

Målnivåer för tandvård

Målnivåer för indikatorer

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-9-8087
Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2022

Förord

Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss rekommenderad behandling eller annan vårdåtgärd. Målnivåerna syftar till att ge tandvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård. Idag finns det målnivåer inom ett tiotal riktlinjeområden. Denna rapport innehåller fastställda målnivåer för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för tandvård.

Projektledare för arbetet har varit Thomas Malm som tillsammans med Anastasia Simi och Álfheidur Astvaldsdóttir har utgjort projektets arbetsgrupp. Övriga projektmedarbetare som bidragit till rapporten är Frida Lundgren, Lars Holm, Anna Malmborg och Mikael Nyman. Projektets expertgrupp har bestått av Sven Bågesund, Lars Gahnberg, Ola Norderyd, Katri Ståhlacke, Katharina Wretling och Hans Östholm. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp – bestående av huvudmannaföreträdare, företrädare från nationellt programområde tandvård, professionsföreträdare, företrädare för centra, nätverk och lärosäten och representanter för intresseorganisationer – arbetat med att ta fram målnivåförslagen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	9
Om uppdraget	9
Målnivåmodellen	9
Om indikatorerna	12
Om målnivåerna	12
Datakällor.....	12
Förslag till målnivåer	14
Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt (Indikator O.2)	15
Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär (Indikator O.7)	19
Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (O.12)	22
Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (O.15)	26
Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård (Indikator O.26)	29
Antibiotikaförskrivning i tandvården (Indikator O.27)	33
Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande (Indikator T.4)	36
Samvarkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård (Indikator T.5)	37
Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.9)	39
Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.10)	40
Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar (Indikator T.11)	41
Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (T.13)	42
Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna (Indikator T.15)	44
Effekt av rotbehandlingar hos vuxna (Indikator T.16)	47
Förteckning över indikatorerna.....	50
Referenser	52
Bilaga 1. Deltagarförteckning	53

Sammanfattning

Nationella målnivåer avser att fungera som stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården och tandvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Det främsta syftet med målnivåer är att säkerställa en god och jämlik vård.

Socialstyrelsens senaste utvärdering av tandvården 2013 visar att det finns ett stort antal förbättringsområden som berör regionernas arbete. Till exempel när det gäller regionala skillnader i kariesförekomst hos barn och ungdomar [1]. Inom tandvården har det tidigare inte funnits nationella målnivåer vilket skiljer tandvården från de flesta andra riktlinjeområden. I samband med att de nationella riktlinjerna för tandvård uppdaterades 2021 såg därför Socialstyrelsen det som angeläget att även ta fram nationella målnivåer för tandvård som ett led i arbetet med att förbättra uppföljning och utvärdering av tandvården. Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för tandvård [2, 3].

Socialstyrelsen har gjort ett urval av indikatorerna, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Det handlar bland annat om att det ska finnas evidens eller kunskap om hur stor eller liten andel personer som bör få en viss behandling eller åtgärd. Det ska även vara möjligt för verksamheterna att påverka utfallet. Efter urvalet har arbetet bedrivits i ett konsensusförfarande med experter, företrädare för huvudmännen, företrädare för nationella programområden, professionsföreträdare och representanter för intresseorganisationer. Konsensusgruppen har, utifrån de befintliga underlagen, diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna. Efter en remissomgång har Socialstyrelsen fastställt målnivåerna.

De fastställda målnivåerna är:

Indikator nr.	Övergripande indikatorer	Målnivå
O2	Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt	≤15% för personer med fyllningar som behöver göras om inom 3 år ≤10% för personer med kronor som behöver göras om inom 5 år
O7	Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär	≥50 %
O12	Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling	≥ 85 % för karies ≥ 75 % för parodontit
O15	Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna	≥90% kariesfria 6-åringar
O26	Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård	≥80 % för munhälsobedömning ≥90 % för nödvändig tandvård
O27	Antibiotikaförskrivning i tandvården	≤2 expedieringar per 1 000 inv. i variation mellan regionerna

Indikator nr.	Riktlinjespecifika indikatorer	Målnivå
T4	Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande	100 %
T5	Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård	100 %
T9	Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	100 %
T10	Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	100 %
T11	Systematiskt arbetssätt för barn med erutionsstörningar	100 %
T13	Inskolning för barn med behandlingsrådsla eller behandlingsomognad	100 %
T15	Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna	≥90 %
T16	Effekt av rotbehandlingar hos vuxna	≥90 %

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge tandvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården av sjukdomar som drabbar många personer, och som kan leda till kroniska och/eller långvariga sjukdomsförlopp.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete även på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

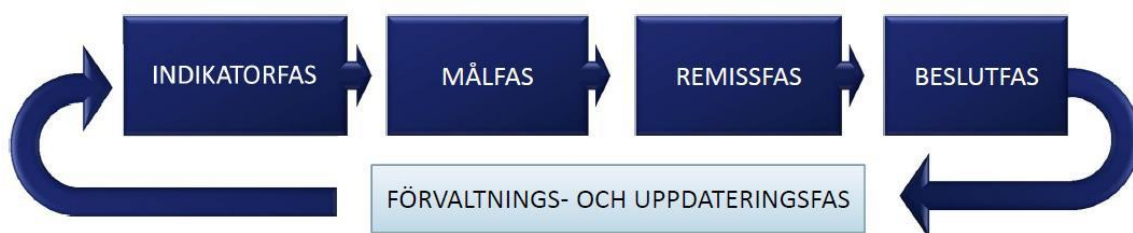
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss sjukdomsgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 90 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för en viss behandling. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur oftast baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel frekvens av omgörningar eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs mer utförligt längre fram i detta kapitel.

Målnivåer gäller övergripande för en hel sjukdomsgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara fri från smärta och infektioner i munnen. Då det gäller för en hel grupp gör vi i målnivårapporten heller inga analyser av eventuell ojämlikhet, t.ex. mellan män och kvinnor. Anledningen till att målnivåerna inte alltid sätts till 100 procent, trots att indikatorn ska ha en riktning mot en hög andel, är att det kan finnas patienter som inte bör omfattas av den aktuella behandlingen.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i tandvården sker tidigt i arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för tandvården att påverka
- helst ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från hälso- och sjukvårdsregionerna, företrädare från nationella programområden, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörda intresseföreningar.

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delhiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) samt expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare. Deltagarna röstar på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller ange ett eget förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Sammanställningen av resultaten och kommentarerna skickas ut som ett underlag till konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom tandvård genomfördes den 17 mars 2022. Deltagande organisationer i målnivåarbetet visas i bilaga 1.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårappen för tandvård är regionerna, berörda nationella programområden, specialistföreningar och intresseorganisationer. Målnivårappen låg ute på allmän remiss 22 april – 27 maj 2022.

Beslutsfas

Socialstyrelsen fick in sammanlagt 29 remissvar från bland annat huvudmän och bransch- och intresseorganisationer. Majoriteten av remissinstanserna var positiva till målnivåerna men det fanns farhågor om att en del målnivåer var alltför högt satta och att det skulle kunna bli svårt att följa upp målnivåerna på ett bra sätt. Socialstyrelsen har förtydligat och utvecklat beskrivningarna av målnivåerna för att möta dessa synpunkter och fastställer och publicerar nu målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras eller utifrån vårdens utveckling. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger regionerna tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda tandvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma tandvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar eller åtgärder.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av tandvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna. I kommande utvärderingar behöver påverkan från pandemin vägas in vid analyserna.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens register för att kontinuerligt följa upp kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För regioner och vårdgivare kan målnivåer vara ett stöd i

styrning och ledning av tandvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll tandvården bör sträva mot. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det i många fall kommer att ta tid för tandvården att nå de uppsatta målen.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna för tandvård till målnivåarbetet från indikatorrapporten som ingår i de nationella riktlinjerna för tandvård [3]. I samband med målnivåarbetets indikatorfas gjordes vissa justeringar i indikatorbeskrivningar. En uppdaterad rapport med fullständiga indikatorbeskrivningar kommer att publiceras samtidigt som slutversionen av målnivåerna publiceras.

Det faktum att indikatorerna speglar tandvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i att ta fram rekommendationerna inom riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär dock inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

Om målnivåerna

Målnivåerna för tandvård som föreslås i denna rapport har ofta en hög nivå i förhållande till de resultat som många regioner presterar idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för tandvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan tandvården själv ta fram delmål för att nå det eftersträvansvärda målet. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras utifrån vårdens utveckling eller om kunskapsläget inom området förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsens bedömning att en uppföljning och översyn av målnivåerna bör ske två till fyra år efter införandet.

Datakällor

De underlag som ligger till grund för målnivåprocessen är indikatorbeskrivningar, expertgruppens förslag, resultat från Delphirundan och statistiska underlag. Data har hämtats från Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa). Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att tandvården arbetar för en mer heltäckande registrering, då det är en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling. Underlag till målnivåarbetet har även hämtats från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. En utmaning med tandvårdsindikatorerna är att populationen i många fall definieras utifrån utförda

behandlingsåtgärder och inte utifrån hur många individer som har en viss sjukdom eller besvär. Det betyder att vi i Tandhälsoregistret endast kan följa de personer som fått en behandling/åtgärd för sina besvär. Vi kan alltså inte kan följa hela populationen som har en viss sjukdom eller besvär.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras det statistiska underlaget utifrån organisatorisk nivå (riket och region). Syftet med att jämföra uppgifterna utifrån denna nivåindelning är att synliggöra eventuella regionala ojämlikheter i tandvården.

Nationella målnivåer

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens nationella målnivåer för de indikatorer vid tandvård som är aktuella som målnivåsättning samt en motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- Ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- En teknisk beskrivning av indikatorn samt en beskrivning av felkällor och eventuella tolkningssvårigheter
- Fastställd nationell målnivå
- En motivering till den fastställda målnivån
- Dataunderlag som visar hur olika regioner ligger till i förhållande till målnivån, när sådana data finns tillgängliga.

Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt (Indikator O.2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen vuxna som inom en 3-års eller 5-årsperiod fått en ny fyllning eller krona på en tidigare restaurerad tand.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

För en individ och även för samhället är ett behov av att restaurera en tand på nytt med reparativa åtgärder en belastning. Orsaken till att en tidigare lagad tand behöver lagas på nytt kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen har gått sönder. Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

Teknisk beskrivning

Indikatorn beräknas som andelen personer som fått en ny fyllning eller krona på en tidigare restaurerad tand inom 3 eller 5 år. För att en person i nämnaren som har flera kronor eller fyllningar ska räknas med i täljaren ska minst en av kronorna eller fyllningarna ha gjorts om.

Täljare: Personer i nämnaren som inom en 3-års eller 5 års period får en fyllning eller krona på samma tand med ett tillstånd som visar att åtgärden är en omgörning.

Nämnare 1: Vuxna 24 år eller äldre som fått en fyllning.

Nämnare 2: Vuxna 24 år eller äldre som fått en krona.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Tand som restaureras på grund av skada på granntand. Åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet, de regionala stöden och garantiåtaganden rapporteras inte in till tandhälsoregistret. Detta påverkar resultatet för indikatorn. Den demografiska utvecklingen med ett ökade antal äldre med fler kvarvarande tänder kan påverka utfallet, framför allt när det gäller fyllningar. I samband med uppföljning och jämförelser på lokal nivå är det viktigt att lyfta lokala variationer som kan påverka utfallet, t. ex socioekonomi. Tandläkaren anger inte alltid den bakomliggande orsaken till behandlingen.

Nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt* fastställs målnivån:

≤15 procent för personer med fyllningar som behöver göras om inom 3 år.

≤10 procent för personer med kronor som behöver göras om inom 5 år.

Motivering till nationell målnivå

Den eftersträvansvärda nivån är att så få patienter som möjligt ska behöva göra om en fyllning eller krona. Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens ålder. Fyllningar och kronor är två olika typer av åtgärder med olika överlevnad och därför redovisas kronor och fyllningar separat. Målnivåförslagen grundar sig i vetenskaplig evidens som visar överlevnadstid för dessa båda konstruktioner [4,5].

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

≤15 %, för personer med fyllningar som behöver göras om inom 3 år

≤10 %, för personer med kronor som behöver göras om inom 5 år

Redovisning av data

Mätperioden för fyllningar är tre år. Det innebär att data för att följa upp indikatorn kan studeras som tidigast när personerna är 27 år gamla då indikatorn rör vuxna 24 år och äldre.

Tabell 1. Uppgifter för år 2020. Personer med fyllning som åtgärdas på nytt inom 3 år

Uppgift	Värde
Täljare	387 876
Nämnare	1 520 336
Rikets genomsnitt	25,6 %
Variation bästa - sämsta värde	23,4 – 28,3 %

Källa: Tandhjälsregistret, Socialstyrelsen

Mätperioden för kronor är fem år. Det innebär att data för att följa upp indikatorn kan studeras som tidigast när personerna är 29 år gamla då indikatorn rör vuxna 24 år och äldre.

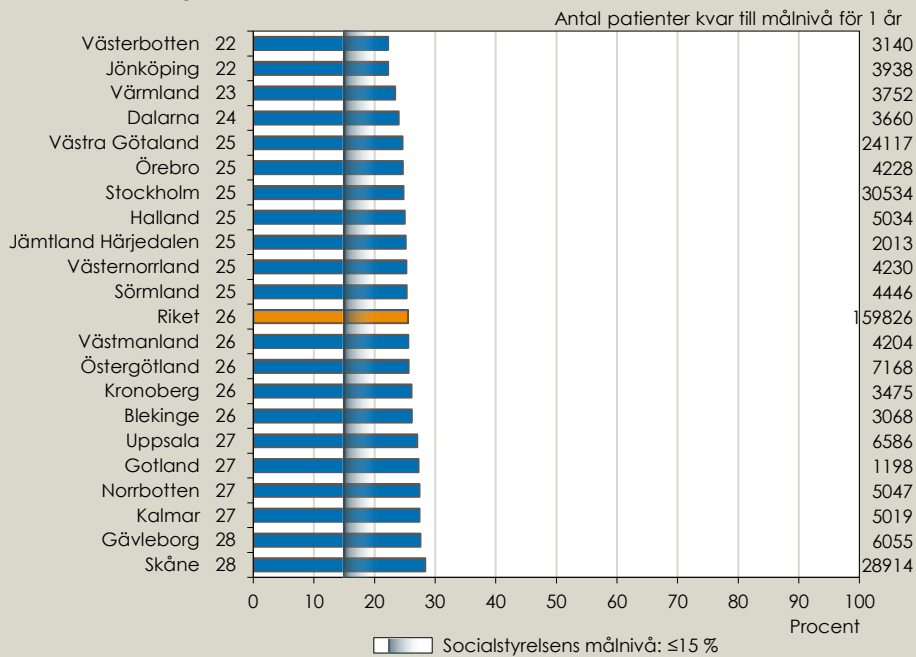
Tabell 2. Uppgifter för år 2020. Personer med krona som åtgärdas på nytt inom 5 år

Uppgift	Värde
Täljare	28 559
Nämnare	287 596
Rikets genomsnitt	9,9 %
Variation bästa - sämsta värde	6,7 – 12,4 %

Källa: Tandhjälsregistret, Socialstyrelsen

Figur 1. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

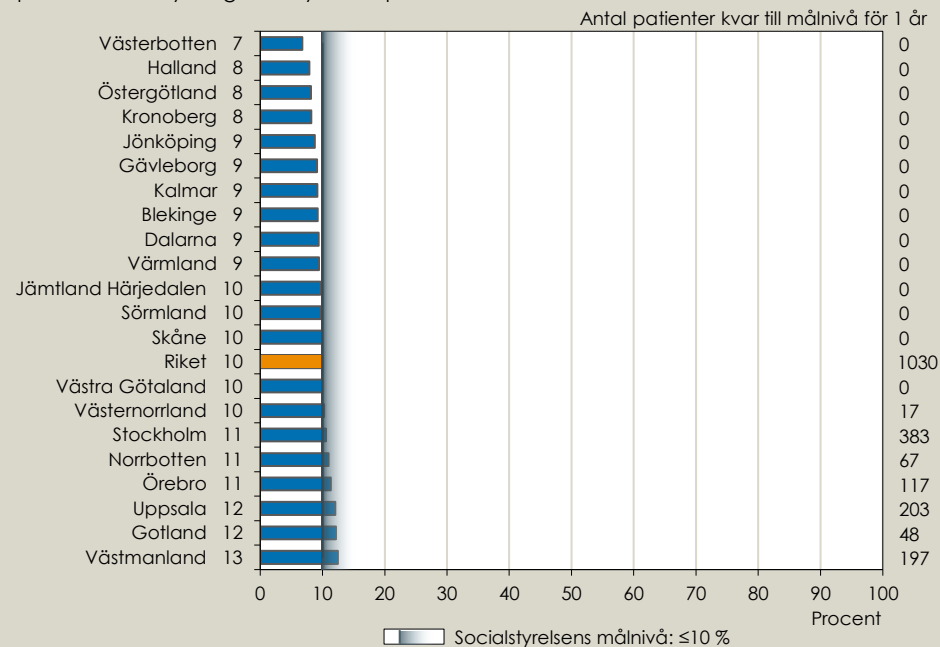
Andel vuxna 27 år och äldre som fått minst en fyllning och som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på samma tand, 2020.



Källa: Tandhälsoregistrer Socialstyrelsen

Figur 2. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

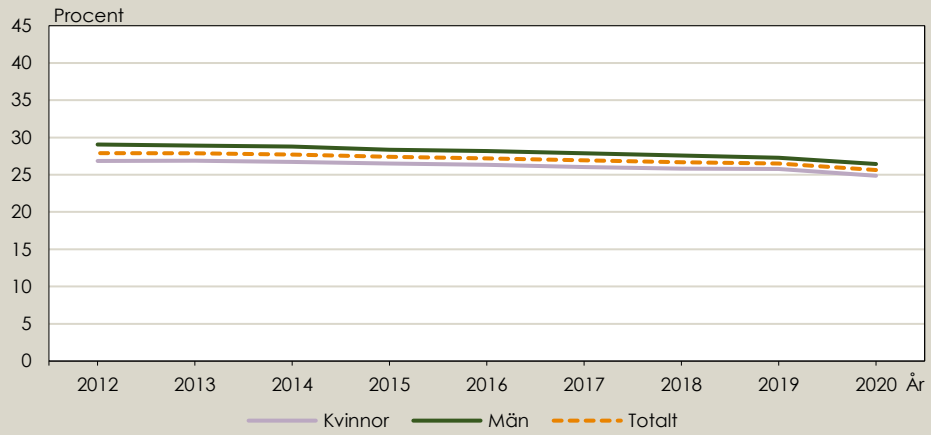
Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand, 2020.



Källa: Tandhälsoregistrer Socialstyrelsen

Figur 3. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

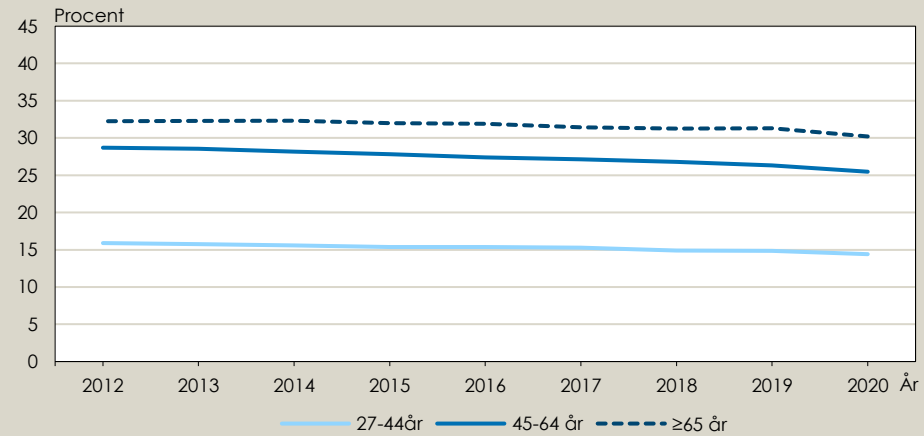
Andel vuxna 27 år och äldre som fått minst en fyllning och som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på samma tand. Målnivå ≤15 %



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 4. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

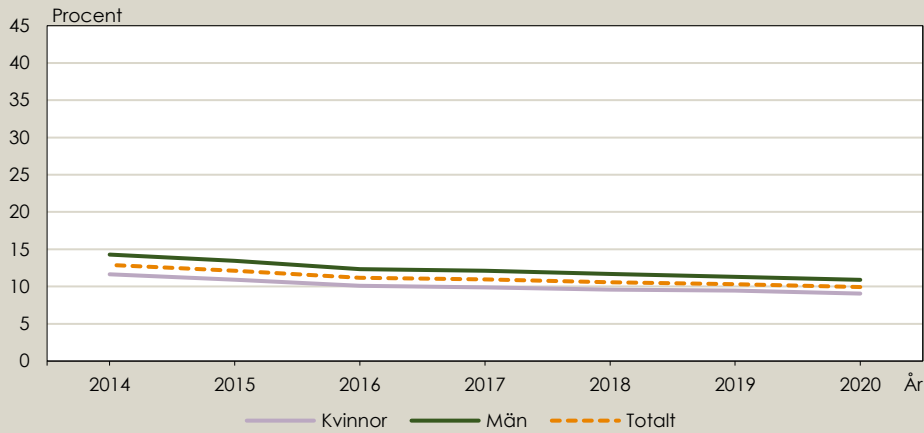
Andel vuxna 27 år och äldre som fått minst en fyllning och som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på samma tand. Målnivå ≤15 %



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 5. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

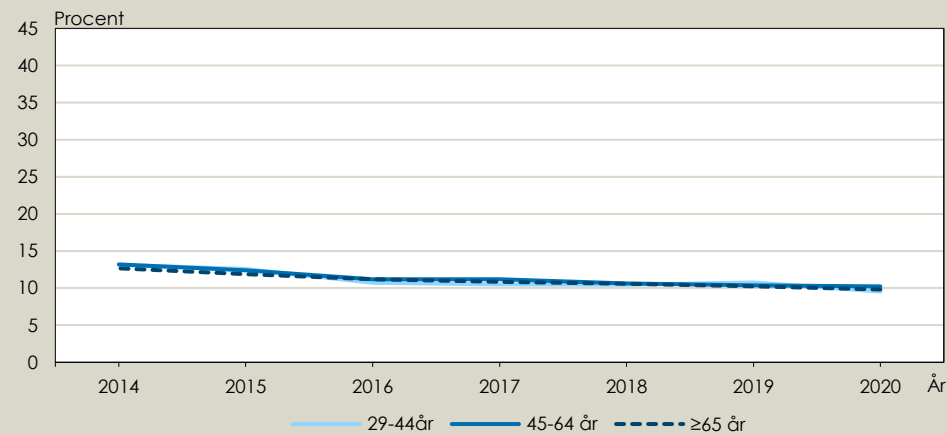
Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand. Målnivå ≤10 %



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 6. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt

Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand. Målnivå ≤10 %



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär (Indikator O.7)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med munsjukdom eller besvär som får åtgärden kvalificerat rådgivande samtal. Indikatorn redovisas uppdelat på karies, parodontit och käkfunktionsstörning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som anknyter till tandvårdens ansvar att involvera patienten i sitt hälsotillstånd. Patientens delaktighet i den egna vården är viktig och en förutsättning för en god munhälsa. Tandvården har en mycket viktig roll när det gäller att främja hälsa.

Indikatorn är ett processmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna vad gäller att främja hälsa och förebygga sjukdomar.

Teknisk beskrivning

Täljare:

1. Antal personer som under ett år erhåller åtgärden kvalificerat rådgivande samtal för tillståndet käkfunktionsstörning.
2. Antal personer som under ett år erhåller åtgärden kvalificerat rådgivande samtal för tillståndet karies.
3. Antal personer som under ett år erhåller åtgärden kvalificerat rådgivande samtal för tillståndet parodontit.

Nämnare:

1. Personer som under ett år har fått behandling för käkfunktionsstörning.
2. Personer som under ett år har fått behandling för karies.
3. Personer som under ett år har fått behandling för parodontit.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Risk för underrapportering av åtgärden till tandhälsoregistret. Åtgärden behöver kunna följas på ett bättre sätt så att det går att specificera varför åtgärden genomfördes. Patienter som remitteras till hälso- och sjukvården rapporteras inte in till tandhälsoregistret. Viljan att betala för åtgärden kan påverka utfallet av indikatorn.

Nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär* fastställs målnivån ≥ 50 procent.

Motivering till målnivån

Parodontit och kariessjukdom är hälsotillstånd med stor svårighetsgrad. Goda munhygienvanor och hälsosamma matvanor är avgörande för den framtida munhälsan. Alla personer med behandlingsbehov bör därför få stöd för god munvård, som en grund för bättre munhälsa. Personer med käkfunktionsstörning bör också ges stöd till vård som en grund för minskad smärta och besvär.

Kvalificerat rådgivande samtal är en högt prioriterad åtgärd i rekommendationerna för tandvården. Åtgärden är en del av ett paradigmskifte i tandvården mot mer hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Kvalificerat rådgivande samtal ger patienter stöd för att själva vilja och kunna ändra ohälsosamma levnadsvanor kopplat till munhälsa. Metoden innebär att tandvårdspersonal (eller annan hälso- och sjukvårdspersonal) för en personcentrerad dialog med patienten, anpassad till ålder, hälsa, risk för ohälsa med mera. Patienten görs mycket mer delaktig i processen mot ett nytt beteende. Samtalen kan inkludera motiverande strategier, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel.

Kvalificerat rådgivande samtal är också en teoribaserad och strukturerad åtgärd, till skillnad från enbart rådgivande samtal. Det betyder att åtgärden bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför den fungerar, och innehåller vissa fördefinierade komponenter. Åtgärden kräver fördjupad ämneskunskap och utbildning i den teori och metod som samtalet bygger på.

Användning av kvalificerat rådgivande samtal i tandvården är dock i dagsläget väldigt begränsad. Riksgenomsnittet för käkfunktionsstörning är 2,2 procent (tabell 3), riksgenomsnittet för karies är 0,02 procent (tabell 4) och riksgenomsnittet för parodontit är 0,06 procent (tabell 5). Det är eftersträvansvärt att betydligt fler personer ska erhålla åtgärden kvalificerat rådgivande samtal och därmed få stöd för de beteendeförändringar som anses nödvändiga för en god munhälsa. Samtidigt är det inte alla patienter som behöver åtgärden kvalificerat rådgivande samtal. T ex kan det för vissa personer och för vissa tillstånd räcka med enklare råd. En del personer kan även tacka nej till den föreslagna behandlingen kvalificerat rådgivande samtal. Tandvårdens förhållningssätt kan även behöva ändras för att fler patienter ska få behandlingen och det kan krävas extra resurser och kompetensutveckling.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

≥50 % för personer med käkfunktionsstörning, karies eller parodontit som erhåller åtgärden kvalificerat rådgivande samtal.

Karies, parodontit och käkfunktionsstörning är tillstånd som i stor utsträckning kännetecknas av liknande bakgrundsfaktorer, därför föreslår expertgruppen att samma målnivå ska gälla för samtliga tillstånd. Att ≥50 % av patienterna med karies, parodontit eller käkfunktionsstörning ska erhålla åtgärden kvalificerat rådgivande samtal är ett ambitiöst mål som innebär att förändringar i nuvarande rutiner och arbetssätt, och i vårdens organisation, kan behöva göras. Det kan finnas ett behov av kompetensutveckling, både av tandvårdspersonal och av personer i styrnings- och ledningsfunktion, för att åtgärden kvalificerat rådgivande samtal ska bli en naturlig del av behandlingen. I arbetet med att utöka användningen av kvalificerat rådgivande samtal kan regionala och lokala delmål också tas fram.

Redovisning av data

Tabell 3. Uppgifter för år 2019. Personer med käkfunktionsstörning som fått kvalificerat rådgivande samtal

Uppgift	Värde
Täljare	989
Nämnare	45 238
Rikets genomsnitt	2,2 %
Variation kön	Kvinnor 2,5 – Män 1,6 %

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Tabell 4. Uppgifter för år 2019. Personer med karies som fått kvalificerat rådgivande samtal

Uppgift	Värde
Täljare	235
Nämnare	1 007 247
Rikets genomsnitt	0,02 %
Variation kön	Kvinnor 0,21 – Män 0,025 %

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Tabell 5. Uppgifter för år 2019. Personer med parodontit som fått kvalificerat rådgivande samtal

Uppgift	Värde
Täljare	538
Nämnare	888 173
Rikets genomsnitt	0,06 %
Variation kön	Kvinnor 0,05 – Män 0,07 %

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (O.12)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med karies eller parodontit som efter behandling inte behandlas på nytt för samma tillstånd (karies), alternativt inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling (parodontit).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Behandlingen för karies och parodontit syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Idealt vill Socialstyrelsen kunna följa andelen patienter som tillfrisknar efter behandlingen. Tillfrisknande är emellertid relativt komplicerat att följa upp på ett bra sätt. Indikatorn följer istället andelen personer där sjukdomsutvecklingen avstannar.

Indikatorn visar hur stor andel personer med karies och parodontit har en avstannande sjukdomsutveckling efter behandlingen.

Indikatorn är ett resultatmått som speglar både behandlingens effekt, att rätt behandling ges till rätt patient, och även att stödåtgärder riktade mot att behandla orsaken till tillståndet har genomförts i behandlingen.

Teknisk beskrivning

Täljare: 1.antal personer enligt nämnares definition som fick behandling för kariessjukdom och som i samband med uppföljande undersökning inom två år inte behandlas för kariessjukdom inom 0–3 månader efter den uppföljande undersökningen.

2.antal personer enligt nämnares definition som fick behandling för parodontit och som vid uppföljande undersökning inom två år inte har 5 mm eller djupare tandköttsfickor.

Nämnare: 1.antal personer som fick behandling för kariessjukdom och som har en uppföljande undersökning registrerad i tandhälsoregister inom 2 år efter behandlingstillfället.

2.antal personer som fick behandling för parodontit och som har en uppföljande undersökning registrerad i Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) inom 2 år efter behandlingstillfället.

Stödbehandling, dvs åtgärder i 200-serien, är exkluderad ur indikatorn. Det innebär att en person som får stödbehandling i samband med den uppföljande undersökningen anses ha avstannande karies eller parodontit. Med avstannande avses att restaurativ behandling inte behövs. Indikatorn följer den nya klassifikationen för parodontit av vad som definieras som frisk.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister (karies), Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (parodontit).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Personer har kommit för undersökning och fått diagnos men har avstått från behandling. Stor variation och bristande registrering av sjukdomsbehandlande åtgärder. Bristande reliabilitet av diagnostiska metoder för karies och parodontit.

Nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling* fastställs målnivå:

≥ 85 %, för personer med karies som avstannar efter behandling

≥ 75 %, för personer med parodontit som avstannar efter behandling

Motivering till målnivån

De nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar att behandlingen har ett helhetsgrepp för den enskilda patienten genom riskbedömning, tidigt insatt behandling, behandling som är orsaksinriktad och ger stöd till patienten för god munvård.

Den eftersträvarvärda nivån är att alla som får behandling för sina munsjukdomar och besvär inte ska visa tecken på nya skador efter tandvårdsbehandlingen och att sjukdomsutvecklingen avstannar. Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja

och förmåga till att ha en god munvård. Det kan finnas personer som inte kan ändra sina vanor i den utsträckning som behövs för att sjukdomen ska avstanna efter behandling. För parodontit kan det även finnas ärftliga faktorer som påverkar sjukdomsförloppet. Vid utvärderingen behöver faktorer som ålder och kön vägas in som viktiga faktorer.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:
 ≥ 85 %, för personer med karies som avstannar efter behandling.
 ≥ 75 %, för personer med parodontit som avstannar efter behandling.

Redovisning av data

Tabell 6. Personer som behandlats för karies 2017 och som inte behandlats på nytt vid uppföljande besök två år senare

Uppgift	Värde
Täljare	614 093
Nämnare	875 505
Rikets genomsnitt	70,1 %

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

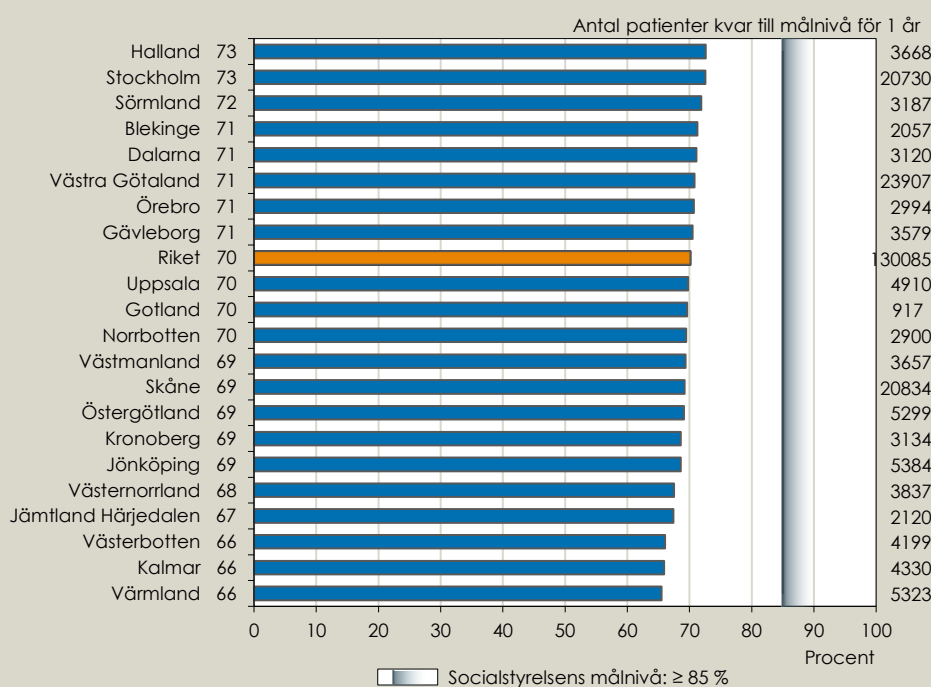
Tabell 7. Personer som behandlats för parodontit 2017 och som inte uppvisar symtom på sjukdom vid uppföljande besök två år senare

Uppgift	Värde
Täljare	90 361
Nämnare	223 409
Rikets genomsnitt	40,4 %

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

Figur 7. Vuxna med kariessjukdom som avstannar efter behandling

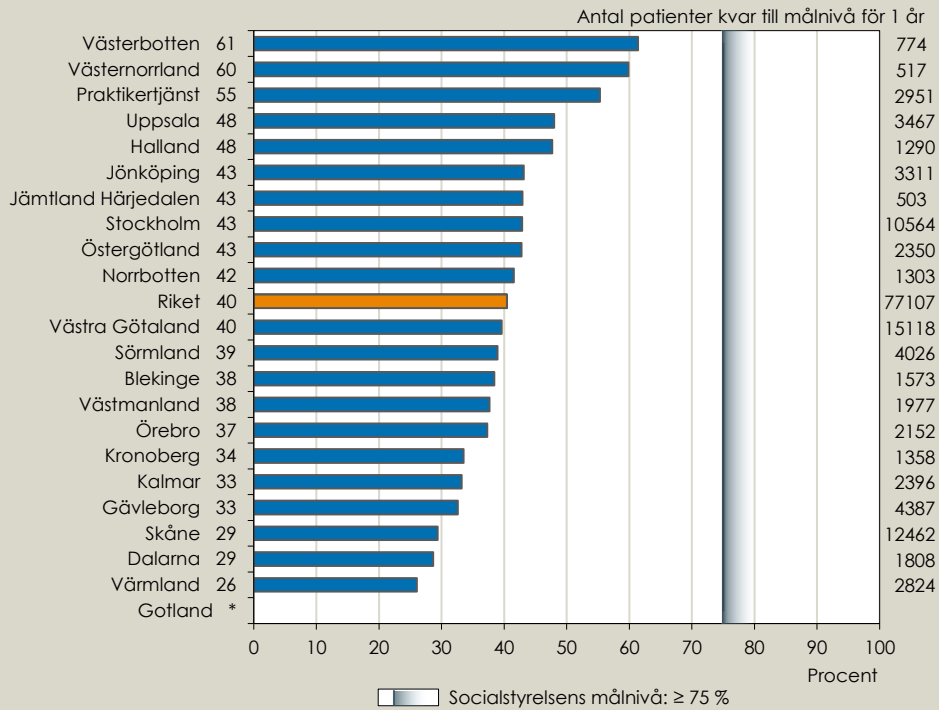
Andel vuxna 24 år och äldre med kariessjukdom som avstannar efter behandling. 2017



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 8. Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling

Antal vuxna 24 år och äldre med parodontit som avstannar efter behandling 2017

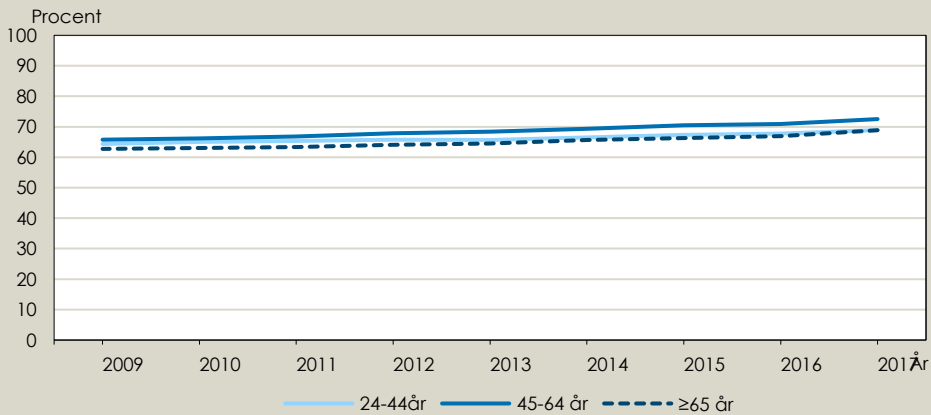


* Data saknas

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit.

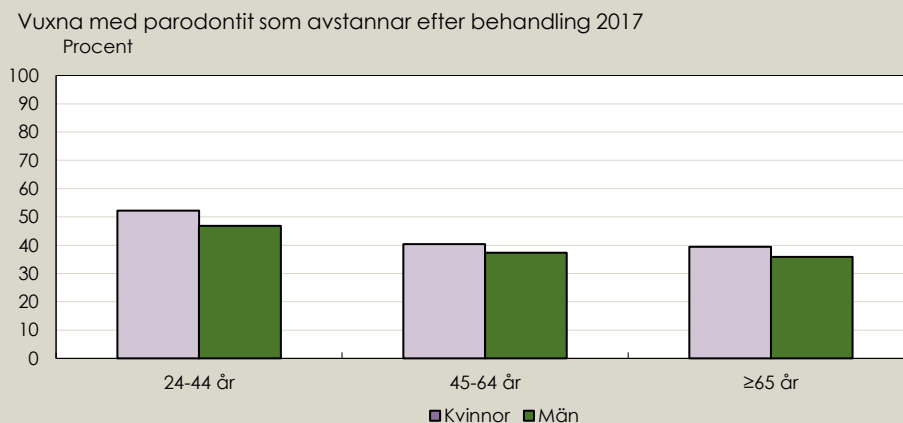
Figur 9. Vuxna med kariessjukdom som avstannar efter behandling

Andel vuxna 24 år och äldre med kariessjukdom som avstannar efter behandling.
Målnivå ≥ 85 %



Tandhälsoregistrert Socialstyrelsen

Figur 10. Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling



Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (O.15)

Vad visar indikatorn?

Det är flera mått som ingår i indikatorn. Förekomst av karies redovisas per åldersgrupp som andel kariesfria individer, medelvärde av dft/DFT för att visa spridningen i sjukdomens allvarlighetsgrad, och även SIC-index där dft/DFT redovisas för populationen med hög allvarlighetsgrad av kariessjukdom. Det måttet som anses lämpligt för att ta fram målnivå för är

1. Andelen kariesfria 6-åringar.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kariessjukdomen är en kronisk sjukdom och kan medföra stor påverkan på individen om den lämnas obehandlad. Kariessjukdom som uppkommer hos barn och unga ökar dessutom risken för sämre tandhälsa senare i livet. Indikatorn avser att mäta hur stor andel 6-åringar som är kariesfria. Uppgifter om barns tandhälsa är ett verktyg för att kunna planera regionala insatser på tandvårdsområdet. Den nationella sammanställningen kan fungera som ett riksgenomsnitt vilket kan användas som referens vid regionala uppföljningar.

Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

Teknisk beskrivning

Täljare: Sammanlagt antal i en åldersgrupp som har diagnostiserats med $dmft^1 = 0$ under en tvåårsperiod.

Nämnare: Sammanlagt antal barn i åldersgruppen som undersöktes vid 5 eller 6 års ålder.

¹ dmft = decayed, missing, filled, teeth i det primära bettet

Datakälla: Data samlas in hos regionerna.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Registrering av kariesskador kan variera. Undersökningsfrekvens är beroende av sjukdomsrisk och påverkar därför andelen undersökta i åldersgruppen. Individer med högre sjukdomsaktivitet kommer oftare jämfört med övriga. Individer med högre sjukdomsaktivitet kan bli överrepresenterade och kan ge felaktig bild av sjukdomsförekomst i åldersgruppen.

Befintliga målnivåer

WHO Europa mål 2020:

- 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria.

Nationell målnivå

För indikatorn *Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna* fastställs målnivån ≥ 90 procent kariesfria 6-åringar.

Motivering till målnivån

Karies kan medföra stor påverkan på individen om den lämnas obehandlad. Kariessjukdom som uppkommer hos barn och unga ökar dessutom risken för sämre tandhälsa senare i livet. Den eftersträvarvärda nivån är därför att andelen kariesfria barn och unga ska vara så hög som möjligt. Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ha en god munvård samt familjens situation. Det kan finnas personer och familjer som inte kan eller vill ändra sina levnadsvanor i den utsträckning som behövs för att karies inte ska uppstå. Redan vid 6 års ålder kommer barn till tandvården med en etablerad kariessjukdom. Därför bedömer Socialstyrelsen att en andel i populationen är mycket svår för tandvården att påverka, och ju högre ålder desto större blir komplexiteten i bedömningen av påverkbara faktorer. Därför föreslår expertgruppen målnivå för åldersgruppen 6 år.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på: ≥ 90 % kariesfria 6-åringar.

Redovisning av data

Tabell 8. Kariesförekomst 6-åringar. Data för 2019-2020*

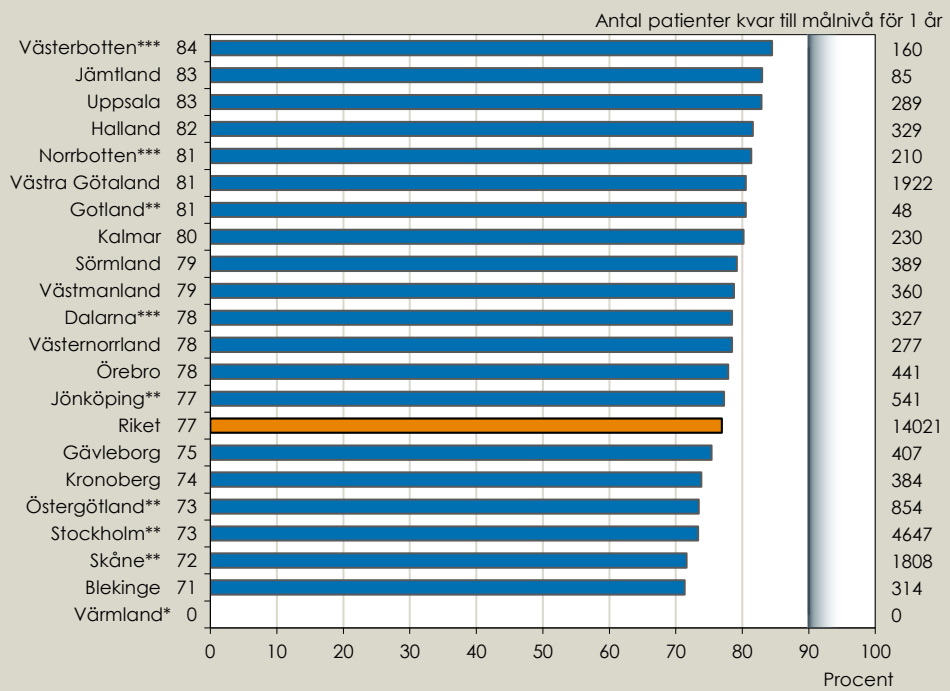
Uppgift	Värde
Antal undersökta 6-åringar	107 366
Antal kariesfria 6-åringar	82 608
Andel kariesfria 6-åringar	77 %

*Data för en region har inte rapporterats in till Socialstyrelsen

Källa: Socialstyrelsen 2021

Figur 11. Kariesfria 6-åringar

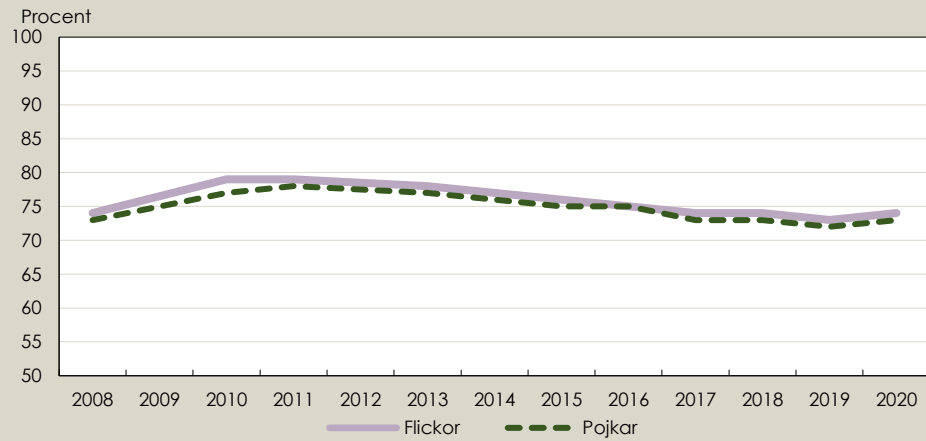
Andel kariesfria (dmft=0) 6-åringar 2019-2020



*Data för Värmland saknas
 **Regioner där värdet för 2020 även används för 2019-2020
 ***Regioner som endast rapporterar data från folktandvården

Figur 12. Kariesfria 6-åringar åren 2008 - 2020. Procent

Efter kön. Målnivå ≥ 90 %



Källa: Socialstyrelsen 2021

Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård (Indikator O.26)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel vuxna med rätt till munhälsobedömning och nödvändig tandvård som nyttjat regionernas tandvårdsstöd.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är viktigt att tandvården är tillgänglig för de med stort behov av vård. Äldre, sjuka och funktionshindrade med ett stort omvårdnadsbehov tillhör vanligen denna grupp. De omfattas av regionernas tandvårdsstöd. Regionerna svarar för att alla som omfattas av stöden erbjuds munhälsobedömning eller nödvändig tandvård vid behov. Ur jämlikhetssynpunkt är det viktigt att följa att denna patientgrupps tandvårdsbehov tillgodoses.

Indikatorn är ett processmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

Teknisk beskrivning

Indikatorn mäter:

- Andel av personkretsen² som får munhälsobedömning under ett år.
- Andel av personkretsen som får nödvändig tandvård under ett år.

Täljare: 1. Antal av personkretsen som under ett år har fått munhälsobedömning.

2. Antal av personkretsen som under ett år har fått nödvändig tandvård.

Nämnare: Antal personer som ingår i personkretsen för munhälsobedömning och nödvändig tandvård under ett år.

Datakälla: Registerdata från regionerna sammanställs av SKR i en årlig rapport

Felkällor och tolkningssvårigheter

Alla personer som omfattas av stöden är inte identifierade. Det är frivilligt att tacka ja till erbjudandet om munhälsobedömning.

² De som har identifierats berättigade till tandvårdsstödet

Nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna som munhälsobedömning eller nödvändig tandvård* fastställs målnivån
≥ 80 procent för personer med rätt till munhälsobedömning som också nyttjat stödet.
≥ 90 procent för personer med rätt till nödvändig tandvård som också nyttjat stödet.

Motivering till målnivån

Det är viktigt att tandvården satsar mer på de som har stora behov. En viktig del i detta är att äldre, sjuka och funktionshindrade som omfattas av regionernas tandvårdsstöd får del av stödet. Den eftersträvarsvärda nivån är att alla som är berättigade till regionernas tandvårdsstöd och i behov det också ska få del av stödet. År 2019 låg riksgenomsnittet på 78 procent för nödvändig tandvård och 53 procent för munhälsobedömning.

Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ta del av stödet. Alla som är berättigade till nödvändig tandvård är inte i behov av det. För munhälsobedömning är det samtidigt viktigt att de som tackar ja till erbjudandet om munhälsobedömning också får det. Därför måste andelen personer som tackar ja till erbjudandet om munhälsobedömning vägas in vid målnivåsättningen. Socialstyrelsen anser det viktigt att inkludera hela personkretsen och inte enbart de som tackar ja till erbjudandet för att få en bild av hur stor andel av hela gruppen som får del av stödet. Om endast de personer som tackar ja till erbjudandet inkluderas i målnivån kan måluppfyllelsen påverkas av hur stor andel av personkretsen som får erbjudandet.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

≥80 %, för personer med rätt till munhälsobedömning tandvård som också nyttjat stödet.

≥90 % för personer med rätt till nödvändig tandvård som också nyttjat stödet.

Redovisning av data

Den kraftiga minskning av andel personer som fått munhälsobedömning och nödvändig tandvård som ses i figur 15 och figur 16 kan sannolikt förklaras av pandemin. I kommande utvärderingar behöver påverkan från pandemin vägas in vid analyserna.

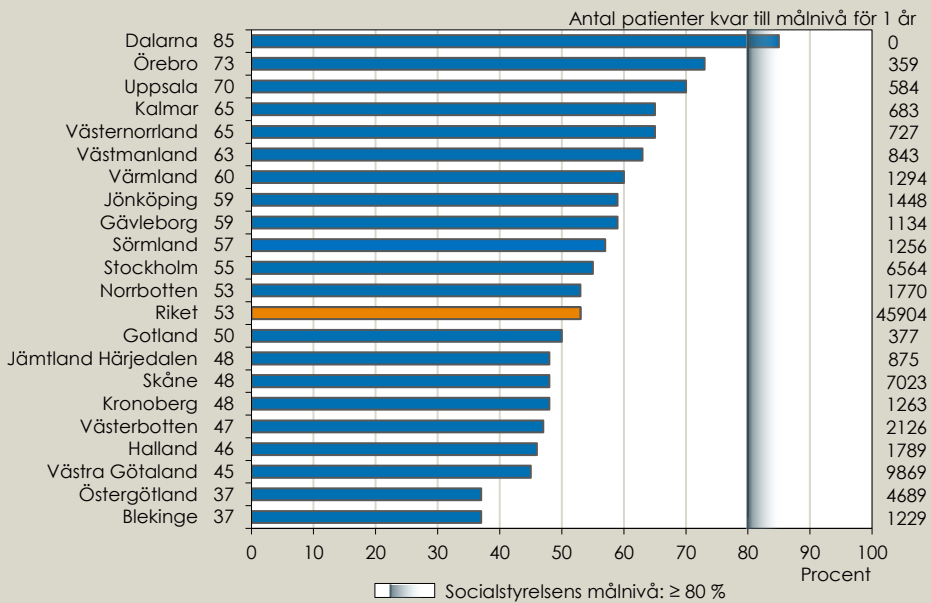
Tabell 9. Personer i personkretsen som fått munhälsobedömning och nödvändig tandvård. År 2019

Uppgift	Värde
Antal i personkretsen	171 597
Antal som fått munhälsobedömning	91 571
Andel som fått munhälsobedömning	53%
Antal som fått nödvändig tandvård	133 880
Andel som fått nödvändig tandvård	78%

Sveriges kommuner och regioner, SKR. 2020

Figur 13. Vuxna som fått munhälsobedömning

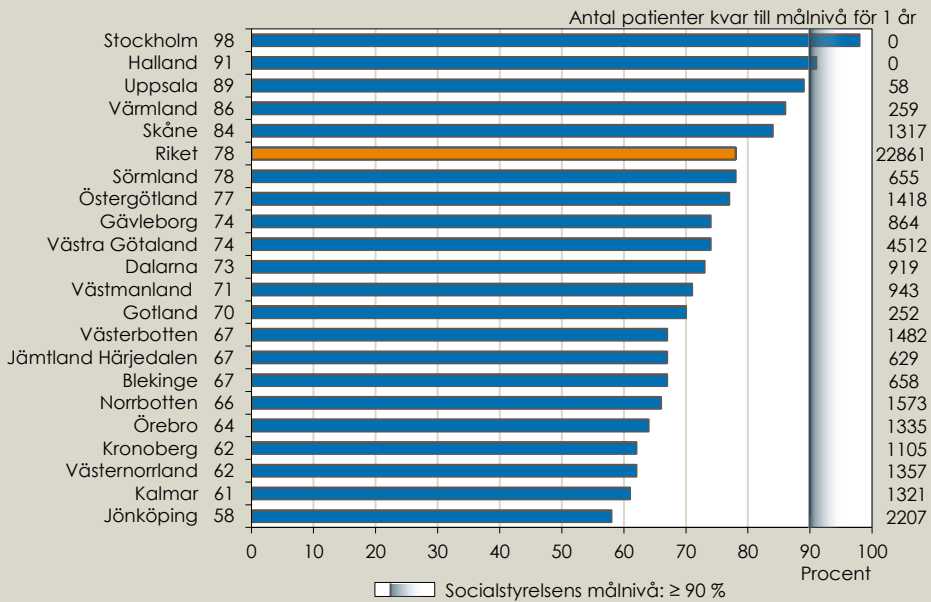
Andel vuxna 24 år och äldre som fått munhälsobedömning, 2019.



Källa: SKR 2020

Figur 14. Vuxna som fått nödvändig tandvård

Andel vuxna 24 år och äldre som fått nödvändig tandvård, 2019.

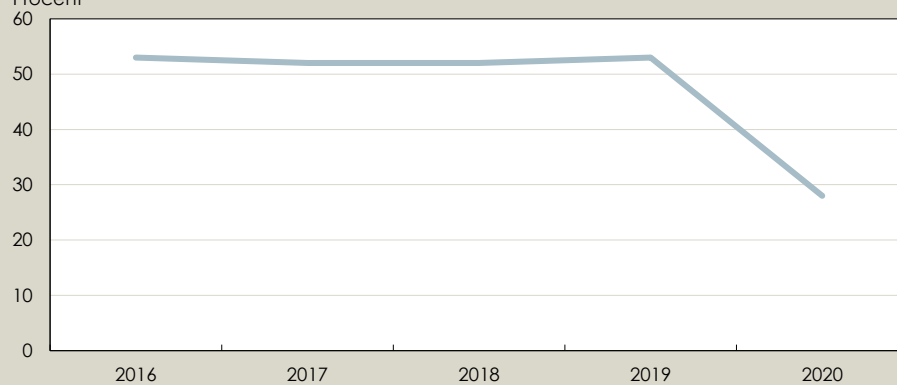


Källa: SKR 2020

Figur 15. Andel personer som fått munhälsobedömning 2016 -2020

Riket. Målnivå ≥ 80 %

Procent

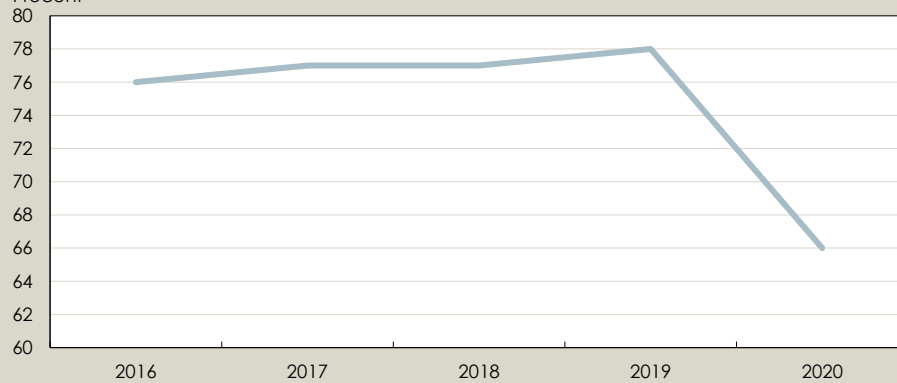


Källa: SKR

Figur 16. Andel som fått nödvändig tandvård 2016 -2020

Riket. Målnivå ≥ 90 %

Procent



Källa: SKR

Antibiotikaförskrivning i tandvården (Indikator O.27)

Vad visar indikatorn?

Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare och uthämtat på apotek per 1 000 invånare.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Inom hälso- och sjukvården finns ett nationellt mål att användningen av antibiotika ska minska och man med detta ska förhindra fortsatt utveckling av resistenta bakterier. Tandvården har en relativt sett betydande antibiotikaanvändning jämfört med hälso- och sjukvård. Det är också viktigt att skillnaderna i antibiotikaförskrivningen mellan regionerna minskar. Indikatorn är ett processmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare.

Nämnare: Totalt antal personer i befolkningen.

Tabell 10. Antibiotikatyper som ingår i indikatorn

Antibiotika	ATC-kod
Fenoximetylpenicillin (penicillin V)	J01CE02
Amoxicillin	J01CA04
Klindamycin	J01FF01
Metronidazol	P01AB01
Tetracyklin	J01A

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och tolkningssvårigheter

Antibiotikaförskrivning kan bero på vilken behandling patienten fått. Antibiotika som ej använts finns med i statistiken eftersom indikatorn mäter uthämtade recept.

Nationell målnivå

För indikatorn *Antibiotikaförskrivning i tandvården* fastställs målnivån: Skillnaden i antibiotikaförskrivning mellan regionerna bör inte överstiga 2 expedieringar per 1 000 invånare samtidigt som antibiotikaförskrivningen fortsätter att minska.

Motivering till målnivån

Socialstyrelsen beaktar den risk för resistensutveckling som alltid följer med användning av antibiotika. För tandvårdens del innebär detta att antibiotika

först bör övervägas när det finns risk för spridning av infektionen och där patientens allmäntillstånd är påverkat. Användningen av antibiotika i tandvården har minskat kraftigt de senaste tio åren men fortfarande finns det stora skillnader i antibiotikaförskrivningen över landet.

Det är eftersträvansvärt att antibiotikaförskrivningen i tandvården ska minska ytterligare, och att förskrivning av bredspektrumantibiotika ska begränsas som ett led i arbetet för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Vidare behöver skillnaderna i förskrivning av antibiotika över landet minska. En absolut målnivå är inte aktuell eftersom det av tekniska skäl inte är möjligt i dagsläget att koppla indikation till behandling. Socialstyrelsen bedömer att det finns en alltför stor variation i antibiotikaförskrivningen mellan regionerna som inte är medicinskt motiverad. Därför föreslår Socialstyrelsen en målnivå på variationen, som bör vara minimal. En variation på 2 expedieringar per 1 000 invånare anses lämplig, samtidigt som antibiotikaförskrivningen fortsätter att minska. Indikatormålet justeras inte utifrån ålder och skillnader i befolkningsstruktur.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

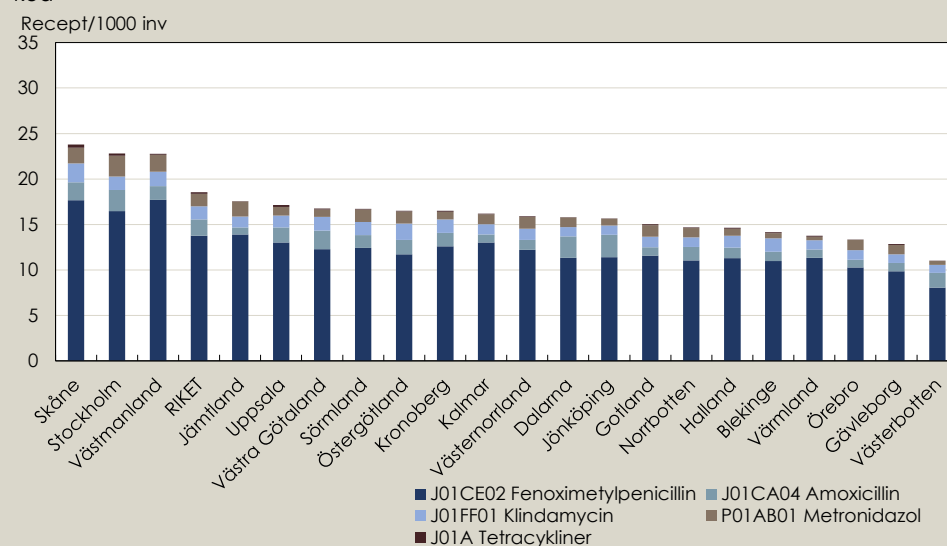
Skillnaden i antibiotikaförskrivning mellan regionerna bör inte överstiga 2 expedieringar per 1 000 invånare.

Redovisning av data

Notera att 2020 var ett pandemiår vilket kan påverka data i figurerna.

Figur 17. Antibiotikaförskrivning i tandvården 2018 07 01 - 2019 06 30

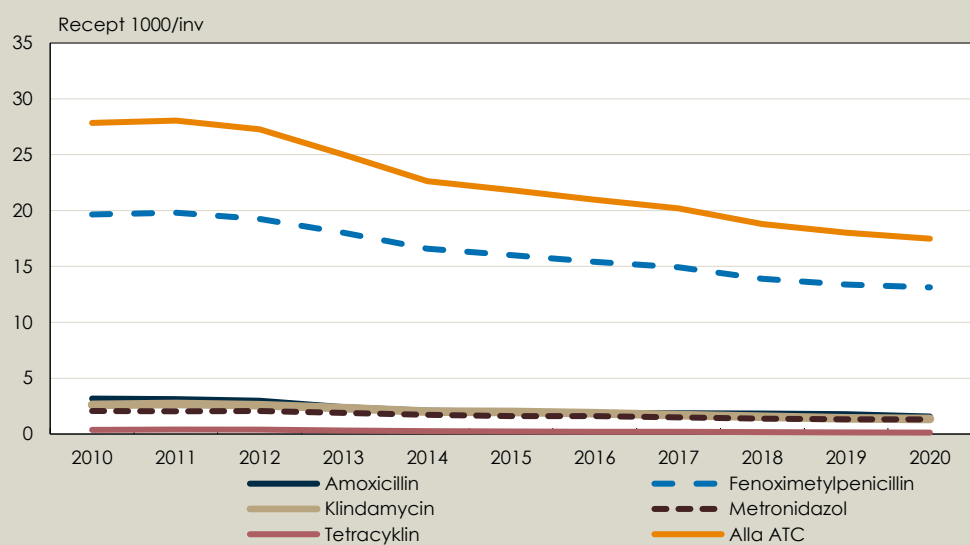
Antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare. Fördelat på region och ACT-kod



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 18. Antibiotika i tandvården

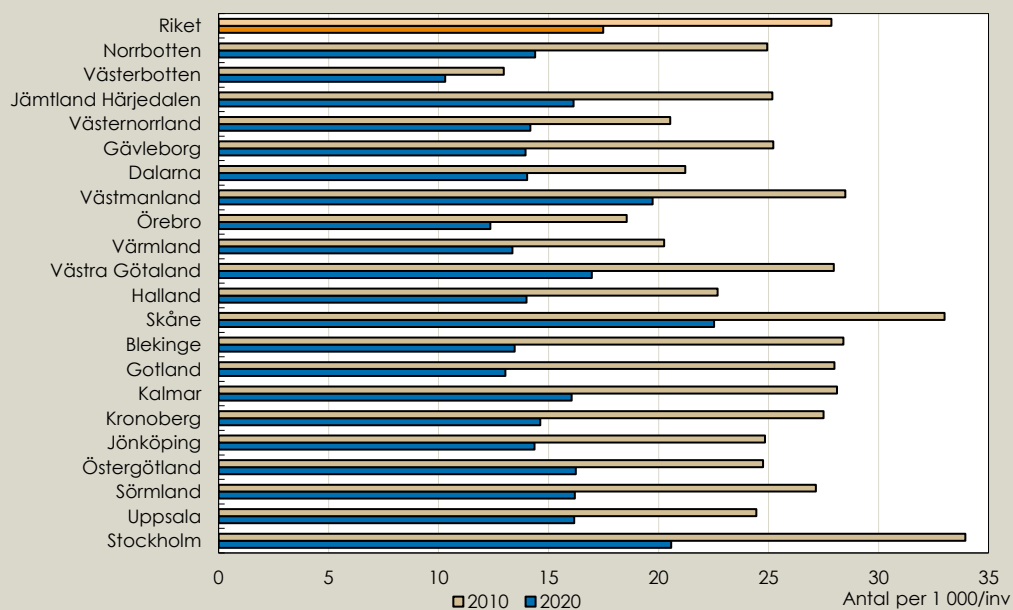
Förändring över tid åren 2010 - 2020



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 19. Antibiotika i tandvården

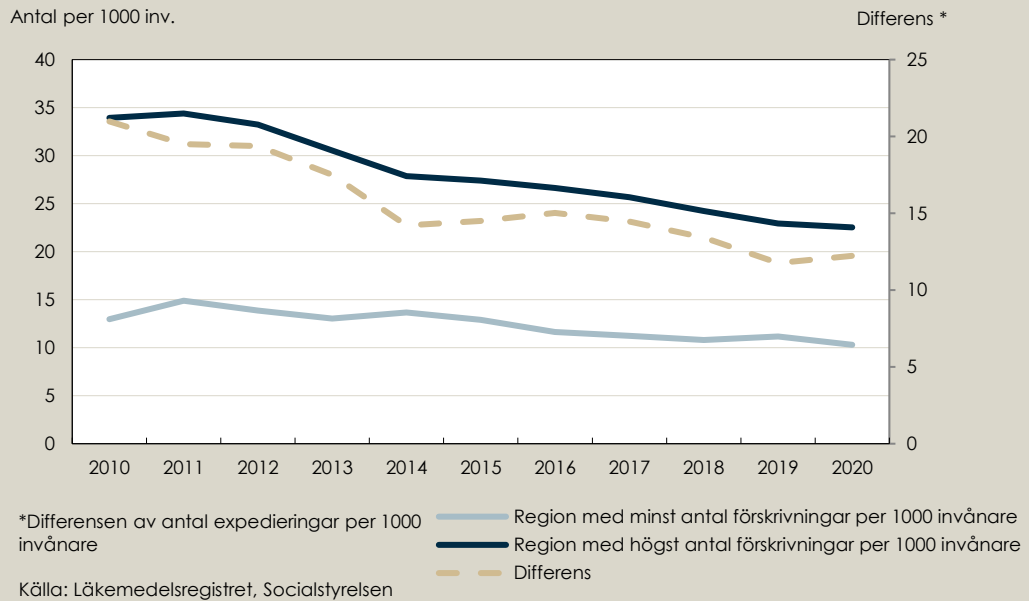
Förändring i antibiotikaförskrivning mellan 2010 och 2020.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 20. Antibiotika i tandvården

Regionerna med högsta respektive lägsta antalet expedieringar. Differens i antal förpackningar/1000 inv. Målnivå ≤ 2 expedieringar per 1 000 inv. i variation mellan regionerna



Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande (Indikator T.4)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt med personer som behöver särskilt stöd vid återbud eller uteblivande.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om 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 (Id 76, prioritet 2).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar på ett systematiskt sätt med att upprätthålla kontakten med personer med behov av ett särskilt stöd.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal tandvårdskliniker som svarat att de arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande.

Nämnare: Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn baseras på enkät till tandvårdskliniker där dessa får beskriva hur de arbetar systematiskt med att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande. Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivån

Tandvården behöver bygga stödsystem för att upprätthålla kontakten med patienter med behov av särskilt stöd enligt rekommendation i de nationella riktlinjerna. En förlorad tandvårdskontakt ger en mycket hög risk för allvarliga sjukdomar i munnen för denna grupp.

Den eftersträvarvärda nivån är att alla tandvårdskliniker ska arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande.

Med systematiskt arbetssätt avses att rutiner för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande är dokumenterade och tillämpas, t ex att patient eller närstående kontaktas per telefon.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på: 100 %, av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att upprätthålla kontakten med vuxna personer som behöver särskilt stöd vid återbud eller uteblivande.

Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård (Indikator T.5)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel kommuner som i arbetet med utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård samverkar med tandvården för att ge en långsiktig och kontinuerlig utbildning kombinerad med praktisk träning och handledning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

En god kompetensnivå hos vård- och omsorgspersonal är viktigt för att personer med ett behov av assistans vid daglig munvård ska få adekvat hjälp.

Samverkan mellan tandvård och kommun är viktig i detta sammanhang för att uppnå en god kompetensnivå.

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer 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 (Id 78, prioritet 2).

Rekommendationen är mångfacetterad och behandlar såväl vikten av utbildning och praktisk handledning som vikten av samverkan mellan tandvården och kommunen. Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning kommunen samverkar med tandvården vid utbildning i munvård av omsorgspersonal. Utbildningen i fråga ska vara av långsiktig karaktär. Utbildningen ska, enligt riktlinjernas rekommendation, kompletteras med praktisk träning och handledning.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal kommuner som samverkar med tandvården för att kunna erbjuda en långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård till kommunens omsorgspersonal, som är kombinerad med praktisk träning och handledning.

Nämnare: Antal kommuner som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till kommuner.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivå

Vård- och omsorgspersonal behöver utbildning för att få god kunskap om munhälsoproblem och hur de kan åtgärdas. Det kan leda till bibehållen eller förbättrad munhälsa såväl som daglig livskvalitet, vilket på sikt kan spara på tandvårdens resurser. Tandvården behöver också samverka mer med andra aktörer enligt rekommendationer i nationella riktlinjer. I det här fallet den kommunala vården och omsorgen.

Enligt rekommendationen i nationella riktlinjer för tandvården behöver kommunerna samverka med tandvården för att kunna erbjuda en långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård till kommunens omsorgspersonal, eftersom utbildningen ska vara kombinerad med praktisk träning och handledning. Indikatormättet är mer övergripande, och tar inte hänsyn till hur stor andel av kommunens personal som får denna utbildning.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:
100 % av kommunerna samverkar med tandvården för att kunna erbjuda en långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård till kommunens omsorgspersonal, denna ska vara kombinerad med praktisk träning och handledning.

Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.9)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att identifiera personer med smärta och käkfunktionsstörningar.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Smärta och käkfunktionsstörning kan ha stor negativ påverkan på en persons livskvalitet varför det är viktigt att tandvården arbetar systematiskt med att identifiera denna patientgrupp.

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att arbeta systematiskt för att upptäcka smärta och funktionsstörningar i käkarna hos personer som är över 12 år och besöker tandvården för undersökning (Id E35, prioritet 3).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar på ett systematiskt sätt med att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal tandvårdskliniker som svarat att de arbetar systematiskt för att identifiera patienter med smärta och käkfunktionsstörningar.

Nämnare: Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivå

Tandvården behöver arbeta systematiskt för att identifiera personer med smärta och käkfunktionsstörningar i högre utsträckning enligt rekommendation i de nationella riktlinjerna. Smärta och käkfunktionsstörningar är idag underdiagnostiserat. Med systematiskt arbete avses att klinikerna ställer validerade frågor om smärta och käkfunktionsstörningar som en del i en hälsodeklaration. Validerade frågor i Sverige är ”Temporomandibular Disorders – Smärta” (TMD-S), bestående två frågor, respektive ”3 Questions Temporomandibular Disorders” (3QTMD) bestående av tre frågor.

Den eftersträvaransvärda nivån är att alla tandvårdskliniker ska arbeta systematiskt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

100 %, av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att identifiera personer med smärta och käkfunktionsstörningar.

Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.10)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar använder diagnossystemet DC/TMD vid diagnos av smärta och käkfunktionsstörningar.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Smärta och käkfunktionsstörning kan ha stor negativ påverkan på en persons livskvalitet varför det är viktigt att tandvården arbetar med att förbättra diagnostisering av denna patientgrupp.

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 baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att arbeta systematiskt för personer över 12 år med smärta och funktionsstörningar i käkmuskulerna och käklederna genom att ställa diagnos i systemet DC/TMD (Id E36, prioritet 3).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar med Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) vid diagnostik för att diagnostisera smärta och käkfunktionsstörningar.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal tandvårdskliniker som svarat att de använder DC/TMD vid diagnostik.

Nämnare: Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivå

Tandvården behöver diagnostisera personer med smärta och käkfunktionsstörningar i högre utsträckning. Enligt rekommendation i de nationella riktlinjerna kan klassifikationssystemet DC/TMD användas för att förbättra diagnostiken. Smärta och käkfunktionsstörningar är idag underdiagnostiserat och försämrar livskvaliteten hos relativt många unga och vuxna.

Den eftersträvarvärda nivån är att alla tandvårdskliniker ska använda DC/TMD vid diagnostik.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på: 100 %, av tandvårdsklinikerna använder DC/TMD vid diagnostik.

Systematiskt arbetsätt för barn med eruptionsstörningar (Indikator T.11)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att säkerställa att eruptionsstörningar av hörntänder hos barn (9–13 år) diagnostiseras.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

En tidig diagnos är mycket viktigt för att förhindra komplikationer vid eruptionsstörningar, t ex skador på angränsande tänder och cystor. Oftast är det hörntanden i överkäken som inte växer fram som den ska, främst hos flickor.

Ett systematiskt arbetsätt, med patientansvarig tandläkare, bidrar till att säkerställa att eruptionsstörningar hos barn (9–13 år) diagnostiseras i tid. Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att arbeta systematiskt för att identifiera störningar i hörntändernas framväxt (eruptionsstörningar) hos barn 9–13 år (Id 72, prioritet 3).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt med att diagnostisera eruptionsstörningar hos barn, (9–13 år).

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal tandvårdskliniker som svarat att de arbetar systematiskt för att diagnostisera barn 9–13 år med eruptionsstörningar.

Nämnare: Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker som behandlar barn.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivå

Tandvården behöver i högre utsträckning arbeta systematiskt med att diagnostisera eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år enligt rekommendation i de nationella riktlinjerna. Med systematiskt arbete avses dokumenterade och välkända rutiner för tidig diagnostik för att identifiera störningarna som tandvårdens medarbetare följer under ledning av den patientansvarige tandläkaren.

Den eftersträvaransvärda nivån är att alla tandvårdskliniker som behandlar barn arbetar systematiskt för att diagnostisera eruptionsstörningar hos barn i åldern 9–13 år.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

100 %, av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att diagnostisera barn i åldern 9–13 med eruptionsstörningar.

Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (T.13)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar systematiskt med inskolning i tandvården med metoden tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Tandvårdsrädsla kan få både psykologiska och sociala konsekvenser och försämra munhälsan. En del börjar undvika regelbundna tandvårdsbesök och kan också undvika att sköta sin egen munhygien regelbundet. Barn med tandvårdsrädsla bör få inskolning i tandvården steg för steg. Med metoden tell-

show-do minskar osäkerheten i tandvårdsmiljön. För barn med tandvårdsrädsla/behandlingsomognad, ökar metoden tell-show-do möjligheten att genomföra undersökning och behandling.

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att främja hälsan hos barn som har tandvårdsrädsla eller inte är mogna för behandling genom att skola in barnet i tandvården enligt metoden tell-show-do (Id 70, prioritet 2).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt med metoden tell-show-do för barn med behandlingssvårigheter.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal tandvårdskliniker som svarat att de arbetar systematiskt med inskolning i tandvården för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad med metoden tell-show-do.

Nämnare: Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker som behandlar barn.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan ha låg svarsfrekvens och internt bortfall. Enkäter kan även vara ett kostsamt sätt att samla in data.

Nationell målnivå

För indikatorn *Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad* fastställs målnivån 100 procent.

Motivering till målnivå

Enligt rekommendation i nationella riktlinjer behöver tandvården arbeta systematiskt med inskolning i tandvården för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad genom att använda metoden tell-show-do. Många barn har svårt att genomgå en undersökning eller behandling i tandvården.

Förekomsten av tandvårdsrädsla (DF) och, eller psykologiska behandlingsproblem (DBMP) är för barn och ungdomar i Sverige omkring 15%. I en stor populationsstudie utförd i Göteborg skattades 7% av barnen (4–6 år och 9–11 år) vara tandvårdsrädda (DF), och 11% uppvisade behandlingsproblem (DBMP). Tell-show-do är en vedertagen metod som ökar möjligheten att undersöka och behandla barnen vilket är viktigt för att undvika allvarliga sjukdomar i munnen.

Den eftersträvarsvärda nivån är att alla tandvårdskliniker arbetar systematiskt med inskolning i tandvården för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad med metoden tell-show-do.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

100 %, av tandvårdsklinikerna som behandlar barn arbetar systematiskt med inskolning i tandvården för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad med metoden tell-show-do.

Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna (Indikator T.15)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen vuxna med ett eller flera fasta tand- eller implantatstödda fasta konstruktioner som är i funktion i fem år utan att kompletterande åtgärder behövt genomföras.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn är ett mått på antal fasta konstruktioner som är i funktion efter en femårsperiod utan kompletterande åtgärder. En protetisk rehabilitering med fasta konstruktioner är resurskrävande för patienten, tandvården och samhället. Därför är det viktigt att tand- och implantatburna konstruktioner finns kvar i funktion i flera år utan att kompletterande åtgärder enligt åtgärdslistan behövt genomföras.

Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna om tandlöshet och bettavvikelser (protetik, ortodonti och käkkirurgi).

Teknisk beskrivning

Täljare: Personer enligt nämnaren som har kvar en eller flera fasta tand- och implantatstödda konstruktioner i funktion efter 5 år utan att ytterligare kompletterande åtgärder behövt genomföras.

Nämnare: Vuxna som fått en eller flera fasta tand- och implantatstödda fasta konstruktioner.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Åtgärder som görs utanför tandvårdsstöden (garantiåtaganden, ej ersättningsberättigad vård), åtgärder som utförs utomlands.

Åtgärder som inte kan kopplas till tandposition hos partiellt betandade patienter såsom partiella proteser. Det innebär att en åtgärd inte säkert kan kopplas till en tand- eller implantatstödd konstruktion som finns sedan tidigare.

Nationell målnivå

För indikatorn *Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner* fastställs målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivå

Fasta tand- och implantatstödda konstruktioner är komplicerade och resurskrävande åtgärder för såväl patient som tandvård varför det är önskvärt att de är i funktion utan några kompletterande åtgärder i flera år. Med kompletterande åtgärder avses omgörningar som kan bero på materialtekniska problem och biologiska komplikationer.

Den eftersträvarvärda målnivån är att så få personer som möjligt ska förlora fasta tand- eller implantatstödda konstruktioner och studier visar att 90 procent är en rimlig nivå för 5-årsöverlevnad [4,5,6,7].

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på: ≥ 90 procent av de vuxna med en eller flera fasta tand- eller implantatstödda konstruktioner ska inte ha behövt genomföra någon kompletterande åtgärd inom en femårsperiod.

Redovisning av data

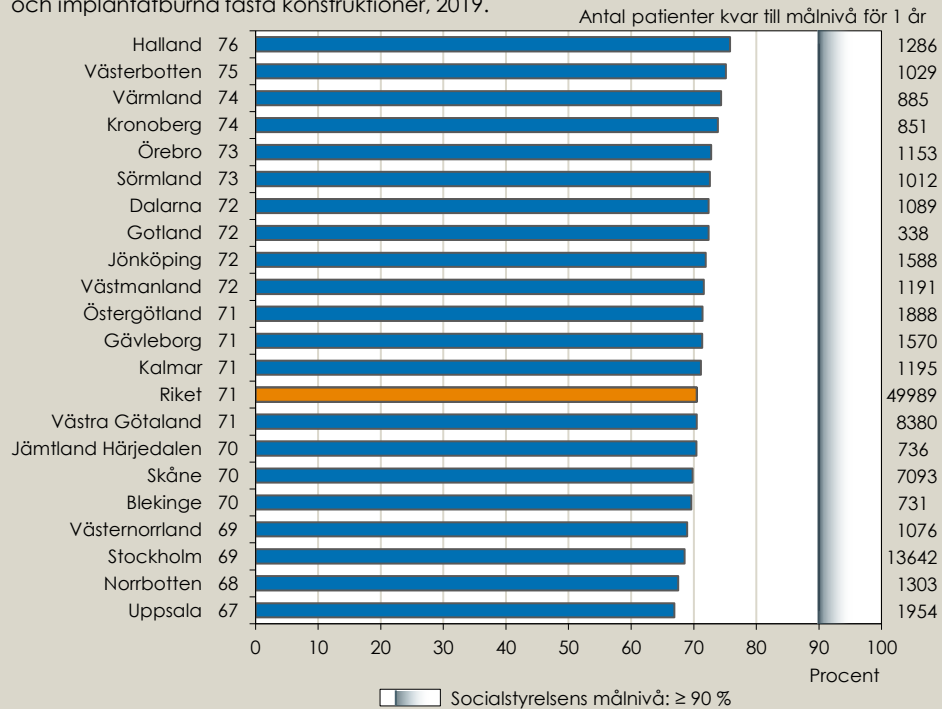
Tabell 11. Uppgifter för år 2019. Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna

Uppgift	Värde
Täljare	180 463
Nämnare	256 082
Rikets genomsnitt	70,5 %
Kön	Kvinnor 69,3 – Män 71,5 %

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Figur 21. Funktionstid för tand och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna

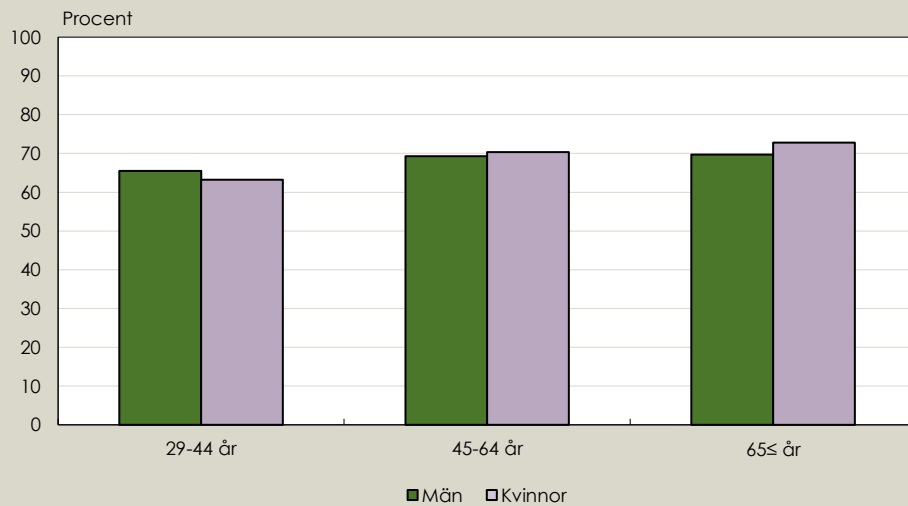
Andel utan kompletterande åtgärder inom 5 år bland vuxna som fått en eller flera tand- och implantatburna fasta konstruktioner, 2019.



Källa: Tandhälsoregistrer Socialstyrelsen

Figur 22. Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna

Andel utan kompletterande åtgärder inom 5 år bland vuxna som fått en eller flera tand- och implantatburna fasta konstruktioner, år 2019.



Källa: Tandhälsoregistrer, Socialstyrelsen

Effekt av rotbehandlingar hos vuxna (Indikator T.16)

Vad visar indikatorn?

Andel vuxna med en eller flera rotbehandlade tänder som inom en 5-årsperiod inte har behövt extrahera en rotfylld tand eller genomföra ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn är ett mått på antal rotfyllningar som håller efter en femårsperiod utan kompletterande åtgärder. En rotfyllning är resurskrävande för patienten, tandvården och samhället. Därför är det viktigt att rotfyllningar håller i flera år utan den rotfyllda tanden behöver extraheras eller att ytterligare endodontiska åtgärder behövt genomföras.

Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna om sjukdomar och symptom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten.

Teknisk beskrivning

Täljare: Personer enligt nämnaren som inte har behövt genomföra någon ytterligare åtgärd på en tidigare rotfylld tand inom 5 år.

Nämnare: Vuxna som fått en eller flera rotfyllningar.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Registret kan ej särskilja primära rotfyllningar från revisioner av tidigare utförda rotfyllningar

Nationell målnivå

För indikatorn *Effekt av rotbehandlingar hos vuxna* fastställs målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivå

Rotbehandling syftar till att den behandlade tanden ska kunna behållas utan några ytterligare endodontiska åtgärder (revision eller apikalkirurgi) behövs. Rotfyllningar är resurskrävande åtgärder för såväl patient som tandvård varför det är önskvärt att de håller i flera år utan att en rotfylld tand behöver extraheras eller ytterligare endodontiska åtgärder behöver genomföras.

Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ha en god munvård. Till det kommer andra faktorer som innebär att det är svårt att ange 100 procent som målnivå. Enligt kvalitetsregistret SKaPa tappas omkring 2 procent av de rotfyllda tänderna per år.

Rotbehandlingar har utvärderats i termer av tandöverlevnad och om friska förhållanden. Tandöverlevnaden är i allmänhet hög och har beräknats till 85–90 % över en 10-årsperiod. Optimalt utförda rotbehandlingar resulterar i friska vävnader i 85–95 % av fallen. Inflammation och infektion i pulpan, tand som spricker etc. kan förklara en misslyckandegrad på 10 procent [8,9].

Den eftersträvarsvärda nivån är att så få personer som möjligt ska behöva extrahera en rotfylld eller utföra ytterligare endodontiska åtgärder på en redan rotfylld tand.

Av ovanstående anledningar fastställer Socialstyrelsen en målnivå på:

≥90 procent av de vuxna med en eller flera rotfyllda tänder ska inte ha behövt extrahera en redan rotfylld tand eller behövt genomföra någon ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand inom en femårsperiod.

Redovisning av data

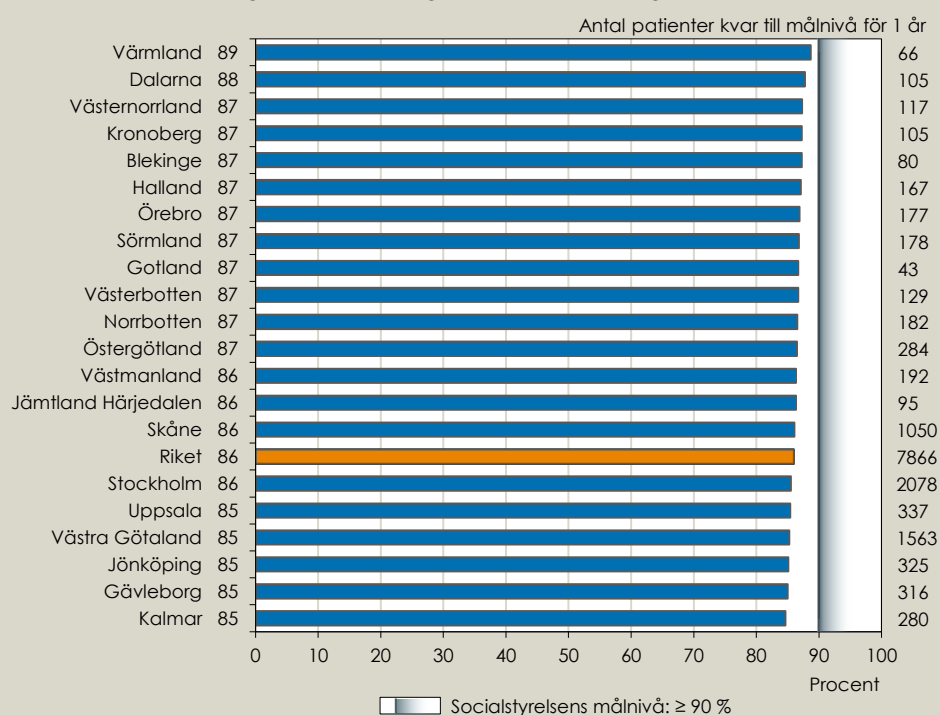
Tabell 12. Uppgifter för år 2019. Personer med rotfyllning som ej behövt ytterligare åtgärd inom fem år.

Uppgift	Värde
Täljare	168 779
Nämnare	196 266
Rikets genomsnitt	85,9 %
Kön	Kvinnor 85,9 – Män 86 %

Källa: Tandhälsoregistrer, Socialstyrelsen

Figur 23. Effekt av rotbehandlingar hos vuxna

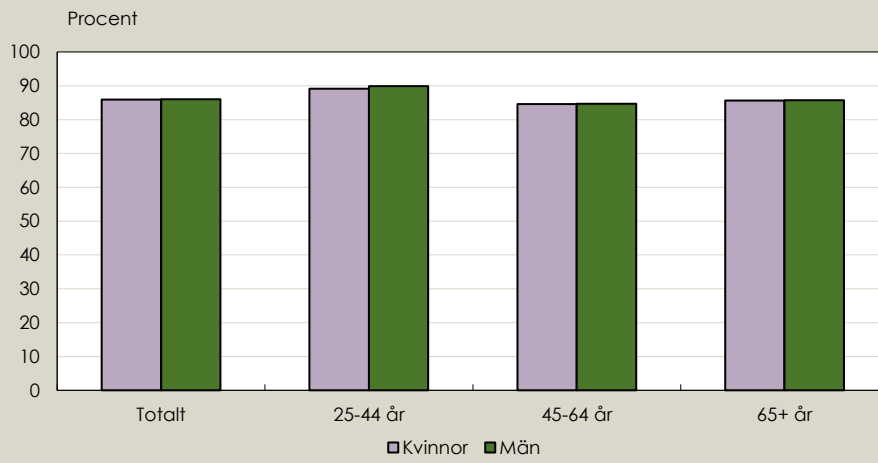
Andel vuxna med en eller flera rotbehandlade tänder som inom en 5-års period inte har behövt extrahera eller genomföra ytterligare endodontiska åtgärder., 2019.



Källa: Tandhälsoregistrer Socialstyrelsen

Figur 24. Effekt av rotbehandlingar hos vuxna

Andel vuxna med en eller flera rotbehandlade tänder som inom en 5-års period inte har behövt extrahera eller genomföra ytterligare endodontiska åtgärd.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande övergripande indikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna för tandvård. För flertalet indikatorer har det bedömts ej vara aktuellt med målnivå.

Tabell 1. Övergripande indikatorer tandvård

Nummer	Namn
O1	Rapportering av data till nationella kvalitetsregister
O2	Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt
O3	Barn och vuxna som förlorat tand efter åtgärd
O4	Vuxna som förlorat tand orsakat av sjukdom
O5	Vuxna som förlorat tandimplantat orsakat av periimplantit
O6	Kvarvarande egna tänder hos vuxna
O7	Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär
O8	Unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelser
O9*	Barn och vuxna som behandlas för erosionsskador
O10	Vuxna med periimplantit som får behandling
O11	Barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling
O12	Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling
O13*	Barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen
O14**	Självupplevd munhälsa hos barn och vuxna
O15	Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna
O16	Förekomst av kariessjukdom hos personer 24 år och äldre
O17	Förekomst av parodontit hos vuxna
O18	Vuxna med sjukdom i vävnader kring tandimplantat, periimplantit
O19*	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information för att själva kunna förebygga munsjukdomar
O20*	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingsalternativ
O21*	Vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingens kostnad
O22*	Barn och vuxna som upplever att de har blivit respektfullt bemötta
O23**	Barn och vuxna som har avstått från att söka tandvård trots behov
O24	Vuxna som av ekonomiska skäl har avstått från att söka tandvård trots behov
O25*	Barn och vuxna som anser att de fått tid när de upplevt behov
O26	Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård
O27	Antibiotikaanvändning i tandvården
O28*	Individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs, barn och vuxna

*Utvecklingsindikator

**Utvecklingsindikator för 12-åringar

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer som mäter följsamhet till nationella riktlinjer tandvård. För flertalet indikatorer har det bedömts ej vara aktuellt med målnivå.

Tabell 2. Indikatorer som mäter följsamhet till rekommendationerna i nationella riktlinjer för tandvård

Nummer	Område i NR	Namn	Rekommendation
T1*	Främja hälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor	Kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med ohälsosamma matvanor	Id 5
T2*	Främja hälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor	Kvalificerat rådgivande samtal om rökstopp för vuxna som röker och som ska genomgå operation i munnen	Id 99
T3	Främja barns hälsa	Systematisk samverkan mellan tandvård och barnhälsovård för barn i områden med hög risk för dålig munhälsa	Id 110
T4	Personer som behöver särskilt stöd	Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande	Id 76
T5	Personer som behöver särskilt stöd	Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård	Id 78
T6**	Personer som behöver särskilt stöd	Samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan	Id 79
T7*	Systematiska arbetssätt	Bedömning av risk för munsjukdom hos barn och vuxna	Id 1
T8	Systematiska arbetssätt	Barn och vuxna med sjukdom i munnen som får orsaksinriktad behandling	Id 2
T9	Systematiska arbetssätt	Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	Id E35
T10	Systematiska arbetssätt	Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	Id E36
T11	Systematiska arbetssätt	Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar	Id 72
T12*	Intervall för basundersökning	Revisionsintervall för vuxna med förhöjd risk för dålig munhälsa	Id 109
T13	Särskilda tandvårdsbehov hos barn	Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad	Id 70
T14*	Kariesskador som behöver repareras	Selektiv exkavering vid djup dentinkaries	Id 38
T15	Tandlöshet och bettavvikelser	Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna	-
T16	Sjukdomar och symptom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten	Effekt av rotbehandlingar hos vuxna	-

*Utvecklingsindikator

** Ingår även i området Främja barns hälsa

Referenser

1. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
2. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022
3. Nationella riktlinjer. Indikatorer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022
4. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). *Dent Mater*. 2015 Jun;31(6):603-23. doi: 10.1016/j.dental.2015.02.011. Epub 2015 Apr 2
5. Pjetursson BE, Sailer I, Makarov NA, Zwahlen M, Thoma DS. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: Multiple-unit FDPs. *Dent Mater*. 2015 Jun;31(6):624-39. doi: 10.1016/j.dental.2015.02.013. Epub 2015 Apr 30.
6. Jung RE, Zembic A, Pjetursson BE, Zwahlen M, Thoma DS. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2012 Oct;23 Suppl 6:2-21
7. Pjetursson BE, Thomas DS, Jung RE, Zwahlen M, Zembic A. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2012 Oct;23 Suppl 6:22-38
8. Fransson H, Dawson VS, Frisk F, Bjørndal L, Kvist T. Survival of Root-filled Teeth in the Swedish Adult Population. *Journal of Endodontics*. 2016 Feb;42(2):216-20
9. Kvist T. Rotfylld tand. *Internetodontologi* 2020. Hämtad mars 2022. www.internetodontologi.se/endodonti/rotfylld-tand/

Bilaga 1. Deltagarförteckning

Projektorganisation, målnivåer tandvård

Expertgrupp	
Sven Bågesund	Tandläkare allmäntandvård, Praktikertjänst
Lars Gahnberg	Professor, registerhållare SKaPa
Ola Norderyd	Professor parodontologi, Jönköping
Katri Ståhlacke	Tandhygienist, Med Dr, Örebro
Katharina Wretling	Docent kariologi, Västra Götaland
Hans Östholm	Tandläkare, prioriteringsordförande nationella riktlinjer tandvård

Projektgrupp, Socialstyrelsen	
Thomas Malm	Projektledare
Anastasia Simi	Utredare/Metodstöd
Álfheidur Astvaldsdóttir	Sakkunnig tandvård
Lars Holm	Statistik/Enkätkonstruktion
Anna Malmborg	Enkätkonstruktion
Mikael Nyman	Diagramproduktion
Frida Lundgren	Statistik

Konsensusgrupp	
Sjukvårdsregioner	
Hans Melander ¹	Södra sjukvårdsregionen
Karin Sunnegårdh-Grönberg	Norra sjukvårdsregionen
Anders Ljungné	Västra sjukvårdsregionen
Anna Westin	Sjukvårdsregion Mellansverige
Pernilla Larsson Gran	Sydöstra sjukvårdsregionen
Anna Hägglund	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Intresseföreningar	
Liza di Paolo Sandberg ²	SKPF-pensionärerna
Nationella programområden	
Andreas Cederlund ¹	NPO Tandvård
Professionsföreningar och specialföreningar	
Chaim Zlotnik	Sveriges tandläkarförbund
Linnea Ryman	Sveriges tandhygienistförening
Karin Udén ³	Svenska tandsköterskeförbundet
Moana Zillén ¹	Svensk sjuksköterskeförening, Riksföreningen sjuksköterskor inom äldre- och demensvård
Andreas Stavropoulos	Svensk förening för parodontologi och implantologi
Nina Sabel	Svenska pedodontiföreningen
Catharina Österlund	Svensk förening för bettfysiologi
Josephine Brodén	Svenska endodontiföreningen

Konsensusgrupp

Angelika Lantto

Svensk förening för orofacial medicin

Anders Hedenbjörk Lager

Svensk förening för cariologi

Lärosäten

Patricia de Palma

Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet

Malin Stensson

Tandhygienistprogrammet, Jönköpings universitet

Pia Andersson¹

Tandhygienistprogrammet, Högskolan Kristianstad

Ann-Catrin Kramer

Tandhygienistprogrammet, Karlstads universitet

VårdgivareAnders Jonsson¹

Praktikertjänst

Magdalena Sparf

Distriktstandvården

Petteri Sjögren¹

Oral Care

Nätverk och centra

Gabriel Edgardo Alfaro

Tandvårdsnätverket

Anna-Karin Wagner

Svensk samhällsodontologisk förening

Fredric Thyberg⁴

Kunskapsnavet för sköra äldres munhälsa

¹Förhinder vid konsensusmötet²Ersattes av Lars Bromander på konsensusmötet³Ersattes av Tina Hilding på konsensusmötet⁴Representerar även övriga kunskapcentra för äldretandvård