

Tandvård och tandhälsa

Sammanfattande iakttagelser

- Svenskarna är överlag nöjda med tandvården. De är något mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet behöver likväl förbättras. Endast hälften av svarspersonerna i Socialstyrelsens och Försäkringskassans undersökning uppger sig känna till det allmänna tandvårdsbidraget.
- En allt större andel barn och unga är kariesfria. År 2010 var 63 procent av de undersökta tolvåringarna kariesfria. Samma år var 31 procent av nittonåringarna kariesfria. Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund.
- Sveriges kommuner och landsting uppskattar att knappt 166 000 personer kunde komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2010. Av dessa tackade drygt 99 000 personer ja och fick del av den uppsökande verksamheten. Drygt 122 000 personer fick nödvändig tandvård under 2010 vilket är en ökning med drygt 7 procent sedan 2009.
- Den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal mellan länen kan innebära en risk för att strokepatienter får sämre tillgång till tandvården än befolkningen i övrigt. Det visar Socialstyrelsens nationella utvärdering av stroke-sjukvården
- Tillgängligheten till tandvård är bristfällig efter kontorstid och på helgerna. Socialstyrelsens tillsyn visade att patienterna inte fick någon vård efter stängning om det inte rörde sig om allvarliga fall som krävde specialistkompetens.
- Det finns stora skillnader inom tandvården för vad som rapporteras som en avvikelser. Detta kan försvåra arbetet med att uppnå en god och säker tandvård.
- Det finns fortsatt stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården. Orsakerna är inte kända, men rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvård bör kunna bidra till en minskning av antibiotikaanvändningen inom tandvården.

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL. Vi diskuterar även befolkningens tandhälsa.

Aktuell utveckling

De flesta har god tandhälsa

Befolkningens tandhälsa är generellt sett god. Enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från 2010 uppger 90 procent att de har en god tandhälsa [1]. Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsan mellan olika grupper.

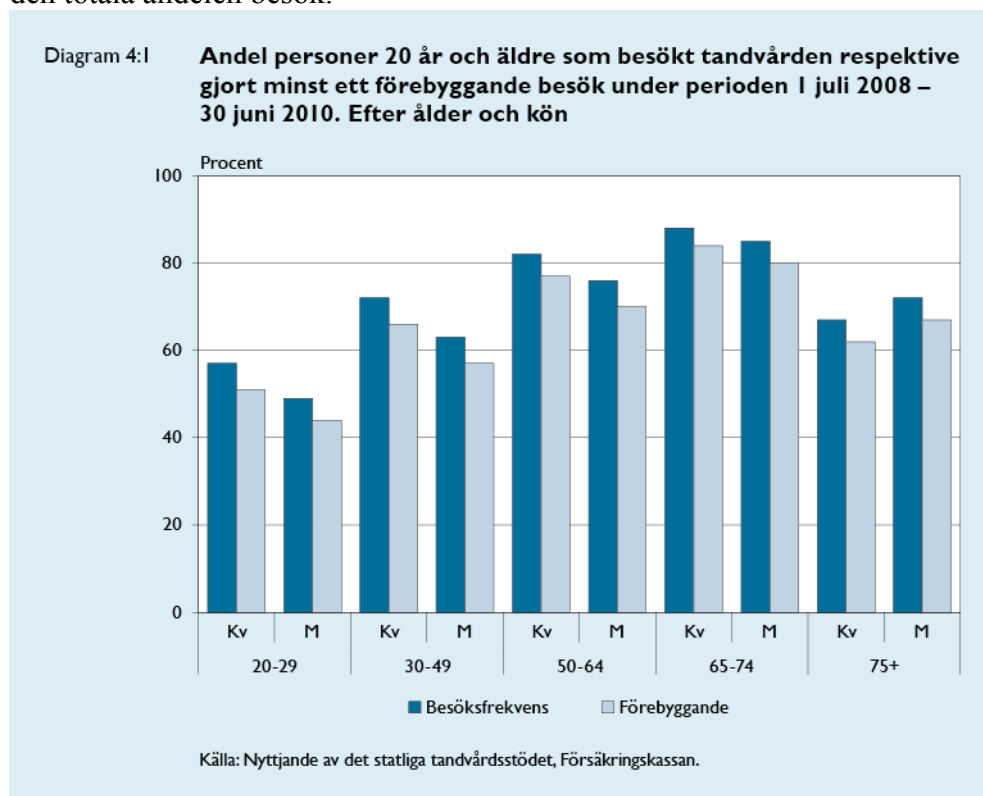
Personer med kort utbildning, låg inkomst samt utlandsfödda uppger att de har dålig tandhälsa i betydligt högre utsträckning än andra. 24 procent av de med sjukpenning eller sjukersättning uppger att de har dålig tandhälsa, medan

motsvarande andel bland förvärvsarbetande bara är 8 procent. Behovet av tandvård är, precis som Socialstyrelsen konstaterade i Lägesrapport 2011, fortsatt stort i dessa grupper trots den positiva utvecklingen av tandhälsan de senaste decennierna.

Två av tre besöker tandvården i förebyggande syfte

Försäkringskassan har i samarbete med Socialstyrelsen utvärderat nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet. Utvärderingen visar att 71 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården under perioden 1 juli 2008–30 juni 2010. Utvärderingen visar också att 68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte. I absoluta tal gjorde 5,13 miljoner individer 19,1 miljoner besök och 30,9 miljoner behandlingsåtgärder utfördes [2].

Personer i åldersgruppen 65 – 74 år har besökt tandvården i högst utsträckning (diagram 4:1). I diagram 4:1 visas också andelen personer som har gjort minst ett förebyggande besök. Ett förebyggande besök definieras som ett besök där minst en förebyggande åtgärd utfördes. Andelen förebyggande besök följer den totala andelen besök.



Kvinnor besöker tandvården i högre grad än män. Det gäller för alla åldersgrupper utom för den äldsta, 75 år och uppåt. Att de äldsta besöker tandvården i lägre utsträckning än andra grupper kan till viss del förklaras av att en del personer i denna grupp omfattas av det tandvårdsstöd som landstingen ansvarar för. De omfattas därmed inte av statistiken för det statliga tandvårdsstödet.

Personer äldre än 50 år tenderar också att besöka tandvården ett större antal gånger i genomsnitt jämfört med yngre, vilket sannolikt förklaras av att tandvårdsbehovet ökar med åldern.

Efterfrågan på tandvårdspersonal är fortsatt stor

Socialstyrelsens planeringsstöd (NPS) arbetar fortlöpande med att ta fram statistik för analys av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdens personal.

En internationell jämförelse av personaltillgång inom tandvården försvåras emellertid av att många länder inte har yrkeskategorin tandhygienister. Inom Norden går det dock att göra jämförelser. Jämfört med Norge och Danmark har Sverige flest tandhygienister per 100 000 invånare samtidigt som Sverige har lägst tandläkartäthet [3].

I Sverige har tillgången på tandläkare sjunkit sedan 1995 samtidigt som tillgången på tandhygienister har ökat. Totalt var drygt 7 400 tandläkare och drygt 3 600 tandhygienister sysselsatta i tandvården i slutet av 2009. Av tandläkarna hade 839 stycken specialistkompetens vilket motsvarar ca 11 procent av alla tandläkare [4].

Inom tandhygienistkåren finns en kraftig övervikt av kvinnor medan könsfördelningen hos tandläkarna är jämn. Enligt Höskoleverkets prognoser kommer emellertid kvinnorna att vara i majoritet även inom tandläkaryrket år 2020 [3].

NPS arbetar med flera olika modeller för att beräkna hur den framtida tillgången på tandvårdspersonal kan komma att se ut. NPS tar fram en prognos utifrån hur nettomigrationen av tandläkare har sett ut de senaste åren, jämfört med examinationstakten av nya tandläkare, kontra pensioner och tandläkare som lämnar tandvården för att arbeta inom till exempel offentlig förvaltning. Prognosen är att antalet tandläkare kommer att minska med en fjärdedel fram till år 2025, det vill säga till cirka 5 400 tandläkare, utan tillskott av nettomigration [5].

Samtidigt visar prognosen att antalet tandhygienister i tandvården kommer att öka med drygt 45 procent fram till 2025, det vill säga till cirka 4 700 tandhygienister.

Kunskapen om äldres munhälsa måste öka

Äldres munhälsa uppmärksammas bland annat av Socialstyrelsens tillsyn. Socialstyrelsens har tillsynat kommunalt och enskilt drivna särskilda boenden i 38 kommuner i den sydöstra regionen. Tillsynen visar att de äldre som har rätt till munhalsobedömning och nödvändig tandvård också erbjuds detta. Socialstyrelsen konstaterar dock att det ibland är svårt att ge den omvårdnad och behandling som behövs när det gäller munhälsa [6]. Det gäller framförallt äldre med demenssjukdom som kan ha svårt att förstå varför och hur de ska använda sina hjälpmedel. Socialstyrelsens inspektioner har tydliggjort behovet av att personalen har kompetens inom området, och vikten av att det finns en plan för kompetensutveckling av personalen. Det är också viktigt att det finns tydliga, uppföljningsbara mål för mun- och tandvården inom särskilda boendeformer.

Äldres munhälsa har också uppmärksamats av tandläkarförbundet som ororas av att en stor andel av de som är berättigade till uppsökande verksamhet inte erbjuds detta [7]. Tandläkarförbundet anser att det är mycket viktigt att kunskapen om äldres munhälsa ökar hos bland annat kommunernas biståndsbedömare. Förbundet anser också att samarbetet mellan bland annat kommunernas äldreboenden och kommunernas hemtjänst och tandvården måste öka. De anser också att det är viktigt att medvetenheten om hur viktig en god munhälsa bland äldre är sprids, både bland de äldre själva, bland kommunernas personal inom vård och omsorg om äldre och bland tandvårdens personal. Av det skälet har

förbundet tagit fram ett särskilt policydokument som uppmärksammar vikten av att bibehålla äldres mun- och tandhälsa.

En femtedel av de ansvariga för kommunernas biståndshandläggare upplever att sjuka äldre som bor kvar hemma ofta har tandhälsoproblem [8]. Samtidigt är det en minoritet av kommunerna som alltid tar upp munhälsa och tandvårdsbehov vid bedömningarna av äldres bistandsbehov. Skälet till det uppges vara att munhälsa och tandvård anses vara en del av personlig omvårdnad inom ramen för hemtjänst, och att frågor om detta först tas upp när de som ska verkställa beslutet om hemtjänst upprättar en genomförandeplan, alltså tar ställning till hur de beviljade insatserna ska genomföras.

Hos de kommuner som tar upp munhälsa och behov av tandvård redan vid bistandsbedömningarna av de äldre är det en minoritet som följer upp hur det har gått hos tandvården, enligt Tandläkarförbundet. Det finns också brister när det gäller biståndshandläggarnas kunskaper om vad som ingår i en munhälso-bedömning.

Tandvårdens uppsökande verksamhet måste nå fler

Landstingen har sedan 1999 ansvar för att personer som bor på särskilt boende för äldre, funktionshindrade under 65 år och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjuds en avgiftsfri munhalsbedömning. Dessa personer ska också erbjudas nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Sveriges Kommuner och Landstings redovisning visar att 165 600 personer kunde komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2010 [9]. Av dessa tackade drygt 99 200 personer ja och fick del av den uppsökande verksamheten. Det innebär en ökning på cirka 3 procent jämfört med 2009.

Det är viktigt att notera att samtliga 165 590 personer som ingick i personkretsen inte erbjöds uppsökande verksamhet. 17 av 21 landsting har kunnat lämna uppgifter om hur många personer som tackade nej till erbjudandet om uppsökande verksamhet. Utifrån dessa uppgifter går det att se hur många personer det var som varken tackade ja eller nej, och som alltså inte fick något erbjudande. Uppgifterna visar att det var 76 procent av personkretsen i dessa 17 landsting som erbjöds uppsökande verksamhet. Det är med andra ord en betydande andel av personerna som är berättigade till uppsökande verksamhet som inte blir erbjudna detta.

Omkring 122 300 personer fick nödvändig tandvård under 2010, vilket är en ökning med drygt 7 procent sedan 2009.

Färre barn och unga drabbas av karies

En allt större andel barn och unga är kariesfria. År 2010 var 63 procent av de undersökta tolvåringarna kariesfria. Medelvärdet för DFT, det vill säga antalet skadade och fyllda tänder, var 0,82. Samma år var 31 procent av nittonåringarna kariesfria [10]. Den övergripande bilden av barns tandhälsoutveckling är alltså positiv.

Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund. Stockholms läns landsting har därför utvecklat en modell med vårdbehovsområden och vårdbehovstillägg. Detta gör att landstinget kan identifiera geografiska områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att

vårdgivarna får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Tandhälsan hos barn och ungdomar i de områden som identifierats som de mest utsatta har också förbättrats de senaste åren. År 2005 hade drygt 70 procent av trettonåringarna i dessa områden kariesskadade tänder. År 2010 hade den andelen sjunkit till knappt 64 procent [11].

Även i landstinget Östergötland uppmärksammas de skillnader i tandhälsa som finns mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Där har andelen kariesfria sexåringar ökat i alla socioekonomiska grupper, utom i den mest utsatta gruppen där andelen kariesfria tvärtom har sjunkit [12]. År 2006 var 50 procent av sexåringarna i de mest utsatta områdena kariesfria men 2009 hade denna andel sjunkit till 46 procent. Skillnaderna i tandhälsa mellan sexåringar med olika socioekonomisk bakgrund har med andra ord ökat mellan åren 2006 och 2009, inte minst eftersom tandhälsan i övriga socioekonomiska grupper har blivit bättre under perioden. Landstinget i Östergötland arbetar sedan flera år med satsningar på riktade preventiva insatser till områden som har störst behov, satsningar som det alltså fortfarande finns ett behov av.

Tandvården spelar en viktig roll för utsatta barn

Tandvården har en viktig roll när det gäller att upptäcka barn som utsätts för övergrepp eller bristande omvårdnad. De nordiska barnombudsmännen påpekar i ett gemensamt uttalande år 2009 att tandvården har en unik möjlighet att komma i kontakt med i princip alla barn och att tandvårdspersonal får en god överblick över eventuella skador i mun-, hals- och ansiktsregionen. Barnombudsmännen konstaterar vidare att det är få tandläkare som faktiskt fullgör anmälningsplikten enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453) rörande barn som far illa, och att beslutsfattare i de nordiska länderna bör förtydliga denna anmälningsplikt i relevanta planer och policydokument [13].

Sveriges Tandläkarförbund har även gett ut en skrift i frågan där man beskriver tandvårdens anmälningsskyldighet och vad man som tandvårdspersonal kan möta. Skriften ger även råd om hur tandvårdspersonal ska agera när de har svårt att få barnen att besöka kliniken, något som kan vara ett tecken på att barnet är i en utsatt situation [14]

Utökat stöd till personer med sjukdom eller funktionsnedsättning

Den 1 januari 2013 införs ett nytt tandvårdsstöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionshinder, det så kallade tredje steget i 2008 års tandvårdsreform. Stödet består av två delar.

Den ena delen av stödet är ett ekonomiskt bidrag som bara kan användas till förebyggande tandvård, särskilt tandvårdsbidrag (STB). Bidraget riktas till dem som riskerar att få försämrad tandhälsa till följd av sjukdom eller funktionshinder och där risken kan minskas med hjälp av förebyggande behandling.

Den andra delen av stödet riktar sig till personer som har stora tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder och som dessutom har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå en tandvårdsbehandling. Dessa personer ska få sin tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Målet med stödet är att undanröja ekonomiska hinder för att få tandvårdsbehovet tillgodosett.

Det nya stödet bygger vidare på det system som redan finns, där det särskilda tandvårdsbidraget liknar det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) i det nuvarande statliga tandvårdsstödet för vuxna, medan tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift liknar det tandvårdsstöd som landstingen idag ansvarar för.

Tandvårdsabonnemangen fortsätter att öka

Inom det statliga tandvårdsstödet är det möjligt att teckna avtal om abonnemang för tandvård. Syftet med abonnemanget är att främja en god tandhälsa med fokus på preventiva åtgärder. Abonnemanget innebär att utgifterna för tandvården periodiseras och avsikten är att detta ska stimulera till ökad kontakt med tandvården.

SKL följer utvecklingen av abonnemang i tandvården, något som de benämner frisk tandvård. Under 2011 erbjöd folktandvården i 20 landsting och regioner frisk tandvård, vilket är en ökning med 2 landsting sedan 2010.

Den 30 april 2011 fanns cirka 377 200 abonnemang, vilket innebär en ökning av antalet abonnemang med 32 procent sedan april 2010 [15].

SKL har också tagit fram en nationell modell för frisk tandvård. I april 2011 hade 18 av de 20 landsting och regioner som erbjuder frisk tandvård anslutit sig till denna modell.

Patientfokuserad tandvård

En patientfokuserad tandvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Vården ska planeras i samråd med patienten och det är viktigt att patienten bemöts utifrån hans eller hennes sociala sammanhang. Vården ska utföras med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar.

Svenskarna är nöjda med tandvården

Svenskarna är överlag nöjda med tandvården även om graden av nöjdhet har sjunkit marginellt. Det visar Svenskt Kvalitetsindex mätning av kundnöjdhet. Nöjdheten har sjunkit från 82,7 poäng (av 100 möjliga) år 2010 till 81,9 poäng år 2011. Trots detta är tandvården fortfarande den del av samhällssektorn som medborgarna är mest nöjda med [16].

Svarspersonerna i undersökningen är mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Nöjdhetsindex för privattandvården ligger på 85,4 poäng medan nöjdhetsindexet för folktandvården ligger på 76,7 poäng.

Kännedomen om tandvårdsstödet behöver öka

Ett av målen med det statliga tandvårdsstödet som infördes 2008 är att stimulera till regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte. För att nå målet infördes det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Tandvårdsbidraget är 150 kronor årligen för personer 30–74 år och 300 kronor årligen för personer 20–29 år samt för personer som är 75 år och äldre. Patienten kan spara bidraget i ett år, vilket betyder att en person som är under 30 år och besöker tandvården vartannat år får 600 kronor i ATB.

Förutsättningen för att ATB ska ha avsedd effekt är att befolkningen känner till det och anser att bidraget är tillräckligt stort för att det ska vara värt att utnyttja. Försäkringskassans utvärdering visar att 93 procent av patienterna har använt sitt ATB. Socialstyrelsens och Försäkringskassans kännedomsundersökningar visar samtidigt att kunskapen om ATB är låg. Endast hälften av svarspersonerna uppger sig känna till ATB, och i lägre åldersgrupper är kännedomen om bidraget ännu lägre [2, 17].

Att endast hälften av befolkningen känner till bidragets existens innebär förmodligen att det har liten påverkan på befolkningens tandvårdskonsumtion. Att så många som 93 procent av patienterna använder sitt ATB tyder på att tandvården ”drar” bidraget utan att patienten känner till det. Det betyder att bidraget inte hade någon påverkan när det gällde att få patienten att besöka tandvården. Det är dock för tidigt att utesluta en framtida effekt av ATB eftersom fler och fler förmodligen blir medvetna om bidraget när de besöker tandvården, vilket kan påverka deras framtida tandvårdskonsumtion. ATB kan alltså få en effekt på besöksfrekvensen på längre sikt [2].

Inom ramen för utvärderingen av tandvårdsstödet lät Försäkringskassan genomföra en fokusgruppsstudie av hur tandläkare och privatpersoner uppfattar det statliga tandvårdsstödet. Antalet som deltog i studien är begränsat och det är därför svårt att generalisera resultaten till hela befolkningen. Men den ger ändå en bild av hur resonemangen om tandvårdsstödet kan se ut.

Privatpersonerna understryker att det är en ekonomisk risk att gå till tandvården då de inte vet hur dyrt besöket blir. Och om det skulle visa sig att de inte har några tandhälsoproblem känner de att de har slösat bort pengar till ingen nytta. De anser också att tandvårdsbesök är dyra trots att de har dålig uppfattning om vad det kostar.

Privatpersonerna känner inte till ATB särskilt väl och när de informeras om hur det fungerar anser privatpersonerna att 150 kronor är alldeles för lite för åldersgruppen 30 – 74 år, och att den summan inte har någon betydelse. De anser att bidraget antingen ska tas bort eller höjas ordentligt [2].

Tandvård i rimlig tid

Inom hälso- och sjukvården innebär vård i rimlig tid att vården erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysiskt, psykiskt eller social mening. Inom tandvården ska personer i behov av akut tandvård behandlas med förtur (3 § TL).

Svårt att få tandvård efter kontorstid

Socialstyrelsens verksamhetstillsyn visar att tillgängligheten till tandvård är dålig efter kontorstid, för omhändertagande av patienter med akuta mun- och tandhälsobesvär. Efter stängning fick inte patienterna någon vård om det inte rörde sig om allvarliga fall som krävde specialistkompetens. Detta gällde oavsett patientens ålder. Samma förhållande gäller under helgerna då det endast finns tandvård tillgängligt under några få timmar.

Socialstyrelsen konstaterar att det i TL inte finns definierat något begrepp om befolkningsansvar på samma sätt som inom den övriga hälso- och sjukvården. Därför blir det svårare för Socialstyrelsens tillsyn att ställa krav på åtgärder [6].

Bristande tillgång på tandvårdspersonal påverkar tillgången på tandvård

Rapporter från det nationella planeringsstödet (NPS) visar tydligt att antalet tandläkare skiljer sig markant mellan länen. Rapporterna visar också på en tydlig skillnad i kvoten mellan tandläkare och tandhygienister mellan olika län [3].

I genomsnitt fanns det 81 tandläkare och 38 tandhygienister per 100 000 invånare år 2008. I Västra Götaland fanns det cirka 90 tandläkare per 100 000

invånare år 2008 medan det i Dalarnas, Gävleborgs och Östergötlands län fanns knappt 70 tandläkare per 100 000 invånare [3].

Frågan är om de regionala skillnaderna i tillgången på tandvårdspersonal påverkar tillgången på tandvård på ett negativt sätt. Den nationella utvärdering av strokesjukvården som Socialstyrelsen utförde 2011 indikerar att tillgången på tandvårdspersonal kan vara en faktor som påverkar antalet besök i tandvården. Patienter som har insjuknat i stroke löper ökad risk att drabbas av tandhälsoproblem. Det kan bland annat bero på kvarstående funktionsnedsättningar som gör det svårt att sköta munhygien. I de nationella riktlinjerna för stroke har Socialstyrelsen därför tagit fram indikatorn ”Andel strokepatienter som besökt tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter utskrivning från sjukhus” [18].

Utvärderingen visar att 63 procent av patienterna hade besökt tandläkare eller tandhygienist vid uppföljningstillfället 12 månader efter stroke. Lägst andel besök i tandvården gjordes i Norrbotten (46,5 procent). Därefter kom Jämtland med 55 procent samt Västerbotten och Västernorrland, båda 56 procent [3]. Av dessa landsting har Jämtland, Västernorrland och Norrbotten färre tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare än riksgenomsnittet.

Besöksfrekvenserna i tandvården är generellt lägre i norra Sverige än i södra delen av landet. Av detta drar Socialstyrelsen slutsatsen att skillnaderna i besöksfrekvens mellan länen kan bero på den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal. Att andelen tandvårdsbesök i befolkningen i sin helhet är högre än för strokepatienter tyder på brister i tandvården för strokepatienter eller på att det råder ett tillgänglighetsproblem. Socialstyrelsen menar att det borde vara självklart att alla patienter undersöks av tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter stroke och att strokepatienter bör vara en prioriterad grupp för tillgång till tandvård.

Säker tandvård

En säker tandvård minskar risken för vårdskador och ökar patientsäkerheten. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av tandvården och inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Det finns ingen nationell sammanställning över hur många patienter som skadas i tandvården. De anmälningar av allvarliga vårdskador som görs till Socialstyrelsen enligt lex Maria ger långt ifrån en fullständig bild av vårdskadorna inom tandvården. Under 2010 fattade Socialstyrelsen beslut i 62 lex Maria-ärenden som rör tandvård.

Journaldokumentationen innehåller ofta brister

En viktig aspekt i patientsäkerhetsarbetet är avvikelshanteringen, alltså att identifiera risker och allvarliga händelser samt att analysera och åtgärda dessa. Socialstyrelsens tillsyn har granskat avvikelshanteringen inom folktandvården och visar på stora variationer i vad som rapporteras som en avvikelse [6]. Detta är något som kan försvåra arbetet med att uppnå en säker tandvård.

Socialstyrelsen konstaterar bland annat att medicintekniska avvikelser är vanligt och att elektronisk remiss- och journalhantering ger upphov till ett betydande antal avvikelser. Patienters identitet förväxlas ibland. Vid de oanmällda inspektioner som Socialstyrelsen genomförde under 2010 uppmärksammades bristande hygien i flera fall. Det kunde handla om smutsiga golv och ostädade toaletter. Avsaknad av hygienrutiner och olämplig klädsel förekom också i ett

fall. I den här typen av fall gör Socialstyrelsen uppföljande inspektioner och begär att vårdgivaren upprättar skriftliga rutiner för arbetskläder och hygien.

En annan vanlig brist som Socialstyrelsen har uppmärksammat vid såväl anmälda som oanmälda inspektioner är bristande journaldokumentation. Det kan handla om ofullständiga daganteckningar, avsaknad av anamnesuppgifter och avsaknad av riskbedömningar [6]. Socialstyrelsen ställer krav på att vårdgivarna förbättrar journalföringen så att den uppfyller patientdatalagens (2008:355) krav och att den överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFs 2008:14) om informationshantering i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer att utföra uppföljande inspektioner även i dessa ärenden.

Under 2010 behandlade Socialstyrelsen 62 lex Maria-anmälningar från tandvården. Vanliga orsaker till anmälningar var förväxling av patienter och tänder. Det förekommer också fördröjning av behandlingar och komplikationer till följd av läkemedel. Socialstyrelsen har riktat kritik mot vårdgivarna i 18 av dessa ärenden. Under perioden 1 januari–27 oktober 2011 fattade Socialstyrelsen beslut i 44 lex Maria-ärenden från tandvården.

De regionala skillnaderna i antibiotikaförskrivning är fortfarande stora

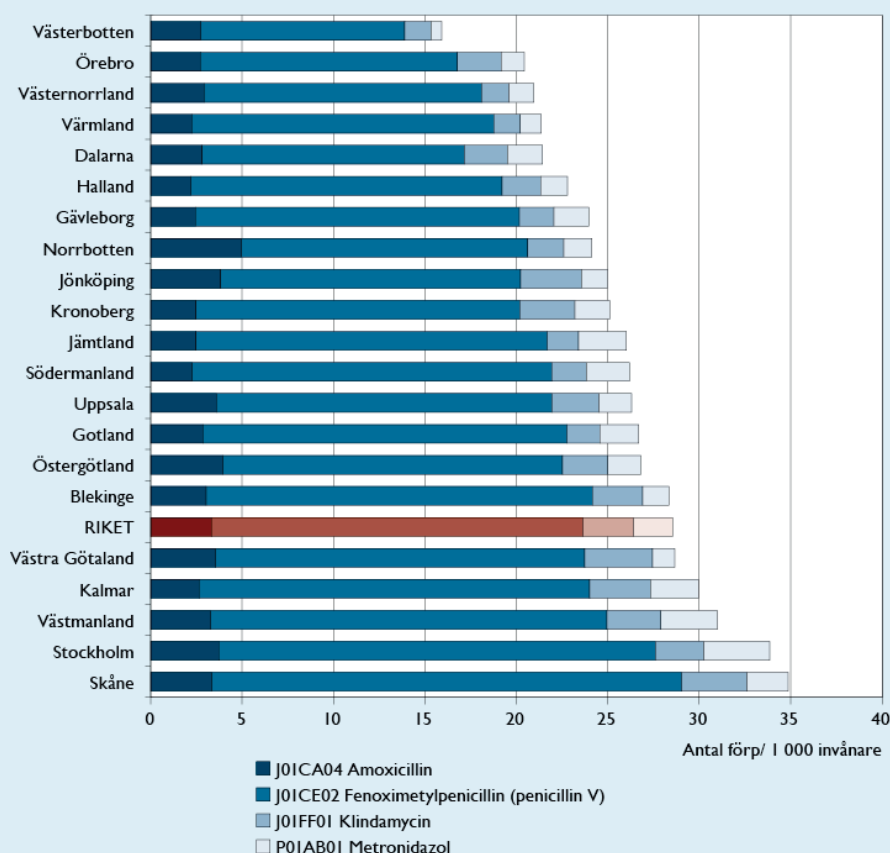
Under 2010 stod tandvården för cirka 7 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården (8 procent år 2009). Under 2010 minskade förskrivningen av antibiotika med 6 procent [19]. V-penicillin (PcV) utgör 75 procent av den antibiotika som förskrivs av tandläkare.

Precis som tidigare år finns det stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården (diagram 4:2). Tandläkare i Stockholm och Skåne skriver ut mer än dubbelt så mycket antibiotika per 1 000 invånare som tandläkare i Västerbottens län. Jämfört med året innan har dock antibiotikaförskrivningen ökat något i Västerbottens län samtidigt som den har minskat i Stockholm och Skåne [20].

Orsakerna till de regionala skillnaderna är inte kända men de bör kunna jämnas ut när tandvården börjar tillämpa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården, som gäller användning av antibiotika. Rekommendationerna i riktlinjerna bör också kunna leda till en minskning av antibiotikaanvändningen i stort inom tandvården. Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet har dessutom fått i uppdrag av regeringen att starta arbetet med att ta fram behandlingsrekommendationer för infektioner i tandvården, något som hitintills har saknats.

Överförskrivning av antibiotika är ett stort problem som riskerar att bidra till dels utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier, dels ökade kostnader. I hälso- och sjukvårdskapitlets avsnitt om säker vård för Socialstyrelsen ytterligare resonemang kring antibiotikaförskrivningen.

Diagram 4:2 Antibiotika förskrivet av tandläkare under perioden september 2010 - augusti 2011



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad tandvård

Kunskapsbaserad tandvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

De nya nationella riktlinjerna främjar tandvård på lika villkor

Socialstyrelsen publicerade den slutliga versionen av nationella riktlinjer för vuxentandvården våren 2011. I riktlinjerna finns rekommendationer för behandlingar inom sju riktlinjeområden. Med dessa rekommendationer avser Socialstyrelsen att främja ett vårdutbud som innebär effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds patienter på lika villkor i hela landet. Målet är en god tandhälsa och en likvärdig tandvård över hela landet. Riktlinjerna ska vara ett verktyg för styrning och ledning samt ett stöd för professionen vid val av behandlingsmetoder. Riktlinjerna innehåller också indikatorer för att följa upp tandvården [21].

Socialstyrelsen har även tagit fram övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Socialstyrelsen kommer att använda indikatorerna i återkommande nationella öppna jämförelser och utvärderingar av tandvårdens följsamhet till riktlinjerna. För en systematisk nationell uppföljning av tandvården krävs dock en fortsatt utveckling av datakällor, mätmetoder och indikatorer [22].

De nationella riktlinjerna har getts ut i patientversion

Socialstyrelsen publicerade en patientversion av de nationella riktlinjerna i november 2011. Den är tänkt som ett stöd för patienter [23]. Patientversionen ger en introduktion av de nationella riktlinjerna för tandvård och deras syfte.

I patientversionen presenteras ett antal behandlingar och åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar att tandvården bör utföra. Det framgår också vad patienten själv kan göra för sin munhälsa. Dessutom ger patientversionen en kortfattad beskrivning av det statliga tandvårdsstödet och dess uppbyggnad.

Implementering av riktlinjerna pågår inom tandvården

På flera håll i landet pågår nu flera olika aktiviteter för att implementera riktlinjerna i tandvården. Som ett exempel kan folktandvården i Västerbottens landsting nämnas. De gör nu en satsning för att underlätta införandet av de nya tandvårdsriktlinjerna till tandläkare och tandhygienister i länet. Socialstyrelsen kommer att fungera som stöd i denna process.

Folktandvården i Västerbottens landsting introducerade riktlinjerna för samtliga anställda under två dagar i november 2011 och till detta tillfälle var också personal från privattandvården inbjuden. De planerar därefter att fokusera på några av rekommendationerna i riktlinjerna där det kan finnas praxisskillnader. Tanken med detta är att inte greppa över för mycket från början. För att underlätta arbetet med att införa riktlinjerna på de enskilda klinikerna kommer vårdgivaren att utbilda så kallade förändringsagenter i början av 2012. Agenterna (minst en från varje basenhet) kommer att utbildas i att tolka riktlinjerna och att använda Socialstyrelsens webb effektivt. De kommer att bli en viktig förmedlande länk mellan riktlinjerna och dem som praktiskt ska använda riktlinjerna på kliniken.

Oklart om tandvårdsstödet uppfyller målet om fler förebyggande besök

Tandvården ska enligt TL lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008 har också som ett av sina mål att öka och främja andelen besök i förebyggande syfte. Inför införande av tandvårdsreformen beräknade utredningen "Friska tänder – till rimliga kostnader" (SOU 2007:19) att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen gjorde ett förebyggande besök under en 18 månaders period.

Försäkringskassans utvärdering av nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet visar att 68 procent av befolkningen över 20 år har besökt tandvården i förebyggande syfte under en tvåårsperiod. Ett förebyggande besök definieras här som ett besök i tandvården där minst en förebyggande åtgärd utfördes. I absoluta tal besökte 4,9 miljoner individer tandvården i förebyggande syfte under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. 53 procent av alla besök innehöll minst en förebyggande åtgärd [2].

En av de åtgärder som räknas som förebyggande är undersökningar utförda av tandläkare eller tandhygienist. Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att 64 procent av den vuxna befolkningen gjorde ett sådant besök under perioden 1 juli 2009 – 30 juni 2011.

Det är svårt att göra jämförelser över tid eftersom det finns begränsningar i data för det tidigare tandvårdsstödet angående andelen som har gjort ett förebyggande besök. Det går därför inte att med säkerhet uttala sig om tandvårdsstödet mål att stimulera förebyggande besök har uppfyllts.

Vad som däremot framgår tydligt är att det finns skillnader i andelen förebyggande besök mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper. Personer födda i Europa utanför EU samt låginkomsttagare har betydligt lägre andel förebyggande besök [2]. Det är en indikation på att dessa grupper har sämre tandhälsa. När de väl besöker tandvården är det i högre grad för att utföra reparativa åtgärder eller andra typer av icke-förebyggande tandvård.

Hälsodata- och kvalitetsregister bidrar till bättre uppföljning av tandvården

Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socialstyrelsens tandhälsoregister inrättades 1 juli 2008. Bakgrunden till registret är att utredningen av det statliga tandvårdsstödet till vuxna konstaterade att det saknades nationella data om vuxnas tandhälsa (Stöd till hälsofrämjande tandvård, del 2 SOU 2006:71). För att öka kunskapen om vuxnas tandhälsa fick därför Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt tandhälsoregister.

Tandhälsoregistret innehåller uppgifter om patienter som har behandlats med åtgärder utförda inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Registret innehåller uppgifter om diagnoser och behandlingar men också om antalet kvarvarande och intakta tänder [24]. Den 31 oktober 2011 innehöll tandhälsoregistret uppgifter om knappt 5,8 miljoner unika individer, 48,9 miljoner diagnoser och 52,4 miljoner behandlingsåtgärder.

Registrets ändamål är att sammanställa och publicera statistik över tandhälsans och tandvårdens utveckling i Sverige. Registret kan också användas för att ta fram underlag för utveckling av indikatorer, uppföljning av nationella riktlinjer och andra uppföljningar och utvärderingar inom tandhälsoområdet. Ett aktuellt exempel på en sådan uppföljning är den utvärdering av nyttjandet av tandvårdsstödet som Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomförde 2011 [2].

Registret kan användas för forskning inom tandvårds- och tandhälsoområdet. Det kan även länkas till andra hälsodataregister på Socialstyrelsen, exempelvis Läkemedelsregistret eller Patientregistret. Detta möjliggör studier inom områden som annars vore svåra att genomföra, till exempel sambanden mellan kronisk parodontit och diabetes [24].

Nationellt Kvalitetsregister för Dentala Implantat (NQREDI)

Det nationella kvalitetsregistret för dentala implantat bildades 2011 genom en sammanslagning av Svenska Dentala Implantatregistret (SDIR) och Straumann Evaluation System (SEVS). Kvalitetsregistret är under uppbyggnad och syftar till att kartlägga omfattningen av implantatbehandling, patienttillfredsställelse, tuggfunktion, implantatförlust och övriga komplikationer [25].

Bakgrunden till registret är att det finns stora kunskapsluckor när det gäller långsiktiga behandlingsresultat och komplikationer vid implantatbehandling. Genom registret kan man kartlägga lyckandefrekvensen av olika implantattyper och kirurgiska tekniker. Bristfälliga material och metoder kan i förlängningen sorteras ut med hjälp av data från registret.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) startades år 2007. Syftet med registret är att kartlägga tandvårdens kvalitet och behandlingsresultat för tandsjukdomarna karies och parodontit för barn och vuxna, både på kli-

niknivå och på nationell nivå. Registret ska även bidra till verksamhetsutveckling inom tandvården.

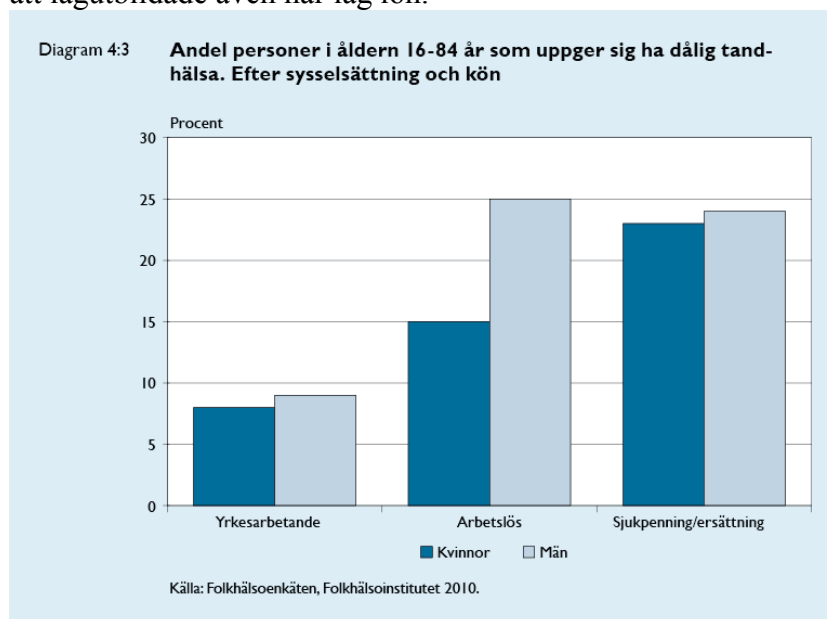
Sommaren 2011 levererade landstingen i Värmland, Örebro och Blekinge data till registret och fler landsting håller på att anslutas. Vidare har SKaPa en plan för anslutning av Praktikertjänst, vilket är viktigt eftersom en stor del av vuxentandvården sköts av privattandvården [26].

Jämlik tandvård

Jämlik tandvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

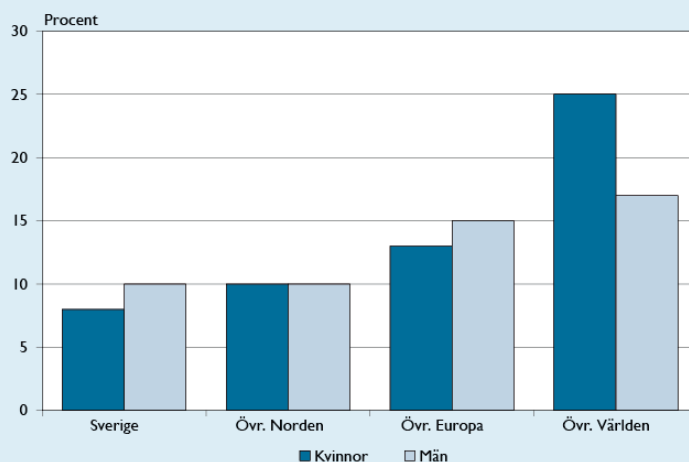
Skillnader i tandhälsa mellan olika grupper

Folkhälsoinstitutets årliga enkätundersökning Hälsa på lika villkor visar på mycket tydliga skillnader i självskattad tandhälsa mellan olika grupper [1]. Av diagram 4:3 framgår också att det finns betydande tandhälsoskillnader mellan könen. Det gäller framför allt gruppen arbetslösa där 25 procent av männen och 15 procent av kvinnorna uppger sig ha dålig tandhälsa. Lågutbildade, låginkomsttagare och personer som saknar kontantmarginal uppger alla att de har sämre tandhälsa. Inkomst och utbildning samvarierar i viss mån då det är troligt att lågutbildade även har låg lön.



Födelseland har en mycket stor betydelse för självupplevd tandhälsa. 8 procent av de svenskfödda kvinnorna uppger att de har dålig tandhälsa, vilket kan jämföras med att 25 procent av de utomeuropeiska kvinnorna uppger samma sak (diagram 4:4).

Diagram 4:4 **Andel personer i åldern 16-84 år som uppger sig ha dålig tandhälsa. Efter födelseland och kön**



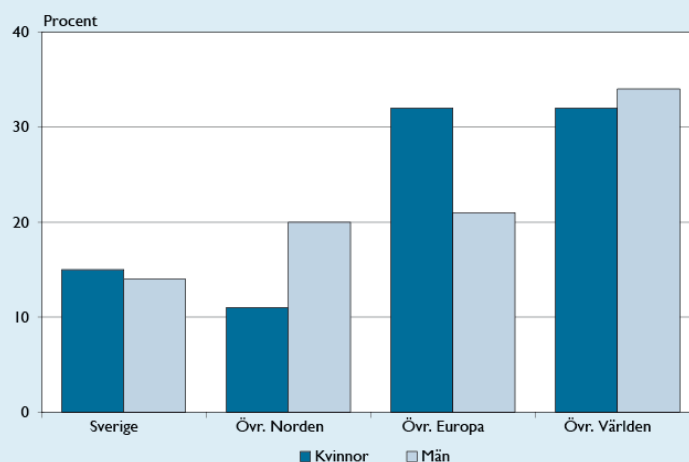
Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsoinstitutet 2010.

Att socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda har sämre tandhälsa bekräftas i viss mån av Försäkringskassans och Socialstyrelsens undersökning av nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet från 2011. Resultaten där visar att de utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta som besöker tandvården tenderar att ha ett större antal besök i genomsnitt. De besöker även tandvården i icke-förebyggande syfte i högre utsträckning. Sammantaget indikerar det att utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta har sämre tandhälsa och ett större behov av tandvård [2].

Många avstår tandvård trots behov

En betydande andel individer avstår tandvård trots behov. Det visar såväl Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2009 som Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från 2010. I Socialstyrelsens befolkningsenkät uppgav 21 procent att de har avstått tandvård trots behov under en tolv månaders period, och i

Diagram 4:5 **Andel personer i åldern 16-84 år som avstått tandvård trots behov. Efter födelseland och kön**



Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsoinstitutet 2010.

Folkhälsoinstitutets enkätundersökning från 2010 uppgav 17 procent att de har avstått från att besöka tandvården trots behov [1,17]. Resultaten i Folkhälsoenkäten visar att socioekonomiskt utsatta och personer födda utanför Norden avstår från tandvård i högre utsträckning än andra trots att behovet finns.

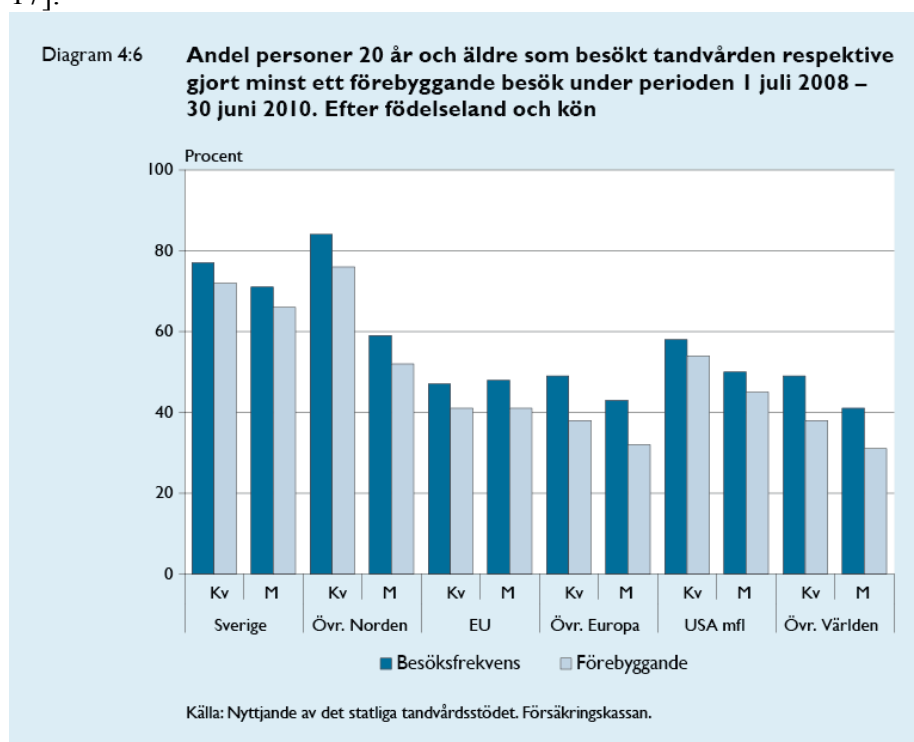
Av diagram 4:5 framgår att män och kvinnor födda i övriga Europa och övriga världen samt kvinnor födda i Norden (utom Sverige) i högre utsträckning än andra avstår tandvård trots behov.

I såväl folkhälsoenkäten som Socialstyrelsens undersökning av befolkningens tandhälsa är ekonomiska skäl den i särklass vanligaste orsaken till att avstå från tandvård trots behov. Socioekonomiska faktorer och födelseland har ett mycket stort genomslag i denna fråga [1].

Oro över ekonomin är också mycket framträdande i de fokusgruppintervjuer som Försäkringskassan och Socialstyrelsen lät genomföra våren 2011. Intervjupersonerna i åldern 30–50 år känner ekonomisk oro inför ett tandvårdsbesök eftersom de känner att de inte har någon kontroll över kostnaderna. Detta leder till att de kan prioritera bort ett tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. De anser att den ekonomiska hjälpen från samhället är alldeles för liten och att karensbeloppen på 3 000 kronor respektive 15 000 kronor för högkostnadsskyddet är för högt satta [27].

Skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper

Försäkringskassans och Socialstyrelsens uppföljning av det statliga tandvårdsstödet visar att 71 procent av befolkningen över 20 års ålder besökte tandvården under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. Det är en betydligt lägre besöksfrekvens än i Socialstyrelsens undersökning av självskattad tandhälsa från 2009. I den uppgav 84 procent att de hade besökt tandvården under en tvåårsperiod [2, 17].

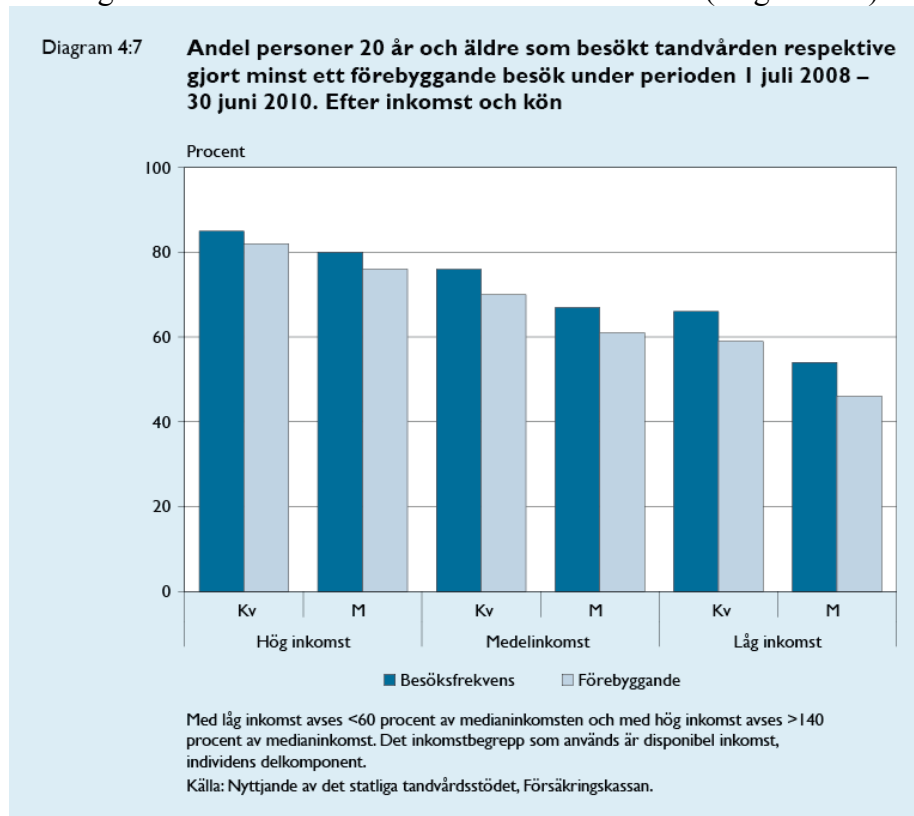


Socialstyrelsens undersökning visade också stora skillnader i besöksfrekvens mellan personer i olika åldrar, med olika födelseland och med olika socioeko-

nomisk status. Dessa skillnader kvarstår i 2011 års uppföljning av tandvårdsstödet.

Födelseland har mycket stor betydelse när det gäller tandvårdskonsumtion. Svenskfödda besöker tandvården i betydligt högre grad än utlandsfödda, med undantag för kvinnor födda i övriga Norden (diagram 4:6).

Den socioekonomiska variabel som har störst genomslag på besöksfrekvensen och andelen förebyggande besök är inkomst. Kvinnor har högre besöksfrekvens än män i samtliga inkomstgrupper. Kvinnor med låg inkomst har nästan lika hög besöksfrekvens som män med medelinkomst (diagram 4:7).



Gifta och sambor med eller utan barn samt högutbildade har en markant högre besöksfrekvens än ensamstående med eller utan barn och lågutbildade. De ensamstående med barn som har besökt tandvården gör många besök i genomsnitt vilket indikerar ett stort tandvårdsbehov.

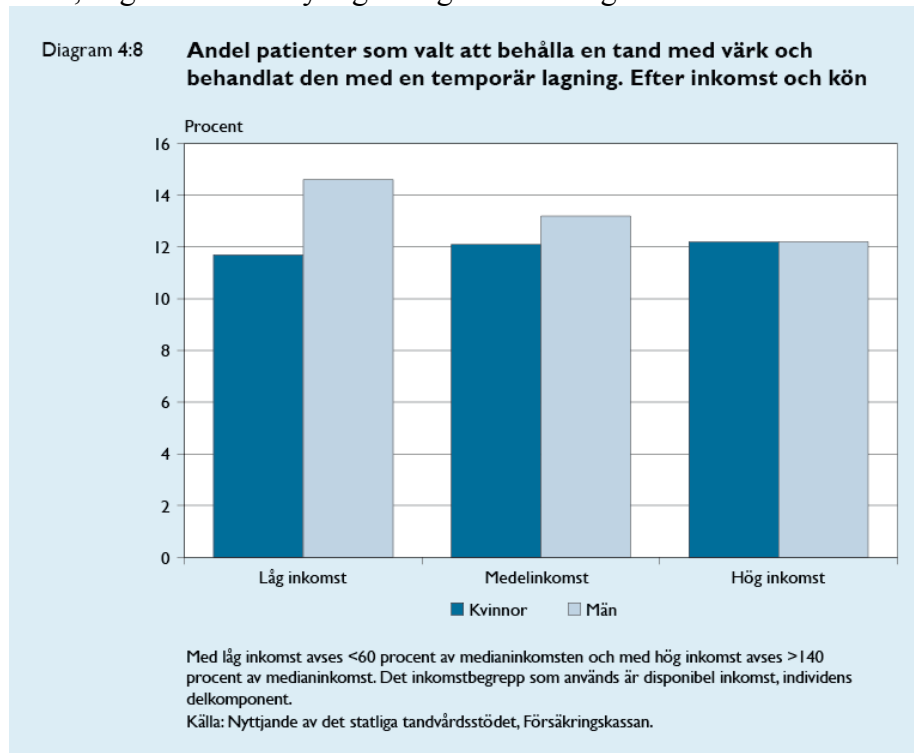
Socioekonomi påverkar valet av behandling

Socioekonomiska faktorer kan inte bara påverka besöksfrekvensen utan också vilken typ av behandling som utförs vid tandhälsoproblem. Fler patienter med ansträngd ekonomi kan antas välja billigare behandlingsåtgärder, alternativt avstå från behandling, jämfört med personer med god ekonomi.

För att undersöka socioekonomiska faktorer påverkan på val av behandling genomfördes en fallstudie inom ramen för Försäkringskassans och Socialstyrelsens studie av nyttjande av tandvårdsstödet [2]. I undersökningen ingick de 79 800 individer som fick behandling för tandvärk i en tand i position 5 i munnen under perioden 1 juli 2008–31 december 2010. Tand i position 5 valdes eftersom den sitter en bit in i munnen. En tand som sitter längre fram i munnen är mer synlig och därför är det troligt att andra faktorer än socioekonomi påverkar valet av behandling.

Ett behandlingsalternativ i den mellersta prisklassen är att behålla tanden och utföra en rotfyllning samt förse tanden med en krona. Det alternativet är betydligt vanligare bland gifta eller sammanboende utan barn, kvinnor med hög inkomst, högutbildade och svenskfödda.

Ett av de billigaste behandlingsalternativen är att behålla tanden och inte slutföra rotbehandlingen. Det är vanligast bland personer under 30 år, män med låg inkomst (diagram 4:8) och personer med låg utbildning. Yngre patienter väljer också alternativet att rotfylla och laga med komposit i högre utsträckning än äldre, något som är betydligt billigare än att laga med krona.



Ett av de dyraste behandlingsalternativen är att dra ut tanden och fylla luckan med en implantatstött konstruktion eller en tandstött bro. Det är vanligast bland personer över 50 år, kvinnor med högre inkomster, förvärvsarbetande, gifta eller sammanboende och högutbildade. Att dra ut tanden och lämna den obehandlade luckan tom är ett relativt billigt behandlingsalternativ som är vanligast bland ensamstående män med låg inkomst, låg utbildning och låg sysselsättningsgrad.

Regionala satsningar förbättrar barns tandhälsa

Stockholms läns landsting har som tidigare nämnts utvecklat en modell för att identifiera geografiska områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att de får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Satsningen verkar också ha burit frukt i och med att tandhälsan hos barn och ungdomar i de områden som identifierats som de mest utsatta har förbättrats de senaste åren.

Landstinget i Östergötland arbetar också sedan flera år med satsningar på riktade preventiva insatser till de områden som har störst behov, satsningar som det fortfarande finns ett behov av eftersom skillnaderna i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund ökade under perioden 2006–2009.

Behovet av tandvård är ofta särskilt stort bland placerade barn

En annan grupp att uppmärksamma är de familjehemsplacerade barnen. I en studie i Malmö undersöktes placerade barns hälsa. De flesta barn i familjehem har haft sin tidiga uppväxt i familjer som präglas av familjevåld, föräldrars missbruk och psykisk ohälsa. Därför finns det troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med en välfungerande hälso- och sjukvård, inklusive tandvård [28].

Utvärderingen visar att endast 60 procent av de placerade barnen har kommit på de kontroller som tandvården erbjuder. 30 procent av barnen har också behandlingssvårigheter. Det kan till exempel handla om svårigheter att sitta still, sprutfobi eller vägran att öppna munnen.

De placerade barnen hade mer än dubbelt så stort behov av remiss till tandvården som kontrollgruppen och flera av barnen behövde narkos för att behandlingen skulle vara möjlig att genomföra.

Referenser

1. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
2. Nyttjandet av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Försäkringskassan; 2011.
3. NPS –Nationellt planeringsstöd. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. År 2009–2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Tillsynsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Policydokument. Äldres tandhälsa och munvård. Sveriges tandläkarförbund; 2011.
8. Munhälsan hos äldre som bor hemma. Stockholm: Sveriges tandläkarförbund; 2011.
9. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling 2010. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
10. Karies hos barn och unga 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Tandhälsorapport 2010. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2011.
12. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland 2009. Linköping: Östergötlands läns landsting; 2011.
13. Tandvården och barn som far illa. Barnombudsmannen; 2011. Br 2010:02.
14. Barn som far illa. Sveriges Tandläkarförbund; 2011. Kunskap & kvalitet nr 9.
15. Kartläggning av frisktandvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
16. Svenskt kvalitetsindex 2011. SKI 2011.
17. Befolkningens tandhälsa 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
18. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. SWEDRES 2010. A report on Swedish Antimicrobial Utilization and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2011.
20. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
21. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
22. Övergripande nationella indikatorer för God tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
23. Vuxentandvård. Ett stöd för dig som besöker tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
24. Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
25. Tandläkartidningen nr. 7/2011.

26. SKaPa Nyhetsbrev nr. 2/2011. SKaPa; 2011.
27. Privatpersoners resonemang kring konsumtion av tandvård. Stockholm: Augur; 2011.
28. Fosterbarns hälsa. Det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.