

Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa

Förslag om att använda tandhälsoregistret
som datakälla

Artikelnr: 2008-107-3

Publicerad: www.socialstyrelsen, mars 2008

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2007 års verksamhet i uppdrag att ”tillsammans med bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting se över metoderna för att samla in statistik avseende tandhälsa hos barn och ungdomar samt utarbeta förslag till förbättringar”. Uppdraget skulle ursprungligen redovisas senast den 31 december 2007, men efter en begäran från Socialstyrelsen om förlängd utredningstid har regeringen beslutat att uppdraget i stället ska redovisas senast 29 februari 2008, vilket framgår av regleringsbrevet för 2008 års verksamhet.

Enligt en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har arbetet bedrivits som ett projekt inom Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsen som rapporterar uppdraget till regeringen. Sveriges Kommuner och Landsting har ingått i den projektgrupp som arbetat med uppdraget.

Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsavdelning har haft huvudansvar för uppdraget och projektledare har varit Urban Göransson. Socialstyrelsens övriga representanter i projektgruppen har varit Urban Allard (Tillsynsavdelningen), Marianne Appelquist (Hälso- och sjukvårdsavdelningen) och Curt-Lennart Spetz (Epidemiologiskt centrum). Sveriges Kommuner och Landsting har representerats av Thomas Rostock och Håkan Vestergren samt av Tommy Johansson från Örebro läns landsting.

Kjell Asplund

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	10
Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar	10
Internationell rapportering	11
Socialstyrelsens förslag till översyn	11
Pågående arbeten i omvärlden	11
Tandvårdsutredning och förslag om tandhälsoregister	11
SKaPa	12
SBU-rapporter	12
ULF	13
Nationella folkhälsoenkäten	13
Rapporter från landsting	13
Kariesindex	14
Några angränsande arbeten inom Socialstyrelsen	15
Nationell strategi för ”God vård”	15
Öppna jämförelser	15
Nationella riktlinjer	15
Nationell informationsstruktur	15
<i>Uppdragets syfte och genomförande</i>	17
Uppdraget	17
Syfte	17
Några frågeställningar	17
Metod och genomförande	18
<i>Seminarium om tandhälsostatistik</i>	19
<i>Problembeskrivningar</i>	20
Jämförbarhet av data	20
Begränsad beskrivning av tandhälsa	20
Begränsad beskrivning av karies	20
Utveckling av sjukdomsbegreppet	21
Alla undersöks inte varje år	21
<i>Framtida statistikredovisning</i>	22
Utgångspunkt för en framtida statistikredovisning	22
Syftet med statistiken	22
<i>Ett samlat tandhälsoregister</i>	23
Hälsodataregister	23

Fördelar med ett tandhälsoregister	23
Jämförbarhet av data	24
Begränsad beskrivning av tandhälsan	24
Den begränsade beskrivningen av karies	24
Alla undersöks inte varje år	25
Utveckling av sjukdomsbegreppet	25
Begränsningar med ett tandhälsoregister	25
Statistik behöver bra klassifikationer	26
<i>Behov av data till tandhälsoregistret</i>	<i>27</i>
Data från vårdgivarna	27
Data från SCB	29
Sammanfattande tabell	29
<i>Från journal till register</i>	<i>30</i>
Några viktiga författningar på området	30
Informationsvägar	30
Via Försäkringskassan	31
Via respektive landsting (motsvarande)	31
Via kvalitetsregistret SKaPa	32
Direkt från vårdgivarnas patientjournal	33
Sammanfattande bedömning	33
<i>Socialstyrelsens förslag</i>	<i>35</i>
Uppgifter om barn i tandhälsoregistret	35
Överföring av data från journal till register	35
Uppgifter i registret	36
Diagnos – och åtgärdsklassificering	36
Enkätundersökning i avvaktan på ett register	36
<i>Avslutning</i>	<i>38</i>
<i>Referenser</i>	<i>40</i>

Sammanfattning

Socialstyrelsen har tidigare haft regeringens uppdrag att årligen redovisa tandhälsan hos barn och ungdomar t.o.m. 19 år och har gjort sådana redovisningar sedan 1985. Redovisningarna har grundat sig på enkätundersökningar till landstingen. Den senaste redovisningen publicerades 2006 och omfattade siffror för 2005.

Redovisningarna har innehållit mått på antal och andel kariesfria barn, medelvärden för vissa kariesmått samt ett index för dem som har flest kariesskador. Siffrorna har gällt vissa utvalda åldersgrupper och visats på nationell nivå och dessutom presenterats uppdelade på län, respektive kön. Redovisningarna har inte innehållit uppgifter om andra tandsjukdomar eller om tandhälsa i ett vidare perspektiv och har därmed inte gett en fullständig bild av barn och ungdomars tandhälsa. Socialstyrelsen har i den senaste redovisningen redogjort för undersökningens brister som utöver den begränsade beskrivningen av tandhälsan också bl.a. handlat om ett relativt stort svarsbortfall.

Den metod som använts för hittillsvarande statistikredovisningar (enkäter till landstingen) är begränsande. Det går att utveckla enkätens frågeområden och därmed också att utveckla statistiken, men det är en resurskrävande väg att gå.

Inom det övriga hälso- och sjukvårdsområdet arbetar Socialstyrelsen med statistik som bl.a. baseras på de hälsodataregister som myndigheten ansvarar för. Riksdagen kommer under våren 2008 att behandla regeringens förslag om en ny tandvårdsreform som planeras träda ikraft i juli 2008. Som ett led i denna reform föreslår regeringen ett hälsodataregister på tandvårdsområdet, tandhälsoregistret. Det som planerats för det kommande tandhälsoregistret är att det endast ska innehålla uppgifter om personer och åtgärder som omfattas av det statliga ersättningssystemet, vilket innebär att registret enbart kommer att innehålla uppgifter om vuxna. Tandvård till barn och ungdomar t.o.m. 19 år är landstingens ansvar och omfattas inte av det statliga tandvårdsstödet.

För att få ta del av det statliga ersättningssystemet måste, enligt förslaget, tandvården elektroniskt skicka in de uppgifter som Försäkringskassan behöver för sin handläggning av ersättningsfrågor. Vissa uppgifter som rör tandhälsa ska sedan Försäkringskassan skicka vidare till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att de strukturer och system som skapas för att samla in data om vuxnas tandhälsa också används för barn och ungdomar. Att låta tandhälsoregistret innehålla diagnoser och åtgärder om både barn och vuxna ligger i linje med det befolkningsperspektiv som Socialstyrelsen har. I stället för att utveckla den befintliga enkätundersökningen föreslår Socialstyrelsen att uppgifter om diagnoser och åtgärder inom barn- och ungdomstandvården bör ingå i det kommande tandhälsoregistret. Detta register bör sedan utgöra bas för en framtida regelbunden statistikredovisning om befolkningens tandhälsa. En sådan lösning innebär en möjlighet att bredda statistiken och låta den omfatta även andra diagnoser än karies. Att

registrera uppgifter i ett hälsodataregister öppnar också för möjligheter att vid behov kunna använda insamlade uppgifter även för andra ändamål än regelbunden statistikredovisning. Det kan röra sig om forskningsstudier som kan vara angelägna för att ge ökad kunskap om utvecklingen av befolkningens tandhälsa, exempelvis longitudinella undersökningar där individer följs över tid eller studier där samkörningar görs med andra hälsodataregister (t.ex. för att studera samband mellan å ena sidan tandhälsa och å andra sidan andra typer av sjukdomar eller hälsoproblem).

Socialstyrelsen har övervägt olika alternativ för informationsöverföring av uppgifter om barn och ungdomar från vårdgivarnas journaler till tandhälsoregistret. Det har handlat om informationsöverföring via Försäkringskassan, landstingen (motsvarande) och kvalitetsregistret SKaPa samt uppgiftsinsamling direkt från vårdgivarnas patientjournaler till tandhälsoregistret.

Av dessa alternativ har Socialstyrelsen bedömt att informationsöverföring via Försäkringskassan respektive via landstingen (motsvarande) är huvudalternativ. Informationsöverföring via Försäkringskassan är det alternativ som förordas i första hand. En fördel med att föreslå en informationsväg via Försäkringskassan är att använda och utveckla det system som nu byggs upp. Därmed skapas ett enhetligt och sammanhängande system för både vuxna och barn och statens krav på vårdgivarna att leverera uppgifter om diagnoser och åtgärder till ett tandhälsoregister samordnas. Det bör vara en fördel att använda det system som man planerar att bygga upp jämfört med att skapa ytterligare system, sannolikt ett för varje landsting.

En komplikation med att föreslå modellen med informationsöverföring via Försäkringskassan är de författningsmässiga förutsättningarna. Med dagens regelverk går det normalt inte att skicka s.k. känslig information (t.ex. uppgifter om hälsoförhållanden) till en myndighet som inte behöver denna information för sin egen verksamhet. Socialstyrelsen bedömer dock att det i detta fall finns skäl att överväga vissa författningsmässiga förändringar för att uppnå en så effektiv hantering och samordning som möjligt. Som grund för den bedömningen har hänsyn tagits till att regeringen redan bestämt sig för att använda Försäkringskassan för informationsöverföring av data om vuxna. Regeringen har därför också redan föreslagit vissa förändringar i lagen (2003:763) om socialförsäkringens administration som möjliggör att skicka uppgifter om vuxnas tandhälsa till Försäkringskassan trots att Försäkringskassan inte behöver dessa uppgifter.

Förslagen i denna rapport kan sammanfattas på följande sätt:

- Uppgifter om barn och ungdomar bör ingå i det kommande tandhälsoregistret. Registret föreslås bli utgångspunkt för framtida statistik på nationell nivå.
- Registret bör bygga på data från patientjournaler. Uppgifterna i journalen bör samlas in via Försäkringskassan eller via landstingen.
- Det är angeläget att precisera vilka uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldighet och rapporteras till registret. Valet av uppgifter kommer att få stor betydelse för vilken statistik som kan presenteras.
- Det är nödvändigt att utveckla en diagnos- och åtgärdsklassificering.

- Socialstyrelsen överväger att återupprepa tidigare enkätundersökningar fram tills dess att uppgifter om barn och ungdomar finns i tandhälsoregistret.

Det är Socialstyrelsens bedömning att förslagen i denna rapport väsentligt skulle förbättra möjligheterna till statistik och kunskapsutveckling om befolkningens tandhälsa, särskilt beträffande barn och ungdomar.

Bakgrund

Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att årligen redovisa tandhälsan hos barn och ungdomar t.o.m. 19 år. Socialstyrelsen har gjort sådana redovisningar sedan 1985¹ och de har grundat sig på enkätundersökningar till landstingen. Den senaste redovisningen publicerades 2006 och omfattade siffror för 2005 [1].

Redovisningarna har innehållit mått på antal och andel kariesfria barn, medelvärden för vissa kariesmått samt ett index för dem som har flest karieskador. Värden har samlats in för vissa åldersgrupper. Senare i detta kapitel beskrivs några kariesindex.

Tabell 1. Översiktlig beskrivning av innehållet i Socialstyrelsens senaste statistik-redovisning av barn och ungdomars tandhälsa.*

Alder	Antal/andel kariesfria barn	Antal/andel kariesfria approximant	DFT	DFS-a	SiC
3 år	X				
6 år	X				
12 år	X		X		X
19 år	X	X	X	X	

* Flera beteckningar i tabellhuvudet förklaras i avsnittet om kariesindex på s. 14

Redovisningarna har visat ett nationellt värde, men resultaten har också visats uppdelade på län respektive kön.

På senare år har en del brister i redovisningarna uppmärksammats. År 2003 och 2004 skedde dessutom ingen redovisning alls. Bland de brister som uppmärksammats har varit att bortfallet varit relativt stort (vid den senaste redovisningen var det fem landsting som inte alls rapporterade några data). Det har också framförts kritik mot att redovisningarna inte ger en fullständig bild över barn och ungdomars tandhälsa. Detta framkom bl.a. i en artikel i Tandläkartidningen [2], och även under det seminarium som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting anordnade med anledning av detta uppdrag (se s. 19). Kritiken har bl.a. gått ut på att Socialstyrelsen som mått på tandhälsa endast redovisat sjukdomsepidemiologi rörande karies. Redovisningarna har inte innehållit uppgifter om andra tandsjukdomar eller om tandhälsa i ett vidare perspektiv. Kritiken har också handlat

¹ Socialstyrelsen har även tidigare presenterat statistik om barns tandhälsa, fast inte jämförbart med de undersökningar som genomförts sedan 1985. Bl.a. kan nämnas att den officiella statistiken (serien "Allmän hälso- och sjukvård") fram t.o.m. 1973 innehöll vissa kariesdata om sjuåringar. Den statistiken innehöll en tidsserie från 1941.

om att beskrivningen av kariessituationen inte har varit fullständig och att redovisningarna, för att få en mer rättvis bild, borde utökas och även spegla initial karies. Socialstyrelsen har varit medveten om dessa brister och redovisat dessa i den ovan refererade rapporten från 2006.

Internationell rapportering

Hittills har Sverige inte omfattats av några formella skyldigheter att internationellt leverera data om barn och ungdomars tandhälsa. Socialstyrelsen har dock lämnat vissa uppgifter till både WHO och OECD. Uppgifterna till WHO återfinns i "WHO:s Health for all database" och i "WHO Oral Health Country/Area Profile Programme". När det gäller OECD finns uppgifterna tillgängliga i "OECD Health Data 2007". Både WHO:s och OECD:s databaser finns tillgängliga på Internet.

Socialstyrelsens förslag till översyn

I 2006 års redovisning av barn och ungdomars tandhälsa [1] föreslog Socialstyrelsen att metoderna för insamling av statistikuppgifter borde ses över. Dessutom föreslogs följande:

- Statistiken bör kompletteras med relevanta bakgrundsfaktorer, främst socioekonomiska.
- För 19-åringar bör tandhälsouppgifter också kompletteras med något mått på parodontal hälsa.
- För att ge en mer relevant bild av kariessituationen bör uppgifter om initiala kariesskador komplettera befintlig statistik.

Socialstyrelsens förslag har varit bakgrund till det uppdrag regeringen nu gett om att se över metoden för statistikinsamling. I avvaktan på att uppdraget slutförs behöver inte Socialstyrelsen genomföra den annars årliga insamlingen av statistik. Det tidigare årliga uppdraget fanns inte med i Socialstyrelsens regleringsbrev vare sig för 2007 eller 2008 års verksamhet.

Pågående arbeten i omvärlden

Tandvårdsutredning och förslag om tandhälsoregister

I december 2005 beslutade regeringen om en särskild utredning med uppdrag att lämna förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Utredningen fick namnet "Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna", men kallas i fortsättningen av denna rapport för "Tandvårdsutredningen". Utredningen presenterade sitt slutbetänkande i mars 2007 [3].

Utredningen menade att det på en rad punkter saknas viktig information för att kunna bedöma ersättningssystemet och dess utformning. Bl.a. ansågs att det saknas grundläggande data om befolkningens tandhälsa. För att råda bot på detta föreslog utredningen att Socialstyrelsen ska inrätta ett tandhälsoregister. Vårdgivarna måste, för att få ta del av det statliga ersättningssystemet, elektroniskt lämna uppgifter till Försäkringskassan om undersökningar och behandlingar. Tandvårdsutredningen föreslår att tandvården sam-

tidigt som de skickar in de uppgifter som Försäkringskassan behöver för att kunna göra utbetalningar också skickar uppgifter om tandhälsa. Uppgifterna om tandhälsa ska sedan Försäkringskassan skicka vidare till Socialstyrelsen och dess tandhälsoregister. Registret kommer enligt planerna endast att innehålla uppgifter om personer och åtgärder som omfattas av det statliga ersättningssystemet. Det innebär att sådan tandvård som är landstingens ansvar, t.ex. all tandvård till barn och ungdomar t.o.m. 19 år, faller utanför systemet med det planerade tandhälsoregistret.

Regeringen presenterade i januari 2008 en proposition om det statliga tandvårdsstödet [4] där man föreslår en tandvårdsreform i väsentliga drag enligt Tandvårdsutredningens förslag. I propositionen ger regeringen besked om att man senare under året tänker utfärda en förordning som ska reglera ett kommande tandhälsoregister. Socialstyrelsen fick dock redan i augusti 2007 ett regeringsuppdrag [5] som går ut på att förbereda inrättandet av ett tandhälsoregister. Myndigheten ska senast den 1 juni 2008 lämna en redogörelse för hur tandhälsoregistret ska administreras och hur statistik om tandhälsa ska hanteras.

SKaPa

Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa, startade formellt den 1 januari 2007 och är för närvarande under uppbyggnad. SKaPa-registrets huvudman är Landstinget i Värmland. Under år 2007 har bl.a. konsensus uppnåtts om lämpliga indikatorer och mått [6]. År 2008 kommer sex landsting och ett antal privata vårdgivare att testköra registret och år 2009 planerar man att öppna registret för fler användare.

Uppgifter hämtas direkt ur de datoriserade journalsystemen och registret kommer att innehålla uppgifter om både barn och vuxna. På grundval av de personbundna uppgifterna om diagnoser, behandlingar och behandlingsresultat kan kvalitetsregistret möjliggöra uppföljning av insatt behandling både på klinisknivå och på nationell nivå.

SBU-rapporter

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska och odontologiska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken hälso- och sjukvård eller tandvård som ska bedrivas.

SBU publicerade år 2002 en rapport om att förebygga karies [7]. I utvärderingen granskades systematiskt och kritiskt det vetenskapliga underlaget för olika metoders kariesförebyggande effekt. En av slutsatserna i rapporten var att karies fortfarande är ett stort folkhälsoproblem. Omfattande karies-skador kan leda till stort lidande för den enskilde och äventyra livskvaliteten både funktionellt och estetiskt. God allmänhälsa innefattar också god munhälsa och att förebygga karies är därför en viktig del i folkhälsoarbetet.

År 2004 publicerades rapporten om metoder i svensk allmän praxis för att förebygga, diagnostisera, prediktera (förutsäga) och behandla kronisk paro-

dontit [8]. Den handlar vidare om de ekonomiska frågeställningarna i samband med dessa metoder samt om risken för personer med kronisk parodontit att utveckla andra sjukdomar. Rapporten handlade om metoder för diagnostik, prediktion och behandling av kronisk parodontit hos vuxna personer. I avsnittet om prevention har studier om ungdomar över 13 år tagits med.

I november 2007 publicerades rapporten om diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling av karies [9]. Rapporten är en litteratursammanställning vars viktigaste utgångspunkter har varit att studera hur effektiva olika metoder är för att påvisa förekomst av kariesskador, jämfört med en referensmetod. Frågeställningar har bl.a. varit att upptäcka eventuella biverkningar och risker med de granskade metoderna och att bedöma vilken diagnosmetod som är mest kostnadseffektiv. Andra frågeställningar i rapporten handlar om möjlighet att förutsäga karies samt att bedöma om det finns effektiva, icke-invasiva metoder (ingen borttagning av tandsubstans) för att behandla tidiga kariesskador på en tandkrona eller kariesskador på en rotyta.

ULF

Genom undersökningar av levnadsförhållanden, ULF, mäter och följer Statistiska centralbyrån, SCB, utvecklingen av levnadsförhållanden i Sverige. Undersökningarna har på uppdrag av Sveriges riksdag genomförts sedan 1975. I huvudsak genomförs undersökningarna som besöksintervjuer. Urvalet görs slumpmässigt om ca 7 500 personer årligen av Sveriges befolkning 16–84 år. Förutom frågor om bl.a. arbetsmiljö, boende, ekonomi, hälsa och utbildning, ställs ett antal frågor om tandvård. Exempel på sådana frågor är när man senast besökte en tandläkare eller tandhygienist, egen tuggförmåga samt om man haft behov av tandvård men inte sökt vård och orsaker till detta.

Nationella folkhälsoenkäten

Statens folkhälsoinstitut, FHI, genomför årligen sedan 2004 Nationella folkhälsoenkäten för att följa upp folkhälsan. Undersökningen görs i samarbete med landstingen (motsvarande) och genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån. Undersökningen år 2007 omfattade ett nationellt urval på 10 000 personer i åldrarna 16–84 år. Dessutom omfattade undersökningen ett tilläggsurval med ca 60 000 personer i samma åldrar från Västra Götalandsregionen och Landstinget Gävleborg. Exempel på frågor i denna enkät som rör tandvården är självupplevd tandhälsa, om man har besökt tandvården de senaste två åren och om man har haft behov av tandvård men inte sökt vård. Frågorna liknar ULF-studiens.

Rapporter från landsting

Flertalet landsting följer sjukdomsutvecklingen genom att sammanställa epidemiologiska data från barn- och ungdomstandvården. Detta sker inte på något samordnat sätt. Vilka data som samlas in, och på vilket sätt, skiljer sig mellan landstingen. Som exempel kan nämnas att i några landsting görs lite större tandhälsostudier som omfattar urval av både barn och vuxna i det aktuella landstinget och i några landsting genomförs årlig enkätstudie riktad till 19-åringar.

Kariesindex

För att beskriva medelvärden och frekvensfördelning av kariessjukdomen i en population används sedan länge flera olika index. Det vanligaste är det s.k. DMF-systemet. Det bygger på att man för varje individ räknar fram ett index som används aggregerat för att beskriva sjukdomstillståndet hos exempelvis en åldersgrupp eller ett geografiskt område.

De index som används får sin beteckning från de olika variabler som ingår vid beräkningen. Mätningen av de olika variablerna görs vanligen i tandvården vid den regelbundna undersökningen av patienten. Följande variabler kan användas:

- D = manifest kariesskadad
- M = saknad pga karies i det permanenta bettet
- F = fylld pga karies
- T = tand
- S = tandyta
- a = aproximalyta (en tands kontaktyta mot en grann tand)

För D, M, F, T och S används vanligen versaler för index som beskriver det permanenta bettet och gemener² för det primära bettet (mjölk tänderna).

Vid insamling av data i barn- och ungdomstandvården utelämnas ofta variabeln M eftersom det kan vara svårt att avgöra om tanden saknas pga karies eller av andra skäl.

Ett index enligt DMF-systemet byggs upp genom kombinationer av de olika variablerna. Således beskriver indexet DFT antal permanenta tänder hos en individ som antingen är manifest kariesade eller fyllda pga karies. Indexet DFSa beskriver antalet manifest kariesade och fyllda kontaktytor i ett primärt bett och indexet DS beskriver antalet tandytor med manifesta kariesangrepp i det permanenta bettet.

Av detta följer att en individ med ett kariesindex DFT = 0 har helt oskadade tänder dvs. har inga eller har aldrig haft några kariesskadade tänder i det permanenta bettet. En individ som har ett kariesindex DFS = 4 har fyra tandytor med manifest kariesskada *eller* fyra tandytor med tandfyllning på grund av tidigare kariesskador *eller* kombinationer av dessa med en summa av högst fyra.

De index som vanligen används är DFT, DFS, DFSa, DS och DFTa och motsvarande index för primära tänder. Det finns även andra variabler och kombinationer som används, men som inte beskrivs eller definieras här.

Ett relativt nytt index som används av bl.a. WHO är s.k. SiC-index (Significant Caries Index). Detta index räknas fram som medelvärdet av DFT för den tredjedel i populationen som har de högsta DFT-värdena.

² För D-, F-, T- och S-variablerna används d,f,t och s och för M-variabeln används e.

Några angränsande arbeten inom Socialstyrelsen

Nationell strategi för "God vård"

Den nationella strategin för "God vård" har tagits fram i ett samarbete mellan Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och SBU [10]. I Socialstyrelsens arbete med "God vård" inkluderas även tandvård. "God tandvård" innebär att tandvården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och kan ges i rimlig tid. I denna strategi ingår systematiskt framtagna kunskapsunderlag om nya och etablerade metoder, nationella riktlinjer för vård och behandling, IT-baserad och ändamålsenlig vårddokumentation, som i sin tur kräver enhetliga begrepp, termer och klassifikationer. Dessutom behövs nationella kvalitetsindikatorer som gör det möjligt att mäta, följa upp och värdera tandvårdens processer, resultat och kostnader samt öppna och indikatorbaserade jämförelser, s.k. öppna jämförelser.

Öppna jämförelser

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen har sedan år 2006 gemensamt presenterat jämförelser av kvalitet inom den svenska hälso- och sjukvården [11]. Sedan dess har andra s.k. öppna jämförelser tagits fram, t.ex. jämförelser av olika resultat- och resursindikatorer inom äldreomsorgen.

Syftet med dessa jämförelser är att stimulera landstingen och sjukvården till förbättringar. Syftet är också att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Öppna jämförelser av liknande slag bör kunna utvecklas och genomföras även inom tandvården.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med att ta fram nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer inom tandvården. I ett första skede tas riktlinjer fram för vuxentandvården. Riktlinjerna kommer att vara ett nödvändigt underlag för den statliga nämnd som ska bestämma vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigande i det nya tandvårdsstödet som föreslås träda i kraft den 1 juli 2008. Avsikten är att nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer inom tandvården ska vara heltäckande, vilket innebär att även barn- och ungdomstandvården på sikt kommer att omfattas.

Nationell informationsstruktur

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att utveckla en nationell informationsstruktur inom hälso- och sjukvård och omsorg. Målet med Socialstyrelsens uppdrag är en individbaserad och ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Uppgiften är att identifiera olika intressenters informationsbehov och en minsta gemensamma nämnare i dessa behov (en kärna av information) som alltid måste följa individen i vård- och omsorgsprocessen. Vidare ska denna kärna av information beskrivas på ett enhetligt sätt och struktureras så att sambanden mellan informationens olika delar tydligt framgår. Resultatet ska utgöra underlag till föreskrifter om vård- och omsorgsdokumentationens innehåll och till utvecklingen av framtida IT-stöd

för informationshantering. Inom den Nationella IT-strategin för vård och omsorg har Socialstyrelsen också uppdraget att utveckla och förvalta det internationella kliniska begreppssystemet Snomed CT som kommer att bidra till ett strukturerat innehåll i dokumentationssystemen.

Uppdragets syfte och genomförande

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2007 års verksamhet [12] i uppdrag att ”tillsammans med bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting se över metoderna för att samla in statistik avseende tandhälsa hos barn och ungdomar samt utarbeta förslag till förbättringar”.

Syfte

Socialstyrelsen har, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, beslutat att arbetet med projektet syftar till att se över statistikens syfte, statistikens innehåll (och därmed behov av data) samt metoden för att samla in data. För planeringen av projektet skrevs en projektplan [13]. I denna framgår att det i arbetet ingår att bedöma de förslag som Socialstyrelsen presenterade i sin redovisning 2006 (se s. 11).

Några frågeställningar

För att nå fram till syftet bestämdes i projektplanen att följande frågeställningar skulle behandlas:

- Vad finns det för synpunkter på hittillsvarande statistik och dess former?
- Vem har behov av statistiken?
- Vad ska Socialstyrelsens statistik syfta till?
- Vad är Socialstyrelsens och andra parter roll i processen med att ta fram statistik?
- Hur lever dagens redovisning upp till ett sådant syfte?
- Finns utvecklingsområden för statistiken jämfört med dagens redovisningar?
- Vilka data bör samlas in?
- Vilka relevanta data finns att tillgå från vårdgivarna?
- Vilka förutsättningar finns för vårdgivarna att lämna data på ett sätt som minimerar uppgiftslämnarbördan?
- Vilka förutsättningar finns att få meningsfulla statistiska mått med hög validitet och reliabilitet?

Metod och genomförande

Vid projektets start formulerades följande utgångspunkter för det fortsatta arbetet:

- Det finns aktörer som har åsikter både om de befintliga statistikredovisningarna och om hur de borde utvecklas.
- Åsikter varierar om möjligheter att på ett enhetligt sätt mäta och beskriva karies.
- Projektet ska genomföras med en mycket begränsad tidsram.

Dessa utgångspunkter har varit styrande för val av metod och planering av genomförandet. För att kunna presentera och diskutera olika idéer anordnade Socialstyrelsen, tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, ett seminarium (heldag) med föreläsare för olika intressenter inom tandvården och med några inbjudna experter (se s. 19). Deltagarna vid seminariet fick i november 2007 möjlighet att läsa ett utkast till denna rapport och komma med synpunkter.

Socialstyrelsen har också under uppdragets slutfas träffat föreläsare för SKaPa och Försäkringskassan samt en journalleverantör.

Förslag och synpunkter som framförts till projektgruppen (främst inför, under och i direkt anslutning till seminariet men även senare) har övervägts och bildat underlag till förslagen i denna rapport.

Seminarium om tandhälsostatistik

Vid planeringen av projektet bestämdes tidigt att samla företrädare för en rad intressenter till ett seminarium för att diskutera utformning av statistik om barn och ungdomars tandhälsa. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting stod som arrangörer och de som inbjöds var samtliga landsting och tandläkarhögskolor, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund, Tjänstetandläkarna, Privattandläkarna, några specialistföreningar, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Försäkringskassan samt representanter för kvalitetsregistret SKaPa. Merparten av de inbjudna intressenterna var representerade vid seminariet som hölls den 18 juni 2007 i Stockholm.

Efter inledande reflektioner som handlade om Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar hölls tre längre presentationer av inbjudna föreläsare. Dessa handlade om behov av statistik om tandhälsa, vad det finns för möjligheter och begränsningar med kariesstatistik samt behov av mått på parodontal hälsa. Dagen avslutades med olika sammanfattningar och diskussioner. Diskussionerna om karies handlade å ena sidan om vikten av att också mäta initiala kariesskador och å andra sidan om svårigheter att mäta dessa. Presentationen och diskussionen om parodontala mått, och mätmetoder för dessa, gick ut på att sådana skulle kunna utgöra ett komplement till kariesstatistiken.

Det gavs också utrymme för att föreslå andra utvecklingsområden för statistiken, t.ex. nämndes förslag om att samla in och redovisa data om erosioner, trauma och bettavvikelse. Avslutningsvis fördes också en diskussion om huruvida data som samlas in behöver vara kopplade till en bestämd individ (personnummerbunden), eller om det räcker med att landstingen redovisar aggregerade data.

Flertalet seminariedeltagare verkade överens om att det även fortsättningsvis är angeläget att producera statistik om barn och ungdomars tandhälsa och att det är angeläget att redovisningarna utvecklas jämfört med de hittillsvarande.

Problembeskrivningar

Den grundläggande frågeställningen för arbetet med regeringsuppdraget har av projektgruppen ansetts vara att föreslå en statistik med bra kvalitet och som kan samlas in på ett så effektivt sätt som möjligt. Utöver detta grundläggande problem har några problemställningar med den hittillsvarande statistiken särskilt lyfts fram, vilka presenteras nedan.

Jämförbarhet av data

Redovisade medelvärden för respektive landsting har (av landstingen själva) räknats fram på olika sätt och beräkningsförfarandet kan också ha varierat över tid. Vidare har ett landsting redovisat data för 7- och 13-åringar i stället för som efterfrågats, 6- och 12-åringar. Jämförelserna mellan landstingen kan således bli något haltande och därmed är även medelvärdet för landet osäkert.

De kommentarer som landstingen gjort i samband med att de 2006 lämnade data till Socialstyrelsen ger en bild av att jämförbarheten skulle kunna vara bättre och att en enhetligare struktur för uppgiftslämnandet borde skapas. Här några exempel på kommentarer från landstingen:

- Istället för deft använder vi dfs avseende kariesfria för 3 och 6 år.
- Epidemiologiska data beräknas endast på individer som erhållit en fullständig behandling (klinisk undersökning, indicerad vård och avslutats som fullständigt behandlad).
- Eftersom vi håller på att byta ut vårt gamla datasystem... skulle det innebära merarbete att hämta in uppgifter från klinikerna för sammanställning på kön/län. Jag levererar det vi har men för 3- och 6-åringar omfattar det inte alla undersökta barn.
- Vi har inte kunnat samköra behandlade inom privatvården respektive folktandvården då dessa ligger på skilda databassystem.

Begränsad beskrivning av tandhälsa

Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar av barn och ungdomars tandhälsa har kritiserats för att enbart fokusera på karies. Tandhälsa är ett mycket vidare begrepp. Som exempel på utveckling har föreslagits att statistiken om tandhälsa också kompletteras med andra uppgifter, t.ex. om parodontal hälsa och självupplevd tandhälsa.

Begränsad beskrivning av karies

En kritik som riktats mot Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar har varit att dessa inte kunnat ge någon fullständig bild av kariessituationen bland barn och ungdomar då de inte inkluderat uppgifter om initial karies. Barn kan ha många initiala kariesangrepp men ändå i statistiken räknas som

kariesfria. Det innebär i sin tur att kariesstatistiken ”förskönar” verkligheten. De landsting som har en beställarfunktion har gemensamt utarbetat en rapport som visar på problematiken med nuvarande kariesepidemiologi, både på nationell och på lokal nivå [14].

Statistiken om karies påverkas också av hittillsvarande praxis att samla statistik om det primära bettet (mjölkttänderna) t.o.m. sex års ålder och där efter statistik om det permanenta bettet. Det innebär att mjölkttänderna inte finns i statistiken efter sex års ålder, trots att kariesskador uppkommer även efter denna ålder.

Utveckling av sjukdomsbegreppet

I Socialstyrelsens hittillsvarande redovisningar har traditionella index använts, t.ex. DFT, som beskrivit omfattningen av karies (med de begränsningar och invändningar som tidigare omnämnts). Det innebär att statistiken aldrig har visat kariessjukdomens prevalens eller incidens utan i stället de samlade effekterna av kariessjukdomen. Den som någon gång fått en fyllning i det permanenta bettet kan aldrig, men den klassificeringen, betraktats som kariesfri även om det var årtal sedan kariesskadan fanns. Detta överensstämmer inte med en slutsats från SBU [7] som har konstaterat att karies är en sjukdom som kan botas. Därför är det önskvärt att inom tandvården använda och utveckla index som beskriver vilka personer som har respektive insjuknar i en tandsjukdom. Det gäller för karies, men det gäller också för andra tandsjukdomar.

Alla undersöks inte varje år

Tidigare kallades normalt alla barn till en årlig undersökning. Det innebar att statistik för en viss åldersgrupp, t.ex. alla 12-åringar, baserades på en mycket hög andel av alla individer i denna åldersgrupp (alla kallades, men riktigt alla kom inte till undersökning).

I dag tillämpas i regel individuella intervall mellan undersökningarna beroende på sjukdomsförekomst och risk. Det betyder att statistiken baseras på en betydligt lägre andel av alla barn i den åldersgruppen än tidigare. Dessutom kan antas att de som är sjukast är överrepresenterade i de undersökta grupperna eftersom dessa personer sannolikt oftare kallas till undersökning än de som betecknas som friska. Detta förhållande påverkar sannolikt redovisade medelvärden något. För gruppen 19-åringar gäller fortfarande att det normala är att samtliga kallas till en undersökning.

Framtida statistikredovisning

Utgångspunkt för en framtida statistikredovisning

En regelbunden statistikredovisning bör ha följande utgångspunkter:

- Statistiken måste bygga på definierad och validerad information.
- Framtagandet av data får inte skapa onödigt börd för uppgiftslämnarna.
- Redovisningar bör därför huvudsakligen använda de uppgifter som behövs och registreras i den ordinarie tandvårdsverksamheten, dvs. de uppgifter som registreras i patientjournalen. Data ska, efter behov, gå att redovisa på individ-, tand- eller ytnivå.

Syftet med statistiken

Syftet ska vara att få nationella data om barn och ungdomars tandhälsa. En nationell statistik kan ge en översiktlig bild av läget och en uppdelning på landstingsområden kan användas på regional och lokal nivå som jämförelse mot ett riksgenomsnitt. En nationell statistik bör också syfta till att få jämförande data under en längre tidsperiod och den ska kunna användas för internationell jämförelse. Den nationella statistiken (uppdelad efter landsting) kan dock inte, och ska inte, ersätta den statistik som behövs för regional och lokal planering. Nationella data kan också ge input för eventuella fördjupningsstudier eller andra aktiviteter.

En löpande statistikredovisning kan på så sätt förhoppningsvis initiera diskussioner om förändringsarbete och vara utgångspunkt för, eller ge idéer, till specialriktade studier. En nationell statistik från Socialstyrelsen är dock bara en sådan inspirationskälla, och ska ses som komplement till andra, t.ex. statistik från kvalitetsregister, forskningsdata eller lokala studier.

Ett samlat tandhälsoregister

Hälsodataregister

Den metod som använts för hittillsvarande statistikredovisningar (enkäter till landstingen) har bedömts vara begränsande. Det går att utveckla enkätens frågeområden och därmed också att utveckla statistiken, men det kommer att vara en resurskrävande väg att gå. Då avses inte bara ett eventuellt utvecklingsarbete, utan det är troligt att det också kommer att vara resurskrävande att genomföra sådana enkätundersökningar. Enkätundersökningarna som genomförts har också varit behäftade med ett relativt stora bortfall (senast var det fem landsting som inte kunde lämna data).

Inom övriga hälso- och sjukvårdsområdet arbetar Socialstyrelsen med statistik som bl.a. baseras på de hälsodataregister som myndigheten ansvarar för. Hälsodataregister förs med stöd av lagen (1998:543) om hälsodataregister och till varje register finns en särskild förordning som närmare reglerar bestämmelser till just det registret, t.ex. vilka uppgifter som får behandlas.

Tandvårdsutredningen har i sitt slutbetänkande föreslagit ett nytt hälsodataregister på tandvårdsområdet, tandhälsoregistret. Regeringen har därefter gett besked om att de avser att utfärda en förordning om ett sådant register [4]. Enligt utredningsförslaget föreslås att registret endast ska innehålla uppgifter om personer och åtgärder som omfattas av det statliga ersättnings-systemet. Därmed kommer registret enbart att innehålla uppgifter om vuxna.

Nu skapas strukturer och system för att samla in data om den vuxna befolkningens tandhälsa och erhållen tandvård. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att dessa strukturer och system också används för de personer som inte omfattas av det statliga ersättningssystemet. Att låta tandhälsoregistret inkludera diagnoser och åtgärder om alla, även barn och ungdomar, ligger i linje med det befolkningsperspektiv som Socialstyrelsen har. Eftersom ett tandhälsoregister är på gång har det legat nära till hands att se detta register som en möjlighet för utvecklingsarbetet med uppdraget att se över statistiken om barn och ungdomars tandhälsa. I stället för att utveckla befintlig enkätundersökning föreslår Socialstyrelsen att uppgifter om diagnoser och åtgärder inom barn- och ungdomstandvården bör ingå i tandhälsoregistret och att detta register utgör bas för en framtida regelbunden statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa.

Fördelar med ett tandhälsoregister

Ett tandhälsoregister skulle innebära större möjlighet än hittills att bredda statistiken (dvs. låta den omfatta även andra diagnoser än karies) och personnummerregistreringen skulle innebära möjlighet att göra redovisningar kopplade till vissa sociala bakgrundsfaktorer. Båda dessa möjligheter ligger i linje med de önskemål om utveckling som framförts av både Socialstyrelsen och andra.

Att registrera uppgifter i ett hälsodataregister öppnar också för möjligheter att vid behov kunna använda insamlade uppgifter även för andra ändamål än regelbunden statistikredovisning. Tandvårdsutredningen menar att ett tandhälsoregister också kan "fylla en viktig funktion när det gäller forskning och epidemiologiska undersökningar" [3, s. 396]. Det kan t.ex. gälla longitudinella undersökningar där individer följs över tid eller studier där samkörningar görs med andra hälsodataregister för att studera samband mellan tandhälsa och andra faktorer (t.ex. andra hälsoförhållanden). Ett hälsodataregister skapar dessutom förutsättningar för s.k. öppna jämförelser även på tandvårdsområdet.

Här ska kort redogöras för hur projektgruppen har resonerats kring möjligheten med ett tandhälsoregister i förhållande till de tidigare presenterade problembeskrivningarna.

Jämförbarhet av data

Jämförbarheten av data kommer att öka med ett standardiserat förfarande för vilka uppgifter som ska skickas till det centrala registret. Kan t.ex. kariesindex beräknas direkt från registret innebär det en garanti för att samma beräkningsgrund används för hela materialet. Ett tandhälsoregister är dock ingen garanti för att statistik alltid är jämförbar. Det kan t.ex. förekomma regionala eller lokala olikheter i diagnossättning eller av patientgrupper.

Begränsad beskrivning av tandhälsan

Ett register ger möjlighet att visa vilka diagnoser och åtgärder som förekommer i barn- och ungdomstandvården. Därmed kan statistiken ge en bredare bild av tandvården och tandhälsan än den begränsade beskrivning som sannolikt blir fallet om enkätmetoden behålls som källa för statistiken.

Den begränsade beskrivningen av karies

Upprättande av ett hälsodataregister innebär att i den utsträckning som initial karies diagnostiseras och journalförs kommer detta också att kunna följas via registret. Enligt projektgruppens bedömningar finns dock svårigheter att tolka och värdera journalinformation om initial karies. Den initiala karies-skadan diagnostiseras oftast med hjälp av röntgen. Skadan som upptäcks kan antingen vara aktiv (och därmed vara på gång att förvärras) eller inaktiv (dvs. skadan har stannat av eller läkt ut). För att kunna avgöra om skadan är aktiv eller inte räcker det inte med att göra en enda röntgenundersökning. I stället måste patienten följas upp med flera undersökningar under en period. Eftersom en initial kariesskada kan vara svår att diagnostisera finns problem med att uppnå hög bedömarreliabilitet. Vid det seminarium som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting anordnade föreslogs t.ex. att initial karies bör kartläggas genom att utbilda bedömare som undersöker patienter i urvalsstudier. Den sammanvägda bedömningen är att det för närvarande är för stora svårigheter att få bra och stabila mått för att rekommendera att lyfta fram dessa i en regelbunden nationell statistikredovisning.

Projektgruppen har bedömt att index som beskriver manifest karies även fortsättningsvis bör redovisas. Dessa index är etablerade mått som också används både nationellt och internationellt. De index som kritiseras för att de tar hänsyn till både aktiv sjukdom och tidigare fyllningar (och därför inte är helt lyckade för att beskriva kariessituationen) har dock ett berättigande eftersom de utgör ett mått på omfattningen av de totala skadorna. Omfattningen av de totala skadorna påverkar i hög grad tandvårdens resurser som också måste ägnas åt att reparera tidigare utförda restaurationer. För att kunna beräkna och redovisa kariesindex krävs att tandhälsoregistret förses med nödvändig data för detta vilket innebär att uppgift om s.k. tandstatus måste hämtas från journalen.

I dag upphör registreringen av det primära bettet i statistiken fr.o.m. sju års ålder. I ett tandhälsoregister som omfattar uppgifter om alla barn och ungdomar som besökt tandvården kommer det att finnas uppgifter om både det primära och det permanenta bettet.

Alla undersöks inte varje år

Andelen barn och ungdomar som undersöks varje år påverkas inte av hur uppgifter till statistik samlas in. Ett införande av tandhälsoregistret innebär således inte att det blir fler 12-åringar som undersöks. Däremot är det troligt att statistikredovisningens bortfall av dem som verkligen undersökts blir mindre med registermetoden än med enkätmetoden. Registermetoden ger också, jämfört med den undersökningsmodell som använts för hittillsvarande statistik, en bättre möjlighet att bedöma bortfallets påverkan på resultaten.

Införandet av ett tandhälsoregister kan också i jämförelse med enkätundersökningar för vissa indikatoråldrar ge bättre stabilitet till statistiken genom att den innehåller data om alla åldrar vilka kan åldersgrupperas.

Utveckling av sjukdomsbegreppet

En personnummerbaserad statistik är en förutsättning för att kunna studera incidens och prevalens och därmed för den utveckling av sjukdomsbegreppet som efterlystes tidigare. Om måttet för kariesskador används som ett mått på sjukdom blir det möjligt att använda prevalens och incidens på samma sätt som inom övrig sjukdomsepidemiologi. Ett index som enbart använder ett mått för kariesskada skulle bättre beskriva förekomsten av kariessjukdom än ett index som också tar hänsyn till fyllningar. När ett index som enbart mäter kariesskada är noll under en bestämd tidsperiod skulle individen kunna betraktas som frisk. En sådan utveckling av sjukdomsbegreppet behövs också för fler diagnoser.

Begränsningar med ett tandhälsoregister

Att ett register möjliggör att visa förekomst om alla registrerade diagnoser är dock inte liktydigt med att ett register kommer att kunna svara på "allt man behöver veta om tandhälsa". En begränsning kommer t.ex. att vara den dia-

gnos- och åtgärdsklassificering som måste fastställas. Diagnos- och åtgärds-klassificeringen blir därför central för vilken statistik som kan presenteras.

Ett tandhälsoregister löser i sig inte heller alla de önskemål som kan tänkas finnas om att skapa olika index om oral sjukdom eller oral hälsa. Om registret kan underlätta utvecklandet av index beror på om registret innehåller de grunddata som behövs.

Ett tandhälsoregister kommer inte att kunna besvara frågor som det behövs andra metoder för att studera, t.ex. om patientupplevelse.

Statistik behöver bra klassifikationer

För tandhälsoregistrets utveckling och möjligheter till bra statistik är det en förutsättning att det finns tillgång till bra statistiska klassifikationer. Det är därför angeläget att diagnos- och åtgärdsklassificering inom tandvården utvecklas. Ett sådant arbete är viktigt oavsett vilka åldersgrupper som ska ingå i tandhälsoregistret och således aktuellt redan nu när ett register för vuxna ska upprättas.

De klassifikationer som i dag används i övriga hälsodataregister innehåller även diagnoser och åtgärder som avser tänderna och munhålan. De är dock utvecklade främst för hälso- och sjukvårdens behov och en anpassning krävs till tandvårdens specifika behov. Klassifikationerna behöver utformas så att de täcker hela det spektrum av diagnoser och åtgärder som förekommer inom tandvården. I ett sådant sammanhang kan man också göra en fördjupad analys av hur man på bästa sätt kan klassificera exempelvis initial karies och olika symtom på parodontit som enligt vad som framgår på andra ställen i denna rapport är problematiska områden. Det bör påpekas att i moderna diagnosklassifikationer betraktas även yttre orsaker till skador och förgiftningar som diagnoser. Sådana kan också behöva utvecklas för t.ex. tandtrauman och erosioner. En klassifikationsöversyn bör även ta hänsyn till barn- och ungdomstandvårdens eventuella specifika behov.

Behov av data till tandhälsoregistret

Data från vårdgivarna

Socialstyrelsen har gått igenom vilka uppgifter som behöver samlas in till tandhälsoregistret från vårdgivarnas journaler. Vid genomgången har hänsyn har också tagits till önskemål om data som Socialstyrelsen i andra sammanhang föreslagit bör ingå i det register som planeras för vuxna. Från varje undersöknings- och behandlingstillfällen behövs följande:

Uppgifter om patienten

- Personnummer
- Ålder
- Kön

Kommentar: Personnummer är nödvändigt för att kunna identifiera individen. Ålder och kön är viktiga variabler för statistiken och kan härledas från personnumret. Önskemålet om personnummer (och därmed möjlighet att få uppgift om ålder och kön) överensstämmer med Tandvårdsutredningens förslag.

Uppgifter om vårdgivaren

- Organisationsnummer
- Vårdenhet namn och adress
- Offentlig/privat

Kommentar: Uppgifterna om organisationsnummer och vårdenhet behövs för kvalitetskontroller av data. Organisationsnumret kan också användas för att härleda om det gäller en offentlig eller privat vårdgivare vilket i sin tur kan vara värdefullt ur uppföljningssynpunkt. För varje behandlings- och undersökningstillfälle räcker det med att skicka en kod för vårdenhet om denna kod korresponderar mot en översättningslista där övriga uppgifter om vårdenheten finns. Tandvårdsutredningens förslag till tandhälsoregister innehåller inte några uppgifter om vårdgivaren. Uppgifterna finns dock hos Försäkringskassan vilket innebär att en överföring av dessa uppgifter till Socialstyrelsen inte innebär någon ytterligare uppgiftsinsamling från vårdgivarna.

Uppgift om behandlaren

- Yrke (tandläkare/tandhygienist/tandsköterska)

Kommentar: Patienter inom tandvården kan undersökas av olika yrkeskategorier (tandläkare/tandhygienist/tandsköterska) med olika kompetensområden. Uppgiften om behandlarens yrke är intressant ur flera uppföljningsaspekter, t.ex. hur olika kompetenser används och skillnader mellan olika

delar av landet och över tid. Detta förslag är en utökning jämfört med vad Tandvårdsutredningen föreslog skulle få behandlas i tandhälsoregistret.

Uppgift om datum

- Datum

Kommentar: Datum för alla undersöknings- och behandlingstillfällen är väsentligt för flera uppföljningsändamål. Detta är helt enligt Tandvårdsutredningens förslag om vad som ska få behandlas i tandhälsoregistret. Initialt avser dock inte Försäkringskassan att, för vuxna, hämta in samtliga datum utan endast det som gäller för när behandlingen avslutats. Det som Försäkringskassan inte hämtar in kan inte heller överföras till Socialstyrelsen.

Uppgifter för varje kombination av tand, tandyta, diagnos och åtgärd

- Tandnummer (position)
- Tandyta
- Diagnos (inklusive yttre orsak till skadad tand, t.ex. trauma eller erosion)
- Åtgärd
- Dentala material

Kommentar: Dessa uppgifter är viktiga för att kunna spegla tandhälsan. Diagnos och åtgärd är sådana uppgifter som överensstämmer med Tandvårdsutredningens förslag till tandhälsoregister. Övriga uppgifter är en utökning jämfört med vad Tandvårdsutredningen föreslog skulle få behandlas i tandhälsoregistret. Av dessa är dock tandnummer en uppgift som tandvården ska lämna till Försäkringskassan vilket innebär att en överföring av den uppgiften till Socialstyrelsen inte innebär någon ytterligare uppgiftsinsamling från vårdgivarna. Frågan om dentala material har väckts i samband med att tandhälsoregistret för vuxna har diskuterats. Uppgiften behövs om staten ska ha en uppföljningsmöjlighet av de material som används inom tandvården, t.ex. för att följa hållbarhet över tid och eventuella biverkningar.

Uppgift om tandstatus

- Tandstatus

Kommentar: Enligt Tandvårdsutredningens förslag ska tandhälsoregistret innehålla uppgift om antalet kvarvarande och intakta tänder. Dessa uppgifter har inte specificerats i denna genomgång eftersom uppgifterna framgår om man har tillgång till tandstatus. Uppgift om tandstatus är dock ett utökat önskemål jämfört med Tandvårdsutredningens förslag. För att skapa rutiner för att överföra information om tandstatus bedömer Socialstyrelsen att det krävs större utvecklingsinsatser än vad som gäller för en rad andra uppgifter. Informationen är dock nödvändig, bl.a. för att kunna beräkna kariesindex (se s. 14) och detta är i sin tur en uppgift som efterfrågas internationellt.

Data från SCB

Samtliga Socialstyrelsens hälsodataregister aktualiseras med uppdateringar om vissa folkbokföringsuppgifter. Uppdateringarna av registren görs med hjälp av befolkningsregistret vid SCB. Följande uppgifter om den registrerade behövs till tandhälsoregistret:

- Folkbokföringsort
- Födelseland
- Medborgarskap
- Civilstånd
- Inflyttningsdatum till Sverige
- Utflyttningsdatum från Sverige
- Personnummerförändring
- Dödsdatum

Samtliga dessa uppgifter överensstämmer med vad Tandvårdsutredningen föreslår att Socialstyrelsens ska få hämta in till tandhälsoregistret via SCB. Variabeln civilstånd har Socialstyrelsen föreslagit ska ingå i tandhälsoregistret, men den variabeln har ingen betydelse för just statistik om barn och ungdomar.

Sammanfattande tabell

I tabell 2 sammanfattas ovanstående önskemål om uppgifter i förhållande till Tandvårdsutredningens förslag till förordning om tandhälsoregister.

Tabell 2. Socialstyrelsens förslag om uppgifter till tandhälsoregistret i jämförelse med Tandvårdsutredningens (TU:s) förslag.

Överensstämmer med TU:s förslag	Utökat önskemål jämfört med TU:s förslag, men uppgiften finns hos Försäkringskassan	Utökat önskemål om uppgiftsinsamling från vårdgivaren
Personnummer	Organisationsnummer	Behandlarens yrke
Kön ¹	Offentlig/privat ³	Tandyta
Ålder ¹	Vårdenhet (namn, adress)	Tandstatus ⁴
Datum för besök ²	Tandnummer	Dentala material
Diagnos (inkl. yttre orsak)		
Åtgärd		
Folkbokföringsort		
Födelseland		
Medborgarskap		
Civilstånd		
Inflyttningsdatum till Sverige		
Utflyttningsdatum från Sv.		
Personnummerförändring		
Dödsdatum		

¹ Kan härledas från personnummer

² Överensstämmer med Tandvårdsutredningens förslag till förordning men Försäkringskassan avser inte att initialt samla in alla datum

³ Kan härledas från organisationsnummer

⁴ Genom tandstatus framgår antalet kvarvarande och intakta tänder vilket är sådana uppgifter som Tandvårdsutredningen föreslår ska få behandlas i tandhälsoregistret.

Från journal till register

Några viktiga författningar på området

Det är angeläget att hitta en modell för hur den information som finns i patientjournaler ska överföras till tandhälsoregistret. Socialstyrelsen har övervägt några alternativa möjligheter för detta. Vid en bedömning av olika alternativ har författningsmässiga förutsättningar vägts in. Här ska först kort beskrivas de viktigaste författningarna som har betydelse i sammanhanget. Det är dock angeläget att komma ihåg att det för närvarande planeras flera författningsmässiga förändringar som kommer att ha betydelse för de frågor som diskuteras i denna rapport. Det finns författningsförslag om dessa förändringar, men de är inte beslutade.

Tandvårdens möjlighet att begära ersättning för utförd tandvård planeras att bli reglerad genom en ny lag som föreslås kallas *lagen om statligt tandvårdsstöd* [4]. Det är denna lag som, om den beslutas, blir hörnpelaren i den kommande tandvårdsreformen.

Försäkringskassans personuppgiftshantering regleras av *lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration (SofdL)*. I denna lag planeras ett tillägg för att Försäkringskassan, i samband med den nya tandvårdsreformen, ska få behandla uppgifter om enskildas tandhälsa som sedan ska vidarebefordras till Socialstyrelsen [4].

Socialstyrelsens möjligheter att behandla uppgifter om hälsoförhållanden regleras i *lagen (1998:543) om hälsodataregister* och till varje register finns en särskild förordning. I förordningen regleras t.ex. vilka uppgifter som får behandlas och vem som är uppgiftsskyldig. Regeringen har gett besked om att en sådan förordning ska komma beträffande ett tandhälsoregister [5].

SKaPa är ett kvalitetsregister och sådana register regleras för närvarande i *lagen (1998:544) om vårdregister*, men regeringen har lagt förslag om att den lagen ska ersättas med bestämmelser i den nya *patientdatalagen* [15].

De författningar som omnämnts är s.k. speciallagar. När dessa lagar saknar bestämmelser om personuppgiftsbehandling ska i stället *personuppgiftslagen (1998:204)* gälla.

Informationsvägar

Utan att närmare granska olika tekniska förutsättningar har Socialstyrelsen övervägt några informationsvägar från patientjournal till tandhälsoregister. Det har handlat om informationsöverföring via Försäkringskassan, landstingen (motsvarande) och kvalitetsregistret SKaPa. Därutöver har ytterligare ett alternativ övervägts, nämligen en uppgiftsinsamling där informationen går direkt från vårdgivarnas patientjournaler till Socialstyrelsens register. Författningsmässigt har i alla de fyra alternativen förutsatts att det införs en uppgiftsskyldighet för vårdgivarna i den kommande förordningen om tand-

hälsoregister. I den förordningen måste också eventuell informationsöverföring via en tredje part regleras.

Via Försäkringskassan

Författningsmässiga förutsättningar

Data om barn och ungdomars tandhälsa kan inte föras över från tandvården till Försäkringskassan eftersom det inte finns stöd för detta i SofdL. Försäkringskassan ska inte handlägga ersättningsfrågor som gäller tandvård till barn och ungdomar och därmed är det inte naturligt att uppgifter om barn och ungdomars tandhälsa skickas till Försäkringskassan.

Fördelar

En fördel med att föreslå en informationsväg via Försäkringskassan är att skapa ett enhetligt och sammanhängande system för både vuxna och barn. Statens krav på vårdgivarna att leverera uppgifter om diagnoser och åtgärder till ett tandhälsoregister samordnas därmed. Det bör vara en fördel att använda det system som är under uppbyggnad och (förutsatt riksdagsbeslut) ska vara i drift från 1 juli 2008 i stället för att bygga upp ytterligare system, sannolikt ett för varje landsting.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns ett ekonomiskt incitament för vårdgivarna att fullgöra rapporteringen till Försäkringskassan när det gäller uppgifter om vuxna. Om samma rutin gäller för alla åldersgrupper kommer förhoppningsvis även rapporteringen av uppgifter om barn och ungdomar att gynnas av det faktum att det finns ekonomiska motiv för vårdgivaren att fullgöra den rapportering som gäller vuxna.

Nackdelar

En komplikation med att föreslå modellen med informationsöverföring via Försäkringskassan är de författningsmässiga förutsättningar som angetts ovan. Försäkringskassan har inte för sin verksamhet behov av att samla in uppgifter om barn och ungdomar. Ett annat skäl som anförts som en nackdel är att uppgifter om barn och ungdomar ”i onödan” skulle tynga Försäkringskassans system. I vilken utsträckning det argumentet kan gälla är beroende av de tekniska förutsättningarna. Det kan dock antas att ett eventuellt införande via Försäkringskassan av uppgifter som rör barn och ungdomar inte kommer att kunna genomföras utan viktiga förändringar av det system som nu byggs upp. Dessa orsakas bl.a. av förslagen i denna rapport om att registret bör utökas med ytterligare några uppgifter.

Via respektive landsting (motsvarande)

Författningsmässiga förutsättningar

Normalt gäller, enligt 6 § lagen om hälsodataregister, att uppgiftsskyldighet till ett hälsodataregister ska fullgöras av den som bedriver hälso- och sjukvård. Regeringen har i samband med den planerade tandvårdsreformen bedömt att även Försäkringskassan, trots att denna myndighet inte själv bedriver hälso- och sjukvård, kan skicka uppgifter till ett hälsodataregister. En

reglering skulle kunna byggas upp så att landstingens roll som informationsöverförare till tandhälsoregistret för uppgifter om barn och ungdomar får en motsvarande roll som den som nu, inom vuxentandvården, är tänkt ska gälla för Försäkringskassan.

Fördelar

Landstingen har ett ansvar för regelbunden och fullständig tandvård till alla barn och ungdomar t.o.m. 19 år. Det innebär att landstingen också har ett uppföljningsansvar. Landstingen behöver alltså uppgifter om barn- och ungdomstandvården för att kunna planera vården, för att kunna betala ut ersättning när uppdraget utförts och för att följa upp att alla barn och ungdomar som är bosatta i landstingsområdet får vård. Därmed kan denna informationsväg för uppgifter om barn och ungdomar, vara mer logisk än via Försäkringskassan. Landstingen har också, om de själva beslutar om detta, en möjlighet att använda ekonomi som styrmedel, dvs. ersättning för utförd tandvård ges först efter det att efterfrågade uppgifter har lämnats.

Nackdelar

Att för uppgifter om barn och ungdomar välja informationsöverföring via landstingen innebär att 21 sjukvårdshuvudmän måste satsa resurser för att administrera egna system (eventuellt också bygga upp nytt sådant) som alla måste samordnas i stället för att använda sig av det föreslagna systemet via Försäkringskassan. Det ger en rörigare situation för informationsöverföring från journal till tandhälsoregister. Uppgifter om vuxna ska skickas på ett sätt och uppgifter om barn på ett annat sätt. Med landstingen inblandade blir det dessutom fler ”kritiska punkter” i informationskedjan som måste fungera jämfört med om allt går via Försäkringskassan.

Via kvalitetsregistret SKaPa

Författningsmässiga förutsättningar

SKaPa har ingen administration av tandvård utan är ett kvalitetsregister. För dessa register planeras en reglering genom den kommande patientdatalagen. Enligt 7 kap. 3 § i förslaget till ny lag ska den enskilde informeras om personuppgiftsbehandlingen. Informationen ska lämnas innan personuppgiftsbehandlingen påbörjas. Den enskilde kan motsätta sig en registrering och har också rätt att motsätta sig fortsatt behandling av uppgifter även efter det att godkännande en gång har getts (2 §) och kan kräva att tidigare registrerade uppgifter utplånas ur registret.

Fördelar

Socialstyrelsens och SKaPa:s företrädare har intresse av statistik på tandvårdsområdet som till stora delar överlappar varandra. Flera av de seminariedeltagare från den 18 juni 2007 som lämnade synpunkter på ett rapportutkast i november har allmänt poängterat vikten av att Socialstyrelsen och SKaPa samordnas i de delar där det är möjligt.

Nackdelar

Den största invändningen mot att använda SKaPa i informationsöverföringen mellan patientjournal och tandhälsoregister är de bestämmelser om frivillighet som följer av den föreslagna patientdatalagen. Den enskilde kan, enligt förslaget, motsätta sig att uppgifter behandlas. Motsvarande bestämmelser finns inte i lagen om hälsodataregister. Eftersom SKaPa är ett register för karies och parodontit och därmed inte planerar att ta in uppgifter om samtliga diagnoser och åtgärder inom tandvården försvårar detta ytterligare möjligheterna att använda SKaPa för informationsöverföring till tandhälsoregistret. Därtill kommer att det också finns en viss osäkerhet med att bygga upp en informationsväg till ett författningsreglerat register via ett kvalitetsregister som det varken finns någon skyldighet att föra eller, om det förs, inte finns någon skyldighet för vårdgivare att ansluta sig till.

Direkt från vårdgivarnas patientjournal

Författningsmässiga förutsättningar

Det skulle räcka med att i den kommande förordningen om ett tandhälsoregister införa en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för vårdgivaren att skicka uppgifter direkt till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Fördelar

Detta är kanske det alternativ som är enklast rent författningsmässigt. Uppgifter går direkt från vårdgivarens patientjournal till tandhälsoregistret, vilket innebär att de känsliga personuppgifterna överförs kortaste vägen och utan ”mellanhänder”.

Nackdelar

Från erfarenhet av andra uppgiftsinsamlingar bedömer Socialstyrelsen att detta är ett alternativ som kan bli svårt att få fungerande. Bedömningen är att det är bättre om uppgiftsskyldigheten till tandhälsoregistret kan kombineras med annan rapportering som ”ändå måste göras”, t.ex. till Försäkringskassan eller till landstingen.

Sammanfattande bedömning

För att ett tandhälsoregister ska kunna innehålla data av hög kvalitet är det angeläget att alla led i kedjan fungerar. Det är därför viktigt att det skapas en struktur för hur informationen i journalen ska se ut och att det sker en samordning av alla intressenters behov av data.

Hur data överförs från journal till ett tandhälsoregister är egentligen av mindre intresse. Det viktiga är att det blir på ett så smidigt sätt som möjligt, att data inte förvanskas på vägen och att uppgiftsskyldigheten fungerar.

Vid en genomgång av de fyra alternativen för informationsöverföring har Socialstyrelsen bedömt att vägen via Försäkringskassan och vägen via landstingen bör vara de två alternativ som i fortsättningen ska övervägas. Trots

vissa författningsmässiga invändningar och trots att det inom ramen för detta uppdrag inte funnits möjlighet att närmare belysa olika konsekvenser finns det skäl att förorda alternativet med informationsöverföring via Försäkringskassan. Det är tilltalande att vårdgivarnas uppgiftsskyldighet till staten samordnas i de delar som bl.a. gäller uppgifter om diagnos och åtgärd. Invändningen mot att vårdgivarna ska skicka känsliga uppgifter (om tandhälsa) till en myndighet som inte behöver uppgifterna (Försäkringskassan) är relevant. Det är angeläget att denna princip vägs mot behovet av den statistik som önskas och hur denna kan samlas in på det mest effektiva sättet.

Regeringen har redan gjort några sådana överväganden för förhållanden inom vuxentandvården. Exempelvis föreslår regeringen att uppgifter om diagnos och åtgärd inom abonnemangstandvården bör omfattas av en uppgiftsskyldighet trots att detta inte är uppgifter som Försäkringskassan behöver för att beräkna det statliga tandvårdsstödet [4, s. 102]. Skälet till detta anses vara att uppgifterna är viktiga för att uppnå mer fullständig statistik i syfte att förbättra kontroll, uppföljning och utvärdering.

Representanter för Försäkringskassan har vid en underhandskontakt informerats om att Socialstyrelsen överväger en roll för Försäkringskassan och tillfrågats om de ser andra hinder för detta utöver de författningsmässiga förutsättningar som nu gäller. De har också under hand informerats om innehållet i denna slutrapport. Försäkringskassan har dock inte av Socialstyrelsen avkrävt ett aktivt ställningstagande till förslaget. Inga andra skäl än de författningsmässiga har dock framförts som argument mot Socialstyrelsens förslag.

Socialstyrelsens förslag

Uppgifter om barn i tandhälsoregistret

Uppgifter om barn och ungdomar bör ingå i det kommande tandhälsoregistret. Registret föreslås bli utgångspunkt för framtida statistik på nationell nivå.

Uppgifter om barn och ungdomar bör ingå i det kommande tandhälsoregistret. Det innebär en bättre möjlighet att följa tandhälsa ur ett befolkningsperspektiv. Att använda tandhälsoregistret som grund för statistikredovisningar bör också innebära bättre och effektivare möjligheter att göra bredare beskrivningar av barn och ungdomars tandhälsa än en eventuell utveckling av hittillsvarande enkätundersökning.

Rent allmänt är det Socialstyrelsens uppfattning att registret även bör innehålla uppgifter om diagnoser och åtgärder inom alla övriga delar av tandvården som landstingen har ansvar för. Utöver barn- och ungdomstandvården gäller det tandvård till äldre och funktionshindrade med stort vård- och omsorgsbehov, personer som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och personer som behöver viss oralkirurgi.

Överföring av data från journal till register

Registret bör bygga på data från patientjournaler. Uppgifterna i journalen bör samlas in via Försäkringskassan eller via landstingen.

Data till tandhälsoregistret bör vara uppgifter som hämtas direkt från patientjournaler. Hur uppgifter om barn och ungdomar ska överföras från journal till register kan diskuteras. Det finns några alternativa vägar där Socialstyrelsen som huvudalternativ har diskuterat möjligheten till överföring via Försäkringskassan respektive överföring via landstingen. Trots vissa författningsmässiga invändningar förordar Socialstyrelsen alternativet med Försäkringskassan. Det är tilltalande att vårdgivarnas uppgiftsskyldighet till staten samordnas i de delar som bl.a. gäller uppgifter om diagnos och åtgärd.

Uppgifter i registret

Det är angeläget att precisera vilka uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldighet och rapporteras till registret. Valet av uppgifter kommer att få stor betydelse för vilken statistik som kan presenteras.

Det är viktigt att regeringen i den kommande förordningen om tandhälsoregister tar ställning till vilka uppgifter som får behandlas i det kommande registret. Regeringens beslut om detta kommer att få stor betydelse för vilken statistik som registret kan ge underlag till. I denna rapport ger Socialstyrelsen förslag på ytterligare uppgifter i förhållande till Tandvårdsutredningens förslag.

Diagnos – och åtgärdsklassificering

Det är nödvändigt att utveckla en diagnos- och åtgärdsklassificering.

För tandhälsoregistrets utveckling och möjligheter till bra statistik är det en förutsättning att det finns tillgång till bra statistiska klassifikationer. Det är därför angeläget att en diagnos- och åtgärdsklassificering inom tandvården utvecklas. Det är åtgärder som är viktiga oavsett vilka åldersgrupper som ska ingå och således aktuellt redan nu när ett tandhälsoregister för vuxna upprättas. Socialstyrelsen har redan, av regeringen, fått särskilda medel för ett utvecklingsarbete. För närvarande skapas en organisation för detta.

Enkätundersökning i avvaktan på ett register

Socialstyrelsen överväger att återupprepa tidigare enkätundersökning fram tills dess att uppgifter om barn och ungdomar finns i tandhälsoregistret.

I avvaktan på att förslag i denna rapport blir verklighet bör Socialstyrelsen fortsätta följa barn och ungdomars tandhälsa på annat sätt. Myndigheten bedömer det inte som meningsfullt att mer ingående utveckla hittillsvarande enkätundersökningar. I stället för att helt upphöra med dessa föreslår Socialstyrelsen att de, eventuellt i någon modifierad form, genomförs fram tills dess det finns ett fungerande tandhälsoregister som också omfattar uppgifter om barn och ungdomar. De behöver inte genomföras varje år eftersom skillnaderna från ett år till ett annat i regel brukar vara relativt små. Det skulle i stället kunna göras ca vart annat år.

Ett alternativ till enkätundersökningar är att, om möjligt, hämta data från kvalitetsregistret SKaPa. Har SKaPa fått till stånd ett fungerande inrapporte-

ringssystem från en stor del av den svenska tandvården kan det registret eventuellt leverera de uppgifter som behövs. I så fall är det onödigt att belasta landstingen med en enkätundersökning. Om SkaPa vid det aktuella tillfället enbart har data från vissa landsting kan det göras en kompletterande enkätundersökning i resterande landsting.

Avslutning

Det finns många intressenter av data från patientjournalen. I denna rapport nämns Försäkringskassan, landstingen, SKaPa och Socialstyrelsen. De olika intressenterna har i sin tur behov av delvis olika data och med sinsemellan olika syften. Det är viktigt att de som har behov av samma data samordnar sig så inte olika intressenter ställer motstridiga önskemål på hur information i journalen bör struktureras. Därför att det viktigt att det finns en samsyn om vilken information som ska finnas i journalen och hur den ska beskrivas.

Med preciserade krav på journalens innehåll är det angeläget att leverantörerna för patientjournaler åstadkommer sådana förändringar som behövs för att strukturera information och anpassa rutiner för att skicka information. Socialstyrelsen har under detta arbetes gång fått indikationer på att många journalleverantörer snabbt kommit igång med de förändringar som är nödvändiga inför den planerade tandvårdsreformen i juli 2008. De ekonomiska incitament som nu finns att genomföra förändringar i de datoriserade patientjournalerna kommer inte att finnas för förändringar som gäller utökad och förbättrad statistik. Desto mer angeläget är det därför att alla intressenter är samordnade i sina krav och önskemål.

För krav på patientjournalers innehåll kan också påminnas om samordning med de arbeten som pågår om nationell informationsstruktur och IT-strategi (se s. 15–16).

Ett syfte med detta uppdrag var att se över den aktuella statistikens innehåll. Att gå ifrån enkätundersökningar som koncentrerar sig på vissa diagnoser och i stället föreslå ett tandhälsoregister som statistikkälla har inneburit att det syftet kommit i bakgrunden. Med den inriktning som arbetet fått har det inte längre varit aktuellt att välja ut någon eller några diagnoser till en statistikredovisning.

Om förslaget om ett tandhälsoregister (för vuxna) genomförs till sommaren 2008 kan det ses som ställningstagande av regeringen för hur den tycker resurser ska avsättas för att få värdefull statistik. Regeringen har dock uttryckt att man till en början endast vill ha en mycket begränsad uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret. Ett skäl till detta är att man inte vill belasta vårdgivarna med en större arbetsbörda än vad som är nödvändigt. Samtidigt efterfrågas, både i den propositionen och i andra sammanhang, information om befolkningens tandhälsa. Därför gäller det att hitta en balansgång mellan att å ena sidan inte i onödan belasta vårdgivarna och å andra sidan inte göra registrets innehåll så begränsat att kompletterande undersökningar (t.ex. enkäter om barn och ungdomars tandhälsa) nödvändiggörs i allt för stor utsträckning.

Av den anledningen har Socialstyrelsen i denna rapport föreslagit en utvidgning av tandhälsoregistret jämfört med Tandvårdsutredningens förslag. Socialstyrelsens förslag innebär att registret även bör innehålla uppgifter om personer som undersöks och behandlas inom den delen av tandvården som är landstingens ansvar. Dessutom föreslås att vårdgivarnas uppgiftsskyldighet utökas med ytterligare några uppgifter från tandvårdsjournalen. Eftersom

uppgiftslämning huvudsakligen förväntas ske via elektroniska system borde den utökade uppgiftsskyldigheten inte nämnvärt leda till något omfattande merarbete för vårdgivarna under förutsättning att de använder sig av en rapportering via elektronisk patientjournal. Förslagen kräver dock en del utvecklingsarbete. Inom ramen för detta uppdrag har det inte funnits utrymme att närmare utreda hur omfattande ett sådant utvecklingsarbete skulle vara. Detta är för närvarande dessutom svårt att göra eftersom det fortfarande pågår insatser inför den tandvårdsreform som planeras bli genomförd i juli 2008. Därmed finns flera olika faktorer som är okända beträffande vilket utgångsläge det är för de utvecklingsinsatser som föreslås i denna rapport. Trots dessa osäkerheter är det Socialstyrelsens bedömning att ett genomförande av denna rapportts förslag väsentligt skulle förbättra möjligheten till statistik om befolkningens tandhälsa, särskilt beträffande barn och ungdomar.

Referenser

1. Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985 – 2005. Socialstyrelsen 2006 (artikelnummer 2006-107-21)
2. ”Karies döljs i statistiken”, Tandläkartidningen nr 3, 2007 (s. 24–27)
3. Friskare tänder – till rimliga kostnader. Slutbetänkande av utredningen om ett nytt tandvårdsstöd (SOU 2007:19)
4. Statligt tandvårdsstöd. Proposition 2007/08:49
5. Uppdrag avseende förberedelser för inrättandet av tandhälsoregister. Regeringsbeslut. Socialdepartementet (S2007/6909/HSt)
6. SKaPa – Svenskt Kvalitetsregister för Karies och parodontit. Kvalitetsindikatorer för karies och parodontit. Konsensuskonferens i Saltsjöbaden, 11–13 september 2007
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Att förebygga karies. 2002 (rapport 161)
8. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. 2004 (rapport nr 169)
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling. En systematisk litteraturöversikt. November 2007 (rapport 188)
10. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Dagmaröverenskommelse 2008 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården.
11. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2007
12. Regleringsbrev för budgetåret 2007 avseende Socialstyrelsen. Socialdepartementet. Regeringsbeslut 2007-12-13 (S2007/10733/HS)
13. Projektplan – Utveckla statistikinsamlingen om barn och ungdomars tandhälsa. Socialstyrelsen 2007-05-11 (Dnr 53–1253/2007)
14. Bjerrehorn K, Ekbäck G, Ordell S, Persson Bakker I och Torstensson J. Kariesepidemiologi från ett beställarperspektiv. Rapport från en arbetsgrupp. PM 070509 (Örebro läns landsting Dnr 08OLL535)
15. Patientdatalag m.m.. Lagrådsremiss. Socialdepartementet 2008-01-31