

Utvärdering av tandvården

Följsamheten till nationella riktlinjer

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

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

Artikelnummer: 2024-6-9646

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2025

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av tandvården. Utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård. Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledning på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patienter, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Thomas Malm som tillsammans med Anastasia Simi, Peter Lundholm och Frida Lundgren utgjort projektets arbetsgrupp. Externa experter har varit Álfheidur Ástvaldsdóttir, Fredrik Frisk, Anders Jonsson, Pernilla Larsson Gran, Ola Norderyd och Katharina Wretling. Ansvarig enhetschef har varit Maria State. Ett särskilt tack riktas till Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) som bistått med data och sakkunskap.

Björn Eriksson

Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	9
Om munhälsa och tandvård	13
Implementering av de nationella riktlinjerna	17
Främja hälsa och förebygga sjukdom	40
Utredda och diagnostisera	67
Behandla och rehabilitera	87
Munhälsan behöver bli mer jämlik.....	159
Summerande analys	168
Projektorganisation.....	174
Referenser.....	175
Bilaga 1. Tillhörande dokument som publiceras på webben ...	177

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utvärderat tandvården. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till de nationella riktlinjerna för tandvård.

I den här utvärderingen följer Socialstyrelsen såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården. Utvärderingens utgångspunkt är Socialstyrelsens riktlinjer för tandvård från 2022 med dess rekommendationer, indikatorer och målnivåer [1, 2, 3].

Majoriteten av alla vuxna och de flesta barn i Sverige besöker tandvården regelbundet. Munhälsan är generellt sett god men det finns skillnader mellan olika grupper. Sämre munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning, dålig allmän hälsa och olika funktionsnedsättningar.

Munhälsan hänger också samman med den allmänna hälsan. Det finns ett samband mellan munsjukdomar som karies och parodontit och hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Många riskfaktorer är gemensamma för flera munsjukdomar och andra sjukdomar, till exempel ohälsosamma matvanor och rökning. Munhälsan påverkar också näringsintaget, risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen samt livskvaliteten. Samtidigt som karies och parodontit är bland de vanligaste icke-smittsamma sjukdomarna i världen går de till stor del att förebygga.

Arbete med riskbedömningar och orsaksinriktade behandlingar är ett utvecklingsområde

För att ta tillvara tandvårdens resurser effektivt behöver tandvården arbeta systematiskt och med fokus att förebygga och behandla orsaken till sjukdom. Utvärderingen visar dock att tandvården ännu har kvar ett omfattande arbete med implementeringen av ett systematiskt arbetssätt för att bedöma risker för sjukdomar, och besvär och därefter behandla orsaken till sjukdomen. De strukturerade arbetssätt som rekommenderas i riktlinjerna har inte fullt ut fått genomslag på tandvårdsklinikerna. En nationell modell för bedömning av risk kan ge ytterligare stöd för det systematiska arbetet. En sådan modell är ännu under utveckling. Sammantaget visar utvärderingen att tandvårdsklinikerna behöver komma längre i implementeringen av riktlinjerna och att det är för tidigt att uttala sig om det är fler personer som får behandling efter behov sedan de nya riktlinjerna infördes.

Tandvården behöver även fortsätta sitt arbete med att ställa om och ändra arbetssätt, och börja arbeta mer orsaksinriktat vid munsjukdom och besvär för att behandla orsaken till problemen och inte symtomen. Utvärderingen visar att majoriteten av patienterna som behandlas för karies, parodontit eller käkfunktionsstörning inte får orsaksinriktad behandling. Det var endast 11,2 procent av de vuxna som behandlades för karies 2022 som fick orsaksinriktad behandling. I detta sammanhang är det också viktigt att tandvården förbättrar registreringen av utförda åtgärder.

Viktigt att fortsätta det hälsofrämjande och förebyggande arbetet

En god munhälsa är viktig för livskvaliteten och många riskfaktorer för dålig munhälsa är gemensamma för munsjukdomar och andra sjukdomar, till exempel ohälsosamma matvanor och rökning. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är ett av fokusområdena i de nationella riktlinjerna och en del av ett viktigt skifte i tandvården.

Utvärderingen visar att majoriteten av tandvårdsklinikerna anser sig ha tillgång till kompetens för att genomföra kvalificerat rådgivande samtal men att det samtidigt är mycket få patienter som får denna behandling. Det är knappt en procent av de vuxna patienterna som behandlades för karies som fick åtgärden kvalificerat rådgivande samtal. Socialstyrelsen bedömer att detta är ett utvecklingsområde där tandvården behöver implementera nya arbetssätt, se till att det finns kompetens för att utföra åtgärden och dessutom behöver kodverket i register utvecklas så att åtgärden kan följas upp. Utökad samverkan med t.ex. primärvården för att remittera patienter dit för kvalificerat rådgivande samtal är också ett alternativ. Vårdgivarna behöver se till att tandvårdspersonalen får utbildning och kompetens i samtalsbaserade metoder, så att personalen till exempel kan arbeta med kvalificerat rådgivande samtal.

Vad gäller barn och den kostnadsfria tandvården verkar arbetssättet och fokus på att förebygga sjukdom vara i bättre överensstämmelse med riktlinjernas budskap. Vad gäller vuxna utgör kostnaden som patienten betalar själv i det statliga tandvårdsstödet ett stort hinder. Det behöver finnas en vilja hos patienten att betala för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det kan behövas en förändring av attityd och förhållningssätt hos såväl tandvården som hos patienterna, där man går från en ofta återkommande reparativ vård av skador, till förebyggande åtgärder där fokus är att förhindra att patienterna exempelvis får karies. Vårdgivare och huvudmän behöver arbeta aktivt för att åtgärder som är gemensamma inom hälso- och sjukvård och tandvård och syftar till att stödja hälsorelaterade beteendeförändringar debiteras i samma system.

Mer samverkan med andra

För att främja en god munhälsa i befolkningen behöver tandvården samverka mer med andra aktörer som övrig hälso- och sjukvård, barnhälsovård, skola, kommun med flera. Munhälsa och tandvård behöver inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete för bättre samordning. Vårdgivare och huvudmän behöver arbeta aktivt för att öka samverkan med andra aktörer.

Tandvården arbetar aktivt med samverkan redan nu, t.ex. med barnhälsovården, men samverkan kan utvecklas vidare och få ytterligare struktur och spridning. För att främja barns hälsa behöver tandvårdskliniker och barnavårdscentraler som är verksamma i områden med hög risk för dålig munhälsa arbeta med systematisk samverkan i högre utsträckning. Regionerna behöver även arbeta aktivt på övergripande nivå för att förbättra denna samverkan. Socialstyrelsen bedömer också att arbetet med samordnade insatser för barn och vuxna som behöver särskilt stöd behöver utvecklas vidare så att tandvård och munhälsa inkluderas i vårdkedjan på det sätt som rekommenderas i riktlinjerna. Tillgång på resurser inom såväl tandvård som andra verksamheter kan dock vara en faktor som försvårar samverkan i en del regioner.

Tandvård och munhälsa behöver bli mer jämlik

Munhälsan är generellt sett god men det finns skillnader i munhälsa och tandvårdskonsumtion mellan olika grupper sedan lång tid tillbaka. Utvärderingen bekräftar denna bild. Personer med kortare utbildning och personer som är födda utomlands avstår tandvård trots behov och av ekonomiska skäl i högre grad än andra grupper. Förekomst av sjukdomar som karies och parodontit är mer vanligt förekommande hos personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. I samma områden är också antal kvarvarande tänder lägre än i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

Utvärderingen visar också att det finns betydande skillnader i utfallet av olika behandlingar utifrån socioekonomi. Det gäller t.ex. avstannande sjukdom där personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar eller har kort utbildning har avstannande karies i lägre utsträckning än andra. Det är knappt 64 procent av de med kort utbildning som har avstannande karies vilket kan jämföras med 70 procent bland de som har lång eftergymnasial utbildning.

Det finns också svårförklarliga skillnader mellan regionerna när det gäller utfall av behandlingar och utförd tandvård. Det gäller till exempel orsaksinriktad behandling, som inte bara utförs i relativt låg utsträckning

generellt sett, utan där det dessutom skiljer sig mellan regionerna när det gäller andel patienter som får denna typ av behandling. Här behövs både ett arbete för att utveckla inrapporteringen av åtgärden och ett arbete för att minska skillnaderna mellan regionerna. Ur ett jämlikhetsperspektiv behöver dessa skillnader mellan regionerna utjämnas. Tandvårdens fokus behöver vara på mer hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förebygga munsjukdomar och besvär som kan leda till att tänder förloras.

Följsamheten till riktlinjerna behöver öka

Resultatet av utvärderingen visar att tandvården är i stora delar välfungerande men att det trots det finns skillnader mellan regionerna i vården som ges, och i utfall av vården. Huvudmän och vårdgivare behöver därför fortsätta sitt arbete för att skapa en god och jämlik tandvård och munhälsa. Den privata tandvården behöver inkluderas mer i implementerings- och utvecklingsarbetet.

Utvärderingen visar också att förflyttningen mot en tandvård som arbetar systematiskt för att tillvarata tandvårdens resurser effektivt fortfarande är ett arbete som behöver ett ökat fokus för att utvecklas. Även förflyttningen mot en hälsofrämjande och förebyggande tandvård som samverkar med andra är ett område som behöver utvecklas vidare. Samverkan med andra förutsätter att munhälsa också uppmärksammas mer inom andra delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kompetensförsörjningen är en nyckelfråga och huvudmän och vårdgivare behöver arbeta för att förbättra tillgången till tandvårdspersonal i hela riket.

Uppföljningen av tandvården kan förbättras genom att kodverket i tandhälsoregistret utvecklas med avseende på tandhälsomått och åtgärder, samt att barn och ungdomar inkluderas i tandhälsoregistret. Fler privata vårdgivare behöver ansluta sig till kvalitetsregister inom tandvården. Vårdgivarna behöver kvalitetssäkra diagnostisering och inrapportering till register samt implementera erosionsindex.

Sammanfattningsvis kan konstateras att tandvården behöver fokusera mer på arbetssätt och förebyggande åtgärder för att minska antalet personer som får munsjukdomar och besvär. Huvudmän och tandvården behöver anpassa och ställa om och arbeta mer aktivt med att implementera arbetssätt och behandlingar så att fler patienter kan få högprioriterade åtgärder i enlighet med rekommendationerna. Särskilt fokus behöver läggas på de socioekonomiskt utsatta områdena. I dagsläget når tandvården på nationell nivå två av de fjorton målnivåer som Socialstyrelsen tagit fram. Samtliga regioner når dock inte de båda målnivåerna.

Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid och på rätt nivå utifrån individens förutsättningar och vårdbehov. Vi styr, stödjer, följer upp och analyserar hälso- och sjukvården och tandvården för att bidra till en god och jämlik vård på lika villkor för alla.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Det innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer samt genomföra utvärderingar. Socialstyrelsen utvärderade tandvården 2013 [4]. Den utvärderingen omfattade endast vuxentandvården.

Utvärderingen utgår från de indikatorer och målnivåer som tagits fram i riktlinjearbetet men belyser även andra aspekter av tandvården.

Syfte och avgränsningar

Rapporten är en utvärdering av tandvårdens och regionernas strukturer, processer och resultat för tandvård och munhälsa. Syftet med utvärderingen är att utvärdera tandvården utifrån följsamheten till de nationella riktlinjerna. Syftet är också att utvärdera om tandvården bedrivs i enlighet med kriterierna för god vård och omsorg.

Utvärderingens utgångspunkt är de områden som ingår i de nationella riktlinjerna för tandvård. De gäller i första hand allmäntandvård, men vissa rekommendationer gäller också specialisttandvård. De nya rekommendationerna är snävare och gäller framför allt åtgärder där det finns praxisskillnader och stort behov av vägledning.

Samverkan och kommunikation

Arbetet med utvärderingen har bedrivits av en projektgrupp på Socialstyrelsen med stöd av externa experter. Vi har även bjudit in det nationella programområdet NPO tandvård samt representanter för professions- och intresseorganisationer för dialog och information. Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit i arbetet med rapporten.

Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030 som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. Inom området munhälsa och tandvård

är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhälleliga mål är beroende av varandra. Utvärderingen har koppling till mål 3 (god hälsa och välbefinnande) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

Metod

Indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för tandvård som en del i arbetet med de nationella riktlinjerna [2]. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i de nationella riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård.

Läs mer om indikatorerna för tandvård i rapporten *Indikatorer för tandvård* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Målnivåer

Socialstyrelsen har även tagit fram målnivåer för tandvård som en del i arbetet med de nationella riktlinjerna. Nationella målnivåer avser att fungera som stöd för huvudmännens styrning och ledning av tandvården genom att ge tydliga och mätbara kvalitetsmål att sträva mot. Utgångspunkten när vi tagit fram målnivåer är de indikatorer som tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för tandvård [2, 3].

Läs mer om målnivåerna för tandvård i rapporten *Målnivåer för tandvård* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Analys utifrån socioekonomi

RegSO regionala statistikområden togs fram av SCB 2020 och beskriver de socioekonomiska utmaningarna i respektive REGSO. Indelningen följer ett index som bygger på andel personer med låg ekonomisk standard, andel personer med förgymnasial utbildning samt andel personer som haft ekonomiskt bistånd längre än 10 månader, har varit arbetslösa längre än sex månader eller båda delarna.

REGSO-områden

- Områdestyp 1. Område med stora socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 2. Område med socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 3. Socioekonomiskt blandade områden
- Områdestyp 4. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
- Områdestyp 5. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Källa: SCB

Datakällor

I utvärderingen har uppgifter hämtats från flera olika datakällor.

Socialstyrelsens register

- Tandhälsoregistret
- Läkemedelsregistret

Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se

Kvalitetsregister

- Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa

Läs mer om kvalitetsregister på www.kvalitetsregister.se

Enkäter

Socialstyrelsen har genomfört tio enkätundersökningar inom ramen för utvärderingen. Enkätformulären och sammanställning av enkätresultaten finns i en webbilaga (se bilaga 1).

Tabell 1. Enkäter till verksamheter

Verksamhet	Utskick	Antal svar	Svarsfrekvens
Tandvårdskliniker	1 403	477	35 %
Kommuner	150	104	70 %
Vårdcentraler	634	189	30 %
Barnvårdscentraler	528	189	36 %
Barnkliniker sjukhus	92	38	42 %
Barnhabilitering	92	36	40 %
Vuxenhabilitering	78	25	32 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökningar 2024

Flera av enkäterna har låg svarsfrekvens och redovisas därför på nationell nivå och sjukvårdsregionsnivå.

Dialogmöten

Som komplement till data från register och enkäter har Socialstyrelsen också genomfört dialogmöten med företrädare för NPO tandvård, bransch- och professionsföreningar samt företrädare för intresseorganisationer.

Kunskapsstyrningsorganisationen

Dialogmöte med företrädare för NPO tandvård och de olika RPO för att få del av deras erfarenheter av implementeringen av riktlinjerna och hur det arbetet har fungerat. RPO Stockholm-Gotland lämnade tyvärr ett sent återbud och deltog inte.

Bransch- och professionsorganisationer

Dialogmöten uppdelat på två tillfällen med företrädare för bransch- och professionsorganisationer inom tandvårdsområdet för att få del av deras och deras medlemmars erfarenheter av att implementera de nya riktlinjerna. Företrädare för Tandläkarförbundet, Tandhygienistföreningen, Tandsköterskeförbundet, Folktandvårdsföreningen, Privattandläkarna och Praktikertjänst har deltagit.

Profession

Socialstyrelsen har genomfört två dialogmöten med företrädare för professionen (tandläkare och tandhygienister) från folktandvården och den privata tandvården för att få del av deras erfarenheter av att arbeta enligt de nya riktlinjerna och hur de har påverkat arbetet på kliniken. De är verksamma i Norrbotten, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Västernorrland och Stockholm.

Intresseorganisationer

Socialstyrelsen har genomfört dialogmöten med företrädare för pensionärsorganisationer, Demensförbundet, Schizofreniförbundet och FUB för att få del av deras erfarenheter av samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, om riktlinjerna för tandvård har fått något genomslag för deras medlemmar etc. De är alla företrädare för organisationer vars medlemmar omfattas av riktlinjernas rekommendationer inom området främja hälsa för personer som behöver särskilt stöd.

Om munhälsa och tandvård

Nästan alla barn och vuxna i Sverige besöker tandvården. Munhälsan är generellt sett god och den har förbättrats för de flesta sedan början av 2000-talet. Munhälsan är dock ojämlik och den skiljer sig åt mellan regioner och mellan grupper inom samma region. Dålig munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning, dålig allmän hälsa och funktionsnedsättningar [1].

Munhälsan hänger ihop med den allmänna hälsan. Det finns till exempel ett samband mellan munsjukdomar som karies och parodontit och hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och övervikt. Munhälsan påverkar också näringsintag, samt risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen. Dessutom påverkar munhälsan livskvaliteten. Det vill säga att kunna äta, tugga och svälja bra samt att känna sig frisk i munnen.

Barn och unga vuxnas munhälsa

Många barn och unga har haft karies någon gång men Socialstyrelsens uppföljning av barn och ungas munhälsa visar att andelen kariesfria ökar bland de undersökta åldersgrupperna under perioden 2015–2023 [5]. För 6-åringar ökade andelen kariesfria mellan 2021–2023 med 5 procent till 83 procent kariesfria. Bland 12-åringarna ökade andelen kariesfria till 72 procent under samma tidsperiod.

Det finns dock ojämlikheter i barn och ungas munhälsa. Tidigare studier visar att 6-åringar med utlandsfödda föräldrar har karies i högre utsträckning. Barn som är placerade i familjehem eller hem för vård och boende (HVB) har sämre munhälsa än jämnåriga och de besöker inte tandvården lika regelbundet [6, 7].

Vuxnas munhälsa

Vuxnas munhälsa beräknat som antal kvarvarande tänder förbättras över tid men det finns stora skillnader mellan olika grupper. Tandhälsan är generellt bättre i områden med god socioekonomi jämfört med områden med socioekonomiska utmaningar. I områden med goda socioekonomiska förutsättningar hade 95 procent minst 20 kvarvarande tänder vilket kan jämföras med 73,8 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Vidare ökar besöksfrekvensen något över tid. År 2023 var det 51,6 procent av befolkningen 24 år och äldre som besökte tandvården för basundersökning [8].

Tiden mellan basundersökningar har ökat och det finns stora skillnader mellan olika grupper när det gäller att besöka tandvården regelbundet. Personer som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar besökte tandvården i betydligt lägre utsträckning åren 2021–2023 jämfört med personer bosatta i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Det är tre gånger så vanligt att inte komma på basundersökning i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Det finns också betydande skillnader mellan olika grupper när det gäller att avstå tandvårdsbesök vilket är en indikation på ojämlikhet. Till exempel var det 12,3 procent av de vuxna som avstod att besöka tandvården av ekonomiska skäl 2024. Det var vanligare att avstå tandvård av ekonomiska skäl bland utlandsfödda. Andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl ökar dessutom över tid [9].

Tandvårdens organisation

Tandvården skiljer sig till viss del från övrig hälso- och sjukvård i och med att den huvudsakligen bedrivs på relativt små mottagningar och kliniker. Tandvårdens organisation utgår från de lagar som styr, främst tandvårdslagen (1985:125) men även exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:695). Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller dock inte tandvården.

En annan skillnad är den stora andelen privata utförare inom tandvården. Tandvården bedrivs i både offentlig och privat regi och det är ungefär lika många tandläkare och tandhygienister inom vardera sektorn. Det skiljer sig dock åt mellan regionerna [10].

Regionerna har övergripande ansvar för planeringen av tandvården, denna inkluderar även den privata tandvården. Enligt tandvårdslagen ska regionerna planera tandvården utifrån befolkningens behov, se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser samt se till att patienter med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Genom den offentliga folktandvården ansvarar regionerna också för tandvården för barn och unga samt specialisttandvården. Barntandvård utförs dock även av privata vårdgivare, och regionerna kan teckna avtal med privata vårdgivare om att utföra viss specialisttandvård. Generellt utför folktandvården den mesta barntandvården medan drygt hälften av vuxentandvården är privat [10].

Patienterna betalar stor del av tandvården själva

Tandvården skiljer sig från den övriga hälso- och sjukvården genom finansieringen. Tandvårdssystemet är komplext och utgör en blandning av statliga och regionala stöd. Det leder till otydlighet för patienter om vilka kostnader de kan förvänta sig och till en administrativ börda för tandvården. Det statliga tandvårdsstödet har en hög andel självfinansiering vilket gör att vuxna patienter betalar större delen av kostnaden själv. Det råder fri prissättning inom tandvården vilket gör att det kan vara svårt att beräkna vad ett besök kommer att kosta, och stödet kan också urholkas i perioder med hög inflation. Det finns också en oro för överbehandling, onödiga åtgärder och felaktig fakturering [11].

I utvärderingen följer vi upp situationen i tandvården 2023, och då hade den följande finansieringssystem:

- Vuxna patienter 24 år och äldre betalar den största delen av sin tandvård själva¹
- Staten betalar en del av vuxentandvården genom
 - ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
 - ett högkostnadsskydd
 - ett särskilt tandvårdsbidrag (STB)
- Regionerna finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov.

År 2022 uppgick kostnaden för tandvården till 32 miljarder kronor. De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården inklusive tandvården uppgick till drygt 628 miljarder kronor 2022 [11]. Barn och unga har alltså avgiftsfri tandvård medan vuxna betalar större delen av sin tandvård själva. Detta kan påverka vilken behandling vuxna väljer, en patient kan välja en annan behandling än den som tandvården föreslår eller som rekommenderas i riktlinjerna om det blir billigare [12].

Vuxna har rätt till allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och högkostnadsskydd. Tandvården har fri prissättning men högkostnadsskyddet beräknas utifrån ett referenspris som fastställs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vidare har staten ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) för personer med sjukdom eller funktionsnedsättning som innebär en risk för försämrad munhälsa.

Regionernas tandvårdsstöd omfattar bland annat stöd för personer med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar, och stöd för personer

¹ Från och med den 1 januari 2025 ändrades åldersgränsen för fri tandvård till 19 år. Det betyder att patienter som är 20 år och äldre nu betalar största delen av sin tandvård själva.

som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.²

Samverkan med övrig hälso- och sjukvård

Tandvården och övrig hälso- och sjukvård behöver samverka systematiskt t ex när det gäller barn generellt, placerade barn, personer med kroniska sjukdomar, äldre och personer som behöver särskilt stöd. En väl fungerande samverkan kan leda till ett bättre förebyggande arbete och att patienterna får en säkrare och effektivare vård. Detta kräver att tandvården inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete för bättre samordning.

Förutsättningarna för samverkan är goda då regionerna är huvudmän för både folktandvården, viss ytterligare tandvård och för den övriga hälso- och sjukvården. Ett sätt att underlätta samverkan skulle kunna vara genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det finns också tydliga krav på samverkan i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

WHO:s handlingsplan för munhälsa

WHO har tagit fram en strategi och handlingsplan för munhälsa som utgår från sex strategiska mål där samverkan är en viktig del. Det första målet handlar om att stärka politiska åtaganden och om att munhälsa integreras i bredare policyarbete inom och utanför hälsosektorn. Det andra målet handlar om att intensifiera det förebyggande arbetet och främja munhälsa. Mål tre handlar om stärkt arbetskraft och om att utveckla modeller för personalförsörjning för att möta befolkningens behov. Slutligen har strategin mål om att integrera munhälsovård i primärvården samt förbättra och integrera hälsoinformationssystem, samt att stärka forskningen om munhälsa [13].

² 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen

Implementering av de nationella riktlinjerna

Regioners och klinikers implementeringsarbete

Resultatet visar att fyra av de sexton regioner som besvarade enkäten till regionernas beställare uppger att de har en övergripande handlingsplan för implementering. De regioner som har en övergripande handlingsplan för implementering är Sörmland, Östergötland, Kronoberg och Gävleborg.

Det är knappt hälften av regionerna (7 av 16) som uppger att de genomfört särskilda informationsinsatser om de nya riktlinjerna. Endast två regioner uppger att de genomfört sådana informationsinsatser riktade till den privata tandvården. De båda regioner som har angett att de anordnat särskilda informationsinsatser till andra verksamheter uppger att insatser varit riktade till skolor, barnavårdscentraler (BVC) och kommuner.

Resultaten visar vidare att 62 procent av tandvårdsklinikerna eller deras personal som besvarat Socialstyrelsens enkät har deltagit i informationsinsatser som organiserats av regionen. I Sydöstra sjukvårdsregionen uppger dock 75 procent av klinikerna att de eller personal på klinikerna deltagit i denna typ av informationsinsatser. Det är betydligt vanligare att ha deltagit i den här typen av informationsinsatser bland folktandvårdens kliniker. I den sydöstra sjukvårdsregionen har samtliga kliniker inom folktandvården deltagit i denna typ av informationsinsatser.

Tabell 2. Andel tandvårdskliniker som uppger att kliniken/personal från kliniken deltagit i informationsinsatser om de nya riktlinjerna för tandvård som organiserats av regionen.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:297

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	62 %	61 %	62 %	62 %	75 %	53 %	64 %
Folktandvården	80 %	86 %	78 %	71 %	100 %	62 %	85 %
Privat tandvård	43 %	42 %	43 %	46 %	31 %	50 %	38 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Det är genomgående mer förekommande att större kliniker har deltagit i informationsinsatser organiserade av regionen. Det är också noterbart färre kliniker som är små, dvs har tre eller färre behandlare (tandläkare eller

tandhygienist). Det är totalt 80 små tandvårdskliniker som besvarat enkäten och 396 stora tandvårdskliniker.

Riktlinjerna har i hög utsträckning diskuterats på APT, terapimöte och andra typer av klinikmöten. Diskussionerna har bland annat handlat om hur klinikerna ska förhålla sig till rekommendationerna och har vissa fall lett till ändrade rutiner.

I alla sjukvårdsregioner utom en är det drygt 80 procent av klinikerna som uppger att de diskuterat de nya riktlinjerna på kliniken. Det är också vanligast att en högre andel folktandvårdskliniker har diskuterat de nya riktlinjerna, med undantag för sjukvårdsregion Stockholm där 90 procent av de privata tandvårdsklinikerna uppger att man diskuterat de nya nationella riktlinjerna för tandvård.

De nya nationella riktlinjerna för tandvård har genomgående diskuterats i högre utsträckning på de större klinikerna. I hälften av sjukvårdsregionerna har riktlinjerna diskuterats på omkring 90 procent av de större tandvårdsklinikerna.

Samtidigt är det relativt få regioner som tillfört resurser till implementering, fyra regioner av sexton. Två av dessa regioner har också övergripande handlingsplaner för implementering. Dessa resurser har i huvudsak gått till folktandvården. I kommentarerna framgår att ansvaret för implementering har fördelats till kunskapsstyrningsorganisationen och RPO tandvård.

Lokala och regionala vårdprogram behöver uppdateras i enlighet med riktlinjerna som ett led i implementeringen. Socialstyrelsens enkät till tandvårdsdirektörerna visar att 18 av de 20 regioner som besvarat enkäten har uppdaterat sina lokala och regionala rutiner och vårdprogram så att de följer de nya nationella riktlinjerna för tandvården. T.ex. när det gäller rekommendationerna om kvalificerat rådgivande samtal. Det är endast Jämtland-Härjedalen och Västernorrland som uppger att de inte har uppdaterat sina lokala eller regionala rutiner.

Kompetensförsörjningen är en utmaning

I riktlinjerna identifierades kompetensförsörjningen som en nyckelfaktor. Det finns ett behov av mer tandvårdspersonal framöver vilket beror på ett ökat antal pensionsavgångar samt ett behov av fler tandläkare beroende på att antalet äldre som har kvar sina egna tänder ökar befolkningen. Det kommer att behövas fler tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor [10].

Flera regioner uppger att det råder brist på tandhygienister och i viss utsträckning även erfarna tandläkare, det finns dock relativt många nyutexaminerade tandläkare. Folktandvården uppges ha brist inom samtliga yrkeskategorier.

Prioriterade patientgrupper, såsom barn med dålig munhälsa eller risk för dålig munhälsa, samt tandvårdsstödspatienter kan erbjudas behandling inom folktandvården. Däremot kan endast hälften av patienterna som tackat ja till uppsökande verksamhet få denna insats. Betalande vuxna hänvisas till privata vårdgivare för behandling. Resursbristen beskrivs vara större inom folktandvården än för de privata vårdgivarna.

Samtidigt finns det andra regioner upplever att de har god tillgång till resurser inom den allmänna tandvården och inom specialisttandvården. Det uppges finnas tillgång till tandvård motsvarande behovet, och folktandvården meddelar att de kan rekrytera tandläkare och tandhygienister, men att det är svårare att rekrytera tandsköterskor.

Majoriteten av regionerna, 14 av 20 regioner, uppger vidare att de genomfört någon form av behovsanalys för att bedöma vilka resurser som krävs för att implementera de nationella riktlinjerna för tandvård. Flera regioner kommenterar att behovsanalysen visar att det behövs utbildning, implementering och uppföljning på klinikerna. Det framkommer också i behovsanalyserna att det krävs ytterligare insatser för att implementera riktlinjerna utöver de insatser som redan gjorts, exempelvis för att fler medarbetare ska kunna genomföra kvalificerade rådgivande samtal. Förutom utbildning i att genomföra kvalificerat rådgivande samtal lyfts också behov av utbildning i DC-TMD samt vårdprogram och rutin för bettfysiologi, parodontit och karies.

Hälften av regionerna bedömer att det finns behov av stöd för att implementera rekommendationerna i de nya riktlinjerna. Ett par av regionerna beskriver att de har brist på personal, och därför inte har möjlighet att prioritera att utbilda eller implementera rekommendationerna. Man önskar tillgång till gemensamma utbildningar, vårdprogram och övrigt stödmaterial.

Goda förutsättningar att arbeta enligt riktlinjerna

Majoriteten av regionerna, 70 procent, bedömer samtidigt att de har goda förutsättningar att arbeta i enlighet med riktlinjerna för tandvård i hög eller medelhög utsträckning. Det är endast Region Jämtland-Härjedalen som bedömer att de inte alls har förutsättningar att arbeta i enlighet med rekommendationerna.

Insatser för att underlätta samverkan är vanligt förekommande

Ett av huvudbudskapen i de nationella riktlinjerna är samverkan med andra aktörer i högre utsträckning, t.ex. när det gäller patienter som har behov av

insatser från flera parter. Munhälsan har exempelvis en stor betydelse för den allmänna hälsan hos barn. Tillsammans med barnhälsovården och skolan kan tandvården nå i princip alla barn med råd om goda mat- och munhygienvanor.

Socialstyrelsens utvärdering visar att folktandvården i 18 av 20 regioner har genomfört insatser för att underlätta samverkan med andra aktörer. Flera regioner beskriver att de samverkar med barnhälsovården, inom exempelvis familjecentraler. De utgår från Rikshandboken och även lokala riktlinjer för munhälsa, där barnhälsovårdssköterskorna för samtal med vårdnadshavare gällande barnets munhälsa. Folktandvården och barnhälsovården samverkar om både generella och riktade hälsosinsatser, och riskbedömningar som görs inom barnhälsovården.

Tandvården bör enligt rekommendationerna i nationella riktlinjer för tandvård [1] främja munhälsan hos små barn som bor i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa genom att samverka med barnhälsovården om levnadsvanor. Flera regioner beskriver också att de har en upprättad samverkan med barnhälsovården (BHV) i form av regelbundna möten både på strategisk och operativ nivå. Tandvårdspersonal gör besök på barnvårdscentraler (BVC) och delar information och informationsmaterial för patienter. De har gemensamma årliga utbildningar, delar statistik inför årsrapporter och har avstämningar kring demografiska riskfaktorer. De har också möten med socialtjänst och barnhälsovård löpande och vid behov.

Majoriteten av tandvårdsklinikerna samverkar med andra tandvårdsverksamheter, detta gäller oavsett regi. Andra verksamheter som det är relativt vanligt att samverka med är vårdcentral/hälsocentral (37 procent), barnvårdscentral (33 procent) och kommunal vård och omsorg (32 procent). Det är en låg andel privata tandvårdskliniker som har samverkan med BVC och skola vilket till viss del kan bero på att man har barn som patienter i lägre utsträckning inom den privata tandvården. Samverkan med andra verksamheter omfattar bland annat samverkan med sjukhus (t.ex. Öron, näsa, hals), kommun och förskolor.

Tabell 3. Verksamheter som tandvårdskliniken samverkar med. Flera svar möjliga.

Efter regi. N: 477

	Totalt		Folktand- vården		Privat tandvård		Annan	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Andra tandvårds- verksamheter	87 %	414	87 %	209	86 %	198	100 %	7
Vårdcentral/hälso- central	37 %	175	50 %	121	22 %	50	57 %	4
Familjecentral	14 %	68	27 %	65	1 %	3	0 %	0
Barnavårdscentral	33 %	157	63 %	152	2 %	5	0 %	0
Barnhabilitering	2 %	11	4 %	9	1 %	2	0 %	0
Skola	27 %	131	53 %	128	1 %	2	14 %	1
Kommunal vård och omsorg	32 %	152	44 %	106	20 %	45	14 %	1
Kommunal hälso- och sjukvård	21 %	99	22 %	53	18 %	42	57 %	4
Andra verksamheter	12 %	58	18 %	44	5 %	12	29 %	2
Vi samarbetar inte med någon annan verksamhet	6 %	28	1 %	2	11 %	26	0 %	0

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning. I gruppen Annan ingår t. ex. utbildningskliniker. Denna grupp omfattar endast sju respondenter. De är del av den offentliga tandvården.

Samverkan mellan tandvården och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården är avhängigt av att dessa verksamheter också har möjlighet och kapacitet till samverkan. Det behöver också finnas kompetens hos verksamheterna om betydelsen av att uppmärksamma munhälsan.

Drygt 95 procent av vårdcentralerna bedömer att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen helt eller delvis har tillräcklig kompetens om betydelsen av att uppmärksamma och vid behov vidta åtgärder vid risk för munhälsoproblem. Vårdcentralerna tar också upp att det finns regionövergripande riktlinjer/rutiner som även gäller de privata vårdcentralerna då dessa har avtal med respektive region. Flera vårdcentraler har särskilda rutiner för äldre då man gör särskild riskbedömning (ROAG) och vid årlig demenskontroll. Andra rutiner handlar om läkemedels påverkan på munhälsan, t.ex. osteoporosläkemedel.

Inom barnhabiliteringen är det 30 procent av verksamheterna som bedömer att det finns kunskap och kompetens att uppmärksamma och vid behov vidta åtgärder vid risk för munhälsoproblem. Dessutom bedömer drygt hälften av barnhabiliteringsverksamheterna att de delvis besitter denna kompetens. Drygt 80 procent av barnhabiliteringsverksamheterna har dock inte tillgång till någon rutin för att identifiera och uppmärksamma munhälsoproblem.

Samtliga kommuner som besvarat Socialstyrelsens enkät bedömer att majoriteten av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har kännedom om betydelsen av att uppmärksamma och vid behov vidta åtgärder vid risk för munhälsoproblem. Därefter följer att 98 procent av kommunerna gör samma bedömning för sjuksköterskor och 64 respektive 63 procent av kommunerna gör samma bedömning vad gäller vårdbiträden och biståndshandläggare.

Drygt 60 procent av kommunerna har skriftliga och beslutade rutiner för att stödja personalen i brukarna/patienternas munvård inom äldreomsorgen. Inom omsorg för personer inom funktionsnedsättning är motsvarande andel 46 procent. Munhälsa inkluderas i biståndsbedömningarna i 54 procent av kommunerna. Det betyder att munhälsa inte är inkluderat i biståndsbedömningarna i nära hälften av kommunerna vilket är en betydande andel.

Samtliga barnavårdscentraler bedömer att de helt eller delvis har tillräcklig kunskap och kompetens för att uppmärksamma och vid behov vidta åtgärder/remittera vid munhälsoproblem. Detta gäller oavsett regi. Drygt 90 procent av barnavårdscentralerna uppger att de har rutiner för att förebygga, uppmärksamma och identifiera risk för munhälsoproblem.

Av barnklinikerna bedömer 90 procent att de helt eller delvis har tillräcklig kunskap och kompetens för att uppmärksamma och vid behov vidta åtgärder/remittera vid munhälsoproblem. Det är dock endast en tredjedel av barnklinikerna som uppger att de har någon form av rutin för att uppmärksamma och identifiera risk för munhälsoproblem.

Vad gäller vuxenhabiliteringsverksamheterna uppger två av tre att det helt eller delvis har kunskap och kompetens i verksamheten när det gäller att uppmärksamma och vidta åtgärder vid risk för munhälsoproblem. Det är endast 16 procent av vuxenhabiliteringsverksamheterna som uppger att de har rutiner (t.ex. vårdprogram eller checklista) för att uppmärksamma och identifiera risk för munhälsoproblem.

Socialstyrelsen har slutligen frågat de olika verksamheterna om de har någon form av rutin för samverkan med tandvården man uppmärksammat ett behov av åtgärd för personens munhälsa. Majoriteten av vårdcentralerna, kommunerna, barnavårdscentralerna och barnklinikerna på sjukhus uppger att de har en sådan rutin. Samtidigt har majoriteten av barn- och vuxenhabiliteringsverksamheterna inte någon sådan rutin.

Arbete för att skapa förutsättningar för samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan

Samordnade insatser för vuxna som har ett behov av vård och omsorg

Flera regioner beskriver att detta arbete ombesörjs av regionens folkhälsofunktion, munhälsostrateg för vuxna med särskilt stöd, särskilda samverkansavtal med kommunen och den dagliga omsorgen, eller vid länsgemensamma forum för samverkan.

Samordnade insatser för barn som har ett behov av vård och omsorg

Fyra regioner beskriver att detta ombesörjs och styrs av avdelningen för specialisttandvården för barntandvård, pedodonti – i samarbete med organisationens samtliga allmäntandvårdskliniker.

Inom kunskapsstyrningsorganisationen har Folktandvården representation inom bland annat lokala programområden (LPO) för barn- och ungas hälsa. Här får Folktandvården möjlighet att bevaka att munhälsa inte tappas bort i regionens vårdriktlinjer och vårdförlopp.

Förutsättningar för samordnade insatser med andra aktörer

Flera regioner tar upp att det dels krävs mer ekonomiska och personella resurser, dels ett engagemang hos befintlig personal. Andra förutsättningar som nämns är nätverkande och gemensamma arenor och kontaktytor att dela och sprida lärande, följa upp hur arbetet fungerar idag och att sprida goda exempel på hur andra arbetar. Lagstiftning som reglerar regionernas respektive kommunernas ansvar behöver synkroniseras med mål att samordnade insatser för tandvård ska fungera.

Blandat genomslag av Socialstyrelsens webbutbildning

Socialstyrelsen har tagit fram en webbutbildning som heter Tandvård 2.0 som ger stöd till de som ska implementera de nationella riktlinjerna i en verksamhet, eller följa riktlinjerna i mötet med patienter. Utbildningen följer inriktningen i de nya nationella riktlinjerna för tandvård. Det innebär ett fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, som kan motverka skillnaderna i munhälsa – och därmed också främja allmänhälsan bland

befolkningen. Under perioden mars 2022 – mars 2025 är det 815 personer av 1 615 inskrivna som har slutfört utbildningen Tandvård 2.0 [14].

Majoriteten av de ansvariga för implementeringen vid tandvårdsklinikerna har inte gått Tandvård 2.0 vilket till viss del bekräftar statistiken ovan. Utbildningen har haft större genomslag i folktandvården men det är ändå mindre än hälften av de implementeringsansvariga som gått webbutbildningen.

Tabell 4. Andel ansvariga för implementeringen som gått Socialstyrelsens utbildning Tandvård 2.0.

Efter regi. Procent. N: 477

	Totalt		Folktandvård		Privat tandvård		Annan	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja	32,5 %	155	41 %	100	22 %	51	57 %	4
Nej	44,5 %	212	30 %	72	61 %	140	0 %	0
Vet ej	23 %	110	29 %	69	17 %	38	43 %	3
Totalt	100 %	477	100 %	241	100 %	229	100 %	7

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning. I gruppen Annan ingår t.ex. utbildningskliniker. Denna grupp omfattar endast sju respondenter. De är del av den offentliga tandvården.

I fem av sex sjukvårdsregioner är det en högre andel av folktandvårdens kliniker som uppger att de implementeringsansvariga genomgått Socialstyrelsens webbutbildning.

Tabell 5. Andel kliniker som uppger att de implementeringsansvariga på kliniken gått Socialstyrelsens utbildning Tandvård 2.0.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:155

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	32,5 %	21 %	27 %	34 %	24 %	36 %	47 %
Folktand-vården	41 %	29 %	35 %	29 %	33 %	55 %	67 %
Privat tandvård	22 %	16 %	18 %	34 %	8 %	27 %	22 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Klinikerna ser ett begränsat behov av stöd från regionalt eller nationellt håll för att implementera riktlinjerna

Majoriteten av tandvårdsklinikerna anser inte att de har något behov av regionalt eller nationellt stöd för att implementera riktlinjerna. Detta gäller oavsett regi. De kliniker som ser ett behov av stöd ser gärna regionalt framtagna utbildningar och kurser, gärna i form av webbutbildningar. Flera kliniker kommenterar att de inte kände till Socialstyrelsens webbutbildning Tandvård 2.0.

Stödmaterial kring de nya rekommendationerna som tagits fram efterfrågas också. Annat stöd som efterfrågas är vägledning om hur man ska prioritera och lägga upp arbetet vid implementering. Man ser också att det tar onödigt mycket tid att varje region ska ta fram eget material, och att det vore bättre om informationsmaterial togs fram på nationell nivå.

Tabell 6. Behov av stöd från regionalt eller nationellt håll för att implementera riktlinjerna.

Efter regi. Procent. N: 477

	Totalt		Folktandvård		Privat tandvård		Annan	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja	25 %	120	24 %	58	26 %	60	29 %	2
Nej	75 %	357	76 %	183	74 %	169	71 %	5
Totalt	100 %	477	100 %	241	100 %	229	100 %	7

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning. I gruppen Annan ingår t.ex. utbildningskliniker. Denna grupp omfattar endast sju respondenter. De är del av den offentliga tandvården.

Folktandvården i Norra sjukvårdsregionen sticker ut i resultatredovisningen genom att vara den enda verksamheten där majoriteten av klinikerna ser ett behov av regionalt eller nationellt stöd för att kunna implementera riktlinjerna på kliniken. Det är dock värt att notera detta baserar sig på ett relativt litet antal svar.

Majoriteten av klinikerna anser också att de har tillräckliga förutsättningar och resurser för att implementera de nya riktlinjerna i hög eller medelhög utsträckning. Klinikerna kommenterar att de har engagerad och kompetent personal vilket gör att de har goda förutsättningar att implementera riktlinjerna. Flera kliniker kommenterar dock att de har brist på resurser vilket kan försvåra implementeringen av riktlinjerna. T.ex. när det gäller möjligheten att erbjuda kort revisionsintervall till patienter med hög risk. Man har brist på erfarna legitimerade behandlare vilket kan göra det svårt att

arbeta med implementering och uppföljning samtidigt som det är högt patienttryck.

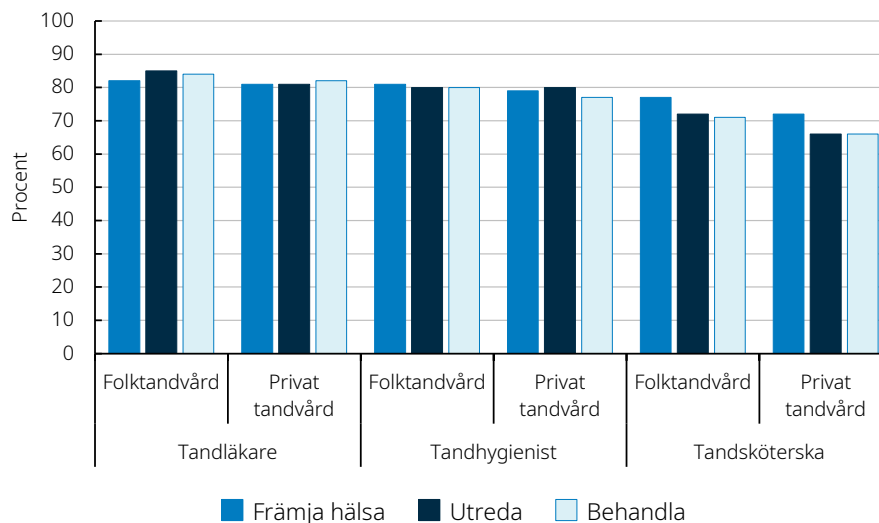
Fortbildning med koppling till de nationella riktlinjerna för tandvård

Fortbildning av personalen är en viktig del i implementeringen av de nya riktlinjerna för tandvård. Socialstyrelsen undersöker därför i vilken utsträckning som tandvårdsklinikerna arbetar med fortbildning för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor inom områdena främja hälsa och förebygga, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera.

Av tandvårdsklinikerna har 80 procent genomfört fortbildning för tandläkare och tandhygienister inom områdena främja hälsa och förebygga sjukdom, utreda och diagnostisera och behandla och rehabilitera. Mer omfattande fortbildning är något mer förekommande bland folktandvårdsklinikerna inom utreda och diagnostisera.

Diagram 1. Fortbildning med koppling till de nationella riktlinjerna

Per yrkeskategori och område. Procent. N: 470



Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Resultaten visar att det är omkring en fjärdedel av klinikerna där tandläkarna och tandhygienisterna genomgått fortbildning två gånger per år eller oftare inom området främja hälsa och förebygga. Fortbildning för tandsköterskor är något mindre vanligt, särskilt inom områdena utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera.

På frågan om vilken typ av fortbildning som getts är de vanligaste svaren att man gått igenom riktlinjerna, och avstämningar av hur kliniken följer dem,

samt hur klinikens arbetssätt kommer att påverkas. Det kan handla om genomgång av vad som är nytt i riktlinjerna jämfört med tidigare.

Ett annat nytt område är fokuset på hälsofrämjande och förebyggande insatser och kvalificerat rådgivande samtal. Det är knappt 40 av klinikerna som besvarat enkäten som specifikt nämnde utbildningar och kurser inom detta område. Andra nya områden som klinikerna tar upp särskilt är revisionsintervall och riskbedömning samt parodontit som nyligen fått en ny klassificering.

Hälften av klinikerna har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal

Kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som har hög prioritet i flera rekommendationer inom det hälsofrämjande och förebyggande området. För att denna åtgärd ska få genomslag i tandvården behöver det också finnas kompetens i tandvården för att utföra denna typ av åtgärd. Socialstyrelsens undersökning visar att drygt hälften av tandvårdsklinikerna har tillgång till personal på kliniken som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal. Ytterligare nio procent har tillgång till denna kompetens via samverkan med hälso- och sjukvård. Detta betyder att två av tre kliniker har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal.

Tabell 7. Tillgång till personal som kan genomföra kvalificerat rådgivande samtal.

Efter regi. N: 477

0	Totalt		Folktandvård		Privat tandvård		Annan	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja på kliniken	57 %	272	61 %	146	53 %	121	71 %	5
Ja via samverkan med hälso- och sjukvård	9 %	45	10 %	23	9 %	21	14 %	1
Nej	26 %	123	23 %	56	29 %	67	0 %	0
Vet ej	8 %	37	7 %	16	9 %	20	14 %	1
Totalt	100 %	477	100 %	241	100 %	229	100 %	7

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning. I gruppen Annan ingår t.ex. utbildningskliniker. Denna grupp omfattar endast sju respondenter. De är del av den offentliga tandvården.

Det är relativt stor skillnad mellan sjukvårdsregionerna när det gäller om man har tillgång till personal på kliniken som kan genomföra kvalificerat rådgivande samtal. Framför allt är det folktandvårdsklinikerna i norra

sjukvårdsregionen som sticker ut med en låg andel kliniker som har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal.

Tabell 8. Andel kliniker som uppger att man har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:272

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	57%	30%	63%	65%	51%	59%	55%
Folktandvården	61%	14%	78%	67%	60%	52%	52%
Privat tandvård	53%	42%	45%	59%	35%	64%	59%

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

När det gäller kliniker som har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal via samverkan med hälso- och sjukvården är det den västra sjukvårdsregionen som sticker ut då en fjärdedel av klinikerna inom folktandvården uppger att de har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal via samverkan med hälso- och sjukvården.

Tabell 9. Andel kliniker som uppger att man har tillgång till personal som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal via samverkan med hälso- och sjukvården.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:45

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stock- holm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	9 %	12 %	7 %	5 %	7 %	10 %	18 %
Folktandvården	10 %	14 %	5 %	4 %	4 %	7 %	26 %
Privat tandvård	9 %	11 %	8 %	7 %	12 %	11 %	8 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Omkring 30 kliniker kommenterar att tandvårdspersonalen har denna kompetens, vanligen är det tandhygienister som har utbildning i att ge kvalificerat rådgivande samtal. Flera kliniker kommenterar dock att kvalificerat rådgivande samtal används ganska sällan och att de behöver mer övning i att ge åtgärden. Sju kliniker kommenterar att de har anställt hälsopromotörer eller munhälsocoach för att utföra kvalificerat rådgivande samtal.

God kapacitet att genomföra kvalificerat rådgivande samtal i primärvården

Resultaten visar att majoriteten av vårdcentralerna bedömer att de har tillräckliga resurser för att kunna erbjuda åtgärden kvalificerat rådgivande samtal till patienter som remitteras från tandvården. Det är en något högre andel av de privata vårdcentralerna som uppger att de har tillräckliga resurser. Observera att det rör sig om relativt låga tal.

Tabell 10. Andel vårdcentraler som har tillräckliga resurser för att kunna erbjuda åtgärden kvalificerat rådgivande samtal till patienter som remitteras från tandvården.

Efter regi. Procent. N:189

	Totalt		Offentlig		Privat	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja	66 %	125	61 %	65	72 %	60
Nej	30 %	57	36 %	38	23 %	19
Vet inte	4 %	7	3 %	3	5 %	4
Totalt	100 %	189	100 %	106	100 %	83

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Det är knappt hälften av vårdcentralerna som uppger att det förekommer att tandvården remitterar patienter som ska behandlas med åtgärden kvalificerat rådgivande samtal till dem. De flesta vårdcentraler uppger att det är relativt ovanligt.

Tabell 11. Förekomst av att tandvården remitterar patienter till vårdcentralen som ska behandlas med åtgärden kvalificerat rådgivande samtal. Till exempel patienter som behöver hjälp att sluta röka inför en operation i munnen.

Efter regi. Procent. N:189

	Totalt		Offentlig		Privat	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja, ofta	2 %	4	1 %	1	4 %	3
Ja, ibland	18 %	34	19 %	20	17 %	14
Ja, sällan	25 %	48	24 %	25	28 %	23
Nej	41 %	77	42 %	45	39 %	32
Vet ej	14 %	26	14 %	15	13 %	11
Totalt	100 %	189	100 %	106	100 %	83

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Blandat genomslag av rekommendationerna på lärosätena

En viktig förutsättning för att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna ska vara möjliga att omsätta i praktiken är att tandvårdens personal är utbildade i de metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Särskilt en utbildning, selektiv exkavering vid djup dentinkaries, är något av ett paradigmskifte i tandvården då metoden innebär att karies lämnas kvar. Detta har traditionellt ansetts vara fel [15].

Samtliga fyra tandläkarutbildningar samt sex av sju tandhygienistutbildningar besvarade enkäten. Samtliga respondenter uppger att de inkluderat de nya riktlinjerna i sina respektive utbildningar. En av tandhygienistutbildningarna kommenterade att de nationella riktlinjerna ingår som lärandemål i flera teoretiska och kliniska kurser. Riktlinjerna tillämpas i samtliga kliniska kurser under utbildningen, och i majoriteten av de teoretiska kurserna ska studenterna relatera till de nationella riktlinjerna. De nationella riktlinjerna och evidensbaserad vård är centralt och genomsyrar hela utbildningen.

Samtliga fyra tandläkarutbildningar uppger att studenterna ges utbildning i metoden selektiv exkavering vilket Socialstyrelsen anser är positivt då det innebär att det finns god potential för att studenterna kan använda metoden efter examen.

Samtliga fyra tandläkarutbildningar och samtliga sex tandhygienistutbildningar uppger också att studenterna undervisas i metoden Tell-show-do. Denna metod har hög prioritet i tandvården och bör användas vid behandling av barn med tandvårdsrädsla och behandlingsomognad. Metoden innebär inskolning i tandvården steg för steg.

Tre av fyra tandläkarutbildningar och två av sex tandhygienistutbildningar uppger att de utbildar studenterna i att genomföra kvalificerat rådgivande samtal. Kvalificerat rådgivande samtal ger patienter stöd för att själva vilja ändra ohälsosamma levnadsvanor som påverkar munhälsan. Kvalificerat rådgivande samtal är en teoribaserad och strukturerad insats som alltid följs upp. I kommentarerna från tandhygienistutbildningar som inte undervisar i metoden tar man upp att denna metod är avancerad och inte ryms inom grundutbildningen. För detta krävs studier på avancerad nivå efter examen till tandhygienist.

Avslutningsvis efterlyser en av tandhygienistutbildningarna mer studentanpassat utbildningsmaterial i flera steg. Den webbaserade utbildningen via Socialstyrelsens hemsida anses vara för kort, översiktlig och för avancerad för studenter. En annan tandhygienistutbildning ser ett stort värde av nationella riktlinjer i utbildningen. Genom att de arbetar med dem under i stort sett hela utbildningen, och att det troligtvis görs samma på

andra lärosäten, blir det en samsyn mellan utbildningarna nationellt vilket främjar både studentens lärande och kommande arbetsgivare.

Implementeringserfarenheter NPO, branschorganisationer och profession

Dialogmötena visar på en splittrad bild där implementeringen av riktlinjerna till viss del hämmas av brist på resurser och kompetens samtidigt som riktlinjerna i sig anses vara ett steg framåt. Tandvårdssystemet i sig är en utmaning i och med att patienten själv bär en stor del av kostnaden.

Tillgång till kompetens stor utmaning i implementeringen för de regionala programområdena (RPO)

Arbetet med att implementera riktlinjerna i de olika RPO bedöms ha fungerat relativt bra, det varierar mellan 5 och 7 på en tiogradig skala. Revisionsintervallen är exempel på ett område där det upplevs gå trögt. Det har funnits en vana att gå till tandvården varje år hos många patienter och det kan vara trögt att ändra sig. Att ändra vanor försvåras också av att det finns tandläkare som gör reklam om årliga tandvårdsbesök vilket går emot riktlinjerna. NPO har flyttat fram positionerna regionalt, sjukvårdsregionalt och nationellt samt kring samverkan med myndigheter och privata vårdgivare. De nationella riktlinjerna är en mycket viktig förutsättning för detta.

Från de olika RPO lyfts olika utmaningar, inte minst brist på resurser. Man ser positivt på att riktlinjerna finns som stöd för prioritering men resursbristen gör att man inte kan utföra allt enligt riktlinjerna. T.ex. finns endast en tandhygienist i folktandvården i Jämtland. Andra exempel på utmaningar är stor konkurrens mellan folktandvården och den privata tandvården, och att det inte finns någon beredskap för samverkan med den privata tandvården. Man upplever även att det är svårt att få till samverkan med primärvården eftersom primärvården är överlastad av att fler uppgifter inom hälso- och sjukvård fördelas dit.

Ett annat RPO beskriver hur de olika regionerna i sjukvårdsregionen haft lite olika fokus, en region har till exempel arbetat mot elevhälsa och barnavårdscentral. De olika regionerna i RPO har arbetat med vårdprogram för barn och ungdomstandvård där privata utförare finns med. Det upplevs vara en stor utmaning där vissa områden har brist på personal. Ett RPO har fungerat som en sammanhållande länk mellan organisationerna i de olika regionerna, inklusive Praktikertjänst. De olika regionerna har olika resurser

och förutsättningar för att implementera riktlinjerna. De har lagt ner mycket resurser var för sig, t.ex. med GAP-analyser, när de hade kunnat arbeta mer gemensamt.

NPO tandvård har via NAG karies och NAG dentala erosioner tagit fram nationella kunskapsstöd. Ett nationellt kunskapsstöd för behandling av käkfunktionsstörningar har tagits fram av ämnesföreningen för Klinisk Oral Fysiologi. NPO tandvård har stöttat implementeringsarbetet, till exempel via inspirations-seminarium med alla RPO. Olika storlek på RPO ger lite olika förutsättningar för arbetet. I norra RPO har två av regionerna inte resurser för att ta fram kunskapsstöd på sjukvårdsregional nivå så arbetet bedrivs av LPO i två av regionerna i stället. NPO tandvård har inte tagit ledningen för implementering utan snarare inspirerat implementering.

Samverkan har förbättrats internt mellan regionerna som ingår i samma RPO, men samverkan externt kan gå trögt då hälso- och sjukvård inte riktigt har samma uppdrag. Inom området samverkan kring barn i riskområden driver exempelvis region Västra Götaland ett projekt med anställda hälsopromotörer där regionen kan se bra effekt i hälsoutfall. I Värmland finns ett projekt med tandvård i förskolan samt tandhälsoinspiratörer ute i skolklasser där man upplever en positiv utveckling.

RPO södra framhåller vikten av en gemensam Gapanalys och att ha en modell så att man inte behöver hitta på eget hela tiden. Det gör att det blir lättare att jämföra implementering. Analysen bör se lika ut över landet. I Sydöstra har man valt att koppla ihop chefer och kliniker över länsgränserna. RPO Mellan pekar på vikten av att nyttja den kompetens som finns och skapa samstämmighet i budskapet. Det är också viktigt att motivera personalen och att utvärdera resultat och återkoppla dessa. Ett sätt att skapa samstämmighet är att fram filmer m m. och annat material som kan anpassas efter situationen.

Brist på personal i alla kategorier och svårt att rekrytera är en utmaning i implementeringsarbetet. I folktandvården i Skåne finns det tillgång till tandläkare men den privata marknaden suger upp de erfarna tandläkarna. Det gör att det finns många unga och nya tandläkare som behöver introduktion och det kan bli svårt att upprätthålla kontinuitet. Samtidigt finns det brist på tandhygienister med många avhopp från yrket i flera RPO. I västra brister det även i tillgången på tandläkare i glesbygden, samt på tandsköterskor i tätort. I RPO Mellan är bilden splittrad med flykt av erfarna behandlare från glesbygden samtidigt som det är bra tillgänglighet i Sörmland. I norr råder brist på personal, kompetensbrist, och svårigheter att erhålla datauttag och därmed utvärdera vården. Det är en utmaning är att få sjukvården att samverka. Sjukvården (på medarbetarnivå, inte från ledningshåll) vill ofta hålla undan remisser från tandvården, man nedprioriterar dessa pga. resursbrist i ffa primärvården.

Det finns ett lågt intresse för sjukdomsbehandling och kvalificerat rådgivande samtal hos patienterna idag med tanke på hur det statliga stödet är uppbyggt. Systemet upplevs inte gå i takt med närmandet till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Många behandlare saknar också utbildning i beteendearbetet vilket gör att tandvården får uppgifter som den inte klarar av. Hälsofrämjarna i Västra Götaland når bättre resultat med sin coachande inriktning, men det är inte enkelt att införa detta på bred front. NPO ser ett behov av resonemang om tandvårdsstödet utformning då styrningen har stort genomslag.

Framgångsfaktorer i arbetet är nationell samverkan kring framtagande av kliniska kunskapsstöd samt övrigt stödmaterial för införande, e-utbildningar, digitala kunskapsstöd, att tid kan avsättas för tandvårdsteamerna för att arbeta med hur arbetssätten i praktiken ska förändras, engagerade medarbetare, chefer som själva ser vikten av att driva odontologisk kvalitetsutveckling och tydlig odontologisk ledning inom organisationerna. För utvecklingen framåt ser man behovet av systematiserad datadriven uppföljning, nationella kvalitetsregister (förvaltning, anslutning, finansiering och utveckling), gemensamt kodverk med hälso- och sjukvården (för framtida kvalitetsutveckling, uppföljning och utveckling av tandvården) och uppföljning av efterlevnad av riktlinjerna inom de odontologiska utbildningarna

Professionsorganisationerna ser ett stort omställningsbehov.

Riktlinjerna fungerar som ett gott stöd till behandlare och vårdgivare, till exempel vid terapivård. Samtidigt är samverkan som lyfts i riktlinjerna något som kostar i form av resurser. Det kan vara komplicerat och svårt att få till denna typ av arbete. Det samlade intrycket är dock att de fungerar väl och ger ett gott stöd. De flesta tandläkare är anställda i större organisationer där det finns ett väl utvecklat kvalitetsarbete vilket gör att de är väl insatta i riktlinjerna. De kan också ses som ett stöd för att avveckla äldre metoder (lågvardevård) som är ineffektiva och som behöver fasas ut. Detta kan frigöra resurser som kan läggas på högprioriterade insatser. Inriktningen mot hälsofrämjande ligger t.ex. väl i linje med tandhygienisternas arbetssätt.

Man ser samtidigt att det är ett rejält omställningsarbete där det är mycket kvar att göra. Det finns stora utmaningar i regionerna där det är mycket upp till enskilda att driva arbetet, t.ex. kvalificerat rådgivande samtal. Det är en utmaning att få till utbildning och kompetenshöjande åtgärder när fokus är på produktion. Tandsköterskorna tar till exempel upp att de behöver få stöd och förutsättningar om de ska ge kvalificerat rådgivande samtal. Det krävs mer kompetens i kvalificerat rådgivande samtal, samt förståelse för det hälsofrämjande arbetet. Skulle vara bra med en övergripande kartläggning –

hur ser förutsättningarna ut idag? Därefter behövs långsiktig planering samt avsatt tid och resurser.

Det upplevs även vara svårt att prioritera hälsofrämjande arbete och att också få tid till fortbildning. Tandhygienistföreningen och Tandsköterskeförbundet tar båda upp att det är otillfredsställande att ej kunna arbeta i enlighet med sin utbildning, och att det kan vara svårt att få arbeta med alla delar som ingick i utbildningen. Tandhygienistföreningen anser att tandhygienister borde kunna få möjlighet att utbilda sig i kvalificerat rådgivande samtal vilket nu är en fortbildning. Mer resurser behöver dock tillföras för att möjliggöra ett långsiktigt förändringsarbete. Tandsköterskorna kan göra en stor insats för att frigöra tandhygienistresurser i verksamheten genom samverkan och teamarbete.

En framgångsrik implementering kräver kontinuitet i implementeringsarbetet. Ledning och styrning är viktigt då implementering upplevs vara svårt att få till. Idag är det olika kvalitetsnivå hos olika vårdgivare och det behöver bli tydligare vad som krävs. Tillgång på kompetens och resurser kan ha stor påverkan på implementeringsarbetet. Tandvårdens struktur är en utmaning, och är i sig själv ett hinder för implementering med många små huvudmän och vårdgivare.

Tandläkarna och tandhygienisterna bedömer att implementeringsarbetet ligger på fem på en tiogradig skala. Det finns god kunskap om riktlinjerna hos tandläkarna, men brist på resurser i delar av landet. Det gör att det är svårt att fokusera på utvecklingsarbete. Resursfrågan tas också upp av Tandhygienistföreningen som en viktig fråga. Brist på tandhygienister är ett problem i flera regioner och de som finns är dessutom koncentrerade geografiskt.

Data från kvalitetsregistret SKaPa visar att hälsofrämjande minskar över tid för barnen, brist på resurs och brist på tandhygienister ses som orsaker till detta. Det kan dock vara så att hälsofrämjande utförs men ej registreras. TLV:s system är inte helt adekvat för kvalificerat rådgivande samtal. Det är idag problematiskt att registrera och följa upp hälsofrämjande insatser, här behövs resurser och system att följa upp samt få patienten att förstå att denne är medskapare av munhälsa. Det skulle också behövas mer forskning av vad som fungerar när det gäller beteendeförändringar.

Det krävs en förändring i prioritet från reparation till hälsofrämjande och en helhetssyn på patienten. Beteendeförändring tar tid och kan inte lösas vid bara ett tillfälle. Detta arbete måste få prioriteras högt. Kvalificerat rådgivande samtal är en extra utmaning för små vårdgivare som är tandläkartunga. Finansieringen styr dock mycket av tandvården. Tandsköterskorna ser gärna att utbildningar i kvalificerat rådgivande samtal ges i andra yrkesgrupper, t.ex. promotörer, som tandvården kan remittera till. Patienten kan då få åtgärden till hälso- och sjukvårdsavgift.

Tandläkarförbundet ser att det finns god samverkan i många fall, t.ex. med familjecentraler och BVC. I regionerna finns ett utvecklat samarbete med kommunala boenden. Mycket beror dock på eldsjälar och är inte så strukturerat. Samverkan om barn 0–6 år är väl etablerat men utbildning av vård – och omsorgspersonal mer komplicerat, viljan finns men svårt att få till rent praktiskt.

Praktikertjänst tar upp kunskapsstyrningsorganisationen och att t.ex. RPO Västra har utbildning för samtliga aktörer men att det är svårt att få det apptitligt och intressant i konkurrens från andra. Folktandvården ser att det är en utmaning att få in privat representation i RPO, i sydöstra regionen finns till exempel inte någon representant från den privata tandvården. Privattandläkarna upplever det också vara svårt med privat tandvård i RPO men att det fungerar bättre i Stockholm. Det är en gemensam utmaning med kunskapsstyrning i tandvården. Praktikertjänst ser kunskapsstyrningen som en tung organisation eftersom den är konstruerad för hälso- och sjukvården. Det är ett komplext system med organisatoriska utmaningar.

Det finns också ett behov av stöd från nationellt håll. Behöver vara ett långsiktigt arbete och inte enstaka punktinsatser. Socialstyrelsens utbildning 2.0 har fått ett positivt mottagande. Det upplevs vara svårt att hitta på Socialstyrelsens hemsida och man efterfrågar en bättre tillgänglighet till riktlinjerna. Tandhygienisterna anser att tandvården behöver komma med mer på övergripande strategisk nivå, det är en ledningsfråga. Ur uppföljningssynpunkt borde det bli enklare att navigera i register och Tandhälsoregistret behöver utvecklas.

Professionens erfarenheter av arbete med riktlinjerna

Knappt hälften av professionsföreträdarna anser att implementeringsarbetet har gått bra (8 på en 10-gradig skala). Professionsföreträdarna som är verksamma i norra Sverige och i Skåne bedömer dock att implementeringsarbetet varit något trögare (6 på 10-gradig skala) vilket kan ha att göra med kompetensförsörjningsutmaningarna. En framgångsfaktor för verksamma i Västra Götaland är att man är en stor organisation med ett implementeringspaket. Implementeringen uppges ha fungerat bra och man har haft stor hjälp av implementeringsmaterialet i tandvård 2.0. Svårigheten är dock att hålla i och följa upp arbetet. I norr är arbetsfördelning viktigt med tanke på kompetensförsörjningsläget.

Riktlinjerna fungerar som ett stöd i vardagen och kan ge effekt även i behandlingsrummet på hur patienten tas om hand. Käkfunktionsstörningar och erosioner samt möjlighet att följa åtgärdsstatistik vid förebyggande sjukdom har varit områden som fungerar bra enligt flera av professions-

företrädarna. Generellt är det bra att ha riktlinjerna att luta sig emot men det upplevs vara svårt att följa effekten av riktlinjerna, dvs mäta utfall på hälsa.

I Västra Götaland tog cheftandläkaren fram material som bland annat visade på områden där det behövs mer utbildning. Detta material stimulerade arbetet på kliniknivån eftersom den enskilda behandlaren kunde delta i arbetet. Hälsopromotörerna har utvecklat en utbildning i beteendeförändring med interaktiva moduler. I Norrbotten har arbetet fokuserats på vissa delar, t.ex. vårdambitionsnivå. Samverkan med familjecentraler och hälsocentraler om levnadsvanor går också framåt. Arbetet i Västernorrland går också framåt men personalomsättningen och resursbristen är en stor utmaning.

Det anses vara värdefullt med riktlinjer så att man kan få stöd att motivera sina patienter. Patienterna förstår och svarar bra på förebyggande behandling, men det anses dock vara svårare att ta betalt för förebyggande åtgärder. Hur ska man motivera att kvalificerat rådgivande samtal behövs om patienterna inte vet att de behöver det? Professionsföreträdare från folktandvården i Skåne har samma erfarenhet. Det är svårt med långa samtal på upp till en timme. Det upplevs vara svårt att ta betalt och olönsamt jämfört med att laga flera tänder på samma gång. Upplevelsen från professionen i Skåne är att det inte fungerar för vuxna patienter. Den resursbrist som finns försvårar också då man behöver användas resurserna på bästa sätt.

Professionen ser också att det finns ett behov av att utbilda fler till att utföra kvalificerat rådgivande samtal för att det ska gå att omfördela resurser till att arbeta mer hälsofrämjande. Kvalificerat rådgivande samtal ska vara en teoribaserad intervention och det finns en rädsla att man inte fullt ut följer denna rutin. I Västra Götaland funderar man på hur man ska kunna utveckla hälsopromotörernas arbete för att få mer effekt. Resurs- och kompetensbrist är ett hinder för införandet av kvalificerat rådgivande samtal i norr. Dietister skulle kunna vara ett alternativ men även där finns en resursbrist. Från den privata sidan framhåller man att det är mycket enklare om patienten själv efterfrågar en livsstilsförändring än om de bara vill ha en lagning.

Inom området personer som behöver särskilt stöd är det viktigt att individens behov styr mer. Viktigt att få till riskbedömningar och att registrera åtgärder för beteendeförändringar. Utbildning på plats när patienten med behov av stöd besöker kliniken. Många behöver extra hjälp hemma men det är oftast inte samma personal som följer med patienterna vilket gör att kontinuiteten brister. Patienter som faller mellan stolarna behöver en extra kallelse för att minimera tappade tandvårdskontakter. Inom området äldre och sköra ser man att utbildning av personal på boende är en utmaning att få till. Från både folktandvård och privat tandvård ser man ett behov av bättre kunskap hos läkare när det gäller de olika tandvårdstöden och vilka som har rätt till dem.

Uppföljning skulle också behöva centraliseras. Vi behöver *veta* om vi lyckats. Privata aktörer har det svårare då kan behöva anlita fler företag för att göra förbättringsarbete. I norr har Norrtingssamarbetet har varit mycket viktigt för implementeringsarbetet. Kliniskt verksamma i LPO som ger stöd till implementeringen.

Professionsföreträdarna har gått Socialstyrelsens utbildning i hög utsträckning men efterlyser mer stöd. Till exempel ett utbildningspaket som kunde förmedlas av en central aktör så att det kommer fler till del. En kvalitetssäkrad utbildning skulle kunna bidra till en mer jämlik tandvård enligt professionsföreträdarna.

Från Skåne tar professionsföreträdarna upp att det är en utmaning att avsätta tillräckligt med tid när det är resursbrist. Kompetensutvecklingen behöver delas upp i delar så att man kan genomföra delarna i arbetet med implementeringen stegvis. Det är viktigt att också hinna med individutbildning. Utbildningar som finns färdiga från nationellt håll skulle kunna vara ett stöd för implementering. Nu får man hjälpas åt mellan regionerna och uppfinna sitt eget hjul. Tid och resurser har ägnats åt att omsätta riktlinjerna till en implementeringsprocess. Mycket att vinna om mer kunde finnas på plats redan tidigare. Även de privata tandläkarna har tillgång till centrala regionala stöd.

När det gäller arbetssätt konstaterar man att resursbrist kräver att man väljer kostnadseffektiva lösningar. Arbete inom teamet behöver förläggas till alla inom teamet. Det förslag till ökad kontroll och delegeringsföreskrifter som nu är aktuellt kan bli en framtida svårighet där arbetsfördelning hindras pga. regler. Resurser kommer inte räcka till för att tandläkare ska göra alla arbetsuppgifter. Förändringsarbete är samtidigt något som tar tid. Det är viktigt med struktur och uppföljning så att vi mäter resultat. Betalningsmodellerna är en också faktor som behöver beaktas (Statligt tandvårdsstöd, regionala tandvårdsstöd).

I folktandvården i Västra Götaland är små barn i fokus men man ser också ett behov av uppföljningar så att man ser att riktlinjerna följs. Det är också viktigt att nyanställda får en bra introduktion. I Västra Götaland arbetas också aktivt med samverkan, t.ex. familjecentraler och barnhälsovård. Nya i barnhälsovården behöver också få introduktion i vad tandvården kan göra.

Resurser kan till exempel göras tillgängliga genom utmönstring av metoder eller nya arbetssätt. Inom barntandvården har detta gjorts genom att extrahera tidigare istället för att laga. Selektiv kontra stegvis exkavering är lite svårare på grund av stor personalomsättning. Här behövs mer uppföljning. Man arbetar för att fasa ut icke-göra och för att likrikta och kvalitetssäkra undersökningsmallarna inom barn- och ungdomstandvården. Idag läggs mycket tid på basundersökningen och tandvården behöver bli

snabbare på att sälla ut patienter med risk för dålig munhälsa och friska patienter.

Analys av resultat

Samtidigt som majoriteten av regionerna har uppdaterat sina lokala och regionala vårdprogram och rutiner i enlighet med Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer bedömer hälften av dem att det finns ett behov av stöd för implementeringen. Exempel på stöd är utbildningar (t.ex. för att genomföra kvalificerat rådgivande samtal), implementeringsstöd, vårdprogram och stöd för uppföljning på klinikerna. Ett sådant stöd skulle möjliggöra en mer jämn implementering av riktlinjerna över landet. Det är viktigt att de implementeringsansvariga på klinikerna samt ledningarna för tandvårdsaktörerna genomgår Socialstyrelsens webbutbildning Tandvård 2.0.

För att åstadkomma en ökad följsamhet till rekommendationerna behöver regionerna arbeta mer aktivt med kompetensförsörjningen. I flera regioner behövs det mer ekonomiska och personella resurser. Personalbrist anses som ett hinder för att kunna prioritera vidare utbildning av personal och implementering av rekommendationerna. De resurser som hittills har tillförts och informationsinsatser som har genomförts har i huvudsak gått till folktandvården.

Folktandvården har i majoriteten av regionerna genomfört insatser för att underlätta samverkan med andra aktörer vilket är positivt och i linje med riktlinjernas intentioner. För en god samverkan krävs ytterligare arbete som fungerande kommunikations- och samarbetsstrukturer, nätverkande och gemensamma arenor och kontaktytor att dela och sprida lärande, följa upp hur arbetet fungerar idag (t.ex. per kommun, finns folktandvård representerat i folkhälsoråd etc.), och att sprida goda exempel på hur andra arbetar.

Socialstyrelsens bedömning är att andelen kliniker som kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal i egen regi eller via annan aktör, t.ex. i primärvården, behöver öka. Detta är en fråga som beslutsfattare i tandvården skulle kunna lyfta i samråd med beslutsfattare i annan hälso- och sjukvård för att ta ställning vem som är bäst lämpad i regionen, och som tandvården kan remittera till vid behov. Remittering av dessa patienter kan också minska behovet av personal i tandvården som kan utföra kvalificerat rådgivande samtal. Remittering av patienter till hälso- och sjukvården leder också till en kostnadsbesparing för patienten eftersom patienten då kan få åtgärden till hälso- och sjukvårdsavgift. Med dagens ersättningssystem betalar patienten en stor del av tandvården själv vilket kan påverka viljan att ta emot behandlingen kvalificerat rådgivande samtal. Detta kan påverka tandvårdens möjligheter att arbeta hälsofrämjande. En nackdel med att

remittera patienten vidare är att åtgärden inte registreras i tandvårdens register vilket försvårar uppföljning.

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att det finns markanta skillnader mellan regionerna och även mellan olika kliniker när det gäller hur man ser på förutsättningarna för implementering, och också när det gäller genomförda praktiska insatser. Det är viktigt att olika former av stödinsatser även omfattar den privata tandvården. Regionerna behöver fortsätta det implementeringsarbete man redan påbörjat och ge stöd i den omfattning som är behövligt utifrån den regionala situationen.

Kunskapsstyrningsorganisationen har också en viktig roll att spela i detta arbete.

En framgångsrik implementering av rekommendationerna har potential att i förlängningen leda till en mer jämlik och effektiv tandvård som kan komma patienterna till del.

Främja hälsa och förebygga sjukdom

I detta kapitel utgår Socialstyrelsens utvärdering från indikatorer och målnivåer som tagits fram i riktlinjearbetet inom följande områden:

- främja barns munhälsa
- främja munhälsa hos personer med ohälsosamma levnadsvanor
- främja munhälsa hos personer med tandvårdsrädsla
- främja munhälsa hos vuxna med ökad risk för karies eller karies som riskerar att förvärras
- främja munhälsa hos vuxna som behöver särskilt stöd

Främja barns munhälsa

Karies är en av de vanligaste sjukdomarna hos barn, och sjukdomen kan få allvarliga konsekvenser. Förutom smärta kan barnet få svårt att tala och tugga, och även psykosociala funktioner kan påverkas. Barn kan också förlora mjölkttänder pga. karies vilket kan påverka bettutvecklingen och öka risken för karies i det permanenta bettet, samt öka risken för tandvårdsrädsla [16].

Karies går till stor del att förebygga genom hälsosamma vanor kring mat och munhygien. Det är därför viktigt att stödja hälsosamma vanor hos barn och deras familjer. Tandvården, barnhälsovården och skolan är viktiga aktörer i detta arbete och de behöver samverka systematiskt. Barnhälsovården når i stort sett alla små barn i Sverige med sitt arbete för att främja hälsa, förebygga sjukdomar och utjämna skillnader i hälsa – dvs samma mål som tandvården arbetar mot. När tandvården samverkar med barnhälsovården kan råd om hälsosamma matvanor och daglig tandborstning med fluoridtandkräm få större genomslag. Samverkan med barnhälsovård behövs särskilt i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa. Sådana områden är ofta socioekonomiskt utsatta med låg inkomst och låg utbildning. Vidare behöver tandvården samverka med övriga aktörer i vårdkedjan kring barn som har behov av särskilt stöd och som får vård som behöver samordnas med tandvården.

Socialstyrelsens riktlinjespecifika indikatorer mäter följsamheten till rekommendationen att främja munhälsan hos barn som är 0–6 år gamla och som bor i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa genom att samverka med barnhälsovården om levnadsvanor, samt följsamheten till rekommendationen att främja munhälsan hos barn som behöver särskilt stöd och som får vård som behöver samordnas med tandvården genom att samverka med övriga aktörer kring barnet.

Systematisk samverkan mellan tandvård och barnhälsovård i områden med hög risk för dålig munhälsa

Barn i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa löper själva högre risk att drabbas av dålig munhälsa samt att tappa kontakten med tandvården. Sämre munhälsa som manifesterar sig i barndomen riskerar att bestå i vuxen ålder. Det är därför viktigt att tandvården och regionerna arbetar systematiskt för att stärka och upprätthålla målgruppens munhälsa [17]. Områden med hög risk för dålig munhälsa är oftast områden med låg socioekonomisk status, det vill säga områden där en stor del av invånarna har låg inkomst och kort utbildning.

Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården och regionerna arbetar systematiskt med samverkan med barnhälsovården för små barn i åldern 0–6 år i områden med hög risk för dålig munhälsa.

Enkätresultaten visar att majoriteten av de tandvårdskliniker som är aktiva inom barntandvården och är belägna i områden med hög risk för dålig munhälsa samverkar med barnhälsovården i arbetet med små barn. Det är totalt 263 tandvårdskliniker som är belägna i områden med hög risk för dålig munhälsa som har barn som patienter. Bland folktandvårdsklinikerna är det 89 procent som arbetar med systematisk samverkan med barnhälsovården i dessa områden vilket kan jämföras med 29 procent av de privata tandvårdsklinikerna.

Tabell 12. Arbetar tandvårdskliniken med systematisk samverkan med barnhälsovården för små barn i åldern 0–6 år i områden med risk för dålig munhälsa?

Kliniker som är aktiva i områden med risk för dålig munhälsa. Efter regi. N: 263

	Totalt		Folktandvård		Privat tandvård	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja	69 %	181	89 %	155	29 %	26
Nej	31 %	82	11 %	18	71 %	64
Totalt	100 %	263	100 %	173	100 %	90

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Nedbrutet efter sjukvårdsregion och regi visar resultaten att samtliga folktandvårdskliniker i norra sjukvårdsregionen som är aktiva inom barntandvård i områden med risk för dålig munhälsa arbetar med systematisk samverkan med barnhälsovård. I ytterligare tre sjukvårdsregioner är det drygt 90 procent av folktandvårdsklinikerna som också samverkar med barnhälsovård. Inom den privata tandvården är dock denna

typ av samverkan relativt ovanlig i flera av sjukvårdsregionerna. Observera att det är relativt små tal, särskilt för de privata klinikerna.

Tabell 13. Andel tandvårdskliniker som uppger att man arbetar med systematisk samverkan med barnhälsovården för små barn i åldern 0–6 år i områden med risk för dålig munhälsa.

Kliniker som är aktiva i områden med risk för dålig munhälsa. Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:263

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	69 %	80 %	72 %	73 %	82 %	45 %	67 %
Folktandvården	89 %	100 %	95 %	92 %	94 %	70 %	83 %
Privat tandvård	29 %	25 %	21 %	31 %	40 %	27 %	36 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Den vanligast förekommande samverkan som tandvårdsklinikerna tar upp är att personal från kliniken, tandhygienist eller tandsköterska besöker barnavårdscentralen, ofta regelbundet t.ex. en gång om året, och ger råd och utbildning till föräldrar men även till personal på barnavårdscentralen. Det är ett fyrtiotal kliniker som tar upp denna typ av samverkan. Det kan till exempel handla om att tandhygienist eller tandsköterska deltar vid 10-månaderskontrollen för barn och är med och informerar om munhälsa och matvanor.

När det gäller samverkan mellan tandvården och barnhälsovården för små barn i områden med risk för dålig munhälsa beskriver flera regioner att de har en upprättad samverkan med barnhälsovården (BHV) i form av regelbundna möten på både strategisk och operativ nivå. Tandvårdspersonal gör besök på barnavårdscentraler (BVC) och delar information och informationsmaterial för patienter. Tandvården har gemensamma utbildningar årligen, delar statistik inför årsrapporter och har avstämningar kring demografiska riskfaktorer. Tandvården har också möten med socialtjänst och barnhälsovård löpande och vid behov. De är delaktiga i gemensamma projekt, både på lokal och på nationell nivå.

Ett par regioner beskriver att de har en övergripande funktion inom regionen som arbetar med samverkan mellan tandvård, BVC och andra relevanta aktörer. Några regioner beskriver också att mödrahälsovården arbetar preventivt och delar ut skriftlig information om god tandhälsa för gravida. Mödrahälsovården kan också bjuda in Folktandvården att delta vid föräldrautbildningar.

Enkäten till barnavårdscentralerna visar att 106 av 189 barnavårdscentraler är verksamma i områden med hög risk för dålig munhälsa. Drygt hälften av dessa barnavårdscentraler uppger att de samverkar systematiskt med

tandvården om levnadsvanor för små barn i åldern 0–6 år. Samverkan är vanligare hos barnavårdscentraler i offentlig regi. Det är 62 procent av de offentliga barnavårdscentralerna som har denna typ av samverkan jämfört med 30 procent av de privata barnavårdscentralerna. Notera att det rör sig om relativt låga tal för de privata barnavårdscentralerna.

Tabell 14. Andel bvc-enheter som samverkar med tandvården om levnadsvanor för barn i åldern 0–6 år i socioekonomiskt utsatta områden där risken för dålig munhälsa bedöms vara hög.

BVC som är verksamma i socioekonomiskt utsatta områden. Efter regi. Procent. N:106

	Totalt		Offentlig		Privat	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Ja	54 %	58	61 %	51	30 %	7
Nej	46 %	48	39 %	32	70 %	16
Totalt	100 %	106	100 %	83	100 %	23

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

I kommentarerna till den här frågan tar man till stor del upp samma typ av samverkan som tidigare nämnts. Dvs att tandsköterska och tandhygienist besöker barnavårdscentralen regelbundet och deltar i föräldrautbildningen, och att det finns upparbetade rutiner för remisser och kontroller vid behov.

Ett exempel på samverkan mellan tandvård och andra aktörer inom detta område är projektet med hälsopromotörer i folktandvården i Västra Götaland, ett treårigt projekt som inleddes 2021 [18]. Folktandvården i regionen identifierade ett behov av att skapa en hälsofrämjande tandvård som är tillgänglig för de som har störst behov. Syftet var att hälsopromotörerna skulle kunna genomföra kvalificerat rådgivande samtal som en del i den orsaksinriktade behandling som barn med hög risk för ohälsa ska erbjudas. Samverkan med andra aktörer har varit en viktig del av projektet. Hälsopromotörerna har i huvudsak samverkat med förskolor, familjecentraler och barnhälsovården, men också med SFI, socialtjänsten och folkhälsoplanerare.

Man har också goda erfarenheter av samverkansinsatser på generell nivå. Samverkansinsatserna gör att man når fler och får större möjligheter att arbeta hälsofrämjande och med primärprevention. Detta projekt är ett gott exempel på samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, men också på hur tandvården kan arbeta med kvalificerat rådgivande samtal, orsaksinriktad behandling och med nya yrkesgrupper i tandvården.

Samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan

Barn som behöver särskilt stöd har ofta ett behov av vård och omsorg från såväl tandvård som hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är därför viktigt att tandvården inkluderas i vårdkedjan. Det finns annars risk att munhälsan snabbt försämras till följd av att det dröjer innan tandvården kopplas in.

Socialstyrelsens indikator mäter i vilken utsträckning tandvården, kommunen, barnhabiliteringen, barnkliniker vid sjukhus och regionen arbetar med samordnade insatser där tandvården inkluderas i vårdkedjan.

En femtedel av tandvårdsklinikerna som har barn som patienter uppger att de arbetar med samordnade tillsammans med kommunen, habiliteringen och kliniker på sjukhus för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för barn som har av behov av särskilt stöd. Knappt 30 procent av folktandvårdsklinikerna arbetar med denna typ av samordning vilket kan jämföras med sju procent av de privata klinikerna.

Samordnade insatser för barn som har behov av särskilt stöd är vanligast förekommande i den norra sjukvårdsregionen, följt av sjukvårdsregion Mellansverige och den västra sjukvårdsregionen. Det är dock fortfarande en minoritet av klinikerna som arbetar med denna typ av samordnade insatser även i dessa sjukvårdsregioner. Arbeta med samordnade insatser för barn med behov av särskilt stöd är genomgående mer vanligt förekommande bland folktandvårdens kliniker (tabell 15).

Tabell 15. Andel tandvårdskliniker som uppger att man arbetar med samordnade insatser tillsammans med kommunen, habilitering och kliniker på sjukhus för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för barn som har behov av särskilt stöd. (daglig omsorg).

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:394

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stock- holm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	20 %	29 %	24 %	18 %	19 %	16 %	22 %
Folktandvården	30 %	38 %	31 %	29 %	27 %	25 %	35 %
Privat tandvård	7 %	13 %	13 %	5 %	0%	10 %	0%

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Omkring hälften av det 60-talet kliniker som lämnar kommentar på den här frågan tar upp att denna typ av samordning främst sköts inom specialisttandvården (pedodontin) och att det sker ett remissförfarande dit. Några kliniker nämner samverkan med socialtjänst och ”en väg in” i

samband med samverkan för placerade, t.ex. så att de ska få munhälsobedömning och tandvård när de byter region.

Fyra regioner beskriver att denna typ av samordning ombesörjs och styrs av specialisttandvården avdelning för barntandvård, pedodonti – i samarbete med organisationens samtliga allmäntandvårdskliniker. Regionerna beskriver också att det finns ett väl utvecklat samarbete för att ge stöd till barn och unga med kroniska sjukdomar. Andra regioner beskriver samverkan med barnhälsovård och socialtjänst, samt centrum för tidiga insatser för barn med misstänkt npf-diagnos. Flera regioner beskriver också att de har upprättade arbetssätt för att regelbundet uppmärksamma när det finns behov av särskilt stöd.

Socialstyrelsens enkät till barnklinikerna på sjukhus visar att majoriteten av barnklinikerna har en rutin för samverkan med tandvården när ett barn har identifierats ha behov av åtgärd pga. risk för munhälsoproblem. De vanligaste typerna av samverkan är remiss till tandvård och konsultstöd av tandläkare. Dessutom är det en relativt hög andel som har samverkan via konsultstöd från tandhygienist och via utbildningsinsatser.

Knappt hälften av barnklinikerna uppger att de arbetar med samordnade insatser tillsammans med kommun, barnhabilitering och tandvård för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för barn som har behov av stöd.

Tabell 16. Andel barnkliniker som arbetar med samordnade insatser tillsammans med kommun, tandvård och barnhabilitering för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för barn som har behov av stöd i det dagliga livet.

Efter sjukvårdsregion. Procent N: 38

	Totalt		Norra	Stock- holm	Sydöstra	Södra	Mellan- svenska	Västra
	Andel	Antal	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel
Ja	47 %	18	67%	38%	100%	67%	25%	25%
Nej	53 %	20	33%	63%	0%	33%	75%	75%
Tot alt	100 %	38	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Samordnade insatser kan till exempel handla om samordning av vårdinsatser vid sövning och remiss till specialisttandvård för behandling och bedömning. Riskpatienter kan få munhälsokontroll via pedodontin och sedan kan remiss skickas till allmäntandvård för fortsatt vård vid behov.

Hos de barnhabiliteringsverksamheter som deltar i utvärderingen är det en tredjedel av verksamheterna som uppger att de har en rutin för samverkan med tandvården när ett barn har identifierats ha behov av åtgärd pga.

munhälsproblem. Den vanligaste typen av samverkan är remiss till tandvården följt av konsultstöd från tandläkare. Samverkan kan också inbegripa möten mellan specialisttandvård och habiliteringen där frågor om munhälsa, oral motorik, bettutveckling etc. kan lyftas.

Det är knappt 30 procent av barnhabiliteringsverksamheterna som uppger att de arbetar med samordnade insatser tillsammans med kommun, tandvård och tandvårdskliniker för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för barn som har behov av stöd i det dagliga livet. Det rör sig om små tal men det är värt att notera att ingen i verksamheterna i västra sjukvårdsregionen eller sjukvårdsregion Stockholm uppger att de arbetar med denna typ av samordnande insatser.

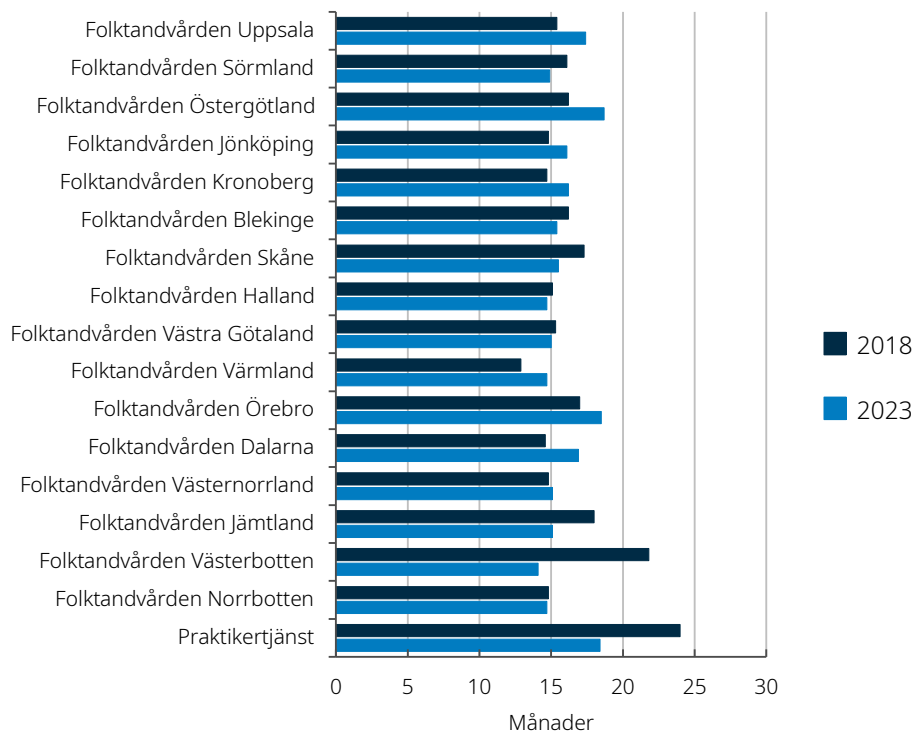
Habiliteringsverksamheterna kommenterar att samordning med tandvård förekommer i samband med sövning av barn, t.ex. kan barnneurolog på habilitering samordna dessa insatser. Det är dock ovanligt att genomföra eller planera utvecklingsarbete för att främja god munhälsa/minska risker för munhälsoproblem hos de barn som har behov av barnhabiliteringens verksamheter. Habiliteringsverksamheterna identifierar barn och unga med munproblem och remitterar dem till logoped och specialisttandvård.

Individuellt anpassade revisionsintervall

Individuell riskbedömning av sjukdomar är viktigt för att rätt resurs ska kunna sättas in i rätt tid. Revisionsintervallet ska spegla den individuella riskbedömningen. Om revisionsintervall efterlevs skulle detta kunna ses som en indikator på att tandvård erbjuds i rimlig tid. Revisionsintervall noteras i patientens journal och det kan behövas ett utvecklingsarbete för att kvalitetsregistret SKaPa ska kunna fånga detta på ett fullgott sätt.

Enligt rekommendationerna i nationella riktlinjer bör barn som bedöms ha hög risk för dålig munhälsa erbjudas basundersökning med 1–1,25 års intervall [19]. Det vill säga med ett intervall på 12–15 månader. Hos barn är det ovanligt med parodontit varför de flesta individerna i diagrammet bedöms ha hög risk för karies. Observera att flera regioner inte är med då de inte rapporterat in till SKaPa, t.ex. saknas region Stockholm.

Diagram 2. Revisionsintervall för patienter (<18 år) som bedöms ha hög risk för karies eller parodontit 2023



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa 2025

Dessa patienter borde alltså ha ett revisionsintervall för basundersökningar på 12–15 månader men diagrammet visar att revisionsintervallet år 2023 är längre i åtta regioner och i Praktikertjänst. I sju regioner och hos Praktikertjänst går det samtidigt att se en positiv utveckling med kortare revisionsintervall mellan 2018 och 2023.

Socialstyrelsens enkätundersökning till tandvårdsklinikerna visar att 94 procent av klinikerna följer upp revisionsintervallet. Majoriteten, 81 procent, följer upp revisionsintervallet genom verksamhetsuppföljningar.

Främja munhälsa hos personer med ohälsosamma levnadsvanor

Ohälsosamma matvanor och tobaksbruk ökar risken för både sjukdomar i munnen och andra folksjukdomar som till exempel cancer, diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar. Exempel på matvanor som påverkar munhälsan är högt intag av socker och sura produkter som läsk och juice. Det ökar risken för karies och andra tandskador (erosioner). Munhygien är också en levnadsvana och otillräcklig munhygien kan leda till både karies och parodontit.

Tandvården är en av få aktörer som regelbundet träffar de flesta barn och vuxna och kan då tidigt identifiera ohälsosamma levnadsvanor som kan påverka såväl munhälsan som den allmänna hälsan. Dessutom finns personal i tandvården med kompetens att arbeta med hälsorelaterade beteendeförändringar, denna kompetens finns framför allt tandhygienister. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer som även ingår i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [20].

Socialstyrelsens riktlinjespecifika indikatorer följer följsamheten till rekommendationerna att vuxna med ohälsosamma matvanor och vuxna som röker och som ska genomgå en operation i munnen bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal. Dessa båda indikatorer är utvecklingsindikatorer då det i nuläget inte är möjligt att följa upp dem i befintliga register. Socialstyrelsen har istället undersökt i vilken utsträckning tandvården har möjlighet att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med ohälsosamma matvanor

Majoriteten av tandvårdsklinikerna uppger att de erbjuder kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med ohälsosamma levnadsvanor. De flesta kan erbjuda det själva och dessutom finns det en mindre grupp kliniker som kan erbjuda det via någon annan. I denna fråga uppger två av tre privata tandvårdskliniker att de kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med ohälsosamma matvanor. Det är en något lägre andel av folktandvårdsklinikerna som själva kan erbjuda detta, men i gengäld kan 15 procent av folktandvårdsklinikerna erbjuda kvalificerat rådgivande samtal via någon annan aktör.

Det är stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna när det gäller möjligheten för klinikerna att själva erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till vuxna med ohälsosamma matvanor. I södra sjukvårdsregionen och i sjukvårdsregion Stockholm är det en relativt god tillgång på kliniker som kan ge kvalificerat rådgivande samtal för ohälsosamma matvanor på den egna kliniken. Det är också relativt stora skillnader beroende på regi i flera av sjukvårdsregionerna när det gäller möjligheten att ge denna åtgärd.

Tabell 17. Andel kliniker som uppger att man erbjuder kvalificerat rådgivande samtal via personal på kliniken.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:285

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stock- holm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	60 %	39 %	59 %	71 %	49 %	66 %	58 %
Folktandvården	54 %	29 %	73 %	69 %	47 %	34 %	43 %
Privat tandvård	65 %	47 %	43 %	71 %	54 %	84 %	76 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

När det gäller möjligheten att ge kvalificerat rådgivande samtal via annan aktör är det genomgående en högre andel folktandvårdskliniker som kan erbjuda detta, men det skiljer sig ordentligt mellan sjukvårdsregionerna. Det rör sig dock små tal i denna variabel. Remittering till annan aktör innebär att det kvalificerat rådgivande samtalet inte registreras hos kliniken vilket blir en felkälla vid uppföljning av hur stor andel patienter som fått kvalificerat rådgivande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal om rökstopp för vuxna som röker och som ska opereras i munnen

Rökning är en viktig riskfaktor vid operation som kan ge upphov till komplikationer och försämrad läkning. Det är därför viktigt att personer som röker och som ska genomgå en operation i munnen ges stöd för att kunna sluta röka.

Enkätsvaren visar att drygt 40 procent av klinikerna uppger att de erbjuder kvalificerat rådgivande samtal till vuxna som röker och som ska genomgå en operation i munnen. Till det kommer knappt 30 procent som uppger att de erbjuder detta via annan aktör. Det är en högre andel privata tandvårdskliniker som erbjuder detta själva, men i gengäld är det en högre andel folktandvårdskliniker som kan erbjuda detta via en annan aktör.

Även i denna fråga är det stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna. Kliniker i södra sjukvårdsregionen och i sjukvårdsregion Stockholm erbjuder kvalificerat rådgivande samtal i betydligt högre utsträckning än i övriga sjukvårdsregioner.

Tabell 18. Andel kliniker som uppger att man erbjuder kvalificerat rådgivande samtal till vuxna som röker och som ska genomgå operation i munnen via personal på kliniken.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:197

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	41%	33%	29%	55%	27%	57%	39%
Folktandvården	27%	14%	24%	50%	18%	28%	20%
Privat tandvård	57%	47%	35%	66%	42%	75%	62%

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Även när det gäller att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal via annan aktör till personer som röker och som ska opereras är det stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna. Skillnaderna samvarierar i hög grad med föregående fråga, dvs i sjukvårdsregioner där klinikerna själva utför åtgärden är det en lägre andel som erbjuder det via en annan aktör.

Majoriteten av klinikerna uppger att de kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal i egen regi eller via annan aktör, men det är samtidigt omkring 30 procent som inte kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal vid rökstopp inför operation.

Främja munhälsa hos personer med tandvårdsrädsla

Tandvårdsrädsla kan få både psykologiska och sociala konsekvenser och försämra munhälsan. Det är vanligt att personer med tandvårdsrädsla undviker regelbundna tandvårdsbesök vilket kan leda till akuta besök för att ta hand om akuta smärtproblem. En del börjar också sköta sin munhygien oregelbundet. Barn med tandvårdsrädsla bör få inskolning i tandvården steg för steg. Med metoden tell-show-do (berätta-visa-pröva) minskar osäkerheten i tandvårdsmiljön.

Socialstyrelsens riktlinjespecifika indikator mäter följsamheten till rekommendationen att tandvården bör främja munhälsan hos barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad genom att skola in barnet i tandvården med metoden tell-show-do. Den nationella målnivån är fastställd till 100 procent vilket innebär att samtliga tandvårdskliniker som är verksamma inom barn- och ungdomstandvården bör använda metoden tell-show-do.

Inskolning i tandvården för barn med tandvårdsrädsla eller behandlingsomognad

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att drygt 80 procent av de kliniker som har barn och unga som patienter använder metoden tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad. Inom folktandvården är det 85 procent av klinikerna som använder denna metod vilket kan jämföras med 76 procent av de privata tandvårdsklinikerna. Det är ett bra resultat men resultatet innebär också att det finns en del arbete kvar att göra för att nå målnivån på 100 procent.

Tabell 19. Andel kliniker som uppger att kliniken arbetar systematiskt med metoden tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:394

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	81%	71%	88%	84%	85%	79%	70%
Folktandvården	85%	77%	88%	90%	91%	79%	78%
Privat tandvård	76%	63%	87%	76%	72%	82%	57%

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

I denna fråga skiljer det sig något mellan de olika sjukvårdsregionerna. I sjukvårdsregion Mellansverige är det 88 procent av klinikerna som använder metoden vilket kan jämföras med 70 procent av klinikerna i västra sjukvårdsregionen och 71 procent av klinikerna i norra sjukvårdsregionen.

Främja munhälsa hos vuxna med ökad risk för karies eller karies som riskerar att förvärras

De flesta får karies någon gång i livet, men risken varierar från person till person. I tandvårdens uppdrag ingår både att ge stöd för att hindra uppkomsten av sjukdomen karies, och att bromsa kariesskador som redan uppstått. Grundläggande är att identifiera risk för karies och bedöma sjukdomsaktiviteten. Tandvården behöver bli bättre på att erbjuda förebyggande behandling till vuxna med tidig karies eller risk för karies. Det kan ofta innebära kvalificerat rådgivande samtal. Endast 18–32 procent av patienterna får sådan behandling i dag enligt kvalitetsregistret SKaPa [21]. Framför allt behöver tandvården satsa mycket mer på stöd för att minska sockerintaget.

Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid karies

Kvalificerat rådgivande samtal är en högt prioriterad åtgärd i rekommendationerna för tandvården. Åtgärden är en del av ett viktigt skifte mot mer hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Indikatorn mäter andel personer som har erhållit åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär. I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling för karies. Målnivån är fastställd till ≥ 50 procent av patienterna ska ha fått kvalificerat rådgivande samtal. Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar dock att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling av karies är mycket ovanlig.

Tabell 20. Vuxna med karies som fått kvalificerat rådgivande samtal 2023.

Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	0,062 %	297	484 657
Kvinnor	0,068 %	341	489 588
Totalt	0,065 %	638	974 245

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vuxna med karies som avstannar efter behandling

Behandlingen av karies syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Indikatorn visar hur stor andel av patienterna med karies som har en avstannande sjukdomsutveckling efter behandlingen. Indikatorn beräknas som andelen personer som behandlats för karies och som vid en uppföljande undersökning inte behandlades på nytt för karies. Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna. Den nationella målnivån är fastställd till att karies ska avstanna hos ≥ 85 procent av patienterna efter behandling.

Resultatet visar att det är drygt 65 procent av patienterna som har avstannande karies efter behandling. Det är något fler kvinnor än män som har avstannande karies. Det betyder att en tredjedel av de vuxna som behandlas för karies inte har en avstannande sjukdomsutveckling, och att det återstår en del arbete för tandvården för att nå den nationella målnivån.

Tabell 21. Vuxna med karies som avstannar efter behandling 2023

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	63,6 %	279 976	439 520
Kvinnor	67,5 %	308 301	457 665
Totalt	65,5 %	588 277	897 185

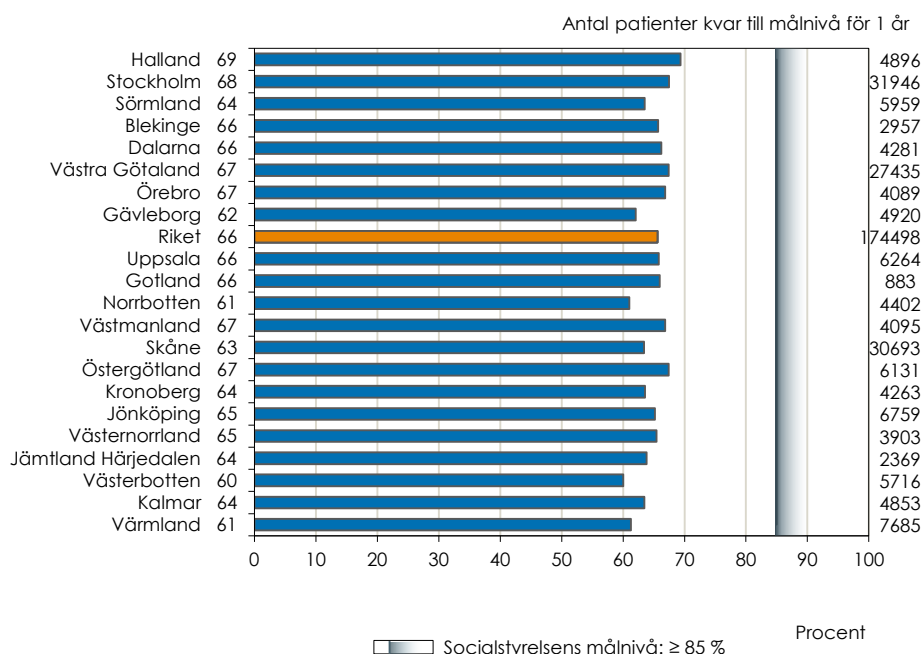
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det har inte skett några större förändringar över tid, utan andelen avstannande karies hos kvinnor och män har legat på den här nivån under perioden 2018–2023. På samma sätt är det inte några större skillnader när resultatet delas upp efter regi. Det är en något högre andel (66,7 procent) patienter i den privata tandvården som har avstannande karies jämfört med patienterna i folktandvården (63,7 procent) år 2023.

Däremot finns relativt tydliga skillnader mellan regionerna för den här indikatorn. I Halland är det 69 procent av patienterna som har avstannande karies vilken kan jämföras med 60 procent i Västerbotten. Inget av länen når upp till den nationella målnivån på ≥ 85 % avstannande karies hos patienterna efter behandling.

Diagram 3. Vuxna med karies som avstannar efter behandling

Efter region. Procent. 2023



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Utbildning och socioekonomisk områdestyp (REGSO) har också inverkan på resultatet för indikatorn. Högutbildade har avstannande karies i högre utsträckning än personer med kort utbildning.

Tabell 22. Vuxna 35–74 år med karies som avstannar efter behandling.

Efter utbildning 2023

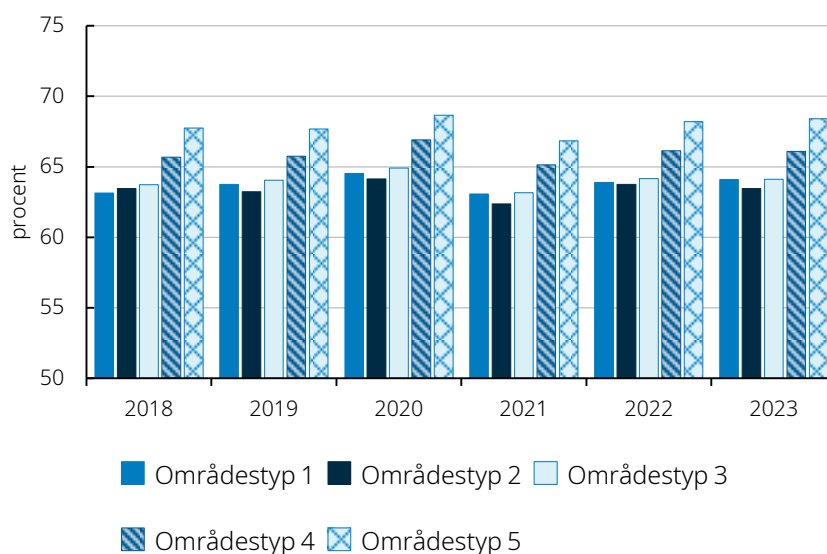
Utbildningsnivå	Andel	Täljare	Nämnare
Förgymnasial	63,9 %	46 690	72 954
Gymnasial	65,3 %	174 074	265 640
Eftergymnasial kortare än 3 år	68,4 %	63 944	93 396
Eftergymnasial 3 år eller längre	70,3 %	106 963	152 234

Källa. Socialstyrelsens tandhälsoregister

Personer som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (område 4 och 5) har avstannande karies i högre utsträckning än personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar.

Diagram 4. Vuxna med karies som avstannar efter behandling

Efter REGSO-område



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att undersöka vårdtyngd har Socialstyrelsen också analyserat antal åtgärder med tillståndet karies som föregått besöket som ingår i indikatorn. Resultatet visar att personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar har ett större antal besök, även om skillnaderna inte är så stora. Det pekar på ett större vårdbehov. Personer med ej avstannande sjukdom har fler besök vilket överensstämmer med övriga data.

Främja munhälsa hos personer som behöver särskilt stöd

Socialstyrelsens riktlinjespecifika indikatorer följer följsamheten till rekommendationen i de nationella riktlinjerna att upprätthålla tandvårdskontakten vid återbud eller uteblivet besök för att främja hälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd och har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt. Målnivån för denna indikator är satt till 100 procent vilket innebär att alla tandvårdskliniker bör arbeta på detta sätt. Vidare följer indikatorerna följsamheten till rekommendation om att främja hälsa hos vuxna som behöver särskilt stöd och assisterad daglig munvård genom att erbjuda vård - och omsorgspersonal långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård, kombinerad med praktisk träning och handledning – i samverkan med kommunen. Målnivån är satt till 100 procent och riktar sig till kommunerna, vilket innebär att samtliga kommuner bör arbeta på detta sätt.

Slutligen följer de riktlinjespecifika indikatorerna inom detta område följsamheten till rekommendationen att främja hälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd genom samordnade insatser där tandvården inkluderas i vårdkedjan. Denna indikator saknar nationell målnivå.

Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt

Personer som behöver särskilt stöd riskerar i högre utsträckning än andra att tappa kontakten med tandvården, vilket kan leda till att munhälsan snabbt försämras. Det är därför viktigt att tandvården arbetar på ett systematiskt sätt för att upprätthålla kontakten med personer som behöver särskilt stöd. Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt med att upprätthålla tandvårdskontakten med personer som behöver särskilt stöd.

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att 63 procent av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt. Det innebär att man inte når upp till den nationella målnivån. Det är något vanligare med denna typ av systematiskt arbete inom folktandvården.

I tre av sjukvårdsregionerna är det omkring 70 procent av klinikerna som arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna. I sjukvårdsregion Stockholm och i den södra sjukvårdsregionen är det dock en betydligt lägre andel som arbetar med denna typ av systematiskt arbete. I majoriteten av sjukvårdsregionerna är denna typ av systematiskt arbete något vanligare inom folktandvården (tabell 23).

Tabell 23. Andel kliniker som uppger att man arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna som har behov av särskilt stöd vid återbud eller uteblivande.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:470

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	63 %	61 %	69 %	53 %	69 %	56 %	72 %
Folktandvården	66 %	64 %	75 %	58 %	71 %	52 %	72 %
Privat tandvård	62 %	58 %	63 %	54 %	65 %	59 %	73 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

I de öppna svaren beskriver 50 kliniker hur de har som rutin att ringa upp patienterna vid återbud eller uteblivande, och omkring 15 kliniker kontaktar patienterna skriftligt. Ofta är det en kombination av dessa båda insatser. Ett tiotal kliniker uppger att kontaktar anhöriga och lika många kontaktar boenden. Det är 12 kliniker som särskilt nämner att de har avsatt en särskild resurs, t.ex. en äldreambassadör, för arbete med vuxna som har behov av särskilt stöd och där arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt ingår. Ett tiotal kliniker nämner också särskilt rutinen Ej avhörda äldre som också kan innebära en särskild ansvarig för att rutinen ska följas.

Ej avhörda äldre (EAÄ) är en rutin inom folktandvården i Västra Götaland som implementerades 2017 och den är ett exempel på hur tandvården kan arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt [22]. De som omfattas av rutinen är vuxna oavsett ålder som bedöms vara sköra, t.ex. omfattas av LSS, har kronisk sjukdom eller har hemtjänstinsats. Vidare omfattas alla som är 70+ då man vet att äldre har en högre risk att bli sköra om man vill undvika att de hamnar mellan stolarna. Den centrala rutinen ska till exempel användas när patienten uteblivit eller lämnat återbud två gånger.

Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal

En god kompetensnivå hos vård- och omsorgspersonal är viktigt för att personer med ett behov av daglig munvård ska få adekvat behandling. Samverkan mellan tandvård och kommun är också viktig för att en god kompetensnivå ska uppnås. Indikatorn mäter i vilken utsträckning kommunen samverkar med tandvården vid utbildning i munvård av omsorgspersonal. Utbildningen ska vara av långsiktig karaktär och kompletteras med praktisk träning och handledning.

Socialstyrelsens enkätundersökning till MAS i kommunerna visar att 88 procent av kommunerna samverkar med tandvården för långsiktig och

kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal. Det är ett bra resultat men kommunerna når inte riktigt upp till den nationella målnivån varför det finns en viss utvecklingspotential (tabell 24).

Tabell 24. Andel kommuner som samverkar med tandvården när det gäller utbildning och handledning av vård- och omsorgspersonal i munvård.

Procent. N:104

	Andel	Antal
Ja	88 %	92
Nej	12 %	12
<i>Totalt</i>	<i>100 %</i>	<i>104</i>

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

När kommunerna delas in efter storlek visar resultaten att samtliga kommuner i gruppen storstadskommuner och kommuner som ligger nära storstad når målnivån.

Tabell 25. Andel kommuner som samverkar med tandvården när det gäller utbildning och handledning av vård- och omsorgspersonal i munvård.

Efter kommungrupp. Procent. N:104

	Storstad/nära storstad		Större kommun/nära större kommun		Mindre tätort/landsbygds-kommuner	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Ja	100 %	21	85 %	29	86 %	42
Nej	0 %	0	15 %	5	14 %	7
<i>Bas</i>	<i>100 %</i>	<i>21</i>	<i>100 %</i>	<i>34</i>	<i>100 %</i>	<i>49</i>

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård sker vid återkommande tillfällen, och drygt hälften av kommunerna uppger att det sker årligen. Till det kommer ytterligare 20 procent av kommunerna som uppger att de genomför utbildning vartannat år.

Två av tre kommuner i gruppen storstad/nära storstad utbildar vård- och omsorgspersonalen i munvård varje år. Kommuner i gruppen mindre tätort/landsbygdskommuner ligger nära riksgenomsnittet när det gäller utbildning medan gruppen större kommun/nära större kommun utbildar vård- och omsorgspersonalen i något lägre utsträckning än genomsnittet.

Tabell 26. Kommuner som samverkar med tandvården när det gäller utbildning. Hur ofta får personalen utbildning.

Efter kommungrupp. Procent. N:92

	Storstad/nära storstad		Större kommun/nära större kommun		Mindre tätort/landsbygds-kommuner	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Årligen	67 %	14	52 %	15	55 %	23
Vartannat år	19 %	4	17 %	5	21 %	9
Vart tredje år	10 %	2	7 %	2	7 %	3
Mer sällan	5 %	1	24 %	7	17 %	7
Totalt	100 %	21	100 %	29	100 %	42

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Socialstyrelsen har även tagit fram en grundläggande webbutbildning i munhälsa och munvård som är riktad till vård- och omsorgspersonal som t.ex. arbetar vid särskilda boenden. Mellan april 2021 och mars 2025 var det 15 890 personer av 19 440 inskrivna som slutfört utbildningen [23].

I Socialstyrelsens enkätundersökning till kommunerna är det en relativt låg andel kommuner där majoriteten av de tillsvidareanställda inom äldreomsorg och funktionsnedsättningsomsorg har genomfört den grundläggande utbildningen i munhälsa och munvård (tabell 27).

Tabell 27. Hur många av personalen (tillsvidareanställda) har genomgått Socialstyrelsens webbutbildning (Grundläggande utbildning i munhälsa) de senaste två åren.

Procent. N:104

	Inom äldreomsorg		Inom omsorg funktionsnedsättning	
	Andel	Antal	Andel	Antal
Alla	4 %	4	3 %	3
Mer än hälften	10 %	10	6 %	6
ca hälften	11 %	11	8 %	8
Mindre än hälften	25 %	26	24 %	25
Få/inga	51 %	53	60 %	62
Totalt	100 %	104	100 %	104

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Situationen är likartad när det gäller hur stor andel av de visstidsanställda inom kommunen som genomgått utbildningen i munvård och munhälsa.

Socialstyrelsen har även undersökt i hur stor utsträckning tandvården samverkar med kommunerna när det gäller utbildning och handledning av vård- och omsorgspersonal. En fjärdedel av tandvårdsklinikerna uppger att de samverkar med kommunen för utbildning och handledning av vård- och omsorgspersonal. Det är relativt stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna i den här frågan. I västra sjukvårdsregionen är två av tre folktandvårdskliniker aktiva i denna typ av samverkan med kommunen samtidigt som det är en relativt låg andel privata tandvårdskliniker som har denna typ av samverkan. Denna typ av samverkan finns ofta mellan regionen och kommunen vilket kan vara en delförklaring till att det är en så låg andel tandvårdskliniker som uppger att de har denna typ av samverkan.

Tabell 28. Andel kliniker som uppger att man samverkar med kommunen när det gäller utbildning och handledning av vård- och omsorgspersonal i munvård.

Procent. N:470

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	25 %	30 %	31 %	7 %	30 %	15 %	41 %
Folktandvården	41 %	57 %	51 %	10 %	44 %	28 %	67 %
Privat tandvård	7 %	17 %	11 %	8 %	5 %	4 %	9 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan

Vuxna som behöver särskilt stöd har ofta ett behov av vård och omsorg från såväl tandvård som hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är därför viktigt att tandvården inkluderas i vårdkedjan. Om det dröjer innan tandvården kopplas in finns det risk att munhälsan snabbt försämras. Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården, kommunen, vuxenhabiliteringen och regionen arbetar med samordnade insatser där tandvården inkluderas i vårdkedjan.

Socialstyrelsens enkät visar att en fjärdedel av tandvårdsklinikerna uppger att de arbetar med samordnade insatser tillsammans med regionen och kommunen för att tandvården ska inkluderas i vårdkedjan för vuxna som har behov av särskilt stöd. Nedbrutet efter regi är det 39 procent av folktandvårdsklinikerna och 14 procent av de privata tandvårdsklinikerna som arbetar med denna typ av samordnade insatser.

Denna typ av samordnade insatser är vanligast förekommande i sjukvårdsregion Mellansverige, den norra sjukvårdsregionen samt i den västra sjukvårdsregionen. I dessa tre sjukvårdsregioner är det drygt hälften av folktandvårdsklinikerna som arbetar med samordnade insatser tillsammans med region och kommun.

Tabell 29. Andel kliniker som uppger att man arbetar med samordnade insatser tillsammans med regionen och kommunen för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för vuxna som har behov av särskilt stöd (daglig omsorg).

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:470

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	27 %	36 %	42 %	14 %	24 %	15 %	34 %
Folktandvården	39 %	57 %	56 %	17 %	36 %	21 %	54 %
Privat tandvård	14 %	21 %	27 %	12 %	4 %	13 %	8 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Det är mer vanligt förekommande att större kliniker (fyra eller fler behandlare) arbetar med denna typ av samordnade insatser i majoriteten av sjukvårdsregionerna, men det rör sig om små tal i gruppen mindre tandvårdskliniker.

I de öppna svaren tar de flesta klinikerna upp patienter med rätt till de olika tandvårdsstöden. Dessa bor ofta på särskilda boenden eller har rätt till insatser i det egna hemmet. Drygt 40 kliniker tar upp denna aspekt på samverkan. Vidare tar 16 kliniker upp olika typer av utbildningsinsatser till vård- och omsorgspersonal i kommunen.

I Socialstyrelsens enkät till regionerna (tandvårdsdirektörerna) uppger flera regioner att detta arbete ombesörjs av regionens folkhälsofunktion, munhälsostrateg för vuxna med särskilt stöd, särskilda samverkansavtal med kommunen och den dagliga omsorgen, eller i länsgemensamma forum för samverkan. Flera regioner beskriver att detta arbete också görs genom att utbilda omsorgspersonal på särskilt boende, både löpande och vid efterfrågan. Uppsökande verksamhet sker också i folktandvårdens regi, där olika forum och nätverk finns för olika frågor.

Socialstyrelsens enkät till kommunerna visar vidare att 64 procent av kommunerna arbetar med samordnade insatser med region och tandvård för vuxna som har behov av särskilt stöd och är 65 år eller äldre. I gruppen 65 år och yngre är det däremot knappt 40 procent av kommunerna som arbetar med denna typ av insatser. I en tredjedel av kommunerna arbetar man inte med denna typ av samordnade insatser.

Tabell 30. Andel kommuner som arbetar med samordnade insatser tillsammans med regionen och tandvården för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för vuxna som har behov av särskilt stöd (i det dagliga livet/daglig omsorg).

Procent. N:104. Flera svar möjliga

	Andel	Antal
Ja, för vuxna upp till 65 år	39 %	41
Ja, för vuxna 65 år och äldre	64 %	67
Nej	32 %	33

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Kommuner i gruppen storstad/nära storstad arbetar med samordnade insatser för vuxna i högre grad än riksgenomsnittet (71 procent i gruppen 65 år och äldre). Samma sak gäller för gruppen mindre tätort/landsbygdskommun men inte i riktigt lika hög grad. I gruppen större kommun/nära större kommun är det dock en lägre andel kommuner som arbetar med denna typ av insatser för vuxna (56 procent för personer 65 år och äldre, 24 procent för personer upp till 65 år).

Tabell 31. Andel kommuner som arbetar med samordnade insatser tillsammans med regionen och tandvården för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för vuxna som har behov av särskilt stöd (i det dagliga livet/daglig omsorg).

Efter storlek. Procent. N:104

	Totalt		Storstad/nära storstad		Större kommun/nära större kommun		Mindre tätort/landsbygdskommuner	
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
Ja, för vuxna upp till 65 år	39 %	41	52 %	11	24 %	8	45 %	22
Ja, för vuxna 65 år och äldre	64 %	67	71 %	15	56 %	19	67 %	33
Nej	32 %	33	24 %	5	44 %	15	27 %	13
<i>Totalt</i>		104		21		34		49

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning

Inom vuxenhabiliteringen är dock samordnande insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan relativt ovanligt. Det är endast två av 25

vuxenhabiliteringsverksamheter som uppger att de arbetar tillsammans med kommun och tandvård för att tandvård ska inkluderas i vårdkedjan för vuxna som har behov av särskilt stöd.

Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård

Äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättning med ett stort behov av personlig omvårdnad omfattas av regionernas tandvårdsstöd. Regionerna svarar för att alla som omfattas av stöden erbjuds munhälsobedömning eller nödvändig tandvård vid behov. Indikatorn mäter andel personer som nyttjar regionernas tandvårdsstöd. För den här indikatorn finns två fastställda nationella målnivåer:

- ≥ 80 procent av personkretsen får munhälsobedömning
- ≥ 90 procent av personkretsen får nödvändig tandvård

Av SKR:s uppföljning av regionernas tandvårdsstöd 2023 framgår att 50 procent av personkretsen fick munhälsobedömning medan 77 procent av personkretsen fick nödvändig tandvård. Det innebär att regionerna inte når de nationella målnivåerna, och också att regionerna inte riktigt når upp till nivån året före pandemin [24].

Tabell 32. Nödvändig tandvård och munhälsobedömning.

År 2019 och 2023

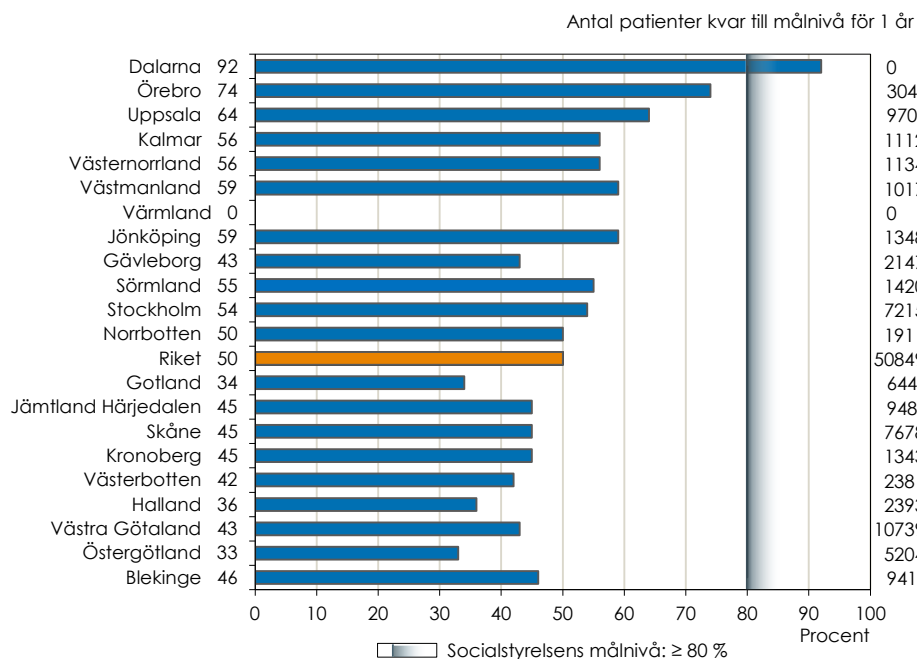
Kategori	2019	2023
Antal i personkretsen	171 597	167 100
Antal som fått munhälsobedömning	91 571	83 602
Andel som fått munhälsobedömning	53 %	50 %
Antal som fått nödvändig tandvård	133 880	128 590
Andel som fått nödvändig tandvård	78 %	77 %

Källa: SKR 2024

Det är endast region Dalarna som når målnivån för munhälsobedömning. Data för region Värmland saknas.

Diagram 5. Vuxna som fått munhälsobedömning

Per region. Procent

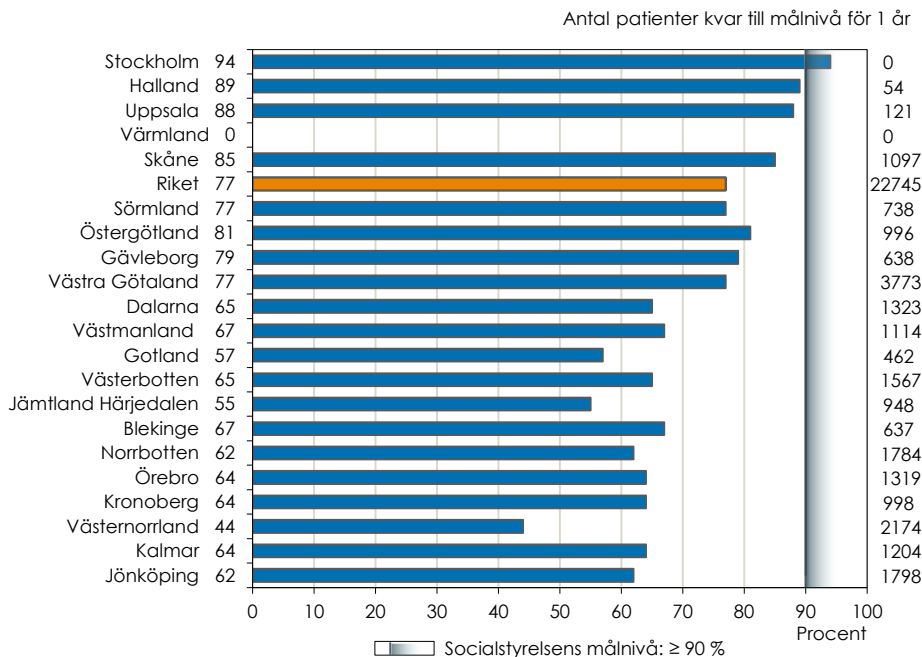


Källa: SKR 2024

På samma sätt är det endast en region som når målnivån för nödvändig tandvård, nämligen region Stockholm, men region Halland och region Uppsala är mycket nära. Återigen saknas data för region Värmland.

Diagram 6. Vuxna som fått nödvändig tandvård

Per region. Procent



Källa: SKR 2024

Analys av resultat

För att på bästa sätt stödja hälsosamma vanor och förebygga karies hos barn behöver tandvård, barnhälsovård och skola samverka systematiskt. Särskilt tandvårdskliniker och barnavårdscentraler som är verksamma i områden med hög risk för dålig munhälsa behöver arbeta med systematisk samverkan i högre utsträckning. Regionerna behöver även arbeta aktivt på övergripande nivå för att ge förutsättningar att förbättra denna samverkan. Arbetet i Västra Götaland med hälsopromotörer är ett gott exempel på hur tandvården kan arbeta hälsofrämjande med samverkan och kompetensutveckling genom att involvera andra yrkesgrupper utanför tandvården.

Socialstyrelsen bedömer att tandvårdskliniker, barnkliniker på sjukhus, barnhabilitering och kommun behöver utveckla sitt arbete med samordnade insatser för barn som behöver särskilt stöd och som får insatser som behöver samordnas med tandvården. Regionerna och kunskapsstyrningsorganisationen behöver fortsatt vara engagerade inom området och verka för utvecklad samordning. Det är också viktigt att den privata tandvården involveras i detta arbete.

Kvalificerat rådgivande samtal är en högt prioriterad åtgärd och en del av ett paradigmskifte i tandvården mot mer hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Regioner och kliniker behöver fortsätta arbetet med implementera nya arbetssätt och säkerställa att tandvårdens personal kan utföra åtgärden,

alternativt verka för att kvalificerat rådgivande samtal kan genomföras av annan aktör.

Resultaten i utvärderingen visar vidare att det är mycket få patienter som får kvalificerat rådgivande samtal vid behandling av karies. Resultaten skilde sig mellan enkätsvaren och registerdata och det är oklart vad det betyder. Det kan bero på brister i registrering av åtgärd eller att patienten tackar nej. Livsstilsförändringar är svåra och i vuxentandvården betalar patienten en stor del av tandvården själv. Ett sätt att komma runt detta kan vara remittera till annan aktör så att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal utförs till hälso- och sjukvårdsavgift. Det innebär också att hälso- och sjukvården inkluderar munhälsa i sitt förebyggande arbete. Tandvården och hälso- och sjukvården kan behöva utveckla modeller för hur metoden ska kunna användas i samverkan och därmed påverka gemensamma riskfaktorer för många tillstånd. Vidare behöver kodverket utvecklas så att det går att följa upp varför åtgärden genomförts. Uppföljning av följsamheten till rekommendationen försvåras dock om patienten remitteras till annan aktör eftersom åtgärden då inte registreras i tandvårdens journalsystem.

Regioner och kliniker behöver också implementera åtgärden kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling av munsjukdomar och besvär i munnen. Den tid som läggs på behandling behöver omfördelas från restaurativ behandling till tid på att öka patientens förmåga och tilltro att ta hand om kariessjukdomen eller dess risker.

För att vända fokus från reparativ vård (av redan uppkomna skador) till att främja hälsa och förebygga sjukdom krävs att både personal och patienter förändrar synen på till exempel kariessjukdom. Stöd i implementeringen av nya arbetssätt, till exempel samtal kring hälsolitteracitet och vilken roll personalen/vården har, är viktigt för en positiv utveckling. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av implementeringsstöd för att öka andelen kliniker som kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal. Ledning och styrning spelar stor roll när det gäller att ändra arbetssätt. Regioner och lärosäten behöver också ta ansvar för att utbilda personalen i att kunna utföra kvalificerat rådgivande samtal.

Tandvårdsklinikerna behöver också arbeta vidare för att nå den nationella målnivån på 100 procent för andelen tandvårdskliniker inom barntandvården som använder tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad. Av jämlikhetsskäl behöver tandvården även sträva efter att implementera metoden tell-show-do mer jämnt över landet. Det är viktigt att eventuellt implementeringsarbete även inkluderar den privata tandvården.

Tandvården behöver också sträva efter att nå den nationella målnivån på ≥ 85 procent vuxna med avstannande karies. Det innebär att tandvården behöver ge förebyggande åtgärder i större utsträckning och mer stöd till patienten för

att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Tandvården behöver fokusera mer på arbetssätt och förebyggande åtgärder för att minska antalet personer som får karies.

Tandvården behöver också erbjuda olika insatser till vuxna som behöver särskilt stöd på grund av till exempel kognitiv svikt, psykisk ohälsa, skörhet eller funktionsnedsättningar bl. a genom att arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakten vid återbud eller uteblivet besök. Den nationella målnivån är satt till 100 procent men ligger idag på 63 procent. För att nå kunna nå målnivån är det viktigt att förbättringsarbete bedrivs i samtliga regioner oavsett regi. Det arbete som bedrivs i Västra Götaland med rutinen Ej avhörda äldre är ett gott exempel på hur denna typ av arbete kan organiseras.

Det är positivt att nästan nio av tio kommuner i dag samverkar med tandvården för långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård av vård- och omsorgspersonal för att främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd. Den nationella målnivån är satt till 100 procent vilket innebär att samtliga kommuner bör samverka med tandvården för långsiktig och kontinuerlig utbildning.

Inom detta område har Socialstyrelsen även tagit fram rekommendationen att tandvården bör samverka mer med övriga aktörer kring patienten när det gäller vård som behöver samordnas med tandvården. Socialstyrelsens enkätundersökningar visar att samtliga aktuella verksamheter behöver arbeta mer aktivt med samordnade insatser för patientgruppen så att tandvård och munhälsa inkluderas i patienternas vårdkedja. Idag är denna typ av samordnade insatser ett underutvecklat område.

Socialstyrelsen bedömer att tandvården behöver arbeta mer aktivt för att öka andelen personer som får tillgång till nödvändig tandvård och munhälsobedömning och för att nå de nationella målnivåerna. Ur jämlikhetssynpunkt är det också viktigt att skillnaderna mellan regionerna minskar så att patienterna får den tandvård de har behov av.

Utreda och diagnostisera

I detta avsnitt utgår Socialstyrelsens utvärdering från indikatorer och målnivåer som tagits fram i riktlinjearbetet inom områdena:

- Systematiska arbetssätt
- Intervall för basundersökning

Systematiska arbetssätt

Socialstyrelsen definierar ett systematiskt arbetssätt som ett arbetssätt som är dokumenterat, väl känt i verksamheten, och som tillämpas i praktiken. Tandläkare och tandhygienister behöver systematiskt bedöma risker för sjukdomar i munnen, som karies och parodontit, hos alla de undersöker. Det är också viktigt att systematiskt registrera erosioner med hjälp av ett erosionsindex, och bedöma risken för nya erosioner.

De riktlinjespecifika indikatorerna följer följsamheten till rekommendationen att bedöma risk för munsjukdom hos barn och vuxna. Detta är en utvecklingsindikator och Socialstyrelsen analyserar här hur tandvårdskliniker arbetar med riskbedömningar. Vidare följer indikatorerna rekommendationen att arbeta systematiskt med personer som har eller riskerar att få en munsjukdom eller besvär genom att behandla orsaken och inte symtomen. De riktlinjespecifika indikatorerna följer också rekommendationerna att arbeta systematiskt för att upptäcka smärta och käkfunktionsstörningar samt att använda klassifikationssystemet DC/TMD vid diagnostik vid smärta och käkfunktionsstörningar. Slutligen följer de rekommendationen att arbeta systematiskt för att identifiera störningar i hörntändernas framväxt (eruptionsstörningar).

Bedömning av risk för munsjukdom hos barn och vuxna

Enligt tandvårdslagen ska patienten ges en god och säker vård som är anpassad efter patientens behov. Individuell riskbedömning av risk för munsjukdom är därför en viktig utgångspunkt för all tandvård och en förutsättning för att insatser sätts in i rätt tid. Data om riskbedömning måste registreras i journalen på ett strukturerat och likvärdigt sätt.

Utveckling av en nationell modell för riskbedömning är ett pågående arbete och Socialstyrelsen redovisar därför enkätdata från en kartläggning av riskbedömningssystem i tandvården som myndigheten genomförde under 2023 [25].

Tabell 33. Andel tandvårdskliniker som arbetar med strukturerade riskbedömningar för att bedöma risken för munsjukdomar. N:502

	Folktandvård	Privat	Totalt	Antal
ja	99 %	78 %	88 %	444
Nej	0,5 %	19 %	10 %	49
vet ej	0,5 %	3 %	2 %	9
Totalt	100	100	100	502

Källa: Socialstyrelsens kartläggning av riskbedömningssystem 2023

Knappt 90 procent av tandvårdsklinikerna använder strukturerad riskbedömning för att bedöma risken för munsjukdomar. Inom folktandvården uppger 99 procent av klinikerna att de arbetar med strukturerad riskbedömning, vilket kan jämföras med 78 procent av klinikerna i privattandvården.

Drygt hälften av klinikerna som arbetar med strukturerade riskbedömningar uppger att alla patienter som besökt patienten de senaste 24 månaderna har fått en strukturerad riskbedömning. Det betyder att en betydande andel av klinikerna inte genomfört en strukturerad riskbedömning på alla sina patienter.

Barn och vuxna med munsjukdom som får orsaksinriktad behandling

Behandling av munsjukdomar har dominerats av restaurativa åtgärder. För att förhindra fortsatt sjukdomsutveckling krävs att tandvården i högre utsträckning använder orsaksinriktade åtgärder. Indikatorn följer personer med munsjukdom eller besvär som får orsaksinriktad behandling. Med orsaksinriktad behandling avses här beteendebeteendebeteendebeteendeintervention och sjukdomsbehandlande åtgärder vid munsjukdomarna karies och parodontit och tillståndet käkfunktionsstörning.

Orsaksinriktad behandling vid karies för vuxna

Indikatorn mäter andel vuxna patienter som fått restaurativa åtgärder för karies och som också har fått orsaksinriktad behandling.

Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att drygt 11 procent av de vuxna patienterna som behandlades för karies år 2022 fick en orsaksinriktad åtgärd motiverad av karies inom 12 månader efter första besöket. Det finns inte någon skillnad mellan könen i resultatet för den här indikatorn (tabell 34).

Tabell 34. Vuxna med karies som fått orsaksinriktad behandling 2022. Procent

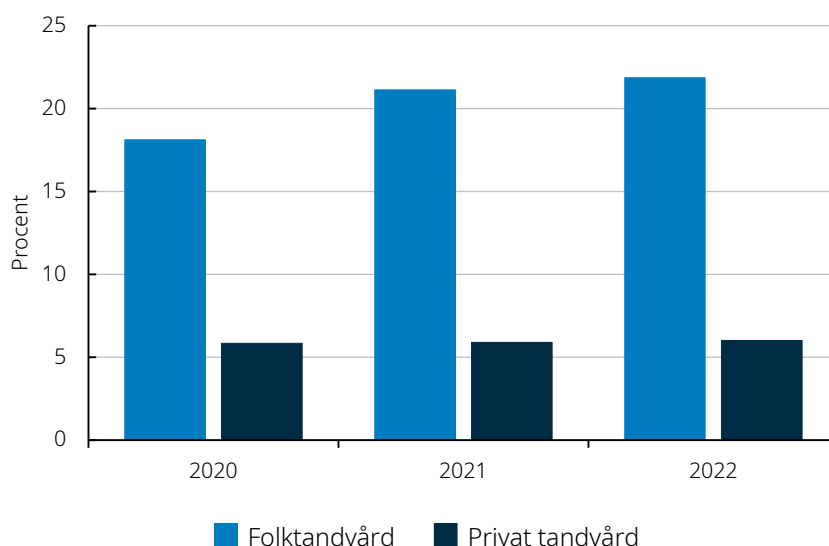
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	11,2 %	41 481	376 010
Kvinnor	11,2 %	42 398	372 115
Totalt	11,2 %	83 879	748 125

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2024

Det är dock relativt stor skillnad i hur stor andel patienter med karies som fick orsaksinriktad behandling när resultatet delas upp efter regi. År 2022 fick knappt 22 procent av de vuxna patienterna som behandlades för karies i folktandvården orsaksinriktad behandling vilket kan jämföras med 6 procent av patienterna i den privata tandvården.

Diagram 7. Vuxna som fått orsaksinriktad behandling för karies

Efter vårdgivarkategori. Procent

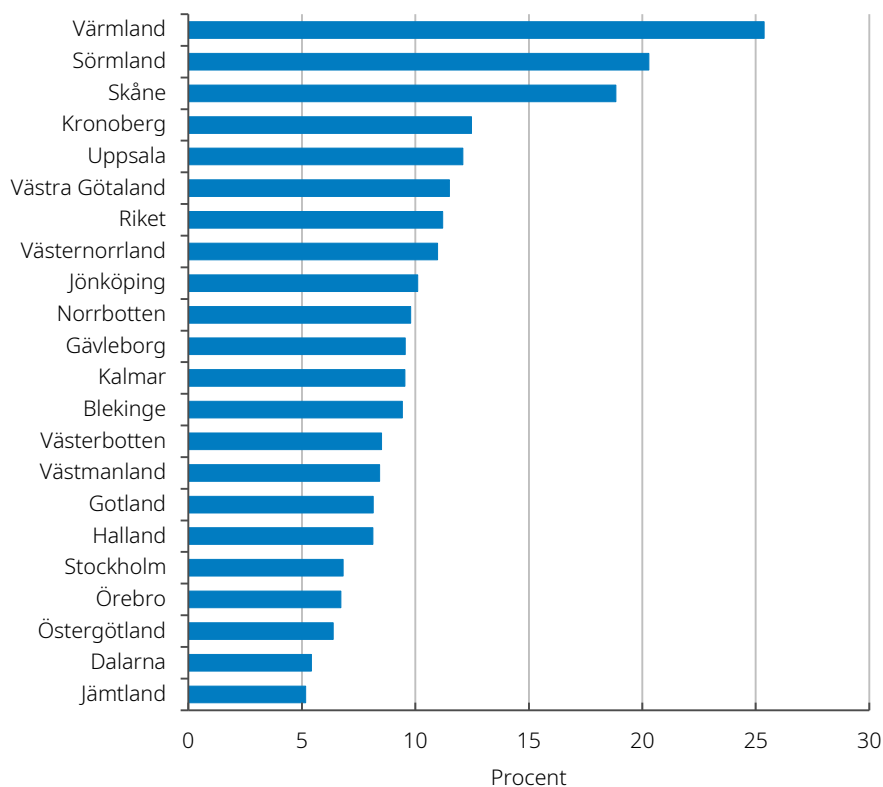


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är också relativt stora skillnader mellan regionerna i resultaten för den här indikatorn. I Värmland fick 25 procent av de vuxna som behandlades för karies orsaksinriktad behandling vilket kan jämföras med drygt fem procent av patienterna i Dalarna och Jämtland.

Diagram 8. Vuxna som fått orsaksinriktad behandling för karies 2022

Efter region. Procent

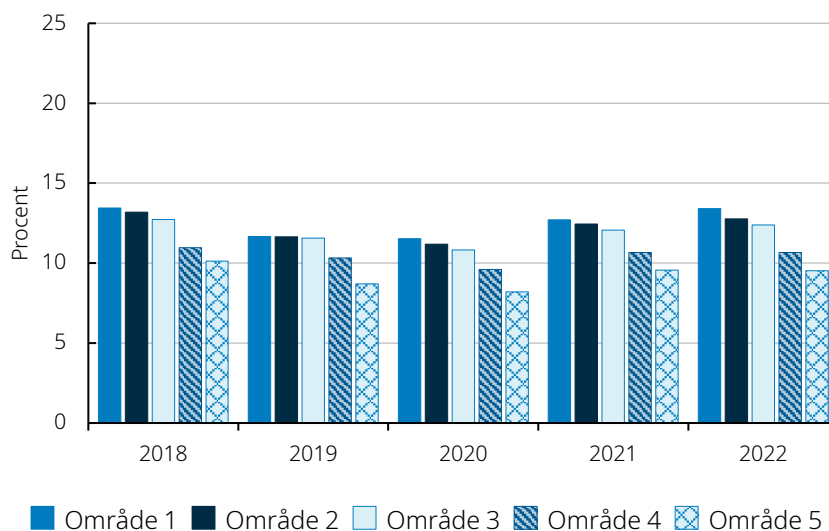


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vidare visar resultaten för indikatorn att vuxna som bor i områden med socioekonomiska utmaningar får orsaksinriktad behandling för karies i högre utsträckning än vuxna som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

Diagram 9. Vuxna som fått orsaksinriktad behandling för karies 2022

Efter REGSO-område, procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att undersöka om detta resultat kan kopplas till vårdtyngd har Socialstyrelsen undersökt antal besök för orsaksinriktad behandling för karies kopplat till REGSO-område och ålder. Antalet besök i medeltal för orsaksinriktad behandling för karies är högre i socioekonomisk utsatta områden vilket indikerar att vårdtyngden där är större (tabell 35).

Tabell 35. Antal besök i tandvården för orsaksinriktad behandling karies

Medeltal, REGSO-område och ålder. 2022

Områdes- typ	Ålder vid besöksårets slut					Totalt
	24-39	40-54	55-69	70-84	85+	
	Antal besök	Antal besök	Antal besök	Antal besök	Antal besök	Antal besök
	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel
1	1.69	1.59	1.41	1.31	1.26	1.54
2	1.54	1.43	1.34	1.30	1.29	1.41
3	1.45	1.36	1.30	1.28	1.28	1.34
4	1.34	1.28	1.26	1.27	1.28	1.28
5	1.27	1.22	1.23	1.27	1.29	1.24

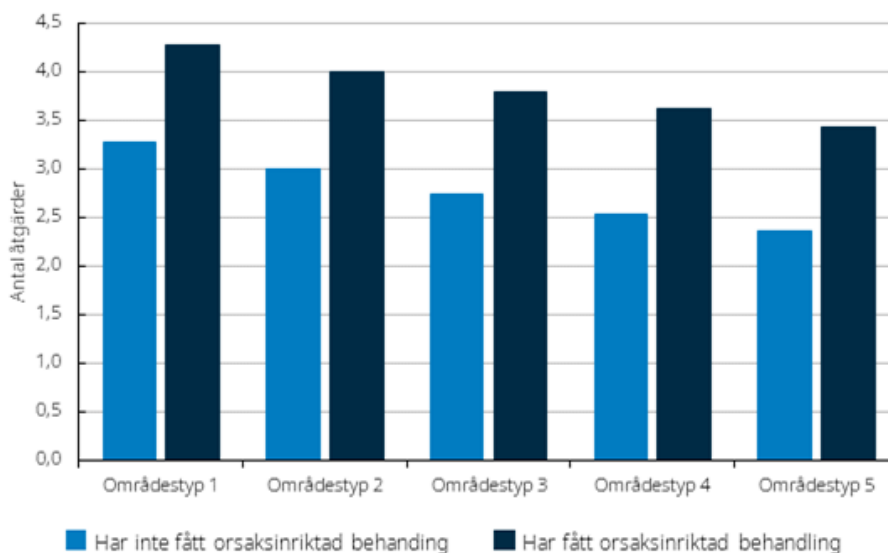
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2024

Denna bild återkommer vid en analys av antal åtgärder för karies som individerna i indikatorn fått under tvåårsperioden innan den restaurativa åtgärden som ingår i indikatorn. Personer bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar har fått fler åtgärder, och individerna med flest

åtgärder i genomsnitt får också orsaksinriktad behandling i högre utsträckning (diagram 10).

Diagram 10. Antal åtgärder för karies som individerna i indikatorn fått under tvåårsperioden innan den restaurativa åtgärden

Efter REGSO-område



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Resultaten visar att majoriteten av de vuxna patienterna som behandlas för karies inte får orsaksinriktad behandling. Resultaten visar också på stora skillnader mellan länen och mellan folktandvården och den privata tandvården när det gäller att utföra orsaksinriktad behandling vid karies.

Orsaksinriktad behandling vid karies för barn och unga

Indikatorn mäter andel barn och unga som fått restaurativa åtgärder för karies och som också har fått orsaksinriktad behandling. Resultaten indikerar att tandvården inte använder 300-serien (sjukdomsbehandlande) som avsett utan istället rapporterar på 200-serien (sjukdomsförebyggande).

Registerdata från kvalitetsregistret SKaPa exklusive 200-serien visar att knappt tre procent av barn och unga som fått minst en restaurativ åtgärd vid karies också har fått orsaksinriktad behandling.

Tabell 36. Barn och unga med tillståndet karies som fått orsaksinriktad behandling 2022.

Exklusive 200-serien. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Pojkar	2,81 %	2 748	97 815
Flickor	2,78 %	2 591	93 107
Totalt	2,79 %	5 339	190 922

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2024

När 200-serien inkluderas visar data att knappt 60 procent av barn och unga som fått restaurativ behandling för karies har fått orsaksinriktad behandling. Detta är förmodligen en mer sanningsenlig bild av situationen, men visar på att det troligen finns en felrapporteringsproblematik.

Tabell 37. Barn och unga med tillståndet karies som fått orsaksinriktad behandling 2022.

Inklusive 200-serien. Procent

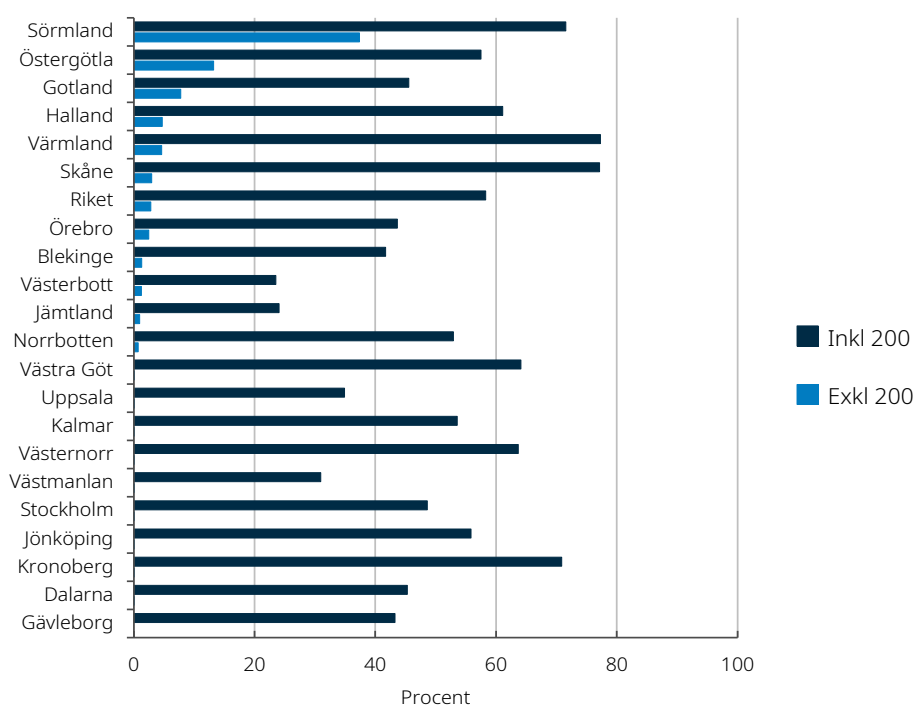
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Pojkar	58,7 %	57 283	97 815
Flickor	57,8 %	54 000	93 107
Totalt	58,3 %	111 283	190 922

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2024

Det är också stora skillnader mellan regionerna i resultatet för indikatorn. När resultatet redovisas exklusive 200-serien är det mindre än en procent av barn och unga som fått orsaksinriktad behandling i drygt hälften av regionerna. De stora skillnaderna mellan regionerna kvarstår när 200-serien inkluderas men nu på en högre nivå. I Värmland och Skåne är det knappt 80 procent som fått orsaksinriktad behandling för karies vilket kan jämföras med knappt 25 procent i Jämtland och Västerbotten.

Diagram 11. Barn och unga som fått orsaksinriktad behandling för karies 2022

Efter region. Exklusive 200-serien och inklusive 200-serien. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Orsaksinriktad behandling vid parodontit hos vuxna

Indikatorn mäter här andel vuxna som fått behandling för parodontit och som också har fått orsaksinriktad behandling. I datauttaget undersöker vi patienter som fått mekanisk infektionsbehandling för parodontit, och hur stor andel av denna grupp som inom 12 månader fick beteendemedicinsk behandling för parodontit.

Det är 30 procent av patienterna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling med efterföljande beteendemedicinsk behandling (tabell 38). Det innebär att majoriteten av de vuxna patienterna som fått mekanisk infektionsbehandling för parodontit inte får beteendemedicinsk behandling. Det är inte någon skillnad mellan könen för den här indikatorn.

Tabell 38. Vuxna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling och som inom 12 månader fått beteendemedicinsk behandling för parodontit. 2022.

Efter kön. Procent

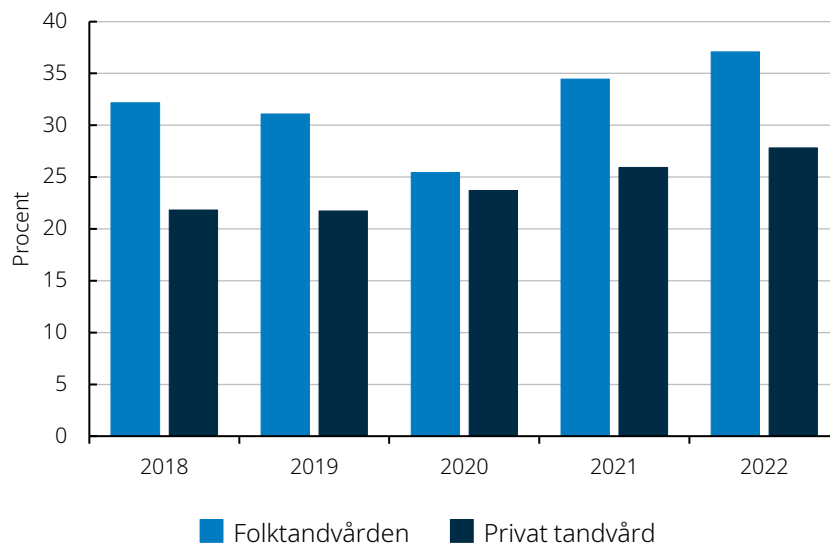
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	30,7 %	85 766	278 827
Kvinnor	30,9 %	82 817	267 993
Totalt	30,8 %	168 583	546 820

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är betydligt vanligare att få kombinationen mekanisk infektionsbehandling och beteendemedicinsk behandling i folktandvården (diagram 13). Av de patienter som fick mekanisk infektionsbehandling för parodontit i folktandvården 2022 var det 37 procent som även fick beteendemedicinsk behandling. Detta kan jämföras med 27,8 procent i den privata tandvården. Andelen patienter som får denna kombination av behandlingar har ökat sedan 2018 oavsett regi med undantag för pandemiåret 2020.

Diagram 12. Vuxna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling följt av beteendemedicinsk behandling. 2022

Efter regi. Procent

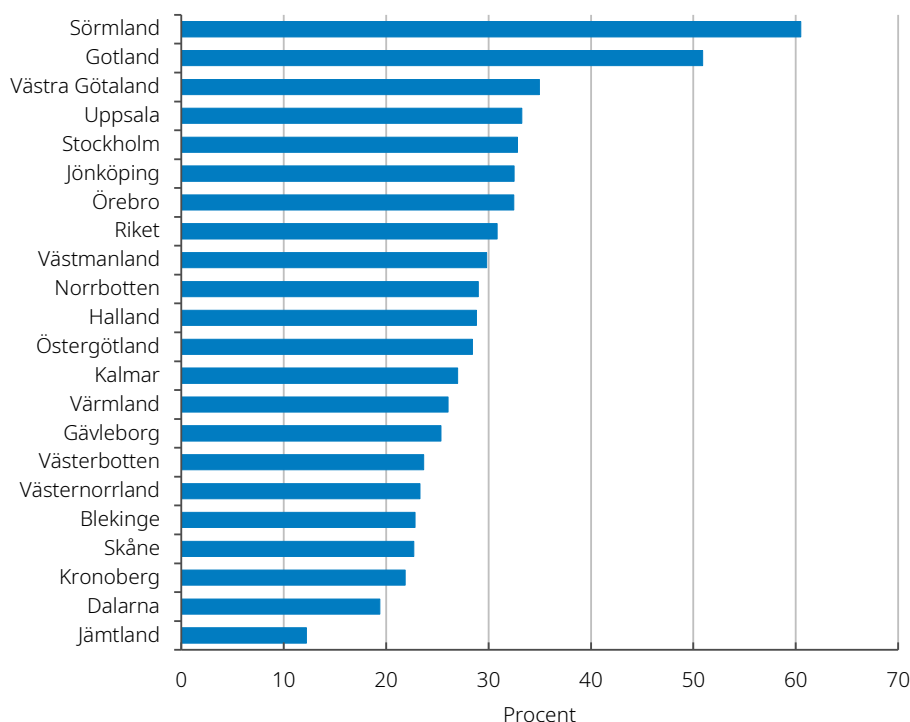


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är relativt stora skillnader mellan regionerna. I Sörmland har 60 procent av patienterna som fått mekanisk infektionsbehandling för parodontit också fått beteendemedicinsk behandling. Detta kan jämföras med 12 procent av patienterna i Jämtland och 19 procent av patienterna i Dalarna.

Diagram 13. Vuxna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling följt av beteendemedicinsk behandling. 2022

Efter region. Procent

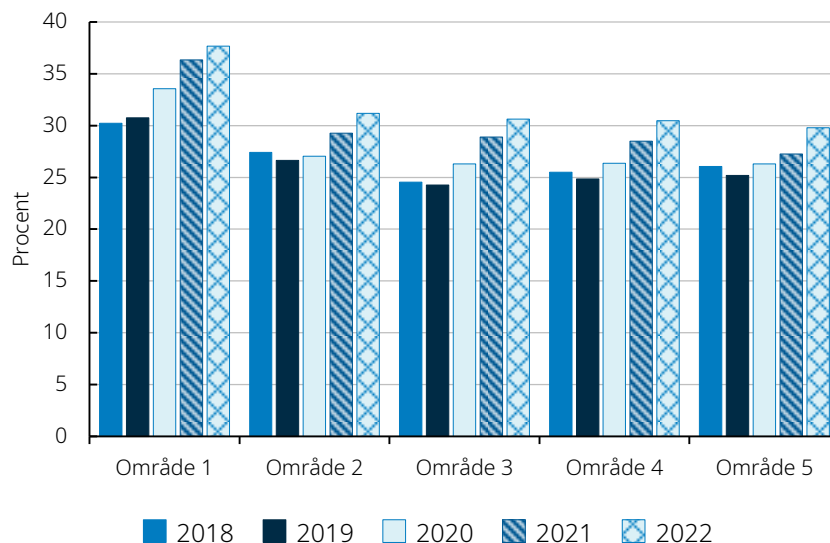


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Kombinationen mekanisk infektionsbehandling och beteendemedicinsk behandling är vanligast i åldrarna 24–54 år, därefter sjunker det något med stigande ålder. Vidare visar resultaten att vuxna som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (område 1 och 2) får kombinationen mekanisk infektionsbehandling och beteendemedicinsk behandling i högre utsträckning än vuxna som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (område 4 och 5). Det är samma bild som vi såg när det gällde karies.

Diagram 14. Vuxna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling följt av beteendemedicinsk behandling. 2022

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att undersöka vårdtyngd har Socialstyrelsen precis som för karies undersökt antal åtgärder som patienterna genomgått innan de fick den åtgärd som ingår i indikatorn. För parodontit är det inte så stor skillnad mellan REGSO-områdena när det gäller de som har fått beteendemedicinsk behandling, men det är tydligt att de som fått flest åtgärder också har fått beteendemedicinsk behandling i högst utsträckning. De som fått beteendemedicinsk behandling har drygt fyra besök medan de som inte fått beteendemedicinsk behandling har omkring två besök.

Orsaksinriktad behandling vid käkfunktionsstörning vuxna

Det är en relativt låg andel vuxna som får orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. Det är åtta procent av de vuxna som får orsaksinriktad behandling, och det är något mer vanligt förekommande hos kvinnor. Det sker inte någon större förändring över tid.

Tabell 39. Vuxna med käkfunktionsstörning och som inom 12 månader fått orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. 2022.

Efter kön. Procent

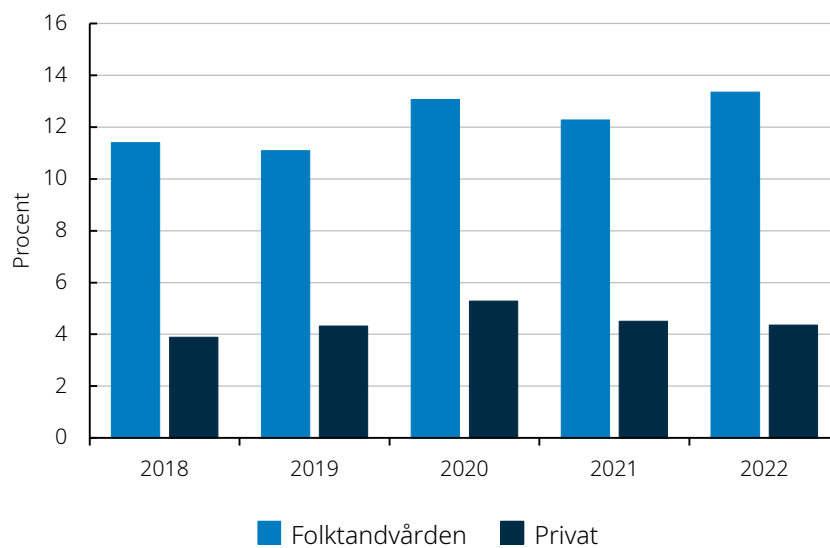
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	5,9 %	729	12 354
Kvinnor	8,9 %	2 570	28 674
Totalt	8 %	3 299	41 028

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är betydligt vanligare att få orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning inom folktandvården. Av de som fick behandling för käkfunktionsstörning i folktandvården 2022 var det 13,3 procent som fick orsaksinriktad behandling inom 12 månader, vilket kan jämföras med 4,3 procent i den privata tandvården. I denna del av indikatorn går det inte att se någon särskild pandemieffekt.

Diagram 15. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått orsaksinriktad behandling. 2018–2022

Efter regi. Procent

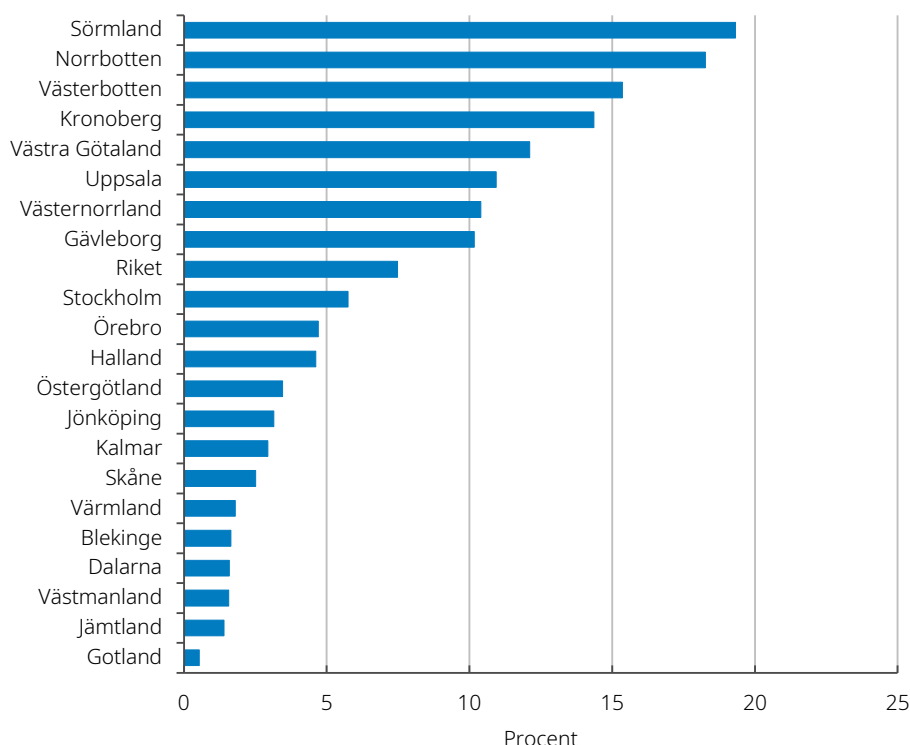


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är relativt stora skillnader mellan regionerna även för denna indikator. I Sörmland har 19 procent av patienterna med käkfunktionsstörning fått orsaksinriktad behandling under perioden 2020–2022 vilket kan jämföras med 0,5 procent i region Gotland.

Diagram 16. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått orsaksinriktad behandling. 2020–2022

Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Ålder är en faktor som spelar in även när det gäller orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. Det är vanligast förekommande i de yngre åldersgrupperna och blir sedan alltmer ovanligt (tabell 40).

Tabell 40. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått orsaksinriktad behandling 2022.

Efter ålder. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
24–39 år	10,8 %	1 221	11 301
40–54 år	8,3 %	957	11 551
55–69 år	6,5 %	771	11 889
70–84 år	5,7 %	332	5 808
85+	3,7 %	18	479
Totalt	8 %	3 299	41 028

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vidare visar resultaten att det är mer blandat utifrån REGSO-områden när det gäller andel vuxna som får orsaksinriktad behandling för

käkfunktionsstörning. Detta skiljer sig från resultaten för karies och parodontit.

Orsaksinriktad behandling vid käkfunktionsstörning barn och unga vuxna

Indikatorn mäter andel barn och unga vuxna som fått orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. Socialstyrelsen redovisar endast ett uttag på data för perioden 2020–2022, fördelat på kön, på grund av brister i inrapporteringen till kvalitetsregistret SKaPa. Det är 15,5 procent av de som fått behandling för käkfunktionsstörning som sedan har fått orsaksinriktad behandling inom 12 månader under perioden 2020–2022. Det är 16,8 procent av flickorna och 11,9 procent av pojkarna som orsaksinriktad behandling (tabell 41)

Tabell 41. Barn och unga vuxna med käkfunktionsstörning och som inom 12 månader fått orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. 2020–2022.

Efter kön. 0–23 år. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Pojkar	11,9 %	266	2 239
Flickor	16,8 %	1 078	6 426
Totalt	15,5 %	1 344	8 665

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna

Smärta och käkfunktionsstörning kan ha stor negativ påverkan på en persons livskvalitet. Det är därför viktigt att tandvården arbetar systematiskt med att identifiera denna patientgrupp. Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt med att identifiera personer med smärta och käkfunktionsstörningar. Den nationella målnivå är satt till 100 procent vilket innebär att samtliga tandvårdskliniker bör arbeta systematiskt för att identifiera individer med smärta och käkfunktionsstörningar.

Socialstyrelsens enkätundersökning till tandvårdskliniker visar att 85 procent av tandvårdsklinikerna uppger att de använder ett systematiskt arbetssätt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna. Det är något mer vanligt förekommande i folktandvården. Det är ett bra resultat men det är fortfarande en bit kvar till målnivån.

Tabell 42. Andel kliniker som uppger att kliniken använder ett systematiskt arbetssätt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:477

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	85 %	88 %	88 %	78 %	93 %	84 %	86 %
Folktandvården	88 %	93 %	87 %	79 %	98 %	90 %	87 %
Privat tandvård	84 %	84 %	88 %	83 %	85 %	82 %	84 %

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

I den sydöstra sjukvårdsregionen uppger 98 procent av klinikerna inom folktandvården att de arbetar systematiskt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna.

I tre av sjukvårdsregionerna är det en högre andel av de mindre klinikerna som arbetar systematiskt med patientgruppen, i två av dessa sjukvårdsregioner uppger samtliga mindre kliniker att de har detta systematiska arbetssätt.

Samtliga kliniker som kommenterar frågan arbetar systematiskt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar. Av kommentarerna framgår att detta ingår i revisionsundersökningen och flera kliniker nämner att det finns med i deras journalsystem.

Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna

Klassifikationssystemet Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) är ett tillförlitligt system när det gäller att diagnostisera smärta och käkfunktionsstörningar. DC/TMD är också det enda systemet som är validerat för barn. Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar med DC/TMD vid diagnostik för att diagnostisera för att diagnostisera smärta och käkfunktionsstörningar. Den nationella målnivå är satt till 100 procent vilket innebär att samtliga tandvårdskliniker bör använda DC/TMD vid diagnostik av smärta och käkfunktionsstörningar.

Socialstyrelsens enkät visar att två av tre kliniker uppger att de använder sig av klassifikationssystemet DC/TMD vid diagnos av smärta och käkfunktionsstörningar. Knappt 80 procent av folktandvårdsklinikerna uppger att de arbetar på detta sätt vilket kan jämföras med hälften av de

privata tandvårdsklinikerna. Det innebär att en betydande andel av klinikerna har en del arbete att göra för att nå upp till målnivån.

Tabell 43. Andel kliniker som uppger att kliniken använder klassifikationssystemet DC/TMD vid diagnos av smärta och käkfunktionsstörningar hos patienter 12 år och äldre.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:477

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	65 %	58 %	56 %	66 %	83 %	67 %	61 %
Folktandvården	78 %	71 %	84 %	63 %	98 %	76 %	74 %
Privat tandvård	51 %	47 %	24 %	68 %	58 %	63 %	46 %

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Uppdelat efter sjukvårdsregion är bilden något splittrad. Två sjukvårdsregioner ligger nära riksgenomsnittet medan den sydöstra sjukvårdsregionen sticker ut med 83 procent av klinikerna som uppger att de använder sig av DC/TMD. I denna sjukvårdsregion är det dessutom 98 procent av folktandvårdsklinikerna som använder metoden. I sjukvårdsregion Mellansverige är samtidigt knappt var fjärde privat tandvårdsklinik som uppger att de använder DC/TMD. I den här frågan uppger de större tandvårdsklinikerna i samtliga sjukvårdsregionerna att de använder DC/TMD i högre utsträckning än mindre kliniker.

Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar

Tandläkare behöver arbeta systematiskt för att identifiera störningar i hörntändernas framväxt (eruptionsstörningar) hos barn i åldern 9 till 13 år. Ett systematiskt arbetssätt med patientansvarig tandläkare bidrar till att säkerställa att eruptionsstörningar diagnostiseras i tid. Indikatorn mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt för att identifiera eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år. Den nationella målnivå är satt till 100 procent vilket innebär att samtliga tandvårdskliniker som behandlar barn bör arbeta systematiskt med detta.

Socialstyrelsens enkät visar att drygt 85 procent av de kliniker som har barn och unga som patienter uppger att de arbetar systematiskt med eruptionsstörningar i den aktuella åldersgruppen. I denna fråga är det 90 procent av de privata tandvårdsklinikerna som uppger att de arbetar systematiskt för att upptäcka eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år vilket kan jämföras med 86 procent av klinikerna i folktandvården.

Tabell 44. Andel kliniker som uppger att kliniken arbetar systematiskt för att identifiera eruptionsstörningar hos barn 9–13 år.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:394

	Totalt	Norra	Mellan- sverige	Stockholm	Sydöstra	Södra	Västra
Alla	86 %	90 %	88 %	82 %	87 %	88 %	86 %
Folktandvården	86 %	92 %	86 %	88 %	86 %	82 %	83 %
Privat tandvård	90 %	88 %	89 %	84 %	89 %	95 %	91 %

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Mindre kliniker arbetar systematiskt för att identifiera eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år i högre utsträckning än större kliniker i tre av sjukvårdsregionerna. I två sjukvårdsregioner är det i stället de större klinikerna som arbetar systematiskt för att identifiera eruptionsstörningar i högre utsträckning, men som tidigare nämnts är de mindre klinikerna relativt få, inte minst i den här frågan som är inriktad på kliniker som har barn och unga som patienter. Klinikerna kommenterar att denna kontroll finns med i deras barntandvårdsprogram och terapimallar, och att vikten av bettkontroll vid dessa åldrar anges särskilt.

Barn och vuxna som behandlas för erosionsskador

Erosionsskador är ett växande munhälsoproblem som det är angeläget att följa för att bättre kunna analysera hur munhälsan utvecklas. Indikatorn mäter andel personer som fått behandling för erosionsskador i samband med en basundersökning. Detta är en utvecklingsindikator då man behöver utveckla koder för att kunna följa behandling av erosionsskador på ett bättre sätt.

Datauttaget från tandhälsoregistret samt kvalitetsregistret SKaPa visar att det är mycket få barn och vuxna som får behandling för erosionsskador. Här befinner sig tandvården i början av en implementeringsprocess där man även behöver arbeta med att korrekt registrera de utförda åtgärderna.

Intervall för basundersökning

Det är viktigt att patienter besöker tandvården för en basundersökning så ofta som det behövs, men inte oftare. De så kallade revisionsintervallen behöver planeras efter patienternas behov för att resurserna ska användas effektivt. Patienter med hög risk för dålig munhälsa får bättre tillgång till tandvården och patienter med låg risk för dålig munhälsa får färre

basundersökningar. Det innebär att patienter med låg risk sparar tid, och vuxna patienter sparar även pengar.

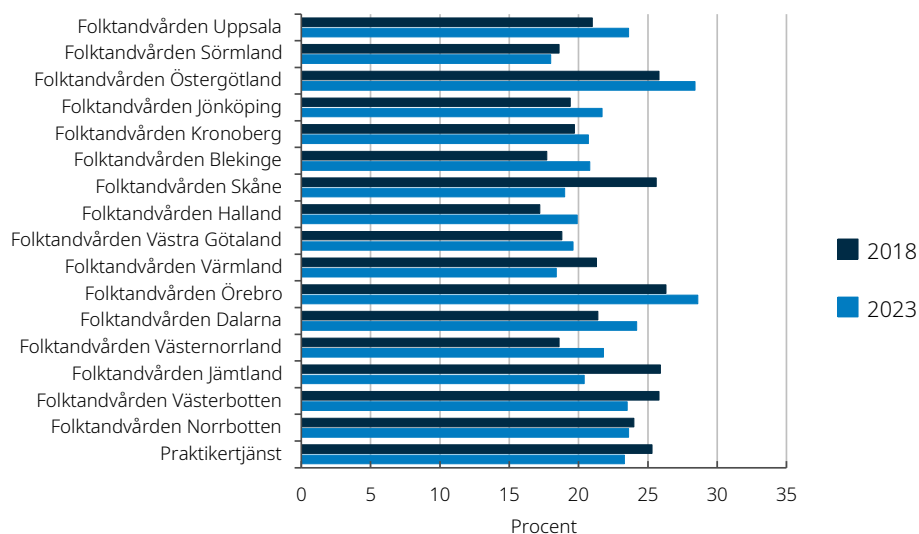
Patienter med längre revisionsintervall kan upprätthålla kontakten med tandvården även mellan basundersökningarna, till exempel via digitala avstämningar eller fysiska besök hos tandhygienist.

Revisionsintervall för vuxna med förhöjd risk för dålig munhälsa

Socialstyrelsen har gjort ett datauttag från kvalitetsregistret SKaPa på revisionsintervallet för patienter med hög risk för karies eller parodontit. Enligt rekommendationerna i nationella riktlinjer bör vuxna som bedöms ha hög risk för dålig munhälsa erbjudas basundersökning med 1–1,5 års intervall [26]. Det vill säga med ett intervall på 12–18 månader. Observera att flera regioner inte är med då de inte rapporterat in till SKaPa, t.ex. saknas region Stockholm.

Diagram 17. Revisionsintervall för patienter >18 år som bedöms ha hög risk för karies eller parodontit

Folktandvården (regioner) och Praktikertjänst. 2023. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa 2024

Registerdata visar att det endast är folktandvården i region Sörmland som klarar revisionsintervallet på 12–18 månader 2023. Folktandvården i Värmland är också nära att klara revisionsintervallet. Vidare visar data att revisionsintervallet ökar i 10 av regionerna mellan 2018 och 2023.

Socialstyrelsens enkätundersökning till tandvårdskliniker visar att 94 procent av klinikerna följer upp revisionsintervall. Majoriteten, 81 procent, följer upp revisionsintervallet genom verksamhetsuppföljningar. Andelen kliniker som följer upp revisionsintervall med verksamhetsuppföljningar

varierar mellan 76 procent i norra sjukvårdsregionen och 86 procent i den sydöstra sjukvårdsregionen. Privata kliniker i sjukvårdsregion Stockholm är de som använder sig av verksamhetsuppföljning av revisionsintervall i högst utsträckning.

Tabell 45. Andel kliniker som uppger att de säkerställer att individuella revisionsintervall efterlevs genom verksamhetsuppföljningar.

Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:477

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stockholm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	81 %	76 %	78 %	83 %	86 %	82 %	78 %
Folktandvården	77 %	71 %	78 %	75 %	84 %	72 %	76 %
Privat tandvård	85 %	79 %	78 %	93 %	88 %	89 %	81 %

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Analys av resultat

Tandvården behöver systematiskt bedöma risker för sjukdomar i munnen och sedan utreda och behandla orsakerna till olika skador och sjukdomar. Med hjälp av systematiska riskbedömningar kan vården fördela resurserna efter patientens behov på ett bättre sätt. Socialstyrelsen konstaterar att en nationell modell för riskbedömning behöver utvecklas och implementeras för att bedömning av risk för munsjukdomar ska kunna genomföras på ett likvärdigt sätt i hela landet. Kunskapsstyrningsorganisationen och regionerna behöver vara aktiva i detta implementeringsarbete som även behöver inkludera den privata tandvården.

Tandvården behöver ställa om och ändra arbetssätt, och börja arbeta mer med orsaksinriktad behandling vid munsjukdom och besvär för att behandla orsaken till problemen och inte symtomen. Utvärderingen visar dock att majoriteten av patienterna som behandlas för karies, parodontit eller käkfunktionsstörning inte får orsaksinriktad behandling. Kunskapsstyrningsorganisationen och regionerna behöver stötta tandvården i denna omställning. Tandvården behöver förutsättningar för att börja arbeta mer sjukdomsbehandlande och orsaksinriktat. Knäckfrågan är hur dessa förutsättningar ska skapas. Med detta avses att det nuvarande ersättningssystemet försvårar denna omställning. Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att skillnaderna mellan vårdgivarna, regionerna och olika socioekonomiska områden minskar.

Vid behandling av parodontit är det viktigt att tandvården kombinerar mekanisk infektionsbehandling med beteendemedicinsk behandling i högre utsträckning för att hindra fortsatt sjukdomsutveckling.

Tandvården behöver också förbättra inrapportering och registrering i kvalitetsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister och använda rätt koder, inte minst när det gäller inrapporteringen av orsaksinriktad behandling för karies. Socialstyrelsen vill här poängtera vikten av att registrera utförd åtgärd korrekt, dvs att åtgärderna rapporteras in på 300-serien (sjukdomsbehandlande åtgärder) när orsaksinriktad behandling genomförs för att analys av utvecklingen ska vara möjlig att genomföra. Detta gäller särskilt för barn och unga där resultaten indikerar att tandvården istället rapporterar på 200-serien (sjukdomsförebyggande).

Tandvården behöver arbeta vidare med implementering för att nå de nationella målnivåerna på andelen tandvårdskliniker som arbetar systematiskt arbetssätt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar och på andelen tandvårdskliniker som ställer diagnos i systemet DC/TMD för personer med smärta och käkfunktionsstörningar. Vårdgivarna behöver se till att de anställda har rätt kompetens för att ställa diagnos i DC/TMD. De kan också behöva implementeringsstöd då DC/TMD är relativt omfattande. Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att tandvården arbetar likartat över landet.

Tandvården behöver också arbeta vidare för att nå det nationella målet för andelen kliniker som arbetar systematiskt för att identifiera eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år. En tidig diagnos är viktig för att förhindra komplikationer vid eruptionsstörningar, t.ex. skador på angränsande tänder

Tandvården behöver också arbeta strukturerat för att öka registreringsgraden för att möjliggöra uppföljning av behandling av erosionsskador. Erosioner behöver registreras systematiskt med ett erosionsindex, samt användas för att bedöma risken för nya erosioner.

Tandvården behöver också arbeta för att nå det revisionsintervall som rekommenderas i de nationella riktlinjerna, och även verka för att skillnaderna i revisionsintervall mellan regionerna minskar. I dag är det bara en region som klarar revisionsintervallet på 12–18 månader för vuxna med hög risk som rekommenderas i riktlinjerna. Dessutom ökar revisionsintervallet i tio regioner mellan 2018 och 2023. Revisionsintervall för vuxna patienter kan dock vara svåra att hålla på grund av resursbrist i delar av tandvården.

Tandvårdsklinikerna behöver slutligen fortsätta att utveckla sitt arbete med att följa upp revisionsintervall. För att kunna följa upp att individuella revisionsintervall efterlevs behöver ett strukturerat riskbedömningssystem tas fram och implementeras. Med utgångspunkt i riskbedömningen kan sedan revisionsintervall bestämmas och följas upp.

Behandla och rehabilitera

I detta kapitel utgår Socialstyrelsens utvärdering från indikatorer och målnivåer som tagits fram i riktlinjearbetet inom områdena:

- särskilda tandvårdsbehov hos barn
- kariesskador som repareras
- sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat
- sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden kring tandroten
- smärta och käkfunktionsstörningar
- tandlöshet
- bettavvikelser

Särskilda tandvårdsbehov hos barn

Vissa sjukdomar och tillstånd i munnen drabbar framförallt barn eller behandlas på ett särskilt sätt när de drabbar barn. Karies är till exempel den vanligaste sjukdomen i munnen hos både barn och vuxna men behandlingen kan skilja sig åt, bl. a beroende på patientens ålder och om den gäller permanenta tänder eller mjölk tänder.

Barn som förlorat tand efter åtgärd

En tand som förloras efter åtgärd är en belastning både för individen och samhället. Orsaken till att en tidigare åtgärdad tand förloras kan vara flera och av varierande slag, t.ex. att restaurationen eller tanden gått sönder och inte går att åtgärda. Den övergripande indikatorn mäter andel barn som förlorat tand inom 6 eller 12 månader efter en invasiv åtgärd. Som invasiva åtgärder räknas exempelvis rotfyllningar och restaurationer.

Det är relativt ovanligt att ha förlorat tand efter åtgärd i gruppen barn och unga vuxna. Det är också små skillnader mellan könen. I redovisningen har åren 2020–2022 slagits ihop (tabell 49).

Tabell 46. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader. 0–23 år.

År 2020–2022.

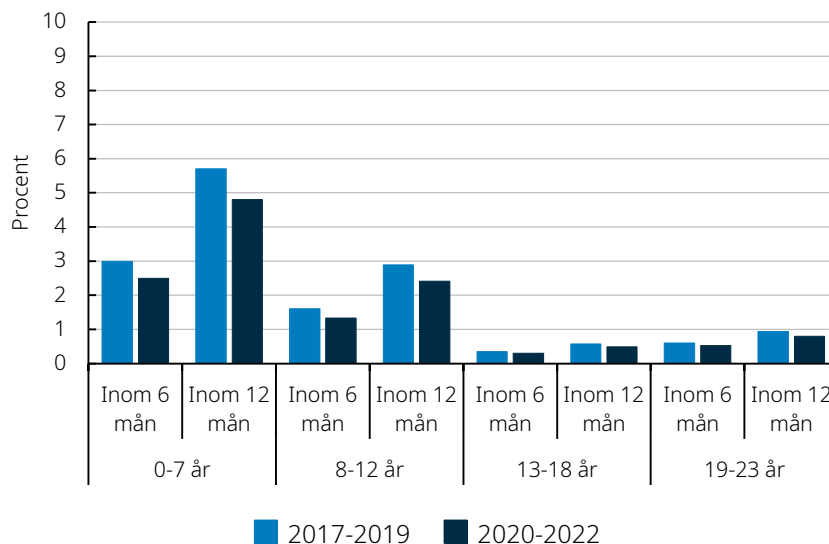
Kategori	Andel 6 mån	Andel 12 mån	Täljare 6 mån	Täljare 12 mån	Nämnare
Pojkar	0,98 %	1,78 %	3 622	6 548	366 904
Flickor	1,01 %	1,81 %	3 499	6 265	341 649
Totalt	0,99 %	1,79 %	7 121	12 813	708 553

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Ålder är däremot en variabel som har tydligare påverkan på resultatet. Det är vanligare att ha förlorat tand efter åtgärd inom de yngre åldersgrupperna (diagram 18). Det går också att se en svag förbättring över tid då det är en lägre andel patienter som förlorar tand efter åtgärd under perioden 2020–2022 jämfört med 2017–2019 i samtliga åldersgrupper.

Diagram 18. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd

Efter ålder. Procent

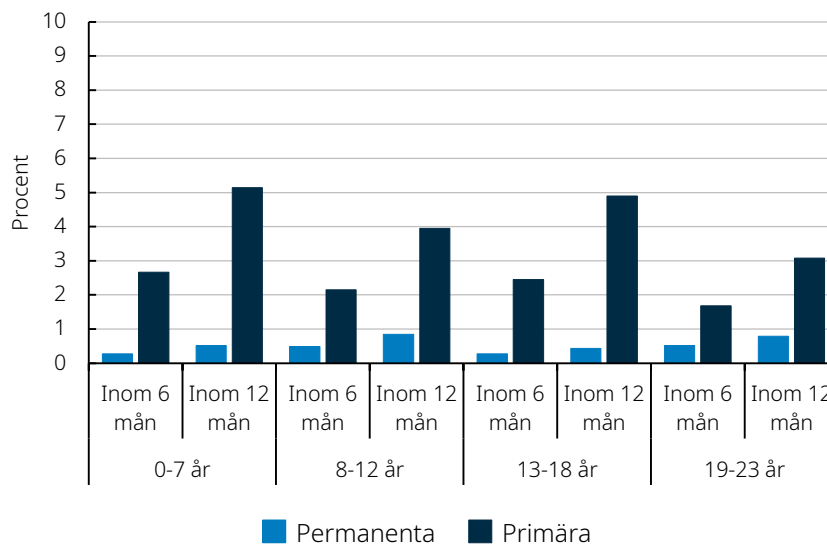


Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Förlust av tand efter åtgärd i de yngre åldersgrupperna har en tydlig koppling till det primära bettet (mjölkttänderna). Det är i hög grad mjölkttänder som förloras hos barn och unga (diagram 19) och dessa tänder är vanligare hos de yngre barnen. Fyllningar och andra åtgärder är svårare att lyckas med och det kan vara svårt att laga tänder på barn.

Diagram 19. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd. 2020–2022

Permanenta och primära bettet och ålder. Procent



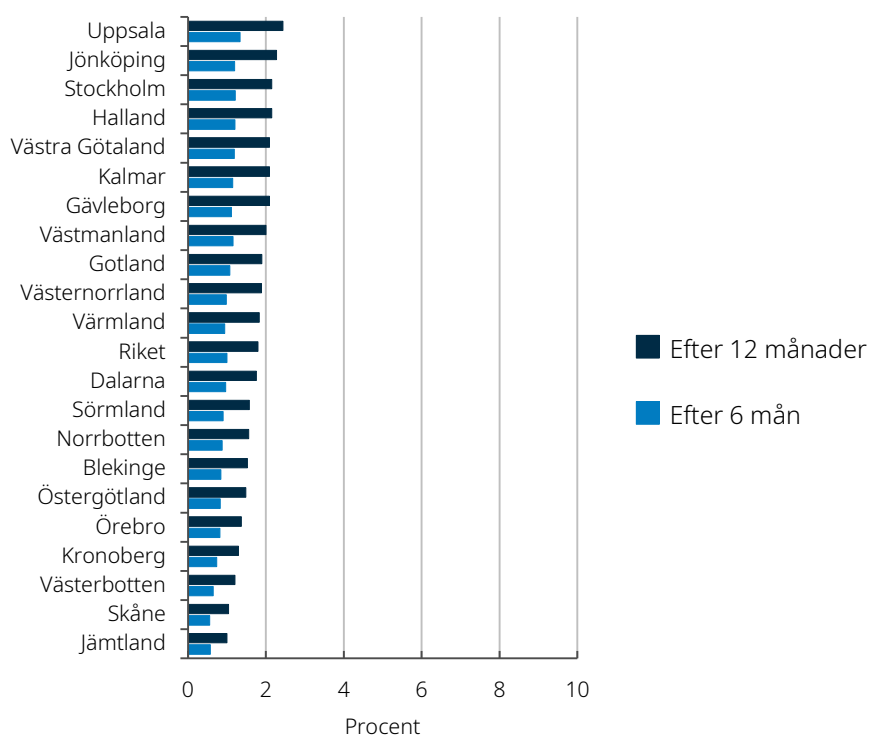
Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är en något högre andel barn och unga som förlorat tand efter åtgärd inom folktandvården men det handlar om låga tal.

Det finns vissa regionala skillnader när det gäller att förlora tand efter åtgärd. I flera regioner är det omkring två procent av patienterna som förlorar tand efter åtgärd inom 12 månader, vilket kan jämföras med omkring en procent i Skåne och Jämtland.

Diagram 20. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd 2020–2022

Efter region. Procent

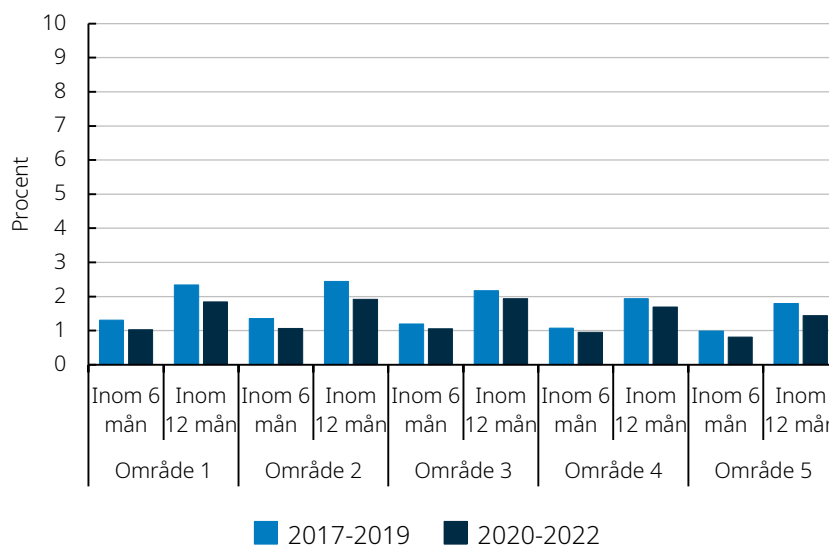


Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är även något vanligare att förlora tand efter åtgärd i områden med socioekonomiska utmaningar (område 1 och 2). Det går att se en svag förbättring över tid mellan perioderna 2017–2019 och 2020–2022 men det rör sig om små förändringar (diagram 21).

Diagram 21. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Unga vuxna som behandlas för bett- och tandpositionsavvikelser

Indikatorn är ett mått på antalet unga som har en bettavvikelse som är högprioriterad för behandling som också har fått behandling. I dagsläget är det dock svårt att följa ungdomar med högprioriterade bett- och tandpositionsavvikelser och det skulle behöva en utveckling av datakällor. Idag mäter indikatorn antalet 18–19 åringar i befolkningen och inte de som har en högprioriterad bettavvikelse.

Det var 9 av 20 regioner som besvarade frågan, och av dessa angav en region endast hur många som behandlats (tabell 47).

Tabell 47. Antal och andel unga vuxna (18–19 åringar) med bett- och tandpositionsavvikelser som identifierades i tandvården i er region under ett år, och som sedan behandlades för sina bett- och tandpositionsavvikelser.

Region	Antal identifierade	Antal behandlade	Andel behandlade
Region Stockholm	490	432	88 %
Sörmland	600	119	19,8 %
Östergötland	60	48	80 %
Kalmar	20	20	100 %
Gotland	50	25	50 %

Region	Antal identifierade	Antal behandlade	Andel behandlade
Örebro län	222	69	31 %
Gävleborg	260	170	65 %
Jämtland	?	150	?
Västerbotten	10	10	100 %
Totalt	1 712	1 043	61 %

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Socialstyrelsens enkätundersökning till tandvårdskliniker visar att 89 procent av klinikerna som är verksamma inom barn- och ungdoms-tandvården har rutiner för att identifiera unga vuxna (18–19 åringar) med bett- och tandpositionsavvikelser. I denna fråga uppger 95 procent av de privata tandvårdsklinikerna och 85 procent av folktandvårdsklinikerna att de har rutiner för denna patientgrupp.

I denna fråga finns det betydande variation mellan de olika sjukvårdsregionerna. I södra sjukvårdsregionen och i sjukvårdsregion Mellansverige är det drygt 90 procent av klinikerna som har denna typ av rutiner och båda dessa sjukvårdsregioner uppger samtliga privata tandvårdskliniker att de har sådana rutiner. Samtidigt är det 69 procent av folktandvårdsklinikerna i norra sjukvårdsregionen som uppger att de har denna typ av rutin.

Tabell 48. Andel kliniker som uppger att de har rutiner för att identifiera unga vuxna (18–19 åringar) med bett- och tandpositionsavvikelser. Efter sjukvårdsregion och regi. Procent. N:394

	Totalt	Norra	Mellan-sverige	Stock-holm	Syd-östra	Södra	Västra
Alla	89 %	76 %	92 %	90 %	90 %	91 %	86 %
Folktandvården	85 %	69 %	86 %	90 %	91 %	82 %	80 %
Privat tandvård	95 %	88 %	100 %	89 %	89 %	100 %	96 %

Källa. Socialstyrelsens enkätundersökning 2024

Barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling

Behandlingen för karies syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Den övergripande indikatorn visar hur stor andel av patienterna med karies som har en avstannande sjukdomsutveckling efter

behandlingen. Indikatorn beräknas som andelen personer som behandlats för karies och som vid en uppföljande undersökning inom 12–18 månader eller inom 18–36 månader inte behandlades på nytt för karies.

Det är 61,6 procent av patienterna i åldern 3–23 år som inte uppvisar nya kariesskador 12–18 månader efter behandlingen. Det är inte någon större skillnad mellan könen. Det innebär att nära 40 procent av patienterna inte har avstannande karies efter behandling vilket är en betydande andel.

Tabell 49. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 12–18 månader efter behandling 2021.

Efter kön. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Pojkar/Män	61,2 %	22 231	36 322
Flickor/Kvinnor	62 %	21 048	33 948
Totalt	61,6 %	43 279	70 270

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Resultatet inom 18–36 månader efter behandling är likartat. Det är något större skillnad mellan könen men det rör sig om enstaka procent.

Tabell 50. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 18–36 månader efter behandling 2020.

Efter kön. Procent

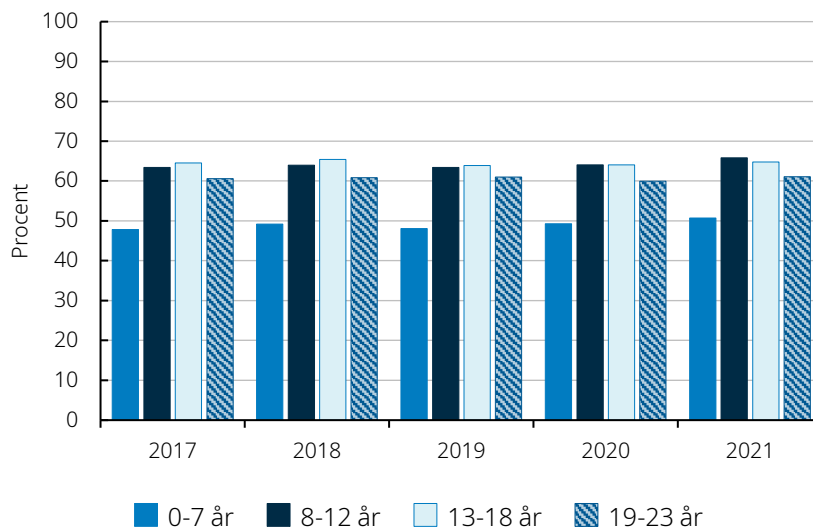
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Pojkar/Män	59,4 %	46 669	78 548
Flickor/Kvinnor	61,2 %	45 392	74 190
Totalt	60,3 %	92 061	152 738

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Avstannande karies är vanligare i de äldre åldersgrupperna. I åldersgruppen upp till sju år hade hälften avstannande karies inom 12–18 månader efter behandling vilket kan jämföras med drygt 60 procent avstannande karies i de övriga åldersgrupperna. Man kan även se svag avmattning i den äldsta åldersgruppen (diagram 22). Utvecklingen efter 18–36 månader är likartad.

Diagram 22. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 12–18 månader efter behandling

Efter ålder. Procent



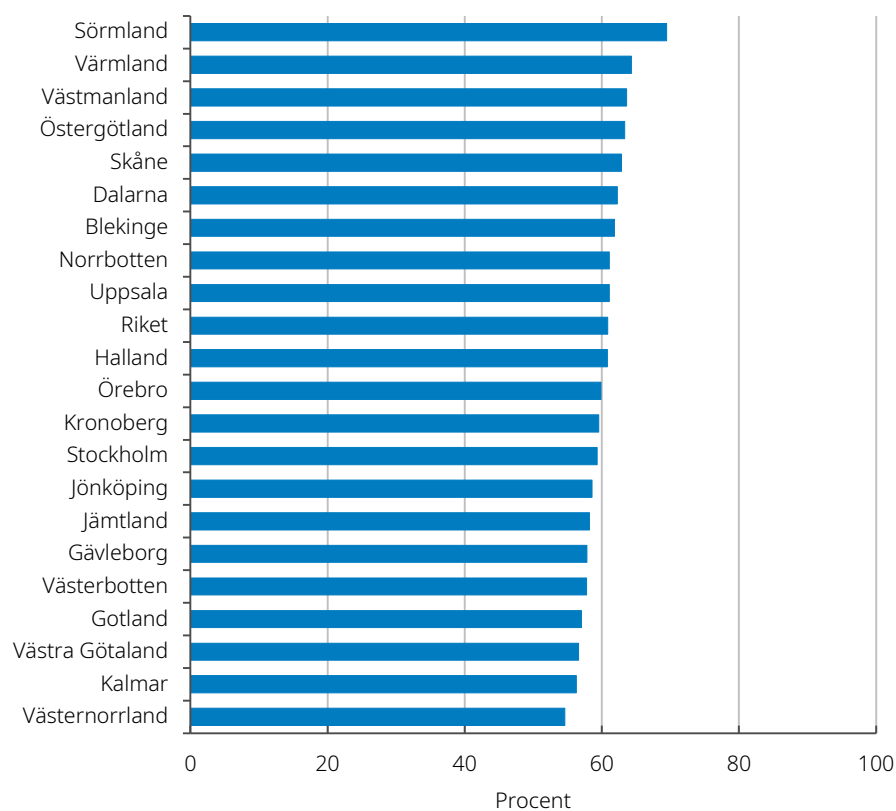
Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är vanligare med avstannande karies hos barn och unga i den privata tandvården. Inom folktandvården hade 61,7 procent av patienterna avstannande karies efter 12–18 månader vilket kan jämföras med 70 procent av patienterna inom privat tandvård. Utvecklingen över tid har varit relativt stabil men det går att se en viss nedgång av barn och unga med avstannande karies i den privata tandvården. Notera att det är relativt få privata vårdgivare som rapporterar in till SKaPa och att det därför rör sig om relativt låga tal. Utvecklingen efter 18–36 månader är likartad.

Det finns betydande regionala skillnader när det gäller avstannande karies inom 12–18 månader. Av de som behandlades under åren 2019–2021 hade knappt 70 procent avstannande karies i Sörmland vilken kan jämföras med 54 procent i Västernorrland och 56 procent i Kalmar (diagram 23). I riket var det 60,8 procent som hade avstannande karies i gruppen.

Diagram 23. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 12–18 månader efter behandling. 2019–2021

Efter region. Procent

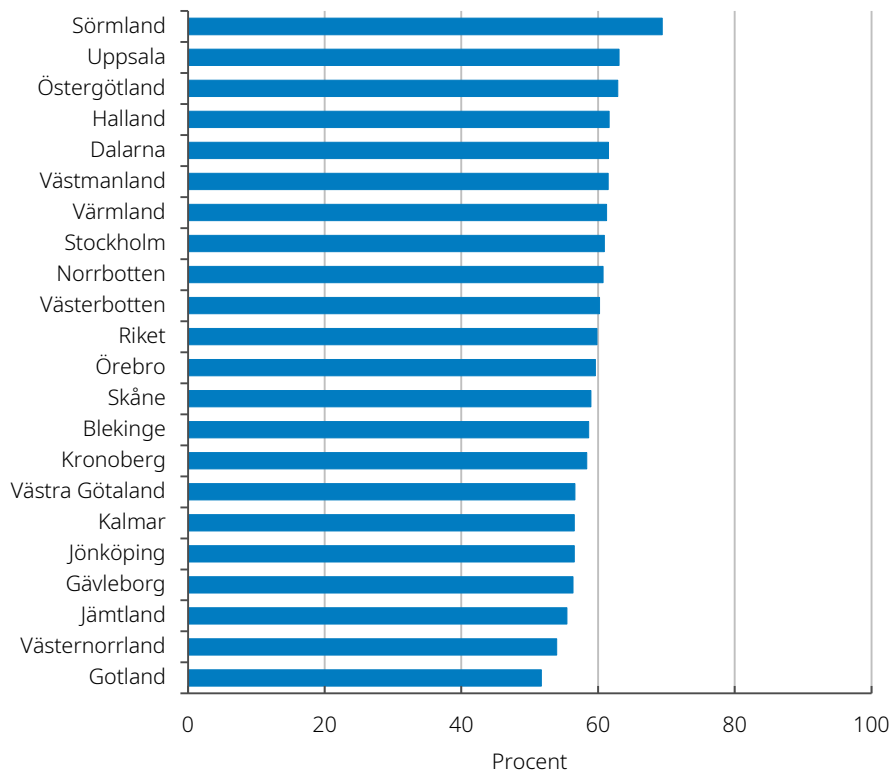


Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

De regionala skillnaderna kvarstår för avstannande karies inom 18–36 månader. Av de som behandlades under åren 2018–2020 var det återigen knappt 70 procent som hade avstannande karies i Sörmland medan det var 51 procent av patientgruppen på Gotland som hade avstannande karies (diagram 24).

Diagram 24. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 18–36 månader efter behandling. 2018–2020

Efter region. Procent

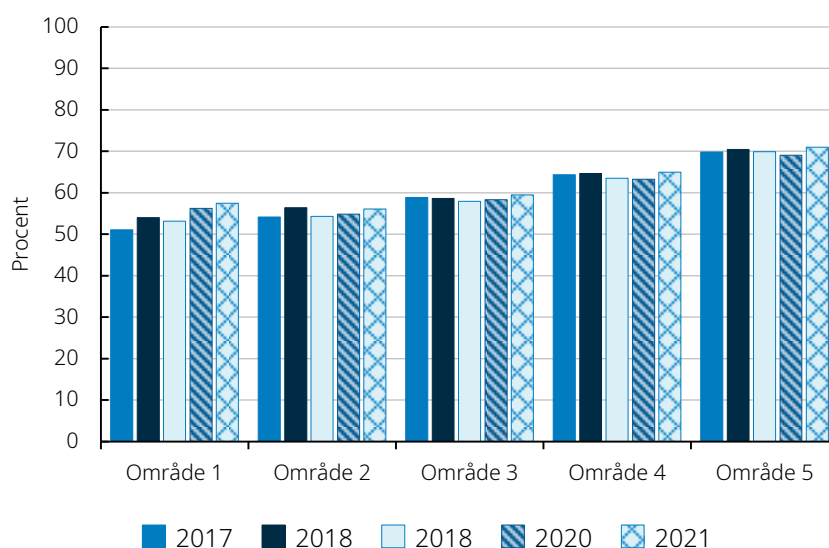


Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Socioekonomi har stor påverkan på den här indikatorn. Barn och unga som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (REGSO- område 1 och 2) har avstannande karies i lägre utsträckning än barn och unga som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (diagram 25). År 2021 hade 57 procent i REGSO-område 1 (stora socioekonomiska utmaningar) avstannande karies inom 12–18 månader efter behandling vilket kan jämföras med 71 procent i REGSO-område 5 (mycket goda socioekonomiska förutsättningar).

Diagram 25. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 12–18 månader efter behandling

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Skillnaderna mellan REGSO-områdena är lika framträdande för avstannande karies inom 18–36 månader.

Självupplevd munhälsa hos barn och unga vuxna

Målet för tandvården är enligt Tandvårdslagen en god munhälsa och en god munhälsa på lika villkor för hela befolkningen. Individens egen uppfattning är betydelsefull för den individuella tillfredställelsen med tändernas utseende och funktion. Indikatorn mäter självupplevd hälsa och har valts för att den speglar individens uppfattning om tandvårdens mål.

Den självskattade munhälsan är relativt god. År 2024 var det 74,9 procent i åldern 16–29 år som uppskattade att de hade en god självskattad munhälsa. Den självskattade munhälsan är genomgående bättre hos flickor/unga kvinnor jämfört med pojkar/unga män.

Tabell 51. Barn och unga vuxna 16–29 år med god självskattad munhälsa

Efter kön. Procent

Kategori	2024	2022	2021
Pojkar/Män	72,1 %	71,8 %	71,7 %
Flickor/Kvinnor	77,9 %	78,3 %	78,8 %
Totalt	74,9 %	74,9 %	75,1 %

Källa: Befolkningssenkäten Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna

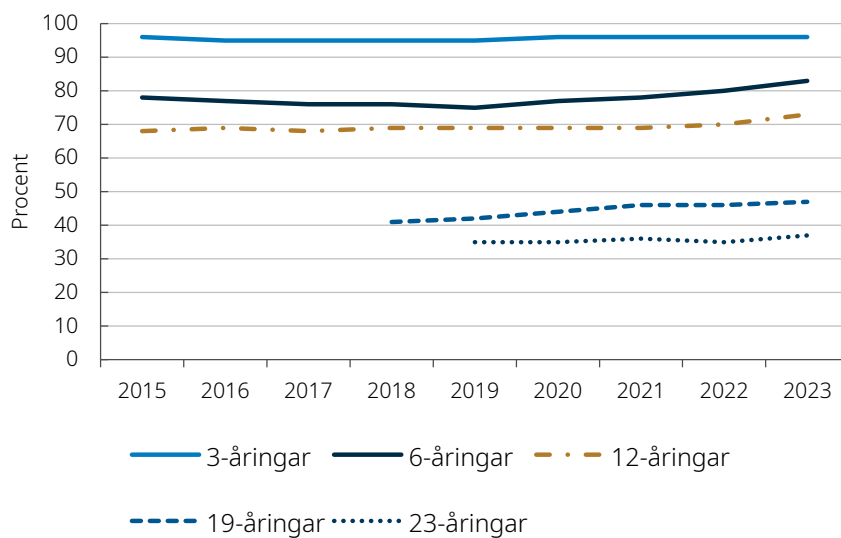
Karies är en kronisk sjukdom som kan medföra stor påverkan på individen om den lämnas obehandlad. Karies som uppkommer hos barn och unga ökar risken för sämre munhälsa senare i livet. Indikatorn mäter hur stor andel barn och unga som har karies samt sjukdomens allvarlighetsgrad hos de som drabbas. Socialstyrelsen har fastställt en nationell målnivå för den här indikatorn, ≥ 90 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria.

Andelen kariesfria barn och unga ökar

Andelen kariesfria har ökat i alla åldersgrupper utom hos 3-åringarna under tidsperioden. I denna åldersgrupp har andelen kariesfria legat på en konstant hög nivå under tidsperioden. Andelen kariesfria 6-åringar ökar till 83 procent 2023 vilket är positivt, men det betyder samtidigt att man inte riktigt når målnivån att ≥ 90 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria.

Diagram 26. Andel kariesfria barn och unga vuxna 2015–2023

Fördelat per åldersgrupp. Procent



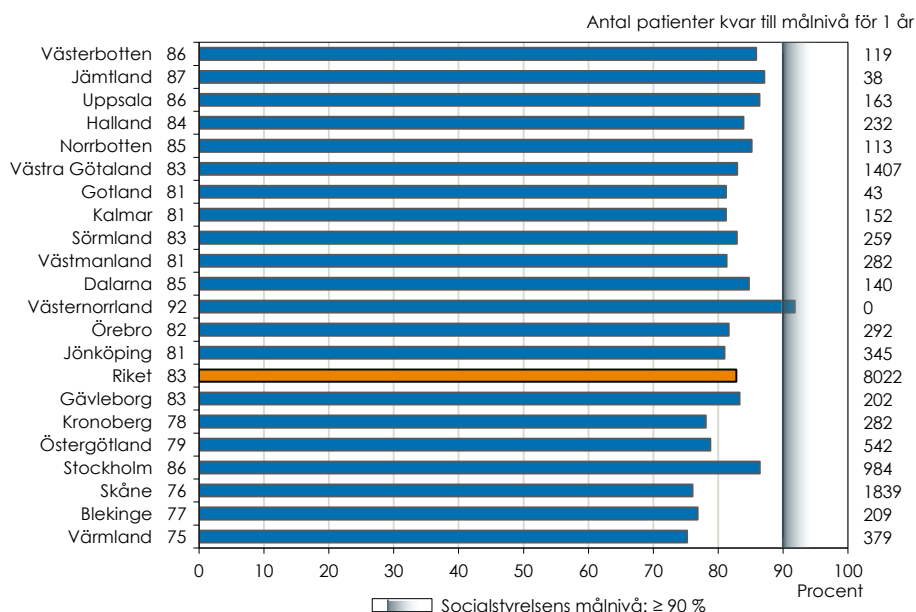
Källa: Socialstyrelsen 2024

Resultaten bör tolkas med viss försiktighet då region Stockholm ändrat sitt sätt att rapportera under perioden. Tidigare rapporterade regionen för 7-åringar respektive 13-åringar, nu rapporterar regionen för 5–6 åringar och 11–12 åringar vilket kan påverka rapporteringen av kariesförekomst [27].

Det är relativt stora regionala skillnader i resultaten för indikatorn (diagram 27).

Diagram 27. Andel kariesfria 6-åringar 2022–2023

Per region. Procent



Källa: Socialstyrelsen 2024

Det är inte några större skillnader mellan könen i den här indikatorn. Den mest påtagliga skillnaden finns hos 12-åringarna där 74 procent av pojkarna är kariesfria jämfört med 71 procent av flickorna (tabell 52).

Tabell 52. Kariesfria barn och unga 2023

Efter kön och ålder. Procent

Kategori	3-åringar	6-åringar	12-åringar	19-åringar	23-åringar
Pojkar/Män	96 %	83 %	74 %	47 %	36 %
Flickor/Kvinnor	96 %	82 %	71 %	47 %	38 %
Totalt	96 %	83 %	72 %	47 %	37 %

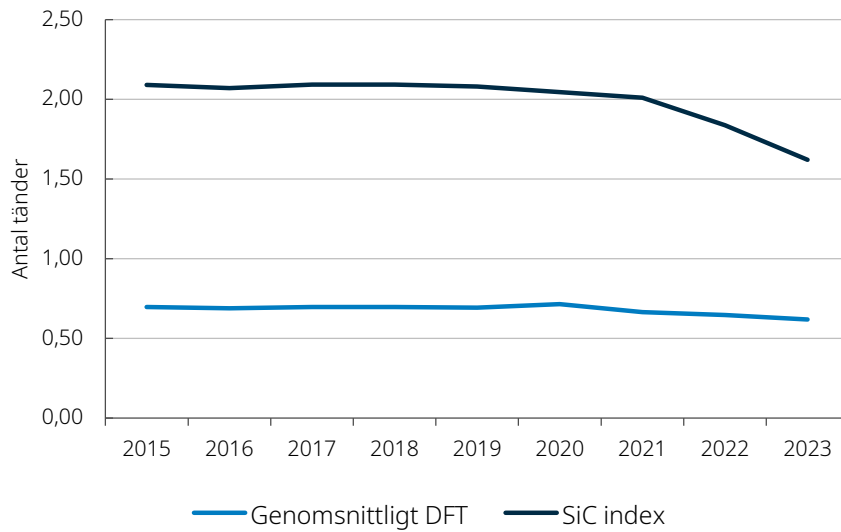
Källa. Socialstyrelsen 2024

Median antal kariesade och fyllda tänder

Bland 12-åringarna är medeltalet för antal kariesade tänder (DFT) 0,62 och i den tredjedel av åldersgruppen med flesta antal kariesade tänder minskar antalet från 1,84 tänder 2022 till 1,62 tänder 2023.

Diagram 28. Antal karierade och fyllda tänder DFT och SiC 12-åringar

Genomsnittligt antal karierade tänder DFT respektive Signifikant Caries Index (SiC).

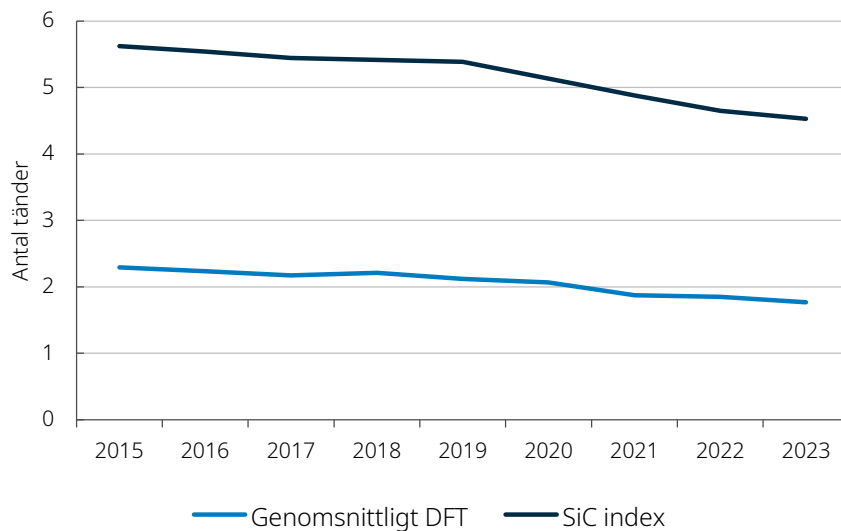


Källa: Socialstyrelsen 2024

Bland 19-åringar är antalet karierade tänder relativt oförändrat över tid men i den tredjedel av gruppen som har flesta karierade tänder ses en tydlig minskning mellan 2022 och 2023. Av diagram 41 framgår att förbättringen i den mest drabbade gruppen är större än den genomsnittliga förbättringen och att skillnaderna har minskat.

Diagram 29. Antal karierade och fyllda tänder DFT och SiC 19-åringar

Genomsnittligt antal karierade tänder DFT respektive Signifikant Caries Index (SiC).



Källa: Socialstyrelsen 2024

Kariesskador som behöver repareras

Det är viktigt att förebygga och bromsa sjukdomen karies. Men när en kariesskada har hunnit bli stor och tydligt spridit sig i tandens dentin måste den kariesskadade substansen exkaveras, dvs tas bort. Detta för att avbryta sjukdomsprocessen och kunna återställa tandens form och funktion. Oftast görs detta med en fyllning.

Om patienten har en djup kariesskada riskerar tandpulpan att blottas vid lagningen. Det kan leda till inflammation, infektion, tandvärk och vävnadsdöd i tandpulpan. För att undvika det kan man ta bort kariesskadan vid två tillfällen (stegvis exkavering). Ett nyare behandlingsalternativ är selektiv exkavering, även kallat partiell exkavering. Då tar man bort det mesta av tandskadan och lämnar kvar det som ligger närmast tandpulpan. Det som är kvar får sedan läka under en permanent fyllning direkt. Metoden står för ett paradigmskifte i tandvården. Att medvetet lämna kvar karies har traditionellt ansetts vara fel.

Den riktlinjespecifika indikatorn följer följsamheten till rekommendationen att behandla djup dentinkaries med risk för pulpaexponering med selektiv (partiell) exkavering. Detta är en utvecklingsindikator och Socialstyrelsen analyserar här hur tandvårdskliniker använder metoden.

Selektiv exkavering vid djup dentinkaries

Resultaten från Socialstyrelsens enkät visar att 90 procent av klinikerna uppger att de använder selektiv exkavering vid djup dentinkaries. Det är 95 procent av de privata tandvårdsklinikerna som använder metoden och ytterligare två procent planerar att införa den. Det är vidare 86 procent av folktandvårdsklinikerna som använder metoden och ytterligare fyra procent planerar att införa den.

Det är inte några större skillnader mellan sjukvårdsregionerna i denna fråga, men skillnaderna framträder när man även studerar efter regi. I alla sjukvårdsregioner förutom den sydöstra sjukvårdsregionen är det en större andel privata tandvårdskliniker som använder selektiv exkavering.

I kommentarerna är det flera kliniker som påpekar att de ej behandlar patienter med karies men det handlar om få kliniker och det påverkar inte resultaten i särskilt hög grad. Några kliniker som behandlar patienter med karies kommenterar att de använder metoden stegvis exkavering istället.

Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdas på nytt

En tand som måste restaureras på nytt med reparativa åtgärder är en belastning för både individen och samhället. Orsaken till att en tidigare lagad tand behöver lagas på nytt kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen gått sönder. Den övergripande indikatorn mäter andel vuxna som inom en treårsperiod eller femårsperiod fått en ny fyllning eller krona på en tidigare restaurerad tand.

Socialstyrelsen har fastställt två målnivåer för indikatorn:

- ≤15 procent fyllningar som behöver göras om inom 3 år
- ≤10 procent kronor som behöver göras om inom 5 år

Fyllningar som behöver göras om inom tre år

Det är 24,1 procent av de vuxna som behövt göra om minst en fyllning inom tre år 2023. Det är inte någon större skillnad mellan könen. Det innebär att tandvården inte riktigt når fram till den nationella målnivån på ≤15 procent vuxna med fyllningar som behöver göras om inom tre år. Det betyder att det finns en del arbete kvar för tandvården att göra för att nå målnivån

Tabell 53. Vuxna med fyllningar som behöver göras om på nytt inom tre år. 2023

Efter kön. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	24,7%	151 064	608 713
Kvinnor	23,5%	154 244	658 356
Totalt	24,1%	305 308	1 267 069

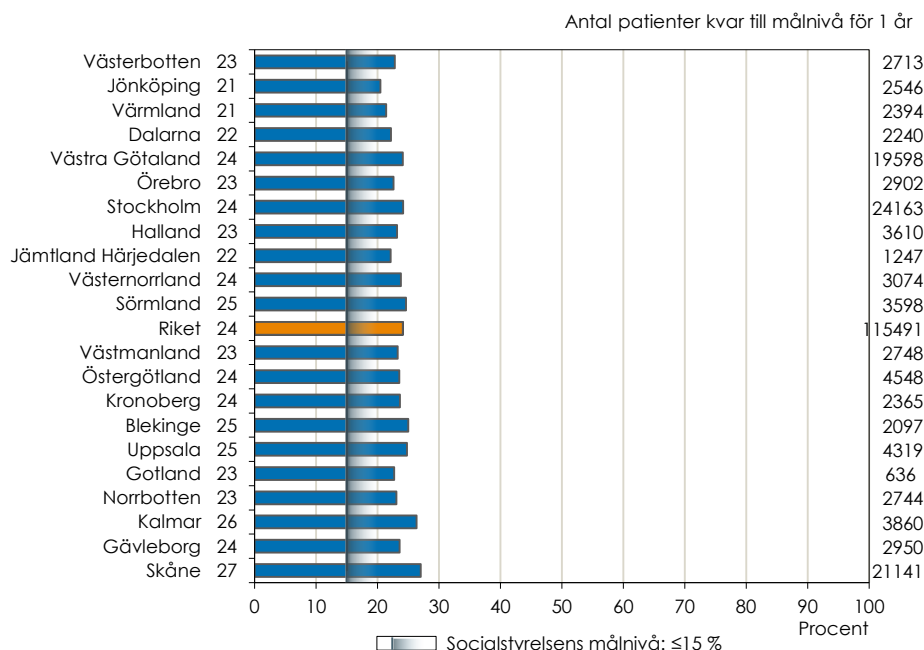
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är inte någon större skillnad mellan folktandvård och privat tandvård utan det skiljer någon enstaka procent 2023. Det går också att se att andelen omgörningar minskar något över tid vilket är positivt.

Det finns dock betydande skillnader mellan regionerna när det gäller omgörningar av fyllningar. Från 27 procent i Skåne till 21 procent i region Jönköping och region Värmland.

Diagram 30. Vuxna med fyllningar som åtgärdas på nytt

Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Ålder har också relativt stor inverkan på omgörningar men det har koppling till antal fyllningar. Med åldern kommer fler lagningar som kan behöva göras om, varför det är naturligt att äldre åldersgrupper har fler omgörningar. Socioekonomi har däremot inte så stor inverkan på omgörningar utan situationen ser relativ likartad ut oavsett REGSO-område.

Vuxna med kronor som behöver göras om efter fem år

Det är 8,8 procent av de vuxna som behövt göra om minst en krona inom fem år. Det betyder att tandvården når den nationella målnivån på ≤10 procent kronor som behöver göras om inom en femårsperiod (tabell 54). Det är något vanligare med omgörningar hos män men det rör sig om små skillnader mellan könen.

Tabell 54. Vuxna med kronor som behöver göras om på nytt inom fem år. 2023

Efter kön. Procent

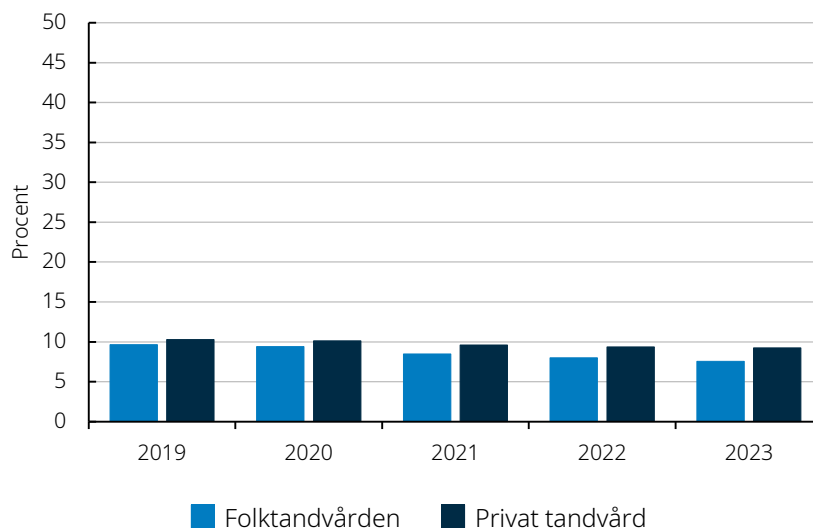
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	9,7%	11 928	123 420
Kvinnor	8%	10 915	135 177
Totalt	8,8%	22 843	258 597

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det finns vissa skillnader i andelen omgörningar efter regi men precis som när det gäller fyllningar är det små skillnader. Det går också att se en svagt positiv trend med ett minskat antal omgörningar över tid (diagram 31).

Diagram 31. Vuxna med kronor som behöver göras om på nytt inom fem år. 2023

Efter regi och år

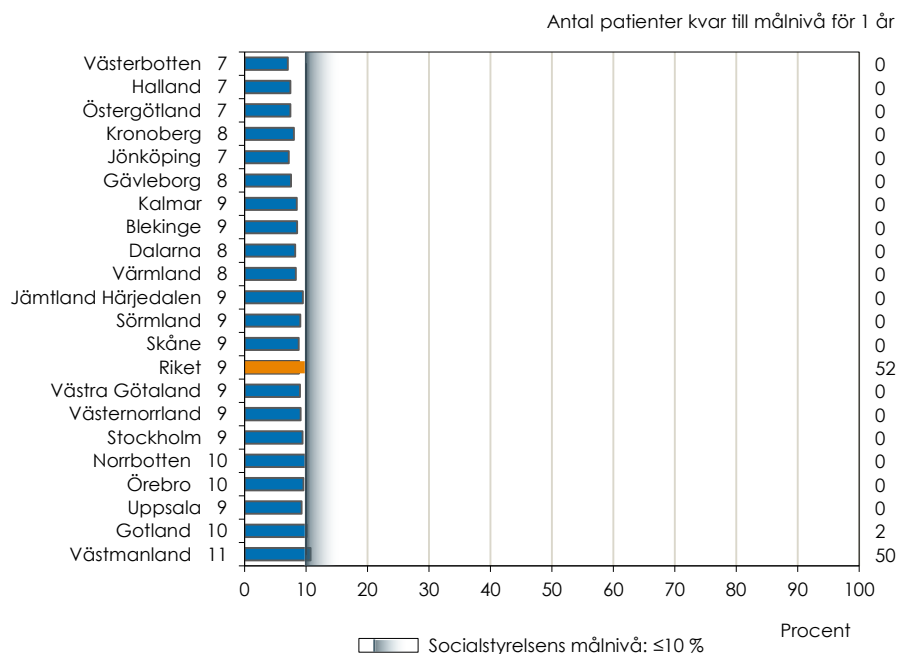


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det finns vissa skillnader mellan regionerna när det gäller omgörningar av kronor. Från sju procent i Jönköping och Västerbotten till knappt 11 procent i Västmanland. Det betyder att inte riktigt alla regioner når målnivån.

Diagram 32. Vuxna med kronor som åtgärdas på nytt

Efter region. Procent

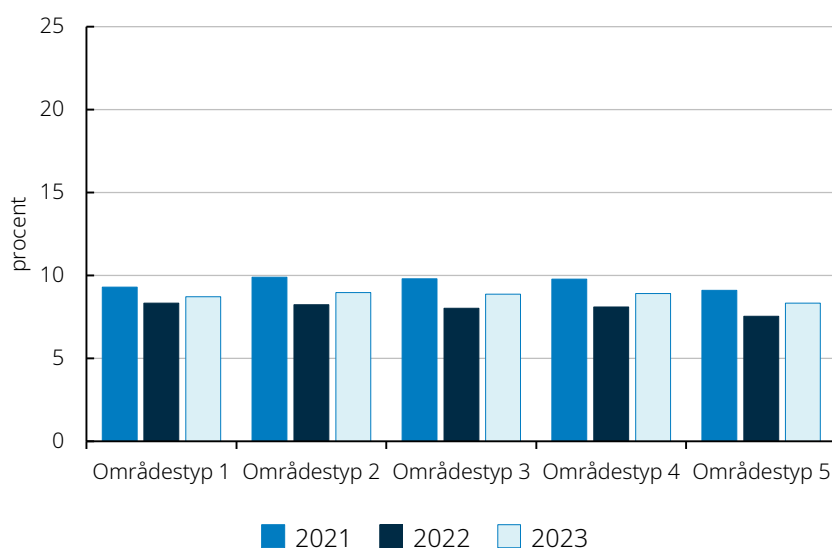


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Även för det här måttet har ålder en betydande inverkan, men precis som när det gäller fyllningar ökar antalet kronor som kan behöva göras om med stigande ålder. Precis som för omgörning av fyllningar är det heller inte någon större skillnad på andel omgörningar efter REGSO-område (diagram 33).

Diagram 33. Vuxna med kronor som behöver göras om på nytt inom fem år. 2023

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vuxna som förlorat tand efter åtgärd

En tand som går förlorat efter åtgärd är en belastning för både individen och samhället. Orsaken till att en tidigare åtgärdad tand förloras kan vara flera och av varierande slag, till exempel att tanden eller restaurationen har gått sönder och inte går att åtgärda. Indikatorn följer andel vuxna med invasiv åtgärd som inom 6 månader respektive 12 månader efter åtgärden fick en eller flera av de tänder som tidigare behandlats extraherade.

Det är relativt ovanligt att förlora tand efter åtgärd bland vuxna. Det är också relativt små skillnader mellan könen (tabell 55).

Tabell 55. Vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader.

År 2020–2022

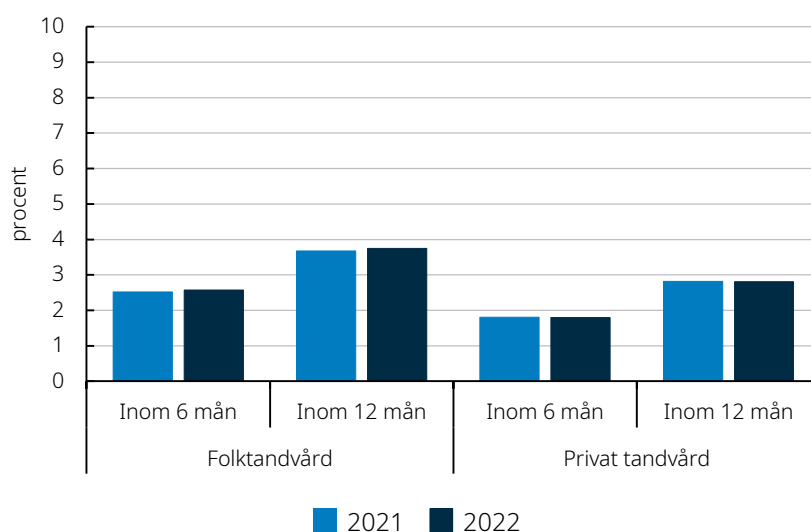
Kategori	Andel 6 mån	Andel 12 mån	Täljare 6 mån	Täljare 12 mån	Nämnare
Män	2,03%	3,14%	45 589	69 861	2 225 195
Kvinnor	2,07%	3,14%	50 142	75 739	2 411 513
Totalt	2,05%	3,14%	95 731	145 600	4 636 708

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är något vanligare att förlora tand efter åtgärd inom folktandvården men det rör sig om relativt små skillnader och en låg andel vuxna som förlorat tand efter åtgärd. (diagram 34)

Diagram 34. Vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader

Efter regi. Procent

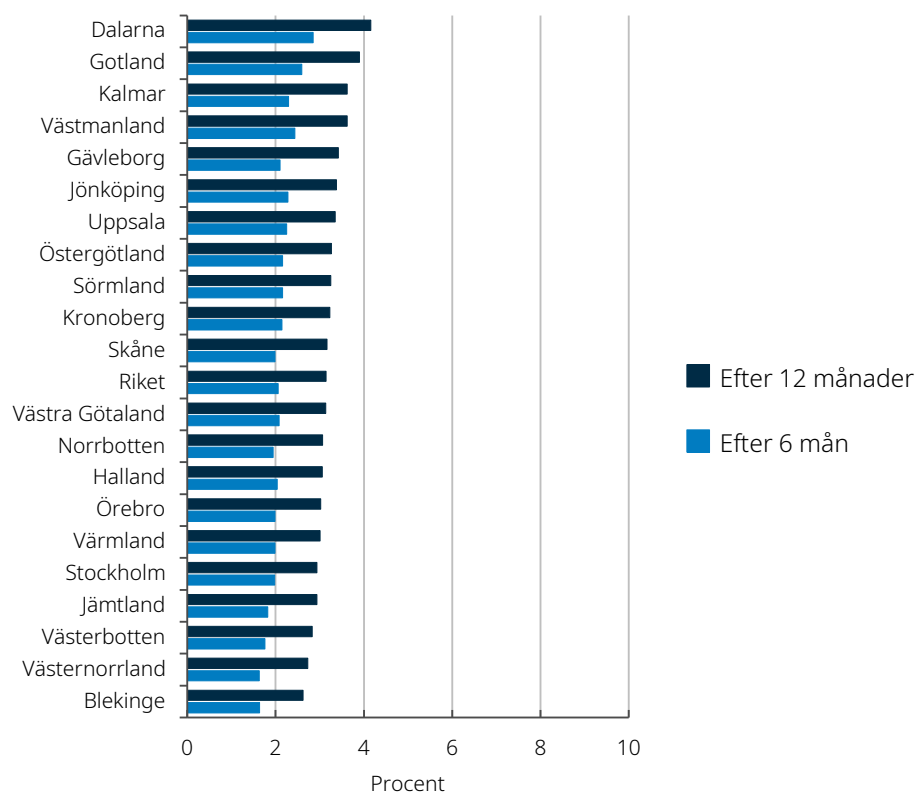


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det finns också vissa skillnader mellan regionerna men det rör sig om relativt små skillnader och låga andelar. T.ex. förlorar cirka fyra procent av de vuxna minst en tand efter åtgärd inom 12 månader i Dalarna vilket kan jämföras med cirka 2,5 procent i Blekinge (diagram 35).

Diagram 35. Vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader

Efter region. Procent

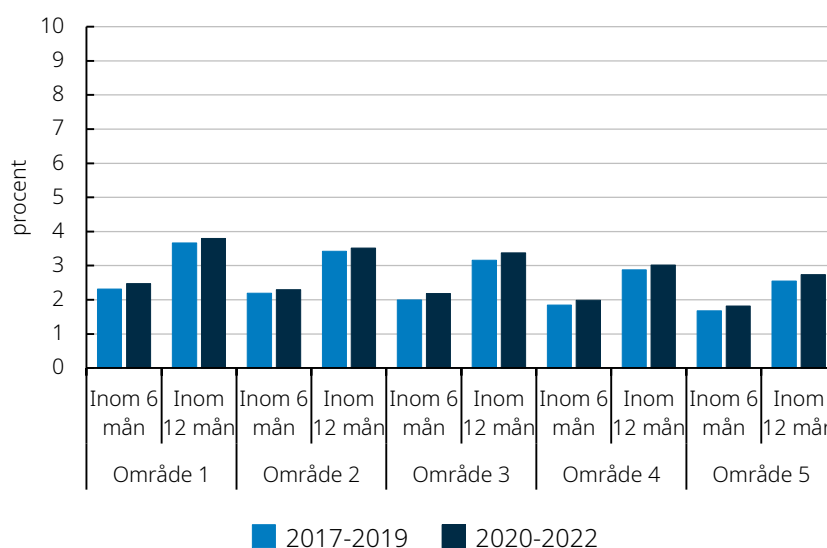


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Personer som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar (REGSO-område 1) förlorar tand efter åtgärd i något högre grad än personer i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (REGSO 5). Detta gäller efter 6 månader såväl som efter 12 månader (diagram 36).

Diagram 36. Vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vuxna som förlorat tand orsakat av karies

Tandförlust efter sjukdom är ett mått för eftersatt tandvård eller ett behov av tandvård som inte tillgodosetts. Indikatorn mäter andel personer som förlorat en eller flera tänder på grund av karies.

Det är 6,7 procent av de vuxna som behandlats för karies åren 2021–2023 som förlorat en eller flera tänder på grund av karies. Det är små skillnader mellan könen (tabell 56).

Tabell 56. Vuxna som förlorat tand orsakat av sjukdom. Karies.

År 2021–2023

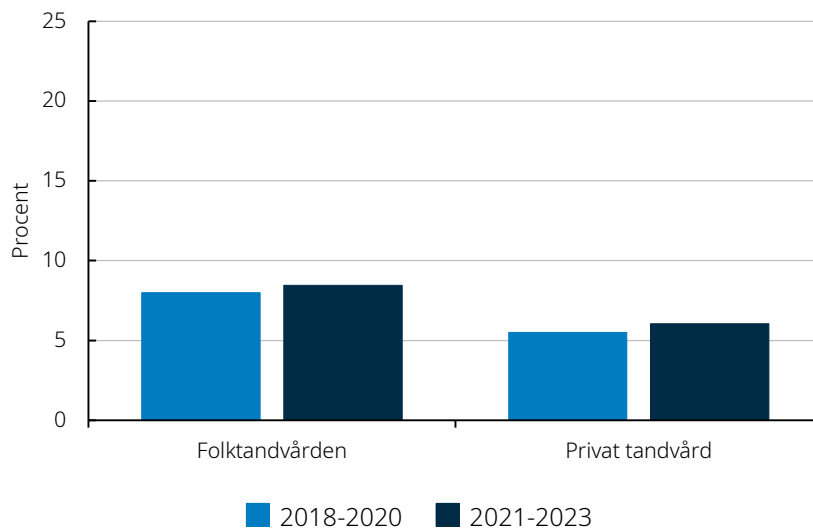
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	7%	164 799	2 350 902
Kvinnor	6,4%	155 731	2 424 265
Totalt	6,7%	320 530	4 775 167

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Perioden 2021–2023 var det 8,5 procent av de vuxna patienterna i folktandvården som behandlades för karies som förlorade minst en tand på grund av karies, vilket kan jämföras med 6 procent av patienterna i den privata tandvården. Det går också att se en negativ utveckling över tid då det var en något högre andel patienter som förlorade tand på grund av karies 2021–2023 jämfört med 2018–2020 (diagram 37).

Diagram 37. Vuxna som förlorat tand efter sjukdom. Karies

Efter regi och år. Procent

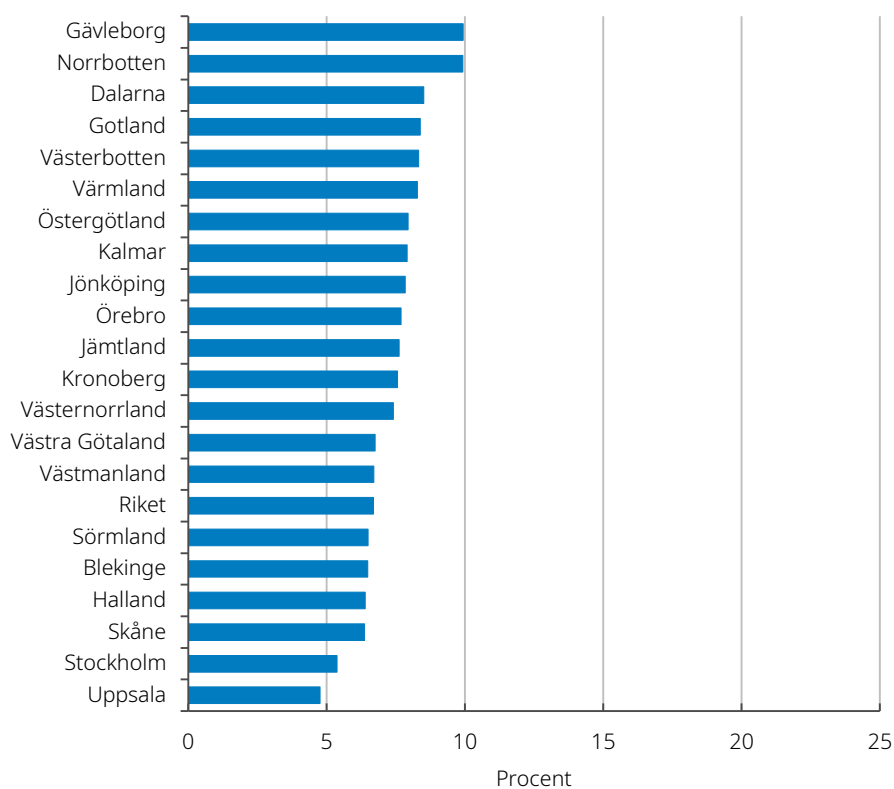


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det var dubbelt så vanligt att förlora tand på grund av karies i Gävleborg och Norrbotten (10 procent) jämfört med Stockholm och Uppsala (omkring 5 procent).

Diagram 38. Vuxna som förlorat tand efter sjukdom. Karies

Efter region. 2021-2023

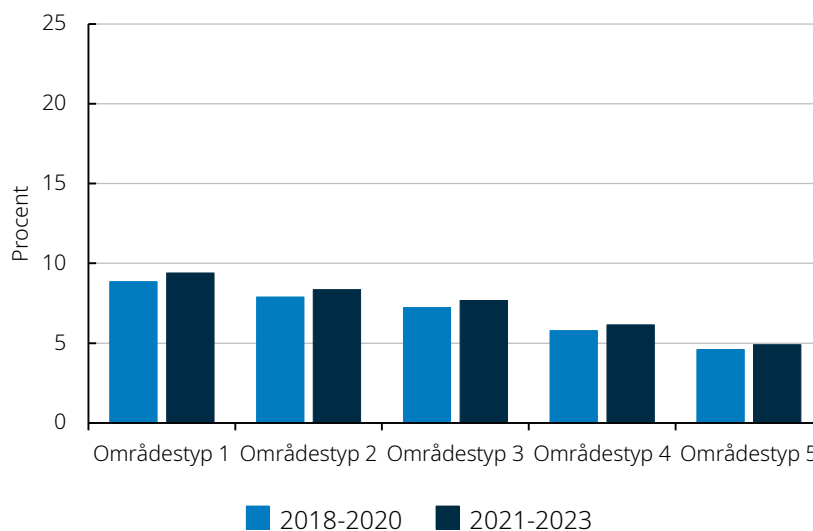


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socioekonomi har relativt stor påverkan på resultatet för indikatorn. Individer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (område 1 och 2) förlorar en eller flera tänder på grund av karies i mycket högre utsträckning jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar (diagram 39).

Diagram 39. Vuxna som förlorat tand efter sjukdom. Karies

Efter REGSO-område och år. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

I områden med stora socioekonomiska utmaningar (område 1) är det drygt 9 procent som förlorat en eller flera tänder på grund av karies 2021–2023 vilken kan jämföras med knappt 5 procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (område 5). Samma bild framträder när man studerar utbildning. Personer med lägre utbildning förlorar tänder på grund av karies i högre grad än personer med högre utbildning.

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen undersökt andelen individer som besökt tandvården för basundersökning 0–3 år respektive 0–5 år före extraktionen på grund av karies. Personer som inte har extraherat en tand på grund av karies har en högre besöksfrekvens och en mer regelbunden kontakt med tandvården jämfört med de patienter som har extraherat minst en tand. Det är dessutom en generellt lägre besöksfrekvens bland patienterna som bor i socioekonomiskt utsatta områden (område 1 och 2). Lägst andel som besökt tandvården för en basundersökning återfinns i gruppen som extraherat tand på grund av karies i dessa båda områden. Av patienterna som extraherat minst en tand i REGSO-område 1 är det 75,4 procent som varit på en basundersökning de senaste fem åren.

Tabell 57. Kontakt med tandvården och extraktioner hos patienter som behandlats för karies 2023.

Efter REGSO-område. Procent. 2023

	Ingen extraktion pga karies		Extraktion pga karies	
	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan
Områdestyp 1 - områden med stora socioekonomiska utmaningar	83.7%	88.2%	70.3%	75.4%
Områdestyp 2 - områden med socioekonomiska utmaningar	87.3%	91.1%	74.5%	79.4%
Områdestyp 3 - socioekonomiskt blandade områden	90.4%	94.1%	79.4%	84.2%
Områdestyp 4 - områden med goda socioekonomiska förutsättningar	92.5%	95.7%	84.6%	88.8%
Områdestyp 5 - områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar	93.7%	96.7%	89.0%	92.4%

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister. Bu: Basundersökning

Förekomst av karies hos vuxna

Karies är en sjukdom som kan medföra stor påverkan på individen om den lämnas obehandlad. Tidigare kariesskador lämnar ett ärr i tänderna eller synliga spår efter att tandformen har återskapats med en fyllning eller krona. Antal tänder som har tidigare kariesskador har starkt samband med ökad risk för framtida skador. Indikatorn mäter hur stor andel vuxna 24 år och äldre som har karies samt sjukdomens allvarlighetsgrad hos de som drabbas.

Andel kariesfria vuxna

Förekomst av karies har tydlig koppling till ålder och andelen kariesfria vuxna sjunker stadigt med stigande ålder. I åldersgruppen 24–39 år är 18 procent kariesfria, men andelen kariesfria sjunker därefter till 5,6 procent i åldersgruppen 40–54 år. Totalt var 6,3 procent av den vuxna befolkningen kariesfria 2023.

Tabell 58. Andel kariesfria vuxna 24 år och äldre 2023

Efter åldersgrupp. Procent

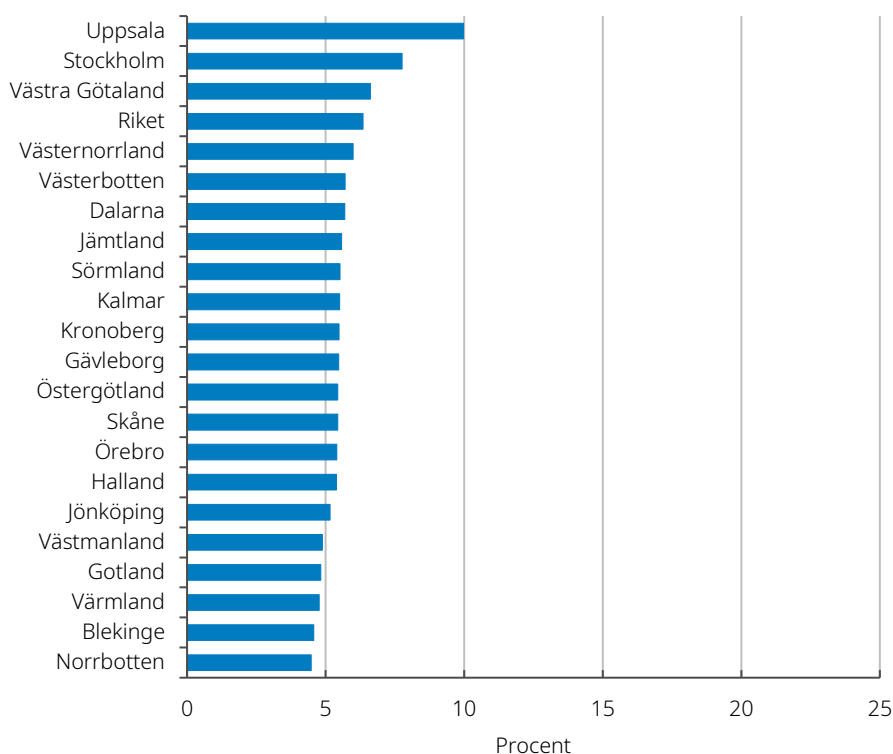
Ålder	Andel	Täljare	Nämnare
24–39 år	18%	167 490	929 452
40–54 år	5,6%	51 129	906 298
55–69 år	1,7%	17 094	995 587
70–84 år	0,7%	6 111	830 891
85+ år	0,6%	1 030	162 939

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

I region Uppsala är 10 procent av de vuxna kariesfria vilket kan jämföras med knappt fem procent kariesfria i Norrbotten, Blekinge, Värmland och på Gotland (diagram 40).

Diagram 40. Andel kariesfria vuxna 24 år och äldre 2023

Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Median antal karierade, saknade och fyllda tänder (DMFT)

Förutom andel kariesfria vuxna är det också intressant att analysera antal tänder som har skadats av karies. Detta för att undersöka hur allvarlig

sjukdomspåverkan är bland de som haft karies. Antalet skadade tänder är också något som ökar med stigande ålder (tabell 59)

Tabell 59. Median DMFT hos besökare i tandvården 2023

Efter åldersgrupp.

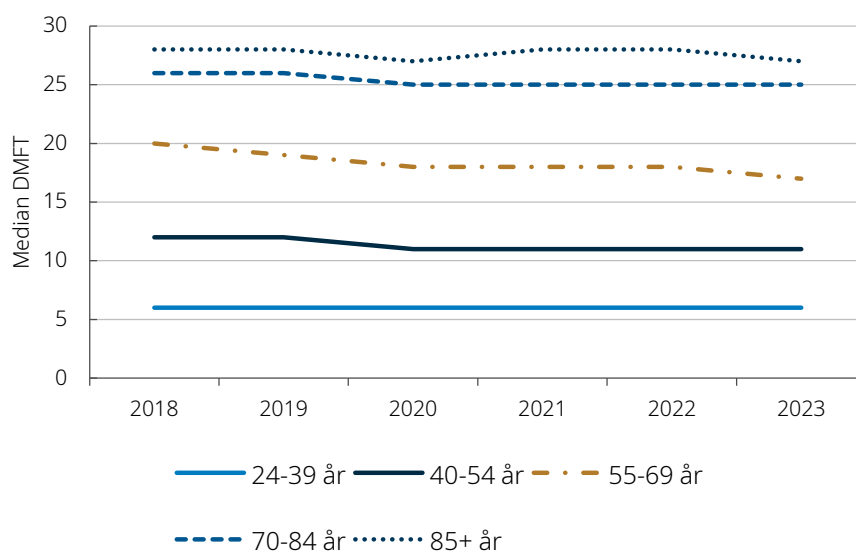
Ålder	Totalt	Kvinnor	Män
24–39 år	6	6	5
40–54 år	11	11	10
55–69 år	17	18	17
70–84 år	25	25	24
85+ år	27	28	27

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det sker en svag förbättring över tid och medianen för DMFT sjunker något i majoriteten av åldersgrupperna, det gäller framför allt i åldersgruppen 55–69 år där median DMFT sjunker från 20 år 2018 till 17 år 2023 (diagram 41).

Diagram 41. Median DMFT hos besökare i tandvården 2018–2023

Efter ålder

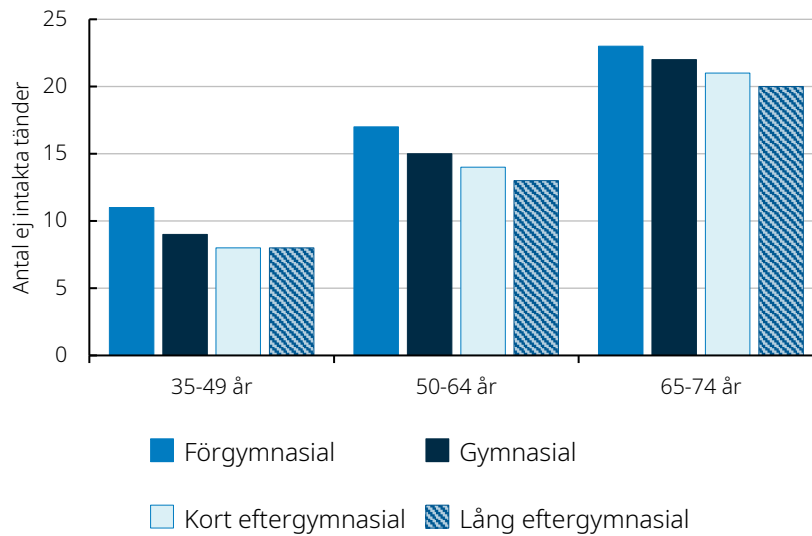


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socioekonomi har en tydlig påverkan på indikatorn. Personer med kortare utbildning har färre intakta tänder i median jämfört med personer med längre utbildning. Personer i åldern 35–49 år med kort utbildning har till exempel 11 ej intakta tänder vilket kan jämföras med att personer med eftergymnasial utbildning har 8 ej intakta tänder.

Diagram 42. Median DMFT karies vuxna 2023

Efter utbildning. 35-74 år

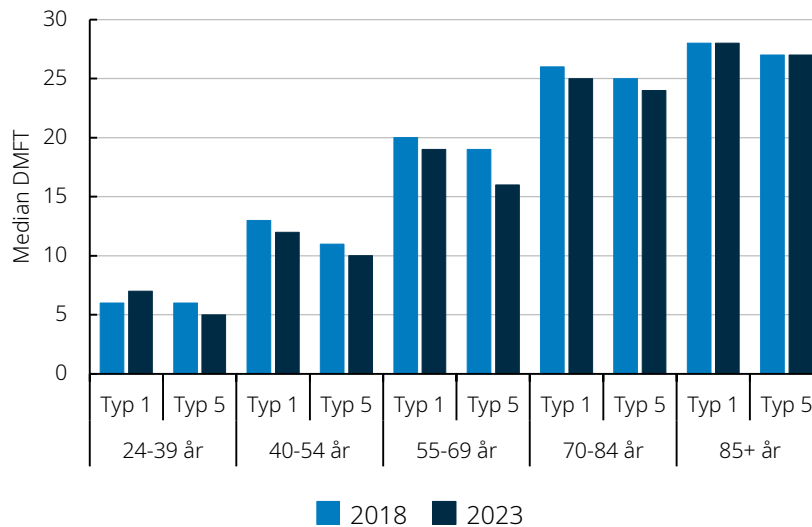


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

DMFT är lägre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Det går också att se en utveckling över tid där DMFT förbättras i högre grad i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5) vilket indikerar att utvecklingen går åt fel håll, dvs att skillnaderna mellan områdena ökar (diagram 43). Det är tydligast i åldersgruppen 55–69 år där DMFT i områden med stora socioekonomiska utmaningar sjunker från 20 till 19, samtidigt som DMFT sjunker från 19 till 16 i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Diagram 43. Median DMFT efter REGSO-område

Efter ålder



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat

I de nationella riktlinjerna ges främst rekommendationer om två sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat: parodontit (tandlossningssjukdom) och periimplantit (motsvarigheten hos patienter med tandimplantat). Om sjukdomarna inte upptäcks och behandlas i tid finns risk att tänder och tandimplantat lossnar.

Behandlingen av både parodontit och periimplantit syftar till att minska sjukdomssymtomen genom att kontrollera den bakomliggande infektionen, och därmed hindra fortsatt förlust av fästet kring tänder och tandimplantat. Patientens munhygienvanor är avgörande för resultatet.

Parodontit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i tandens stödjevävnader och räknas som en av de vanligaste sjukdomarna hos vuxna i världen. Omkring 30 procent av alla tandförluster hos personer över 60 år orsakas av parodontit [28] och en stor del av tandvårdens kostnader gäller protetiska ersättningar för tänder som förlorats på grund av parodontit.

Periimplantit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i vävnader runt tandimplantat. Periimplantit är lika vanligt hos personer med tandimplantat som parodontit är hos vuxna i stort.

Vuxna som förlorat tand orsakat av sjukdom (parodontit)

Tandförlust efter sjukdom är ett mått för eftersatt tandvård eller ett behov av tandvård som inte tillgodosetts. Indikatorn mäter andel personer som förlorat en eller flera tänder på grund av parodontit.

Det är 5,4 procent av de vuxna som behandlats för parodontit som har extraherat minst en tand på grund av parodontit under åren 2021–2023. Det är små skillnader mellan könen.

Tabell 60. Vuxna som förlorat tand orsakat av sjukdom. Parodontit. 2021–2023.

Efter kön. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	5,2%	122 355	2 350 902
Kvinnor	5,7%	137 347	2 424 265
Totalt	5,4%	259 702	4 775 167

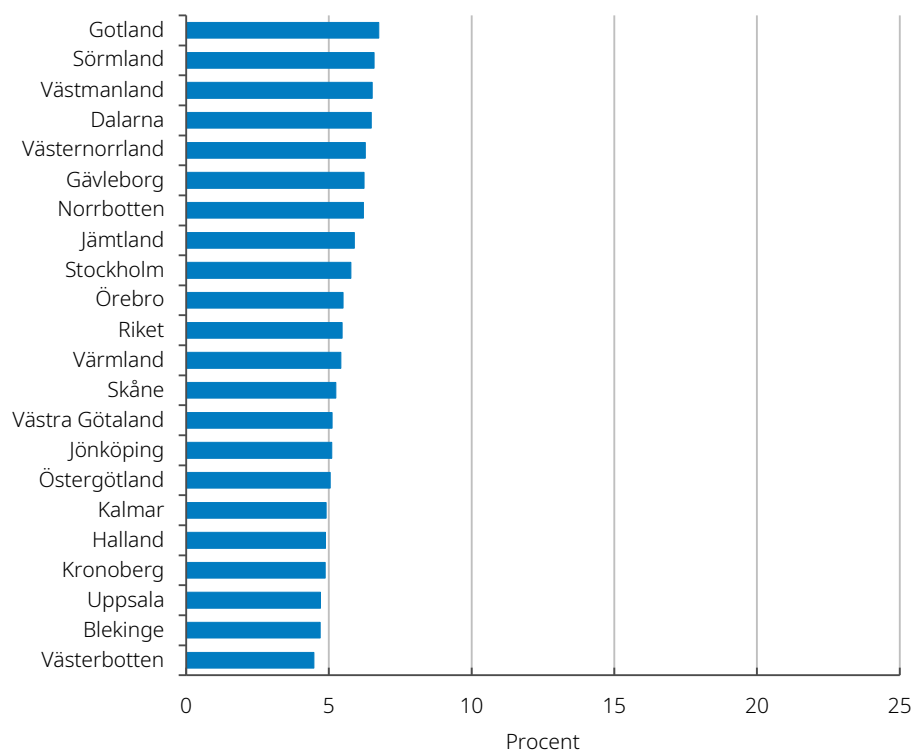
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är inte någon större skillnad beroende på regi för den här indikatorn och det sker heller inte någon tydlig förändring mellan de båda perioderna 2018–2020 och 2021–2023.

Andelen patienter som förlorat tand på grund av parodontit 2021–2023 varierar mellan 6,7 procent på Gotland och 4,5 procent i Västerbotten. Skillnaderna mellan regionerna är betydligt mindre när det gäller att förlora tand på grund av parodontit jämfört med att förlora tand på grund av karies.

Diagram 44. Vuxna som förlorat tand på grund av parodontit 2021–2023

Efter region. Procent

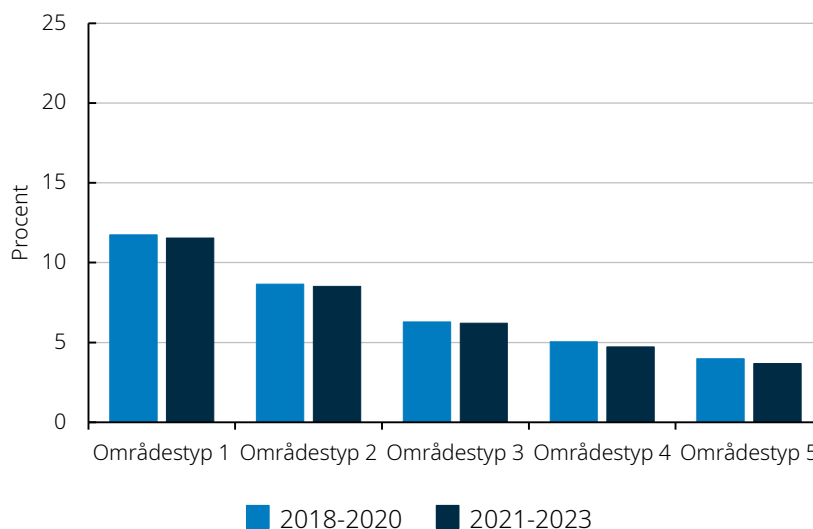


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

I områden med stora socioekonomiska utmaningar (område 1) är det 11,5 procent som förlorat en eller flera tänder på grund av parodontit 2021–2023 vilken kan jämföras med knappt 4 procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (område 5).

Diagram 45. Vuxna som förlorat tand på grund av parodontit

Efter REGSO. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen undersökt andelen individer som besökt tandvården för basundersökning 0–3 år respektive 0–5 år före extraktionen på grund av parodontit. Den fördjupade analysen av extraktioner och andel besök för basundersökning visar att det var en lägre andel som besökt tandvården för basundersökning i gruppen som extraherat minst en tand på grund av parodontit samt att det generellt var en lägre besöksfrekvens bland patienterna som bor i socioekonomiskt utsatta områden (område 1 och 2). Lägst andel som besökt tandvården för en basundersökning återfinns i gruppen som extraherat tand på grund av parodontit i dessa båda områden. Av patienterna som extraherat minst en tand på grund av parodontit i REGSO-område 1 var det 72,9 procent som varit på en basundersökning de senaste tre åren.

Tabell 61. Kontakt med tandvården och extraktioner hos patienter som behandlats för parodontit 2023. Efter REGSO-område. Procent. 2023

	Ingen extraktion pga parodontit		Extraktion pga parodontit	
	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan
Områdestyp 1 - områden med stora socioekonomiska utmaningar	83.3%	87.7%	72.9%	79.5%
Områdestyp 2 - områden med socioekonomiska utmaningar	87.0%	90.8%	75.9%	81.4%

	Ingen extraktion pga parodontit		Extraktion pga parodontit	
	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan	Bu 0–3 år innan	Bu 0–5 år innan
Områdestyp 3 - socioekonomiskt blandade områden	90.1%	93.7%	80.9%	86.3%
Områdestyp 4 - områden med goda socioekonomiska förutsättningar	92.3%	95.5%	85.7%	90.4%
Områdestyp 5 - områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar	93.7%	96.6%	88.9%	93.0%

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister. Bu: Basundersökning

Vuxna som förlorat tandimplantat orsakat av periimplantit

Det är 13,2 procent av de vuxna som fått diagnosen periimplantit som förlorat ett eller flera tandimplantat på grund av periimplantit 2021–2023 (tabell 62). Det är små skillnader mellan könen när det gäller att ha förlorat tandimplantat på grund av periimplantit.

Tabell 62. Vuxna som förlorat tandimplantat orsakat av periimplantit. 2021–2023.

Efter kön. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	12,8%	3 205	24 940
Kvinnor	13,5%	4 410	32 735
Totalt	13,2%	7 615	57 675

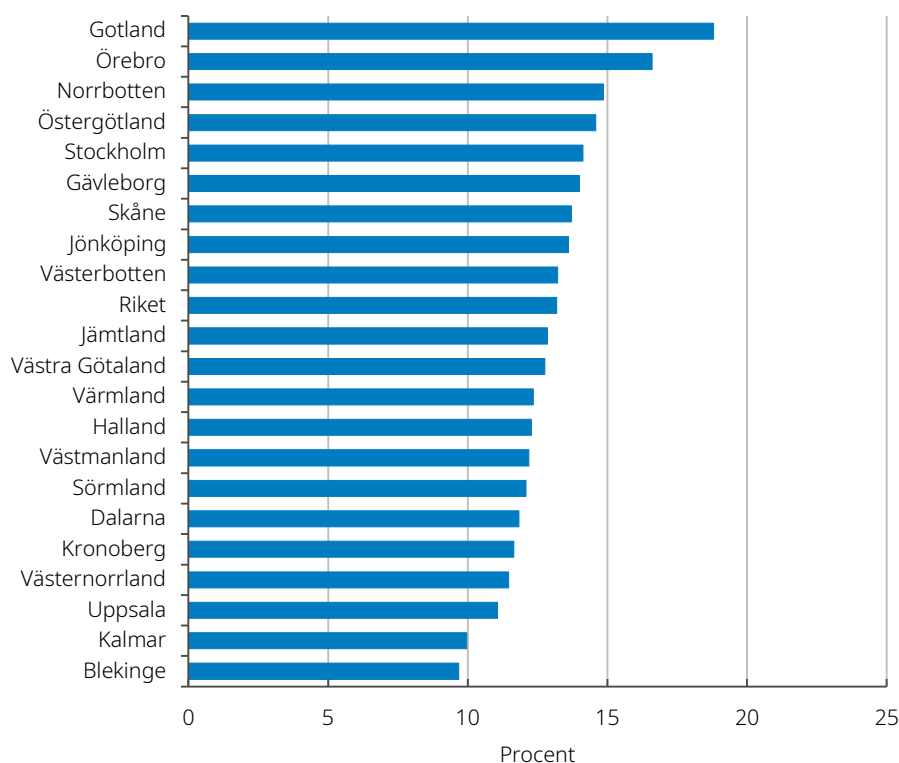
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är knappt 14 procent av patienterna med periimplantit i den privata tandvården som förlorat ett eller flera tandimplantat på grund av periimplantit. Detta kan jämföras med 12 procent av patienterna i folktandvården. Andelen patienter som förlorar tandimplantat ökar något mellan perioderna 2018–2020 och 2021–2023.

Det är relativt vidare relativt stora skillnader mellan regionerna när det gäller att förlora tandimplantat på grund av periimplantit. I region Gotland är det 18,8 procent som förlorat tandimplantat på grund av periimplantit åren 2021–2023 vilket kan jämföras med 9,7 procent i region Blekinge (diagram 49).

Diagram 46. Vuxna som förlorat tandimplantat på grund av periimplantit 2021–2023

Efter region. Procent

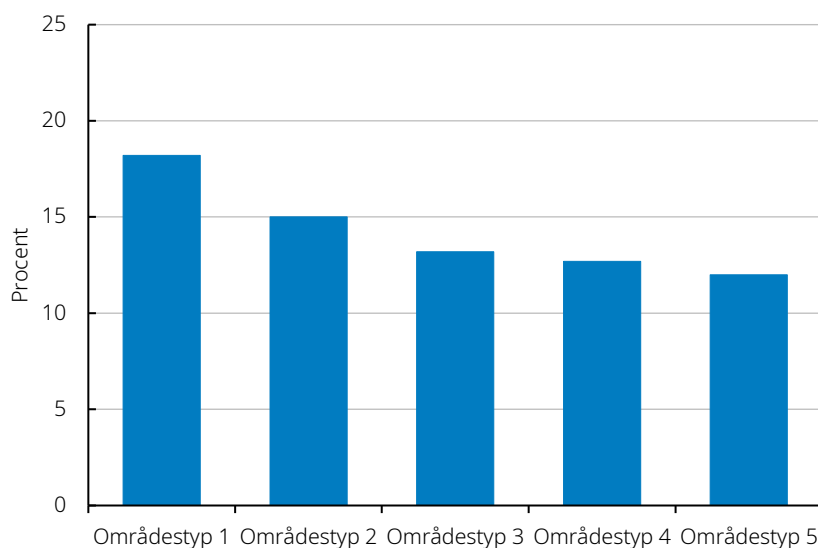


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

I områden med socioekonomiska utmaningar är det vanligare att förlora tandimplantat på grund periimplantit än i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. I område 1 (stora socioekonomiska utmaningar) förlorade 18,2 procent av de vuxna med periimplantit ett eller flera tandimplantat 2021–2023, vilket kan jämföras med 12 procent i området med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (diagram 47).

Diagram 47. Vuxna som förlorat tandimplantat på grund av periimplantit 2021–2023

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vuxna med parodontit som får kvalificerat rådgivande samtal.

Kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som anknyter till tandvårdens ansvar att involvera patienten i sitt hälsotillstånd. Kvalificerat rådgivande samtal är en högt prioriterad åtgärd i rekommendationerna för tandvården. Åtgärden är en del av ett viktigt skifte mot mer hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Indikatorn mäter andel personer som har erhållit åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär. I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling för parodontit. Målnivån är fastställd till att ≥ 50 av patienterna ska ha fått kvalificerat rådgivande samtal.

Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar dock att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling av parodontit är mycket ovanlig. Åtgärden är vanligast förekommande inom folktandvården men med tanke på de låga talen för indikatorn väljer Socialstyrelsen att inte redovisa några ytterligare tabeller och diagram.

Tabell 63. Vuxna med parodontit som fått kvalificerat rådgivande samtal 2023. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	0,17%	840	473 278
Kvinnor	0,22%	1 068	481 822
Totalt	0,19%	1 908	955 100

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Vuxna med periimplantit som får behandling

Indikatorn mäter andel personer med periimplantit som fått behandling för periimplantit. I indikatorn ingår mekanisk infektionsbehandling, beteendemedicinsk behandling samt kirurgisk behandling. I indikatorn ingår personer som vid en undersökning har fickdjup ≥ 6 mm samt blödning vid minst ett tandimplantat.

Det är relativt små tal för den här indikatorn men data visar att omkring hälften av patienterna i SKaPa med periimplantit får någon typ av behandling. Mekanisk infektionsbehandling är den vanligaste typen av behandling samtidigt som det är relativt få som får kirurgisk behandling.

Tabell 64. Vuxna med periimplantit som får behandling 2022

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	48,9%	1 016	2 062
Kvinnor	50,1%	1 058	2 117
Totalt	49,6%	2 074	4 179

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Tabell 65. Vuxna som fått behandling för periimplantit 2022.

Efter ålder. Procent. N: 4 179

Kategori	Beteende- medicinsk beh.	Mekanisk infektionsbehandling	Kirurgisk behandling
Män	27,1%	46,4%	2,9%
Kvinnor	28%	46,9%	5%
Totalt	27,7%	46,7%	3,9%

Källa. Kvalitetsregistret SKaPa

Ålder har stor inverkan på den här indikatorn. Andelen som får beteendemedicinsk behandling sjunker med ökande ålder. Utvecklingen är den motsatta inom mekanisk infektionsbehandling, i åldersgruppen 85+ där andelen som får mekanisk infektionsbehandling sjunker något.

Tabell 66. Vuxna som fått behandling för periimplantit 2022.

Efter ålder. Procent

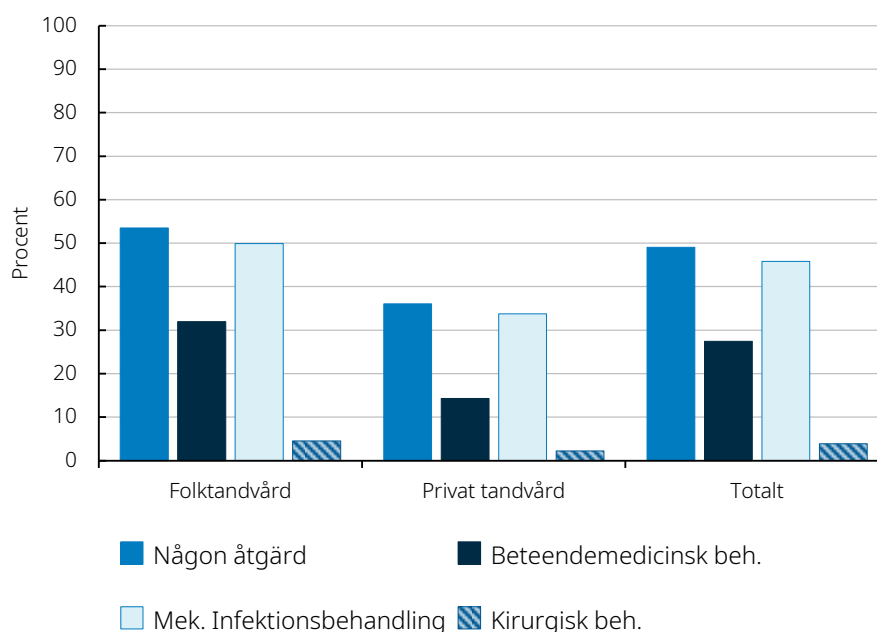
Kategori	Beteende- medicinsk beh.	Mekanisk infektions- behandling	Kirurgisk behandling
24–39 år	34,8%	44,2%	4,3%
40–54 år	32,2%	48,3%	3%
55–69 år	32,8%	50,1%	4,1%
70–84 år	24,3%	45,9%	4,6%
85+ år	17,8%	39,9%	1,6%
Totalt	27,7%	46,7%	3,9%

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Behandling av periimplantit är vanligare inom folktandvården. Det är 53,5 procent av patienterna med periimplantit i folktandvården som fått någon form av behandling vilket kan jämföras med 36 procent av patienterna i den privata tandvården (diagram 48).

Diagram 48. Vuxna som fått behandling för periimplantit 2020–2022

Efter regi. Procent



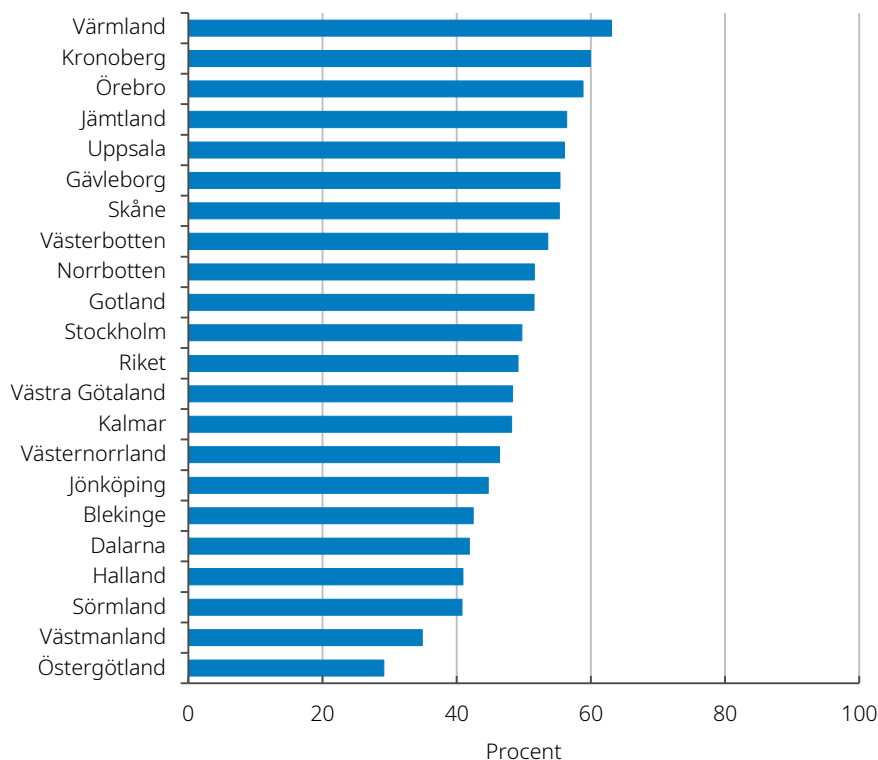
Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är relativt stora skillnader mellan regionerna när det gäller att ge patienter med periimplantit behandling. Det varierar mellan 63 procent i region Värmland och 29 procent i region Östergötland. Dessa skillnader är

svårförklarade men det skulle kunna bero på tillgången till specialisttandvård (diagram 49).

Diagram 49. Vuxna som fått behandling för periimplantit 2020–2022

Efter region. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling.

Behandlingen för parodontit syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Indikatorn visar hur stor andel av patienterna med parodontit som inte uppvisar en ny eller fortsatt sjukdomsutveckling efter behandling. Den nationella målnivån är fastställd till att parodontit inte ska uppvisa ny eller fortsatt sjukdomsutveckling hos $\geq 75\%$ av patienterna efter behandling. Socialstyrelsens utvärdering av indikatorn bygger på data från kvalitetsregistret SKaPa för att kunna inkludera uppgift om fickdjup i analysen. Med ny eller fortsatt sjukdomsutveckling avses att patienten inte har 5 mm tandköttsfickor vid en uppföljande undersökning efter behandlingen. I SKaPa saknas uppgift från stora delar av den privata tandvården vilket kan påverka resultatet.

Det är 52,3 procent av de vuxna patienterna med parodontit som inte har ny eller fortsatt sjukdomsutveckling. Det är något fler kvinnor än män som inte

uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling. Det betyder att tandvården inte når den nationella målnivån på $\geq 75\%$ (tabell 67).

Tabell 67. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling 2023

Efter kön. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	50,8%	67 274	132 638
Kvinnor	53,7%	72 532	134 860
Totalt	52,3%	139 806	267 498

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Patienternas ålder har viss påverkan på indikatorn då det går att se en ökande andel patienter med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling ju äldre patienterna blir (tabell 68).

Tabell 68. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling 2023

Efter ålder. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
24–39 år	50,4%	12 064	23 925
40–54 år	50,4%	21 056	417 94
55–69 år	51,4%	42 022	81 690
70–84 år	53,3%	55 067	103 156
85+ år	56,7%	9 597	16 933
Totalt	52,3%%	139 806	267 498

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är en betydligt högre andel patienter som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling i den privata tandvården. Det är 64 procent av patienterna i den privata tandvården som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling vilket kan jämföras med 42,5 procent av patienterna i folktandvården (tabell 69).

Tabell 69. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling 2021–2023

Efter regi. Procent

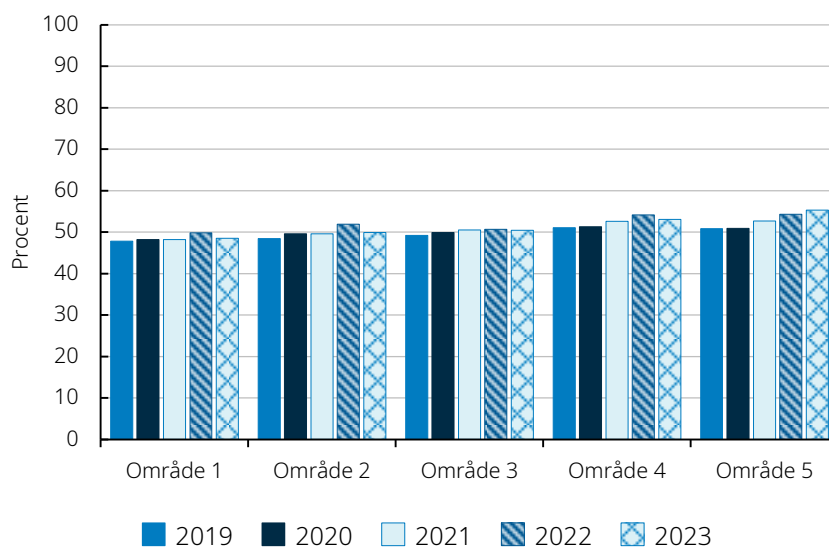
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Folktandvården	42,5%	168 644	396 874
Privat tandvård	64%	208 648	325 719

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Individer med parodontit i områden med goda socioekonomiska förutsättningar uppvisar i något högre grad inte ny eller fortsatt sjukdomsutveckling än individer i områden med socioekonomiska utmaningar. År 2023 hade 55,2 procent av individerna i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar inte ny eller fortsatt sjukdomsutveckling vilket kan jämföras med 48,5 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar (diagram 50). Skillnaderna mellan områdena ökar också över tid. År 2019 var skillnaden mellan område ett och område fem två procent, år 2023 är skillnaden knappt sju procent.

Diagram 50. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling

Efter REGSO-område. Procent



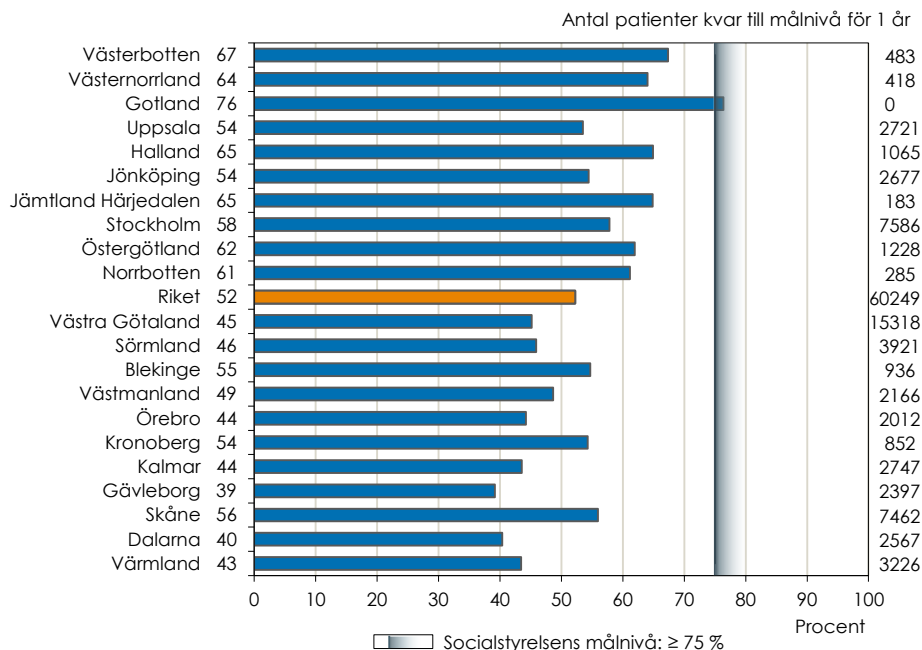
Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen även studerat antal åtgärder för tillståndet parodontit som individerna fått i genomsnitt under den tvåårsperiod som föregår undersökningen som ingår i indikatorn. Ju fler åtgärder desto större vårdtyngd hos patienten. Det är något fler åtgärder i genomsnitt i områden med socioekonomiska utmaningar men det rör sig om små skillnader.

Det är dock betydande skillnader mellan regionerna i resultatet för indikatorn. Region Gotland uppfyller målnivån med 76 procent patienter med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling. Samtidigt är det 39 procent av patienterna i Gävleborg och 40 procent av patienterna i Dalarna som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling (diagram 55)

Diagram 51. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling

Efter region. Procent



Källa: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Förekomst av parodontit hos vuxna

Parodontalt friska individer är ett av målen för god munhälsa. Indikatorn mäter andel personer med egna tänder som besökt tandvården och fått diagnosen parodontit.

I redovisningen mäter vi sammanlagt antal personer med en eller flera tandköttsfickor

- 5 mm djupa
- ≥ 6 mm djupa

En patient som har flera tandköttsfickor finns endast med i den grupp som hör till den djupaste fickan individen haft under perioden. Indikatorn baseras på data från kvalitetsregistret SKaPa vilken innebär att en stor del av den privata tandvården inte finns med i underlaget. Det kan också finnas brister i registrering av tillståndet och därför krävs viss försiktighet i analysen. I nämnaren ingår alla som har tillståndet parodontit. En relativt stor grupp av dessa saknar uppgift om fickdjup. De ingår i beräkningen av andelen personer som har parodontit respektive allvarlig parodontit.

Det är 19,3 procent av patienterna som besökt tandvården 2021–2023 som har allvarlig parodontit och ytterligare 13 procent har parodontit. Både allvarlig parodontit och parodontit är vanligare hos män.

Tabell 70. Förekomst av parodontit vuxna 2021–2023

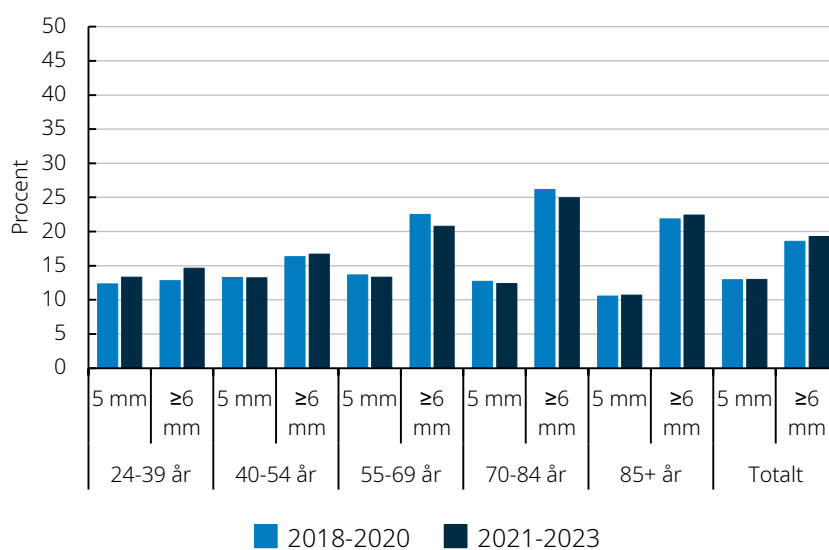
Kategori	Andel 5 mm	Andel ≥6 mm	Täljare 5 mm	Täljare ≥ 6 mm	Nämnare
Män	13,6%	22%	240 873	385 739	1 759 294
Kvinnor	12,4%	17,1%	253 522	348 480	2 045 729
Totalt	13%	19,3%	494 395	734 219	3 805 023

Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Andelen vuxna med allvarlig parodontit ökar med stigande ålder, utom i den äldsta åldersgruppen där det sker en viss minskning jämfört med föregående åldersgrupp. Allvarlig parodontit är vanligast förekommande i åldersgruppen 70–84 år. Här sker en svag förbättring från 26,2 procent allvarlig parodontit 2018–2020 till 24,9 procent allvarlig parodontit 2021–2023.

Diagram 52. Förekomst av parodontit vuxna

Efter ålder, 2018-2020, 2021-2023. Procent

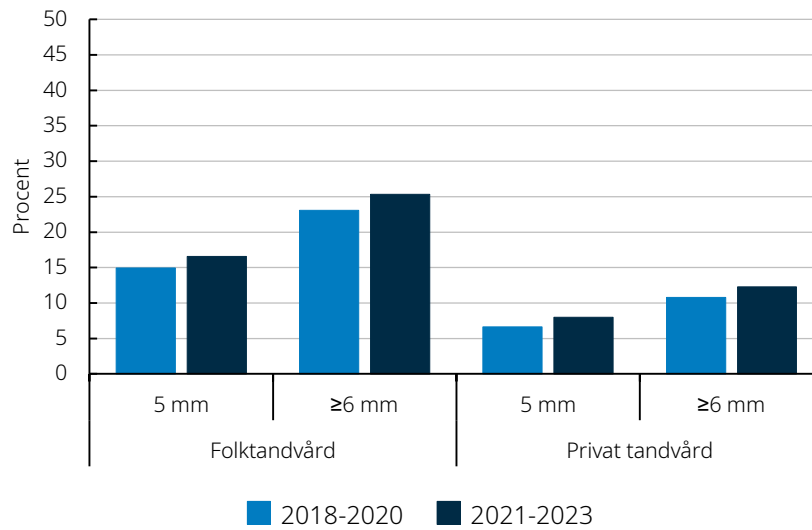


Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är betydligt vanligare med parodontit och allvarlig parodontit hos patienter i folktandvården. Under perioden 2021–2023 hade 25,3 procent av patienterna i folktandvården allvarlig parodontit vilket kan jämföras med 12,3 procent i den privata tandvården (diagram 53).

Diagram 53. Förekomst av parodontit vuxna

Efter regi. 2018-2020, 2021-2023. Procent



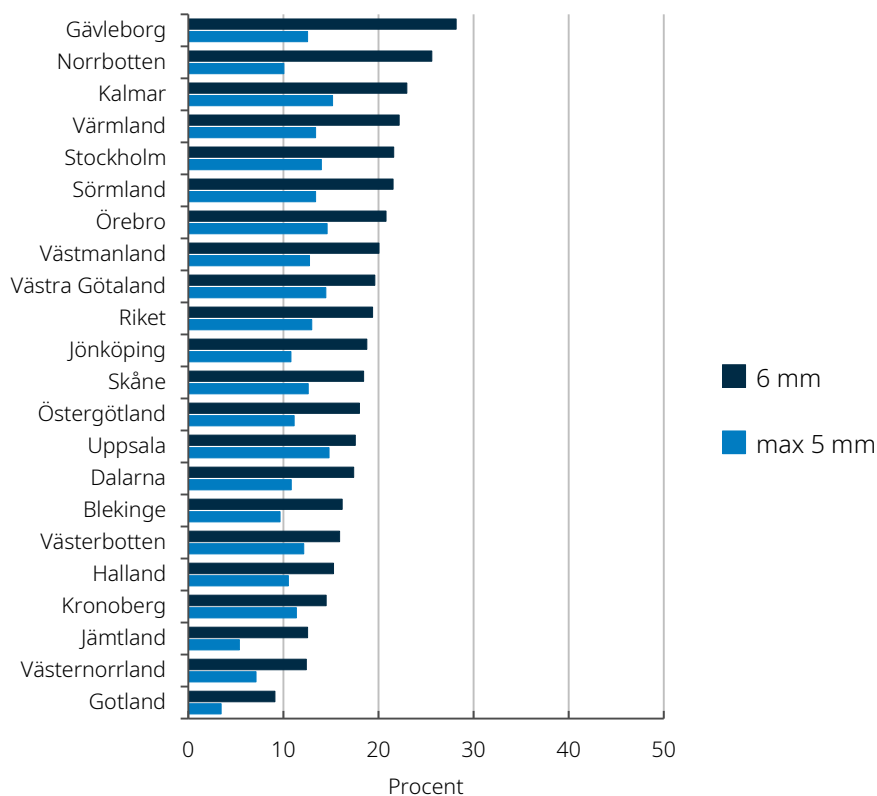
Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

Det är relativt stora skillnader mellan regionerna när det gäller förekomst av parodontit, både när det gäller allvarlig parodontit och parodontit.

Registrering av allvarlig parodontit är förmodligen mer tillförlitlig medan det kan finnas registreringsproblematik för parodontit. Viss försiktighet behövs därför i analysen. Skillnaderna i allvarlig parodontit varierar mellan 28 procent i Gävleborg och 9 procent i region Gotland.

Diagram 54. Förekomst av parodontit vuxna

Efter region. 2021-2023. Procent

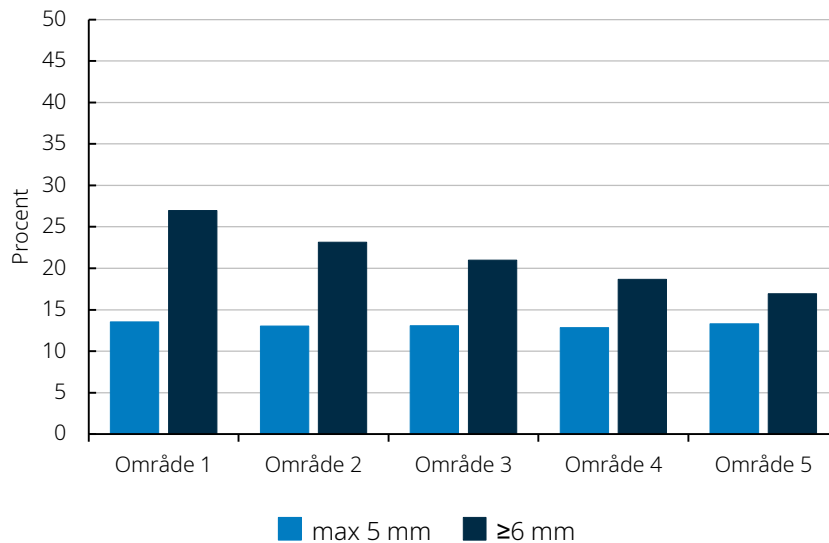


Källa: Kvalitetsregistret, SKaPa

Socioekonomi har stor påverkan på förekomsten av parodontit. Allvarlig parodontit är betydligt mer vanligt förekommande i områden med socioekonomiska utmaningar (REGSO 1 och 2). Under perioden 2021–2023 hade 27 procent av patienterna bosatta i områden med stora socioekonomiska utmaningar (REGSO 1) allvarlig parodontit, vilket kan jämföras med 16,9 procent med allvarlig parodontit i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (diagram 55).

Diagram 55. Förekomst av parodontit vuxna

Efter REGSO-område. 2021-2023. Procent



Källa: Kvalitetsregistret, SKaPa

Vuxna med sjukdom i vävnader kring tandimplantat, periimplantit

Indikatorn beskriver förekomst av sjukdomar i vävnaderna kring tandimplantat, periimplantit. Indikatorn mäter andel personer med ett eller flera tandimplantat som vid senaste undersökning i tandvården har diagnostiserats med periimplantit.

I analysen har Socialstyrelsen valt att studera patienter som fick tandimplantat inopererade 2008, 2013 och 2018. Därefter analyserades andelen patienter som fick diagnosen periimplantit 1–5 år senare i respektive grupp. Detta är en proxy för analysen då vi inte vet hur många individer som har tandimplantat inopererade. När det gäller periimplantit finns det vissa tveksamheter kring gällande registrering och diagnos varför resultaten måste analyseras med viss försiktighet.

I tabellens nämnare återfinns patienter som fick implantat inopererade åren 2008, 2013 och 2018, uppdelat på kön. Av tabellen framgår att det var relativt få personer som fick ett eller flera implantat inopererade 2008, men att antalet ökar betydligt över tid (tabell 71).

Tabell 71. Vuxna med periimplantit

Personer som fick tandimplantat 2008, 2013 och 2018

År	Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
2008	Män	17,6%	273	1 521
	Kvinnor	17,4%	336	1 833
	Båda könen	17,5%	609	3 354
2013	Män	14,2%	1 158	7 883
	Kvinnor	13,7%	1 373	9 328
	Båda könen	13,9%	2 531	1 7211
2018	Män	7,2%	1 219	16 929
	Kvinnor	7,3%	1 406	19 291
	Båda könen	7,2%	2 625	36 220

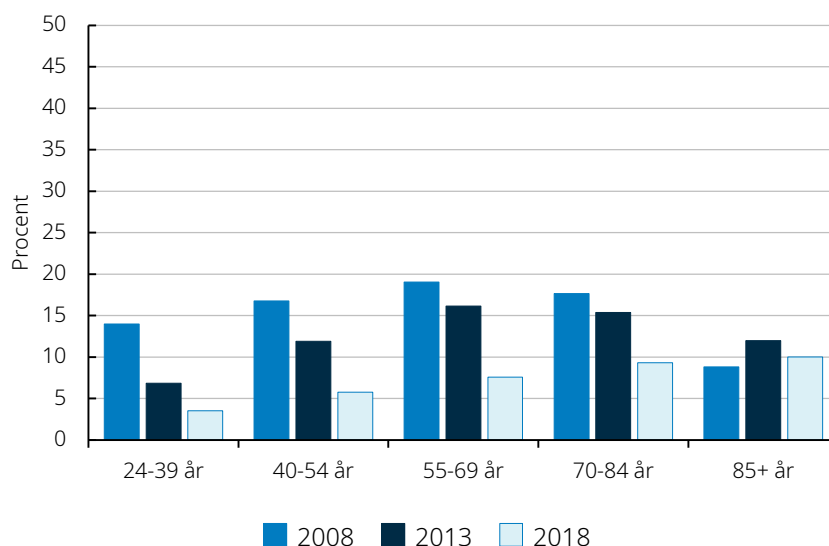
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Förekomsten av periimplantit sjunker mellan de olika grupperna. I gruppen som fick tandimplantat 2008 fick 17,5 procent periimplantit inom 1–5 år. Det kan jämföras med 7,2 procent av de som fick tandimplantat 2018.

Periimplantit är vanligast förekommande i åldersgruppen 55–84 år i de båda grupper som fick tandimplantat 2008 och 2013. I gruppen som fick tandimplantat 2018 är det högst andel periimplantit i åldersgruppen 70 år och äldre (diagram 56).

Diagram 56. Vuxna med periimplantit

Efter ålder. Procent

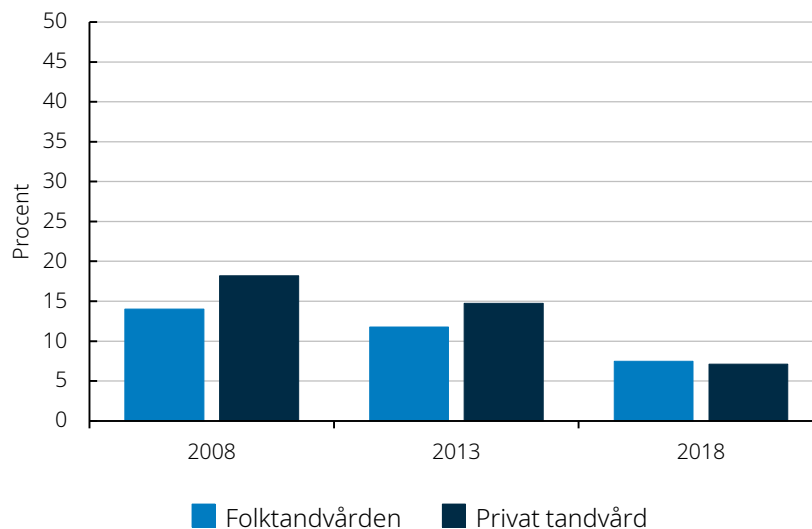


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Periimplantit är vanligare hos patienter i den privata tandvården bland de individer som fick tandimplantat 2008 och 2013. Därefter utjämnas skillnaderna mellan vårdgivarna samtidigt som andelen patienter med periimplantit sjunker totalt sett (diagram 57). Av data framgår också att implantatbehandling är mycket vanligare i den privata tandvården.

Diagram 57. Förekomst av periimplantit

Efter regi. Procent

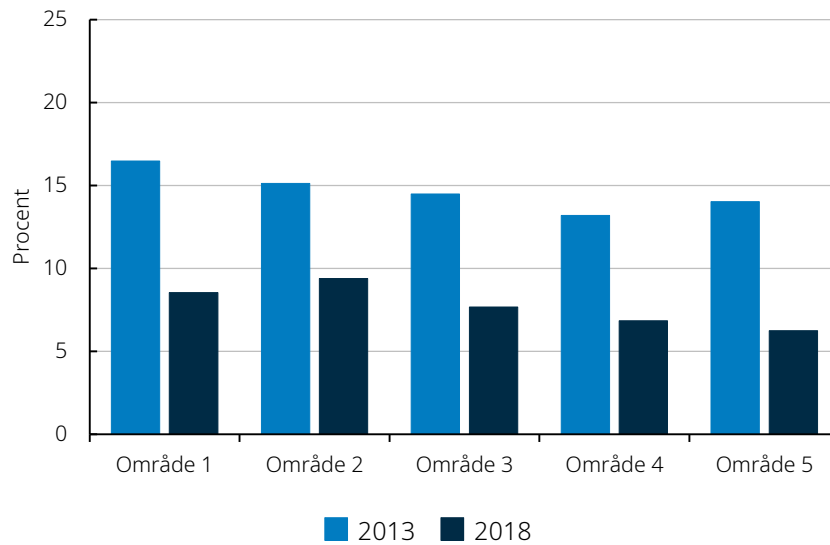


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socioekonomi har viss inverkan på resultatet. Individer med implantat som bor i områden med socioekonomiska utmaningar eller stora socioekonomiska utmaningar får diagnosen periimplantit i högre utsträckning än andra. Skillnaden mellan områdena minskar över tid men det är fortfarande högst andel med periimplantit i områdena med socioekonomiska utmaningar (diagram 58)

Diagram 58. Förekomst av periimplantit

Efter REGSO-område. Procent

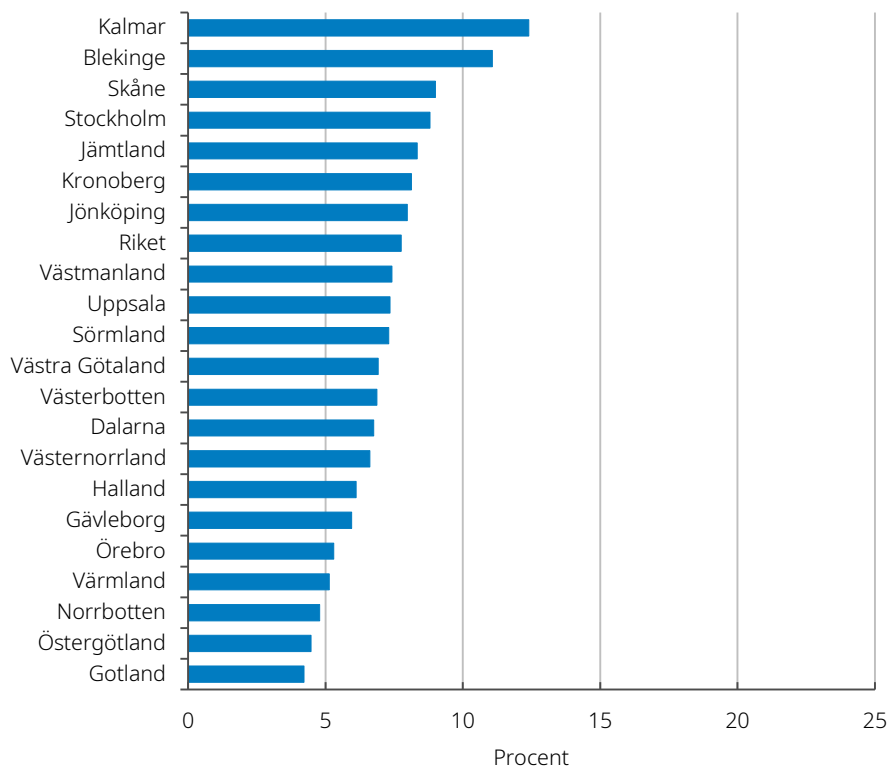


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det finns också tydliga skillnader mellan regionerna när det gäller förekomst av periimplantit. Med tanke på de osäkerheter som finns i registreringen av tillståndet bör dessa skillnader analyseras med försiktighet.

Diagram 59. Förekomst av periimplantit

Efter region 2016-2018. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Antibiotikaanvändning i tandvården

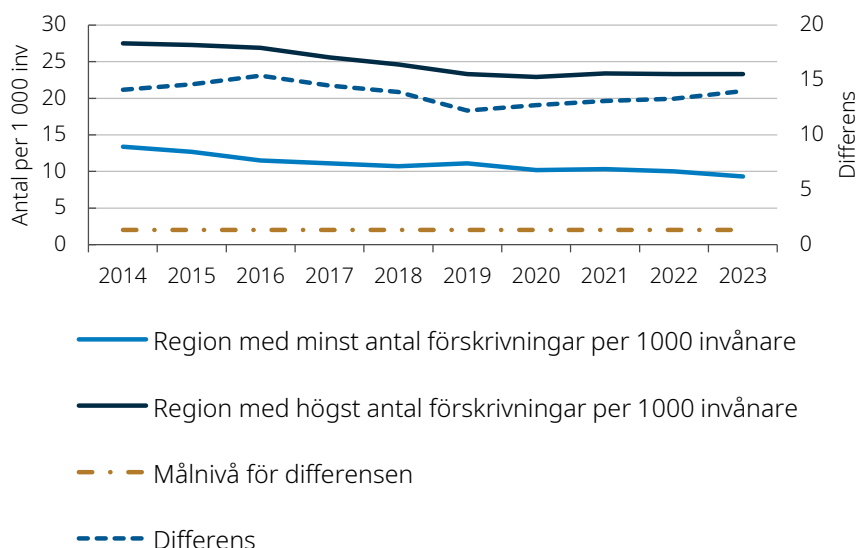
Socialstyrelsen beaktar den risk för resistensutveckling som alltid följer med användning av antibiotika. Detta innebär att antibiotika först bör övervägas när det finns risk för spridning av infektionen och när patientens allmäntillstånd är påverkat. Inom hälso- och sjukvården finns ett nationellt mål att användningen av antibiotika ska minska och man ska med detta förhindra fortsatt utveckling av resistenta bakterier. Tandvården har en relativt sett betydande antibiotikaförskrivning jämfört med hälso- och sjukvården.

Indikatorn följer antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare och uthämtat på apotek per 1 000 invånare. Den nationella målnivån är fastställd till att skillnaden i antibiotikaförskrivning mellan regionerna inte bör överstiga två expedieringar per 1 000 invånare. Antibiotikaförskrivningen ska samtidigt fortsätta att minska.

Skillnaden i antibiotikaförskrivning mellan regionerna ligger på 14 expedieringar per 1 000 invånare vilket innebär att tandvården inte når den nationella målnivån. Den region som har högst förskrivning är Skåne med 23,3 expedieringar per 1 000 invånare och regionen som har lägst förskrivning är Västerbotten med 9,3 förskrivningar per 1 000 invånare (diagram 60).

Diagram 60. Antibiotikaförskrivning i tandvården

Regionerna med högsta respektive lägsta förskrivning per 1 000 invånare

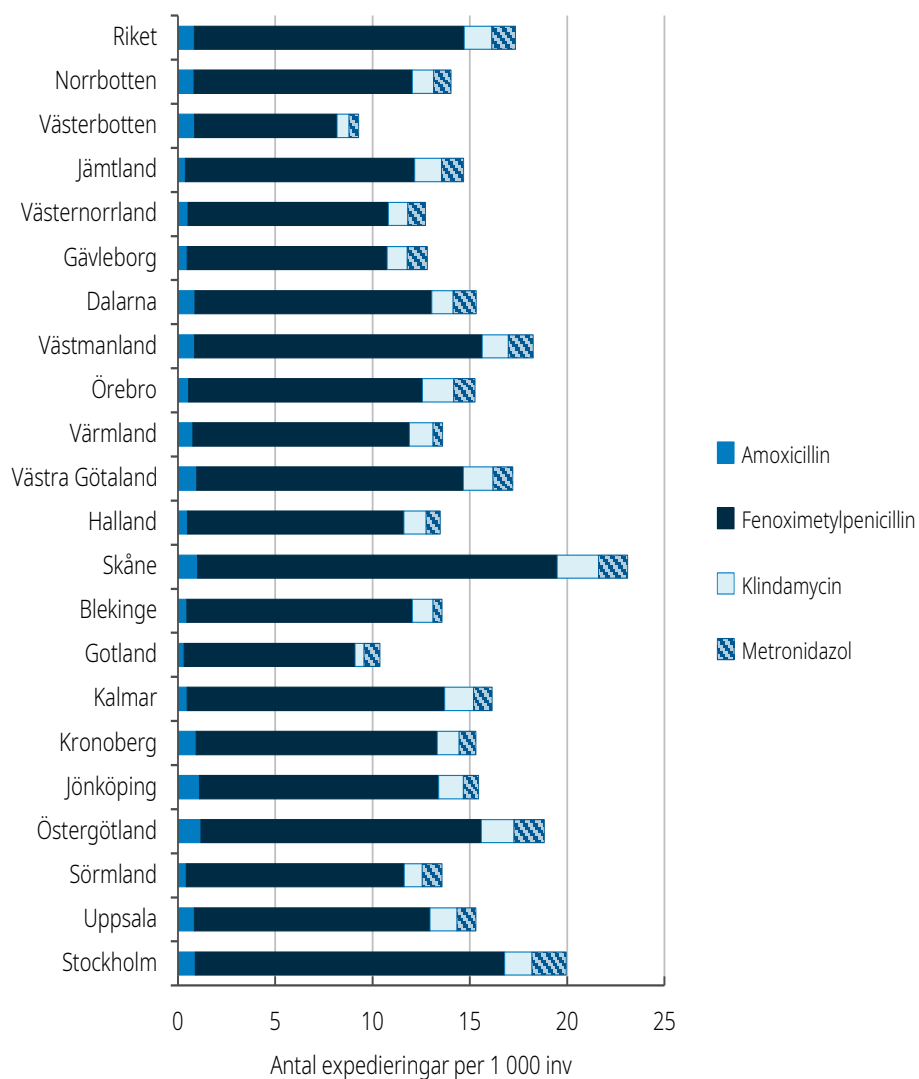


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det är relativt stora skillnader mellan regionerna när det gäller antibiotikaförskrivning, även om förskrivningen har minskat över tid.

Diagram 61. Antibiotikaförskrivning i tandvården 2023

Efter region. Antal expedieringar per 1 000 invånare

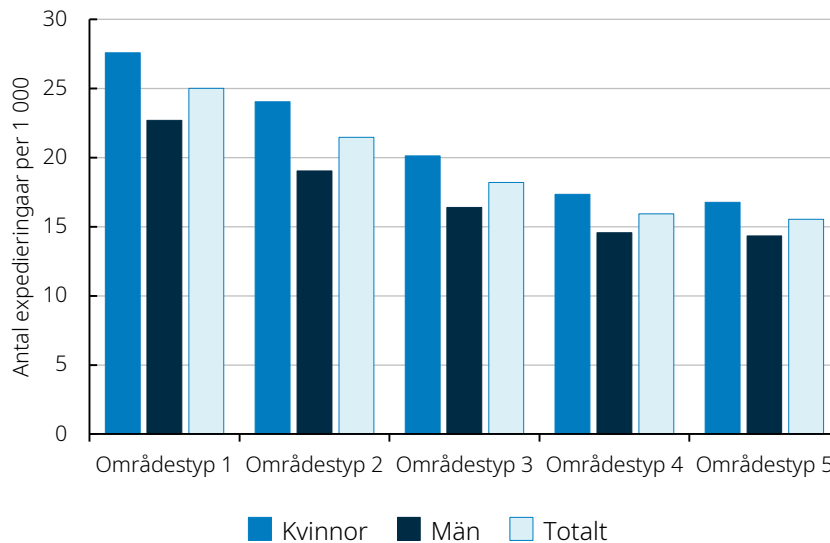


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Antibiotikaförskrivningen är högre i områden med socioekonomiska utmaningar. I områden med stora socioekonomiska utmaningar sker 25 förskrivningar per 1 000 invånare vilket kan jämföras med 15,5 expedieringar i områden med mycket goda förutsättningar. Kvinnor har genomgående fler expedieringar av antibiotika än män (diagram 62).

Diagram 62. Förskrivning av antibiotika av tandläkare 2023

Antal expedieringar per 1 000 invånare. Per REGSO-område och kön



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Full mouth disinfection i samband med mekanisk infektionsbehandling för parodontit

För de flesta patienter med parodontit räcker en god munhygien och så kallad mekanisk infektionsbehandling. Många tillsäggsbehandlingar förbättrar däremot inte behandlingseffekten. Det handlar till exempel om desinficering av munhålan och tandköttsfickor med klorhexidin, ”full-mouth disinfection”, under och efter mekanisk infektionsbehandling som fått rekommendationen icke-göra.

Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer med prioritet icke-göra visar dock att metoden full mouth disinfection i samband med mekanisk infektionsbehandling vid parodontit fortfarande förekommer i tandvården [29]. Uppföljningen visar att var fjärde tandvårdsklinik ofta använder tilläggsåtgärden ”full mouth disinfection” tillsammans med mekanisk infektionsbehandling vid behandling av parodontit. Åtgärden är vanligare bland privata kliniker. Dessa resultat måste dock tolkas med försiktighet då kommentarerna från klinikerna antyder att de missuppfattat frågan och tolkat att den handlar om mekanisk infektionsbehandling vilket är en rekommenderad åtgärd i de nationella riktlinjerna.

Systemisk behandling med antibiotika som enda behandling vid periimplantit

Periimplantit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i vävnader runt tandimplantat. Systemisk behandling med antibiotika vid periimplantit bör endast övervägas som tilläggsbehandling. Systemisk behandling med antibiotika som enda behandling bör däremot inte erbjudas patienten. Denna typ av behandling bidrar till onödig resistensutveckling mot antibiotika i befolkningen och har därför fått rekommendationen icke-göra i riktlinjerna.

Resultatet av Socialstyrelsens utvärdering av vård som inte bör göras visar att 11 procent av verksamheterna ofta eller ibland använder systemisk antibiotikabehandling som enda behandling vid periimplantit [30].

Totalt är det 62 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de aldrig använder systemisk behandling med antibiotika som enda behandling vid periimplantit. I klinikernas kommentarer framkommer exempelvis att antibiotikabehandling kan användas vid akut periimplantit med pustömning, därefter genomförs mekanisk/kirurgisk åtgärd.

Rekonstruktiv kirurgi vid lokal mjukvävnadsretraktion vid tand

Tilläggsbehandling med membran (GTR)

Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand bedöms ha en måttlig påverkan på den orala hälsan. Rekonstruktiv kirurgi av en mjukvävnadsskada med ett membran (GTR) har sämre effekt jämfört med behandling med enbart en lambå och en lambå med ett bindvävstransplantat och är därför inte kostnadseffektiv. Denna typ av behandling har därför fått rekommendationen icke-göra i riktlinjerna.

Resultaten visar att ca 10 procent av tandvårdsklinikerna uppger att de ofta eller ibland använder rekonstruktiv kirurgi vid mjukvävnadsskada med ett membran (GTR). Resultaten visar också att åtgärden är mycket ovanlig i folktandvården [31].

Totalt är det 43 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de aldrig genomför denna icke-göra åtgärd.

Fritt mjukvävnadstransplantat (gingivatransplantat)

Rekonstruktiv kirurgi av mjukvävnadsskador med ett fritt mjukvävnadstransplantat har sämre effekt jämfört med enbart lambå och lambå med ett bindvävstransplantat och är därför inte kostnadseffektiv.

Denna typ av behandling har därför fått rekommendationen icke-göra i riktlinjerna.

Enkäten visar att var tionde klinik ibland använder rekonstruktiv kirurgi med gingiva transplantat vid mjukvävnadsretraktion. Även denna typ av rekonstruktiv kirurgi är ovanlig i folktandvården medan var tionde klinik i privattandvården utför den ibland. Totalt är det 43 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de aldrig genomför rekonstruktiv kirurgi med gingiva transplantat vid lokal mjukvävnadsretraktion.

Bland verksamhetskommentarerna framkommer exempelvis att gingiva transplantat kan användas då det finns kliniska förutsättningar för att lyckas med ett sådant ingrepp.

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden kring tandroten

Tandpulpan är mjukvävnaden mitt i tanden. Den innehåller rikligt med nerver och blodkärl och om den skadas måste den behandlas, annars kan den behöva tas bort.

Effekt av rotbehandlingar hos vuxna

Rotbehandling syftar till att den behandlade tanden ska kunna behållas utan att några ytterligare endodontiska åtgärder (revision eller apikalkirurgi) behövs. Indikatorn mäter andel personer med en eller flera rotfyllda tänder som inte har behövt åtgärdas på nytt inom en femårsperiod. Den nationella målnivån är fastställd till att ≥ 90 procent av patienterna med en eller flera rotfyllda tänder ska inte behöva extrahera en rotfylld tand eller utföra någon ytterligare endodontisk åtgärd inom fem år.

Det är 90,5 procent av individerna som har en eller flera rotfyllningar som inte har behövt extrahera en redan rotfylld tand eller utföra någon ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand. Det är inte någon skillnad utifrån kön för den här indikatorn. Det betyder att den nationella målnivån uppnåtts.

Tabell 72. Effekt av rotbehandlingar 2023.

Andel som inte har behövt extrahera redan rotfylld tand eller genomföra ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand inom fem år. Redovisningsåret är det sista året i redovisningsperioden.

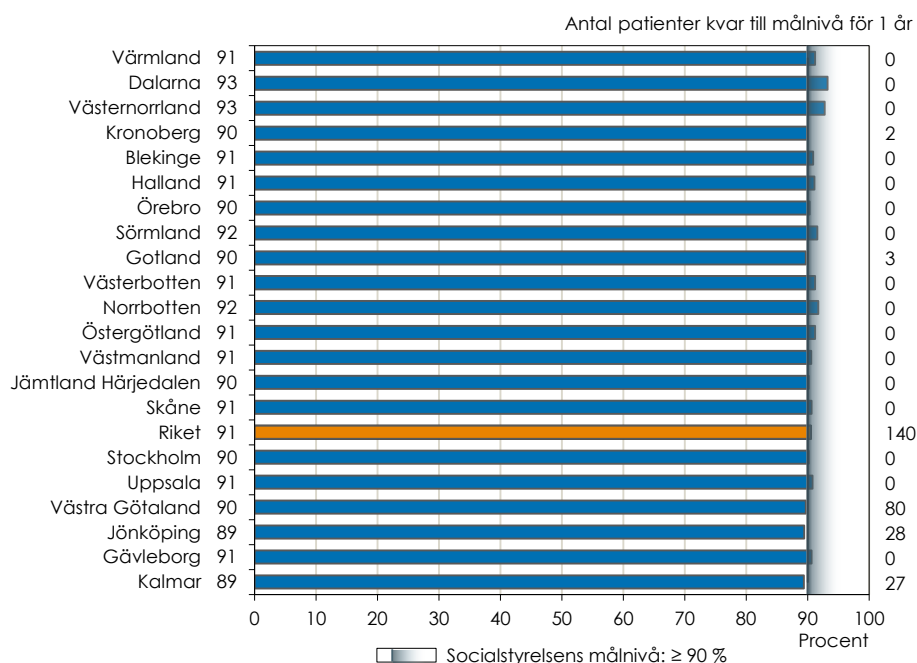
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	90,4%	76 808	84 954
Kvinnor	90,6%	76 215	84 068
Totalt	90,5%	153 023	169 022

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är små skillnader utifrån regi för den här indikatorn. Det går även att se att utvecklingen över tid är stabil. Majoriteten av regionerna har redan nått målnivån för indikatorn, t.ex. Dalarna och Västernorrland som båda har nått 93 procent. Samtidigt finns det också ett par regioner som ännu inte nått ända fram till målnivån även om de är nära (Jönköping och Kalmar).

Diagram 63. Effekt av rotbehandlingar

Andel som inte har behövt extrahera redan rotfylld tand eller genomföra ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand inom fem år. Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

En indelning efter REGSO-områden visar att individer bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar har en något högre överlevnad på sina rotfyllningar, även det handlar om små skillnader. En förklaring till detta kan vara att individer med goda socioekonomiska förutsättningar har tätare

kontakt med tandvården vilket gör att tandvården har större möjlighet att upptäcka och åtgärda eventuella problem med en rotfyllning.

Antibiotikaförskrivning vid akuta besök

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen studerat antibiotikaförskrivning i samband med akut endodontiskt besök (åtgärds kod 520,521) då detta är en behandlingssituation där antibiotikaförskrivning är relativt vanligt förekommande. Antibiotikaförskrivning av tandläkare förekommer i 15,6 procent av dessa fall i den privata tandvården vilket kan jämföras med 10,5 procent i folktandvården (tabell 73).

Tabell 73. Förskrivning av antibiotika i anslutning till akut endodontisk behandling 2021–2023

Efter regi. Åtgärds kod 520 och 521. Procent

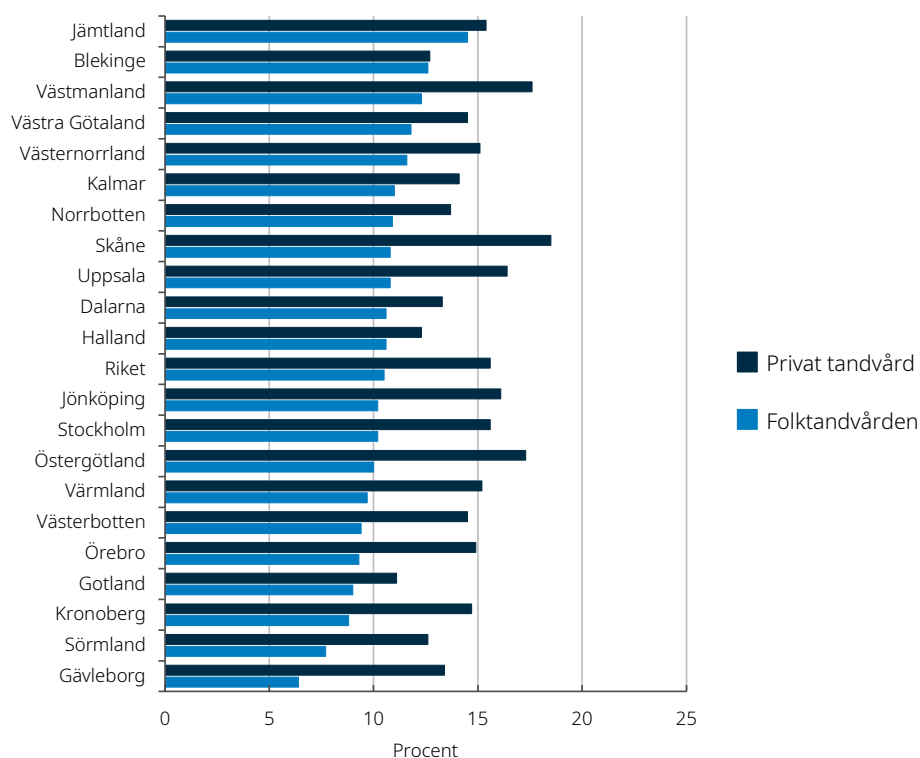
Kategori	Andel	Antal förskrivningar av antibiotika	Antal. besök m akut åtgärd
Riket	13,2 %	44 271	335 046
Folktandvård	10,5%	16 677	158 345
Privat tandvård	15,6%	27 594	176 701

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister, Socialstyrelsens läkemedelsregister

Det är betydande skillnader mellan regionerna när det gäller förskrivning av antibiotika vid akut åtgärd. Förskrivningen är genomgående högre i den privata tandvården (diagram 69). Högst förskrivning återfinns inom den privata tandvården i Skåne med 18,5 procent följt av Östergötland med 17,3 procent. Lägst förskrivning återfinns inom folktandvården i Gävleborg med 6,4 procent och Sörmland med 7,7 procent. Skillnaderna mellan regionerna i förskrivning är dock högre inom folktandvården, från 6,4 procent i Gävleborg till 14,5 procent i Jämtland.

Diagram 64. Förskrivning av antibiotika vid akut endodontisk behandling 2021–2023

Efter region. Åtgärds-koder 520-521

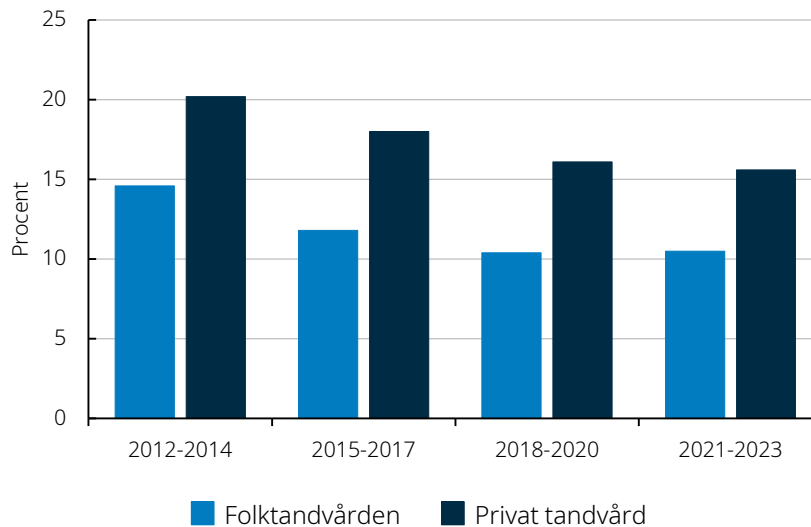


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister, Socialstyrelsens läkemedelsregister

Förskrivningen av antibiotika vid akut endodontisk åtgärd har samtidigt minskat över tid inom såväl folktandvården som den privata tandvården, även om det går att se en viss avmattning i utvecklingen inom folktandvården (diagram 65).

Diagram 65. Förskrivning av antibiotika vid akut endodontisk behandling över tid

Efter regi. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister, Socialstyrelsens läkemedelsregister

Pulpaöverkappning med bondingmaterial

Det finns olika sätt att behandla en exponerad tandpulpa. Pulpaöverkappning syftar till att återskapa en barriär mot munhålan för att undvika bakterieinfektion, inflammation och vävnadsdöd. Överkappningar med ett bondingmaterial har en sämre effekt avseende pulpaöverlevnad jämfört med kalciumhydroxid och mineraltrioxidaggregat (MTA). Denna typ av behandling har därför fått rekommendationen icke-göra i riktlinjerna.

Socialstyrelsens utvärdering av vård som inte bör göras visar dock att tio procent av tandvårdsklinikerna ofta eller ibland använder pulpaöverkappning med bondingmaterial vid det aktuella tillståndet. Det är marginell skillnad mellan folktandvården och privattandvården i denna fråga [32].

Totalt är det 59 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de aldrig använder överkappning med bondingmaterial på vuxen patient med exponerad pulpa till friskt dentin.

Systemisk antibiotikabehandling av symtom på pulpit hos vuxna

Patienter med inflammation i tandpulpan (pulpit) kan ha smärta som behöver behandlas akut. Pulpit är för det mesta en följd av karies, och kan ge en intensiv smärta som kräver ett snabbt och effektivt omhändertagande.

Systemisk antibiotikabehandling bör inte användas som enda behandling eftersom den endast har effekt på akut infektion och kräver kompletterande rotbehandling för att ge en långsiktig effekt.

Resultaten visar att 14 procent av tandvårdsklinikerna uppger att de ofta eller ibland behandlar symtomatisk pulpitis där karies eller annan mikrobiell invasion nått pulpan med systemisk antibiotikabehandling. Det är betydligt vanligare i den privata tandvården att genomföra denna åtgärd ofta eller ibland, samtidigt som det är vanligare att den genomförs i undantagsfall i folktandvården. Det är 63 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de aldrig ger systemisk antibiotikabehandling vid symtomatisk pulpitis.

Smärta och käkfunktionsstörningar

Det är relativt vanligt att ungdomar och vuxna känner smärta i munnen, ansiktet och käkarna. Om smärtan är långvarig beror den ofta på funktionsstörningar i käkarna. Akut smärta beror däremot oftast på tandvärk. Käkfunktionsstörningar är både underdiagnostiserade och underbehandlade, och tandvårdspersonalen behöver systematiskt identifiera de patienter som behöver stöd och behandling.

Barn och vuxna med sjukdom eller besvär i munnen som får orsaksinriktad behandling, käkfunktionsstörningar

Det är en relativt låg andel vuxna som får orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. Det är 8 procent av de vuxna som får orsaksinriktad behandling, och det är något mer vanligt förekommande hos kvinnor. Det är också relativt stora skillnader mellan regionerna och det sker inte någon större förändring över tid.

För barn och unga finns det som tidigare konstaterats stora brister i inrapportering till kvalitetsregistret SKaPa för den här indikatorn. I folktandvården finns det ett stort bortfall i tillståndskoden för käkfunktionsstörning för barn och unga. I omkring 60 procent av alla besök i folktandvården för åldersgruppen 0–23 år saknas uppgift om tillstånd. Detta påverkar möjligheterna till analys av indikatorn, inte minst då majoriteten av patienterna i SKaPa går till folktandvården.

Det är 15,5 procent av patienterna yngre än 24 år som fått behandling för käkfunktionsstörning och som sedan har fått orsaksinriktad behandling inom 12 månader.

Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär. Käkfunktionsstörningar

Indikatorn mäter andel personer som har erhållit åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär. I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling för käkfunktionsstörningar. Målnivån är att ≥ 50 av patienterna ska ha fått kvalificerat rådgivande samtal. För tillståndet käkfunktionsstörning ingår även åtgärden motorisk aktivering och vi redovisar här dessa båda åtgärder separat.

Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal i samband med behandling av käkfunktionsstörningar är mycket ovanlig.

Tabell 74. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått kvalificerat rådgivande samtal 2023. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	1,7%	233	13 683
Kvinnor	2,4%	776	31 435
Totalt	2,2%	1 009	45 118

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Däremot är motorisk aktivering något vanligare som behandling käkfunktionsstörningar. Det är 13,4 procent som fått motorisk aktivering av de som behandlats för käkfunktionsstörning (tabell 79). Det är något mer vanligt förekommande att kvinnor får behandling med motorisk aktivering.

Tabell 75. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått motorisk aktivering 2023.

Efter ålder. Procent

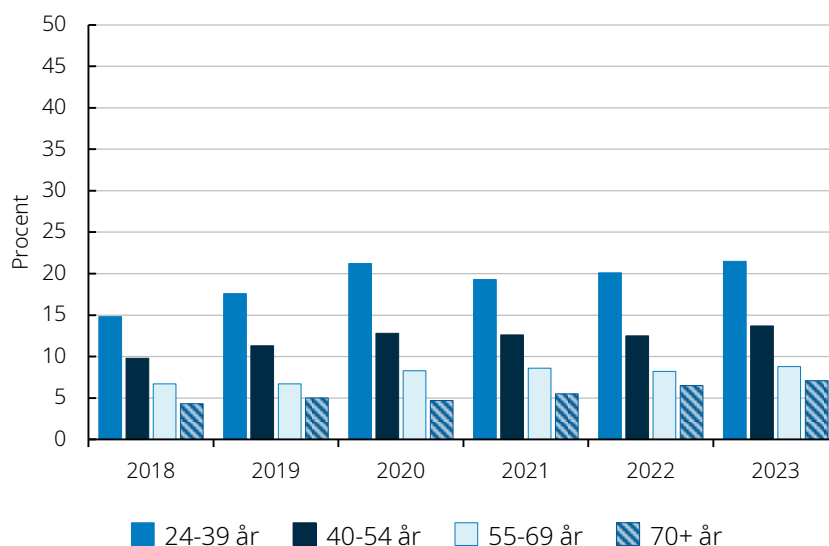
Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	9,9%	1 335	13 683
Kvinnor	14,9%	4 733	31 435
Totalt	13,4%	6 068	45 118

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Motorisk aktivering är vanligast förekommande i de yngre åldersgrupperna. I åldern 24–39 år är det 21,5 procent av patienterna som fått motorisk aktivering för käkfunktionsstörning 2023 vilket kan jämföras med 7,1 procent bland patienterna som är 70 år eller äldre (diagram 66).

Diagram 66. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått motorisk aktivering

Efter ålder och år. Procent

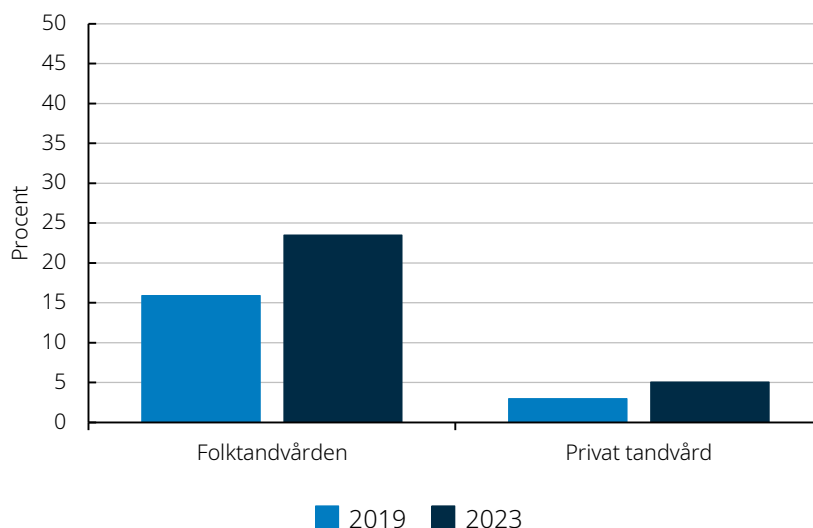


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är betydligt vanligare att ha fått motorisk aktivering inom folktandvården. År 2023 fick 23,5 procent av patienterna i folktandvården motorisk aktivering vilket kan jämföras med 5 procent av patienterna inom den privata tandvården (diagram 67). Andelen patienter som får motorisk aktivering ökar oavsett regi.

Diagram 67. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått motorisk aktivering

Efter regi och år

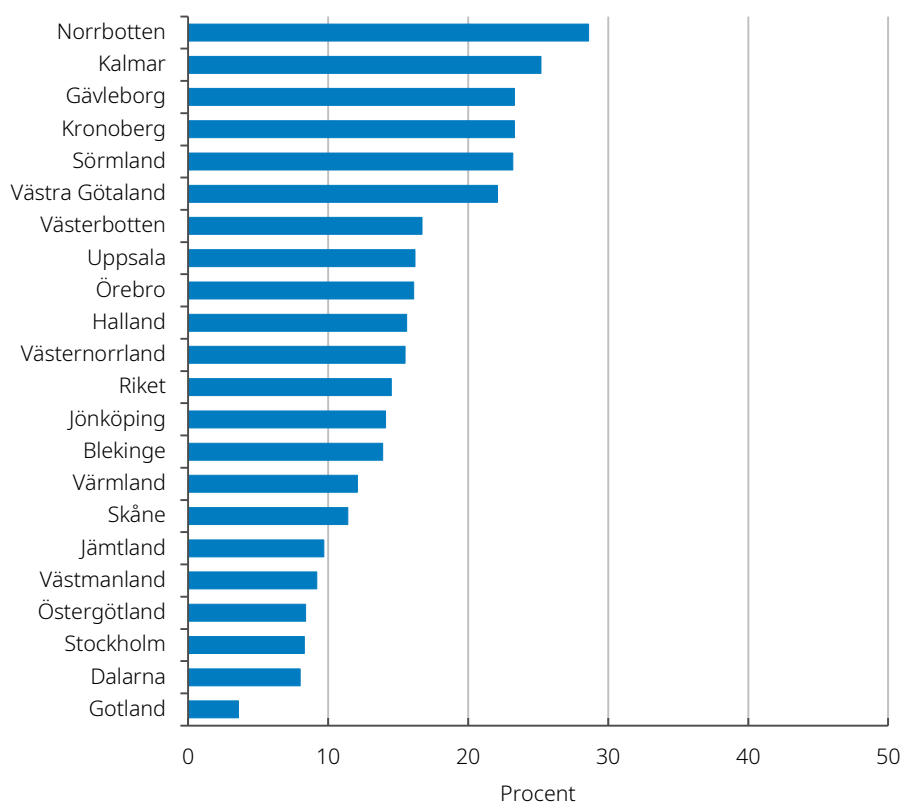


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är betydande skillnader mellan regionerna i resultaten för indikatorn. I Norrbotten får 28,6 procent av patienterna motoriska aktivering och kvalificerat rådgivande samtal, vilket kan jämföras med 3,6 procent av patienterna på Gotland (diagram 73). Observera att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal finns inkluderad i figuren.

Diagram 68. Vuxna med käkfunktionsstörning som fått motorisk aktivering och eller kvalificerat rådgivande samtal 2023

Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Individer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar har genomgående fått behandling med motorisk aktivering i högre utsträckning än individer bosatta i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

Akut käkledssmärta (artralgi) – ocklusal korrigering

Patienter får käkledssmärta (artralgi) om de till exempel har en inflammation i käkleden. Smärtan förstärks oftast när patienten tuggar och gapar. Behandlingen syftar till att minska smärtan och den eventuella inflammationen, och minska belastningen på käkleden. En ocklusal

korrigering eller åtgärd har av Socialstyrelsen bedömts göra mer skada än nytta för tillståndet. Åtgärden innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk om inte inflammationen först behandlas med ett bättre behandlingsalternativ [33].

Resultaten visar att drygt tio procent av tandvårdsklinikerna utför denna åtgärd ofta eller ibland. Åtgärden är vanligare inom privattandvården. Omkring hälften av tandvårdsklinikerna uppger att de aldrig genomför åtgärden.

Akut käkledsartrit associerad med inflammatorisk sjukdom – ocklusal korrigering

Akut käkledsartrit bedöms ha mycket stor påverkan på den orala hälsan. Detta eftersom tillståndet leder till en stor grad av smärta eller obehag, sjukdom eller vävnadsskada och nedsatt förmåga att äta, tugga eller tala.

Erfarenheten ger dock att ocklusala korrigeringar är skadliga vid ett akut tillstånd och därför inte bör utföras. Socialstyrelsen har bedömt att åtgärden inte är kostnadseffektiv. Åtgärden innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk om inte inflammationen först behandlas med ett bättre behandlingsalternativ.

Resultaten visar att sju procent av tandvårdsklinikerna utför denna icke göra åtgärd ofta eller ibland. Åtgärden är mer vanligt förekommande inom den privata tandvården. Hälften av tandvårdsklinikerna utför inte åtgärden.

Dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt – ocklusal korrigering

Patienter kan uppleva att bittet inte stämmer och att tänderna inte passar ihop. Upplevelsen kan bero på traumatiserande ocklusion: ett tandpar belastas ogynnsamt när patienten tuggar eller biter ihop, till exempel på grund av en skada i ena sidans käkled. Då kan tandläkaren slipa till bittet. Bettslipning kan dock göra mer skada än nytta om det inte går att se någon orsak till patientens upplevelse vid en klinisk undersökning – dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt. Åtgärden innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk. Tillståndet bör i första hand behandlas med andra behandlingsalternativ [33].

Resultaten visar att fem procent av tandvårdsklinikerna utför denna icke göra åtgärd ibland. Åtgärden är mycket ovanlig i folktandvården. Drygt hälften av tandvårdsklinikerna uppger att de aldrig utför åtgärden. Exempel på verksamhetskommentar är att bettslipning ibland kan genomföras vid instabil ocklusion.

Tandlöshet

Det finns olika former av tandlöshet. Patienten kan sakna:

- en eller flera tänder (partiell tandlöshet)
- alla tänder i överkäken, underkäken eller båda käkarna (total tandlöshet)

Tandlösheten kan bero på karies eller parodontit, eller vara medfödd, men det är sällsynt. Även olycksfall kan orsaka tandlöshet. Total tandlöshet har minskat kraftigt i befolkningen de senaste 50 åren, och förskjutits upp i åldrarna. Majoriteten av de drabbade är över 85 år. Även enstaka eller begränsade tandförluster har blivit ovanligare.

Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner

En protetisk rehabilitering med fasta konstruktioner är resurskrävande för patienten, tandvården och samhället. Därför är det viktigt att tand- och implantatstödda konstruktioner finns kvar i funktion i flera år utan att kompletterade åtgärder behöver genomföras. Indikatorn mäter andel personer med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner som är kvar i funktion efter fem år. Den nationella målnivån är att ≥ 90 procent av de vuxna med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner inte ska ha behövt genomföra någon kompletterande åtgärd inom en femårsperiod.

Resultatet för indikatorn visar att det är 86,8 procent av de som fick en eller flera tand- och implantatstödda konstruktioner 2018 som inte behövt genomföra någon kompletterande åtgärd inom en femårsperiod. Det är ett bra resultat men det innebär dock att tandvården inte riktigt når upp till den nationella målnivån. Det är 87,3 procent av kvinnorna som inte behövt genomföra någon kompletterande åtgärd vilket kan jämföras med 86,3 procent av männen (tabell 76)

Tabell 76. Vuxna med tand- och implantatstödda fasta konstruktioner som inte genomföra kompletterande åtgärd inom en femårsperiod.

2018. Efter kön. Redovisningsåret är året för insättande av den fasta konstruktionen. Procent

Kategori	Andel	Täljare	Nämnare
Män	86,3%	100 452	116 372
Kvinnor	87,3%	112 492	128 855
Totalt	86,8%	212 944	245 227

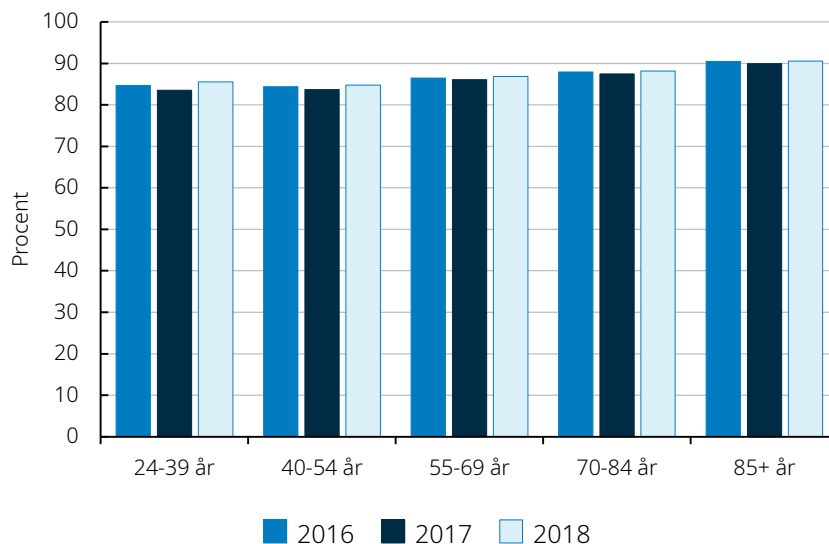
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är vanligare att ha behövt genomföra en kompletterande åtgärd i de yngre åldersgrupperna. I gruppen 85 år och äldre är det 90,5 procent som

inte behövt genomföra någon kompletterande åtgärd, vilket innebär att man når målnivån bland de som fick en eller flera fasta konstruktioner 2018 (diagram 69). Motsvarande andel i åldersgruppen 40–54 år är 84,8 procent. Det är små skillnader över tid för indikatorn.

Diagram 69. Vuxna med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner som inte behövt genomföra kompletterande åtgärd inom fem år

Efter ålder. Procent



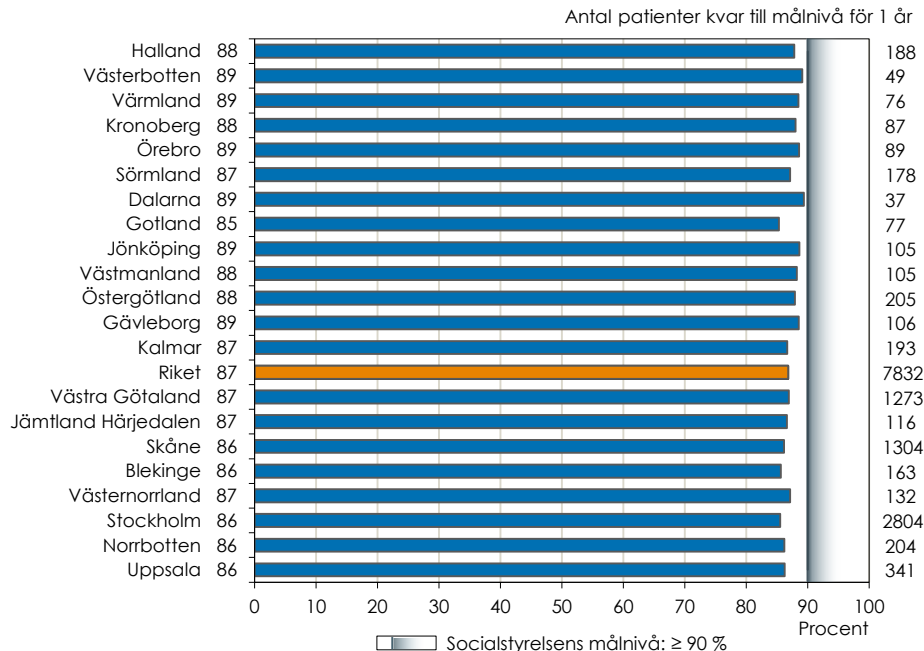
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det är en något högre andel patienter som inte behövt göra en kompletterande åtgärd inom folktandvården. Av de som fick en fast konstruktion 2018 är det 88,6 procent av patienterna i folktandvården som inte behövt göra någon kompletterande åtgärd vilket kan jämföras med 86,3 procent av patienterna i den privata tandvården.

På regionnivå är det ingen region som når målnivån även om till exempel Dalarna och Västerbotten är mycket nära med 89 procent. Regionerna har genomgående goda resultat även om Gotland, Stockholm, Uppsala och Norrbotten har lite mer arbete kvar att göra för att nå målnivån (diagram 70).

Diagram 70. Vuxna med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner som inte behövt genomföra kompletterande åtgärd inom fem år.

Konstruktion insatt år 2018. Efter region. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Patienter som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar har i högre utsträckning inte behövt genomföra några kompletterande åtgärder på tand- och implantatstödda fasta konstruktioner än patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. Skillnaderna mellan de olika REGSO-områdena är dock relativt små.

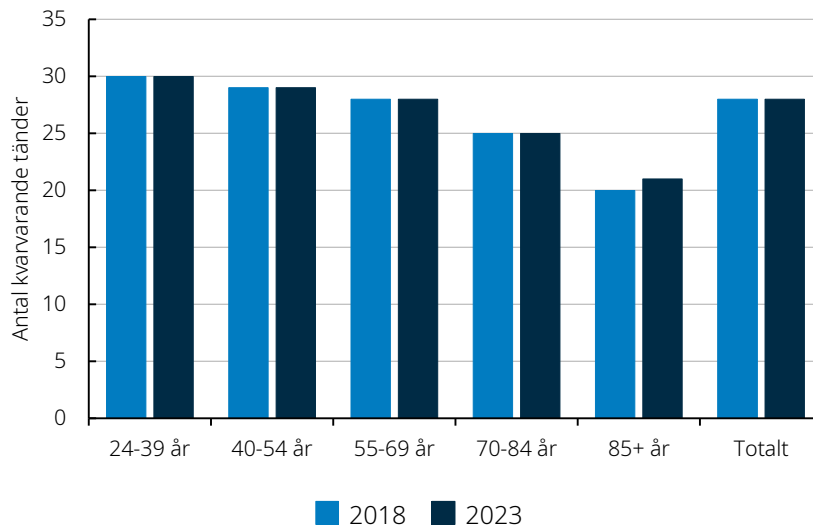
Kvarvarande egna tänder hos vuxna

Målet för tandvården är enligt tandvårdslagen en god tandhälsa och en god tandvård för hela befolkningen. Antal kvarvarande tänder är ett mått på genomgången sjukdom och en indikator för tand- och munhälsa generellt. Indikatorn mäter antal kvarvarande tänder som ett mått på munhälsa. Det är ett grovt mått som inte tar hänsyn till status på kvarvarande tänder.

Resultatet för indikatorn visar föga förvånande att ålder är en mycket viktig faktor. Det är framförallt i åldersgrupperna 70 år och äldre som antalet kvarvarande tänder minskar. Det går också se en viss förbättring över tid när man jämför 2018 och 2023 i den äldsta åldersgruppen (diagram 71).

Diagram 71. Median kvarvarande tänder

Efter ålder

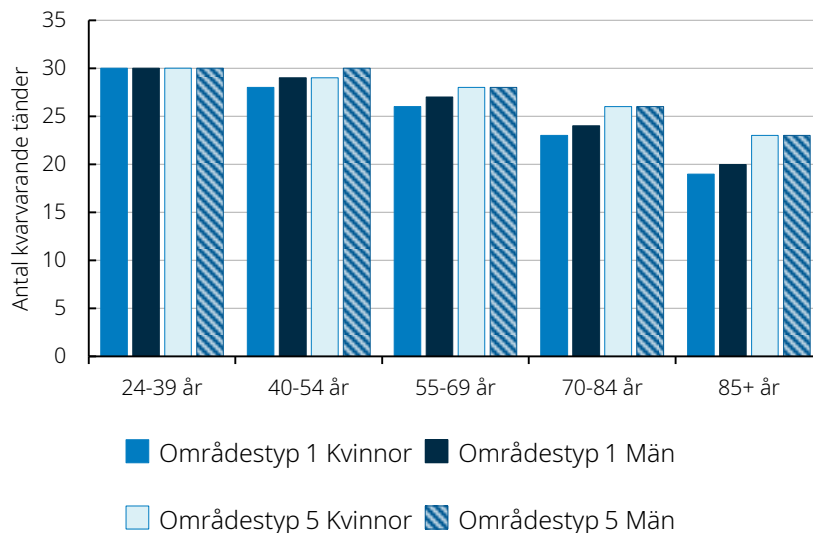


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socioekonomi har också tydlig påverkan på antal kvarvarande tänder. Individer i områden med stora socioekonomiska utmaningar (REGSO-område 1) har färre kvarvarande tänder från 40 år och uppåt. Det gäller inte minst kvinnor i dessa områden (diagram 72).

Diagram 72. Median kvarvarande tänder 2023

Efter REGSO-område och ålder



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socialstyrelsen gör årliga uppföljningar av kvarvarande tänder och av den framkommer också att det är betydande skillnader mellan de olika REGSO-områdena när det gäller andelen individer som har 20 eller fler kvarvarande tänder [8]. I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det 73,8

procent i åldern 65–74 år som har 20 eller fler kvarvarande tänder vilket kan jämföras med 95 procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (tabell 77).

Tabell 77. Andel besökare i tandvården med minst 20 kvarvarande tänder

Efter REGSO-område. 65–74 år. Procent

REGSO-område	Andel i procent
Stora socioekonomiska utmaningar	73,8%
Socioekonomiska utmaningar	81,9%
Socioekonomiskt blandat	87,2%
Goda socioekonomiska förutsättningar	91,5%
Mycket goda socioekonomiska förutsättningar	95,0%

Källa: Statistik om tandhälsa 2023, Socialstyrelsen 2024

Analys av resultat

Tandvårdsbehov barn och unga

Det är bekymmersamt att 40 procent av barn och unga med karies inte har avstannande sjukdom efter behandling. Tandvården behöver fokusera mer på förebyggande åtgärder för att minska antalet barn och unga som får karies. Det kan handla om olika typer av folkhälsoarbete, t.ex. via föräldrastödsprogram och hälsoguider. Man behöver skapa struktur för föräldrastöd och arbeta mer ”uppströms”. Genom föräldrastöd kan hälsolitteraciteten öka. Genom ökad samverkan och mer fokus på socioekonomiskt utsatta områden och grupper med mycket karies kan den positiva utvecklingen när det gäller andelen kariesfria 6-åringar fortsätta.

Kariesskador som behöver repareras

Rekommendationen om selektiv exkavering vid djup dentinkaries [15] behöver följas upp i framtida analyser. Från tandvårdens sida behöver man arbeta strukturerat för att implementera metoden på samtliga kliniker som behandlar karies.

Utvärderingen visar att det är 24 procent av patienterna som behöver göra om minst en fyllning inom 3 år. Det innebär att tandvården inte riktigt når upp till den nationella målnivån för indikatorn ≤ 15 procent fyllningar som behöver göras om inom 3 år. Andelen omgörningar minskar över tid vilket är positivt men ur jämlikhetsaspekt behöver skillnaderna mellan regionerna minska.

Idag är det mycket fokus på att göra fyllningar och man kanske gör en fyllning på fel indikation. Tandvården behöver göra mindre fyllningar och mer kronor eftersom kronor håller längre. Tandvården når den nationella målnivån för omgörningar av kronor vilket är mycket positivt. En särskild utbildningsinsats kan behövas för att tandvården ska göra kronor i högre grad. Valet av krona och fyllning styrs dock av flera faktorer, inte minst ekonomiska då kronor är en mer kostsam åtgärd. Genom ett mer proaktivt arbete och tidiga insatser för att motverka karies kan antalet gjorda fyllningar minska.

Det är knappt sju procent av patienterna som förlorat tand pga karies men skillnader finns mellan regionerna och utifrån socioekonomi. Individer som har extraherat en tand på grund av karies besöker tandvården mer sällan för en basundersökning. Detta är mer vanligt förekommande i områden med socioekonomiska utmaningar. Den lägre besöksfrekvensen hos personer som förlorat tand på grund av karies tyder på att det här finns ett behov av tandvård som inte tillgodosetts. Lägre besöksfrekvens har tydlig koppling till socioekonomi (patientens möjligheter att betala för vården) men kan också ha koppling till tillgången till tandvård i den aktuella regionen. Denna del är svårlost då det hänger samman med de utmaningar som tandvården har inom kompetensförsörjningsområdet.

De genomgående skillnaderna utifrån socioekonomi och mellan olika regioner behöver minska. Regioner och kunskapsstyrningsorganisationen behöver stödja tandvården i att arbeta mer förebyggande. Det är också mycket viktigt att den privata tandvården inkluderas i detta arbete.

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat

Nästan hälften av de vuxna med parodontit har fortsatt sjukdomsutveckling. Vidare finns det stora och svärförklarade skillnader mellan regionerna och utifrån socioekonomi, skillnader som ökar över tid. Tandvården behöver arbeta för att nå den nationella målnivån på ≥ 75 procent och för att minska skillnaderna.

Det är dock relativt stora skillnader mellan regionerna när det gäller förekomst av parodontit vilket tyder på att variationer i registreringsgrad kan påverka resultaten. Bättre registrering av bl a fickdjup kan förbättra möjligheterna till uppföljning. Registreringsgraden i kvalitetsregistret SKaPa behöver också generellt sett öka.

Eftersatt tandvård eller ett behov av tandvård som inte har tillgodosetts kan leda till tandförlust. Utvärderingen visar att andelen personer som förlorar tand på grund av parodontit är låg (5,4 procent). Även här finns dock skillnader utifrån socioekonomi som kopplas till lägre besöksfrekvens i områden med socioekonomiska utmaningar.

Trots viss osäkerhet i data visar utvärderingen att förekomsten av periimplantit minskar över tid vilket är positivt. Tandläkarna har fått mer erfarenhet och bättre metoder över tid. Färre behandlare gör fler implantat vilket förbättrar resultatet. Det finns dock betydande skillnader mellan olika socioekonomiska områden och mellan regionerna, men som nämnts ovan är dessa data något osäkra.

Tandvården har en relativt sett betydande antibiotikaförskrivning jämfört med hälso- och sjukvård och Socialstyrelsen beaktar den risk för resistensutveckling som alltid följer med antibiotikaanvändning.

Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare och uthämtat på apotek per 1 000 invånare varierar stort mellan regionerna. Områden med socioekonomiska utmaningar har också högre antibiotikaförskrivning.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs ett fortsatt arbete från kunskapsstyrningsorganisationen, regionerna och de enskilda klinikerna för att minska förskrivningen av antibiotika totalt sett. Man behöver också verka för en minskning av förskrivning av bredspektrumantibiotika. Vidare behöver tandvården arbeta för att minska skillnaden i förskrivning mellan regionerna för att nå den nationella målnivån.

Socialstyrelsens generella bedömning inom detta område är att tandvården behöver fokusera mer på arbetssätt och förebyggande åtgärder för att minska antalet personer som får parodontit och periimplantit. Ur jämlikhetsaspekt är det också viktigt att utfallet blir mer jämlikt vad gäller region och socioekonomi. Det behövs också ett aktivt arbete från regionernas sida för att säkra kompetensförsörjningen, inte minst specialistkompetens och tillgång till tandvård. För att kunna följa området på ett bättre sätt behöver registrering av diagnos och åtgärd förbättras, och registreringsgraden i kvalitetsregistret SKaPa generellt sett öka. Slutligen behöver tandvårdens följsamhet till de nationella riktlinjernas icke-göra rekommendationer öka och de fyra behandlingar (Full mouth disinfection i kombination med mekanisk infektionsbehandling, systemisk behandling med antibiotika som enda behandling, rekonstruktiv kirurgi med membran (GTR) och rekonstruktiv kirurgi med gingiva transplantat) som fått prioriteteten icke-göra bör fasas ut.

Sjukdomar och symtom kring tandpulpan

Tandvården har nått den nationella målnivå att ≥ 90 procent av vuxna inte har fått en rotfylld tand extraherad eller behandlad med ytterligare endodontiska åtgärder på en redan rotfylld tand inom en femårsperiod. Majoriteten av regionerna har nått målnivån och skillnader utifrån socioekonomi är marginella.

Förskrivning av antibiotika vid akut endodontisk åtgärd minskar över tid vilket är positivt. Samtidigt finns det betydande skillnader mellan regionerna när det gäller förskrivning av antibiotika vid akut åtgärd. Socialstyrelsen bedömer att det behövs ett fortsatt arbete från kunskapsstyrningsorganisationen, regionerna och de enskilda klinikerna för att minska förskrivningen av antibiotika i samband med akut endodontiskt besök. Vidare behöver tandvården arbeta för att minska skillnaden i förskrivning mellan regionerna. Det är mycket viktigt att den privata tandvården också är involverad i detta arbete.

Smärta och käkfunktionsstörningar

Det är en relativt låg andel vuxna som får orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning. Behandlingen är något mer vanligt förekommande hos kvinnor och hos personer yngre än 24 år.

Tandvården behöver skapa förutsättningar för att ställa om och ändra arbetssätt och börja arbeta mer med orsaksinriktad behandling vid munsjukdom och besvär för att behandla orsaken till problemen och inte bara symtomen. Tandvården behöver också förbättra inrapportering och registrering i kvalitetsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister och använda rätt koder. I detta sammanhang är det också viktigt ur jämlikhetssynpunkt att skillnaden mellan regionerna minskar när det gäller såväl inrapportering samt utförande av orsaksinriktad behandling.

Kvalificerat rådgivande samtal vid käkfunktionsstörningar är mycket ovanligt. Det är 2,2 procent av de vuxna som behandlades för käkfunktionsstörning 2023 som fick åtgärden. Socialstyrelsen bedömer att tandvården behöver arbeta aktivt för att kunna implementera åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid käkfunktionsstörningar.

För att själva kunna utföra kvalificerat rådgivande samtal behöver tandvårdskliniken ha tillgång till personal med rätt kompetens. Det behövs en förändring av attityd och förhållningssätt hos såväl tandvården som hos patienterna samt utbildning av personal. Samtidigt är det oklart om tandvårdens kapacitet räcker till för att nå målnivån på andelen som bör få kvalificerat rådgivande samtal, och om kapaciteten räcker till, i hur stor utsträckning patienter behöver remitteras till hälso- och sjukvården.

Även åtgärden motorisk aktivering behöver bli mer vanligt förekommande och här är det även viktigt att ojämlikheterna över landet när det gäller att få åtgärden minskar

Vidare bedömer vi att kunskapsstyrningsorganisationen och regionerna behöver stödja tandvården i sitt förbättringsarbete. Det bedöms också vara viktigt att den privata tandvården inkluderas.

Tandlöshet

Tandvården närmar sig den nationella målnivån att ≥ 90 procent av de vuxna med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner ska inte ha behövt genomföra någon kompletterande åtgärd inom en femårsperiod. Andelen ligger idag på 86,8 procent vilket är ett bra resultat.

Tandvården behöver fortsätta sitt framgångsrika arbete och fokusera på att minska skillnaderna mellan regionerna och utifrån socioekonomi. Resultatet kan också ses som ett argument för att utföra mer protetik då protetik håller bättre än fyllningar.

Mer fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser kan leda till fler kvarvarande tänder, inte minst hos äldre och hos personer i områden med socioekonomiska utmaningar. Framtida arbete behöver fokusera på dessa grupper för att kunna nå målet om en god och jämlik munhälsa och en god tandvård för hela befolkningen.

Munhälsan behöver bli mer jämlik

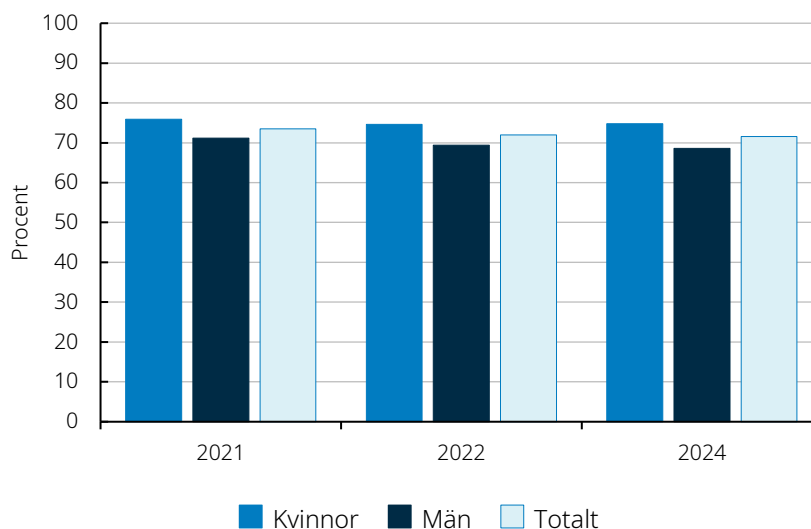
Munhälsan i Sverige är generellt god men det skiljer sig åt mellan olika grupper. Dålig munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning och olika funktionsnedsättningar. Det är samma mönster som för den allmänna hälsan och det finns också tydliga kopplingar mellan allmän hälsa och munhälsa.

Den självskattade munhälsan varierar

Kvinnor har genomgående högre självskattad munhälsa än män. År 2024 uppskattade 74,8 procent av kvinnorna att de hade god munhälsa, vilket kan jämföras med 68,6 procent av männen (diagram 73).

Diagram 73. Vuxna som uppger att de har god självskattad munhälsa

Efter kön. 25 år och äldre. Procent

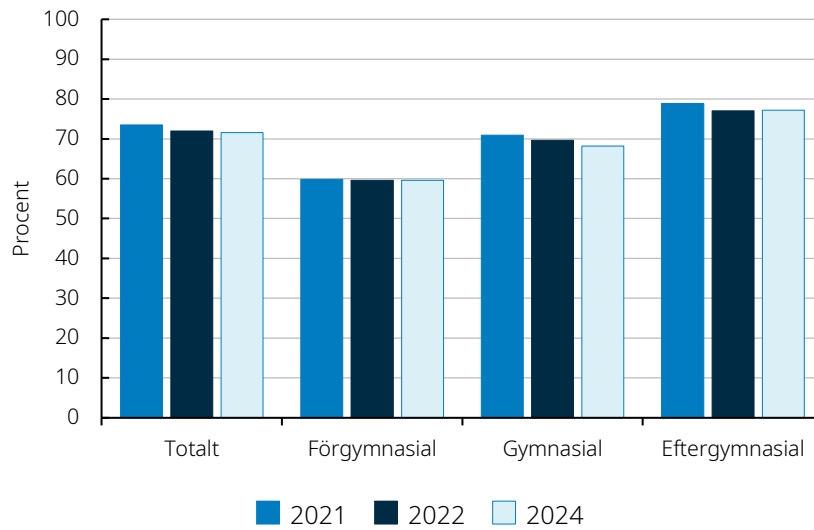


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Enkätresultaten visar vidare att utbildning har stor inverkan på den självskattade munhälsan. Högutbildade uppger att de har god munhälsa i betydligt högre grad än personer med kortare utbildning (diagram 74). Det går också att se en svagt sjunkande trend när det gäller andelen som uppskattar att de har en god munhälsa.

Diagram 74. Vuxna som uppger att de har god självskattad munhälsa

Efter utbildning. 25 år och äldre. Procent

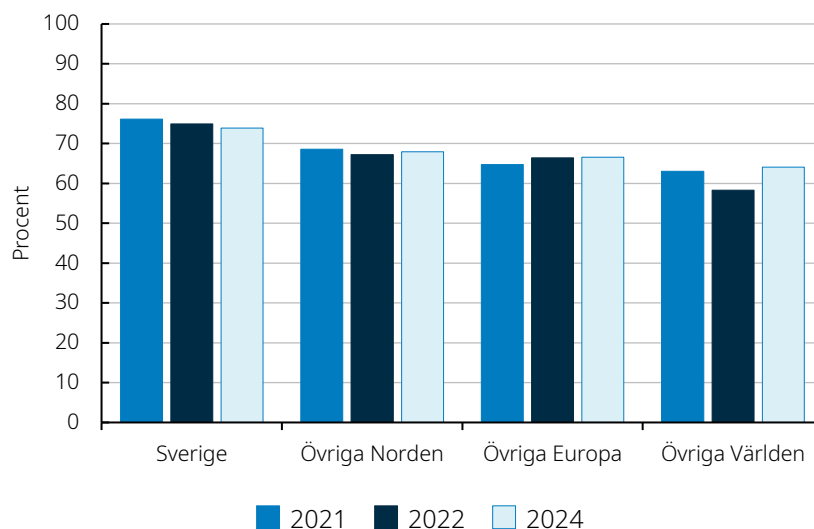


Källa: Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten

Födelseland har också stor inverkan på den här indikatorn. Svenskfödda har högre självskattad munhälsa än personer födda utomlands. Man kan dock se en svagt sjunkande trend i den självskattade munhälsan hos svenskfödda, samtidigt som den självskattade munhälsan hos personer födda utomlands ökar något (diagram 75). Observera att diagrammet visar personer 16 år och äldre.

Diagram 75. Unga vuxna och vuxna som uppger att de har god självskattad munhälsa

Efter födelseland. 16 år och äldre. Procent



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

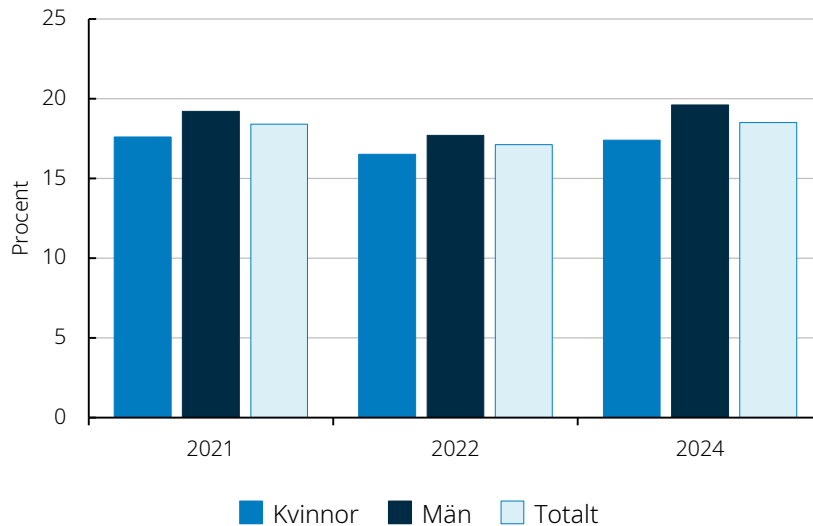
Relativt vanligt att avstå tandvård trots behov

I en jämlik tandvård bör vårdutnyttjandet motsvaras av behovet av vård. Indikatoren visar i vilken utsträckning det förekommer att individer avstår tandvård trots behov.

Män avstår tandvård trots behov i högre grad än kvinnor. År 2024 var det 19,6 procent av männen och 17,6 procent av kvinnorna som avstått tandvård trots behov [9].

Diagram 76. Unga vuxna och vuxna som uppger att de har avstått tandvård trots behov

Efter kön. 16 år och äldre. Procent

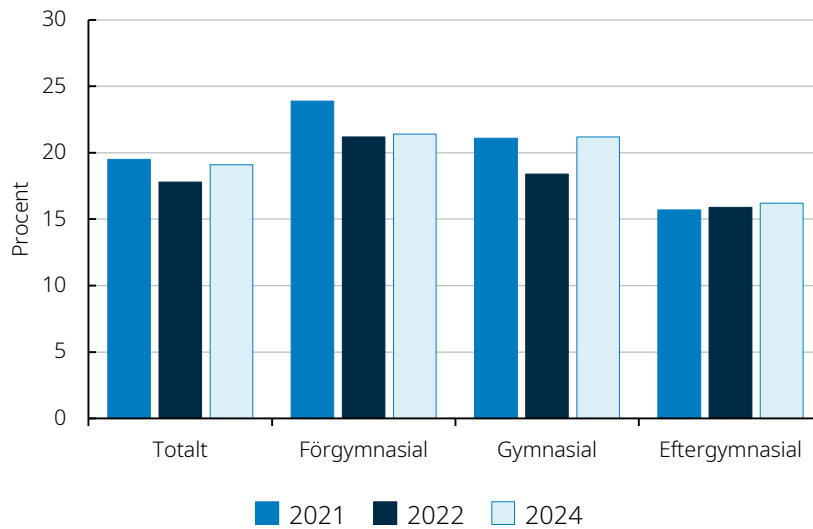


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Utbildningsnivå har stor påverkan på om man har avstått tandvård trots behov (diagram 77). Personer med högre utbildningsnivå uppger att de har avstått tandvård i lägre grad än personer med kortare utbildning. Det går också att se att arbetslösa och personer med sjukersättning eller sjukpenning avstår tandvård trots behov i högre grad än personer som yrkesarbetar.

Diagram 77. Unga vuxna och vuxna som uppger att de har avstått tandvård trots behov

Efter utbildning. 25 år och äldre

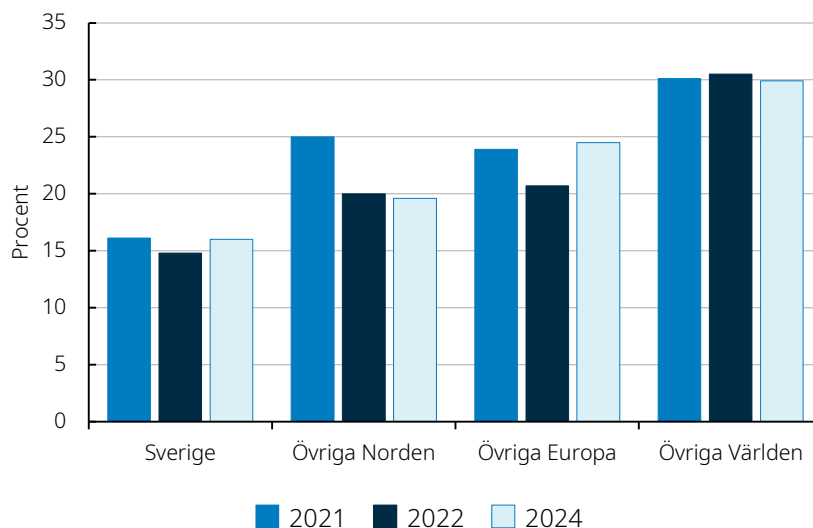


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Födelseland har också stor inverkan. Svenskfödda avstår tandvård trots behov i betydligt lägre utsträckning än personer födda utomlands. I övriga Norden ses en positiv trend där det över tid är en lägre andel som avstår tandvård trots behov.

Diagram 78. Unga vuxna och vuxna som uppger att de har avstått tandvård trots behov

Efter födelseland. 16 år och äldre



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Skillnaderna i andelen personer som avstår tandvård trots behov är precis som skillnaderna i självskattad munhälsa en tydlig indikation på att

munhälsan och tandvården i Sverige inte är jämlik. Detta är en situation som är väl känd sedan lång tid tillbaka.

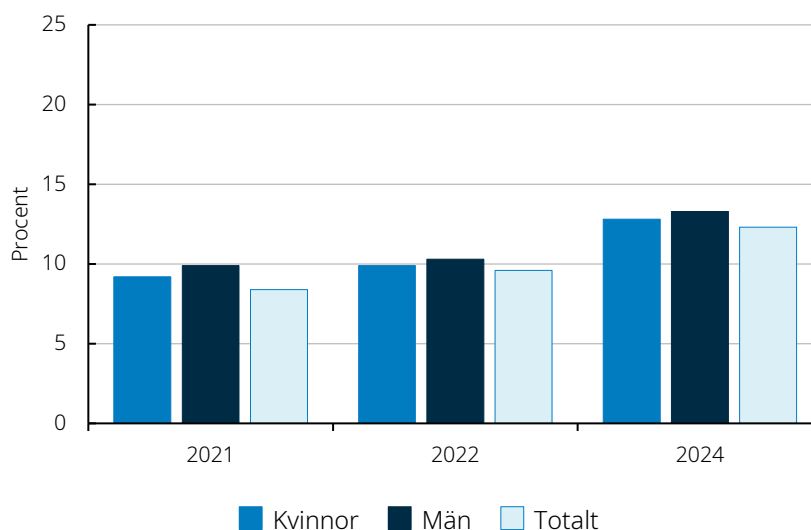
Avstå tandvård av ekonomiska skäl är mindre vanligt

Vuxna betalar en stor del av tandvården själv vilket kan leda till att personer som har behov av tandvård avstår tandvård av ekonomiska skäl. Detta kan leda till ojämlikhet i munhälsa. Indikatorn visar andel vuxna som avstår tandvård av ekonomiska skäl.

Män avstår tandvård av ekonomiska skäl i något högre grad än kvinnor, och det går att se en negativ trend där andelen personer som avstår tandvård av ekonomiska skäl ökar något. År 2024 var det 13,3 procent av männen och 12,8 procent av kvinnorna som avstått tandvård av ekonomiska skäl.

Diagram 79. Vuxna som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Efter kön. 25 år och äldre

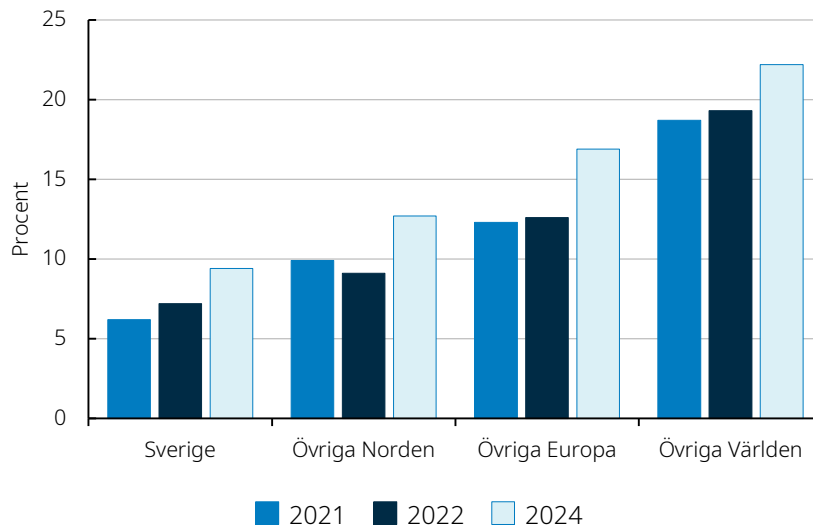


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Födelseland har också stor inverkan när det gäller att avstå tandvård av ekonomiska skäl. Svenskfödda avstår tandvård av ekonomiska skäl i betydligt lägre utsträckning än personer födda utomlands. I samtliga grupper ses en negativ trend där andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl ökar mellan 2021 och 2024.

Diagram 80. Vuxna som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Efter födelseland. 16 år och äldre

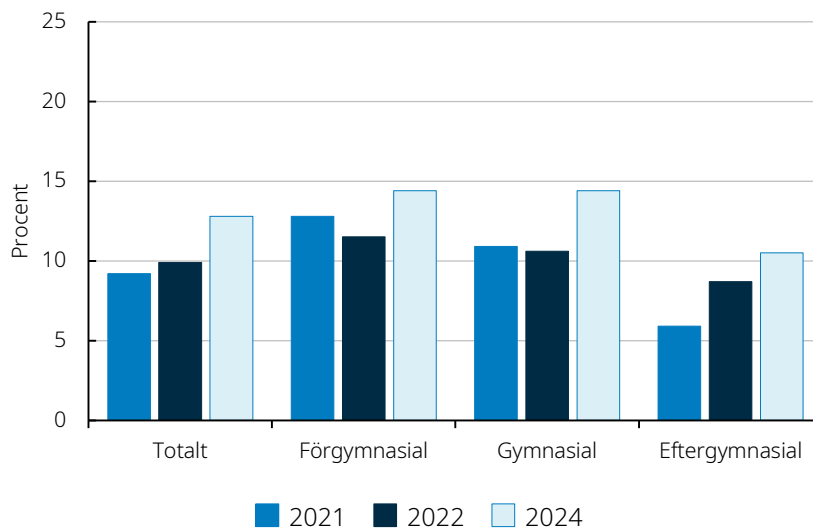


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Också utbildningsnivå har stor påverkan på om man har avstått tandvård av ekonomiska skäl (diagram 81). Personer med högre utbildningsnivå uppger att de har avstått tandvård i lägre grad än personer med kortare utbildning. Även här går det att se att andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl ökar över tid i alla grupper [9].

Diagram 81. Vuxna som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Efter utbildning. 25 år och äldre

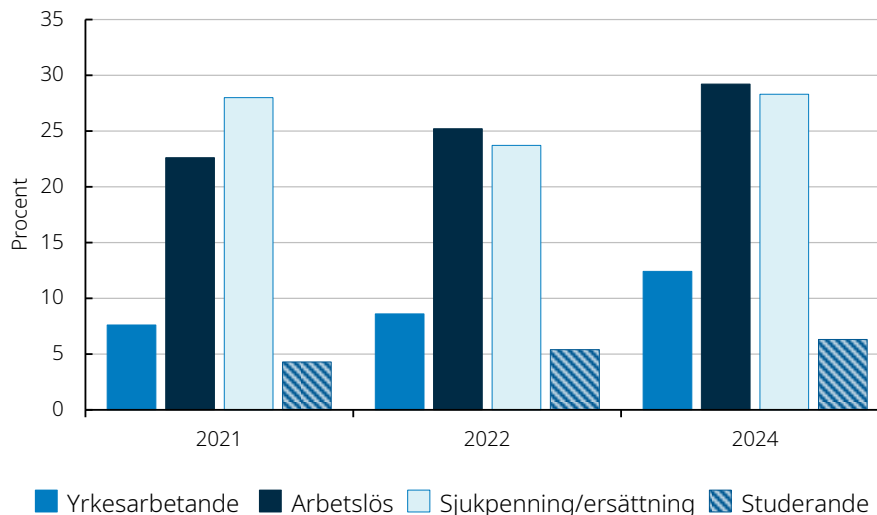


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Yrkesarbetande avstår tandvård av ekonomiska skäl i betydligt lägre grad än arbetslösa och personer med sjukpenning eller sjukersättning. År 2024 var det 12,4 procent av de yrkesarbetande som avstod tandvård av ekonomiska skäl vilket kan jämföras med 29,2 procent av de arbetslösa (diagram 82). Den negativa trenden över tid är synlig även här.

Diagram 82. Vuxna som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Efter sysselsättning. Procent



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Intresseorganisationernas erfarenheter

Socialstyrelsen har genomfört dialogmöten med företrädare för pensionärsorganisationer, Demensförbundet, Schizofreniförbundet och FUB för att få del av deras erfarenheter av samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, om riktlinjerna för tandvård har fått något genomslag för deras medlemmar etc. De är alla företrädare för organisationer vars medlemmar omfattas av riktlinjernas rekommendationer inom området främja hälsa för personer som behöver särskilt stöd.

Från Demensförbundet framförs att finns ett stort behov av samverkan för gruppen, men ofta saknas insikt om munhälsans betydelse och hur den kan påverka den allmänna hälsan för gruppen demenssjuka. Man upplever också att det brister i kunskapen om munhälsans betydelse hos personal på demensboenden. Förbundet upplever att demensdiagnosen kommer i vägen, problem ses som ett resultat av diagnosen och inte av problem med munhälsan. Det finns också negativa erfarenheter där anhöriga upplever att hälso- och sjukvården lämnar över till de anhöriga att ta hand om den demenssjukes munvård. Ekonomin är en viktig faktor, man förstår inte alltid

att man har rätt till stöd som gör att tandvård blir billigare. Detta kan leda till att man tackar nej till stöd när det erbjuds.

Pensionärsorganisationerna ser ett behov av samverkan med hemtjänst och kommunal och regional sjukvård. En särskild grupp där det finns behov av samverkan är patienter inom psykiatrin med läkemedel som påverkar munhälsan. Denna grupp riskerar falla mellan stolarna. Samverkan fungerar dock relativt väl på särskilda boenden men sämre för de som har hemtjänst. Munhälsa och tandvård behöver inkluderas i vårdplanen.

Begränsat genomslag av de nationella riktlinjerna

Intresseorganisationerna upplever att genomslaget av de nationella riktlinjer som är relevanta för deras medlemmar är begränsat. T.ex. rekommendationen om systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna som behöver särskilt stöd och som riskerar att tappa sin tandvårdskontakt. Från Schizofreniförbundet upplever man att det fungerar dåligt med svag uppföljning av patienter som uteblir. Regelverket tolkas ofta olika över landet. Skriftlig information måste anpassas och t ex skrivas på lättläst svenska. Personer med intellektuell funktionsnedsättning behöver motivation för att komma till tandvården. Tandvården behöver också ha koll på vilka som har LSS.

Pensionärsorganisationerna upplever inte heller att samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan har fått genomslag. Tandvård ingår inte i vårdkedjan enligt deras erfarenhet. De anser dock att det är viktigt att tandvård och munhälsa inkluderas, t.ex. när det gäller läkemedel och deras påverkan på munhälsan. Man efterfrågar föreskrifter/allmänna råd som sedan kan omsättas i rutiner i verksamheterna

Demensförbundet uppfattar att munhälsa ofta ses som något för sig. Det är viktigt med transparens och att dokumentation om hälsotillstånd följer med patienten in i olika verksamheter. Demensförbundet efterfrågar någon form av funktion med koordinerande roll som kan ge information och stöd om vilka stöd som finns etc.

FUB och Schizofreniförbundet delar bilden av det inte har hunnit ske så mycket praktiska förändringar sedan de nya rekommendationerna kom men att det behov av samordnade insatser som pekats ut är fortsatt viktiga. Det är viktigt med motivation och information till gruppen. Tandvården kommer ofta in sent i processen och är inte alltid som tandläkare deltar på SIP-mötena. Kompetens i munhälsa behöver utvecklas hos hälso- och sjukvårdspersonalen.

Demensförbundet lyfter också vikten av kunskap inom munhälsa. Idag läggs mycket på de anhöriga enligt deras erfarenhet. I hemtjänsten finns ofta en

brist på kontinuitet med personal som är stressade där det är brist på tid, något som är försvårande då man behöver skapa en tillitsfull situation.

Inom de båda tandvårdsstöden nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet är det betydande skillnader över landet i hur väl de fungerar och hur stor andel som får del av stöden. Både FUB och Schizofreniförbundet lyfter denna aspekt, inte minst uppsökande verksamhet upplevs som svår att få till. Från Demensförbundet påpekas att det idag ofta går för lång tid innan stödet kommer på plats. Ett sätt att underlätta undersökningen rent praktiskt kan vara att ta med personen till tandvårdskliniken, då blir det tydligt vad som är på gång.

Pensionärsorganisationerna upplever att tandvårdsstöden fungerar väl för de svårt sjuka men inte fullt lika bra när det gäller äldreomsorg mer generellt. Man efterfrågar mer stöd och information från Socialstyrelsen om stöden och hur de fungerar. Det behövs samlad information om alla stöd som också behöver skickas ut till alla intressenter. Nu är det tandvården som sköter detta arbete och man upplever att tandhygienisterna gör ett bra förebyggande arbete. Ett förslag till lösning kunde vara att koppla läkarbesök till tillgång till nödvändig tandvård för att säkerställa nödvändig tandvård den vägen.

Jämlikhetsaspekter

Från Schizofreniförbundets sida upplever man att det fungerar bra när man väl kommer till tandvården. FUB påtalar dock att det kan saknas tid, resurser och kunskap om personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) och deras behov vilket ibland kan leda till försenade behandlingar och försämrad munhälsa. Demensförbundet påpekar att olika regelverk i olika regioner ger upphov till ojämlikhet. Det ska inte spela någon roll var du bor. Idag får många diagnos i tidigare fas och det är viktigt att kunna fånga upp denna grupp och ge förebyggande vård innan munhälsan försämrats. Det är viktigt att kunskap om stöden och när man rätt till dem förs ut.

Analys av resultat

De tydliga skillnaderna i självskattad munhälsa och skillnaderna mellan olika grupper när det gäller att avstå tandvård trots behov eller på grund av ekonomiska skäl visar att munhälsa och tandvård är ojämlik. Detta bekräftas av registerdata över förekomst av munsjukdomar som t.ex. karies som är vanligare i områden med socioekonomiska utmaningar.

Tandvårdskonsumtion hos vuxna påverkas av ekonomiska skäl eftersom vuxna själva får betala en stor andel av tandvården. Detta är en faktor som är svårt att komma runt med nuvarande system men tandvården behöver försöka arbeta hälsofrämjande och förebyggande i större utsträckning för att minska antalet personer som får munsjukdomar.

Summerande analys

Socialstyrelsen utvärdering visar att tandvården nått den nationella målnivån för indikatorerna effekt av rotbehandlingar och vuxna med en eller flera tänder som åtgärdas på nytt när det gäller omgörningar av kronor. Det betyder att tandvården når två av fjorton målnivåer.

Tandvården behöver nu fortsätta sitt arbete och upprätthålla måluppfyllelsen när det gäller rotfyllningar. Samtliga regioner har dock inte nått målnivån ännu även om de är mycket nära. I de regionerna behöver tandvården fortsätta arbeta för att öka följsamheten till rekommendationen.

Situationen är likartad när det gäller omgörning av kronor. I de regioner som inte når målnivån behöver tandvården fortsätta arbeta för att öka följsamheten till rekommendationen. Kronor håller bättre än fyllningar och resultatet kan ses som ett argument för att tandvården borde göra kronor istället för fyllningar i högre utsträckning när det så är befogad. Valet mellan fyllning och krona styrs dock av flera faktorer, inte minst patientens val då krona är en mer kostsam åtgärd.

Litet genomslag för kvalificerat rådgivande samtal i tandvården

Tandvården har haft stora utmaningar att implementera kvalificerat rådgivande samtal i tandvården vid behandling av karies, parodontit och käkfunktionsstörningar. Utvärderingen visar att det är mycket få patienter som får åtgärden kvalificerat samtal som ett led i sin behandling och att tandvården därmed är mycket långt ifrån att nå målnivån.

Samtidigt är kvalificerat rådgivande samtal en högt prioriterad åtgärd och en del av ett paradigmskifte i tandvården mot mer hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Tandvården behöver därför arbeta mer hälsofrämjande för att följa intentionerna i riktlinjerna.

Utvärderingen visar vidare att majoriteten av patienterna som behandlas för karies, parodontit eller käkfunktionsstörning inte får orsaksinriktad behandling. Det är endast 11 procent av de vuxna patienterna med kariessjukdom som fått orsaksinriktad behandling. Tandvården behöver ställa om och ändra arbetssätt, och börja arbeta mer med orsaksinriktad behandling vid munsjukdom och besvär för att behandla orsaken till problemen och inte symtomen.

Tandvården och munhälsan behöver bli mer jämlik

Utvärderingen visar att det är betydande skillnader i resultaten för flera av indikatorerna utifrån bland annat region, sjukvårdsregion, regi, socioekonomi och kön.

Region

För att öka följsamheten till rekommendationerna behöver regionerna förbättra förutsättningarna för samverkan och införande av systematiska arbetssätt. Det finns stora skillnader mellan regionerna inom områdena systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt, systematisk samverkan med barnhälsovården i områden med hög risk för dålig munhälsa, diagnostisering av käkfunktionsstörningar samt munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Det finns även stora skillnader i förskrivningen av antibiotika. Regionerna med hög förskrivning behöver arbeta aktivt för att minska förskrivningen.

Socioekonomi

Munhälsan i Sverige är generellt god men det skiljer sig åt mellan olika grupper. Dålig munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning och olika funktionsnedsättningar. Utvärderingen visar på återkommande skillnader i de flesta områden vi undersökt. Detta kan delvis bero på att vuxna patienter får stå för en stor del av kostnaden själva men samtidigt ses dessa skillnader även inom övrig hälso- och sjukvård. Detta visar på behovet av hälsofrämjande arbete med fokus på dessa grupper för att bibehålla en god munhälsa. Det är ett långsiktigt arbete som kräver tillförsel av resurser och nya arbetssätt.

Resultaten visar till exempel att REGSO-område har stor påverkan på avstannande karies efter behandling hos barn och unga. Efter 12–18 månader har 57 procent av barn och unga som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar avstannande karies vilket kan jämföras med 71 procent hos de som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

Kön och ålder

Det finns en tydlig skillnad i den självskattade munhälsan utifrån kön. Flickor och kvinnor har generellt högre självskattad munhälsa än pojkar och män. Resultaten visar också på tydliga skillnader utifrån kön och ålder när det gäller orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörningar. Pojkar får

denna typ av behandling för käkfunktionsstörningar i betydligt lägre grad än flickor.

Offentlig och privat tandvård

Utvärderingen visar också att det finns skillnader utifrån regi när det gäller tandvårdens följsamhet till de nationella riktlinjerna. Till exempel används orsaksinriktad behandling i högre utsträckning i folktandvården. Orsaksinriktad behandling är också en del av förflyttningen i tandvården som pekas ut i rekommendationerna där man ställer om arbetssätt och behandlar orsaken till munhälsoproblem och inte symtomen. Såväl folktandvård som privat tandvård behöver verka för att öka andelen patienter som får orsaksinriktad behandling.

Ett annat område där folktandvården presterar bättre är behandling av periimplantit. När det gäller vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling är det dock en högre andel av patienterna i den privata tandvården som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling.

Från ett jämlikhetsperspektiv är det viktigt att kliniker och huvudmän arbetar mer med uppföljning för att kunna minska skillnaderna i utförd tandvård och i utfall så att patienterna kan få likvärdig vård oavsett regi.

Patient- och personalplanering som ett framtida verktyg för framtidens kompetensförsörjning

Socialstyrelsen har inom ramen för arbetet med det nationella planeringsstödet fortsatt att utveckla sina rapporter till att bidra till en mer långsiktig och hållbar planering av personalresurserna inom tandvården. Det är stora skillnader i tillgången till tandvårdspersonal i regionerna och bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedöms bestå till 2035 [34, 35]. Socialstyrelsen konstaterar att det råder brist på resurser i tandvården samtidigt som munhälsan allt mer ses som en del av den allmänna hälsan och den integreras i nationella riktlinjer och strategier. Detta ligger i linje med WHO:s arbete för att stärka tandvårdens roll i hälsofrämjande och förebyggande arbete. Utvecklingen visar på behovet av en strategisk och långsiktig planering av både personalförsörjning och vårdorganisationer för att möta framtidens krav och säkerställa en tillgänglig och jämlik tandvård för hela befolkningen [35]. I rapporten *Patient- och personalcentrerad personalplanering* beskriver myndigheten hur personalplanering kan utvecklas för att främja ett effektivt resursutnyttjande av begränsade personalresurser på kort och lång sikt. Från förebyggande insatser i barndomen och vuxenlivet till äldreomsorg och palliativ vård i livets

slutskede. Detta betonar vikten av samordnade resurser och en kontinuerlig kompetensutveckling för att säkerställa en tillgänglig och jämlik tandvård. För att detta ska bli verklighet krävs sammanhållna personalkedjor som inte bara säkerställer att fler medarbetare rekryteras utan att det finns kontinuerlig tillgång till personal vilket kräver lärare och handledare samt en blandning av personal med olika erfarenhet och kompetens.

Inom ramen för arbetet med rapporten genomförde Socialstyrelsen en workshop med tandvårdens aktörer där de fick beskriva målsättningar och önskat läge 2035 [36].

Tabell 78. Mål 2035

Mål
Jämlik tillgång till tandvård
Högkvalitativ och patientcentrerad tandvård
Förebyggande och hälsofrämjande insatser
Hållbar personalförsörjning
Dra nytta av digitalisering och teknisk innovation
Miljömässig hållbarhet

Källa: Patient- och personalcentrerad personalplanering. Socialstyrelsen 2025

Dessa mål ligger väl i linje med fokuset i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Socialstyrelsen bedömer att det utvecklingsarbete som beskrivs i rapporten *Patient- och personalcentrerad personalplanering* kan vara en väg framåt för att hantera kompetensförsörjningsproblematiken i tandvården. I förlängningen kan detta leda till en förbättrad tillgång till personal och en möjlighet att minska de skillnader i utförd tandvård och utfall i hälsa som utvärderingen visar.

Fortsatt utveckling av tandvården

Resultatet av utvärderingen visar en i stora delar välfungerande tandvård. Tandvården behöver dock fokusera mer på arbetssätt och förebyggande åtgärder för att minska antalet personer som får munsjukdomar och besvär. Huvudmän och tandvården behöver anpassa och ställa om så att fler patienter kan få högprioriterade åtgärder i enlighet med rekommendationerna. I arbetet för att skapa en god och jämlik tandvård och munhälsa är det viktigt att den privata tandvården inkluderas. Kunskapsstyrningsorganisationen inom tandvården har också en viktig roll att spela i sammanhanget. Till exempel kommer det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för karies att följas med indikatorer som ingår Socialstyrelsens utvärdering. Den nationella arbetsgruppen för äldres

munhälsa har också flera beröringspunkter med nationella riktlinjer för tandvård.

Fortsatt arbete för målgrupperna

Regioner och privata vårdgivare behöver

- Ge fortsatt stöd för implementering av nya arbetssätt i tandvården för att öka följsamheten till riktlinjerna.
- Verka för att tandvården ska arbeta mer hälsofrämjande med fokus på områden med hög risk för dålig munhälsa så förekomst av karies hos barn och unga minskar
- Skapa förutsättningar för systematisk samverkan och samordnade insatser mellan tandvård, hälso- och sjukvård t.ex. primärvård och kommunal verksamhet.
- Se över och anpassa rutiner för antibiotikaförskrivning till rekommendationerna i nationella riktlinjerna
- Ge stöd till tandvårdsklinikerna för att minska antibiotikaförskrivningen

Tandvårdsklinikerna behöver

- Implementera nya arbetssätt enligt riktlinjernas rekommendationer, t.ex. vad gäller kvalificerat rådgivande samtal.
- Genomföra kompetensutvecklingsinsatser för personalen, t.ex. i samtalsbaserade metoder så att klinikens personal har möjlighet att genomföra kvalificerat rådgivande samtal
- Implementeringsansvariga på kliniken behöver gå Socialstyrelsens webbutbildning tandvård 2.0 i högre utsträckning
- Utveckla arbetet med förebyggande och hälsofrämjande insatser och ge orsaksinriktad behandling i högre utsträckning,
- Utveckla arbete med samordnade insatser och samverkan med andra aktörer, t.ex. barnhälsovården om levnadsvanor för barn i socioekonomiskt utsatta områden med hög risk för dålig munhälsa
- Fortsätta arbetet för att minska förskrivningen av antibiotika
- Förbättra inrapportering och registrering i kvalitetsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister, t.ex. när det gäller erosionsskador.

Professionen behöver

- Vara delaktig i implementeringen av riktlinjerna, t.ex. delta vid utbildningsaktiviteter.
- Förbättra inrapportering och registrering i kvalitetsregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister, t.ex. när det gäller erosionsskador.

Barnhälsovården behöver

- Öka samverkan med tandvården i områden med hög risk för dålig munhälsa
- Uppmärksamma munhälsan och dess betydelse för hälsan

Kommun och socialtjänst behöver

- Skapa förutsättningar för kompetensutveckling av personalen i munvård
- Utveckla rutiner för att uppmärksamma munhälsan, t.ex. vid biståndsbedömning
- Utveckla samverkan med tandvården för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård
- Utveckla arbete med samordnade insatser och systematisk samverkan med tandvården, t.ex. för barn och vuxna som har behov av särskilt stöd och som får insatser som behöver samordnas med tandvården

Kunskapsstyrningsorganisationen behöver

- Uppmärksamma munhälsa i de kunskapsstöd där det är relevant. Detta gäller samtliga NPO
- Ge stöd för implementering av nya arbetssätt, till exempel att arbeta mer med orsaksinriktad behandling vid munsjukdom och besvär
- Fortsätta arbetet för att minska förskrivningen av antibiotika

En komplicerande faktor är tandvårdssystemet där vuxna patienter betalar en stor del av tandvården själva. Det kan påverka viljan att ta emot behandlingar som handlar om beteendeförändringar som kvalificerat rådgivande samtal, men även andra behandlingar och åtgärder som patienten upplever vara alltför kostsamma. Det innebär att ersättningssystemet har en negativ inverkan på förutsättningarna att åstadkomma en jämlik tandvård och munhälsa. För kvalificerat rådgivande samtal kan ett alternativ vara att remittera vidare patienten till hälso- och sjukvården men det förutsätter att hälso- och sjukvården har resurser att ta emot dessa patienter. Patienter som remitteras vidare från tandvården kan dessutom inte följas i tandvårdens system vilket försvårar uppföljning. Finansieringssystemet påverkar även vårdgivaren eftersom val av behandling kan drivas av vad som arvoderas bäst. T.ex. är det lönsamt att ersätta en tand med ett implantat, men att förhindra förlust av tand med rotfyllningsbehandling är mindre lönsamt.

Kompetensförsörjningsproblematiken och tillgången till tandvårdspersonal som tandläkare och tandhygienister är också något som har stor påverkan på vilken tandvård som bedrivs i stora delar av landet, inte minst i glesbygd och i norra Sverige. Här har Socialstyrelsen ett pågående arbete med patient- och personalcentrerad planering.

Projektorganisation

Projektägare

Maria State

Projektleddning

Thomas Malm	Projektleddare
Anastasia Simi	Metodstöd
Peter Lundholm	Sakkunnig tandvård

Expertgrupp

Álfheidur Ástvaldsdóttir	Registerhållare Svenskt kvalitetsregister karies och parodontit, SKaPa
Fredrik Frisk	Docent, Övertandläkare Endodonti
Anders Jonsson	Cheftandläkare och utbildningschef
Pernilla Larsson Gran	Docent, Övertandläkare Oral protetik
Ola Norderyd	Professor, Övertandläkare Parodontologi
Katharina Wretling	Docent, Kariologi

Projektgrupp

Christina Broman	Enhetskoordinator
Frida Lundgren	Statistiker
Kenneth Levin	Statistiker
Claes Falck	Enkätstöd
Ehline Larsson	Utredare
Mikael Nyman	Diagramproduktion
Tiina Laukkanen	Produktionsledare

Referenser

1. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2022
2. Nationella riktlinjer - Indikatorer för tandvård Socialstyrelsen 2022
3. Målnivåer för tandvård – målnivåer för indikatorer. Socialstyrelsen 2022
4. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen 2013
5. Karies bland barn och unga. Epidemiologiska uppgifter för år 2023. Socialstyrelsen 2024
6. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund. Socialstyrelsen 2022
7. Munhälsa och tandvård för placerade barn. Socialstyrelsen 2020
8. Statistik om tandhälsa 2023 s. 7. Socialstyrelsen 2024
9. Hälsa på lika villkor, Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten
10. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 18. Socialstyrelsen 2022
11. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården 2025, s 83
12. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 18–19. Socialstyrelsen 2022
13. Global Strategy and action plan on Oral Health 2023–2030. Genève: WHO; 2024
14. Opublicerad kursöversikt Tandvård 2.0. Socialstyrelsen mars 2025
15. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 54. Socialstyrelsen 2022
16. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 23. Socialstyrelsen 2022
17. Nationella riktlinjer - Indikatorer för tandvård, s. 76. Socialstyrelsen 2022
18. Hälsopromotörer i tandvården. Delrapport 2024. Folktandvården Västra Götaland 2024
19. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 43. Socialstyrelsen 2022
20. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen 2024
21. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 34. Socialstyrelsen 2022
22. Digitalt möte Gunnar Henning, Region Västra Götaland 2025-01-10

23. Opublicerad kursöversikt Grundläggande webbutbildning munhälsa och munvård. Socialstyrelsen mars 2025
24. Regionernas tandvårdsstöd. Uppföljning av regionernas tandvårdsstöd 2023. Sveriges kommuner och regioner 2024
25. Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Socialstyrelsen 2024
26. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. sid. 44. Socialstyrelsen 2022
27. Karies bland barn och unga. Epidemiologiska uppgifter för år 2023. Socialstyrelsen 2024
28. Årsrapport 2020, SKaPa 2021
29. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2023, s 92
30. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2023, s 93
31. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2023, s 94
32. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2023, s 95
33. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2023, s 96
34. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024. Nationella planeringsstödet 2025. Delrapport 2. Bilaga 1. Socialstyrelsens 2025
35. Resurs och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Socialstyrelsen 2024
36. Patient- och personalcentrerad personalplanering, Socialstyrelsen 2025

Bilaga 1. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Denna rapport har en webbilaga som innehåller en sammanställning av Socialstyrelsens enkäter till lärosäten, regioner och verksamheter.

Indikatorerna och målnivåerna som redovisas i utvärderingen redovisas i sin helhet i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.
Målnivåer för indikatorer.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats,
www.socialstyrelsen.se



Utvärdering av tandvården (artikelnr 2025-6-9646)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.