framtagen intervjuguide vägledde diskussionerna i fokusgrupperna och gjorde det möjligt att jämföra grupperna. Intervjuguiden skickades ut till deltagarna inför varje fokusgrupp för att de skulle kunna förbereda sig. Samtalen i fokusgrupperna genomfördes digitalt. Fokusgrupperna varierade mellan två och tio deltagare, och samtalen varade mellan 1 och 1,5 timme

³³ Andelarna har beräknats viktat eftersom ett stratifierat urval gjordes inför enkätutskicket. Det innebär att vissa svar har fått en större betydelse än andra, då de representerar en större grupp i populationen.

³⁴ För en fullständig metodgenomgång, se slutrapport från konsultbolaget. Den kan begäras ut via dokumentnummer 5.7-18569/2023-20 från Socialstyrelsens registratur.

beroende på antal deltagare. Fokusgrupperna genomfördes mellan vecka 41 och vecka 46 år 2023.

Varje fokusgruppsamtal följde samma struktur där fyra områden diskuterades med stöd av bildmaterial, se figur 5 nedan.

Figur 5. Frågeområden vid fokusgruppsintervjuer.



De första samtalen i fokusgrupperna genererade en mångfald av perspektiv och inspel. Allt eftersom fler samtal genomfördes började kommentarer och mönster upprepas. I de flesta frågor rörde konsensus bland deltagarna i de olika fokusgrupperna, medan det i andra frågor tillkom nyanser och perspektiv. Efter ett tiotal samtal framkom det dock relativt få nya resonemang, vilket pekar på att en viss mättnadspunkt uppnåddes relativt tidigt i genomförandet.

Omvärldsanalys

Nordisk omvärldsanalys

Som en del av omvärldsanalysen har Socialstyrelsen genomfört en nordisk utblick. Denna har bestått av en dialog med de nordiska ländernas Chief Dental Officers (CDO:er) via mejl och digitala möten. Socialstyrelsen anordnade också ett digitalt dialogmöte om riskbedömningar och revisionsintervall i tandvården i Norden under december 2023. CDO:er och andra tandvårdsexperter från Danmark, Finland, Norge och Sverige deltog.

Litteratursökning efter utländska riktlinjer om riskbedömning

I syfte att identifiera utländska riktlinjer om riskbedömning eller beslut om revisionsintervall genomförde Socialstyrelsen i december 2023 en litteratursökning i databasen PubMed och via internationella myndigheter och organisationer, se bilaga 2. Vi har identifierat och beskrivit riktlinjer som innehåller rekommendationer eller råd om riskbedömning och revisionsintervall. Dessa riktlinjer kan i ett senare steg kvalitetsgranskas, exempelvis med verktyget AGREE2[24, 25]. Om de bedöms vara av god metodologisk kvalitet kan de anpassas till en svensk kontext med GRADE adolopment [26].

Litteratursökning efter vetenskapligt underlag för riskbedömningar

SBU har undersökt det vetenskapliga underlaget

SBU har på förfrågan av Socialstyrelsen sökt efter och bedömt det vetenskapliga underlaget för en övergripande riskbedömningsmodell inom tandvården. Inom ramen för sitt regeringsuppdrag att stödja Socialstyrelsen³⁵ har SBU även granskat vetenskapliga studier som har utvärderat prediktionsmodeller³⁶ för de enskilda sjukdomstillstånden karies och parodontit. I arbetet ingår definition av frågeställning, systematisk litteratursökning, granskning av litteratur och evidensgradering av resultaten från identifierad litteratur. SBU arbetar enligt en metod som går att läsa mer om på SBU:s hemsida³⁷.

Dialoger

Ett stort antal dialoger har genomförts under projektets gång, med många olika deltagare. Syftet med dialogerna har bland annat varit att inhämta kunskap om hur nuvarande beslutsstöd för riskbedömningar fungerar, uppdateras och används – med fokus på sådana beslutsstöd som ingår som moduler i tandvårdens journalsystem.

Expertgrupp

För att identifiera faktorer av betydelse för en nationell riskbedömningsmodell har synpunkter även inhämtats från en odontologisk expertgrupp bestående av fem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom odontologi samt en professor med kompetens i samhällsodontologi. Expertgruppen har deltagit i två workshoppar och diskuterat förutsättningarna för en nationell modell för riskbedömning samt relevanta risk- och friskfaktorer.

Journalsystemsleverantörer

Projektet har genomfört digitala dialoger med samtliga sju journalsystemsleverantörer verksamma på den svenska tandvårdsmarknaden under 2023³⁸. Dialogerna genomfördes under september 2023. Syftet var att

³⁵ S2023/01926 Regeringen. Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, SBU.

³⁶ Med prediktionsmodeller avses, i enlighet med SBU:s ordförklaring, metod som syftar till att identifiera patientspecifika riskfaktorer och som kan förutse prognosen för den enskilda patienten.

³⁷ Se [SBU:s hemsida](#).

³⁸ En av leverantörerna kommer att lämna tandvårdsmarknaden under 2024.

få en ökad förståelse för hur de beslutsstöd för riskbedömningar som finns integrerade i journalsystemen fungerar, utvecklas och uppdateras, samt att få ökad förståelse för journalsystemens informationsstruktur. Enskilda kunder kan ha olika lösningar hos respektive journalsystemsleverantör. I kartläggningen har Socialstyrelsen dock utgått från en generell bild som lämnats av respektive journalsystemsleverantör, och i förekommande fall även deras kunder.

Referensgrupp, arbetsgrupper och verksamheter

Socialstyrelsen har under arbetets gång fört dialog med olika aktörer inom tandvården, bland annat i form av en extern referensgrupp som bistått myndigheten. Den externa referensgruppen har bestått av representanter för regionernas tandvårdsnätverk, Folktandvårdsföreningen, SKR, Privattandläkarna, Tandläkarförbundet, Tandhygienistföreningen, Tandsköterskeförbundet, Praktikertjänst och nationellt programområde tandvård. Därutöver har dialoger förts med bland andra utvecklare och förvaltare av olika beslutsstöd för riskbedömning, Folktandvårdsföreningens arbetsgrupp för frisktandvård, hälsoinformatiker och andra experter inom olika delar av tandvårdsverksamheter. Dialog har även förts med SBU, TLV och Försäkringskassan.

Kartläggning av riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömning

I det här avsnittet redogör Socialstyrelsen för myndighetens kartläggning av riskbedömningar och av de beslutsstöd som idag används för att göra riskbedömningar.

I kartläggningen har vi undersökt

- vilka beslutsstöd som används för att göra riskbedömningar
- hur beslutsstöden fungerar
- hur behandlarna använder och uppfattar beslutsstöden
- vad behandlarna använder riskbedömningsresultaten till.

Som framgick i metodavsnittet bygger kartläggningen på en enkätundersökning till verksamhetschefer, fokusgrupper med tandläkare och tandhygienister samt dialoger med journalsystemsleverantörer och verksamheter. Resultaten från de olika delarna överlappar och bekräftar varandra. Dessa resultat kompletteras med en omvärldsanalys, som belyser hur övriga nordiska länder arbetar med riskbedömningar och revisionsintervall.

Svarsfrekvens enkät och deltagande i fokusgrupper

Svarsfrekvensen för enkäten var 47 procent, se tabell 2. Vissa regioner lämnade centrala enkätsvar som uppgavs gälla för samtliga offentliga kliniker i regionen eller grupper av sådana³⁹. De centrala svaren har getts en ökad tyngd för att representera samtliga folktandvårdskliniker som inte själva besvarat enkäten i de aktuella regionerna. Dock har alla svar som lämnats av klinikerna själva inkluderats i analysen och inte ersatts av eventuella centrala svar, se tabell 2.

³⁹ Västra Götalandsregionen, Skåne, Norrbotten och Gävleborg

Tabell 2. Svansfrekvens⁴⁰ enkätundersökning.

Redovisningsgrupp	Antal i urvalet	Antal svar	Svansfrekvens från urvalet (%)
Folktandvård	353	206	58
Privat tandvård	622	245	39
Uppsökande verksamhet (alla regioner)	30	21	70
Totalt	1 005	472	47

Källa: Socialstyrelsen.

Det var totalt 75 personer som deltog i fokusgruppernas samtal, varav 35 från folktandvården och 40 från privattandvården, se tabell 3. Totalt bokade 104 personer in sig i fokusgrupper, men 29 personer av dessa uteblev eller anmälde förhinder. Deltagare som fått förhinder och inte kunde bokas om erbjöds möjligheten att lämna skriftliga svar; nio personer lämnade svar via mejl. Totalt medverkade 84 personer i datainsamlingen – 62 tandläkare och 22 tandhygienister. Av Sveriges 21 regioner medverkade deltagare från folktandvården i 19 regioner i någon av fokusgrupperna, eller lämnade svar via mejl⁴¹. Sammanfattningsvis har deltagandet i fokusgrupperna summerats till totalt 24 fokusgrupper med 75 deltagare, se tabell 3.

Tabell 3. Antal fokusgrupper och deltagare.

Antal uppdelat på folktandvård respektive privat tandvård.

Redovisningsgrupp	Antal fokusgrupper	Antal deltagare
Folktandvården	10	35
Privat tandvård	14	40
Totalt	24	75

Källa: Konsultföretaget som genomförde fokusgrupperna.

Riskbedömningar idag

Tandläkare och tandhygienister genomför regelbundet riskbedömningar av patienter. Personer i dessa yrkesgrupper måste visa att de har kunskap om hur man gör en riskbedömning för att få en svensk yrkeslegitimation. Riskbedömningarna genomförs ofta med hjälp av olika typer av stöd, till exempel beslutsstöd som är integrerade i journalsystem, rutiner eller riktlinjer, annan dokumentation eller system. I enkätundersökningen svarade

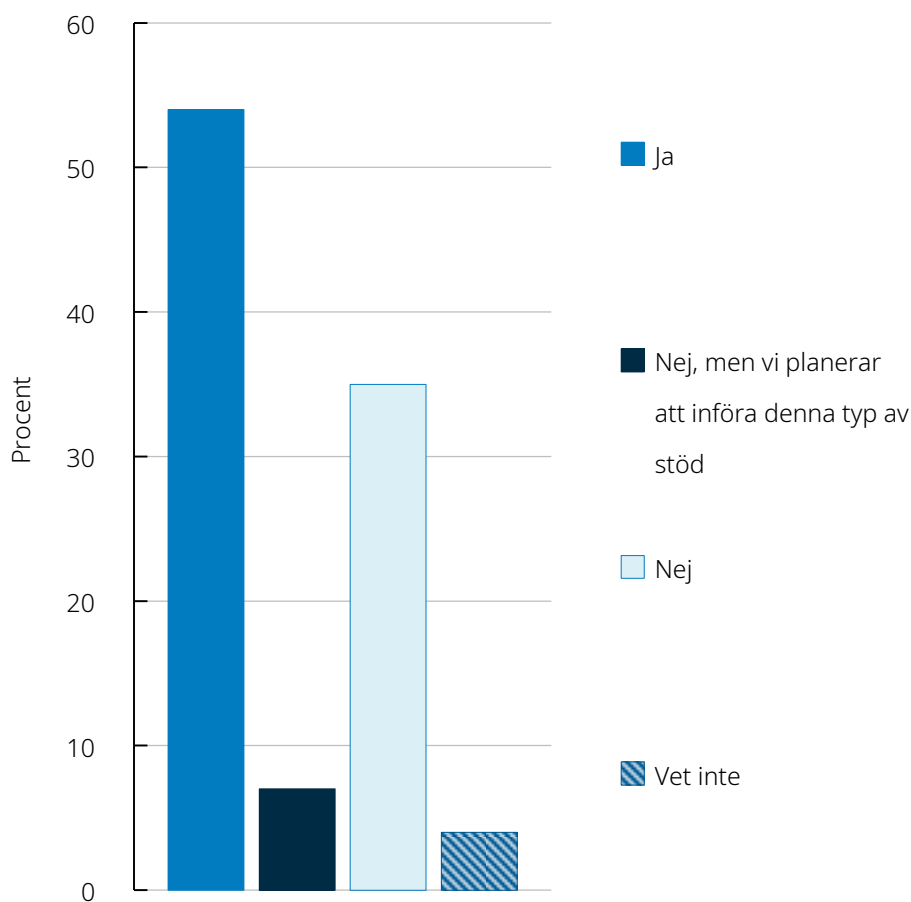
⁴⁰ Samtliga folktandvårdskliniker i de regioner som lämnat centrala svar är exkluderade ur svansfrekvensberäkningarna, då det går att anta att anledningen till att de inte svarat enskilt är att det lämnats centrala enkätsvar.

⁴¹ Gotland och Östergötland uteblev.

54 procent av klinikerna att de använder någon form av stöd vid riskbedömningarna, se figur 6. Nästan alla offentliga kliniker (98 procent) svarade att de använder någon form av stöd vid riskbedömningarna. Motsvarande siffra för de privata klinikerna var 44 procent. Ytterligare åtta procent av de privata klinikerna svarade att de planerar att införa denna typ av stöd. Det var något fler av de privata klinikerna med tre eller fler praktiserande tandläkare eller tandhygienister som svarade att de använder, eller planerar att införa, någon form av stöd (65 procent), jämfört med privata kliniker med endast en eller två praktiserande tandläkare eller tandhygienister (38 procent).

Figur 6. Användning av stöd för riskbedömningar.

Använder ni i er verksamhet någon form av stöd vid riskbedömningarna? Stöd kan till exempel vara modul i journalsystem, riktlinjer/rutiner eller annan dokumentation.



Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning, 2023.

I fokusgrupperna uppgav samtlig behandlande personal inom offentlig regi att de gör riskbedömningar. De visade ofta upp relativt avancerade beslutsstöd, kopplade till respektive journalsystem. Personalen upplever det som självklart att göra en riskbedömning. Inom privat regi finns det personal som ser utvecklingspotential inom sina riskbedömningar. Bland annat nämndes att de inte ansåg sig ha tillgång till något smidigt beslutsstöd (att de

moduler som ingår i journalsystem inte bedöms relevanta). Vissa nämnde även att de ansåg att den individuella bedömningen av patientens behov räcker, är mer rättvisande och går snabbare att göra. Det finns också exempel på kliniker som tagit fram egna mallar och riktlinjer för riskbedömning som de anser är mer användbara än de som ingår i journalsystemet.

Riskbedömningsmoduler i journalsystemen

Det finns i dagsläget sju olika journalsystemsleverantörer på den svenska tandvårdsmarknaden. Socialstyrelsen har utgått från en generell bild som lämnats av respektive journalsystemsleverantör. Samtliga erbjuder någon form av riskbedömningsmodul integrerad i journalsystemen. De fungerar som beslutsstöd för behandlarna när de riskbedömer patienter, och används av både offentliga och privata kliniker. Det varierar i vilken grad dessa moduler hämtar information från andra system eller moduler i journalsystemet. Alla regioner förutom en kan använda någon typ av beslutsstöd för riskbedömningar i journalsystemet.

Två olika huvudtyper av beslutsstöd används av regionerna. 16 regioner använder riskbedömningsmodulen R2, med lite olika utförande, medan fyra regioner använder ett stöd som utvecklats av användarna av journalsystemet Lifecare. Den sammanvägda risken som beräknas för varje patient baseras i dessa två system på ett antal variabler där riskfaktorer bedöms utifrån en riskgrupperingsskala. Andra riskbedömningsmoduler integrerade i journalsystemen varierar när det gäller till vilken grad de beräknar och föreslår sammanvägda riskgrupper. Vissa av dessa beslutsstöd är uppbyggda som en separat del i journalsystemet där behandlaren manuellt fyller i uppgifterna, och det sker ingen beräkning av någon sammanvägd risk. I andra moduler beräknas en sammanvägd risk utifrån en riskgrupperingsskala för olika separata riskfaktorer som antingen matas in manuellt eller inhämtas från andra delar i journalen⁴².

De som förvaltar regionernas riskbedömningsmoduler uppger att det övergripande syftet med dessa är att uppnå jämlik vård.

Riskbedömningsresultaten används både för att prioritera mellan patienter och för att avgöra vårdens innehåll. Det handlar om att avgöra när, vad och till vem vård ska ges.

Beslutsstöd som inte ingår i journalsystemen

Utöver de riskbedömningsmoduler som är integrerade i journalsystemen rapporterade verksamheterna i enkäten att de använder olika rutiner och riktlinjer för sjukdomar, tillstånd och skador, eller för olika patientgrupper, till exempel barn och unga, sköra äldre eller patienter med specifika

⁴² Till exempel för parodontit och karies.

riskfaktorer. Flera kliniker uppgav att de använder boken Tandvårdens läkemedel [27], med råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården, som ett beslutsstöd. Flera privata kliniker uppgav att de följer regionens riktlinjer, rutiner eller mallar för barn och unga för olika sjukdomstillstånd, till exempel karies.

Andra rapporterade beslutsstöd för riskbedömningar var Socialstyrelsens nationella riktlinjer, journal- och daganteckningsmallar, terapimöten, terapiplaneringar, kurser och utbildningar, röntgen, bildhanteringssystem, internetodontologi, remisshantering, hälsodeklaration, anamnes, kliniska fynd, föregående tandvård och sjukdomshistorik samt screening för sjukdomarna karies och parodontit. Även personkännedom – individuell kännedom om patienter, deras ekonomi och motivation – rapporterades som stöd för riskbedömningar.

Ett antal kliniker rapporterade att de använder beslutsstöd som inte är integrerade i journalsystemen. Dessa var bland annat Cariogram⁴³, Dental Trauma Guide⁴⁴, system för att administrera regionfinansierad tandvård samt olika kvalitetsledningssystem.

Beslutsstödens användningsområden

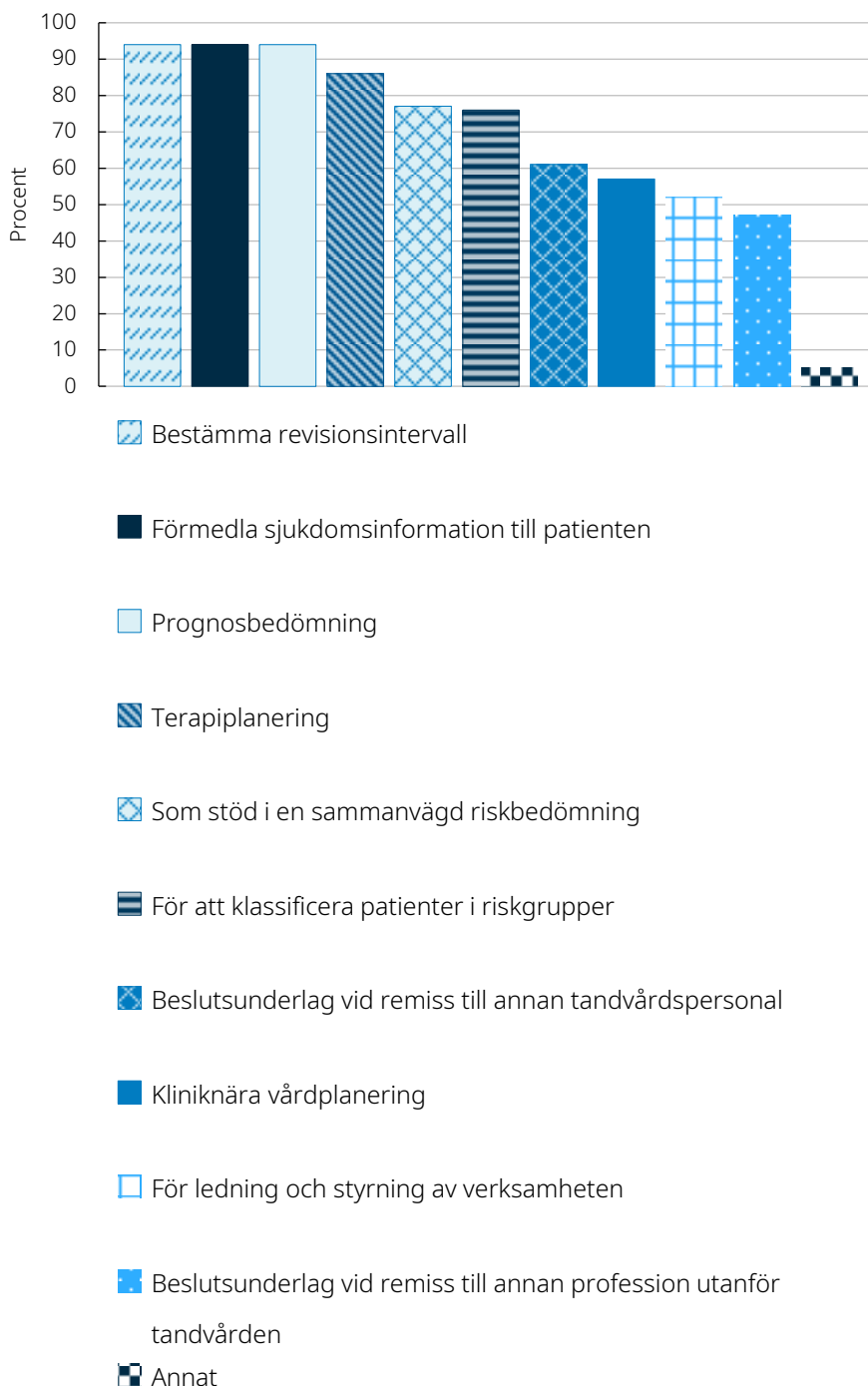
Enkätundersökningen visade att beslutsstöden för riskbedömning används för att uppfylla olika syften. De vanligaste rapporterade användningsområdena var att förmedla sjukdomsinformation till patienten (94 procent), bedöma prognos (94 procent) och bestämma revisionsintervall (94 procent). Andra rapporterade användningsområden var terapiplanering (86 procent), stöd i en sammanvägd riskbedömning (77 procent), för att klassificera patienter i riskgrupper (76 procent), som beslutsunderlag vid remiss till annan tandvårdspersonal (61 procent), för kliniknära vårdplanering (57 procent), för ledning och styrning av verksamheten (52 procent) och som beslutsunderlag vid remiss till annan profession utanför tandvården (47 procent), se figur 7. Några få verksamheter rapporterade andra användningsområden, som prioriteringsordning vid resursbrist, forskning, statistik eller stöd vid orosanmälan av barn till socialtjänsten.

⁴³ Ett verktyg för att bedöma kariesrisk.

⁴⁴ [Dental Trauma Guides hemsida](#)

Figur 7. Användningsområden för riskbedömningsbeslutsstöden

Till vad används riskbedömningsstödet/en?



Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning, 2023.

Många fokusgruppsdeltagare uppgav att de använder resultat från riskbedömningen i dialog med patienten genom att visa patienten resultatet vid varje undersökningstillfälle. Vissa deltagare lyfte att de gärna skulle vilja ha fler riskgrupper än de idag har möjlighet att använda, dock enbart för

internt bruk. För att kommunicera med patienten menar de att det räcker med tre grupper.

Användning inom uppsökande verksamhet

Enkätsvaren tyder på liknande användningsområden för beslutsstöden i uppsökande verksamhet, alltså för personer med ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov, som i allmäntandvården. De sex vanligaste rapporterade användningsområdena för allmäntandvården är desamma som för uppsökande verksamhet⁴⁵.

I den uppsökande verksamheten klassificeras patienter i riskgrupper. 67 procent av de som svarade på enkäten och som använder beslutsstöd svarade att det används för detta syfte. Dock förekommer delade meningar om huruvida det är möjligt att bedöma risk för sjukdom, tillstånd eller skada i munnen för patienter i den uppsökande verksamheten.

Riskgruppering i journalsystemen

I sex av sju journalsystem är det möjligt att på olika sätt gruppera patienters bedömda risk. Riskgruppering innebär en kategorisering av risken enligt en skala, till exempel 1–3, där 1 kan stå för låg risk, 2 för måttlig risk och 3 för hög risk.

Det är angeläget att skilja på begreppen *riskbedömning* och *riskgruppering*. Riskbedömningen är en klinisk åtgärd som placerar in patienten på en kontinuerlig skala från låg risk till hög risk. En riskgruppering innebär att det finns ett bestämt antal definierade riskgrupper på en skala, i vilka patienter placeras utifrån hur hög deras risk är. En patients risk fortsätter dock att vara kontinuerlig, även om det skett en riskgruppering.

Riskgrupperingen i journalsystemen kan ske för respektive faktor som riskbedöms eller genom att en sammanvägd, ”total” risk beräknas. I fyra av de sex modulerna placeras patienterna i en riskgrupp utifrån patientens sammanvägda totala risk. Dessa moduler har tre eller tio riskgrupper. De andra två modulerna erbjuder möjlighet att riskgruppera respektive huvudriskfaktor som ingår i riskbedömningen, med möjlighet för kliniken att använda upp till sex riskgrupper. En leverantör uppger att två till fyra riskgrupper är vanligast. Det finns också möjlighet för enskilda kunder att beställa skräddarsydda speciallösningar från flera av journalsystemsleverantörerna.

Syftet med riskgrupperingen är dels att enklare kommunicera riskbedömningsresultatet med patienten, dels att ha en grund för att avgöra

⁴⁵ De sex är att bestämma revisionsintervall, prognosbedömning, förmedla sjukdomsinformation till patienten, terapiplanering, som stöd i en sammanvägd riskbedömning samt för att klassificera patienter i riskgrupper.

revisionsintervall, prioritera mellan patienter med mera. I enkäten svarade över tre fjärdedelar av verksamheterna (77 procent) som använder ett beslutsstöd för riskbedömningar att de använder det för att klassificera patienter i riskgrupper.

Majoriteten av verksamheterna svarade att de följer upp utfallet av riskgrupperingen (81 procent)⁴⁶, men metoderna för uppföljning varierar. Den sker till exempel genom att ta fram statistik och rapporter från olika uppföljnings- och ekonomisystem, genom journalgranskningar, genom att rapportera till kvalitetsregistret SKaPa och kontinuerligt vid revisionsundersökningar.

Det varierar hur ofta riskgrupperingen av patienter följs upp. Många verksamheter svarade i enkäten att de följer upp riskgrupperingen baserat på patientens behov och när det är dags för nästa kallelse eller vid nästa undersökning eller besök hos tandvården. Andra vanliga svar var att uppföljning sker oftare än en gång om året, till exempel varje månad, tre gånger per år eller en gång i halvåret. Nästan en fjärdedel av verksamheterna svarade att uppföljningen sker en gång om året.

Riskgrupperna används även för abonnemangstandvård

I regionerna används beslutsstöden för riskbedömningar även för att klassificera patienter i avgiftsklasser för abonnemangstandvård, så kallad frisktandvård. Verksamheterna i regionerna uppger dock att det är samma riskbedömning som görs av alla patienter oavsett om de har abonnemangstandvård eller inte.

Inom Folk tandvårdsföreningen har det genomförts ett arbete för att harmonisera antalet avgiftsklasser som används för frisktandvård mellan regionerna, och dessa är nu lika till antalet. Trots att regionerna använder olika beslutsstöd för riskbedömning upplever man inom Folk tandvårdsföreningen att riskbedömningarna i stort är likvärdiga.

Faktorer i dagens riskbedömningar

Alla riskbedömningsmoduler som journalsystemen tillhandahåller innehåller ett antal huvudkategorier av riskfaktorer (härefter benämnda som huvudriskfaktorer). Dessa är karies, parodontit, teknisk risk och allmän eller övrig risk. Det varierar dock vilka underliggande faktorer respektive huvudriskfaktor innehåller och vilken information den baseras på. Många av faktorerna är alltså gemensamma i journalsystemen, men det finns variation, särskilt bland de underliggande faktorerna. Det varierar även hur de

⁴⁶ 15 procent svarade att de inte vet och fyra procent att de inte gör det.

kategoriseras i respektive system. I tabell 4 redovisas de faktorer som är vanligast i journalsystemens riskbedömningsmoduler.

Tabell 4. Faktorer som förekommer i journalsystemens riskbedömningsmoduler.

Faktorer	Förekomst i riskbedömningsmoduler (N=7)
Medicinsk risk eller allmänsjukdomar	6
Tobak	6
Munhygien eller hygien	6
Kost	5
Fluoridanvändning	4
Saliv	4
Implantat eller protetik	4
Blödning	4

Källa: Intervjuer med journalsystemsleverantörerna.

Andra faktorer som förekommer i vissa men inte alla moduler är tandslitage, frätskador, erosion, rotfyllningar, bettfysiologi, teknisk kvalitet, fyllningar, tandvårdsrädsla, självskattad munhälsa, Kooperation eller kommunikation, ocklusionsindex, tandsten, endodonti, alveolär benförlust, visdomständer, retainer, patientens ålder, oral patologi och slemhinneindex. Det är viktigt att betona att behandlaren mycket väl kan väga in ovanstående faktorer i en riskbedömning även om de inte uttryckligen nämns i ett beslutsstöd.

Fritextsvaren från enkätundersökningen visar att de faktorer som verksamheterna riskbedömer till stor del överlappar faktorerna som finns i riskbedömningsmodulerna. Vanliga fritextsvar var till exempel karies, parodontit, teknisk risk, allmänhälsa/allmänsjukdomar och levnadsvanor såsom kostvanor och tobaksanvändning. Vissa andra vanligt rapporterade faktorer förekommer dock inte i lika hög utsträckning i de kartlagda riskbedömningsmodulerna. Till exempel uppger många verksamheter att de riskbedömer bettfysiologi och tillstånd och skador kopplade till bettfunktion samt läkemedel som kan påverka munhälsan. Andra exempel på rapporterade faktorer som riskbedöms men inte återfinns uttryckligen i riskbedömningsmodulerna är infektioner, gingivit, cancersjukdomar, diabetes och flera andra sjukdomar som påverkar både allmänhälsan och munhälsan.

Ingen enhetlig struktur för termer och definitioner

Kartläggningen av befintliga beslutsstöd för riskbedömningar har visat att det idag inte finns någon enhetlig struktur för termer, begrepp och definitioner inom tandvården. Hur begrepp, till exempel diagnoser, definieras varierar mellan journalsystemen. Flera journalsystemsleverantörer uppger att TLV:s åtgärskoder styr utformningen av termkoder och att utformningen också styrs av kundernas efterfrågan. Tre journalsystem erbjuder möjlighet att koppla in uppmärksamhetsinformation⁴⁷ från Nationell patientöversikt via Inera AB. Det varierar huruvida vårdgivarna använder den möjligheten. I fyra av journalsystemen finns en möjlighet att benämna riskfaktorer som kan utgöra en risk för patientens liv eller hälsa med hjälp av CAVE-markering, men detta är uppbyggt på olika sätt i de olika systemen.

Uppfattningar om nuvarande beslutsstöd och framtida behov

I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen hur behandlande personal uppfattar nuvarande beslutsstöd för riskbedömning och vilket stöd för riskbedömningar som de upplever behövs. Informationen bygger på fokusgrupperna med tandläkare och tandhygienister, genomförd enkätundersökning samt dialoger med representanter för verksamheter.

Behandlare behöver komplettera med sin erfarenhet och kliniska kompetens

Tandläkare, tandhygienister och verksamhetschefer understryker alla att behandlaren behöver kunna komplettera beslutsstödet föreslagna risk med sin erfarenhet och kliniska kompetens. Beslutsstöden kan vara en hjälp, men behandlaren tar också hänsyn till andra faktorer och gör en helhetsbedömning av patienten. Många deltagare från fokusgrupperna menar att det inte går att enbart förlita sig på systemet. Det krävs i stället ofta en professionell bedömning av resultatet och inte sällan en manuell justering av risken utifrån det aktuella patientfallet. Flera svarade i enkäten att behandlaren använder sin kliniska erfarenhet och kompetens och en helhetsbedömning för att bedöma en patients risk.

Såväl tandläkare som tandhygienister, i både offentlig och privat tandvård, menar att tandläkares eller tandhygienisters yrkeserfarenheter påverkar hur de förlitar sig på den bedömning som beslutsstödet presenterar. Några lyfter

⁴⁷ Läs mer om uppmärksamhetsinformation på [Socialstyrelsens hemsida](#).

också fram kontinuitet i patientkontakten och personkännedom som viktiga faktorer för att riskbedömningarna ska bli bra.

Delade meningar om riskbedömningar är tidskrävande

Det råder delade meningar om huruvida riskbedömningen i sig är tidskrävande eller inte. Många deltagare lyfter att riskbedömningen, oavsett vilket system de använder, kräver ett stort antal knapptryckningar för att mata in uppgifter. De pekar även på att tandläkare och tandhygienister under undersökningen ofta behöver växla mellan system. Detta kan även innefatta att handskar ska tas av och på mellan hantering av dator och patient, vilket kräver tid. Personal upplever det till exempel tidskrävande att läkemedel som patienten använder måste skrivas in manuellt i journalsystemet. Tandläkare eller tandhygienist behöver också göra en subjektiv bedömning av det aktuella läkemedlets påverkan på munhälsan.

En annan faktor som lyfts som tidskrävande gäller kliniker i socioekonomiskt utsatta områden, där invånarna generellt besöker tandvården mera sällan. Dessa kliniker har en större andel patienter med hög risk för försämrad tandhälsa, och patienter med hög risk tar ofta längre tid att riskbedöma.

Nuvarande beslutsstöd för riskbedömning saknar vissa faktorer

En majoritet av deltagarna vid fokusgrupperna menar att det beslutsstöd de har tillgång till inte inkluderar alla relevanta faktorer som de upplever behöver ingå i en riskbedömning. De faktorer som saknas berör bland annat användning av alkohol och droger, frågor om kostvanor, livsstil och livssituation men också sociala förhållanden som på olika sätt kan påverka munhälsan. För barn kan det exempelvis handla om växelvis boende, behov av vårdinsatser i hemmet eller syskon med karies. Deltagarna framhäver framför allt sociala faktorer som rör barn eller äldre, delvis eftersom riskbedömningen för dessa grupper kan förändras på kort tid. Majoriteten av deltagarna i fokusgrupperna upplever att det inte skett någon, eller mycket begränsad, utveckling av beslutsstöden de senaste åren. Det framkommer också i enkätsvaren att man upplever att nuvarande beslutsstöd inte fungerar optimalt, att det kräver handpåläggning och saknar vissa faktorer, till exempel för att bedöma bettfysiologi.

Behov av ett enkelt och flexibelt system

Behandlarna uttrycker att en nationell modell för riskbedömning behöver vara enkel och inte leda till ökad administration. En nationell modell bör

exempelvis kunna integreras i befintliga journalsystem, eftersom det inte finns tidsutrymme att gå in och ut ur flera olika system. Vidare lyfter de att det finns en risk för att kostnaderna för en undersökning ökar om de administrativa kraven skulle öka. Detta skulle höja tröskeln ytterligare för dem som redan har svårt att gå till tandläkaren av ekonomiska skäl. Ett annat perspektiv som lyfts är att ju mer som ska dokumenteras och ingå i undersökningen av friska patienter, desto mindre tid finns det till att vårda sjuka patienter.

En nationell riskbedömningsmodell bör vara flexibel och fungera som ett stöd, snarare än att vara hårt styrande. Samtidigt behöver en nationell riskbedömningsmodell vara tillräckligt detaljerad för att kännas givande. Annars finns det risk att behandlarna känner behov av att använda flera parallella IT-system, vilket skulle öka den administrativa bördan.

Behandlarna menar att en modell måste förenkla och inte försvåra arbetet. Data bör hämtas per automatik i mycket större utsträckning än idag, och man ska inte behöva skriva samma uppgifter på flera ställen. En majoritet av deltagarna lyfter att dagens beslutsstöd enbart inkluderar data från det egna journalsystemet och att de inte har tillgång till data från andra system, så som övrig hälsodata och medicinska data. Det skulle underlätta att även ha tillgång till sådan data om patienterna som finns utanför tandvårdens journalsystem idag – exempelvis utskrivna läkemedel.

Många efterfrågar en hög grad av automatisering, anpassad till den aktuella patienten. Det skulle underlätta arbetet och göra riskbedömningen tidseffektiv. Några deltagare tar också upp möjligheterna med artificiell intelligens (AI), och huruvida AI i framtiden kan användas för att göra riskbedömningar effektivare och jämlikare. Behandlarna menar att syftet med en nationell riskbedömningsmodell inte får vara att styra ersättningssystem och efterföljande åtgärder. Det är också viktigt att det byggs in en flexibilitet i en nationell riskbedömningsmodell, så att det finns utrymme för den professionella bedömningen.

Positiv syn på en nationell modell men syftet behöver vara tydligt

En stor majoritet av deltagarna från både offentlig och privat verksamhet ser huvudsakligen positivt på en nationell riskbedömningsmodell. Ett fåtal deltagare med en mer skeptisk inställning ifrågasätter om det finns någon vetenskaplig evidens för att nationella modeller för riskbedömning gynnar patienterna.

Majoriteten av deltagarna ser trots allt positivt på en nationell riskbedömningsmodell. De har inget emot att staten beslutar om en gemensam modell, så länge Socialstyrelsen och staten arbetar med att samla

in kunskap och data från klinikerna, tillåter behandlande personal och experter att medverka i utformandet samt ser till att modellen är förankrad i vetenskap, fakta och expertis.

Deltagare uppfattar också att en nationell riskbedömningsmodell kan vara positivt ur ett uppföljningsperspektiv. Flera av dem, både från offentlig och privat regi, ser en nationell riskbedömningsmodell som en möjlighet att samla in data på nationell nivå och följa utvecklingen för specifika grupper eller åldersgrupper på samhällsnivå. Generellt ställer sig deltagarna positiva till en nationell modell som skulle göra det möjligt att ta fram en samlad bild av riskbedömning nationellt och bidra till ett utvecklat lärande.

Ett antal deltagare understryker även vikten av att riskbedömningsmodellen kontinuerligt utvecklas i takt med framtida behov och samhällsutveckling. Det handlar exempelvis om faktorer som tobaksvanor, droganvändning, psykosocial påverkan och socioekonomi.

Flera deltagare uttrycker ett behov av att förtydliga varför en nationell modell för riskbedömning ska införas och vad den ska användas till. Exempelvis diskuterades huruvida syftet är att vara ett stöd på individnivå för att kunna avgöra när patienten ska komma på återbesök eller om syftet är att samla in data på en övergripande nivå för att få kunskap om tandvård i Sverige i stort.

Tandvårdens personal vill vara involverad i att ta fram en modell

En majoritet av de intervjuade tandläkarna och tandhygienisterna framför vikten av att personal i tandvården blir involverad i processen att ta fram en nationell riskbedömningsmodell. De menar att kompetensen hos tandvårdens behandlande personal behöver tillvaratas i detta arbete för att man i framtiden ska kunna lyckas införa systemet och få personalen att använda det. Tandläkare och tandhygienister menar att den personal som involveras i arbetet med att utforma en riskbedömningsmodell bör vara sådan personal som utför riskbedömning och som i framtiden kommer att nyttja systemet.

En nationell modell för riskbedömning kräver utbildning

Resultat från fokusgrupperna visar att införandet av en nationell riskbedömningsmodell ställer krav på en informations- och utbildningsinsats. De som ska använda modellen behöver stöd och utbildning. Det är önskvärt att alla kliniker och all behandlande tandvårdspersonal nyttjar modellen på samma sätt, för att den ska bidra till

en mer jämlik tandvård i hela landet. Det är därmed meningsfullt att ge utbildning vid införandet av en framtida nationell riskbedömningsmodell.

Riskbedömningar i övriga Norden

Inom ramarna för kartläggningen genomfördes även en omvärldsanalys av hur övriga nordiska länder ser på riskbedömningar inom tandvården.

De nordiska länderna har flera likheter i sina tandvårdssystem. Sverige, Danmark, Norge och Finland har till exempel alla en tandvårdsmarknad med en offentlig och en privat sektor, och samtliga nordiska länder erbjuder fri tandvård för barn och ungdomar [28]. Länderna har, i en europeisk jämförelse, relativt hög andel av populationen som besöker tandvården ofta [29].

Som en del i omvärldsanalysen bjöd Socialstyrelsen in de nordiska ländernas Chief Dental Officers till ett dialogmöte om riskbedömningar och revisionsintervall inom tandvården. Vid dialogmötet framkom att tandvården i alla länderna arbetar med riskbedömningar. Vid en litteratursökning efter utländska riktlinjer identifierades även riktlinjer kring revisionsintervall och riskbedömning i flera av dessa länder, se avsnittet *Utländska riktlinjer om riskbedömning och revisionsintervall*.

I Danmark finns sedan 2013, med en mindre uppdatering 2016, riktlinjer för att fastställa revisionsintervall [30]. Dessa riktlinjer togs fram då intervallen mellan återbesök hos tandvården inte ökade i takt med den förbättrade danska munhälsan. Man bedömde i Danmark att det fanns ett behov av stöd för att införa behovsanpassade revisionsintervall. De danska riktlinjerna utgår från engelska riktlinjer från NICE [1]. De ger stöd till tandvårdspersonal bland annat genom en checklista för att bedöma sjukdomsstatus och riskfaktorer som kan påverka framtida risk för dålig munhälsa. Riktlinjernas rekommendation är att tandvårdspersonalen bör väga samman sjukdomsstatus, riskbedömning och den egna kliniska erfarenheten för att komma fram till lämplig behandling och ett lämpligt revisionsintervall mellan 12 och 24 månader.

Norska riktlinjer för barn, inklusive rekommendationer om revisionsintervall, publicerades under 2018, med en uppdatering från 2022 [31]. 2019 publicerades motsvarande riktlinjer för vuxna [32]. Riktlinjerna anger vid vilka åldrar som personer under 20 år bör undersökas. De anger även att intervallen bör vara minst ett och maximalt två år, samt att längre intervall bör undvikas i särskilda åldrar. Riktlinjerna ger även stöd i form av checklistor med faktorer som påverkar risken för ohälsa i munnen, och anger vad som bör utföras vid undersökningar av barn. De norska riktlinjerna utgår från de engelska [1] och danska [30] riktlinjerna.

Även i Finland arbetar tandvården med revisionsintervall baserade på riskbedömningar [33]. Det pågår ett arbete med att ta fram riktlinjer för behovsanpassade intervall, med planerad publicering under första halvan av 2024. I dessa kommer det att ingå intervall för olika åldrar och stöd för att bedöma risk och sjukdomsstatus.

Island har inte tagit fram egna riktlinjer, men använder riktlinjer från Skottland [34] för riskbedömning av barn. Riskbedömning används även för möjlighet att få ersättning för tandvårdsundersökningar. Den isländska sjukförsäkringen ersätter inte undersökningar oftare än en gång per år för personer som bedöms ha låg risk för dålig munhälsa. Personer med högre risk kan däremot få ersättning för undersökningar oftare än var sjätte månad.

Erfarenheter från när de danska riktlinjerna infördes

När de danska riktlinjerna infördes 2013 innehöll de ett implementeringsstöd med bland annat checklistor för riskbedömning och stöd i att utvärdera riskfaktors betydelse. Stödet användes för att kategorisera patienterna i tre spår utifrån sjukdomar i munnen och risk för sådana. Det gröna spåret innebär att patienten inte har någon pågående sjukdom. Gröna patienter kan fortfarande ha riskfaktorer, men dessa balanseras av friskfaktorer. De gula och röda spåren är för patienter med sjukdom; de skiljs sinsemellan av huruvida patienternas riskfaktorer kan påverkas genom intervention, eller endast med svårighet eller inte alls kan påverkas genom intervention. Riktlinjerna infördes i samband med ett nytt tandvårdsavtal. I en utvärdering från 2017 [35] framgår att vårdgivarna önskade mer stöd för implementering, trots att riktlinjerna inte innebar någon större förändring av klinisk praxis.

I utvärderingen av riktlinjerna framkommer också att cirka 80 procent av de 3,2 miljoner individer som undersöktes mellan 2015–2017 placerades i ett gult spår, trots att det inte fanns så många patienter med aktiv tandsjukdom. Anledningar till att patienterna hade kategoriserats som gula var att gingivit tolkats som aktiv sjukdom, samt att regionala bidrag för lagningar av fyllningar inte skulle ha betalats ut om patienten hade blivit kategoriserad som grön (avsaknad av sjukdom). I utvärderingen undersöks inte riktlinjernas effekter på munhälsan.

Gruppering av patienter baserad på historisk tandvårdskonsumtion

Inom ramen för sitt uppdrag har TLV genomfört en analys av patienters historiska tandvårdskonsumtion. Syftet har varit att få en ökad förståelse för hur dagens tandvårdspatienter skulle kunna fördela sig mellan olika grupper,

fördelade efter en potentiell riskbedömning. I detta kapitel ger vi en överskådlig bild av deras resultat. För en djupare analys och mer detaljerad metodbeskrivning, se TLV:s egna rapport *Riskbedömning i tandvården: en nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion*.

TLV har undersökt möjligheten att dela in patienter i grupper baserat på tandvårdskonsumtionen under en tvåårsperiod. De har utgått från antagandet att personer med mer omfattande vårdkonsumtion också inledningsvis hade en förhöjd risk för dålig munhälsa och därmed större behov av tandvård. Patienterna delades in i fyra grupper (A–D) baserat på den totala mängden åtgärder och tillstånd som registrerats vid deras samlade tandvårdsbesök under en tvåårsperiod som inleddes med en basundersökning. Grupperingen innebär att patienter i grupp A bedömdes ha haft lägst risk för dålig munhälsa och patienter i grupp D bedömdes ha haft högst risk för dålig munhälsa, baserat på tandvården de fick under de två åren. Om alla patienter inledningsvis hade bedömts enligt en gemensam riskbedömningsmodell skulle de således ha kunnat tillhöra fyra olika riskgrupper som motsvarar grupperna A–D.

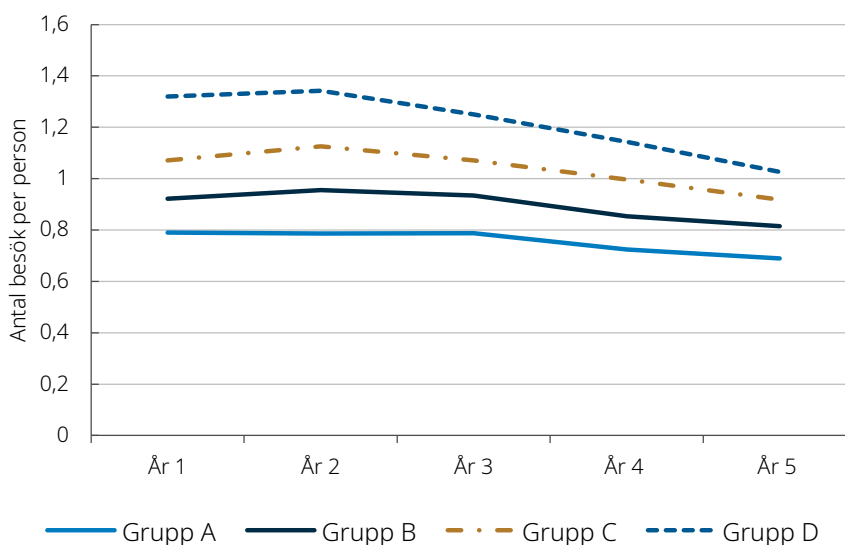
Därefter testade TLV utfallet av grupperingen under en femårig uppföljningsperiod (med start två år efter respektive patients första basundersökning). De granskade både antal undersökningar i tandvården, samt utfall i form av antal tänder som blivit rotfyllda eller tagits bort. Om grupperingen motsvarade en kategorisering i riskgrupper borde grupperna C och D, det vill säga patienter som bör ha bedömts ha haft högre risk för dålig munhälsa, ha fler rotfyllda och extraherade tänder än grupperna A och B.

I figur 8 redovisas antalet genomsnittliga undersökningar⁴⁸ som patienterna i respektive grupp fick under de fem uppföljningsåren. Gruppen B, som bedömts ha haft ungefär samma risk som gruppen A, men fått mer vård under undersökningsåren, gör i genomsnitt fler undersökningsbesök även under uppföljningsperioden. Grupp C gör ännu fler besök och grupp D gör flest besök per år. Flest besök gör grupp D under år två i uppföljningsperioden – i genomsnitt 1,34 besök per person.

⁴⁸ Basundersökningar hos tandläkare och tandhygienist, utredningar samt akuta undersökningar, dvs besök där någon av TLV:s koder 101, 103, 107, 108, 111, 112, 113, 114 har registrerats. Andra åtgärder än dessa kan ha gjorts under samma besök.

Figur 8. Genomsnittligt antal undersökningar i tandvården under uppföljningsperioden, uppdelat per grupp.

Genomsnittligt antal undersökningar per person för respektive grupp.



Källa: TLV.

För varje patient räknades antal tänder som fick en rotfyllning⁴⁹ eller togs bort (extraktion)⁵⁰ under perioden. Visdomständer exkluderades. Om en tand tagits bort efter att den rotfylldes räknades bara rotfyllningen. Utfallet per grupp beräknades genom det genomsnittliga antalet tänder per patient som fick en rotfyllning eller togs bort under uppföljningsperioden⁵¹.

Resultatet av analysen visar att det genomsnittliga antal tänder per patient som togs bort eller rotfylldes under uppföljningsperioden är högre för grupp C och D (0,45 respektive 0,74) än för grupp A och B (0,25 respektive 0,22), se figur 9. Det tyder på att klassificeringen av patienter i grupper baserat på omfattning och komplexitet av vård verkar överensstämma med utfallet beräknat över en femårsperiod. Personer som fått vård som tyder på att de bedömts ha haft högre risk för dålig munhälsa hade i genomsnitt fler rotfyllda eller extraherade tänder än personer som fått vård som tyder på att de bedömts ha haft lägre risk för dålig munhälsa.

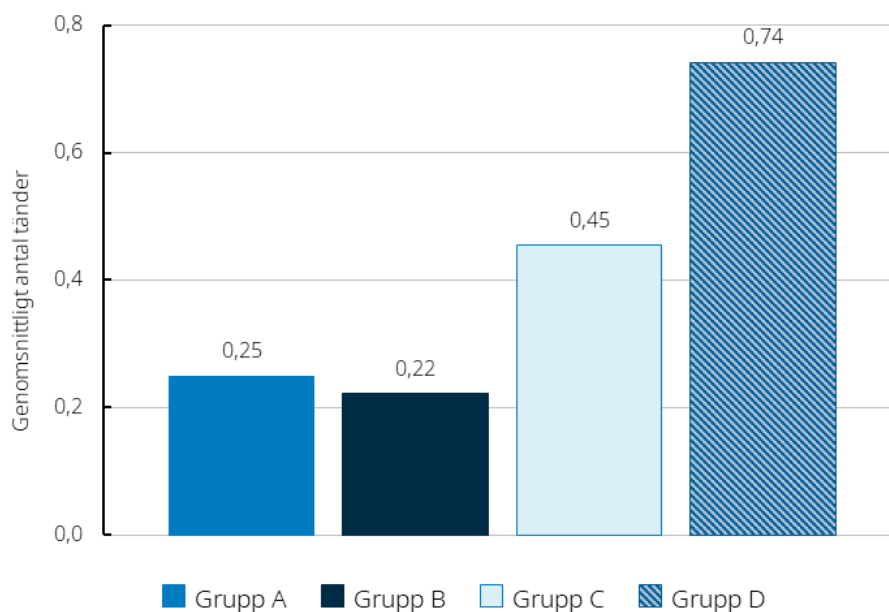
⁴⁹ TLV:s åtgärds-koder 501–504

⁵⁰ TLV:s åtgärds-koder 401–404

⁵¹ TLV har även inkluderat tid till första rotfyllning eller extraktion efter uppföljningsperiodens början som utfallsmått, se TLV:s rapport *Riskbedömning i tandvården: en nationell modell baserad på historisk vårdkonsumtion*.

Figur 9. Genomsnittligt antal borttagna eller rotfyllda tänder per patient under uppföljningsperioden, uppdelat på grupp A-D.

Extraktion (401-4) eller rotfyllning (501-4).



Källa: TLV.

I analysen grupperas tillstånd och åtgärder för att identifiera patienter med ökad risk för framtida munhälsoproblem genom att analysera hälsoutfallet för patienter med dessa inrapporterade tillstånd och åtgärder. Analysen bygger på antagandet att patienter med redan dålig munhälsa löper högre risk att utveckla ytterligare munhälsoproblem. Grupperingen baseras på stora datamängder som samlats in kontinuerligt inom ramen för det statliga tandvårdsstödet⁵². Datamängderna innehåller uppgifter om patienter som besökt tandvården. De fångar alltså inte eventuella munhälsoproblem och behov hos personer som av olika skäl inte besöker tandvården. Insamlade data består av patienternas tillstånd samt åtgärder utförda av legitimerade tandläkare och tandhygienister. Detta återspeglar patienternas faktiska munhälsa vid tidpunkten för basundersökningen. Risken att senare utveckla sjukdom hos friska patienter är svårare att bedöma. En frisk individ kommer att fortsätta räknas som frisk tills en ny undersökning konstaterar annorlunda.

⁵² Barn och unga samt patienter inom ramen för regional tandvård är inte inkluderade.

Förutsättningar för att utveckla och införa en nationell riskbedömningsmodell

I följande kapitel redogörs för de inneboende respektive omgivande förutsättningar som har undersökts av Socialstyrelsen, i syfte att utveckla och införa en nationell modell för riskbedömning inom tandvården i Sverige.

Inneboende förutsättningar

De inneboende förutsättningarna för att utveckla och införa en nationell riskbedömningsmodell är det vetenskapliga stödet för en nationell modell för riskbedömning och möjligheterna att bedöma risk för ohälsa i munnen, likväl som möjligheterna att kunna dokumentera och kommunicera en bedömning av risk. Vi redogör för dessa i följande avsnitt.

Bästa tillgängliga kunskap behöver utredas vidare

Bästa tillgängliga kunskap, enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ska ligga till grund för arbetssätt inom hälso- och sjukvård och tandvård⁵³. Socialstyrelsen har inom ramarna för detta uppdrag påbörjat arbetet med att kartlägga forskningen om modeller för riskbedömning i tandvården.

Det saknas vetenskapligt stöd för sammanvägda riskbedömningsmodeller

SBU har på förfrågan av Socialstyrelsen undersökt det vetenskapliga stödet för att använda sammanvägda riskbedömningsmodeller i tandvården. En fokuserad litteratursökning identifierade inga vetenskapliga studier som är relevanta för att besvara frågeställningen, varken systematiska översikter eller primärstudier. Däremot noterades att det finns studier som undersökt modeller avsedda att bedöma risken för enskilda sjukdomsområden, exempelvis karies eller parodontit. Därmed konstateras att det saknas vetenskapliga studier som utvärderar enhetliga modeller för en sammanvägd bedömning av framtida risk för ohälsa i munnen⁵⁴.

⁵³ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

⁵⁴ Se Bilaga 1 för SBU:s fullständiga rapport SBU Bereder.

Vetenskapligt stöd för riskbedömning av karies och parodontit

Det vetenskapliga underlaget för så kallade prediktionsmodeller⁵⁵ som kan användas för riskbedömning av enskilda sjukdomstillstånd eller andra tillstånd i munnen bör undersökas, för att kunna ligga till grund för en nationell riskbedömningsmodell, med tanke på att det saknas vetenskapliga undersökningar om en sammanvägd riskbedömningsmodell.

SBU har granskat vetenskapliga studier som har utvärderat prediktionsmodeller för riskbedömning av de enskilda sjukdomstillstånden karies och parodontit. Resultatet visar att det vetenskapliga underlaget inte räcker till för att bedöma tillförlitligheten för någon prediktionsmodell för karies eller parodontit. SBU:s arbete kan också resultera i identifiering av enskilda faktorer vars effekt på risken för att utveckla ohälsa i munnen kan behöva styrkas i den vetenskapliga litteraturen. SBU:s arbete finns att läsa i sin helhet i deras rapport *Prediktionsmodeller för karies och parodontit*⁵⁶.

Utländska riktlinjer om riskbedömning och revisionsintervall

Som en del av den internationella omvärldsanalysen genomförde Socialstyrelsen en litteratursökning efter riktlinjer om riskbedömning och revisionsintervall, se bilaga 2.

Totalt identifierades sju riktlinjer med rekommendationer eller råd med stöd om riskbedömningar inom tandvården. Dessa är framtagna i England [1], Skottland [34], Danmark [30], Norge [31, 32] och Finland [33]. Efter dialog med de nordiska ländernas Chief Dental Officers känner Socialstyrelsen även till ett pågående arbete i Finland med rekommendationer om undersökningsintervall, som kommer att publiceras under första halvåret 2024. I ett första steg har Socialstyrelsen identifierat utländska riktlinjer som i ett senare stadiet kan kvalitetsgranskas. Via expertgruppen som myndigheten knutit till uppdraget, känner Socialstyrelsen även till att det finns riktlinjer för parodontal hälsa från European Federation of Periodontology från 2017 och senare [36-38].

Reflektioner från expertgruppen

Den expertgrupp som knutits till uppdraget identifierade ett antal risk- och friskfaktorer som man bör ta hänsyn till vid odontologisk riskbedömning, inom områdena orofacial medicin, parodontologi, kariologi, orofacial smärta/bettfysiologi samt barn- och ungdomstandvård (pedodonti), se bilaga 3. Det var dels faktorer inom ett specifikt område, dels faktorer som

⁵⁵ En prediktionsmodell innebär att man använder ett antal förutbestämda variabler av betydelse för sjukdomsutveckling som kombineras till en riskkategorisering.

⁵⁶ Rapporten går att ladda ner från [SBU:s hemsida](#).

är gemensamma för alla dessa områden. Sammanställningen kan ses som en tankemodell som bör diskuteras, förankras, ändras och kompletteras i fortsatt dialog med odontologisk expertis för att klargöra vilka faktorer som bör ingå i en riskbedömningsmodell.

Många av de modifierande faktorerna, alltså sådana faktorer som påverkar munhälsan, är gemensamma för flera av de olika odontologiska områdena. De kan eventuellt klassas som risk- och friskfaktorer för respektive område. Dessa behöver vidare diskuteras och förankras med odontologisk expertis.

Exempel på modifierande faktorer

- Allmänsjukdom/samsjuklighet
- Läkemedel (blodförtunnande, salivhämmande med flera)
- Tandvårdsrädsla
- Levnadsvanor (alkohol, rökning, kost med mera)
- Social situation (stabil/instabil)
- Autonomi (oberoende/delvis beroende/beroende)
- Ekonomi (god/mindre god)
- Tandvårdssystem (styckepris, riskrelaterad finansiering, fast finansiering, nödvändig tandvård med mera)
- Ålder
- Kön
- Kognition (god/mindre god)
- Funktionsbegränsning (fysisk/psykisk)
- Hälsoprioritering (hög/låg)
- Hälsolitteracitet (god/mindre god)
- Genetik
- Motorik (manuell, oral)
- Drogmissbruk
- Arbetsförhållanden som påverkar exempelvis kostvanor negativt
- Utbildningsnivå (hög/medel/låg)
- Tillgång till tandvård (god, mindre god)
- Stress (hög/låg)

Informationsstruktur och definitioner

En förutsättning för att en modell ska kunna vara nationell är att den ser likadan ut och används likadant över hela landet. Det krävs enhetliga termer, begrepp och definitioner samt följsamhet till dessa för att modellen ska vara enhetlig, och för att det ska gå att dokumentera och kommunicera riskbedömningarna. Detta är en central punkt inom utvecklingen av e-hälsa,

alltså möjligheten att använda digitala verktyg för att uppnå och bibehålla hälsa.

Socialstyrelsen är en av de myndigheter som spelar en central roll inom e-hälsa och digitalisering. Myndigheten ansvarar för det nationella fackspråket inom vård och omsorg, det vill säga hälsorelaterade klassifikationer, termbanken och Snomed CT. Regeringen tog 2007 beslut om att Sverige ska bli medlem i Snomed International, en internationell medlemsägd organisation som äger och förvaltar det kliniska begreppssystemet Snomed CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms)⁵⁷. Socialstyrelsen är sedan dess nationellt releasecenter (NRC) för Snomed CT. Regionerna har, 2015 fattat beslut i Nationell samverkansgrupp (NSG) för Strukturerad vårdinformation, om att införa Snomed CT som begreppssystem i hälso- och sjukvårdssystemet [39]. Socialstyrelsen är på WHO:s uppdrag även ansvarig för internationella klassifikationer i Sverige, som ICD-10 och ICF. Just nu pågår en övergång från ICD-10 till ICD-11 i Sverige.

Tandvårdens definitioner av risk varierar

Ett problem idag är att de olika riskbedömningsinstrument som används i tandvården bygger på olika kunskap och olika viktningar av den relativa risken. Definitionen av risk varierar. Det gäller även för de riskbedömningsmoduler som ingår i de olika journalsystemen som finns på marknaden i Sverige idag. Detta resulterar i att riskbedömningsresultat från olika verksamheter inte kan samlas och jämföras för ändamål som forskning och resurssättning, utan att det medför systematiska, statistiska fel. Dessutom finns idag inga nationella standarder för journalsystemsleverantörer inom tandvården att förhålla sig till, även om det finns förslag att införa FHIR-standarderna⁵⁸ och Snomed CT. Ett standardiserat sätt för datainmatning i en nationell riskbedömningsmodell skulle kunna öka patientsäkerheten och förtroendet, eftersom en nationell modell då byggs på nationella eller internationella standarder enligt relevanta lagar och föreskrifter.

Nationell informationsstruktur (NI) – för smidig delning av information

Socialstyrelsen tillhandahåller dels en nationell informationsstruktur (NI), dels en medicinsk terminologi i form av Snomed CT, för användning framför allt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men även inom tandvården. NI fungerar som en gemensam referens som beskriver hur information bör struktureras och uttryckas för att kunna återanvändas inom och mellan olika informationsmiljöer. NI bidrar till att information ska

⁵⁷ Läs mer om Snomed CT på [Socialstyrelsens hemsida](#).

⁵⁸ Fast Healthcare Interoperability Resources

kunna tolkas lika samt återsökas, och därmed till att minska den administrativa bördan. När informationen är strukturerad på ett entydigt sätt minimeras även risken att informationen förlorar mening och sammanhang när den delas mellan och inom verksamheter och system.

Snomed CT – gemensamma termer med klar betydelse

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem. Det syftar till att göra dokumentationen i hälso- och sjukvården enhetlig, entydig och ändamålsenlig.

Innehåll kan lätt byggas och skapas i Snomed CT:s begreppssystem. Det går att skapa nya begrepp och synonymer för nationell eller internationell användning. Dessa kan införas i en multiprofessionell vårdmiljö, det vill säga mellan olika specialitetsområden, kliniker, sjukhus och vårdgivare. Detta möjliggör semantisk interoperabilitet, enkelt uttryckt att olika system och verksamheter förstår varandra korrekt. Olika aktörer i hälso- och sjukvårdens och tandvården kan därmed utbyta information. Så kallad mappning av koder mellan klassifikationer och Snomed CT gör det möjligt för nya journalsystem att hantera informationen från gamla journalsystem. Det pågår idag ett samarbete mellan Världshälsoorganisationen (WHO) och Snomed International om mappning mellan Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD) version 11 och Snomed CT.

Ökad semantisk interoperabilitet – så att system kan kommunicera problemfritt

Socialstyrelsen har i uppdrag att skapa en ändamålsenlig informationsstruktur (NI) samt enhetliga begrepp, termer och klassifikationer⁵⁹. Myndigheten tillhandahåller därför verktyg som skapar förutsättningar för ökad semantisk interoperabilitet⁶⁰ i den digitala informationshanteringen. En gemensam informationshantering är centralt om hälsoinformation ska kunna delas med andra länder, till exempel inom EU via European Health Data Space (EHDS) [40, 41]⁶¹.

Termerna i Snomed CT kan även användas för dokumentation i hälso- och sjukvårdens vårdinformationssystem för att ge bättre förutsättningar för att jämföra hälsodata. Snomed CT används internationellt vid informationslagring och överföring mellan olika specialitetsområden. Exempelvis skulle hälso- och sjukvårdens information om en patient kunna

⁵⁹ Se 4 § 9 förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁶⁰ Semantisk interoperabilitet innebär att informationen ska tolkas på samma sätt av både den som dokumenterar och den som är mottagare av informationen, oavsett vilka termer och strukturer som används i olika IT-system eller i olika verksamheter.

⁶¹ Därför är EU villig att bidra 60 procent av medlemsavgiften till Snomed International för länderna inom EU som vill vara medlemmar i organisationen.

användas vid riskbedömningar inom tandvården, eftersom innehållet i Snomed CT är kontextbaserat, omfattande och detaljrikt. Det kan innehålla till exempel anamnestiska uppgifter, kliniska undersökningsfynd och åtgärder från patientens besök på sjukhus eller klinik. Snomed CT innehåller även begrepp som täcker sociala faktorer hos patienten, till exempel levnadsvanor. Med hjälp av ett sådant begreppssystem kan informationen om patienten dokumenteras i journalen med önskad detaljeringsgrad.

Informationsspecifikationer för strukturerad dokumentation

Socialstyrelsen har redan ett utarbetat arbetssätt för att skapa informationsspecifikationer för att strukturera och standardisera hur klinisk information ska dokumenteras i hälso- och sjukvården. Tandvården skulle kunna tillämpa en liknande process, med strukturerad och standardiserad riskbedömning. Man kan identifiera, definiera och modellera den information som ska struktureras i följande steg:

1. **Analys av processen för riskbedömning:** identifiera och beskriva alla steg i processen samt vilka aktörer som är inblandade. Detta steg kräver verksamhetsnära kompetens och bör utföras i samråd med verksamhetsföreträdare.
2. **Begreppsutredning och begreppsanalys:** Kopplingen till verksamheternas fackspråk är central i vidareutvecklingen för att säkerställa att olika verksamheter menar samma sak när de dokumenterar processen och utfallet.
3. **Juridisk utredning:** För varje begreppsområde genomförs också en juridisk utredning, vilket innebär en genomgång av de dokumentationskrav som hör till området. Utredningen syftar till att identifiera uttryckliga juridiska krav (ska-krav) i författning på dokumentation respektive rapportering.
4. **Modelleringen av information** genomförs parallellt med utredningarna. Utredningarna resulterar i processmodell, begreppsmodell och informationsmodell⁶².
5. **Terminologibindning:** framtagande av koder som ska användas för de olika attributen i informationsmodellen. Informationsmodellen innehåller ett antal informationsklasser som i sin tur innehåller ett antal attribut. En informationsmodell innehåller informationsklasser, till exempel *en person* som sin tur innehåller attributen *person-id*, *förnamn*, *efternamn* med mera.

Informationen som ska struktureras behöver avgränsas enligt bästa tillgängliga kunskap eller beprövad erfarenhet, samt i enlighet med

⁶² Läs mer om den nationella informationsstrukturens referensmodeller

vårdprocesser för tandvård, riktlinjer, föreskrifter och regelverk som styr tandvården.

För att arbeta fram informationsmodeller som är anpassade till tandvård måste den aktuella processen studeras grundligt avseende. Det gäller exempelvis vilken information som ska matas in, hur den ska användas och analyseras. Det är viktigt att komponenterna är strukturerade och ändamålsenliga och byggs på enhetliga begrepp, termer, klassifikation samt att de förvaltas nationellt.

Långsiktig förvaltning av informationsspecifikationer kräver ett tätt samarbete mellan tandvården, forskningen och förvaltningsorganisationen, eftersom kunskapen inom varje verksamhet kontinuerligt utvecklas. Fördelen med att bygga dessa informationsspecifikationer på nationella standarder är att de kan förvaltas som en del i en digital strategi. Önskvärda standarder är exempelvis de ovan beskrivna – nationell informationsstruktur (NI) och den nationellt rekommenderade referensmedicinska terminologin Snomed CT.

Standardisering medger bättre uppföljningar och bättre patientsäkerhet

En nationell modell för riskbedömning, med nationellt vedertagna termer och definitioner, möjliggör kvalitetssäkring av tandvårdens verksamhet. Detta kan ske genom regelbundna uppföljningar av identifierade och välutarbetade kvalitetsindikatorer kopplade till tandvårdens aktiviteter inom riskbedömning. Det förutsätter dock att det finns nationella standarder som styr tandvården. Man kan dra paralleller till andra medicinska verksamheter där detta redan förekommer. Ett exempel är Individuell patientöversikt (IPÖ) i cancervården, som gör det möjligt att samla in och visualisera uppgifter om den enskilda patientens vård och behandling. Informationen kan även användas för att utveckla vården, inom forskning och som beslutsunderlag för att främja jämlik vård.

Den information som matas in i tandvårdssystemen, och används som grund för riskbedömningar, behöver vara entydig, trovärdig och av hög kvalitet för att den även ska kunna användas som underlag för nationell bearbetning av data hos myndigheter och organisationer. På så sätt stöds möjligheterna att arbeta med kunskapsutveckling, resursättning och forskning inom tandvården.

Genom att standardisera riskbedömningsprocessen nationellt minskar riskerna för felaktiga eller icke normaliserade tolkningar av bedömningar av olika systemen. Den bidrar dessutom till mer jämlik tandvård för invånare över hela landet.

Omgivande förutsättningar

Socialstyrelsen har identifierat tre relevanta omgivande förutsättningar: dataflöden, centrala juridiska aspekter och hälsoekonomiska aspekter. Vi redogör för dessa i följande avsnitt.

Dataflöden mellan tandvården och myndigheter

För att framöver kunna utvärdera en eventuell nationell modell för riskbedömning behöver man redan vid utformningen av modellen ha i åtanke hur man kan samla in och ta hand om data. Idag samlar Försäkringskassan in data från tandvården för ersättningsberättigade åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet. En vårdgivare som är ansluten till det statliga tandvårdsstödet är skyldig att bedöma om en tandvårdsåtgärd ger rätt till ersättning, och att rapportera in all tandvård som är ersättningsberättigad till Försäkringskassan. Försäkringskassan sänder vissa data vidare till Socialstyrelsen, TLV och Statistiska centralbyrån (SCB).

Många uppgifter som registreras inom ramen för det statliga tandvårdsstödet förs vidare från Försäkringskassan till Socialstyrelsens tandhälsoregister, med stöd av 15 § och 21 § i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Registret innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård.

Aidentifierade uppgifter om patient, vårdgivare, mottagning och ärende skickas till TLV i tabellformat. Uppgifterna gäller registrerade besök, registrerade utförda åtgärder och registrerade patienter med abonnemangstandvård. Dataöverföringen sker med stöd av 19 a § i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, som beskriver Försäkringskassans uppgiftsskyldighet gentemot TLV för data som registrerats inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. SCB får samma information som TLV (förutom Tandpriskollen), men med skillnaden att SCB får identifierbara uppgifter för patienter, vårdgivare, mottagningar och ärenden.

Förutsättningar för att utveckla tandhälsoregistret

En av de aspekter som man behöver ta hänsyn till när det gäller hur en nationell modell för riskbedömning i tandvården bör utformas är förutsättningarna för att ta in nya uppgifter i tandhälsoregistret. Tandhälsoregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister. Det omgärdas av en komplex och omfattande juridisk reglering av såväl insamling som hantering av data.

Bestämmelser om personuppgiftsbehandling och uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens tandhälsoregister finns bland annat i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Tandhälsoregistret får sina uppgifter från Försäkringskassan, som lämnar ut uppgifter om tandhälsa och utförd tandvård inom det statliga tandvårdsstödet samt uppgifter om tandhälsa och viss tandvård som utförts inom den delen av tandvården som ingår i regionfinansierad tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Vårdgivarens skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsen och Försäkringskassan om tandhälsa och utförd tandvård inom det statliga tandvårdsstödet regleras i 3 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd. För uppgifter om tandhälsa och utförd tandvård inom viss regionfinansierad tandvård finns regleringen av vårdgivarens uppgiftsskyldighet i stället i tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338).

Det skulle krävas författningsändringar för att utöka uppgiftsinsamlingen till tandhälsoregistret, i syfte att nationellt följa upp vårdgivares riskbedömningar. Det behöver därför utredas i särskild ordning. Det behöver bland annat säkerställas att en eventuell utökning av uppgiftsskyldigheten är förenlig med bestämmelserna om skyddet för den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter.

Juridiska utgångspunkter

Socialstyrelsen redogör i det här avsnittet för några juridiska utgångspunkter på en övergripande nivå. Beroende på hur modellen utformas behöver ytterligare utredning av förutsättningarna göras. Det handlar om de legala förutsättningarna för att vårdgivare ska få föra in och dokumentera uppgifter som inte finns i nuvarande beslutsstöd, framförallt sociala faktorer, i en nationell riskbedömningsmodell. Det handlar också om att dessa vårdgivare i ökad utsträckning ska kunna samverka och ta del av information från andra vårdgivare inom tandvård, hälso- och sjukvård och socialtjänst för att ska använda i en riskbedömningsmodell. För att skapa sådana förutsättningar kan det bli nödvändigt att genomföra författningsändringar i befintliga regelverk på lag- förordnings- eller föreskriftsnivå. Det skulle exempelvis kunna gälla regler om dokumentation och om personuppgiftsbehandling t.ex. dokumentation av tydligt definierade och ändamålsenliga sociala faktorer som kan användas i en riskbedömningsmodell, samt om sekretess.

Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Munhälsan är en del av allmänhälsan. Den kan påverka, eller påverkas av, olika faktorer kopplade till andra verksamheter. Dessa verksamheter kan

finnas inom omsorg, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Exempelvis kan en person med sviktande förmåga till egenvård behöva hjälp med tandborstning för att upprätthålla sin munhälsa, och en person vars munhälsoproblem leder till svårigheter att äta kan behöva särskilt stöd av dietist.

I de nationella riktlinjerna för tandvård [18] betonas också att tandvården bör verka för att ingå i vårdkedjan kring patienter som får vård hos flera instanser.

Reglerna om sekretess och tystnadsplikt kan vara ett hinder för samverkan kring enskilda personer. Inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är utgångspunkten att stark sekretess⁶³ gäller för uppgifter om enskildas personliga förhållanden. Det betyder att en sekretessprövning i regel behöver göras i varje enskilt fall innan information kan delas mellan hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Det finns då begränsade möjligheter för dem att dela information. Exempel på en sekretessbrytande bestämmelse är om den enskilde samtycker till att uppgiften lämnas ut⁶⁴.

Ett sätt att kunna dela information är genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation⁶⁵. Enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får vårdgivare⁶⁶ och omsorgsgivare⁶⁷, under vissa särskilda förutsättningar, tillgängliggöra och ta del av varandras uppgifter genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande genom ett elektroniskt system. En sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation har som primärt syfte att förbättra och förenkla kommunikationen mellan olika vårdgivare och omsorgsgivare, och därmed förbättra vården av och insatserna för den enskilde⁶⁸. Det är frivilligt för vårdgivare och omsorgsgivare att ansluta sig till ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation⁶⁹. Inom socialtjänsten får dock sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation idag endast tillämpas inom de delar av

⁶³ Enligt 25 kap. 1 § och 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, gäller en presumtion för sekretess. För privata vårdgivare finns regler om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och för enskilda verksamheter inom socialtjänsten finns bestämmelser i 15 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

⁶⁴ Se 10 kap. 1 § OSL. Ytterligare exempel på sekretessbrytande bestämmelser finns i 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL.

⁶⁵ I 25 kap. 2 § och 26 kap. 1 a § OSL finns bestämmelser om sekretess vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

⁶⁶ Med uttrycket vårdgivare avses enligt 1 kap. 1 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

⁶⁷ Med uttrycket omsorgsgivare avses enligt 1 kap. 1 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation myndighet i kommun eller region som har ansvar för eller utför insatser för äldre personer eller personer med funktionsnedsättning samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som utför sådana insatser.

⁶⁸ Se prop. s. 94.

⁶⁹ Se prop. 2021/22:177 s. 44 och 193.

socialtjänstens verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning⁷⁰.

Regelverk för journalsystem och medicintekniska produkter

Vissa av tandvårdens journalsystem är klassade som medicintekniska produkter. Det finns olika regelverk för journalföring inom hälso- och sjukvård och tandvård och för medicintekniska produkter. Det framgår av 1 kap. § i patientdatalagen (2008:355) att lagen ska tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten, vilket framgår av 3 kap 2 § patientdatalagen (2008:355). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om informationshantering vid journalföring i hälso- och sjukvården. Ett journalsystem är ett verktyg med möjlighet att lagra patienternas person- och hälsouppgifter.

Definitionen av medicinteknisk produkt framgår av EU:s förordning 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR). Medicintekniska produkter omfattar en mängd olika produkter, från enkla förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar och mjukvaruprogram. Definitionen av medicinteknisk produkt framgår av EU:s förordning 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR). Den medicintekniska lagstiftningen är en produktsäkerhetslagstiftning. EU-rätten utgör grunden för regelverket, som syftar till att säkerställa att de produkter som släpps ut på marknaden ska vara säkra och lämpliga för sin avsedda användning. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården ska tillämpas i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125). Produktens egenskaper och vad den är avsedd för, avgör om det är en medicinteknisk produkt eller inte. Den avsedda användningen framgår av märkning, bruksanvisning och marknadsföring. Det är Läkemedelsverket som har tillsynsansvaret för huruvida svenska leverantörer av medicintekniska produkter lever upp till den nya EU-förordningen MDR. En programvara kan kvalificera sig som medicinteknisk produkt om tillverkarens uttalade syfte med programvaran stämmer med definitionen i 2 §.

Det är oklart om det har någon juridisk betydelse om vårdgivaren dokumenterar patientinformation från en riskbedömning i ett journalsystem

⁷⁰ Se 1 kap. 1 § och 2 kap. 1 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

som är klassat som en medicinteknisk produkt eller inte. Detta bör särskilt granskas om en nationell modell för riskbedömning ska tas fram.

Sociala faktorer

Vår kartläggning har visat att behandlare upplever att nuvarande beslutsstöd för riskbedömning inte inkluderar sådana sociala faktorer som kan underlätta för behandlaren att korrekt bedöma patienters risk för dålig munhälsa. Det gäller framför allt barns sociala förhållanden. Socialstyrelsen bedömer att det kan bli nödvändigt med författningsändringar för att möjliggöra för en vårdgivare att dokumentera och föra in tydligt definierade uppgifter i journalen om sociala faktorer som rör en patient och som behövs i och för vården av patienten. I arbetet med eventuella författningsändringar måste det klargöras om dokumentationen av sådana uppgifter om sociala faktorer är förenlig med bestämmelserna om skyddet för den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter i framför allt dataskyddsförordningen. Förordningen ställer bland annat krav på att det ska vara fråga om adekvata, relevanta och inte för omfattande uppgifter som behandlas för vissa särskilt angivna ändamål (se artikel 5 i förordningen). En integritetsanalys kommer att behöva göras för att bedöma om konsekvenserna för den personliga integriteten som personuppgiftsbehandlingen medför är nödvändiga och proportionerliga i förhållande till det man avser att uppnå med behandlingen.

Etiska principer för prioritering

Inom hälso- och sjukvården används tre grundläggande etiska principer som utgångspunkt när man prioriterar hur man ska använda offentliga resurser. Dessa principer ingår i den så kallade etiska plattformen, vilken togs fram genom den statliga utredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). Principerna infogades i hälso- och sjukvårdslagen 1997 och styr sedan dess hur hälso- och sjukvårdens resurser inom offentligt finansierad vård ska fördelas.

Nedan finns en kort beskrivning av respektive princip.

- **Människovärdesprincipen** betonar att varje individ har inneboende värde och rätt till respekt och värdighet oavsett hälsotillstånd, ålder, kön eller andra faktorer. Patienters lika värde och integritet ska bevaras och respekteras. Prioritering får därför inte göras utifrån patienters kön, kronologiska ålder, förmåga att arbeta och så vidare.
- **Behovs-solidaritetsprincipen** betonar vikten av att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehovet. Principen innebär att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Enligt principen ska man särskilt ta hänsyn till behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen** innebär att resurserna inom hälso- och sjukvården bör användas på ett effektivt sätt för att

maximera resultatet och nyttan för patienterna, och för att hushålla med hälso- och sjukvårdens begränsade resurser.

I utredningen framgår det att principerna är ordnade så att människovärdesprincipen är viktigast, därefter behovs-solidaritetsprincipen och sist kostnadseffektivitetsprincipen. I daglig praxis innebär detta att behandlingar för allvarliga tillstånd får kosta mer i förhållande till sin effekt än behandlingar för tillstånd som är mindre allvarliga.

Tandvården omfattas dock inte av denna plattform. Tandvården diskuterades i utredningen men lyftes medvetet ur. Principerna är heller inte inskrivna i tandvårdslagen, och det finns därmed inget krav att tandvården ska följa dessa principer. Men hos flera aktörer finns en målsättning att tillämpa den etiska plattformen även inom tandvården. Exempelvis utgår Socialstyrelsen från den etiska plattformen när myndigheten tar fram nationella riktlinjer för tandvården, och många regioner strävar efter att prioritera sina resurser i enlighet med dessa principer. Socialstyrelsen ställde sig positiv till ett förslag i den statliga utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) om att införa de etiska principerna även i tandvården.

Hälsoekonomiska aspekter

Den sista omgivande aspekten som Socialstyrelsen granskat handlar om hälsoekonomi. Enligt regeringsuppdraget ska myndigheten redovisa kostnadsberäkningar för eventuella föreslagna insatser, men då Socialstyrelsens redovisning inte inkluderar några konkreta förslag på hur en modell för riskbedömning skulle utformas, och därmed redovisar vi inte heller någon sådan kostnadsberäkning.

I regeringsuppdraget framgår också att eventuella förslag ska vara ändamålsenliga och kostnadseffektiva, rymmas inom befintliga ekonomiska ramar och inte medföra ökade kostnader inom ramen för det allmänna tandvårdsbidraget eller för det statliga tandvårdsstödet i övrigt. Mot den bakgrunden har Socialstyrelsen uppdragit åt hälsoekonomer från Linköpings universitet att resonera kring möjliga konsekvenser av att införa en nationell modell för riskbedömning med nuvarande statliga tandvårdsstöd. Det uppdraget redovisas i sin helhet i bilaga 4. Hälsoekonomernas resonemang belyser vikten av att parallellt med utvecklandet av en nationell modell för riskbedömning göra grundliga analyser av de hälsoekonomiska konsekvenserna.

Inledningsvis i redovisningen konstateras att dagens ersättningssystem med ATB riskerar att leda till att vissa individer besöker tandvården för basundersökning tidigare än vad de behöver, för att bidraget inte ska gå förlorat. Vidare konstateras att ATB inte är behovsbaserat utan ges lika till

alla, utifrån ålder. Eftersom bidraget är lika för alla oavsett behov krockar ersättningsmodellen med behovs-solidaritetsprincipen, som säger att prioriteringar ska göras till dem med störst behov. Vidare krockar det med människovärdesprincipen eftersom vissa åldersgrupper favoriseras genom högre bidrag. Se även avsnittet *Etiska principer för prioritering*. Mot bakgrund av detta förs ett hälsoekonomiskt resonemang utifrån hypotetiska scenarier. Dessa bygger på en omfördelning av resurser inom ramarna för det nuvarande statliga tandvårdsstödet, inklusive ATB.

Ett scenario bygger på att en förbättrad riskjustering införs, med effekten att patienter besöker tandvården för basundersökning i enlighet med de nationella riktlinjerna. Det scenariot skulle leda till att tandvården använde sina resurser mer effektivt. På lång sikt borde det också medföra lägre kostnader, med eventuellt ökade kortsiktiga kostnader. Fler individer med hög risk skulle identifieras och få förebyggande åtgärder. Samtidigt skulle man identifiera fler individer med låg risk och undvika att ge dem onödiga åtgärder.

I detta och flera andra scenarier som innebär att dagens system med ATB skulle förändras skulle förändringarna kunna leda till en resursomfördelning. I redovisningen diskuteras möjligheten att omfördela de pengar som används till högkostnadsskyddet, utan att statens totala kostnad för tandvård ökar. Förutsatt att tandvården gör korrekta riskbedömningar skulle det gå att omprioritera resurser till individer med stora behov och höga kostnader. Hälsoekonomerna diskuterar även en eventuell satsning på åtgärder för sjukdomsförebyggande och orsaksinriktad behandling.

Socialstyrelsen kan konstatera att det är viktigt att ta hänsyn till vilka konsekvenser som ersättningssystemets utformning kan få för patienter och behandlare, och att en nationell riskbedömningsmodell kan vara ett verktyg för att nå en mer effektiv resurshantering i tandvården. En incitamentsanalys för att studera i vilken riktning aktörerna kan förväntas agera utifrån dagens situation respektive vid en hypotetisk förändring av det statliga stödet kan vara viktig att genomföra. Vidare behöver hälsoutfallet utvärderas för att kostnadseffektiviteten ska kunna beräknas.

Förslag på modellens utformning

I följande avsnitt beskriver Socialstyrelsen aspekter att ta hänsyn till, och ha i åtanke, om och när en nationell modell för riskbedömning ska utformas. En nationell modell kan utformas och införas stegvis, varpå olika aspekter skulle kunna bli aktuella vid olika tillfällen.

En riskbedömningsmodell måste ta särskild hänsyn till vissa patientgrupper

Vissa grupper har en förhöjd risk för dålig munhälsa. Det kan handla om

- personer med nedsatt allmän hälsa
- personer med funktionsnedsättningar som påverkar förmågan att ta hand om den egna munhälsan
- personer med ohälsosamma levnadsvanor
- barn med ohälsosamma levnadsvanor i familjen
- barn med tänder som håller på att bryta fram
- äldre patienter med tilltagande risk för försämrad hälsa
- patienter som tar vissa läkemedel som exempelvis orsakar muntorrhet och aptitsvägningar.

Kartläggningen av riskbedömningar och beslutsstöd för riskbedömning visar att tandvården tar hänsyn till allmänna aspekter som ökar patienters risk för dålig munhälsa. Alla moduler i journalsystemen innehåller faktorer om patienters allmänna hälsa eller ohälsa. Fritextsvaren i enkätundersökningen visar också att verksamheterna tar hänsyn till en rad yttre faktorer som påverkar munhälsan, till exempel läkemedel som kan orsaka muntorrhet eller sjukdomar som påverkar munhälsan, exempelvis diabetes.

För barn och äldre kan det vara extra viktigt att ta hänsyn till sociala faktorer, eftersom det är stadier i livet när omgivningen ofta spelar en större roll för hälsan och munhälsan. Barn är beroende av sin omgivning för att skapa och behålla goda vanor. Barns munhälsa påverkas därför i högre utsträckning av barnets sociala situation, inklusive den ekonomiska situationen. Individer i behov av särskilt stöd, till exempel sköra äldre, är också i högre utsträckning än andra beroende av sin omgivning för att upprätthålla en god munhygien och munhälsa. I följande avsnitt redogör vi för munhälsan hos barn respektive äldre och individer i behov av särskilt stöd.

Barns munhälsa måste uppmärksammas

Tandvården behöver särskilt uppmärksamma barns munhälsa, eftersom den ligger till grund för framtida munhälsa eller -ohälsa likväl som det framtida behovet av tandvård. Karies är en av de vanligaste sjukdomarna hos barn. Nyligen framväxta tänder är mer känsliga för att utveckla karies, och det är vid denna ålder som vanor etableras kring tandborstning och matvanor. Dåliga vanor kan vara svåra att bryta i framtiden, och barn är beroende av sina vårdnadshavares vanor. Ett barn som har utvecklat karies tidigt i livet löper risk för att under hela livet få fortsatta kariesangrepp med påföljande dålig munhälsa och behov av tandvård. Därför är det viktigt att tidigt identifiera de barn som riskerar att få karies och sätta in förebyggande åtgärder, innan de första skadorna på tänderna har uppstått.

Det är en utmaning för tandvården att identifiera de barn som löper risk för att få karies innan de första kariesskadorna har uppkommit. Det visar Socialstyrelsens analys [13] av utvecklingen av munhälsan bland barn i förskoleålder. Detta gäller särskilt de yngsta barnen, som är svåra att undersöka och där dåliga vanor ännu inte har lett till några skador. Även en systematisk översikt från SBU [42] har konstaterat att det är svårt för tandvården att identifiera individer som löper risk för karies innan de första kariesskadorna uppkommit.

Som tidigare nämnts är kunskap om barns sociala och ekonomiska förhållanden viktiga för att kunna bedöma deras risk för att utveckla kariessjukdom. Det beskrivs som ett komplext samspel där matvanor, munhygien, familjens övriga hälsotraditioner, utbildningsnivå och ekonomiska situation spelar in [43]. Födelseland, utbildning och inkomst är tre faktorer som har ett tydligt samband med barns risk att utveckla karies i tidig ålder (3–6 år) [13]. Även föräldrars munhälsa och tandvårdskontakt har ett samband med en ökad risk [13], och placerade⁷¹ barn har ofta sämre munhälsa än andra barn [44]. Socialstyrelsens analys [13] har visat att det främst verkar vara odontologiska snarare än sociala faktorer som ligger till grund för undersökningsfrekvensen inom barntandvården.

Fokusgrupperna visar att tandvårdens behandlande personal upplever att det saknas stöd för att hantera barn på ett bra sätt i nuvarande riskbedömningsmoduler. De saknar relevanta sociala faktorer, till exempel växelvis boende för barn, behov av vårdinsatser i hemmet eller syskon med karies. Norge, Skottland, Finland och Island gör idag skillnad på riskbedömning av barn respektive vuxna.

Barntandvård inkluderar utöver sjukdomsbehandling även behandling av oönskade tillstånd, tillväxt och olika komplikationer, till exempel efter tandtrauma. Tandvårdens samverkan med andra aktörer, såsom

⁷¹ placerade i familjehem eller hem för vård eller boende.

barnhälsovården, är en viktig del i att identifiera barn som löper risk att utveckla ohälsa för att tidigt kunna sätta in förebyggande och hälsofrämjande insatser. Tandvården ingår i det nationella hälsoprogrammet för barn och unga som Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram. Målet med programmet är att barn och unga lättare ska få tillgång till de insatser som de behöver för att få goda förutsättningar att skapa, vidmakthålla och förbättra sin hälsa.

Äldre och individer i behov av särskilt stöd

Generellt ökar antalet kvarvarande tänder hos personer som är 70 år och äldre. Samtidigt är många av tänderna skadade eller fyllda, vilket ökar behovet av regelbundna basundersökningar. 70–84-åringar är också de som besöker tandvården oftast. Liksom för andra patientgrupper finns det skillnader i äldres munhälsa beroende på socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå och födelseland. Det innebär en utmaning för tandvård, hälso- och sjukvård och omsorg att andelen äldre över 80 år växer, eftersom skörhet och funktionsnedsättning påverkar förmågan att bibehålla en god munhälsa.

Personer med demenssjukdom, som väntas bli fler med en åldrande befolkning, kan vara i behov av insatser från tandvården, till exempel på grund av muntorrhet eller dålig tandstatus. Socialstyrelsen rekommenderar därför diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument, för personer med demenssjukdom [45]. För att möta de ökade behoven av behandling, framför allt hos sköra äldre och äldre med särskilda behov, behöver tandvården samverka med den övriga hälso- och sjukvården (bland annat den kommunala) och med socialtjänsten (det vill säga den kommunala omsorgen) [18].

När och om en nationell modell för riskbedömning ska tas fram behöver man ta särskild hänsyn till individer i behov av särskilt stöd för att upprätthålla goda vanor och god munhälsa, till exempel vissa sköra äldre. Det finns anledning att vidare utreda hur en nationell modell kan anpassas efter målgrupperna för de tandvårdsstöd som idag regleras i tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Dessa patienter har ofta behov av anpassad tandvård och stöd från flera olika aktörer inom hälso- och sjukvården och kan ha insatser från socialtjänsten, exempelvis äldreomsorgen. Det finns också flera målgrupper med särskilda behov som inte omfattas av tandvårdsstöd enligt tandvårdsförordningen eller det särskilda tandvårdsbidraget, men som saknar kontakt med tandvården. I arbetet med att utveckla en nationell modell för riskbedömning behöver man ta särskild hänsyn till dessa individer för att säkerställa att deras behov kan fångas upp av modellen. Ett sätt att fånga upp individer som har fler olika kontakter inom vården och omsorgen kan vara att utbyta information, men dagens regelverk är ibland ett hinder, se avsnittet *Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård samt socialtjänst*.

Patienten bör vara delaktig i riskbedömningen

Patienters egenvård är central för att främja munhälsa och förebygga sjukdomar. I de nationella riktlinjerna konstateras att alla som besöker tandvården bör få hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling för att kunna ta ansvar för sin munhälsa på bästa sätt. För personer med god munhälsa räcker en kort återkoppling som en del av en undersökning. Personer med ohälsosamma levnadsvanor kan däremot behöva mer återkoppling i form av professionellt samtalsstöd. Det är viktigt att det stöd som ges är anpassat efter patientens förmåga att ta till sig, förstå och tillämpa råden, samt att det inte finns onödiga strukturella hinder för att ge eller få stöd till egenvård.

Patienterna behöver också involveras i riskbedömningarna, enligt de nationella riktlinjerna för tandvård. Tandvårdspersonalen bör tillsammans med patienterna utreda orsakerna till upptäckta risker och skador i munnen. För att det ska bli aktuellt med ett längre revisionsintervall för patienter med låg risk behöver patienten också själv uppleva sin munhälsa som god eller mycket god. Vid behov kan tandvården hålla kontakt med patienten mellan basundersökningarna genom digitala avstämningar eller besök hos tandhygienist; detta kan vara särskilt motiverat när revisionsintervallen är längre. Socialstyrelsens kartläggning har visat att vissa tandvårdskliniker redan arbetar enligt det arbetssättet.

En enkätundersökning genomförd av Vårdanalys [46] visar att många patienter efterfrågar mer information om sin tandvård och behandling. Både digital, muntlig och skriftlig information efterfrågas. Behovet av information är större bland yngre patienter med lägre utbildningsnivå och personer med ett större behov av tandvård. Bland patienter som skattar sin tandhälsa som dålig svarade mindre än hälften att de har fått tillräckligt med information.

En nationell modell för riskbedömning skulle kunna utgöra ett stöd för behandlaren i kommunikationen med patienten. Socialstyrelsens kartläggning visar att de beslutsstöd för riskbedömningar som finns idag ofta används för detta ändamål. En nationell modell för riskbedömning som bidrar till att patienten får lättillgänglig information om risken för försämrad munhälsa, och som anger orsaker till en förhöjd risk, kan ge incitament till en positiv dialog med behandlaren. En sådan dialog kan handla om möjligheterna för patienten att minska risken för munhälsoproblem på egen hand eller tillsammans med tandvården. Dialogen kan handla om vilka olika kliniska insatser som tandvården kan ge, men även förslag till förändringar i egenvård och levnadsvanor. Modellen skulle också kunna innefatta en möjlighet att inkludera patientens värdering av sin munhälsa, självskattade risk att utveckla munhälsoproblem och prioritering av munhälsan. Tandvården behöver anpassa informationen till individens förmåga att

förstå, värdera och använda den. En nationell modell för riskbedömning skulle därigenom kunna bidra till att stärka patientens roll i tandvården.

En ökad möjlighet för patienterna att vara delaktiga i riskbedömningsprocessen skulle kunna medföra en generell ökning av kunskapen hos tandvårdens patienter om munhälsa, orsaker till munsjukdomar och de faktorer som kan påverka munhälsan.

Det är viktigt att tandvården samverkar med andra aktörer runt individer som i högre utsträckning är beroende av sin omgivning för egenvård och goda vanor. Som konstateras i de nationella riktlinjerna för tandvård [18] bör tandvården verka för att ingå i vårdkedjan kring patienter som får vård hos flera instanser. En nationell modell för riskbedömning skulle kunna utgöra ett stöd för tandvårdens samverkan med andra aktörer runt patienten.

Konstruktionen beror på syftet

En nationell modell för riskbedömning kan, i likhet med nuvarande beslutsstöd, konstrueras på olika sätt, beroende på vilket syfte man vill uppnå med riskbedömningen. I den mest avskalade formen kan en modell för riskbedömning bestå av ett enkelt beslutsstöd där behandlaren endast påminns att beakta ett antal faktorer; för att konstruera en sådan modell behöver beslut fattas om vilka faktorer som ska ingå i modellen. En mer komplex, men kanske också mer ändamålsenlig, modell kan innebära att patienter kategoriseras i riskgrupper. Riskgrupperingen kan ske för respektive faktor, eller till en sammanvägd riskgrupp där de olika faktorerna, eller deras ingående värden, viktas mot varandra. För att utveckla en mer komplex modell behöver beslut fattas om

- vilka mätvärden som ska ingå i respektive faktor
- antal riskgrupper och definition av vilka gränsvärden som ska gälla mellan riskgrupperingarna
- hur respektive ingående faktorer eller dess mätvärden ska viktas mot varandra för att ge en sammanvägd riskgrupp.

Behandlaren behöver kunna justera riskbedömningen

Socialstyrelsens kartläggning visar på en tydlig samstämmighet om att behandlaren behöver kunna påverka patientens slutgiltiga riskbedömning, och vid behov även riskgruppering. Verksamhetschefer, behandlare och verksamhetsföreträdare inom tandvården understryker alla att den legitimerade tandvårdspersonalen behöver ha möjlighet att komplettera en föreslagen risk från ett beslutsstöd – oavsett hur det är utformat – med sin kliniska kompetens och kunskap om patienten. I de nationella riktlinjerna för tandvård konstateras också att behandlaren alltid behöver göra en klinisk

riskbedömning även om hen använder ett beslutsstöd. Förvaltare av nuvarande riskbedömningsmoduler understryker att de fungerar just som stöd för beslut, och att riskgruppen som eventuellt räknas ut är ett förslag till behandlaren. Vidare betonar de att beslutsstödet är utformat för att passa majoriteten av en population utifrån en normalfördelningskurva. För patienter som befinner sig i ytterligheterna av en sådan kurva är det mer sannolikt att behandlaren behöver justera resultatet av riskbedömningen.

Beslutsstödet bör kunna ingå i journalsystemen för att inte öka den administrativa bördan

En förutsättning för att inte öka den administrativa bördan för behandlare i tandvården är att en nationell modell för riskbedömning kan integreras i journalsystemen. Majoriteten av de beslutsstöd för riskbedömning som används idag är integrerade i journalsystemen, vilket sänker tröskeln för att integrera en nationell modell där. Behandlarna i tandvården lyfter också att det är viktigt att de inte behöver använda flera olika IT-system. De önskar sig en hög grad av automatisering av inmatningen av uppgifter till en riskbedömningsmodell. För att öka möjligheterna till en sådan automatisering, idag eller i framtiden, bör modellen därför kunna integreras i journalsystemen. Uppgifter från andra delar av journalsystemet – eller från andra källor – skulle då kunna överföras till riskbedömningen, för att undvika dubbelarbete.

En plan för utvärdering är viktig

En plan för utvärdering behöver tas fram i samband med att en nationell modell för riskbedömning utformas och införs. Socialstyrelsens kartläggning har visat att utvärderingar har varit viktiga vid implementering när andra beslutsstöd för riskbedömning har införts, både i Sverige och Danmark. Det kan finnas olika sätt att utvärdera en nationell modell för riskbedömning, men det första bör vara att utvärdera hur tandvården har infört och börjat använda modellen. Validitet och reliabilitet är centrala utvärderingsmått för att mäta modellens tillförlitlighet. När modellen utvecklas bör man undersöka vilken data som är nödvändig och om nuvarande dataflöden kan nyttjas, eller om det finns mer effektiva möjligheter för dataflöden.

Förvaltningsstrukturen blir avgörande för hur modellen kan utvärderas och vidareutvecklas. För att göra det möjligt att kontinuerligt ta del av erfarenheter och göra analyser bör modellen förvaltas i nära samarbete med användarna. För att en nationell modell ska förbli korrekt och användbar över tid bör den också kopplas samman med utvecklingsområden inom tandvården, till exempel utveckling av olika vårdförlopp. Det behovet talar

också för att en nationell modell bör förvaltas i nära samarbete med användarna.

En nationell modell för riskbedömning behöver kunna uppdateras vid behov, exempelvis med ny forskning eller vid större samhällsförändringar, för att fungera bra som ett stöd för behandlare över tid. Det är viktigt att utvärderingar både följer hur en nationell riskbedömningsmodell används, och hälsoutfallet hos befolkningen.

I samband med att en modell utvecklas och införs kan tandhälsoregistret utvecklas. Detta skulle dock kräva författningsändringar. I en sådan process bör man överväga vilka uppgifter som är av värde för att utvärdera en nationell modell för riskbedömning, inklusive utifrån hälsoutfallet. Hälsoutfallet är också viktigt för att kunna utvärdera kostnadseffektiviteten av en modell.

Flera myndigheter och aktörer behöver involveras

Flera myndigheter och aktörer behöver vara involverade om en nationell modell för riskbedömning i tandvården ska tas fram och införas. Centrala myndigheter är TLV, SBU och Försäkringskassan, men att ta fram och införa en enhetlig informationsstruktur för en nationell riskbedömningsmodell kan innebära att flera aktörer blir inblandade. Det är också viktigt att verksamhetsnära organisationer inkluderas tidigt.

NI och Snomed CT förvaltas idag av Socialstyrelsen, som en del av myndighetens instruktionsenliga uppdrag om e-hälsa och interoperabilitet. Det finns också andra nationella it-komponenter. Till exempel utvecklar Myndigheten för digital förvaltning (Digg) den digitala infrastrukturen för informationsutbyte, och E-hälsomyndigheten utvecklar den Nationella läkemedelslistan. Det kan alltså bli flera nationella aktörer som skulle kunna bli inblandade i en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, även om Socialstyrelsen skulle ha ett huvudansvar för modellens informationsstruktur.

Både offentliga och privata vårdgivare skulle bli mottagare av en standardiserad informationsspecifikation för en nationell modell för riskbedömning. Ett sådant arbete kräver dialog, samverkan och nära samarbete mellan respektive specialistförening i tandvården, leverantörer som tillhandhåller journalsystemen, regionerna, regionala strukturer för kunskapsstyrning, privata vårdgivare, kvalitetsregister och relevanta myndigheter. Ju fler intressenter som är med i utvecklingen och arbetet med att ta fram en informationsspecifikation för en nationell riskbedömningsmodell, desto bättre blir benägenheten att ta emot, införa och använda modellen.

Socialstyrelsens kartläggning visar att röntgenundersökningar används för att bedöma patienters risk för sjukdomar, tillstånd och skador i munnen. Strålskyddsregleringen: Strålskyddslag (2018:396), Strålskyddsförordning (2018:506) och Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter⁷² ställer krav på att användning av joniserande strålning är berättigad och att strålskyddet är optimerat. Ur strålskyddssynpunkt är det därför viktigt att en nationell modell för riskbedömning tar hänsyn till strålskyddsaspekter vid eventuella rekommendationer om röntgenundersökningar i en modell.

⁷² SSMFS 2018:1 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om grundläggande bestämmelser för tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning, SSMFS 2018:2 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter om anmälningspliktiga verksamheter och SSMFS 2018:5 Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter och allmänna råd om medicinska exponeringar.

Sammanvägd bedömning och plan för fortsatt arbete

I det här kapitlet gör Socialstyrelsen en sammanvägd bedömning av de resultat som framkommit och våra centrala iakttagelser om förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Avslutningsvis presenterar vi en plan för fortsatt arbete med att utveckla en nationell modell för riskbedömning.

Sammanvägd bedömning

Socialstyrelsen bedömer förutsättningarna för att införa en nationell modell för riskbedömning inom tandvården i Sverige som goda, sett ur ett verksamhetsperspektiv. Riskbedömningar är ett etablerat arbets sätt i tandvården, och många verksamheter tillämpar idag olika beslutsstöd, med olika utformning och komplexitet, som hjälp vid riskbedömningarna. Kartläggningen har visat att inget nuvarande beslutsstöd har validerats vetenskapligt.

Beroende på hur modellen utformas behöver ytterligare utredning av förutsättningarna göras. Som redogörs för i avsnittet *Juridiska utgångspunkter*, kan det komma att krävas författningsändringar i befintliga regelverk på lag-, förordnings- eller föreskriftsnivå beroende hur en nationell modell utformas. Det skulle exempelvis kunna gälla regler om dokumentation och om personuppgiftsbehandling, till exempel dokumentation av tydligt definierade och ändamålsenliga sociala faktorer som kan användas i en riskbedömningsmodell, samt om sekretess. Det kan även handla om förutsättningarna för att föra in nya faktorer som inte finns i nuvarande beslutsstöd, framförallt sociala faktorer, i en nationell riskbedömningsmodell.

Vidare behöver hänsyn tas till det begränsade vetenskapliga stödet för riskbedömningsmodeller inom tandvården. Det är svårt att med god tillförlitlighet bedöma effekten av en riskbedömningsmodell eftersom det inte har gått att sammanställa ett vetenskapligt underlag för sammanvägda riskbedömningsmodeller inom tandvården. Det kommer därför bland annat att krävas särskilda metoder för att fastställa bästa tillgängliga kunskap för en modell. Det finns också erfarenheter att lära från de vårdgivare som arbetat med mer komplexa beslutsstöd.

Expertgruppen som myndigheten knutit till det aktuella uppdraget anser att en nationell modell för riskbedömning kan bli ett värdefullt hjälpmedel för att individanpassa förebyggande insatser, behandling och revisionsintervall. Socialstyrelsen bedömer även att en nationell modell för riskbedömning inte

bör vara så förenklad att den inte är relevant, men inte heller så komplicerad att fylla i och använda att detta tar tid från att ta hand om patienten.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att en nationell modell för riskbedömning bör utvecklas för hela befolkningen. Man behöver dock ta hänsyn till vissa gruppers särskilda situation, som barn och personer med särskilt behov av stöd. En modell skulle dock kunna införas stegvis, och inkludera delar av befolkningen i olika steg. Slutmålet är inte att en nationell modell för riskbedömning inom tandvården är på plats, utan att den används och leder till önskade resultat, till syvende og sist bättre munhälsa och ökad jämlikhet i tandvården.

En nationell modell för riskbedömning ger förutsättningar för mer jämlik tandvård

En nationell modell för riskbedömning kan bidra till en mer jämlik tandvård genom att behandlarna utgår från en gemensam modell när de bedömer patienters risk för att utveckla eller förvärra sjukdomar, tillstånd och skador i munnen. Det skulle innebära att samtliga patienter bedöms enligt samma kriterier vad gäller risken för att utveckla munhälsoproblem, oavsett val av vårdgivare eller geografisk hemvist.

En nationell modell för riskbedömning kan på det sättet stärka tandvårdens förmåga att arbeta mer orsaksinriktat och förebyggande samt identifiera och prioritera patienter med större vårdbehov. Samtidigt kan patientens roll i tandvården stärkas, på så vis att en nationell modell för riskbedömning kan utgöra ett verktyg för att göra patienten delaktig i riskbedömningsprocessen.

När en nationell modell finns på plats bör Socialstyrelsen uppdatera de nationella riktlinjerna för tandvård, med tillhörande revisionsintervall, uppdateras med en rekommendation om att riskbedömningen bör ske enligt den nationella modellen, vilket ger ytterligare förutsättningar för en mer jämlik tandvård.

Bättre förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling inom tandvården

En nationell modell för riskbedömning skulle stärka möjligheterna till forskning och kunskapsutveckling inom tandvården. En modell som omfattar hela befolkningen skulle möjliggöra studier av munhälsan över lång tid och registerstudier av riskfaktorer hos olika grupper i befolkningen. En nationell modell för riskbedömning skulle också leda till förbättrade möjligheter att jämföra regionala skillnader i vårdbehov och behandling av olika grupper i befolkningen. En modell som bygger på en enhetlig informationsstruktur ger förbättrade möjligheter till forskning och kunskapsutveckling.

Plan för fortsatt arbete och implementering

För att ta fram en nationell modell för riskbedömning behöver man

- klargöra syftet med en sådan modell
- fastställa bästa tillgängliga kunskap
- besluta vilka faktorer som ska ingå i modellen samt avgöra modellens komplexitet
- ta fram en enhetlig struktur för begrepp och definitioner
- utreda kopplingen till kostnader och eventuella justeringar i dagens ersättningsystem
- skapa former för implementering
- ta fram en plan för utvärdering och vidareutveckling av modellen
- ta fram en plan för utbildning i samband med att modellen införs och används.

Samtidigt behöver behandlande personals synpunkter inhämtas och andra aktörer som bör ingå i arbetet identifieras. En modell skulle kunna införas stegvis, exempelvis för olika åldersgrupper, men med målet att samtliga tandvårdspatienter i Sverige ska inkluderas.

Fastställa syftet

Socialstyrelsens kartläggning har också visat att riskbedömningarna, och beslutsstöden som används, fyller flera olika syften. Beslutsstöden används till exempel för att

- kommunicera med patienten
- bestämma vilken behandling patienten bör erbjudas
- bestämma patientens revisionsintervall
- prioritera mellan patienter

Regionerna använder också beslutsstöden för att klassificera patienter i avgiftsklasser för att upprätta abonnemangsavtal med patienter. Om och när en nationell modell för riskbedömning tas fram bör man ta hänsyn till dessa olika syften. Syftet, eller syftena, med en nationell modell måste vara tydligt, och blir avgörande för hur en modell bör utformas. Exempelvis bör de som utvecklar en modell reflektera över hur riskgrupperingen i en nationell modell kan påverka riskgrupperingen i existerande abonnemangstandvård.

Fastställa bästa tillgängliga kunskap

I ett fortsatt arbete med att ta fram en nationell riskbedömningsmodell behöver man fastställa kunskapsunderlaget för en modell. En modell kan ta stöd från internationella riktlinjer, expertkunskap, beprövad erfarenhet, samt eventuellt vetenskapligt stöd för enskilda faktorerers påverkan på munhälsan.

Ett sätt att ta fram underlag där vetenskap saknas är via Socialstyrelsens vedertagna processer för att fastställa bästa tillgängliga kunskap. I första hand utgår processen från att bedöma vetenskapliga studier, men om det saknas vetenskapligt underlag kan den erfarenhetsbaserade kunskapen för ett visst arbetssätt sammanställas. I ett sådant arbete kan både erfarenheter av existerande riskbedömningsmodeller och enskilda riskfaktorer undersökas.

Socialstyrelsen konstaterar också att det finns utländska riktlinjer för riskbedömningar och revisionsintervall och att alla nordiska länder arbetar med riskbedömningar och använder riktlinjer för revisionsintervall. En process för att ta fram ett stöd för riskbedömning kan även ta avstamp i befintliga utländska riktlinjer genom att bedöma deras metodologiska kvalitet, exempelvis med verktyget AGREE2⁷³ [24, 25]. Riktlinjer som bedöms ha god kvalitet kan därefter anpassas till en svensk kontext, utifrån vetenskapligt utvärderade arbetssätt för att anpassa riktlinjer⁷⁴ [26]. Samtidigt behöver även det vetenskapliga underlaget för ytterligare identifierade riskfaktorer utvärderas. Slutresultatet kan bli en kombination av anpassade utländska riktlinjer och innehåll som utarbetats i Sverige.

Fastställa faktorer

Utifrån bästa tillgängliga kunskap behöver det fastställas vilka faktorer som ska ingå i en nationell modell för riskbedömning. Det saknas idag vetenskapligt stöd för en sammanvägd modell, men det kan finnas vetenskapligt stöd för enskilda faktorerers påverkan på munhälsan.

Socialstyrelsens kartläggning har också visat att vissa sociala faktorer troligen behöver ingå i en nationell modell för riskbedömning. För att möjliggöra för en vårdgivare att dokumentera och föra in tydligt definierade uppgifter om sociala faktorer som rör en patient och som behövs i och för vården av patienten, skulle det kunna krävas författningsändringar.

Det behövs fortsatt utredning om förutsättningarna för att dela information om patienter mellan tandvård och hälso- och sjukvård inom ramen för en nationell modell för riskbedömning. Riskbedömningen skulle kunna underlättas av en nationell modell för riskbedömning som innehåller relevanta faktorer och kan inhämta uppgifter från andra delar av journalsystemet och andra system, om till exempel patienters

⁷³ Instrumentet *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation 2*

⁷⁴ GRADE adolopment

läkemedelsanvändning. Ett första steg när det gäller sammankoppling med andra system kan vara att ge tandvården möjlighet att efter samtycke få tillgång till patientens läkemedelsinformation.

Etablera enhetlig informationsstruktur

Det finns etablerade arbetssätt för att utveckla en enhetlig informationsstruktur. Dessa bör användas för att möjliggöra att riskbedömningsmodellen blir nationellt enhetlig. Att modellen bygger på ett gemensamt språk, genom enhetliga termer, begrepp och definitioner, underlättar utvärdering av modellen, och möjliggör att den kan införas stegvis. Det möjliggör också semantisk interoperabilitet, alltså att system förstår och tolkar varandra korrekt, och förbättrar möjligheterna för utbyte av information med hälso- och sjukvården och andra aktörer.

Utreda koppling till kostnader och eventuella justeringar i dagens ersättningssystem

Det är möjligt att nå en mer kostnadseffektiv tandvård genom en tydligare koppling mellan de nationella riktlinjernas rekommendationer för revisionsintervall och riskgrupperingen i en nationell modell för riskbedömning. Det är dock viktigt att ta hänsyn till vilka incitament ett ersättningssystem ger patienter och behandlare. En nationell riskbedömningsmodell kan alltså vara ett verktyg för att nå en mer effektiv resurshantering i tandvården, men måste då kompletteras med ersättningssystem som inte ger motstridiga incitament.

Socialstyrelsen bedömer att den ansvariga behandlaren behöver kunna justera ett eventuellt förslag från en nationell modell för riskbedömning, när behandlarens kunskap om patienten och kliniska erfarenhet ger en bättre riskbedömning än den som enbart ges av beslutsstödet. I syfte att minimera både den etiska stress som kan uppstå samt riskerna för felaktiga utbetalningar bör således inte ersättningar kopplas till ett riskbedömningsresultat från en modell. Erfarenheter från Danmark visar på riskerna med att koppla möjligheten till subventionerad tandvård till en potentiellt subjektiv riskbedömning. Behandlande personal riskerar att hamna i etiska dilemman, där exempelvis kännedom om patientens ekonomiska ställning kan riskera att påverka riskbedömningen eller riskgrupperingen. Dessutom kan en koppling av potentiell ersättning till ett riskbedömningsresultat skapa felaktiga incitament. I syfte att minimera risken för felaktiga utbetalningar bör en sådan ersättningslösning undvikas.

Skapa former för implementering

För att inte skapa ökad administration för tandvårdspersonalen bör en nationell modell för riskbedömning utformas så att den kan bli en integrerad

del av journalföringen. Det skapar förutsättningar för att automatisera inmatningen av uppgifter till modellen – från början eller i framtiden. Flera beslutsstöd är idag integrerade i tandvårdens journalsystem, och alla journalsystem erbjuder möjligheter till någon form av riskbedömningsmodul. Detta sänker tröskeln för att integrera en modell i journalsystemen. När och om en nationell modell för riskbedömning tas fram bör det särskilt granskas huruvida det har någon juridisk betydelse om ett journalsystem som riskbedömningsmodulen integreras i är klassat som en medicinteknisk produkt eller inte.

Socialstyrelsen bedömer att tandvårdens yrkesgrupper bör vara med i hela processen med att utveckla och implementera en modell, både för att skapa bästa möjliga modell och för att skapa bättre förutsättningar för att införa modellen. Tjänstedesign är en metod som används för att utforma tjänster, produkter och processer tillsammans med användarna, och skulle kunna användas i arbetet med att ta fram en modell. Myndigheten bedömer att en informations- och utbildningsinsats kommer bli nödvändig, för att skapa förutsättningar att införa modellen på ett bra sätt. Insatsens omfattning beror på hur en modell utformas.

Utvärdering, vidareutveckling och förvaltning

Om och när en nationell modell för riskbedömning införs är det nödvändigt att det finns en plan för utvärdering och vidareutveckling av modellen. Syftet med modellen behöver vara tydligt beskrivet för att kunna utvärdera dess effekter. I ett första steg bör det utvärderas hur tandvården har infört och börjat använda modellen.

Det är viktigt att utvärdera modellens validitet, det vill säga att den mäter det den avser att mäta. Dessutom bör modellens reliabilitet utvärderas, det vill säga i vilken utsträckning upprepade bedömningar resulterar i likartat resultat. Förvaltare av nuvarande riskbedömningsmoduler lyfter även vikten av att jämföra utfallet av riskgrupperingarna med befolkningsstatistik. På det sättet kan man säkerställa att riskgrupperingen av patienter på gruppnivå avspeglar sjukdomsläget i den aktuella befolkningsgruppen (till exempel i en region). Man kan även följa upp hur ofta patienter kommer för basundersökningar i förhållande till deras eventuella riskgrupp, och hur revisionsintervallen följer de nationella riktlinjernas rekommendationer. Det går också att följa upp hur mängden mottagen vård förhåller sig till en riskgruppering. En annan möjlighet är att genomföra motsvarande analys om TLV gjort inom ramarna för detta uppdrag, och samtidigt kontrollera tandvårdskonsumtionen och tandhälsan mot faktisk riskgruppering. En sådan utvärdering skulle kunna inkludera att bryta ut patienter i fler grupper än de som eventuellt har riskgrupperats, för att identifiera om det finns skillnader i utfall även inom riskgrupper.

I ett av de beslutsstöd för riskbedömning som Socialstyrelsen tittat närmare på i kartläggningen planerades utvärderingar två år och fyra år efter införandet, i syfte att kontrollera att systemet avspeglade sjukdomsläget i befolkningen. Vid utvärderingen av Danmarks riktlinjer jämförde man utfallet av riktlinjerna med tandhälsosituationen i landet. Utvärderingen där visade att en större andel av befolkningen klassificerades som om de hade en aktiv sjukdom, jämfört med det faktiska sjukdomsmönstret. Detta ledde till en justering av riktlinjerna.

En nationell modell för riskbedömning behöver kunna uppdateras vid behov, för att den ska vara ändamålsenlig, kunna identifiera aktuella risker i befolkningen och utgöra ett stöd för behandlare över tid. Till exempel har verksamhetsföreträdare för tandvården på senare år noterat en ökad konsumtion av sura drycker och en ökad användning av droger i befolkningen, vilket påverkar riskbedömningen.

Centralt för uppföljning och utveckling av en nationell modell för riskbedömning är hur den ska förvaltas. De beslutsstöd för riskbedömning som regionerna i första hand använder har uppdaterats regelbundet. Uppdateringarna har utgått från nya vetenskapliga underlag, synpunkter från behandlare samt verksamhetsnära analyser. För att göra det möjligt att kontinuerligt ta del av erfarenheter och göra analyser bör en modell förvaltas i nära samarbete med användarna. För att en nationell modell ska vara korrekt och användbar över tid bör den också kopplas samman med utvecklingsområden inom tandvården, till exempel utveckling av olika vårdförlopp.

Ett sätt att utvärdera en riskbedömningsmodell på nationell nivå är att tandhälsoregistret utvecklas med nya uppgifter för statistik och analyser. Förutsättningarna för att utvärdera en modell skulle underlättas om Socialstyrelsens tandhälsoregister skulle inkludera barn och ungas tandhälsa och munstatus, samt regelbunden och fullständig tandvård för vuxna. Socialstyrelsen ställde sig bakom förslaget om att utöka tandhälsoregistret med dessa uppgifter i remissvaret till *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8). En utveckling av tandhälsoregistret kommer dock att kräva författningsförändringar.

Uppföljning och fortsatt utveckling av modellen måste säkerställas både organisatoriskt och resursmässigt. Vid uppföljning är det viktigt att ta hänsyn till svårigheterna att utvärdera validiteten i riskbedömningsmodeller. Hur väl modellen kan identifiera individer med låg risk (specificitet) är relativt enkelt att utvärdera. Patienter som bedöms ha låg risk kan följas framåt i tiden. Om patienten inte utvecklar sjukdom är specificiteten hög. Betydligt svårare är det att utvärdera modellens möjlighet att identifiera individer med risk för försämrad munhälsa (sensitivitet). Svårigheten att utvärdera sensitiviteten beror på att tandvården ska erbjuda åtgärder för att minska risken, om de bedömer att en patient har förhöjd risk. I de fall dessa

åtgärder genomförs och är effektiva kommer patienten inte att utveckla munhälsoproblem. Det är naturligtvis positivt, men det resulterar i en låg sensitivitet för riskbedömningsmodellen. I de fall insatta åtgärder är ineffektiva och patienten utvecklar sjukdom blir metodens sensitivitet däremot hög. För att säkert bedöma metodens sensitivitet måste därför individer som inte får behandling följas framåt i tiden, vilket är etiskt problematiskt. Reliabiliteten är däremot relativt okomplicerad att utvärdera.

Utbildningsinsatser kommer bli nödvändiga

Riskbedömningar ingår redan i tandläkares och tandhygienisters professionsutövande, och som en del i de svenska universitetsutbildningarna. Undervisningen om riskbedömning behöver därför harmoniseras med den nationella modellen för riskbedömning.

Socialstyrelsen bedömer också att även redan verksam tandvårdspersonal behöver en informations- och utbildningsinsats om en nationell modell för riskbedömning i tandvården införs. Omfattningen av insatsen beror på hur en modell utformas, eftersom tandvården redan idag gör riskbedömningar i stor omfattning.

Referenser

1. NICE. Dental checks: intervals between oral health reviews. Clinical guideline [CG19]: NICE; 2004.
2. Världshälsoorganisationen. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Genève: Världshälsoorganisationen; 2022.
3. Världshälsoorganisationen. Oral health 2024. Hämtad 2024-01-29 från: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1.
4. Batty GD, Jung KJ, Mok Y, Lee SJ, Back JH, Lee S, et al. Oral health and later coronary heart disease: Cohort study of one million people. *Eur J Prev Cardiol*. 2018; 25(6):598-605.
5. Ryden L, Buhlin K, Ekstrand E, de Faire U, Gustafsson A, Holmer J, et al. Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study. *Circulation*. 2016; 133(6):576-83.
6. Manger D, Walshaw M, Fitzgerald R, Doughty J, Wanyonyi KL, White S, et al. Evidence summary: the relationship between oral health and pulmonary disease. *Br Dent J*. 2017; 222(7):527-33.
7. Gaeckle NT, Pragman AA, Pendleton KM, Baldomero AK, Criner GJ. The Oral-Lung Axis: The Impact of Oral Health on Lung Health. *Respir Care*. 2020; 65(8):1211-20.
8. D'Aiuto F, Gable D, Syed Z, Allen Y, Wanyonyi KL, White S, et al. Evidence summary: the relationship between oral diseases and diabetes. *Br Dent J*. 2017; 222(12):944-8.
9. Dahlgren G.; Whithead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 1991.
10. Världshälsoorganisationen/Commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health Genève: Världshälsoorganisationen; 2008.
11. Folkhälsomyndigheten. Jämlig tandhälsa - En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
12. Hakeberg M, Wide Boman U. Self-reported oral and general health in relation to socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2017; 18(1):63.
13. Socialstyrelsen. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
14. Senneby A, Fransson H, Foresight Research Consortium, Vareman N. What is risk? The challenge of defining 'risk' in caries risk assessment. *Acta Odontol Scand*. 2023:1-5.
15. Statistiska centralbyrån. Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP var 11,3 procent 2021. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2024. Hämtad 2023-

- 12-15 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2021/>.
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 - avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2023.
 17. Försäkringskassan. Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
 18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
 19. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2014.
 20. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
 21. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2022. Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit; 2023.
 22. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket kunskapsstöd 2024. Hämtad 2024-02-08 från: <https://kusp.tlv.se/Main/>
 23. Socialstyrelsen. Bilaga Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Nationella riktlinjer tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
 24. Collaboration A. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(1):18-23.
 25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ*. 2010; 182(10):1045-52.
 26. Schunemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017; 81:101-10.
 27. Västra Götalandsregionen. Tandvårdens läkemdel 2022-2023. Västra Götaland: Västra Götalandsregionen; 2022.
 28. Widström E, Agustsdottir H, Pälvärinne R, Christensen BL. Systems for provision of oral health in the Nordic countries. *Tandlaegebladet* 2015; 119(9):702-11.

29. WHO/European observatory on health systems and policies. Oral health care in Europe. Financing, access and provision. Köpenhamn: WHO/European Observatory on health systems and policies; 2022.
30. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2016.
31. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. 2018 (oppdatert 2022). Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
32. Helsedirektoratet. Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019). Nasjonale faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
33. Duodecim. Update on current care guidelines: prevention, early diagnosis and treatment of chronic periodontitis. Duodecim. 2010; 126(20):2414-5.
34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Dental interventions to prevent caries in children. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2014.
35. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2017.
36. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020; 47 Suppl 22(Suppl 22):4-60.
37. Herrera D, Sanz M, Kebschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, et al. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2022; 49 Suppl 24:4-71.
38. Herrera D, Berglundh T, Schwarz F, Chapple I, Jepsen S, Sculean A, et al. Prevention and treatment of peri-implant diseases-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2023; 50 Suppl 26:4-76.
39. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan. Stöd för regionernas användning av Snomed CT. NAG strukturerad vårdinformation Stockholm: Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan; 2021.
40. Europeiska kommissionen. eHealth network. Summary report. 19th eHealth networking meeting (teleconference) Bryssel: Europeiska kommissionen; 2021 3 juni.
41. Europeiska kommissionen. Proposal of the European parliament and of the council on the European health data space. Impact assessment report. . Strasbourg: Europeiska kommissionen; 2022.
42. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2007.

43. Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
44. Socialstyrelsen. Munhälsa och tandvård för placerade barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
45. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
46. Vårdanalys. Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården. Stockholm: Vårdanalys; 2022.

Bilaga 1. SBU bereder

Riskbedömningsmodell inom tandvården - ett kunskapsunderlag

Bakgrund

Riskbedömningen utgör ett viktigt beslutsunderlag dels för den enskilda patientens behandlingsplan, dels för hur ofta patienten ska genomgå regelbunden undersökning (revisionsintervall). Vid en riskbedömning inkluderas risker för utveckling eller förvärring av munhålesjukdomar. Det som beaktas vid en undersökning och riskbedömning är karies, gingivit, parodontit, övriga infektioner i tand eller omkringliggande ben, förändringar i munslemhinna, samt tuggfunktion, bettfysiologi, bettutveckling, tidigare odontologiska behandlingar, salivfunktion, kostvanor, munhygien, munvårdsvanor samt allmänhälsa och allmänsjukdomar inklusive medicinering. Utöver en riskbedömning beaktas även patientens egna önskemål om estetik och funktion mm. På uppdrag av Socialstyrelsen har SBU undersökt om det finns studier, primärstudier eller systematiska översikter, som studerat/utvärderat riskbedömningsmodeller inom tandvården. Modellerna ska ge en helhetsbedömning av alla de risker som ska beaktas för patienten och modellerna ska användas av tandvården.

Metod

En smal och fokuserad litteratursökning genomfördes i databasen Medline datum 20230223 (Bilaga 1). Sökresultaten identifierade både systematiska översikter (SÖ) och primärstudier.

Den litteratur som fångades upp granskades av en projektledare på SBU.

Resultat

Litteratursökningen som fokuserade på systematiska översikter (SÖ) resulterade i 671 träffar och litteratursökningen som fokuserade på primärstudier resulterade i 5 801 träffar. Dessa gick igenom av en projektledare som efter en granskning av titel och abstracts bedömde att 4 SÖ och 37 primärstudier kunde vara relevanta. Vid en fulltextgranskning av dessa bedömdes att ingen av studierna vara relevanta. Orsaker till att de bedömdes vara irrelevanta var exempelvis att de inte studerat en modell som var avsedd att användas av tandvården eller att de endast bedömt en eller ett par riskområden, t.ex. karies eller parodontit och inte en total bedömning som ligger till grund för en behandlings- eller revisionsplan. De studier som exkluderades vid fulltextgranskning redovisas i Tabell 1.

Tabell 1 Exkluderade studier och orsaker till exklusion.

Studie (referens)	Orsak till exklusion
Chalmers 2005 [1]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Clarkson 2009 [2]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Clarkson 2021 [3]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Clarkson 2020 [4]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Clarkson 2018 [5]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Cook 2000 [6]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
D´Avila 2021 [7]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Douglass 1998 [8]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Feng 2022 [9]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Finotto 2020 [10]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Geisinger 2022 [11]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Hale 2003 [12]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Harris 2020 [13]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Ho 2022 [14]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Janzen 2003 [15]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Kirkup 2016 [16]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Klotz 2020 [17]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Kutsch 2007 [18]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Lussi 2006 [19]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Lussi 2014 [20]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Morales 2023 [21]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Nikiforuk 1997 [22]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Page 2010 [23]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Page 2004 [24]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Page 2005 [25]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Petersson 2017 [26]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Richards 2018 [27]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Richardson 2005 [28]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell

Studie (referens)	Orsak till exklusion
Riley 2013 [29]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Roberts 2000 [30]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Roberts 2000 [31]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Roberts 2000 [32]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Rollings 2021 [33]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Ronderos 2004 [34]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Slashcheva 2021 [35]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Stamm 1991 [36]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Staras 2021 [37]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Stout 2009 [38]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Twetman 2009 [39]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Twetman 2013 [40]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell
Wang 2020 [41]	Utvärderar ej riskbedömningsmodell

Referenser

1. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD. The oral health assessment tool--validity and reliability. *Aust Dent J.* 2005;50(3):191-9.
2. Clarkson JE, Amaechi BT, Ngo H, Bonetti D. Recall, reassessment and monitoring. *Monogr Oral Sci.* 2009;21:188-98. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1159/000224223>.
3. Clarkson JE, Pitts NB, Fee PA, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, et al. Examining the effectiveness of different dental recall strategies on maintenance of optimum oral health: the INTERVAL dental recalls randomised controlled trial. *Br Dent J.* 2021;230(4):236-43. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1038/s41415-021-2612-0>.
4. Clarkson JE, Pitts NB, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, Floate R, et al. Risk-based, 6-monthly and 24-monthly dental check-ups for adults: the INTERVAL three-arm RCT. *Health Technol Assess.* 2020;24(60):1-138. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3310/hta24600>.
5. Clarkson JE, Pitts NB, Bonetti D, Boyers D, Braid H, Elford R, et al. INTERVAL (investigation of NICE technologies for enabling risk-variable-adjusted-length) dental recalls trial: a multicentre randomised controlled trial investigating the best dental recall interval

for optimum, cost-effective maintenance of oral health in dentate adults attending dental

6. Cook C, Finch T, Sharma S, Girling M, Rapley T, Vernazza CR. Developing oral health risk assessment as routine practice during early stages of clinical careers: A cross-sectional study of dental students using the NoMAD questionnaire. *Eur J Dent Educ.* 2020;24(1):169-76. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/eje.12481>.
7. D'Avila OP, Harzheim E, Hauser L, Pinto LF, Castilhos ED, Hugo FN. Validation of the Brazilian version of Primary Care Assessment Tool (PCAT) for Oral Health - PCATool Brazil Oral Health for Professionals. *Cienc.* 2021;26(6):2097-108. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.23432020>.
8. Douglass CW. Risk assessment in dentistry. *J Dent Educ.* 1998;62(10):756-61.
9. Feng Y, Lu JJ, Ouyang ZY, Xue LX, Li T, Chen Y, et al. The Chinese version of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire among college students: factor structure and measurement invariance across genders. *BMC Oral Health.* 2022;22(1):405. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12903-022-02441-6>.
10. Finotto S, Bertolini G, Camellini R, Fantelli R, Formisano D, Macchioni MG, et al. Linguistic-cultural validation of the oral health assessment tool (OHAT) for the Italian context. *BMC Nurs.* 2020;19:7. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12912-020-0399-y>.
11. Geisinger ML. Optimizing the Oral Health of Patients Through Risk Assessment and Prevention. *Compendium of Continuing Education in Dentistry.* 2022;43(5):298-9.
12. Hale KJ. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics.* 2003;111(5 Pt 1):1113-6.
13. Harris R, Vernazza C, Lavery L, Lowers V, Burnside G, Brown S, et al. NIHR Journals Library. 2020;01:01. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3310/hsdr08030>.
14. Ho BV, van de Rijt LJM, Weijnenberg RAF, van der Maarel-Wierink CD, Lobbezoo F. Oral Health Assessment Tool (OHAT) deputized to informal caregivers: Go or no go? *Clin.* 2022;8(1):76-83. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/cre2.481>.
15. Janzen W, Strothmann H. Computer-assisted functional risk assessment for the dentist, dental technician, and patient. *Int J Comput Dent.* 2003;6(1):51-6.

16. Kirkup ML, Adams BN, Meadows ML, Jackson R. Development and Implementation of an Electronic Clinical Formative Assessment: Dental Faculty and Student Perspectives. *J Dent Educ.* 2016;80(6):652-61.
17. Klotz AL, Zajac M, Ehret J, Hassel AJ, Rammelsberg P, Zenthofer A. Development of a German version of the Oral Health Assessment Tool. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(1):165-72. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s40520-019-01158-x>.
18. Kutsch VK, Milicich G, Domb W, Anderson M, Zinman E. How to integrate CAMBRA into private practice. *J Calif Dent Assoc.* 2007;35(11):778-85.
19. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and preventive measures. *Monogr Oral Sci.* 2006;20:190-9. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1159/000093363>.
20. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and causal preventive measures. *Monogr Oral Sci.* 2014;25:220-9. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1159/000360612>.
21. Morales C, Henriquez F, Munoz S. Structural validity and reliability of the "Oral Health Assessment Tool" applied by speech-language therapists in a population of older Chilean people. *BMC Oral Health.* 2023;23(1):24. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12903-023-02725-5>.
22. Nikiforuk G. Optimal recall intervals in child dental care. *J Can Dent Assoc.* 1997;63(8):618-24.
23. Page J, Kidd E. Practical Suggestions for Implementing Caries Control and Recall Protocols for Children and Young Adults. *Dent Update.* 2010;37(7):422-4, 7-8, 31-2.
24. Page RC, Martin JA, Loeb CF. Use of risk assessment in attaining and maintaining oral health. *Compendium of Continuing Education in Dentistry.* 2004;25(9):657-60, 63-6, 69; quiz 70.
25. Page RC, Martin JA, Loeb CF. The Oral Health Information Suite (OHIS): its use in the management of periodontal disease. *J Dent Educ.* 2005;69(5):509-20.
26. Petersson GH, Twetman S. Relationship between risk assessment and payment models in Swedish Public Dental Service: a prospective study. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):40. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0327-4>.
27. Richards D. Are risk-based dental recalls risky? Evidence-Based Dentistry. 2018;19(4):98-9. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1038/sj.ebd.6401353>.

28. Richardson PS. Dental risk assessment for military personnel. *Mil Med.* 2005;170(6):542-5.
29. Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(12):CD004346. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004346.pub4>.
30. Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 2. *Br J Nurs.* 2000;9(18):2033-8.
31. Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 3. *Br J Nurs.* 2000;9(19):2073-8.
32. Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 1. *Br J Nurs.* 2000;9(17):1124-7.
33. Rollings L, Castle-Burrows C. Domiciliary dentistry - remote consultation and risk assessment tool. *Br Dent J.* 2021;231(12):741-6. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1038/s41415-021-3724-2>.
34. Ronderos M, Ryder MI. Risk assessment in clinical practice. *Periodontol 2000.* 2004;34:120-35.
35. Slashcheva LD, Karjalahti E, Hassett LC, Smith B, Chamberlain AM. A systematic review and gap analysis of frailty and oral health characteristics in older adults: A call for clinical translation. *Gerodontology.* 2021;38(4):338-50. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/ger.12577>.
36. Stamm JW, Stewart PW, Bohannon HM, Disney JA, Graves RC, Abernathy JR. Risk assessment for oral diseases. *Adv Dent Res.* 1991;5:4-17.
37. Staras SAS, Guo Y, Gordan VV, Gilbert GH, McEdward DL, Manning D, et al. Dental practitioners' use of health risk assessments for a variety of health conditions: Results from the South Atlantic region of The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc.* 2021;152(1):36-45. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2020.09.003>.
38. Stout M, Goulding O, Powell A. Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. *Nurs Stand.* 2009;23(49):42-8. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7748/ns.23.49.42.s55>.
39. Twetman S, Fontana M. Patient caries risk assessment. *Monogr Oral Sci.* 2009;21:91-101. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1159/000224214>.
40. Twetman S, Fontana M, Featherstone JD. Risk assessment - can we achieve consensus? *Community Dent Oral Epidemiol.*

2013;41(1):e64-70. Available from:
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12026>.

41. Wang Y, Hays RD, Marcus M, Maida CA, Shen J, Xiong D, et al. Developing Children's Oral Health Assessment Toolkits Using Machine Learning Algorithm. *JDR clin.* 2020;5(3):233-43. Available from: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/2380084419885612>.

Sökdokumentation

Medline via OvidSP 23 February 2023

Title: Dental care – risk assessment (narrow and focused search)

Search terms	Items found
Population: Stomatognathic diseases	
1. exp *Stomatognathic Diseases/	469447
2. exp *Dentistry/	311496
(dental* or dentist* or "oral health*").ti.	186637
((dental or dentist* or oral) adj (care or health or prevent*)).ab,ti.	51753
1 OR 2 OR 3 OR 4	
Intervention: Risk assessment	
(risk adj1 (assess* or based or categor* or indicat* or level* or model* or predict* or profil* or prognos* or protocol* or scor* or stratif* or system* or variab*).ab,ti. OR (predict* adj1 (model* or perform* or tool*).ab,ti. OR (assess* adj1 (protocol* or system* or tool*).ab,ti. OR (patient adj (profil or categor*).ab,ti. OR (prognos* adj1 (model* or perform* or tool*).ab,ti. OR (riskbased or riskinterval* or "score card*" or scorecard*).ab,ti. OR "early indicator* ".ab,ti. OR (recall adj (interval* or strateg*).ab,ti.	422647
Study types: systematic reviews and meta-analyses	
Systematic Review.pt. OR Meta-Analysis.pt. OR Cochrane Database Syst Rev.ja. OR ((systematic adj4 review) OR "meta analys*" OR metaanalys*).ti,ab,bt.	443591
Combined sets	
4 AND 6 AND 7	818
(1 OR 3 OR 4) AND 6	6855
Final result	
limit to (danish or english or norwegian or swedish)	671
limit to (danish or english or norwegian or swedish)	5801

Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

The final search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

.ab. = Abstract; **.ab,ti.** = Abstract or title; **.af.** = All fields; **.bt.** = Book title; **exp** = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.fs.** = Floating sub-heading, does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; **.kf.** = Author keyword; **.sh.** = Term from the Medline controlled vocabulary; **.ti.** = Title; **.xs.** = Floating sub-heading, includes terms found below this term in the MeSH hierarchy; **/** = Term from the Medline controlled vocabulary, but does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy; ***** = Focus (if found in front of a MeSH-term); *** or \$** = Truncation (if found at the end of a free text term); **.mp.** = Text, heading word, subject area node, title; **" "** = Citation Marks; searches for an exact phrase; **adjn** = Positional operator that lets you retrieve records that contain your terms (in any order) within a specified number (n) of words of each other; **?** = replaces one or no letters; **#** = replaces one letter

Bilaga 2. Socialstyrelsens litteratursökning

Beskrivning av identifierade riktlinjer

I litteratursökningen identifierades 39 studier eller riktlinjer om riskbedömningar inom tandvården. Av dessa bedöms sju riktlinjer innehålla rekommendationer eller råd med stöd om riskbedömning. Dessa riktlinjer är framtagna i England [1], Skottland [2, 3] Danmark [4], Norge [5, 6] och Finland [7].

Den engelska riktlinjen från *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publicerades 2004 [1]. Riktlinjen hålls uppdaterad och den senaste sökningen efter ny evidens utfördes 2020. Riktlinjen innehåller rekommendationer om individbaserade revisionsintervall för både barn och vuxna. Riktlinjens slutsatser är att det vetenskapliga underlaget för riskbedömning är bristfälligt, men ger rekommendationer om att intervall mellan undersökningar ska anpassas utifrån varje individs sjukdomsnivå och risk för oral ohälsa. Riktlinjen innehåller även information om faktorer som påverkar risken för utveckling av oral ohälsa. Dessa faktorer inkluderas i en checklista som tandvårdspersonal kan använda som stöd till tandvårdspersonalens kliniska erfarenhet och omdöme vid beslut om lämpligt revisionsintervall.

De skotska riktlinjerna handlar om prevention och behandling av karies hos barn och ungdomar [2, 3] Riktlinjerna är publicerade av *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) [2] och *Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme* (SDCEP) [3], som båda är delar av NHS Scotland. Delar av riktlinjen från SDCEP baseras på evidensunderlag presenterade i riktlinjen från SIGN. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om riskbedömning av karies och lämpliga intervall för undersökning. Ett antal faktorer som påverkar risk för kariesutveckling redovisas i riktlinjerna. Rekommendationerna om revisionsintervall baseras på de engelska riktlinjerna från NICE [1].

I de danska riktlinjerna från *Sundhedsstyrelsen* ges vägledning till tandvården kring bestämning av intervall mellan undersökningar [4]. Riktlinjerna publicerades 2013 och uppdaterades 2016. I de danska riktlinjerna görs en kvalitetsbedömning av de engelska och skotska riktlinjerna som nämns ovan, där den engelska riktlinjen bedöms ha tagits fram med bäst kvalitet. De danska riktlinjerna utgår därför från riktlinjerna från NICE, med viss anpassning för att passa en dansk kontext. Riktlinjen ger rekommendation om individanpassade intervall mellan undersökningar och att dessa ska baseras på aktuell nivå av oral sjukdom och risk för oral

ohälsa i kombination med tandvårdspersonalens kliniska omdöme och erfarenhet.

I Norge publicerades två riktlinjer för tandvård gällande barn och ungdomar (0–20 år) [5] respektive vuxna [6] av *Helsedirektoratet* under 2018–2019. I riktlinjerna för vuxna patienter ges en rekommendation om att tandvården bör fastställa tidpunkten för nästa undersökning utifrån patientens risk att utveckla karies, parodontit eller andra munsjukdomar, med hänvisning till de engelska och danska riktlinjerna. Riktlinjerna för barn och ungdomar är omfattande och innehåller utöver rekommendationer om riskbedömning av karies och information om vid vilka åldrar patienter bör undersökas, även stöd till tandvården i form av hur en statusundersökning bör utföras och checklistor med faktorer som påverkar risken för oral ohälsa. Dessa checklistor är utarbetade utifrån de engelska och danska riktlinjerna med viss anpassning.

Riktlinjerna från den finska läkarföreningen *Duodecim* avser prevention, diagnosticering och behandling av parodontit [7]. Riktlinjerna är inte tillgängliga för nedladdning och har därför inte granskats på heltextnivå, men innehåller enligt abstrakt information om riskbedömning av parodontit. Riktlinjerna uppdaterades 2017.

Efter dialog med de nordiska ländernas Chief Dental Officers har Socialstyrelsen även vetskap om ett pågående arbete i Finland med rekommendationer om undersökningsintervall som publiceras under våren 2024.

I denna rapport redovisas endast identifierade internationella riktlinjer. De har inte kvalitetsgranskats.

Tabell 1. Förteckning över identifierade riktlinjer

Författare, år, referens, land	Titel	Patient-grupp	Rekommendationer om...	Övrig information
<ul style="list-style-type: none"> • NICE, 2004*, England, [1] • *uppdaterades senast 2020 	Dental Recall: Recall Interval Between Routine Dental Examinations	Barn och vuxna	Undersökningsintervall (barn 3–12 månader; vuxna 3–24 månader) Riskbedömning, checklista över faktorer som påverkar risk för oral ohälsa	
SIGN, 2014, Skottland, [2]	Dental Interventions to Prevent Caries in Children (A national clinical guideline, SIGN CPG 138)	Barn	Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för karies	
SDCEP, 2018, Skottland, [3]	Prevention and Management of Dental Caries in Children (Dental Clinical Guidance, 2nd edition)	Barn	Undersökningsintervall (baseras på NICE) Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för karies	Baseras till viss del på riktlinjerna från NICE och SIGN
Sundhedsstyrelsen, 2016, Danmark, [4]	NKR: Fastlæggelse af Intervaller Mellem Diagnostiske Undersøgelser i Tandplejen (andra upplagan)	Barn och vuxna	Undersökningsintervall (12–24 månader) Riskbedömning, checklista över faktorer som påverkar risk för oral ohälsa	Utgår från riktlinjerna från NICE, med anpassning för dansk kontext
Helsedirektoratet, 2018*, Norge, [5] *uppdaterades senast 2022	Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje.	Barn (0–20 år)	Undersökningsintervall (12–24 månader) Fastslagna åldrar då barn bör undersökas Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för oral ohälsa	Utgår till viss del från riktlinjerna från NICE och Sundhedsstyrelsen
Helsedirektoratet, 2019, Norge, [6]	Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år. Nasjonale faglige råd.	Vuxna (>20 år)	Undersökningsintervall (12–24 månader)	Utgår till viss del från riktlinjerna från NICE och Sundhedsstyrelsen
Duodecim, 2010*, Finland, [7]	Update on Current Care Guidelines: Prevention, Early	Vuxna	Riskbedömning av parodontit	Ej tillgänglig i heltext

Författare, år, referens, land	Titel	Patient-grupp	Rekommendationer om...	Övrig information
*uppdaterades senast 2017	Diagnosis and Treatment of Chronic Periodontitis (engelsk titel)			

Frågeställning

Riktlinjer om riskbedömning eller revisionsintervall söktes för att kunna besvara nedanstående frågeställning:

Vilken effekt har prediktionsmodeller för att bedöma risk (riskbedömning) för oral ohälsa?

Population: Personer som besöker tandvården för undersökning (vuxna och barn, oavsett sjukdomshistorik)

Insats: Prediktionsmodeller (oavsett modell*) för att bedöma prognos/risk för oral ohälsa

Studietyper: vetenskapliga artiklar eller riktlinjer

Sökdokumentation

En sökning efter internationella riktlinjer genomfördes i december 2023. Riktlinjer söktes dels via databasen PubMed, men även genom en fristående sökning i flertalet databaser (se detaljerad information i litteratursökningsdokumentationen).

Tabell 2. Antal granskade och inkluderade artiklar/riktlinjer

Granskade och inkluderade artiklar/riktlinjer	Antal
Artiklar/riktlinjer som lästes på titel-/abstraktnivå	34
Riktlinjer som bedöms svara på frågeställningen	7

Tabell 3. Ämne: Vilken effekt har prediktionsmodeller för att bedöma risk för oral ohälsa? Guidelines

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2023-12-12, 2023-12-19

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Mouth Diseases/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Periodontal Diseases/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Tooth Diseases/prevention and control"[Mesh] OR Oral Health[Mesh] OR	138,773

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
		"Preventive Dentistry"[Mesh] OR "Dental Prophylaxis"[Mesh] OR caries prevention[tiab] OR oral disease prevention[tiab] OR oral health[tiab] OR periodontal disease*[tiab] OR periodontitis[tiab] OR tooth disease*[tiab]	
2.	FT	dental examination[tiab] OR dental check-Up*[tiab] OR visual examination[tiab] OR image-based examination[tiab] OR dental check*[tiab]	4,722
3.		1 AND 2	1,492
4.	Mesh/FT	"Risk Assessment"[Majr] OR "Risk Factors"[Mesh] OR risk-based[tiab] OR early indicators of disease[tiab] OR risk assessment[tiab] OR risk group*[tiab] OR risk of caries[tiab] OR risk[ti] OR cariogram[tiab] OR detection[tiab] OR International Caries Detection and Assessment System[tiab] OR ICDAS OR R2[tiab] OR checklist*[tiab] OR dental recall interval*[tiab] OR oral health review*[tiab] OR "intervals reviews"[tiab:~3] OR "intervals check-up"[tiab:~2]	2,631,743
5.		3 AND 4	306
6.		5 AND Filters: Guidelines	0
7.	Cadth breda filter för guidelines	Clinical pathway[mh] OR Clinical protocol[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus development conferences as topic[mh] OR Critical pathways[mh] OR Guidelines as topic[mh] OR Practice guidelines as topic[mh] OR Health planning guidelines[mh] OR guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conference, NIH[pt] OR position statement*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR best practice*[tiab] OR standards[ti] OR guideline[ti] OR guidelines[ti] OR ((practice[tiab] OR treatment*[tiab]) AND guideline*[tiab]) OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR consensus*[tiab] OR ((critical[tiab] OR clinical[tiab] OR practice[tiab]) AND (path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR protocol*[tiab])) OR recommendat*[ti] OR (care[tiab] AND (standard[tiab] OR path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR map[tiab] OR maps[tiab] OR plan[tiab] OR plans[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (screening[tiab] OR examination[tiab] OR test[tiab] OR tested[tiab] OR testing[tiab] OR assessment*[tiab] OR diagnosis[tiab] OR diagnoses[tiab] OR diagnosed[tiab] OR diagnosing[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (pharmacotherap*[tiab] OR chemotherap*[tiab] OR	

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
		chemotreatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR treatment*[tiab] OR intervention*[tiab]))	
8.		5 AND 7 Filters: Publication date from 2000- Filters: Humans	21
9.		5 AND (Guideline[pt] OR guideline*[ti])	3

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Tabell 4. Ämne: Vilken effekt har prediktionsmodeller för att bedöma risk för oral ohälsa? Guidelines

Databas: Nationella myndigheter och organisationer (se nedan) Datum: 2023-12-18- 2023-12-19

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
		Norge: (Kunnskapsenteret for helsetjenesten (del av Folkhelseinstituttet), Helsedirektoratet)	
1.		Helsedirektoratet : Helsedirektoratet (2019). Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. mai 2019, lest 13. desember 2023). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar Helsedirektoratet (2018). Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 31. mars 2022, lest 13. desember 2023). Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar	2

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
		Danmark (Indenrigs- og sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen)	
2.		Sundhedsstyrelsen: Emne: Tandsundhet, Anbefallinger, Sökord: Intervaller -NKR: Fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen (2016) -Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen (2017)	2
3.		GIN Guidelines International Network Dental intervals, Oral health, Dental recall, recall intervals English, danish Publication Scope: prevention	2
4.		SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network Topic: Mouth and Dental	0
5.		SDCEP Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme	1
6.		FDI World Dental Federation https://www.fdiworlddental.org/policy-statements	0
		Google:	
7.		"recall interval" OR "dental recall" AND guidelines. NHS England, NIH National Library of Medicine	2
		Canada:	
8.		CADTH – Canada’s Drug and Health Technology Agency: Dental and Oral Health, guidance OR guidelines	3 (0)
9.		JCDA – Canadian Dental Association Guidelines, dental recall OR dental intervals OR recall intervals OR check-up* OR dental risk assessment	0
10.		NICE (UK)	
11.		Dental recall intervals, Guidance	2

*) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Referenser

1. NICE. Dental checks: intervals between oral health reviews (CG19). NICE; 2004. Hämtad 2023-12-19 från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg19>.
2. SIGN. Dental interventions to prevent caries in children (SIGN CPG 138). 2014. Hämtad 2023-12-19 från: <https://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2014/04/SIGN138.pdf>.
3. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Management of Dental Caries in Children. 2018.
4. Sundhedsstyrelsen. NKR: Fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. 2016. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. 2018 (oppdatert 2022). Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
6. Helsedirektoratet. Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019). Nasjonale faglige råd. 2019. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.
7. Duodecim. Update on current care guidelines: prevention, early diagnosis and treatment of chronic periodontitis. 2010; 126(20):2414-5.

Bilaga 3. Faktorer som framkommit i dialog med expertgrupp

Tabell 1. Risk för Orofaciala sjukdomstillstånd som kan utgöra risk för patientens allmänna hälsa.

Sjukdomstillstånd som kan öka risken för munsjukdomar och/eller öka risk för komplikationer vid tandvårdsbehandling.

Negativa faktorer/ riskfaktorer	Positiva faktorer/ friskfaktorer
Oregelbunden tandvårdskontakt	Regelbunden tandvårdskontakt
Blödningsrisk	God egenvård/stöd för munvård
Muntorrhet	Tandvårdsstöd med låg egenavgift
Infektionsrisk	
Bristande egenvård	
Slemhinnelesioner	
Låg autonomi - behov av stöd och hjälp	
Läkemedel (tex bisfonater, blodförtunnande, salivhämmande mfl.)	
Allmänsjukdom som påverkar munhälsan direkt eller via den behandling som ges	
Tandvårdsstöd med hög egenavgift	
Kognition (svag)	
Dålig motorik (manuell, oral)	

Källa: Anknuten expertgrupp

Tabell 2. Risk för marginal parodontit.

Negativa faktorer/ riskfaktorer	Positiva faktorer/ friskfaktorer
Bristfällig plackkontroll	God plackkontroll
Klinisk fästeförlust under de senaste 5 åren	Regelbunden tandvård (parodontitundersökning tillstånd för tandkött och tandens fäste (benförlust)
% benförlust/ålder > 0.25	Ingen klinisk fästeförlust under de senaste 5 åren
Rökare	% benförlust/ålder < 0.25
Oregelbunden tandvård. Bristande eller avsaknad av parodontitundersökning tillstånd för tandkött och tandens fäste (benförlust)	icke rökare
Diabetes	
Hjärt-kärlsjukdom	

Källa: Anknuten expertgrupp

Tabell 3. Risk för kariessjukdom.

Negativa faktorer/ riskfaktorer	Positiva faktorer/ friskfaktorer
Syrabildande och syratålig microflora	Fluorid (regelbunden användning)
Mindre goda kostvanor (hög och/eller frekvent sockerkonsumtion)	God plackkontroll
Dålig plackkontroll	Regelbunden tandvård
Oregelbunden tandvård	Goda kostvanor - låg sockerkonsumtion
Hög karieserfarenhet	Låg karieserfarenhet
Sjukdomsaktivitet (kariesaktiv)	Sjukdomsaktivitet (ingen kariesaktivitet)
Ingen eller oregelbunden fluoridanvändning	

Källa: Anknuten expertgrupp

Tabell 4. Risk för orofacial smärta.

Negativa faktorer/ riskfaktorer	Positiva faktorer/ friskfaktorer
Smärtduration	
Smärta från tinning, käke eller käkled en gång/vecka eller oftare	
Smärta vid gapning eller tuggning en gång/vecka eller oftare	
Låsning eller upphakningar i käken en gång/vecka eller oftare	
Comorbiditet av smärtsamma/ icke smärtsamma allmänna tillstånd/sjukdomar (generell hypermobilitet, huvudvärk, kronisk smärta med annan lokalisering, reumatiska sjukdomar, neuropatiska sjukdomar m.fl.)	
Parafunktioner	
Ospecifika fysiska symtom i hela kroppen	
Upplevd stress	
Nedstämdhet, ångest	
Låg sömnkvalitet	

Källa: Anknuten expertgrupp

Tabell 5. Risk för kariessjukdom, trauma, bettavvikelse, tandvårdsrädsla inom pedodonti (barn- och ungdomstandvård)⁷⁵.

Negativa faktorer/ riskfaktorer	Positiva faktorer/ friskfaktorer
Protruderade överkäksincisiver (traumarisk)	Fluorid (regelbunden användning)
Syrabildande och syratålig mikroflora	God plackkontroll
Mindre goda kostvanor (hög och/eller frekvent sockerkonsumtion)	Regelbunden tandvård
Muntorrhet	Goda kostvanor - låg sockerkonsumtion
Dålig plackkontroll	Låg karieserfarenhet
Oregelbunden tandvård	Sjukdomsaktivitet (ingen kariesaktivitet)
Hög karieserfarenhet	Lågt intag av sura födoämnen
Sjukdomsaktivitet (kariesaktiv)	
Högt intag av sura födoämnen	
Negativ erfarenhet av tidigare tandvård	
Mineraliseringsavvikelse	
Avvikande eruptionsmönster (riktning tänder växer)	
Övertal/undertal av tandantal	

Källa: Anknuten expertgrupp

⁷⁵ Det finns också riskfaktorer som har att göra med att vara just barn, exempelvis fysisk och mental utveckling och ej fullständig utvecklad balans som kan bidra till ökad risk för tandtrauma. Även lekar och sportaktiviteter som är vanligare i den åldern bidrar till risk för trauma.

Bilaga 4. Hälsoekonomiska resonemang

Den här bilagan är skriven av hälsoekonomer Thomas Davidson och Victor Abdalla vid Linköpings universitet.

Enligt regeringsuppdraget ska kostnadsberäkningar för att genomföra eventuella föreslagna insatser redovisas. Inom ramen för uppdraget ingår att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning. Då Socialstyrelsens redovisning inte inkluderar några konkreta förslag på utformningen av en modell lämnas inga kostnadsberäkningar i redovisningen av uppdraget.

I regeringsuppdraget framgår att eventuella förslag ska vara ändamålsenliga och kostnadseffektiva, rymmas inom befintliga ekonomiska ramar och inte medföra ökade kostnader inom ramen för det allmänna tandvårdsbidraget eller för det statliga tandvårdsstödet i övrigt. Det står också att eventuella förslag ska utformas så att riskerna för felaktiga utbetalningar minimeras. I det här kapitlet förs resonemang om möjliga konsekvenser av att införa en nationell modell för riskbedömning med nuvarande statliga tandvårdsstöd.

Staten stod för cirka 6,8 miljarder av den totala kostnaden för tandvård (31,5 miljarder) år 2021⁷⁶. Det statliga tandvårdsstödet tre delar omfattade cirka 2,1 miljarder kronor för ATB, cirka 67 miljoner kronor för STB och cirka 4,7 miljarder för högkostnadsskyddet.

Stöden gäller alla över 23 år då yngre individer har tillgång till avgiftsfri tandvård, som indirekt är finansierad av staten. Resonemangen inom detta uppdrag handlar således primärt om omfördelning från statens budget för avgiftsfri tandvård, hur tandvårdsstödet skulle kunna utvecklas för vuxna samt omfördelning av resurser mellan de olika stöden.

Tandvårdsstödet är utformat så att alla över 23 års ålder kan nyttja ett ATB om 300 eller 600 kronor per år, och stödet kan sparas i två år. Syftet med bidraget kan tänkas vara en uppmuntran för individer att genomgå en undersökning inom 24 månader, och att bidraget ska ersätta den största delen av detta⁷⁷. STB hjälper patienter som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning har behov av regelbunden förebyggande tandvård.

⁷⁶ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 - avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2023.

⁷⁷ Syftet med ATB var att uppmuntra regelbunden tandvårdskontakt. Man såg också en poäng med högre ersättning för unga så att den höga besöksfrekvensen från barntandvården bibehålls. Detta leder till att friska patienter uppmuntras att besöka tandvården, vilket går stick i stäv med nya NR för tandvård som vill att resurser fokuserar på de som har behov av tandvård, friska ska komma mer sällan.

Bidraget är 600 kronor per halvår. Högkostnadsskyddet fungerar så att det täcker 50 procent av alla kostnader över 3000 kronor under ett år samt 85 procent av alla kostnader över 15 000 kronor under ett år. Dock ersätts endast kostnader upp till referenspriset och inte de kostnader som eventuellt överstiger referenspriset⁷⁸. Alla åtgärder ersätts dock inte inom tandvård, exempelvis kan rent kosmetiska åtgärder bedömas falla utanför högkostnadsskyddet.

På grund av att ATB är ett bidrag som lämnas prospektivt, och en riskbedömning är en prospektiv utsägelse om en patients risk för att i framtiden utveckla eller förvärra sjukdomar, skador och tillstånd i munnen, är fokus i det här kapitlet på resonemang om förändringar av ATB. Resonemangen om förändringar av ATB inkluderar resonemang om möjliga omfördelningar inom övriga statliga stöd.

Prioriteringsprinciper

Inom hälso- och sjukvården används tre grundläggande etiska principer som utgångspunkt när offentliga resurser ska prioriteras. Dessa principer ingår i den så kallade etiska plattformen, vilken togs fram genom den statliga utredningen *Vårdens svåra val* (SOU, 1995:5). Principerna infogades i hälso- och sjukvårdslagen 1997 och styr sedan dess hur hälso- och sjukvårdens resurser inom offentligt finansierad vård ska fördelas.

Nedan finns en kort beskrivning av respektive princip.

Människovärdesprincipen betonar att varje individ har inneboende värde och rätt till respekt och värdighet oavsett hälsotillstånd, ålder, kön eller andra faktorer. Patienters lika värde och integritet ska bevaras och respekteras. Prioritering får därför inte göras utifrån patienters kön, kronologiska ålder, förmåga att arbeta etc.

Behovs-solidaritetsprincipen betonar vikten av att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehovet. Principen föreskriver att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Enligt principen ska behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda särskilt beaktas.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att resurserna inom hälso- och sjukvården bör användas på ett effektivt sätt för att maximera

⁷⁸ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 - avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2023.

resultatet och nyttan för patienterna och för att hushålla med hälso- och sjukvårdens begränsade resurser.

I utredningen framgår det att principerna är lexikaliskt ordnade så att människovärdesprincipen är viktigast, därefter behovs-solidaritetsprincipen och sist kostnadseffektivitetsprincipen. I daglig praxis appliceras detta så att behandlingar för tillstånd som bedöms som allvarliga får kosta mer per vunnna effekt än behandlingar för tillstånd som är mindre allvarliga.

Tandvården omfattas dock inte av denna plattform. Tandvården diskuterades i utredningen men lyftes medvetet ur. Principerna är heller inte inskrivna i Tandvårdslagen och det finns därmed inget krav att tandvården ska följa dessa principer. Men hos flera aktörer finns en målsättning att applicera den etiska plattformen även inom tandvården. Exempelvis utgår Socialstyrelsen från den etiska plattformen när nationella riktlinjer inom tandvården tas fram, och många regioner strävar efter att prioritera sina resurser i enlighet med dessa principer. Vidare föreslog den statliga utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) att de etiska principerna även bör införas inom tandvård.

Prioriteringar och ATB

ATB är inte behovsbaserat utan ges istället lika till alla, utifrån ålder. Eftersom bidraget är lika för alla oavsett behov krockar ersättningsmodellen med behovs-solidaritetsprincipen som säger att prioriteringar ska göras till dem med störst behov. Vidare krockar det med människovärdesprincipen då vissa åldersgrupper favoriseras genom högre bidrag. Ersättningssystemet riskerar att leda till att vissa individer besöker tandvården för basundersökning tidigare än vad de behöver, för att bidraget inte ska gå förlorat.

Beräkningar för hypotetiska scenarion

Som tidigare nämnts lämnas inga konkreta förslag i redovisningen av uppdraget och därför lämnas inte heller några tillhörande kostnadsberäkningar. Det är dock möjligt att ställa upp några alternativa scenarion som grund för hypotetiska kostnadsberäkningar. Nedan redovisas fyra sådana scenarion. För jämförelse redogörs också för dagens situation.

0. Dagens situation
1. Förbättrad riskjustering i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer
2. Utglesning av ATB
3. Avveckling av ATB

4. Avveckling av kostnadsfri tandvård mellan 19 och 23 års ålder

Dessa scenarion och tillhörande hälsoekonomiska aspekter redovisas och diskuteras i de kommande delarna.

0 – Dagens situation

Dagens situation har översiktligt beskrivits ovan. Utöver det statliga tandvårdsstödet kan även individer i åldersgruppen 19–23 som i dagsläget nyttjar fri tandvård beaktas. Finansieringen för denna åldersgrupp bekostas indirekt av staten genom ett utökat statsbidrag till regionerna på 576 miljoner kronor.

Dagens situation innebär således en kostnad för staten på drygt 6,8 miljarder kronor där den största posten är högkostnadsskyddet. Kostnaden blir cirka 7,4 miljarder om man räknar in statens kostnader för åldersgruppen 19–23 år.

Scenario 1 – Förbättrad riskjustering

Förbättrad riskjustering, att patienter besöker tandvården för basundersökning i enlighet med de nationella riktlinjerna, skulle leda till ett mer effektivt användande av resurser inom tandvården. På lång sikt borde det också medföra lägre kostnader, med eventuellt ökade kortsiktiga kostnader. Exempelvis skulle fler individer med hög risk kunna identifieras och få förebyggande åtgärder, och samtidigt skulle fler individer med låg risk kunna identifieras, för vilka onödiga åtgärder skulle kunna undvikas. Socialstyrelsen har utformat nationella riktlinjer för revisionsintervall mellan basundersökningar. Riktlinjerna rekommenderar att individer med låg risk bör undersökas med 24–36 månaders mellanrum, och individer med hög risk med 12–18 månaders mellanrum (Socialstyrelsen, 2022)⁷⁹.

Kvalitetsregistret SKaPa samlar in statistik om riskbedömningar och revisionsintervall. Idag är samtliga folktandvårdsorganisationer samt 826 privata mottagningar anslutna. Statistik från 2022⁸⁰ tyder på att det föreligger liten skillnad mellan bedömd riskgrupp⁸¹ och revisionsintervall, se tabell 1. För att de rekommenderade revisionsintervallen ska följas bör

⁷⁹ Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

⁸⁰ Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2022. Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit; 2023.

⁸¹ Riskgrupperingen är baserad på data från de beslutsstöd som klassificerar patienter i riskgrupper och rapporterar in data till SKaPa.

individer i det aktuella urvalet som klassats med hög risk ha kortare revisionsintervall⁸².

Tabell 1. Medelvärde av antal månader mellan basundersökning.

Sorterat på ålder och riskgrupp, år 2022.

Åldersgrupp	Låg riskgrupp	Måttlig riskgrupp	Hög riskgrupp
24-49 år	27,4	23,7	21,8
50-79 år	26,3	23,0	21,4
80 år och äldre	25,3	22,7	21,2

Källa: SkaPa 2023

Dagens metoder för prediktion av karies och parodontit har svag prediktiv förmåga hos individer som tidigare inte haft sjukdom (Havsed et al, 2023)⁸³, men metoderna är bättre på att klassificera risk hos individer som tidigare varit sjuka (Mejåre et al, 2014)⁸⁴. Detta försvårar arbetet med att hitta ändamålsenliga revisionsintervall för undersökningar. Vidare skapar det utmaningar för att använda en prospektiv ersättningsmodell som förlitar sig på tillförlitligheten i prediktionsmodellerna. För att minimera risken för felaktiga utbetalningar skulle istället ersättningsmodellen kunna vara retrospektiv. Exempelvis kan medel som idag används för ATB och STB omfördelas till högkostnadsskyddet där kostnader betalas ut retroaktivt utifrån det behov som uppstått. Alternativt, eller simultant, kan resurser öka till arbetet med sjukdomsförebyggande åtgärder. Detta skulle troligtvis leda till att färre behöver högkostnadsskyddet på lång sikt, vilket i sin tur troligtvis skulle leda till lägre totala kostnader för tandvård.

Scenario 2 – Utglesning av ATB

Nedan följer exempel på hur ATB skulle kunna glesas ut för att harmonisera med nationella riktlinjers rekommendation om att individer med låg risk bör besöka tandvården för en basundersökning upp till vart tredje år.

- Om ATB istället erbjuds vart tredje år, men fortfarande med samma belopp som tidigare betalats ut under en tvåårsperiod (2x300 kronor eller 2x600 kronor), skulle detta ta bort eventuella incitament att gå till tandvården för en ny basundersökning tidigare än vad riktlinjerna rekommenderar för lågriskpatienter, och samtidigt spara upp till 700 miljoner kronor per år, allt annat lika. Detta skulle dock ha en negativ

⁸² Revisionsintervallet påverkas av både behandlarens bedömning, patientens önskemål och till syvende og sist när patienten väl kommer till tandvården.

⁸³ Havsed, K., Hänsel Petersson, G., Isberg PE., Pigg M., Svensäter, G., the Foresight Research Consortium & Rohlin, M (2023). Multivariable prediction models of caries increment: a systematic review and critical appraisal. *Systematic Reviews*, 12(202).

⁸⁴ Mejåre, I., Axelsson, S., Dahlén, G., Espelid, I., Norlund, A., Tranæus, S., & Twetman, S. (2014). Caries risk assessment. A systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica*, 72, 81–91.

påverkan på incitamenten för högriskpatienter att oftare besöka tandvården. Besparingen på 700 miljoner kronor förväntas bli något lägre då åtgärden skulle ge ökade incitament att utnyttja sitt berättigade ATB. Besparingen på ATB hade kunnat omfördelas till högkostnadsskyddet eller subvention av sjukdoms- och orsaksförebyggande åtgärder. Ett tillskott om 700 miljoner kronor skulle bli ett tillskott på cirka 15 procent av resurserna i högkostnadsskyddet.

- Om ATB skulle betalas ut en gång vart tredje år som beskrivet ovan, men att bidraget justeras för att exakt täcka referenspriset för en basundersökning genomförd av en tandhygienist skulle det medföra en kostnadsbesparing per utbetalning på 19 procent (730 kronor i stället för 900 kronor över en treårsperiod) för åldersgruppen 30–64, och 59 procent för åldrarna 24–29 samt de över 64 år (730 kronor i stället för 1800 kronor över en treårsperiod). Som ovan förväntas den totala besparingen dock bli lägre, eftersom fler förväntas utnyttja sitt bidrag. Överskottet från besparingen hade kunnat omfördelas till högkostnadsskyddet eller subvention av sjukdoms- och orsaksförebyggande åtgärder.
- Om ATB skulle glesas ut beroende på varje individs bedömda risk för sjukdom, tillstånd eller skada i munnen skulle bättre effektivitet i bidraget nås, men på grund av osäkerheten i dagens prediktionsmetoder kan det vara utmanande, särskilt med hänsyn till att antalet felaktiga utbetalningar önskas minimeras.

Scenario 3 – Avveckling av ATB

Om ATB skulle avvecklas skulle detta frigöra cirka 2,1 miljarder kronor av statens resurser årligen. Om detta i sin tur skulle minska det sjukdomsförebyggande arbetet kan det på sikt leda till ökade kostnader för behandling, men troligen inte i motsvarande storlek som besparingen. Om besparingen på ATB i stället läggs på högkostnadsskyddet och subvention av sjukdoms- och orsaksförebyggande insatser skulle resurserna troligtvis omfördelas till individer med relativt sämre tandhälsa och relativt högre utgifter. Om besparingen på 2,1 miljarder skulle läggas på högkostnadsskyddet skulle detta generera ett tillskott på 45 procent.

År 2022 nyttjade 1,2 miljoner individer högkostnadsskyddet⁸⁵. Slår man ut besparingen av att avveckla ATB (2,1 miljarder kronor) på dessa individer blir det 1 776 kronor per mottagare, per år. Därmed hade golvet för när högkostnadsskyddet infaller kunnat sänkas. Det skulle i sin tur kunna ge incitament att överbehandla individer med låg risk. Nedan följer exempel på hur pengarna hade kunnat fördelas i stället.

⁸⁵ Försäkringskassans statistikdatabas. Försäkringskassan; 2024. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/tand/tand-allmant>.

- Subvention av de kostsammaste åtgärderna som idag erbjuds inom tandvården⁸⁶ där åtgärder har sorterats utifrån högst kostnad. De kostar mellan 5 640 och 38 130 kronor när de genomförs inom allmäntandvården år 2022 enligt referensprislistan. Samma år uppgick kostnaderna för dessa åtgärder till ca 2,2 miljarder kronor. Dessa åtgärder hade således kunnat subventioneras antingen helt eller i större utsträckning, för att täcka det odontologiska behovet för de kostsammaste åtgärderna. Pengarna hade också räckt till att subventionera de kostsammaste åtgärderna i nästa segment, koderna mellan 806 och 863, med ytterligare 50 procent jämfört med idag. Alternativt hade de åtgärder som är kopplade till förebyggande av sjukdom och orsaksinriktad behandling kunna subventioneras i större utsträckning. Det skulle kunna minska kostnader för tandvård på lång sikt. Ett annat alternativ hade kunnat vara att individer med högst totala utgifter under en viss tidsperiod kan få rätt till ökad subvention.
- Nästa exempel bygger på ovanstående resonemang, men utöver kostnader beaktas även individers ekonomiska förmåga. För trots att ovanstående exempel skulle tillgodose det odontologiska behovet väl hos individer med högst kostnader, kan det ändå stänga ute individer med låg ekonomisk förmåga. Det skulle kunna utgöra ett hinder för individer att få förebyggande åtgärder, något som i längden kan bli väldigt kostsamt. Enligt detta exempel hade Försäkringskassan kunnat pröva individens ekonomiska förutsättningar i relation till deras utgifter för tandvård. Detta skulle dock i sin tur leda till merarbete för Försäkringskassan.

Scenario 4 – Avveckling av kostnadsfri tandvård mellan 19 och 23 års ålder

Sedan ett flertal år har tandvård getts utan kostnad till unga vuxna mellan 19 och 23 års ålder (och ännu högre åldrar i vissa regioner). Ambitionen har möjligen varit att inte tappa unga vuxnas kontinuitet i tandvården i samband med att de kanske flyttar hemifrån eller har låg inkomst till följd av exempelvis studier. Men att prioritera utifrån kronologisk ålder går emot människovärdesprincipen i den etiska plattformen. Dessutom går prioritering av unga vuxna antagligen även emot behovs-solidaritetsprincipen då unga vuxna generellt har relativt bättre munhälsa. Det är viktigt att tänka på att de resurser som används för denna grupp har ett alternativt användningsområde.

Som tidigare nämnts, finns det möjlighet att omprioritera 576 miljoner kronor per år genom att avskaffa fri tandvård för åldersgruppen 19–23 år. De frigjorda medlen skulle exempelvis kunna användas för att utöka högkostnadsskyddet.

⁸⁶ Åtgärder med kod 815–863 i referensprislistan.

Hur kan högkostnadsskyddet utökas?

I de tidigare nämnda scenarierna, där resursomfördelning nämns, diskuteras möjligheten att omfördela medlen till högkostnadsskyddet, utan att statens totala kostnad för tandvård ökar. Givet korrekta riskbedömningar skulle det gå att omprioritera resurser till individer med stora behov och höga kostnader. Vidare diskuteras en eventuell satsning på åtgärder för sjukdomsförebyggande och orsaksinriktad behandling. En rapport från TLV⁸⁷ redovisar att individer i samma ålder i genomsnitt nyttjar högkostnadsskyddet i liknande grad oavsett inkomstgrupp. Dock är det sannolikt att högkostnadsskyddet i dess nuvarande utformning inte når individer vars behov och ekonomiska utmaningar är så omfattande att de inte har regelbunden kontakt med tandvården, och eftersom att uppleva dålig munhälsa ofta har samband med låg inkomst är det viktigt att ta hänsyn till denna grupp. Ett ersättningssystem som tar hänsyn till individernas ekonomiska förmåga skulle kunna bistå denna grupp att få den tandvård de behöver.

Om mer resurser läggs på högkostnadsskyddet kan det utökas på olika sätt:

1. Lägre gräns för när ersättning börjar betalas ut
2. Större andel av kostnaden som ersätts
3. Att högkostnadsskyddet utgår från varje individs ekonomiska förutsättningar
4. Fler åtgärder ingår i högkostnadsskyddet
5. Faktiska priser i stället för referenspriser

Det första alternativet innebär att kostnader under 3 000 kronor börjar täckas av högkostnadsskyddet. Detta bedöms vara enklast att införa, men som tidigare nämnts finns en risk att det kommer leda till överbehandling av lågriskpatienter.

Det andra alternativet kan utformas på flera sätt. Exempelvis hade subventionsgraden kunnat öka för specifika åtgärds-koder, eller genom att en viss grad av totala utgifter under en period ersätts. Utmaningen blir att identifiera vilka åtgärds-koder som bör subventioneras ytterligare, och i vilken grad. Alternativt blir utmaningen att identifiera hur mycket av en individs totala utgifter som kan ersättas och under vilken period. Möjligen är en kombination av varianterna önskvärd.

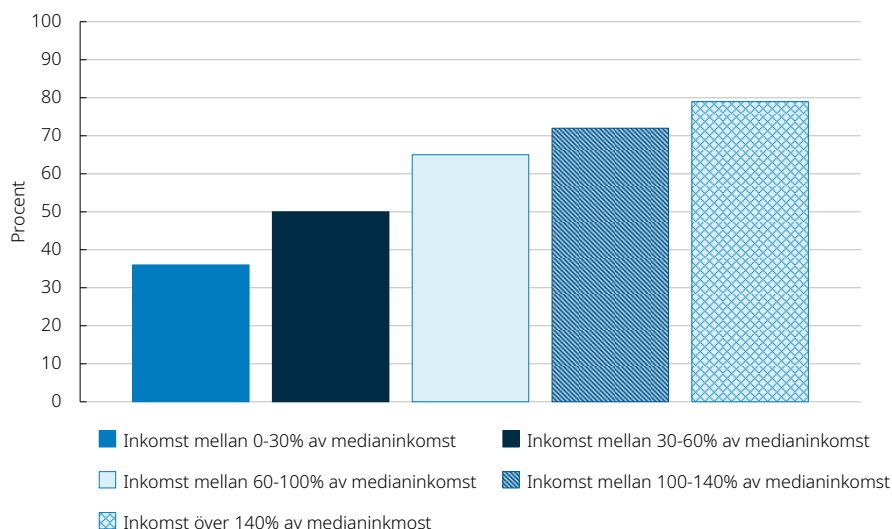
Det tredje alternativet bygger på föregående resonemang, men här relateras individens kostnader till deras ekonomiska förmåga. Det skulle innebära att individer med relativt stora odontologiska behov och låga inkomster får lägre kostnader. Ersättningssystemet skulle samtidigt leda till att individer

⁸⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2014.

med stora odontologiska behov och höga inkomster får relativt högre utgifter. Utmaningen är att identifiera hur subventionen kan utformas och hur den förhåller sig till inkomst.

Alternativ två och tre bedöms vara de som bäst överensstämmer med den etiska plattformen, men är också de som kräver mest resurser för att genomföras och upprätthållas, exempelvis genom merarbete för Försäkringskassan. I Figur 1 framgår andelen individer som, inom respektive inkomstgrupp, nyttjar ATB. Figuren visar att de med bättre ekonomiska förutsättningar i högre grad utnyttjar ATB jämfört med de med lägre inkomster. Samtidigt indikerar data från TLV att individer i samtliga inkomstgrupper nyttjar högkostnadsskyddet i liknande grad. Vidare tros god tandhälsa korrelera positivt med socioekonomiska faktorer, såsom högre inkomster, särskilt när det gäller karies (Costa et al. 2012)⁸⁸. Därmed går det att konstatera att dagens ersättningsmodell slår fel utifrån den etiska plattformen.

Figur 1. Andel mottagare av ATB i befolkningen, uppdelat på inkomstgrupper⁸⁹



Källa: Försäkringskassan

Alternativ fyra bygger på att fler åtgärder inom tandvården ersätts genom högkostnadsskyddet. Idag ingår inte per automatik alla åtgärder som kan utföras i tandvården. Alternativ fem innebär att priser som tandvårdskliniker sätter inom ramen för fri prissättning ersätts även om de överstiger

⁸⁸ Costa, Simone M., Carolina C. Martins, Maria de Lourdes C. Bonfim, Lívia G. Zina, Saul M. Paiva, Isabela A. Pordeus, and Mauro H. N. G. Abreu. 2012. "A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9, no. 10: 3540-3574. <https://doi.org/10.3390/ijerph9103540>.

⁸⁹ Intervallen i diagrammet innebär att en person med den exakta andelen i ett intervall hamnar i den högre inkomstgruppen, till exempel hamnar en person med exakt 30 procent av medianinkomsten i gruppen 30 till 60 procent av medianinkomsten.

referensprislistan. Båda dessa alternativ bedöms vara mindre relevanta och skulle kunna leda till att mindre effektiva metoder används eller att fler kosmetiska åtgärder genomförs och finansieras. Vidare kan ersättning av faktiska priser leda till ökade kostnader för staten.

Gemensamt för samtliga alternativ är att eventuell utformning kommer kräva utökade analyser.

Incitamentsanalys

Incitament är en benämning på åtgärder som har som syfte att uppmuntra ett särskilt beteende. Incitament belönar ett visst beteende och kan vara av olika slag. Både individer och organisationer agerar givetvis olika på olika typer av incitament, men här analyseras hur olika aktörer förväntas agera utifrån olika förutsättningar. De aktörer som diskuteras är individer, utförare inom tandvården samt staten. Frågeställningen är: i vilken riktning förväntas aktörerna agera avseende tandvård utifrån dagens situation respektive hypotetisk förändring av det statliga stödet?

Individer förväntas i viss grad bli påverkade av ATB men främst av kallelser eller problem med tänderna. För några individer fungerar ATB sannolikt som ett sätt att göra regelbundna basundersökningar, men dessa incitament kan hos vissa leda till övernyttjande av tandvården då man vill använda sitt ATB innan det försvinner. De individer som inte känner till ATB kan påverkas indirekt genom att tandvården kallar till undersökning i tid så att individens ATB kan nyttjas. Införande av styrning genom riskbedömning, samt eventuellt införande av den etiska plattformen, skulle troligtvis leda till bättre proportion mellan kallelser för undersökning och odontologiskt behov. Det går att argumentera för att individernas incitament kanske inte behöver påverkas, utan att de kommer uppsöka tandvård när de behöver. Det antagandet ställer dock höga krav på individens kunskap om sin munhälsa. Detta krav är troligtvis för högt, särskilt då varje individs munhälsa påverkas av många faktorer, så som komorbiditet, ärftliga faktorer, kost och rengöringsteknik. Vidare skulle detta synsätt framförallt drabba de som idag inte har regelbunden kontakt med tandvården.

Ekonomiska mekanismer som hjälper dem att stå emot frekvent undersökning av lågriskpatienter skulle kunna undersökas, likaså mekanismer som ger dem incitament att istället behandla högriskpatienter. Ersättningsmodellen skulle kunna utvecklas med positiva incitament, där tandvårdsutförare som följer nationella riktlinjer (när det är möjligt), gynnas. Negativa incitament såsom minskad ersättning till aktörer som med uppsåt bryter mot riktlinjerna skulle kunna vara ett alternativ. Lagstiftning, i form av en etisk plattform för tandvård, skulle kunna vara ett annat tillvägagångssätt. Eventuella förslag skulle även kunna kombineras, men konsekvenserna bör vidare utredas.

Eftersom resurser i samhället är begränsade, behöver staten ha inflytande över hur statliga resurser fördelas. Som tidigare nämnts, har staten utifrån den etiska plattformen tagit ställning till hur resurser bör fördelas inom hälso- och sjukvården. Trots att plattformen inte direkt tillämpas inom tandvården, kan liknande resonemang användas för att vägleda resursfördelningen inom detta område. Ett mål skulle kunna tänkas vara att sänka dagens relativt höga utgifter hos individer på 57 procent för tandvård, och närma sig utgiftsandelen som idag finns för hälso- och sjukvård på 13 procent. Utifrån antaganden om att nya resurser från staten inte kan tillföras, skulle en variant av alternativ tre eller fyra, eller en kombination av dessa, i förslagen om utvidgningen av högkostnadsskyddet kunna vara en början på en sådan lösning. Trots att de totala kostnaderna för samtliga individer möjligen inte hade minskat på kort sikt, hade utgifter i relation till inkomst minskat för de med lägst ekonomisk förmåga. En sådan insats skulle vara i linje med konstaterande från utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8). På samma tema är det troligt att staten önskar att de som saknar regelbunden kontakt med tandvården etablerar det. Delvis för att det skulle öka jämlikheten, men också för att dessa individer kan bli produktivare utan potentiella smärtor, samt att de inte skulle behöva lika kostsamma framtida åtgärder om de fick förebyggande insatser efter behov. Hur man når denna grupp behöver dock utredas vidare.

Slutsatser hälsoekonomiska aspekter

Statens utgifter för tandvårdsstöd är cirka 7 miljarder kronor. Givet att denna utgift inte får utökas kan inte ett mål om tandvård utifrån odontologiskt behov för alla uppnås. Det finns dock möjligheter att tillgängliggöra tandvård för den grupp individer som idag väljer bort tandvård av ekonomiska skäl. Fördelarna med att göra tandvården mer tillgänglig skulle på sikt kunna leda till en friskare befolkning som i sin tur skulle leda till färre följsjukdomar.

Ett sätt att nå denna grupp skulle kunna vara ett avskaffande, eller kraftig minskning, av ATB tillsammans med en utvidgning av högkostnadsskyddet. Data visar att en sådan åtgärd skulle omfördela resurser jämnt till samtliga inkomstgrupper⁹⁰. Nedprioritering av ATB skulle kunna leda till negativa konsekvenser såsom minskade incitament till förebyggande vård för vissa individer, men den positiva effekten för låginkomstgrupper tros överväga. Vidare hade en sådan omprioritering närmast tandvården de prioriteringsprinciper som gäller inom hälso- och sjukvården.

⁹⁰ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2014.

Sammanfattningsvis har denna analys identifierat möjligheter för att utforma ett framtida ersättningssystemet som gör tandvården mer lik hälso- och sjukvården utan att nya medel fördelas från staten. Ersättningssystemets utformning behöver dock utredas vidare. Nedan summeras några frågeställningar som skulle kunna analyseras vidare i en sådan utredning.

1. Bör ersättningsmodellen övergå till retrospektiv utbetalning av bidrag tills det finns en validerad riskbedömningsmetod för sjukdom?
 - Det skulle troligtvis innebära en nedprioritering av ATB som idag är en typ av prospektiv ersättningsmodell. Detta skulle troligtvis minimera graden av felaktiga utbetalningar utifrån odontologiskt behov.
2. Bör subventionsgraden för sjukdomsförebyggande behandling samt orsaksinriktade åtgärder öka?
 - Det skulle troligen leda till att individer tidigare kan nyttja tandvård och därmed på sikt undvika omfattande och kostsamma åtgärder.
3. Bör subventionsgraden inom högkostnadsskyddet öka för de individer som har högst utgifter för tandvård i relation till deras inkomst?
 - Det skulle troligen leda till att fler som har stora behov och utgifter uppsöker tandvård. En sådan åtgärd skulle gynna den grupp som idag saknar regelbunden kontakt med tandvården.
4. Bör styrning av tandvårdsutförare genom ekonomiska incitament eller genom lagstiftning införas?
 - Det skulle troligtvis leda till en minskning av felaktiga utbetalningar, men samtidigt kräva mycket resurser att genomföra.



Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården (artikelnr 2024-4-9000) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.