

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

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

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

Artikelnummer: 2025-3-9496

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Förord

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen påbörjat arbetet med att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården.

Socialstyrelsen riktar ett varmt tack till alla som medverkat i konsensusprocessen eller på andra sätt lämnat sina synpunkter under arbetets gång. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till de odontologiska experter som knutits till arbetet – Per Alstergren, Carl-Otto Brahm, Lars Gahnberg, Björn Klinge, Peter Lingström och Nina Sabel. Socialstyrelsen vill också tacka de myndigheter som har haft i uppdrag att stödja oss, för deras samarbete.

Rapporten har tagits fram av Anna Bredin, och Andreas Johansson, tillsammans med en projektgrupp som består av Peter Lundholm, Sofia Orrskog och Elisabeth Wörnberg Gerdin, samt med stöd av många andra medarbetare på myndigheten. Enhetschef Björn Nilsson har varit projektägare. Ansvarig avdelningschef har varit Natalia Borg.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning | 6 |
| Konsensusprocess för att fastställa faktorer | 6 |
| Utländska riktlinjer har granskats och håller hög kvalitet | 6 |
| Utveckla ett nationellt kunskapsstöd med anamnesformulär | 7 |
| Stärk kunskapsstyrningen | 7 |
| Mer effektiv användning av tandvårdens resurser | 8 |
| Utveckling av Tandhälsoregistret, tandhälsomått och en enhetlig informationsstruktur | 8 |
| Framåtblick | 8 |
| Att utveckla en nationell modell för riskbedömning..... | 10 |
| Utgångspunkter | 11 |
| SBU, TLV och Försäkringskassan | 13 |
| Rapportens disposition | 14 |
| Bakgrund..... | 15 |
| Jämlik och kunskapsbaserad tandvård | 15 |
| Riskbedömning..... | 15 |
| Revisionsintervall | 17 |
| Det statliga tandvårdsstödet | 17 |
| Hälsodata och informationsstruktur | 18 |
| Hälsodataregister | 21 |
| Metod..... | 23 |
| Sammanställning och identifiering av faktorer för riskbedömning | 23 |
| Kvalitetsgranskning av utländska riktlinjer | 24 |
| Genomförande och resultat | 26 |
| Sammanställning och identifiering av faktorer för riskbedömning | 26 |
| Kvalitetsgranskning av utländska riktlinjer | 44 |
| Litteratursökning efter vetenskapligt underlag för riskbedömningar | 46 |
| Diskussion och plan för fortsatt arbete..... | 48 |
| Utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården | 48 |
| Viktigt att ta hänsyn till ny kunskap | 50 |
| Mer effektiv användning av tandvårdens resurser | 51 |
| Utveckla Tandhälsoregistret..... | 52 |

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

| | |
|--|-----------|
| Utarbeta en enhetlig terminologi | 55 |
| Framåtblick..... | 57 |
| Referenser..... | 59 |
| Bilaga 1 – SBU:s sammanställning av systematiska översikter. | 62 |
| Bilaga 2 – Riktlinjer som ingått i AGREE II-granskningen | 63 |
| Referenser | 64 |
| Bilaga 3 – Fördjupning: Faktorer vid riskbedömning..... | 65 |
| Hur kan faktorerna användas vid en basundersökning? | 68 |
| Referenser | 71 |

Sammanfattning

Det här är en slutredovisning av regeringsuppdraget att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. I arbetet har myndigheten beaktat att det behövs en ändamålsenlig uppföljning av hur det statliga tandvårdsstödet används, samt att uppdraget ska bygga vidare på myndighetens föregående uppdrag att utreda förutsättningarna för ett införande av en sådan modell.

Konsensusprocess för att fastställa faktorer

I arbetet med det föregående regeringsuppdraget genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av beslutsstöd som används för riskbedömning i tandvården, av faktorer som en expertgrupp ansåg lämpliga för riskbedömning samt av relevanta utländska riktlinjer. Med grund i denna kartläggning har myndigheten nu påbörjat arbetet att utröna om det finns en enhetlig bild av vilka faktorer som bör ingå i en riskbedömning i samband med basundersökning. Steg ett i det arbetet har varit att genomföra en konsensusprocess.

Resultatet av konsensusprocessen visar att konsensus uppnåddes för 53 faktorer om att de bör ingå i en nationell riskbedömningsmodell. Konsensus uppnåddes även för tolv faktorer där konsensuspanelen ansåg att faktorerna inte bör ingå.

Faktorerna som ingick i konsensusprocessen kan hämtas från ett flertal olika källor, till exempel anamnes och den statusupptagning som behandlaren gör vid besöket. Därtill finns det faktorer i externa källor, som Försäkringskassans register över tidigare tandvård eller Nationella läkemedelslistan.

Utländska riktlinjer har granskats och håller hög kvalitet

Utöver konsensusprocessen har Socialstyrelsen genomfört en kvalitetsgranskning av utländska riktlinjer från England, Skottland, Danmark och Norge. Sammanfattningsvis är riktlinjerna från England, Skottland och Danmark av hög metodologisk kvalitet. Dessa riktlinjer skulle därmed kunna ligga till grund för Socialstyrelsens framtida arbete med en nationell modell för riskbedömning i tandvården.

Utveckla ett nationellt kunskapsstöd med anamnesformulär

Socialstyrelsen konstaterar att en fullt utvecklad nationell modell för riskbedömning sträcker sig från en kunskaps- och behovsbaserad basundersökning till uppföljning och utvärdering, med hjälp av relevanta, valida och interoperabla data i hälsodata- och kvalitetsregister. Riskbedömning kan ingå i åtgärden basundersökning, som är en ersättningsberättigad åtgärd inom det statliga tandvårdsstödet, och som ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett nödvändigt första steg är att ta fram en solid, kunskapsbaserad grund att utgå ifrån i riskbedömningen. Myndigheten ser att nästa viktiga steg i utvecklingen av en nationell modell för riskbedömning är att ta fram ett nationellt kunskapsstöd där risk- och friskfaktorerna tydligt specificeras. I det arbetet kommer frågor om modellens komplexitet att kunna utredas vidare.

Under arbetet med det nuvarande uppdraget har det också blivit tydligt att en nationell modell för riskbedömning behöver kompletteras med ett nationellt anamnesformulär för tandvården, för att möjliggöra att strukturerade data kan föras in i riskbedömningen utan att behandlaren behöver göra det manuellt. Ett nationellt anamnesformulär behöver kopplas till ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömningar.

Stärk kunskapsstyrningen

Socialstyrelsen har fört dialog med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Försäkringskassan om möjligheter att utan ändring i lag eller förordning utveckla den statliga styrningen när det gäller en kunskapsbaserad riskbedömning. En lösning som TLV och Socialstyrelsen har diskuterat är att koppla ett nationellt kunskapsstöd till TLV:s föreskrifter och allmänna råd (2008:1) om statligt tandvårdsstöd genom en hänvisning i ett allmänt råd, för att på så sätt göra kunskapsstödet till en del av TLV:s normering. Behovet av fortsatta diskussioner myndigheterna emellan samt fortsatt utredning av frågan har identifierats.

Det kan finnas riskfaktorer, som till exempel används i andra länder men inte i Sverige, som deltagarna i konsensuspanelen inte har erfarenhet av. I det fortsatta arbetet med en nationell modell för riskbedömning är det därför viktigt att ta hänsyn till ny kunskap och bedöma om ytterligare riskfaktorer ska ingå. En nationell modell för riskbedömning behöver kunna uppdateras regelbundet, för att fungera bra som ett stöd för behandlare över tid.

Mer effektiv användning av tandvårdens resurser

I de nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar Socialstyrelsen att en systematisk riskbedömning med efterföljande orsaksutredning görs när barn och vuxna besöker tandvården för undersökning. Socialstyrelsen bedömer att åtgärden innebär en låg kostnad per vunnen effekt jämfört med att inte utföra åtgärden. Socialstyrelsen bedömer också att införandet av en nationell modell för riskbedömning kommer att ha en marginell påverkan på behandlarnas administrativa börda och samhällskostnader för tandvård.

Utveckling av Tandhälsoregistret, tandhälsomått och en enhetlig informationsstruktur

En nationell modell för riskbedömning behöver bygga på tillförlitliga data om hälsoutfall. För att modellen ska kunna följas upp och utvecklas över tid måste utfallsmåtten kunna relateras till data som indikerar att en bedömning om förhöjd risk för sjukdom är gjord i samband med en basundersökning hos en tandläkare eller tandhygienist. Det finns också ett stort antal faktorer som redan används för att indikera och fastställa risk för sjukdom i tillgängliga beslutsstöd för riskbedömning. Några av dessa faktorer kan väsentligt bidra med ökad kunskap om de föreslås ingå i ett hälsodataregister. Relevanta tandhälsomått behöver utvecklas för att en nationell modell för riskbedömning ska kunna följas upp och utvecklas, och till syvende og sidst kunna bidra till bättre munhälsa. Att kunna inkludera fler patientgrupper och fler tandhälsomått i Tandhälsoregistret skulle också underlätta uppföljning, utvärdering och utveckling av modellen.

För att kunna följa tandhälsomåtten på ett adekvat sätt behöver en enhetlig informationsstruktur utformas. Det möjliggör att riskbedömningsmodellen blir nationellt enhetlig, och underlättar utvärdering av modellen. Det möjliggör också semantisk interoperabilitet och underlättar överföring och jämförelse av data mellan vårdgivare.

Framåtblick

Socialstyrelsens uppdrag som kunskapsstyrande myndighet är viktigt för den förflyttning som sker inom tandvården, såväl nationellt som internationellt, mot att integrera munhälsa som en del av allmän hälsa och att utgå från ett perspektiv med gemensamma riskfaktorer för ohälsa.

I uppdraget till Socialstyrelsen skriver regeringen att de avser att ge myndigheten ytterligare uppdrag kopplat till införandet av en nationell

modell för riskbedömning. Socialstyrelsens tidigare redovisade plan för fortsatt arbete med att utveckla och implementera en nationell modell för riskbedömning kvarstår, och därtill har myndigheten identifierat behov av att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning – inklusive ett nationellt anamnesformulär. Arbetet med ett nationellt kunskapsstöd bidrar inte enbart till utvecklingen av en nationell modell för riskbedömning utan ger även förutsättningar för den fortsatta styrningen mot en kunskaps- och behovsbaserad tandvård.

Socialstyrelsen konstaterar även att det fortsatta arbetet måste göras i nära samarbete med tandvårdens professioner och organisationer, likväl som patientföreträdare. För att en nationell modell för riskbedömning ska kunna användas på bästa sätt för både en bättre och mer jämlik munhälsa, och ett mer resurseffektivt användande av det statliga tandvårdsstödet, måste modellen vara väl förankrad hos dem som ska använda den. Detta ställer krav på förankring i tandvården, men också på samverkan mellan de berörda myndigheterna.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården [1]. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen beakta att det behövs en ändamålsenlig uppföljning av hur det statliga tandvårdsstödet används.

Uppdraget ska bygga vidare på myndighetens föregående uppdrag att utreda förutsättningarna för ett införande av en sådan modell [2]. Därtill lyfter regeringen att en enhetlig terminologi är avgörande för en funktionell och uppföljningsbar nationell modell för riskbedömningar inom tandvården.

I uppdraget ingår att föra dialog med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Försäkringskassan, som alla har haft separata uppdrag att stödja Socialstyrelsen i genomförandet av det aktuella uppdraget [3, 4, 5].

Målet med en nationell modell för riskbedömning är att skapa förutsättningar för en enhetlig bedömning av tandvårdens patienter. Utifrån den ska tandvårdens resurser prioriteras till de patienter som har störst behov. Genom en nationell modell för riskbedömning vill regeringen också stärka kontrollen över det statliga tandvårdsstödet.

Flera utredningar har lyft behovet av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Exempelvis står det i *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) att en ”[e]nhetlig individuell riskbedömning av patienter bör göras inom hela tandvårdssystemet. Riskbedömning ger underlag för en omfördelning av resurser från patienter med inga eller små sjukdomsförebyggande behov till patienter med större sjukdomsförebyggande behov. Riskbedömning med krav på dokumentation och inrapportering ger goda möjligheter till datainsamling om tandhälsa för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning.”. I *Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård* (SOU 2024:70) står det att det ”[i]nför reformens eventuella fortsatta steg bör övervägas att ersätta ålderskriteriet med en munhälsoprofil som kan genereras inom ramen för det nationella riskbedömningssystem som Socialstyrelsen getts i uppdrag av regeringen att utveckla.”

Av regeringsbeslutet framgår att regeringen avser att ge Socialstyrelsen ytterligare uppdrag kopplat till införandet av en nationell modell för riskbedömning för 2025.

Utgångspunkter

Socialstyrelsen ska enligt regeringsuppdraget utgå från det arbete som myndigheten genomfört inom ramen för uppdraget att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården (S2023/01524). I den rapporten bekräftades bilden av att en nationell modell för riskbedömning kan bidra till en mer jämlik tandvård och Socialstyrelsen konstaterade att det ur ett verksamhetsperspektiv finns goda förutsättningar för att införa en sådan modell inom tandvården i Sverige.

I rapporten konstaterade Socialstyrelsen också att riskbedömningar är ett etablerat arbetssätt i tandvården, men att såväl riskbedömning som riskgruppering varierar mellan vårdgivare och behandlare. Vidare saknas det enhetliga beslutsstöd och de beslutsstöd som används är inte validerade, trots att riskbedömningar används av en majoritet av behandlarna. Riskbedömning ingår också som ett möjligt moment i åtgärden basundersökning i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd.

Riskbedömning i tandvården ligger till grund för såväl beslut om tid till nästa basundersökning, det så kallade revisionsintervallet, som bedömning av behov av förebyggande och behandlande insatser. Avsaknaden av gemensamma bedömningsgrunder innebär att besluten och bedömningarna varierar beroende på behandlares erfarenhet och kompetens och på vilket beslutsstöd som används.

En nationellt enhetlig och behovsbaserad bedömning av risk för framtida munsjukdom behöver således i möjligaste mån vara systematisk och datadriven, där data finns tillgängliga och kan användas. Samtidigt måste en modell ta hänsyn till att de dominerande munsjukdomarna i mycket hög grad beror på individens beteende och de förutsättningar individen har för hälsosamma levnadsvanor. Detta är i hög utsträckning faktorer som är svåra att operationalisera och mäta, utan måste vägas in i en samlad helhetsbedömning av patienten. Därför är en utgångspunkt för detta uppdrag, som även konstaterades i det förra uppdraget, att en nationell modell för riskbedömning också behöver ta hänsyn till behandlarens kliniska kompetens och kunskap om patienten och att ett automatiserat förslag på riskbedömning och -gruppering behöver kunna justeras av behandlaren när det kan motiveras.

När det gäller behovet av en ändamålsenlig uppföljning och stärkt kontroll av hur det statliga tandvårdsstödet används, kan myndigheten konstatera att det finns en tydlig koppling till de nationella riktlinjernas rekommendationer om revisionsintervall baserade på riskbedömning [6]. Om rekommendationerna i de nationella riktlinjerna följs för hur ofta patienten behöver kallas för en ny basundersökning, baserat på patientens

identifierade risk, kan tandvården och användningen av det statliga tandvårdsstödet styras mot en kunskapsbaserad och behovsstyrd tandvård. För att stärka förutsättningarna för att detta ska ge önskat resultat behövs en uppföljning av tandvården med en koppling mellan riskbedömning och, i förekommande fall, riskgruppering och revisionsintervall. En sådan uppföljning är idag inte möjlig att göra och behöver därför utvecklas.

Samtidigt har Socialstyrelsen konstaterat att det saknas nationell samstämmighet i hur risk ska bedömas, vilka faktorer som skapar respektive motverkar risk för munsjukdom, liksom i hur faktorerna ska värderas, viktas och grupperas, och att det utan en sådan enighet inte är möjligt att utveckla en tillförlitlig, enhetlig nationell modell för riskbedömning [2]. Mot den bakgrunden gör Socialstyrelsen bedömningen att ett arbete med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning är nödvändigt. I det arbetet kan myndigheten även utreda vidare hur ett sådant kunskapsstöd kan användas för att styra mot en kunskapsbaserad och behovsstyrd tandvård.

För ett fortsatt arbete med att ta fram en nationell modell för riskbedömning inom tandvården i enlighet med uppdragets intentioner, krävs, utöver ett kunskapsstöd för riskbedömning, även arbete kring bland annat hälsoinformatik och terminologi, samt utveckling av Tandhälsoregistret, vilket beskrevs i redovisningen av det förra uppdraget [2] samt belyses ytterligare i diskussionskapitlet i denna rapport.

Syfte och mål

Syftet med det aktuella uppdraget är att, med utgångspunkt i myndighetens föregående uppdrag, ta vidare arbetet med att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården.

Socialstyrelsens mål med rapporten är att:

1. redovisa de första stegen i arbetet med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning genom att:
 - påbörja identifiering och sammanställning av kriterier för riskbedömning i tandvården, baserade på bästa tillgängliga kunskap,
 - granska kvalitet i utländska riktlinjer för riskbedömning,
 - ytterligare granska vetenskapligt stöd för prediktionsmodeller inom tandvården med hjälp av SBU.
2. presentera en plan för det fortsatta arbetet med att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården.

SBU, TLV och Försäkringskassan

Ett särskilt samarbete har bedrivits med SBU, TLV och Försäkringskassan då dessa tre myndigheter har haft egna uppdrag att stödja Socialstyrelsen i arbetet med att utveckla en nationell modell för riskbedömning.

Som en del av arbetet med regeringsuppdraget har regelbundna möten hållits med samtliga myndigheter. Därutöver har en särskild myndighetsgemensam arbetsgrupp använts för samarbete mellan Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan. Syftet med arbetsgruppen har varit att tillsammans diskutera frågor om hur arbetet med att införa en nationell modell för riskbedömning och att skapa en ändamålsenlig uppföljning kan börja förberedas, inklusive behovet av en utveckling av Tandhälsoregistret. Arbetsgruppen har även diskuterat vilka förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning som behöver utredas vidare inom respektive myndighets uppdrag. Vidare har Socialstyrelsen lyft frågan om möjligheterna att utan ändring i lag eller förordning, och med befintliga informationssystem, skapa förutsättning för riskbedömning och -gruppering för att åstadkomma en nationellt enhetlig riskbedömning.

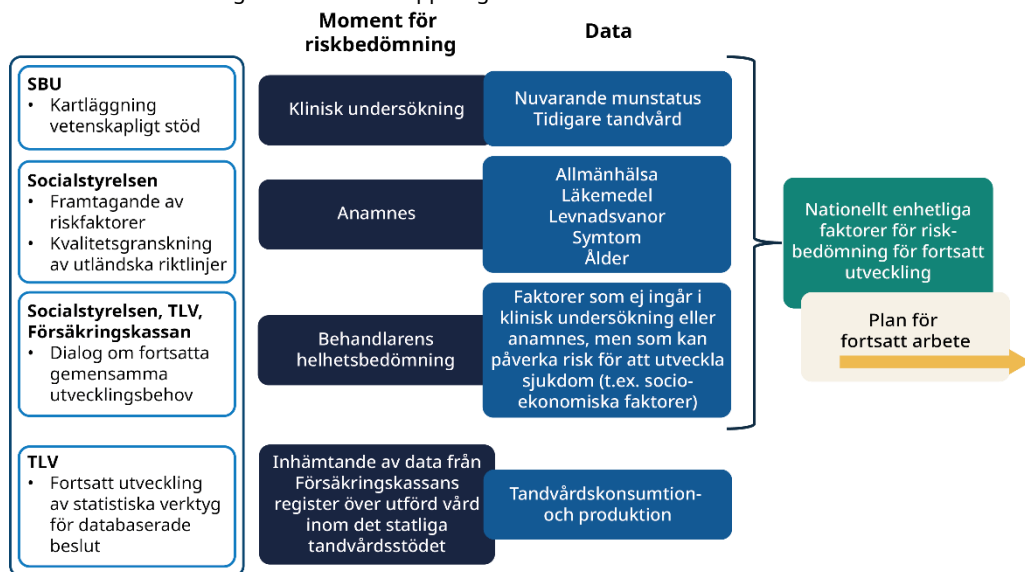
Dialoger har även förts på ledningsnivå mellan TLV och Socialstyrelsen.

I samband med Socialstyrelsens föregående uppdrag [2], då TLV och SBU också hade separata uppdrag [7, 8] att stödja Socialstyrelsen, redovisade TLV statistiska analyser av huruvida vissa tillstånds- och åtgärds-koder inom det statliga tandvårdsstödet kan användas för att gruppera patienter efter risk, baserat på historisk tandvårdskonsumtion [9]. Under nuvarande uppdrag har TLV fortsatt detta arbete, med tanken att det ska kunna ingå som ett delmoment i en framtida nationell riskbedömningsmodell.

SBU har inom ramen för sitt regeringsuppdrag uppdaterat det vetenskapliga kunskapsläget för användning av prediktionsmodeller för karies eller parodontit. SBU har även undersökt om det finns tillförlitlig och sammanställd vetenskaplig kunskap för användning av prediktionsmodeller för bettavvikelse, bettfysiologiska tillstånd eller munslemhinneförändringar. kartlagt prediktionsmodeller för framtida risk för sjukdom. (Se även bilaga 1.) I figur 1 redovisas en schematisk beskrivning av uppdraget.

Figur 1. Regeringsuppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning

Schematisk beskrivning av det aktuella uppdraget.



Källa: Socialstyrelsen

Rapportens disposition

I rapportens nästa kapitel följer ett bakgrundsavsnitt där utgångspunkter som är centrala för uppdragets syfte, genomförande och slutsatser beskrivs. Därefter följer en beskrivning av metoder som använts i arbetet.

I kapitlet Genomförande och resultat presenteras slutsatser från den konsensusprocess som genomfördes med syfte att påbörja arbetet med att fastställa nationellt gemensamma faktorer för riskbedömning, baserade på bästa tillgängliga kunskap. Vidare redovisas resultatet av en kvalitetsgranskning av nationella riktlinjer för tandvård från England, Skottland, Danmark och Norge, samt resultatet av SBU:s litteratursökning.

I det därpå följande kapitlet ges utrymme för diskussion av resultaten utifrån de tidigare presenterade utgångspunkterna. Där återfinns också Socialstyrelsens förslag för fortsatt arbete.

Avslutningsvis sammanfattar Socialstyrelsen med en kort framåtblick. Där beskrivs viktiga steg som kvarstår för utveckling och införande av en nationell modell för riskbedömning.

Bakgrund

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen de områden och definitioner som ligger till grund för genomförandet av regeringsuppdraget. Vi ger också en kort inledning till hälsodataområdet inklusive Socialstyrelsens hälsodataregister.

Jämlik och kunskapsbaserad tandvård

Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård på lika villkor för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån bästa tillgängliga kunskap och individens förutsättningar och vårdbehov.

En jämlik vård innebär att personer ska få rätt hälso- och sjukvård och tandvård efter behov, oavsett vilka de är, hur livssituationen ser ut eller var de bor. När hälso- och sjukvården och tandvården anpassas för de olikheter som finns i personers bedömda behov av vård, egen förmåga att söka vård, grundhälsa och närhet till vård blir vården mer jämlik.

God och jämlik vård bygger på kunskap. Därför arbetar Socialstyrelsen med att styra, stödja, följa upp och analysera hälso- och sjukvården och tandvården på olika sätt, bland annat genom föreskrifter och allmänna råd, nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, statistik samt analys.

En kunskapsbaserad tandvård innebär att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap. Bästa tillgängliga kunskap kan byggas på vetenskaplig evidens eller beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd inleds med att undersöka om det finns vetenskaplig evidens [10]. Om det saknas evidens eller det vetenskapliga underlaget är bristfälligt blir beprövad erfarenhet aktuell att samla in. Myndigheten använder då en etablerad modell för att systematiskt samla in denna.

Riskbedömning

Inom tandvården har man länge utgått från patientens risk för ohälsa i munnen, på olika sätt. I denna rapport utgår Socialstyrelsen från att risken för ohälsa i munnen inkluderar risken för att utveckla eller förvärra sjukdom, tillstånd eller skada i munnen. Det finns dock ingen vedertagen definition av risk i tandvården [11]. Att bedöma, eller predicera, framtida risk för att utveckla eller förvärra sjukdom eller skada i munnen är dock en etablerad del av tandvårdens arbete, och Socialstyrelsens kartläggning [2] visar att det görs i mycket hög utsträckning, och med olika syften. Riskbedömningar skapar förutsättningar för en tandvård som ges utifrån behov och på lika

villkor. Riskbedömning med hjälp av anamnestiska data och kliniska fynd ligger till grund för patientens behandlingsplan¹ och revisionsintervall, det vill säga tiden mellan besök för regelbundna basundersökningar. En patient med hög risk bör ha ett kortare intervall än patienter med låg risk [6]. Riskbedömningar används även för kommunikation med patienten och för planering och uppföljning av den egna verksamheten.

I riskbedömningen inkluderas faktorer som kan förväntas öka eller minska risken för att sjukdom, tillstånd eller skada i munnen ska utvecklas eller förvärras. Ofta är risk- och friskfaktorn olika sidor av samma grundfaktor – exempelvis sporadisk eller regelbunden tandborstning. Se bilaga 3 för ett fördjupat resonemang.

Det finns flera olika beslutsstöd för riskbedömning, där de flesta har tillgång till en riskbedömningsmodul som en del av journalsystemet. Hur dessa är utformade varierar mellan journalsystem och mellan vårdgivare. Genom en samlad bedömning av riskfaktorerna kan framtida risk förutsägas.

Riskbedömningen kan resultera i en riskgruppering.

Riskbedömningar görs oftast i samband med basundersökningar. En återkommande basundersökning är en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd i tandvården. Det statliga tandvårdsstödet ger stöd för detta genom de allmänna och särskilda tandvårdsbidragen som ska stimulera till regelbundna besök i tandvården. Målsättningen för en basundersökning är att både indikera risk för sjukdom och diagnosticera pågående sjukdom (läs mer om riskbedömningar i bilaga 3).

Enhetlig och systematisk riskbedömning

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att hur och på vilka grunder riskbedömningar görs varierar mellan olika journalsystem och att sätten på vilka de används skiljer sig åt mellan olika behandlare och vårdgivare. Dessutom varierar enskilda behandlares kompetenser och erfarenheter. Sammantaget innebär detta att riskbedömningarna inte blir nationellt enhetliga [2].

Det vetenskapliga underlaget för sammantagna prediktionsmodeller har kartlagts av SBU. Socialstyrelsen kan konstatera att stödet för de prediktionsmodeller som kartlagts vilar på svag vetenskaplig grund. SBU har också, efter granskning av vetenskapliga studier som har utvärderat prediktionsmodeller för karies och parodontit, konstaterat att det vetenskapliga underlaget inte räcker till för att bedöma tillförlitligheten för någon prediktionsmodell för dessa sjukdomar [12].

¹ Behandlingsplan är ett vedertaget begrepp inom tandvård. Det motsvaras av termen vårdplan i Socialstyrelsens termbank.

En nationellt enhetlig och systematisk riskbedömning behöver därför grunda sig på bästa tillgängliga kunskap, i kombination med individens förutsättningar och vårdbehov.

Revisionsintervall

Revisionsintervallen i tandvården – det vill säga tiden mellan två basundersökningar – bör planeras efter patienternas behov, för att resurserna ska användas effektivt. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård rekommenderar ett revisionsintervall för vuxna patienter med låg risk för dålig munhälsa på 2–3 år, medan patienter med hög risk för dålig munhälsa bör kallas en gång per 1–1,5 år – utöver förebyggande och orsaksinriktad behandling med tätare intervall [6].

Enligt de nationella riktlinjerna för tandvård förutsätter ett längre revisionsintervall för patienter med låg risk att tandvården arbetar systematiskt för att optimera riskbedömningen. Behandlaren behöver alltid göra en klinisk riskbedömning även om hen också använder beslutsstöd för att genomföra riskbedömningen. Dessutom behöver patienten själv uppleva sin munhälsa som god eller mycket god, för att ett längre intervall ska vara aktuellt. Vid behov kan tandvårdskontakten upprätthållas även mellan basundersökningarna, till exempel genom digitala avstämningar eller fysiska besök hos en tandhygienist, för att främja en fortsatt god munhälsa. Detta kan vara särskilt motiverat när revisionsintervallen är längre. Självklart kan patienter också behöva olika typer av behandling mellan basundersökningarna, till exempel förebyggande behandling eller uppföljning av något munhälsoproblem [6].

Läs mer om användningen av faktorer vid riskbedömning i bilaga 3.

Det statliga tandvårdsstödet

Sedan 2008 finns ett statligt tandvårdsstöd som riktar sig till den vuxna befolkningen. Tandvårdsstödet regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd.

Tandvårdsstödet syftar till att ge ekonomiskt stöd till patienter som behöver tandvård och till att skydda mot höga kostnader. Det utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB), högkostnadsskydd och ett särskilt tandvårdsbidrag (STB):

- ATB är ett generellt stöd för regelbundna tandvårdsbesök och syftar till att skapa förutsättningar för att bibehålla en god munhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

- Högkostnadsskyddet ska göra det möjligt för vuxna individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Högkostnadsskyddet omfattar tandvårdsbehandling som bidrar till att åtgärda smärta eller sjukdomar, ge förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder samt ge ett utseendemässigt godtagbart resultat.
- STB är ett bidrag som får användas till förebyggande insatser för personer med tillstånd som innebär en risk för försämrad tandhälsa².

I Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd anges vilka tandvårdsåtgärder och vilka tillstånd som berättigar till ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd, och det så kallade referenspriset för varje åtgärd, som talar om vad ett normalpris för en behandling kan vara med hänsyn taget till hela behandlingens kostnaden. I åtgärden basundersökning ingår momentet riskbedömning som idag saknar en närmare beskrivning av hur den ska genomföras och vad den ska omfatta. I föreskriften ställs också i vissa fall krav på dokumentation.

Tandvård som omfattas av tandvårdsstödet ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ambitionen är att det statliga tandvårdsstödet ska baseras på de åtgärder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård [13], vilket också var utgångspunkten för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att utveckla nationella riktlinjer för vuxentandvård 2008. Riktlinjerna har reviderats i flera omgångar och de senaste är från 2022 [6]. På detta vis kan statens resurser styras till tandvård som är kunskapsbaserad, effektiv och jämlik.

Hälsodata och informationsstruktur

Förutsättningarna för behandling av personuppgifter som rör hälsodata regleras i huvudsak på motsvarande sätt för tandvården och hälso- och sjukvården. Detta innebär bland annat att vårdgivare inom tandvården och hälso- och sjukvården enligt patientdatalagen (2008:355) i vissa fall kan dela uppgifter med varandra genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Från och med den 1 januari 2023 är det även möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att, under vissa särskilda förutsättningar, dela information med varandra, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

I 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården föreskrivs att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. I de allmänna råden till samma bestämmelse

² Se lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

anges att vårdgivaren bör använda följande publikationer, när de är tillämpliga, för att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga:

- Socialstyrelsens termbank
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT).

Termer och begrepp i det statliga tandvårdsstödet

Ersättningsreglerna i det statliga tandvårdsstödet är uppbyggt av ett system med inrapportering av både diagnos/tillstånd och åtgärder. Kodverket som används för att rapportera in data är uppbyggt utifrån en modell som i första hand ger förutsättningar för kontroll och tillsyn. Modellen tillåter endast parvis rapportering av ett tillstånd som är kopplat till en åtgärd oavsett om flera diagnoser ligger till grund för åtgärden. TLV:s föreskrifter styr vilka tillstånds- och åtgärdspar som ingår i det statliga tandvårdsstödet.

Regelverket får stor påverkan på hur tandvården dokumenterar den vård som ges inom stödet eftersom föreskriften anger vilka regler och dokumentationskrav som behöver vara uppfyllda för att en åtgärd ska vara berättigad till ersättning. Uppfylls inte dessa kan ersättning utebli eller återkrävas.

Socialstyrelsen ansvarar inte för kodverken för de tillstånd och åtgärder som ska användas vid inrapporteringen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård ska vara vägledande för vilken vård som ersätts inom det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsen ges också möjlighet att lämna synpunkter inom ramen för den årliga översynen av TLV:s föreskrifter, men i övrigt har Socialstyrelsen inget inflytande över de tillstånd och åtgärder som omfattas av det statliga tandvårdsstödet kodverk.

TLV:s kodverk för inrapportering av diagnos eller tillstånd och åtgärder ingår inte i de publikationer som nämns i 5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40, vilket innebär att vårdgivaren även på annat sätt ska säkerställa att uppgifterna är entydiga. Regeringen har en tydlig ambition om att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal och regional som privat (både med och utan offentlig finansiering), samt för tandvård, oavsett huvudman [14]. Utvecklingen mot en nationell infrastruktur för hälsodata och möjligheter att dela data med andra förutsätter att även tandvården implementerar en entydig dokumentation i sina system.

Dokumentation och infrastruktur inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen tillhandahåller verktyg för att skapa förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i hälso- och sjukvården. Detta innebär att information om patienten har dokumenterats så att den kan återsökas, delas, tolkas entydigt och sammanställas för de syften som den behövs för. Det betyder att informationen har dokumenterats med enhetliga begrepp, termer och klassifikationer i en överenskommen struktur, och därför kan återanvändas i vårdinformations- och verksamhetssystemen.

För att personal och system ska förstå varandra genom informationen som dokumenteras, tar Socialstyrelsen fram och förvaltar verktyg som behövs för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i vård och omsorg. Tillsammans benämns verktygen Gemensam informationsstruktur.

Verktygen är:

- Nationell informationsstruktur (NI) och nationella informationsmängder
- begreppssystemet Snomed CT
- hälsorelaterade klassifikationer och koder
- Socialstyrelsens termbank

Dokumentation inom tandvården

Dokumentation och hälsodata inom tandvården bearbetas till övervägande del i ett vårdinformationssystem, en elektronisk patientjournal. Det finns starka incitament för att använda elektroniska vårdinformationssystem i tandvården då mycket av den ekonomiska ersättningen bygger på olika system för ersättningsanspråk med direktkoppling till Försäkringskassan. Vårdinformationssystem används även för redovisning av utförd, ersättningsberättigad, vård inom de regionala tandvårdsstöden. Inom tandvårdssektorn finns flera leverantörer av vårdinformationssystem. Leverantörerna utvecklar och anpassar systemen på uppdrag av vårdgivarna, efter de behov som finns för en ändamålsenlig dokumentation och de krav som ställs för den ekonomiska ersättningen. Behandling av personuppgifter i en journal regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring, och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården som även omfattar tandvården³.

³ HSLF-FS 2016:40 har samma tillämpningsområde som patientdatalagen (2008:355) PDL. Enligt 1 kap. 1 § ska lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvård definieras i 1 kap. 3 § PDL som verksamhet som bland annat avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125).

Anamnes i tandvården

Anamnesen är ett verktyg för behandlaren, och en viktig del av en basundersökning. En stor del av underlaget för en riskbedömning kommer från anamnesuppgifter, men anamnesen sker ofta helt manuellt och saknar nationellt enhetlig struktur. I Socialstyrelsens föregående arbete konstaterades att personalen upplever det som tidskrävande att läkemedel som patienten använder måste skrivas in manuellt i journalen. Patienter som inte har en regelbunden tandvårdskontakt, eller som har hög risk för dålig munhälsa, kan också behöva en mer tidskrävande anamnesupptagning [2].

Hälsodataregister

Hälso- och sjukvård och tandvård utvecklas snabbt, delvis med hjälp av information som kan hämtas från något av de hälsodataregister som Socialstyrelsen förvaltar. Exempelvis finns uppgifter om de flesta som fått specialiserad öppenvård, flertalet vuxna som fått tandvård och personer som hämtat ut läkemedel på recept i Sverige med i dessa register. De svenska hälsodataregistren är unika tack vare att de omfattar så många individer, har funnits i många år och är obligatoriska att vara registrerad i. Registren är uppbyggda på individdata via personnummer⁴.

Registren används brett bland annat i forskningen, för officiell statistik och för att analysera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvården, tandvården, omsorgen och det förebyggande hälsoarbetet.

De nationella hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för är:

- Cancerregistret
- Läkemedelsregistret
- Medicinska födelseregistret
- Patientregistret
- Tandhälsoregistret
- Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Tandhälsoregistret

I samband med införandet av det statliga tandvårdsstödet år 2008 inrättades ett tandhälsoregister [15] hos Socialstyrelsen. Syftet med registret var dels att utveckla nationell tandhälsostatistik, dels att utvärdera effekterna av det nya statliga tandvårdsstödet.

⁴ Samt i vissa fall samordningsnummer.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat [16, 17, 18] att inrättandet av ett hälsodataregister för tandvård väsentligen ökade möjligheterna att följa upp tandhälsan för den del av befolkningen som besöker tandvården inom det statliga tandvårdsstödet. Beträffande dessa patienter fyller Socialstyrelsens tandhälsoregister en funktion som statistikbas för uppföljning, utvärdering och forskning på munhälso- och tandvårdsområdena. Registret har därmed en viktig funktion när det gäller nationell kunskapsstyrning, uppföljning och utveckling.

Redan två år efter inrättandet av Tandhälsoregistret lämnade Socialstyrelsen förslag på att utveckla och förbättra registret genom att:

- även inkludera barn och unga vuxna, vars tandvård finansieras av regionerna
- utöka inrapportering till fler än en diagnos per åtgärd
- införa och tillämpa en nationell klassifikation för diagnoser och åtgärder
- inkludera information om tandyta
- inkludera uppgifter om biverkningar om dentala material

Socialstyrelsen redovisade i mars 2017, på regeringens uppdrag, ett förslag på hur tandvård till barn, unga och asylsökande skulle kunna omfattas av Tandhälsoregistret [19].

Behovet av att utveckla Tandhälsoregistret framfördes även av utredningen om jämlik tandhälsa [20]. Utredningen bedömde att rapporteringen behöver utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna.

Utredningen om hälsodataregister

Utredningen om hälsodataregister lämnade sitt betänkande *Ett nytt regelverk för hälsodataregister* (SOU 2024:57) i augusti 2024. Utredningens förslag rör uppgiftsinsamling, ändamålsenliga regler för att förbättra hälso- och sjukvården samt folkhälsan, samt utformning av reglerna så att de skyddar den personliga integriteten.

Lagen (1998:543) om hälsodataregister är en ramlag som kompletteras med förordningar, bland annat förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. Utredningen föreslår att de olika förordningarna ersätts med en gemensam förordning, vilket enligt utredningen skulle ge bättre förutsättningar för en enhetlig tolkning och tillämpning av reglerna.

Socialstyrelsen föreslås få meddela föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras. Utredningens förslag skulle, om det genomförs, ge förutsättningar för en utveckling av Tandhälsoregistret till att omfatta nya uppgifter om en patient i tandvården som med dagens författningsreglering inte är möjligt. Utöver detta finns också behov av att utöka registret till att omfatta barn och unga samt fler av de målgrupper som anges i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Metod

I detta kapitel redovisas metoder för genomförande av Socialstyrelsens arbete med att

- påbörja identifiering och sammanställning av faktorer för riskbedömning i tandvården, baserat på bästa tillgängliga kunskap
- granska kvalitet i utländska riktlinjer för riskbedömning.

Sammanställning och identifiering av faktorer för riskbedömning

I arbetet med det föregående regeringsuppdraget om förutsättningarna för en nationell modell för riskbedömning [2] gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av beslutsstöd som användes för riskbedömning, av faktorer som expertgruppen knuten till det uppdraget ansåg som lämpliga för riskbedömning samt av relevanta utländska riktlinjer. Syftet med kartläggningen var att öka förståelsen för hur beslutsstöden fungerar, utvecklas och uppdateras samt att få insikt i journalsystemens informationsstruktur. Denna kunskap har varit en viktig komponent i nuvarande uppdrag och ligger till grund för sammanställningen av riskfaktorer som använts i detta uppdrag.

Inom ramarna för detta uppdrag har de riskfaktorer som identifierades i kartläggningen genomgått ett konsensusförfarande för att se om det finns en enhetlig bild av vilka faktorer som bör ingå i en riskbedömning i samband med en basundersökning.

De faktorer som ingick i kartläggningen har sammanställts och bearbetats med hjälp av en expertgrupp. Utgångspunkten har varit att sammanställa riskfaktorer som idag används i riskbedömning i samband med basundersökning, eller i motsvarande riskbedömningsprocess i Norge, Danmark, Finland, Skottland eller England.

Den slutliga listan bestod av 110 faktorer, som sedan togs vidare till konsensusprocessen. Samtliga faktorer beskrevs i konsensusenkäterna som riskfaktorer, även om vissa faktorer kan ha dynamiska egenskaper genom att inte bara påverka risk för sjukdom utan också inbegripa egenskaper som främjar hälsa (exempelvis bristande munhygien eller god munhygien). I konsensusenkäterna skiljdes heller inte på huvudfaktorer och modifierande faktorer, då den kategoriseringen inte är allmänt använd.

Konsensusprocessen genomfördes i form av ett modifierat Delphiförfarande. Det innebär att ett antal yrkesverksamma personer i en konsensuspanel, utifrån sin professionella kunskap och erfarenhet, får ta ställning till olika frågor eller påståenden via en webbaserad enkät. Därefter sammanställs

svaren och skickas ut till panelen igen, eventuellt med förtydliganden eller kompletterande frågor. Deltagarna i konsensuspanelen har då möjlighet att ändra sina svar efter vad som framkommit av övriga deltagares synpunkter. Syftet med konsensusförfarandet är att enas om en gemensam ståndpunkt för de ingående frågeställningarna.

Konsensusförfarandet bestod av två omgångar där konsensuspanelen tog ställning till de 110 faktorerna utifrån frågan om respektive faktor bör ingå i en nationell modell för riskbedömning. Konsensuspanelen bestod av 53 yrkesverksamma personer som nominerats från regioner, folktandvårdsorganisationer, Privattandläkarna, ämnesföreningar, professionsförbund, lärosäten och Sveriges kommuner och regioner (SKR). Både tandläkare och tandhygienister ingick i konsensuspanelen.

Arbetet genomfördes i form av enkätutskick som skickades ut till samtliga 53 representanter i konsensuspanelen. Den första enkätomgången startade den 20 december 2024 och avslutades den 9 januari 2025, och besvarades av 50 paneldeltagare. Den andra enkätomgången startade den 17 januari 2025 och avslutades den 9 februari 2025, och besvarades av 51 paneldeltagare.

Konsensuspanelen tog ställning till faktorerna utifrån följande underlag:

- En beskrivning av den tilltänkta omfattningen för modellen i steg 1. Målgruppen var vuxna tandvårdspatienter.
- En prioriteringslista med fyra nivåer:
 - A = Bör absolut vara med
 - B = Bör vara med
 - C = Bör inte vara med
 - D = Bör absolut inte vara med
 - X = Vet inte/Kan inte svara
- Möjlighet till fritextkommentarer på varje faktor.
- I omgång två gavs även möjlighet att föreslå egna faktorer.

Kriteriet för att uppnå konsensus sattes till 70 procent, i enlighet med myndighetens arbete med konsensuspaneler i exempelvis nationella riktlinjer. Konsensuspanelens arbete avslutades inte med ett konsensusmöte, då syftet inte var att slutligt avgöra urvalet av faktorer, utan resultatet från panelen var ämnat som ett underlag för fortsatt arbete.

Kvalitetsgranskning av utländska riktlinjer

I det föregående uppdraget [2] identifierades ett antal utländska riktlinjer, där Socialstyrelsen rekommenderade en kvalitetsgranskning med hjälp av verktyget Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) II

[21]. Syftet med kvalitetsgranskningen i det aktuella uppdraget var att bedöma de utländska riktlinjernas metodologiska kvalitet, för att se om de kan ligga till grund för fortsatt utveckling av en nationell modell för riskbedömning i Sverige.

AGREE II är ett verktyg som kan användas för att bedöma riktlinjers kvalitet, samt för att ge metodologiskt stöd när nya riktlinjer ska utarbetas. Det är utformat för att bedöma riktlinjer som utarbetats av lokala, regionala, nationella eller internationella aktörer. AGREE II består av 23 frågor fördelade på sex olika domäner. En sjugradig skala används för att bedöma varje fråga inom de olika domänerna:

- Omfattning och syfte
- Intressentmedverkan
- Noggrannhet vid framställningen
- Presentationens tydlighet
- Tillämpbarhet
- Redaktionellt oberoende

Riktlinjer om riskbedömning och revisionsintervall från följande aktörer ingick i kvalitetsgranskningen: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [22] i England, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [23] och Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP) [24], båda från Skottland, Sundhedsstyrelsen [25] i Danmark och Helsedirektoratet [26, 27] i Norge.

Varje riktlinje granskades av två bedömare, i syfte att öka granskningens tillförlitlighet. Varje bedömare tilldelade en poäng för varje fråga, baserat på sin bedömning av hur väl riktlinjen uppfyllde AGREE II-kriterierna. För varje domän räknade bedömarna ut en domänpoäng i procent. Domänpoängen baserades på antalet bedömare, antalet frågor i domänen och den tilldelade poängen för respektive fråga. Slutligen gjordes en helhetsbedömning av riktlinjen utifrån poängen på de olika domänerna och en rekommendation gavs om den kan användas i Socialstyrelsens fortsatta arbete. En mer detaljerad beskrivning av domänerna och poängsättningen finns i den svenska manualen för AGREE II [28].

Genomförande och resultat

Här redovisas genomförande och resultat av Socialstyrelsens arbete med att identifiera kriterier för riskbedömning i tandvården och att granska kvalitet i utländska riktlinjer för riskbedömning. Vidare sammanfattas den uppdatering av det vetenskapliga kunskapsläget som SBU har genomfört inom sitt uppdrag att stödja Socialstyrelsens arbete⁵.

Sammanställning och identifiering av faktorer för riskbedömning

Kartläggning av riskfaktorer

I Socialstyrelsens tidigare uppdrag [2] om att bedöma förutsättningarna för en nationell modell för riskbedömning genomfördes en kartläggning över befintliga beslutsstöd för riskbedömningar. Myndigheten konstaterade då också att utländska riktlinjer kunde vara ett underlag i myndighetens fortsatta arbete för att ta fram en nationell modell för riskbedömning.

Utifrån kartläggningen som genomfördes i det tidigare uppdraget har myndigheten nu sammanställt en bruttolista över faktorer som används i riskbedömningar, faktorer som ingår i riktlinjer från andra länder, samt den lista över relevanta risk- och friskfaktorer som Socialstyrelsens expertgrupp föreslog i arbetet med att bedöma förutsättningarna för en nationell modell för riskbedömning⁶.

Bruttolistan bearbetades tillsammans med expertgruppen, som fastställde en lista på 110 faktorer för utskick till konsensuspanelen. För en komplett lista, se tabell 6 i bilaga 3. Numreringen av faktorerna är inte en rangordning utan visar i vilken ordning de presenterades i konsensusenkäterna. Vi har valt att ha kvar numreringen i denna rapport för att göra det lättare att jämföra hur faktorerna placerar sig på de olika listor som redovisas i olika delar av rapporten, till exempel där resultaten av konsensusprocessen presenteras, nedan.

Resultatet av konsensusprocessen

Konsensusprocessen genomfördes, som tidigare beskrivet, i två steg och resultatet från konsensuspanelen bedömdes slutligen av Socialstyrelsen tillsammans med en expertgrupp. Konsensus uppnåddes då minst 70 procent

⁵ Detta arbete redovisas också i en separat rapport publicerad av SBU.

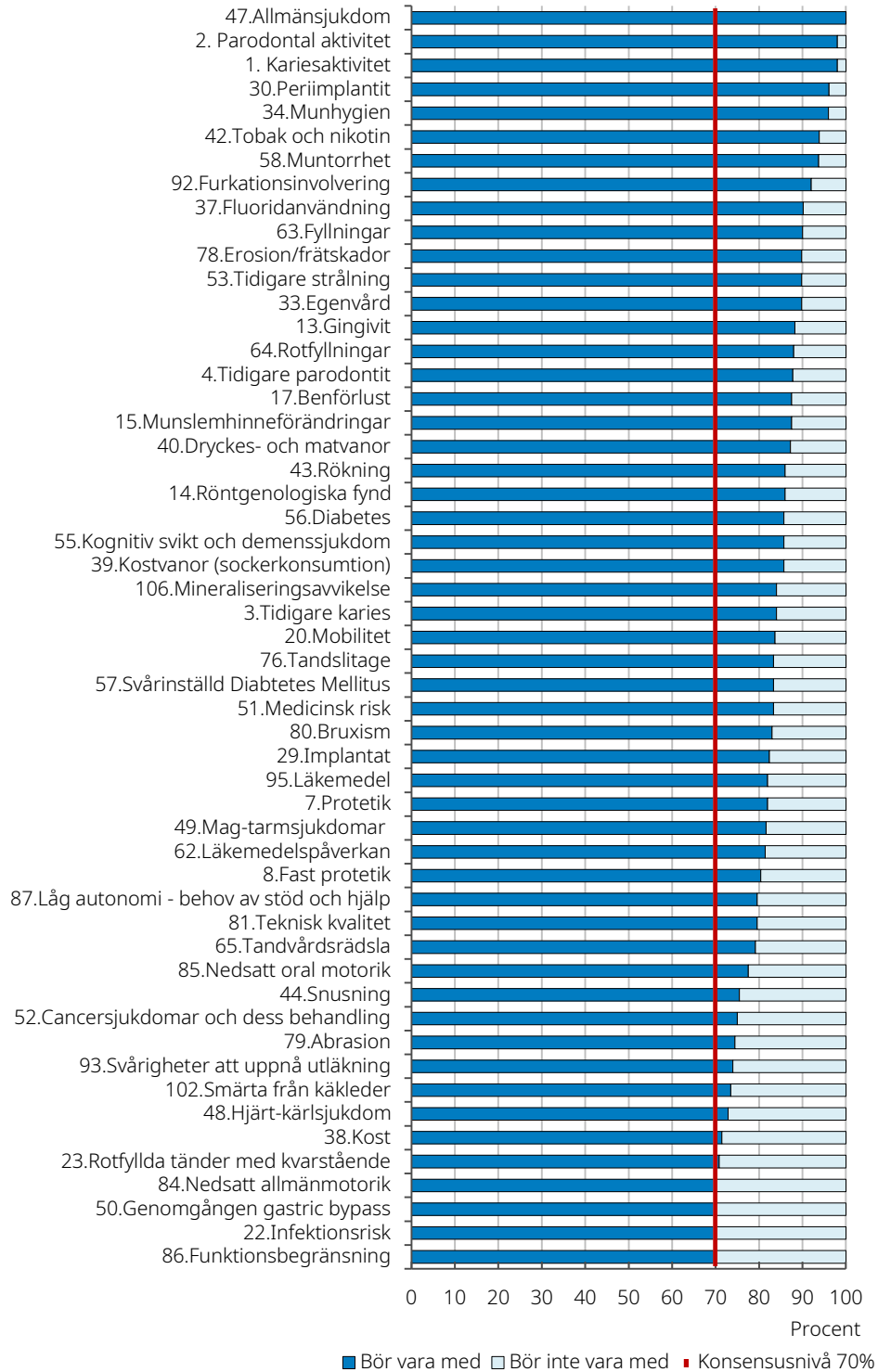
⁶ Se *Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården* [2] Bilaga 3: Faktorer som framkommit i dialog med expertgrupp.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

av paneldeltagarna som tagit ställning till en faktor ansåg att den bör eller absolut bör vara med, respektive bör inte eller bör absolut inte vara med. Svaren i det andra steget av konsensusprocessen visade att 53 av de 110 faktorerna uppnådde konsensus om att de bör ingå i en riskbedömningsmodell. Dessa faktorer redovisas i figur 2.

Figur 2. Faktorer där konsensus uppnåddes om att de bör ingå i en riskbedömningsmodell

Svarsalternativen *bör vara med* och *bör absolut vara med* jämfört med *bör inte vara med* och *bör absolut inte vara med*. Toltalt 53 faktorer.



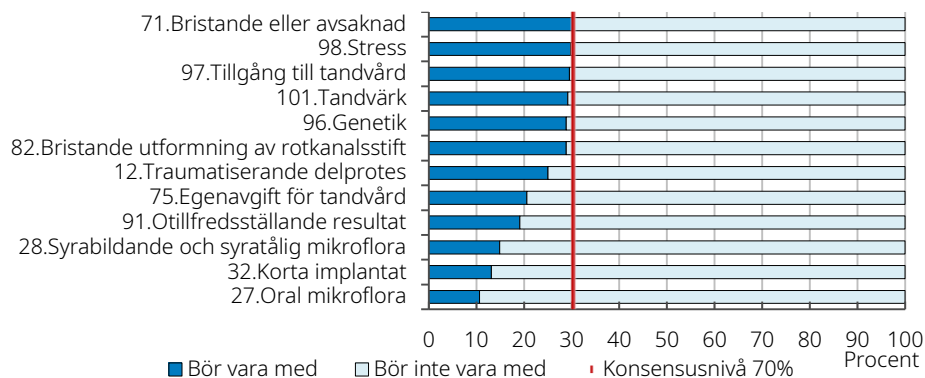
Källa: Socialstyrelsen

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Som framgår av figur 2 är faktorerna där det råder konsensus av olika art. Längre fram i rapporten kommer olika exempel ges på hur de kan grupperas. Myndigheten kan även konstatera att konsensus uppnåddes för tolv faktorer där panelen ansåg att faktorerna inte bör ingå. Dessa tolv faktorer redovisas i figur 3.

Figur 3. Faktorer där konsensus uppnåddes om att de inte bör ingå i en riskbedömningsmodell

Svarsalternativen *bör vara med* och *bör absolut vara med* jämfört med *bör inte vara med* och *bör absolut inte vara med*. Totalt 12 faktorer.

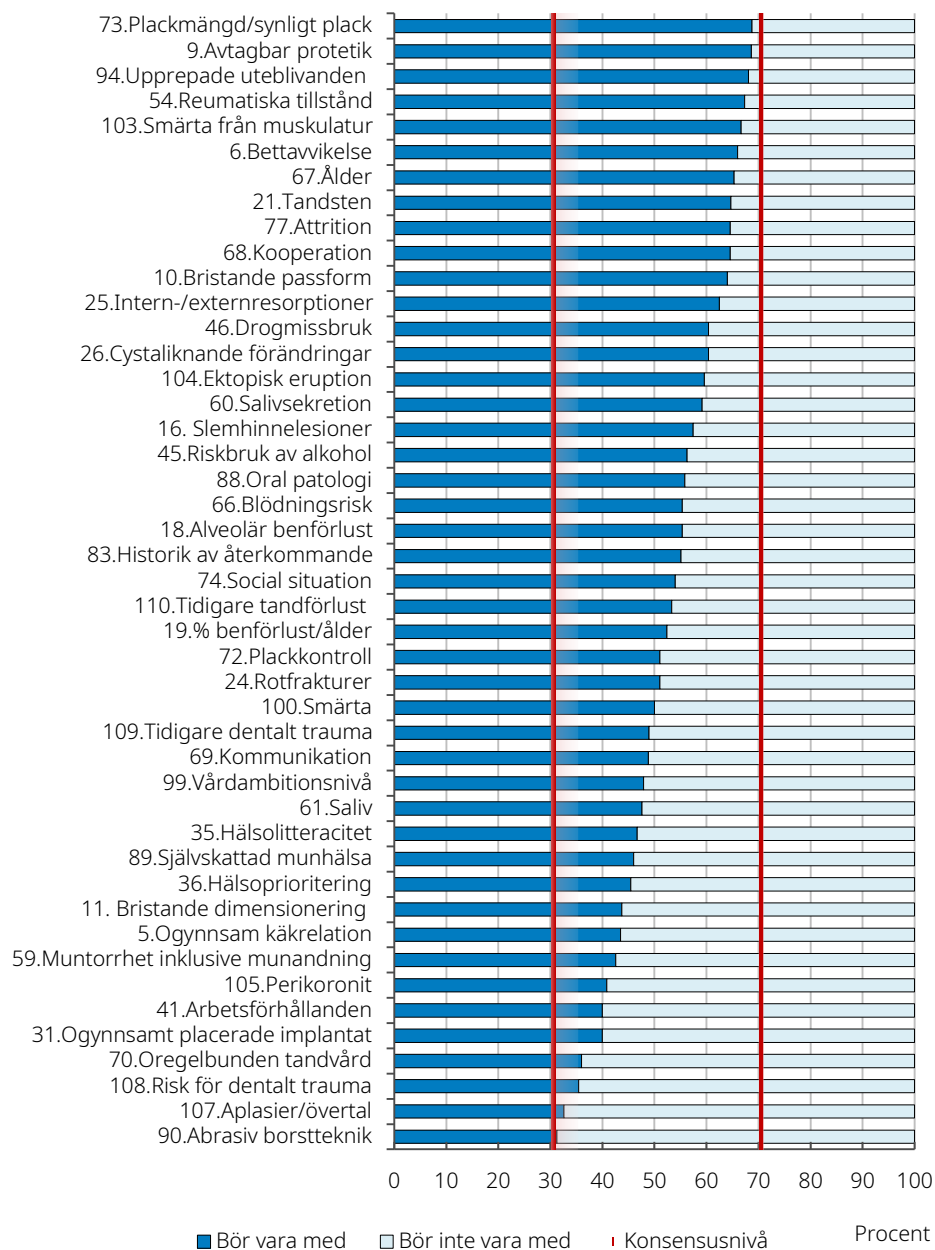


Källa: Socialstyrelsen

Resterande 45 faktorer utföll utan att konsensus uppnåddes vare sig om att de bör vara med eller att de inte bör vara med i en nationell modell för riskbedömning. Dessa faktorer redovisas i figur 4.

Figur 4. Faktorer där konsensus ej uppnåddes

Svarsalternativen *bör vara med* och *bör absolut vara med* jämfört med *bör inte vara med* och *bör absolut inte vara med*. Totalt 45 faktorer. De röda strecken markerar konsensusnivå om 70 % både för huruvida faktorn bör vara med respektive att den inte bör vara med.



Källa: Socialstyrelsen

Viktad sammanställning av faktorer

Svaren i de fyra svarsalternativen har även sammanställts i en viktad tabell, där svarsalternativen poängsatts på följande vis:

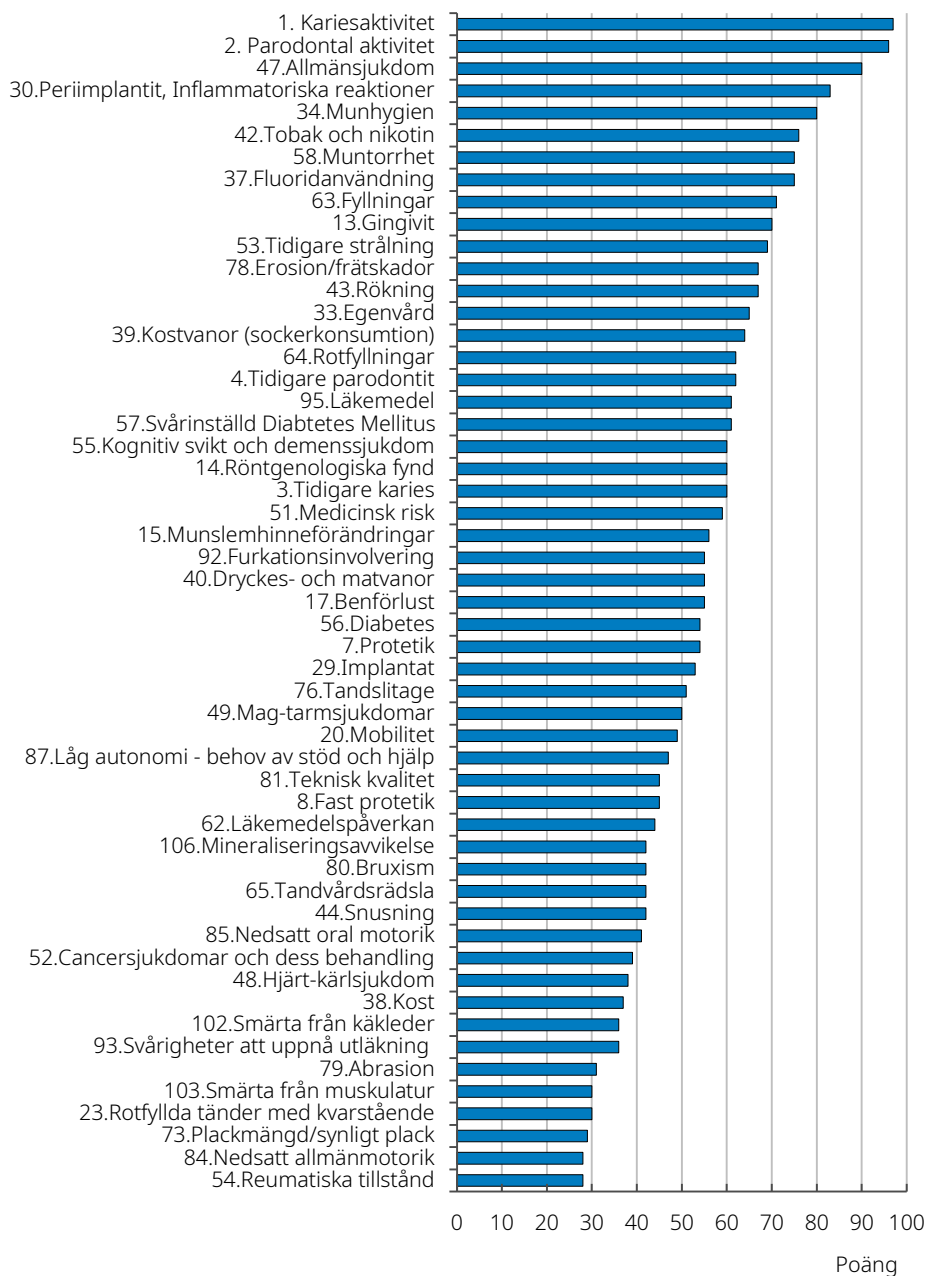
- Bör absolut vara med = 2 poäng
- Bör vara med = 1 poäng

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

- Bör inte vara med = – (minus) 1 poäng
- Bör absolut inte vara med = – (minus) 2 poäng

I figur 5 återges i fallande ordning de 53 faktorer som fått högst poäng, från *Kariesaktivitet* med 97 poäng till *Reumatiska tillstånd* med 28 poäng. Vi har valt de 53 första faktorerna som brytpunkt för denna lista, för att underlätta jämförelser med den lista på 53 faktorer där konsensus uppnåtts om att de bör ingå i en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, figur 2.

Figur 5. De 53 högst viktade faktorerna utifrån poäng



Källa: Socialstyrelsen

En jämförelse mellan den viktade faktorlistan i figur 5 och den lista på 53 faktorer där det finns konsensus om att de bör ingå i en nationell modell för riskbedömning (figur 2) visar att:

- De sex högst rankade faktorerna är samma i båda listorna, om än med olika inbördes placering.
- Samma faktor hamnar ofta på olika plats i den viktade listan respektive konsensuslistan.
- Några av de faktorer som hamnade utanför konsensuslistan finns med bland de 53 första faktorerna på den viktade listan.

Med utgångspunkt i konsensuslistan kan vi notera att följande faktorer, där konsensus inte uppnåddes, finns med bland de 53 första faktorerna på den viktade listan över faktorer (figur 5):

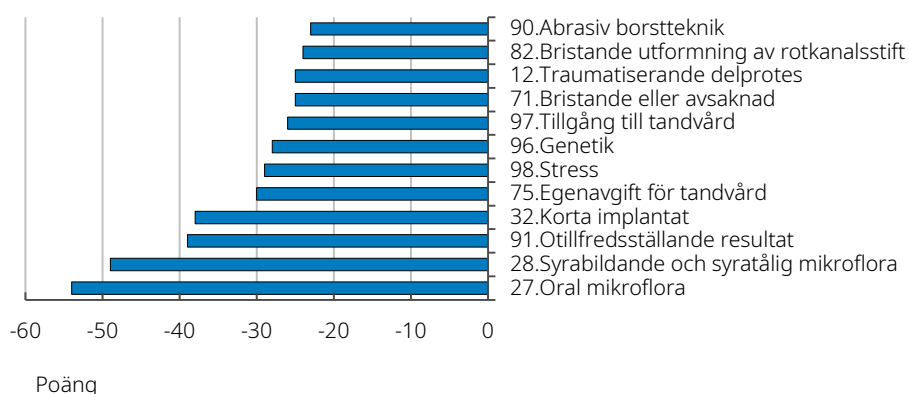
- Smärta från muskulatur
- Plackmängd/synligt plack
- Reumatiska tillstånd

På motsvarande vis kan vi konstatera att följande faktorer som fanns med i konsensuslistan (figur 2) inte finns med bland de 53 högst viktade faktorerna (figur 5):

- Genomgången gastric bypass
- Infektionsrisk
- Funktionsbegränsning

I figur 6 visas de tolv lägst rankade faktorerna utifrån viktade poäng. Lägst av alla faktorer i den viktade listan hamnar Oral mikroflora, på minus 54 poäng.

Figur 6. De tolv lägst rankade faktorerna



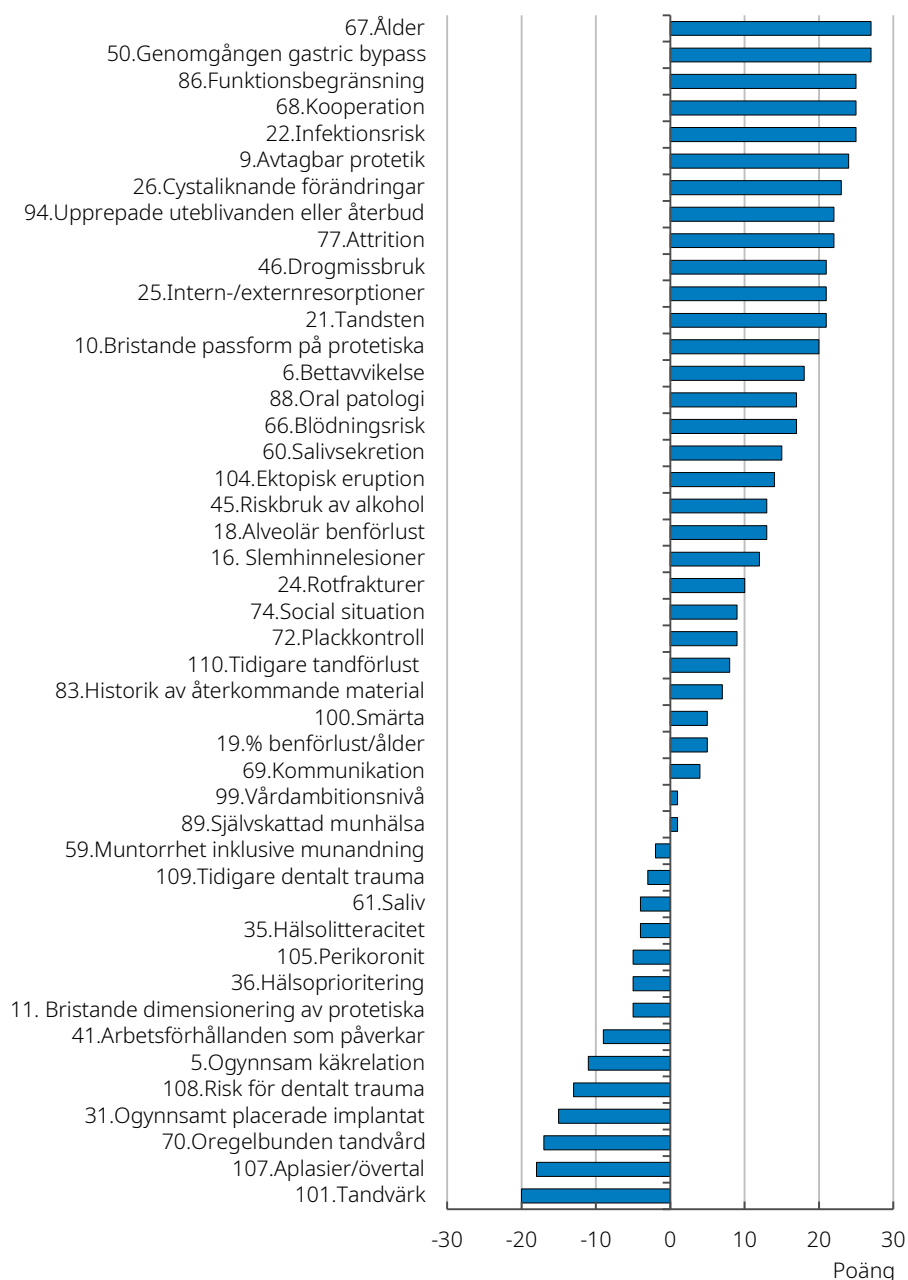
Källa: Socialstyrelsen

Faktorerna i figur 6 kan jämföras med de tolv faktorer där konsensus uppnåddes om att de inte bör ingå i en modell, återgivna i figur 3.

Jämförelsen visar att elva av tolv faktorer överlappar, om än med olika inbördes ordning. Faktorn Tandvärk, som utifrån konsensusresultatet inte bör ingå i en modell, finns inte med bland de tolv lägst viktade faktorerna; faktorn Abrasiv borstteknik, som inte uppnådde konsensus vare sig för att den bör vara med eller för att den inte bör vara med, placerade sig bland de tolv lägst viktade faktorerna.

I figur 7 redovisas poängen för resterande 45 faktorer utifrån hur de viktats. Listan innehåller de faktorer som har lägre poäng än de första 53 viktade faktorerna (figur 5) men högre poäng än faktorerna i figur 6 ovan.

Figur 7. Resterande 45 faktorer viktade utifrån poäng



Källa: Socialstyrelsen

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Utöver att ta ställning till de utskickade faktorerna gavs konsensuspanelen i enkätomgång två möjlighet att föreslå andra faktorer som de tyckte bör ingå i en riskbedömningsmodell. Endast tre förslag inkom: byte av vårdgivare, byte av behandlare samt befintliga rotfyllningars tekniska kvalitet.

Ovanstående sorteringar av faktorerna är ett inledande steg i arbetet med att fastställa faktorer för riskbedömning i tandvården, baserade på bästa tillgängliga kunskap utifrån den konsensusprocess som genomförts. Urvalet som faktorerna hämtades från var, som tidigare beskrivet, faktorer som används av tandvården idag, faktorer från utländska riktlinjer, samt faktorer från expertgruppen knuten till Socialstyrelsens tidigare uppdrag om att bedöma förutsättningarna för en nationell riskbedömningsmodell. Det innebar att många av faktorerna ligger nära eller överlappar varandra, något som flera deltagare i konsensuspanelen också påpekade i fritextsvar. Paneldeltagarna har i flera fall också givit förslag på hur faktorer som är lika varandra, alternativt bedöms tillhöra samma område, skulle kunna grupperas i kluster av faktorer med en gemensam rubricering eller under en huvudfaktor.

En viktig aspekt är att faktorerna ibland kan vara negativa (riskfaktorer) eller positiva (friskfaktorer) beroende på status. En patient kan ha en eller flera riskfaktorer, men dessa kan balanseras av friskfaktorer som gör att den sammanvägda risken minskar.

Vidare kan såväl risk- som friskfaktorer påverkas av modifierande faktorer. Exempel på modifierande faktorer kan vara en svår eller god social eller ekonomisk situation, som i sin tur kan påverka den enskilda individens levnadsvanor och hälsoprioriteringar, kontakt med tandvården, och förmågan till att ta hand om den egna hälsan.

Jämförelsen mellan konsensusresultatet och det viktade resultatet visar att det krävs vidare arbete för att specificera vilka faktorer som bör ingå i en nationell modell för riskbedömning. Resultatet från konsensusenkäterna visar även att det är viktigt att även ta hänsyn till hur en faktor kan eller bör mätas, samt att vissa faktorer kan slås samman eller grupperas.

Den sammanställning som myndigheten gjort av faktorer där konsensus uppnåtts om att de bör ingå i en nationell modell för riskbedömning i tandvården är således ett av flera inledande steg på vägen mot en utvecklad modell. Fortsatt arbete behövs för att exempelvis titta på vilka faktorer som är huvudfaktorer, om och på vilket sätt andra faktorer kan sorteras in under dem, hur faktorerna förhåller sig till modifierande faktorer och hur de kan mätas.

Gruppering av faktorer

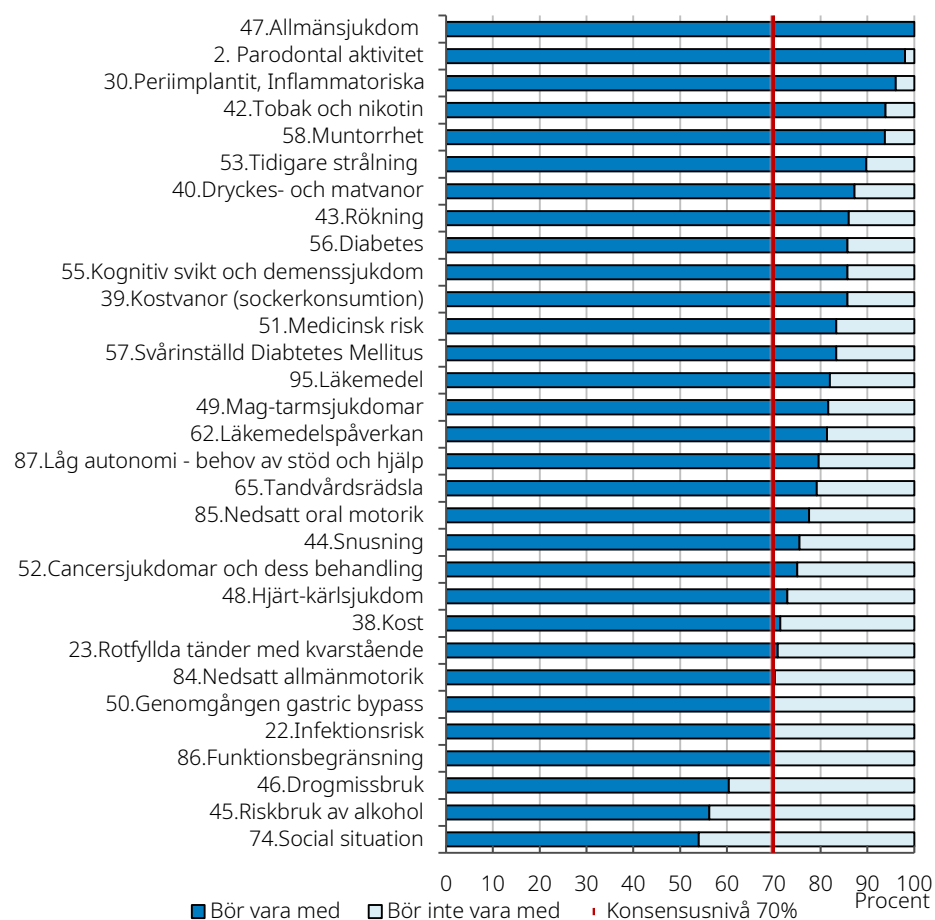
Hittills har vi redovisat faktorerna utifrån huruvida konsensus uppnåtts eller inte, samt hur de kan viktas beroende på hur konsensuspanelen bedömt angelägenheten av att de är med i en modell för riskbedömning. För att visa hur faktorerna kan användas i en kommande nationell riskbedömningsmodell har vi gjort en preliminär gruppering med utgångspunkt i de sakområden faktorerna tillhör. Grupperingen är avsedd att illustrera både hur faktorerna fördelas över olika sakområden, samt det faktum att en och samma faktor ofta är relevant för fler än en grupp av faktorer. Allmänsjukdom som påverkar munhälsan direkt eller via den behandling som ges är ett exempel på en sådan faktor. Vi visar också hur faktorerna kan grupperas knutet till områden i de nationella riktlinjerna.

Gruppering utifrån sakområden

Ett sätt att gruppera faktorerna är utifrån vilka sakområden de rör. För att illustrera hur det kan se ut har vi valt att gruppera enligt områdena *Allmänsjukdom eller funktionsnedsättning*, *Kariessjukdom* respektive *Parodontal sjukdom inklusive periimplantit*.

I figur 8 illustreras faktorer som rör allmänsjukdom och funktionsnedsättning. I den totala faktorlistan finns det flera faktorer som hamnar under gränsen för konsensus, men som ändå kan hänföras till området allmänsjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa faktorer är medtagna i figur 8 nedan, trots att konsensus inte uppnåtts för att de bör ingå i en nationell modell för riskbedömning. Syftet är att illustrera att faktorer som det inte råder konsensus för ändå kan behöva övervägas om de bör ingå i en modell för riskbedömning, men på andra grunder än utifrån den aktuella konsensusprocessen. Till exempel om de ingår i nationella riktlinjer, eller i internationella riktlinjer som bedömts ha erforderlig kvalitet.

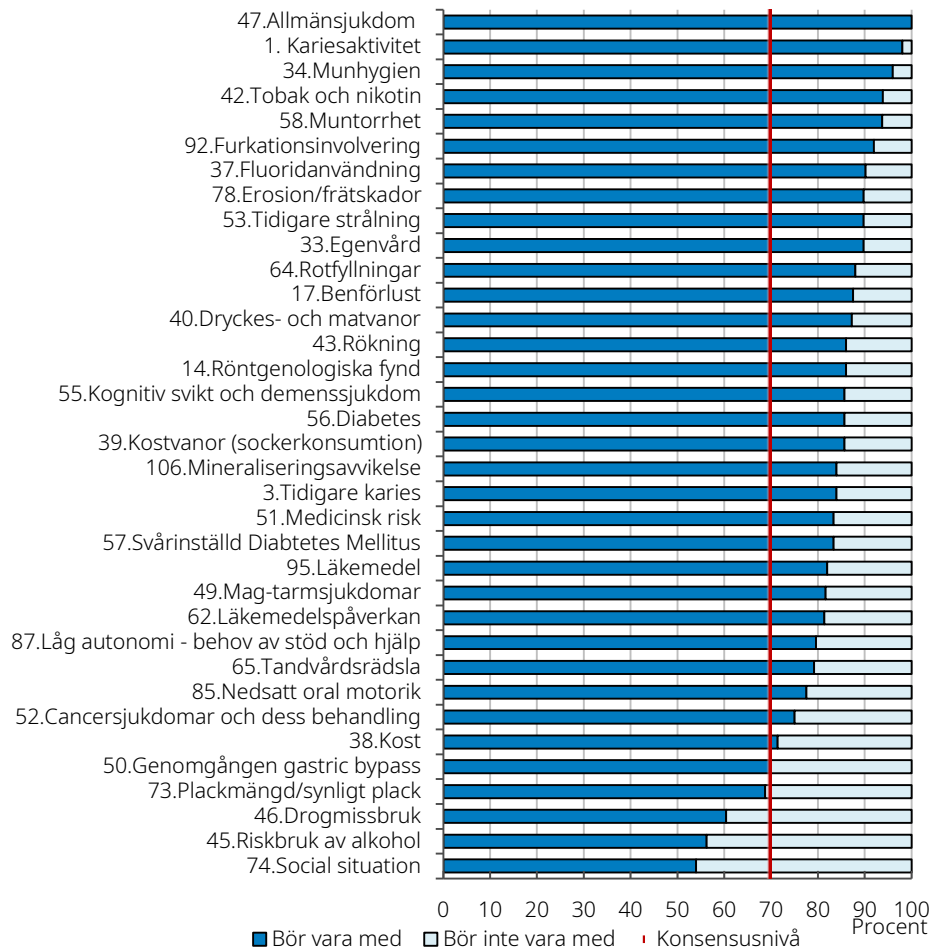
Figur 8. Faktorer som rör allmänsjukdom eller funktionsnedsättning



Källa: Socialstyrelsen

I figur 9 redovisas faktorer som rör risk för kariessjukdom. Som framgår av figuren finns det även för detta område faktorer där konsensus inte uppnåddes, som kan sorteras in under samma rubrik.

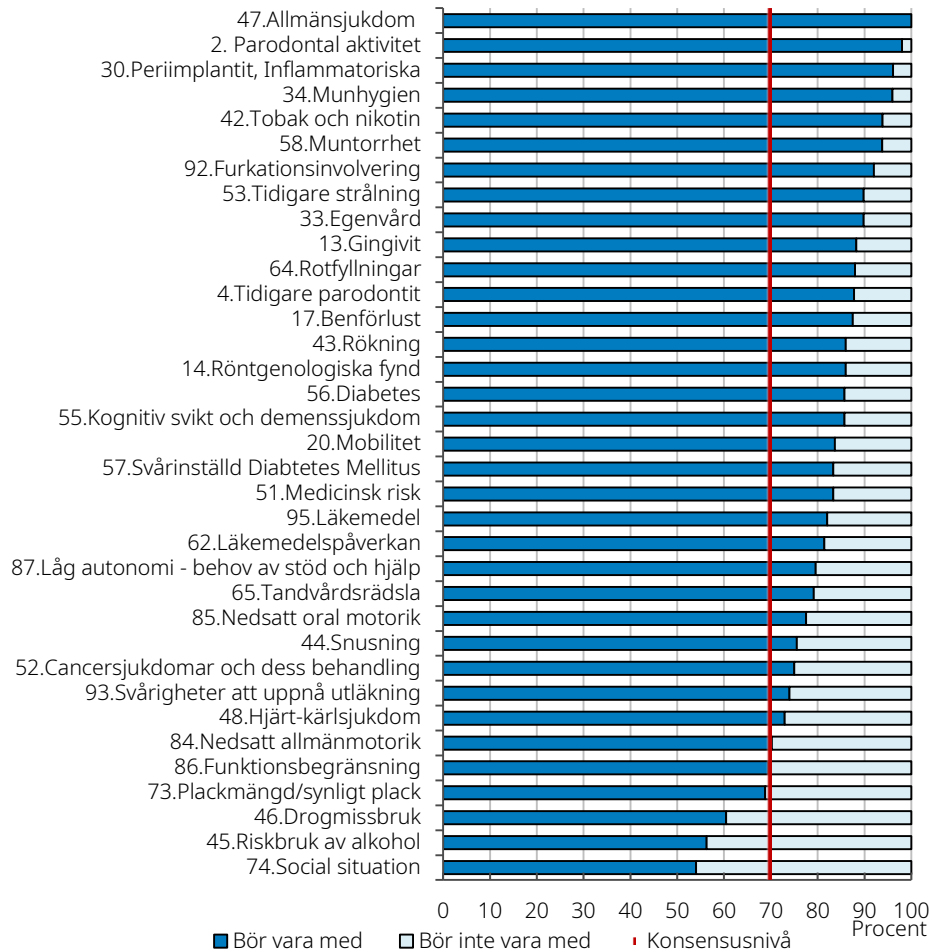
Figur 9. Faktorer som rör risk för kariessjukdom



Källa: Socialstyrelsen

Ett betydande antal faktorer rör på olika sätt risken för parodontal sjukdom inklusive periimplantit. Dessa visas i figur 10. På samma sätt som för områdena allmänsjukdom och karies ovan finns det flera faktorer där konsensus inte uppnåddes, som på olika sätt påverkar risken för parodontal sjukdom.

Figur 10. Faktorer som rör risk för parodontal sjukdom inklusive periimplantit

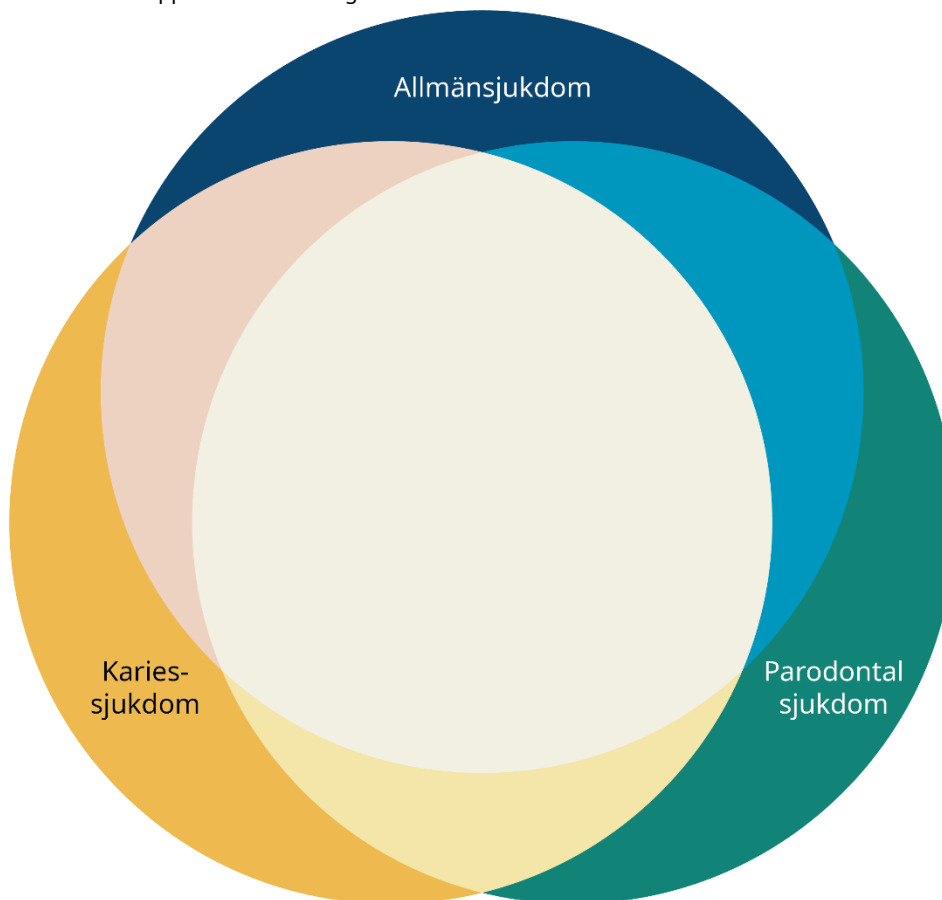


Källa: Socialstyrelsen

För att illustrera i vilken omfattning enskilda faktorer bara rör ett av områdena eller om de kan hänföras till flera områden visas i figur 11 hur faktorerna för områdena allmänsjukdom, karies och parodontit överlappar varandra. Illustrationen innehåller, förutom de faktorer där konsensus uppnåddes, även de faktorer där konsensus inte uppnåddes men som vi ändå valt att redovisa under respektive sakområde i figurerna ovan.

Figur 11. Faktorer utifrån område och överlappning

Faktorer som rör något av områdena allmänsjukdom (31 faktorer), kariessjukdom (35 faktorer) och parodontal sjukdom (35 faktorer), samt hur de överlappar mellan områdena. 18 faktorer överlappar mellan samtliga tre områden.



Källa: Socialstyrelsen

Gruppering utifrån de nationella riktlinjerna

Ett annat sätt att gruppera faktorerna är utifrån nationella riktlinjer för tandvård. Där grupperas rekommendationerna i tre områden: främja hälsa och förebygga sjukdomar, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera. Även riskfaktorerna kan grupperas på samma sätt, för att visa på hur de harmoniserar med logiken i de nationella riktlinjerna.

I tabell 1 visas ett exempel på hur en sådan gruppering kan se ut, för de riskfaktorer där högst andel av deltagarna i konsensuspanelen har svarat att de bör absolut vara med eller bör vara med i en riskbedömningsmodell.

I det föregående uppdraget [2] identifierade Socialstyrelsen att det är viktigt att ta hänsyn till sociala faktorer i riskbedömningen, och att det är möjligt att detta behöver ingå som ett eget område i en framtida riskbedömningsmodell. Sociala faktorer lyfts också inom andra områden – inte minst när det gäller hälsans bestämningsfaktorer generellt [29]. Sociala faktorer har också indirekt påverkan via andra aspekter som identifierats som relevanta för att

bedöma risken för sjukdom eller ohälsa i munnen, exempelvis hälsolitteracitet och levnadsvanor. I de nationella riktlinjerna kommer detta in i området främja hälsa och förebygga sjukdomar, där det finns rekommendationer om hälsofrämjande insatser till barn som bor i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa [6].

Tabell 1. Gruppering av riskfaktorer utifrån områden i de nationella riktlinjerna

| Område | Främja hälsa och förebygga sjukdomar | Utreda och diagnostisera: Hälsotillstånd i munhåla | Utreda och diagnostisera: Allmänt hälsotillstånd | Behandla och rehabilitera |
|----------------------------------|---|--|---|--|
| Exempel på vad som bedöms | Behov av hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande åtgärder Levnadsvanor | Odontologisk anamnes Klinisk undersökning Teknisk kvalitet | Allmän anamnes Allmänt hälsotillstånd Behov av särskilt stöd | Sjukdomsaktivitet Risk för progression |
| Exempel på riskfaktorer | Fluorid-användning Munhygien Egenvård | Mobilitet Tidigare parodontit Tidigare karies | Allmänsjukdom som påverkar munhälsan Medicinsk risk Läkemedel | Parodontal aktivitet Kariesaktivitet Periimplantit, inflammatoriska reaktioner kring ett eller flera implantat |

Källa: Socialstyrelsen

Revisionsintervall och orsaksinriktad behandling

Både revisionsintervall och val av behandling påverkas av riskbedömningen, och majoriteten av faktorerna påverkar i någon utsträckning båda delarna. Vissa faktorer har dock större påverkan på revisionsintervall och andra har större påverkan på val av behandling. Socialstyrelsens tidigare kartläggning visar att både revisionsintervall och orsaksinriktad behandling är viktiga användningsområden för riskbedömningar eller riskgrupperingar som de används idag, vilket är viktigt att ha i åtanke i utformningen av en nationell modell för riskbedömning.

Källor till faktorer

Socialstyrelsens tidigare arbete konstaterade att en förutsättning för att inte öka den administrativa bördan för behandlaren är att en nationell modell för riskbedömning kan integreras med andra tillgängliga datakällor [2]. En

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

modell som per automatik kan inhämta uppgifter, exempelvis från andra delar av journalsystemet, ger förutsättningar för minskad administration och mer stöd för kliniskt beslutsfattande och behandlingsplanering.

De faktorer där konsensus uppnåtts om att de bör ingå i en nationell riskbedömningsmodell finns i ett flertal olika källor, till exempel anamnes och den statusupptagning som behandlaren gör vid besöket. Därtill finns det faktorer i externa källor, som Försäkringskassans register över tidigare tandvård⁷ eller Nationella läkemedelslistan. Nationell läkemedelslista är dock ännu under implementering och datumet för full implementering är senarelagt till 1 september 2028. Det finns också andra källor med värdefull information – till exempel information från patienten som dokumenterats av andra vårdgivare. Ett sådant exempel skulle kunna vara faktorer som journalförts med anledning av rekommendationer i de nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsens expertgrupp betonade också att med tydligt angivna källor finns det bättre möjlighet att följa upp och utvärdera riskbedömningarna, och att det samtidigt kan bli ett redskap för patienten att kunna ta till sig informationen i riskbedömningen bättre.

⁷ Tandläkare och tandhygienister kan inte idag genom direktåtkomst få uppgifter om tidigare utförda åtgärder hos Försäkringskassan. Tandläkare kan dock få vissa uppgifter från Försäkringskassan för att beräkna en patients tandvårdsersättning. Dessa uppgifter inkluderar:

- Om patienten är registrerad hos Försäkringskassan
- Om patienten har använt det allmänna tandvårdsbidraget
- Om patienten omfattas av ett abonnemangsavtal
- Om patienten har ansökt om förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag
- Om patienten har kvar särskilt tandvårdsstöd som kan utnyttjas

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Tabell 2. Exempel på relevanta källor för ett urval av faktorerna

Urvalet gäller faktorer som rör sakområdet kariessjukdom

| | Status | Anamnes | Försäkringskassans register över tidigare tandvård | Levnadsvanor | Nationell läkemedelslista |
|---|--------|---------|--|--------------|---------------------------|
| 1. Kariesaktivitet | S | | | | |
| 37.Fluoridanvändning | | A | | | NLL |
| 42.Tobak och nikotin | | A | | LV | |
| 43.Rökning | | A | | LV | |
| 58.Muntorrhet | S | A | | | |
| 95.Läkemedel | | A | | | NLL |
| 53.Tidigare strålning mot huvud- och halsområdet | | A | | | |
| 39.Kostvanor (hög och/eller frekvent sockerkonsumtion) | | A | | LV | |
| 38.Kost | | A | | LV | |
| 40.Dryckes- och matvanor, framför allt frekvent intag av sura drycker | | A | | LV | |
| 63.Fyllningar | S | | FK | | |
| 64.Rotfyllningar | S | | FK | | |
| 3.Tidigare karies | S | | FK | | |
| 34.Munhygien | S | A | | | |
| 33.Egenvård | S | A | | | |
| 14.Röntgenologiska fynd | S | | | | |
| 55.Kognitiv svikt och demenssjukdom | S | A | | | |
| 47.Allmänsjukdom som påverkar munhälsan direkt eller via den behandling som ges | | A | | | |

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

| | Status | Anamnes | Försäkringskassans register över tidigare tandvård | Levnadsvanor | Nationell läkemedelslista |
|---|--------|---------|--|--------------|---------------------------|
| 57.Svårinställd Diabtetes Mellitus | | A | | | |
| 51.Medicinsk risk | | A | | | |
| 56.Diabetes | | A | | | |
| 92.Furkationsinvolvering | S | | | | |
| 49.Mag-tarmsjukdomar såsom reflux, magbesvär och frekventa kräkningar | | A | | | |
| 87.Låg autonomi - behov av stöd och hjälp | | A | | | |
| 85.Nedsatt oral motorik | S | A | | | |
| 73.Plackmängd/synligt plack | S | | | | |
| 17.Benförlust | S | | | | |
| 65.Tandvårdsrädsla | | A | | | |
| 45.Riskbruk av alkohol | | | | LV | |
| 46.Drogmissbruk | | A | | | |
| 78.Erosion/frätskador | S | | | | |
| 76.Tandslitage | S | | | | |

Källa: Socialstyrelsen

Som framgår av sammanställningen ovan kommer informationen om de flesta riskfaktorer där konsensus uppnåtts från statusupptagningen och anamnesen.

Statusuppgifterna är data som samlas in vid ett och samma tillfälle vid basundersökningen. Det sker i huvudsak genom att uppgifter om diagnoser och tillstånd registreras i vårdinformationssystemets statusbild. I statusbilden behöver endast uppgifter om tillkommande diagnoser sedan föregående basundersökning registreras, om patienten är känd sedan tidigare. För en helt ny patient behöver samtliga restaurerade tänder och

tandytor registreras. Utöver detta behöver också ett parodontalt status registreras.

För anamnesen kan en hälsodeklaration som patienten fyller i inför besöket användas. Hälsodeklarationen går igenom av tandläkaren eller tandhygienisten tillsammans patienten och samtliga uppgifter förs då in manuellt i journalen i samband med genomgången. Är patienten känd sedan tidigare uppdateras den tidigare hälsodeklarationen med de uppgifter som är nya.

I en basundersökning behandlas stora datamängder i vårdinformationssystemen. En ny patient innebär att all data behöver matas in samlat vid ett och samma tillfälle för att säkerställa en god och säker vård. Alternativa datakällor för framförallt anamnesuppgifterna skulle främja en god kvalitet och väsentligen korta ner tiden för tandvårdspersonalen att administrera ett vårdbesök. Även en framtida utveckling av interoperabilitetslösningar inom tandvården skulle kunna korta ner tiden för att registrera en ny patients tidigare tandvård och säkra att korrekt information förs över mellan olika vårdgivare. Det finns tydliga administrativa vinster att göra om de faktorer som redan finns tillgängliga i andra källor kan hämtas därifrån.

Ytterligare ett sätt att skapa möjlighet för att föra in mer strukturerade data i riskbedömningen, utan att behandlaren behöver göra det manuellt, är att använda ett nationellt anamnesformulär, baserat på enhetlig terminologi och enhetliga definitioner. Ett sådant formulär kan vara ett viktigt verktyg för patienten som stöd i att förstå vad som är relevant för tandläkaren eller tandhygienisten att veta, men också för behandlaren i att ställa rätt frågor. En sådan lösning kan minimera den administrativa bördan och säkerställa att rätt information ligger till grund för beslut i samband med en riskbedömning. Ett nationellt formulär skulle också bidra till att riskbedömningen baseras på likvärdiga underlag över landet oavsett vårdgivare.

Kvalitetsgranskning av utländska riktlinjer

Socialstyrelsen har genomfört en granskning med stöd av AGREE II-instrumentet av utländska riktlinjer från England, Skottland, Danmark och Norge.

Sammanfattningsvis håller riktlinjerna från England, Skottland och Danmark hög metodologisk kvalitet enligt AGREE II-granskningen. Dessa riktlinjer skulle kunna ligga till grund för Socialstyrelsens framtida arbete med en nationell modell för riskbedömning i tandvården.

Den engelska riktlinjen omfattar barn och vuxna (0–20 år) och följer en väldefinierad, systematisk och transparent metod utarbetad av NICE [22]. Den innehåller ett diagram för revisionsintervall som bygger på ålder, patientens medicinska och sociala förutsättningar för god tandhälsa samt dialog med patienten eller föräldern. Intervallen varierar mellan 3–12 månader för barn <18 år och 3–24 månader för vuxna ≥ 18 år. Riktlinjen innehåller stödmaterial för riskbedömning av karies, i form av en checklista med faktorer som påverkar hur munhälsan utvecklas. Det framkommer i riktlinjen att det saknas evidens för fastställande av revisionsintervall. AGREE II-granskningen visade på hög metodologisk kvalitet med resultat som varierade mellan 42 procent och 97 procent i de olika ingående domänerna⁸.

Från Skottland har två riktlinjer granskats, SIGN (2014) [23] och SDECP (2018) [24], och båda omfattar barn upp till 16 år. Riktlinjerna från SIGN är omfattande, tydligt evidensbaserade, och fokuserar på förebyggande tandvård och hantering av karies. Styrkor och begränsningar av det vetenskapliga underlaget är tydligt beskrivna, inklusive evidensnivåer och rekommendationsgrader. Centrala rekommendationer är lätta att identifiera och kommuniceras med en nyckelsymbol. Riktlinjerna från SDECP baseras på riktlinjerna från NICE och SIGN, och innehåller rekommendationer om riskbedömning med faktorer som påverkar risk för karies samt information om revisionsintervall.

Sammanfattningsvis har SIGN och SDECP presenterat sina avvägningar och rekommendationer utifrån en gedigen process som de redovisar tydligt. Riktlinjerna är enkla att följa och med få undantag är det beskrivet hur de har utarbetats. Metoden för hur riktlinjerna har utarbetats och styrkan i evidensläget för rekommendationerna är enkla att hitta och tolka, och bilder förenklar implementeringen av rekommendationerna för verksamma kliniker (SDECP). AGREE II-granskningen visade på god metodologisk kvalitet med resultat som varierade mellan 77 procent och 100 procent för SIGN, och mellan 67 procent och 100 procent för SDECP i de olika domänerna.

De danska riktlinjerna [25] omfattar barn och vuxna i alla åldrar. Den utarbetades när revisionsintervallen inom tandvården inte ökade i takt med munhälsan. Danmark har tagit stöd i Englands riktlinjer (NICE) och har utarbetat ett stöd till tandvårdspersonal i form av en checklista för att bedöma sjukdomsstatus och riskfaktorer som kan påverka framtida risk för dålig munhälsa. Riktlinjernas huvudrekommendation är att tandvårdspersonalen bör väga samman sjukdomsstatus, riskbedömning och klinisk erfarenhet för att komma fram till lämplig behandling och att revisionsintervallen bör ligga mellan 12 och 24 månader. AGREE II-

⁸ En beskrivning av domänerna finns i den svenska manualen för AGREE II [28].

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

granskningen visade på god metodologisk kvalitet med resultat som varierade mellan 8 procent och 97 procent i de olika domänerna.

I Norge finns två riktlinjer för tandvård, en för barn och ungdomar (0–20 år) [26] och en för vuxna [27], utarbetade av Helsedirektoratet under 2018–2019. Rapporteringen om hur riktlinjen för barn har utarbetats är i vissa fall något bristfällig, men det finns omfattande rekommendationer om riskbedömning av karies och revisionsintervall. Riktlinjerna innehåller stöd till tandvården om hur en statusundersökning bör utföras, samt checklistor med faktorer som påverkar risken för dålig munhälsa. Checklistorna är utarbetade med stöd av de engelska och danska riktlinjerna. AGREE II-granskningen av riktlinjerna som omfattar barn visade på ojämn metodologisk kvalitet med resultat som varierade mellan 17 procent och 78 procent i de olika domänerna.

I de norska riktlinjerna för vuxna ges rekommendationer på övergripande nivå om att tandvården bör fastställa tidpunkten för nästa undersökning utifrån patientens risk att utveckla karies eller andra munsjukdomar. Riktlinjerna hänvisar till de engelska och danska riktlinjerna. Riktlinjerna för vuxna innehåller bristfällig eller ingen information om de flesta av AGREE II-instrumentets domäner. Riktlinjerna för vuxna är till stor del utformade som praktisk information till tandvårdspersonal om hur de ska ge råd till vuxna om prevention av karies. Resultatet av AGREE II-granskningen varierade mellan 0 procent och 31 procent i de olika domänerna.

Litteratursökning efter vetenskapligt underlag för riskbedömningar

SBU har undersökt det vetenskapliga underlaget för prediktionsmodeller

SBU har uppdaterat det vetenskapliga kunskapsläget för användning av prediktionsmodeller för karies eller parodontit och undersökt om det finns tillförlitlig och sammanställd vetenskaplig kunskap för användning av prediktionsmodeller för bettavvikelser, bettfysiologiska tillstånd eller munslemhinneförändringar. Arbetet har utförts i enlighet med SBU:s metod och den övergripande frågeställningen har varit följande:

”Finns det sammanställd litteratur över vetenskapliga studier som har utvärderat prediktionsmodeller för de orala sjukdomarna och tillstånden, och hur tillförlitliga är de i så fall?”

Efter granskning av litteraturen kunde 10 systematiska översikter inkluderas (se bilaga 1).

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Resultaten överensstämmer i stort med SBU:s tidigare litteratursammanställningar. Det vetenskapliga underlaget visar låg eller mycket låg tillförlitlighet för prediktionsmodeller i tandvården inom alla undersökta områden.

I de översikter som identifierats har ett flertal prediktionsmodeller utvärderats, där ett antal riskfaktorer och riskindikator har sammanvägts på olika sätt. Resultaten tyder på att det finns vissa skillnader i hur prediktionsmodeller används och utvärderas för de olika sjukdomar och tillstånd som inkluderats i SBU:s sammanställning. Exempelvis har ett flertal prediktionsmodeller för karies, parodontit och munslemhinneförändringar identifierats men däremot inga validerade ”riskmodeller” för generell prediktion av bettavvikelser. Prediktion för bettfysiologiska tillstånd verkar också främst baseras på enskilda riskfaktorer snarare än modeller för prediktion med förbestämd sammanvägning av faktorer.

SBU:s utvärdering noterar ett ökat forskningsintresse för prediktionsmodeller baserade på artificiell intelligens men i nuvarande skede beskriver studierna företrädesvis systemutvecklingar snarare än utvärderingar av modellernas tillförlitlighet.

Diskussion och plan för fortsatt arbete

Utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen är att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Socialstyrelsen konstaterar att en fullt utvecklad nationell modell för riskbedömning sträcker sig från en kunskaps- och behovsbaserad basundersökning till uppföljning och utvärdering, med hjälp av relevanta, valida och interoperabla data i hälsodata- och kvalitetsregister.

En bedömning av framtida risk för sjukdom, tillstånd eller skada i munnen – en riskbedömning – grundar sig på en sammanvägning av patientens risk- och friskfaktorer, som registreras vid basundersökningen genom klinisk undersökning och upptagning av självrapporterade faktorer i en hälsodeklaration (anamnes).

Riskbedömning kan ingå i åtgärden basundersökning, som är en ersättningsberättigad åtgärd inom det statliga tandvårdsstödet, och som ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård rekommenderas att bedömningen av risk för framtida munsjukdom ska ligga till grund för revisionsintervallen, det vill säga tiden mellan två basundersökningar, så att personer med låg risk får en längre revisionstid, det vill säga kallas mer sällan än patienter med hög risk.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det idag saknas validerade instrument för riskbedömning, grundade i vetenskap och beprövad erfarenhet [2]. Det medför att riskbedömningarna inte är enhetliga över landet och mellan behandlare, vilket innebär att patienterna riskerar en ojämlig vård. Socialstyrelsen bekräftar detta och har tidigare konstaterat att riskbedömningarna i tandvården varierar med behandlarens kompetens, erfarenhet och tillgång till beslutsstöd för riskbedömningar.

Beslutsstöden är ofta integrerade i journalsystemen, och är en produkt formad utifrån respektive vårdgivares behov och önskemål. Grunderna i beslutsstöden för riskbedömning, såsom vilka risk- respektive friskfaktorer som ska registreras, hur de ska viktas och vägas samman samt ligga till grund för riskgruppering, är i många fall inte kunskapsbaserade, och är inte i något fall som Socialstyrelsen känner till, validerade. Såväl Socialstyrelsen

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

som SBU har också konstaterat att det saknas vetenskap av tillräckligt hög kvalitet att använda som grund för riskbedömningar.

Utveckla ett nationellt kunskapsstöd

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett nödvändigt första steg är att ta fram en solid, kunskapsbaserad grund att utgå ifrån i riskbedömningen. Oavsett hur resten av modellen utvecklas med tekniska lösningar för datainsamling, definitioner och uppföljning, kommer det stärka munhälsan och den jämlika vården om faktorerna som riskbedömningarna baseras på, samt hur de indikeras, mäts, registreras och viktas mot varandra, baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Socialstyrelsen anser att myndighetens processer för att ta fram kunskapsstöd baserade på bästa tillgängliga kunskap, det vill säga vetenskap och beprövad erfarenhet, är en framkomlig väg att gå vidare i utvecklingsarbetet och att merparten av de utländska riktlinjer som har granskats håller hög metodologisk kvalitet och kan utgöra ett bra underlag för det framtida arbetet med en nationell modell för riskbedömning i tandvården.

Myndigheten ser därför ett behov av att utveckla ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning, i enlighet med myndighetens etablerade processer.

I arbetet med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning kommer frågor om modellens komplexitet kunna utredas vidare, exempelvis:

- vilka mätvärden ska ingå i respektive faktor?
- hur många riskgrupper ska användas och vilka gränsvärden ska gälla mellan riskgrupperingarna?
- hur ska respektive ingående faktorer eller dess mätvärden viktas mot varandra för att ge en sammanvägd riskgrupp?
- vilka faktorer kopplas till revisionsintervall respektive är underlag för orsaksinriktad behandling?

Nationellt anamnesformulär

Under arbetets gång har det blivit tydligt att en nationell modell för riskbedömning behöver kompletteras med ett nationellt anamnesformulär för tandvården, i syfte att skapa möjlighet för att strukturerade data kan föras in i riskbedömningen utan att behandlaren behöver göra det manuellt. Ett nationellt anamnesformulär behöver kopplas till ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömningar.

En utgångspunkt för att ett nationellt anamnesformulär ska bli användbart och underlätta riskbedömningen är att det är baserat på enhetlig terminologi

och enhetliga definitioner. Ett sådant formulär kan bli ett nödvändigt verktyg för behandlaren att kunna ställa rätt frågor och säkerställa att informationen som ges är heltäckande och uppdaterad.

Socialstyrelsen betonar vikten av att data från ett sådant formulär måste vara strukturerad på ett sätt som gör den användbar i både hälso- och sjukvården och tandvården, i enlighet med det pågående arbetet med att skapa en nationell struktur för hälsodata och inriktningen i det europeiska hälsodataområdet. Myndigheten vill också framhålla att ett nationellt anamnesformulär behöver utvecklas i nära samarbete med användarna – både de som ska fylla i formuläret och de som ska ta emot kunskapen.

Stärka kunskapsstyrningen i samarbete med andra myndigheter

Mot bakgrund av att kunskapsstyrningen inte är direkt uttryckt i lag och att behovs- och solidaritetsprincipen inte är lagstadgad för tandvården på samma sätt som för hälso- och sjukvården gör Socialstyrelsen bedömningen att myndigheten behöver fortsätta arbetet att med att stärka kunskapsstyrningen av tandvården med stöd av författning.

Under uppdragets gång har dialog förts med TLV och Försäkringskassan om möjligheterna att utan ändring i lag eller förordning utveckla den statliga styrningen när det gäller en kunskapsbaserad riskbedömning. En lösning som TLV och Socialstyrelsen har diskuterat är att koppla ett nationellt kunskapsstöd till TLV:s föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd genom en hänvisning i ett allmänt råd, för att på så sätt göra kunskapsstödet till en del av TLV:s normering. Formerna och förutsättningarna för detta, och eventuella andra möjligheter, behöver dock utredas. Socialstyrelsen ser det därför som nödvändigt med ett fortsatt samarbete mellan Socialstyrelsen och TLV, med stöd av Försäkringskassan i dessa frågor.

Viktigt att ta hänsyn till ny kunskap

I det föregående uppdraget konstaterade Socialstyrelsen att det saknas vetenskapligt stöd för sammanvägda riskbedömningsmodeller inom tandvården [2]. I nuvarande uppdrag har vi sammanställt beprövad erfarenhet, med hjälp av ett systematiskt konsensusförfarande, för att fastställa vilka riskfaktorer som är lämpliga att ingå i en nationell modell för riskbedömning.

Konsensusförfarandet bygger på att deltagarna i konsensuspanelen besvarar de ingående frågorna utifrån sin kunskap och erfarenhet. Det kan dock finnas riskfaktorer, som till exempel används i andra länder men inte i Sverige, som deltagarna i konsensuspanelen inte har erfarenhet av. I det fortsatta arbetet med en nationell modell för riskbedömning är det därför

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

viktigt att ta hänsyn till ny kunskap och bedöma om ytterligare riskfaktorer ska ingå.

Socialstyrelsen anser fortsatt att det är viktigt att en nationell modell för riskbedömning regelbundet kan uppdateras, för att fungera bra som ett stöd för behandlare över tid. Det är viktigt att utvärderingar både följer hur en nationell riskbedömningsmodell används, och hälsoutfallet hos befolkningen. Socialstyrelsen kvarstår i sin uppfattning att modellens validitet, det vill säga att den mäter det den avser att mäta, och reliabilitet, det vill säga i vilken utsträckning upprepade bedömningar resulterar i likartat resultat, måste utvärderas kontinuerligt.

Mer effektiv användning av tandvårdens resurser

I de nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar Socialstyrelsen att en systematisk riskbedömning med efterföljande orsaksutredning görs när barn och vuxna besöker tandvården för undersökning [6]. Det finns stöd i beprövad erfarenhet för att detta leder till en positiv effekt på munhälsa och livskvalitet. Vi bedömer också att åtgärden innebär en låg kostnad per vunnen effekt jämfört med att inte utföra åtgärden. Med hjälp av systematiska riskbedömningar kan tandvården upptäcka fler patienter som riskerar dålig munhälsa, och ge fler stödinsatser. Om stödinsatserna är effektiva förväntas resursåtgången minska och munhälsan förbättras på längre sikt. Om riskbedömningen också ligger till grund för att fastställa revisionsintervall, så att personer med hög risk för dålig munhälsa kallas till basundersökning oftare än personer med låg risk, kan tandvårdens resurser användas mer effektivt.

Socialstyrelsen bedömer att införandet av en nationell modell för riskbedömning kommer att ha en marginell påverkan på behandlarnas administrativa börda och samhällskostnader för tandvård. De variabler som kommer att ingå i modellen kan delas in i tre kategorier:

1. Variabler som automatiskt kan hämtas från befintliga källor.
2. Variabler som patienten själv fyller i via ett formulär inför sitt tandvårdsbesök.
3. Variabler som behandlaren registrerar i samband med undersökningen.

Det är främst den sistnämnda kategorin som kommer att kräva en aktiv insats från behandlarna. Resultaten från Socialstyrelsens kartläggning [2] visar att en betydande andel av behandlarna redan idag genomför regelbundna riskbedömningar genom att rapportera in olika mått om patientens hälsa och levnadsvanor i journalsystemen. Därmed bedöms införandet av en nationell modell för riskbedömning inte medföra en ökad administrativ börda för behandlarna i fråga om de faktorer som ska

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

undersökas vid besöket och registreras i journalsystemet. Detta innebär i sin tur att införandet av en nationell riskbedömningsmodell inte bör medföra ökade kostnader för patienten och behandlaren eller påverka samhällskostnaden för tandvård.

Utveckla Tandhälsoregistret

Tandhälsoregistret innehåller, förutom tandhälsouppgifterna intakta och kvarvarande tänder, också samtliga tillstånd och åtgärder som skickats in till och godkänts av Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Syftet med Tandhälsoregistret är att kunna följa tandvårdens och tandhälsans utveckling över tid i Sverige. Uppgifterna används till statistik och forskning men även till utveckling av kvalitetsindikatorer, uppföljningar samt utvärderingar. Tandhälsoregistret är baserat på individdata genom personnummer (eller samordningsnummer) vilket gör det möjligt att samköra uppgifterna i registret med uppgifter i övriga hälsodataregister eller med andra datakällor som exempelvis kvalitetsregister.

Uppgifter som inte ingår i Tandhälsoregistret

Tandhälsoregistret omfattar inte några uppgifter om den delen av befolkningen som inte besöker tandvård som subventioneras inom de aktuella tandvårdsstöden som rapporteras in via Försäkringskassan. Tandhälsoregistret omfattar inte heller den tandvård som ges avgiftsfritt till barn och unga upp till 19 års ålder, käkkirurgi (jfr 2 § tandvårdsförordningen) eller tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling (jfr 3 § tandvårdsförordningen). Registret innehåller inte heller information om asylsökandes tandvård. Kodverket som används i Tandhälsoregistret har tagits fram av Försäkringskassan och är därmed främst framtaget för att hantera det ekonomiska systemet och därmed inte utformat för att följa upp munhälsan i första hand.

Identifierade behov av utveckling av Tandhälsoregistret

Det finns många exempel på tidigare förslag kring utveckling av Tandhälsoregistret med avseende på både innehåll och vilka målgrupper som behöver inkluderas i registret. Ett urval av dem har sammanställts i tabell 3 nedan.

Tabell 3. Föreslagen utveckling av innehållet i Tandhälsoregistret

Urval av källor.

| Underlag | Förslag på utveckling |
|---|---|
| Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning Ds 2010:42 samt prop. 2011/12:7 | Utvidgning av Tandhälsoregistret till att omfatta tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård samt grund för särskilt tandvårdsbidrag. |
| Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter SOU 2015:76 | Uppdrag till Socialstyrelsen om att ta fram underlag för beslut om hur barn- och ungdomstandvården kan omfattas av Tandhälsoregistret. |
| När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa SOU 2021:8 | Utvidgning av registret att omfatta barn och unga, uppgifter om riskbedömning, nationellt kodverk för barn och unga. |
| Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård SOU 2024:70 | Komplettera inrapporteringen genom att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utveckla befintliga tandhälsomått. |

Källa: Socialstyrelsen

Utöver ovanstående betänkanden har även Socialstyrelsen påtalat att barn och unga bör inkluderas i Tandhälsoregistret och att tandhälsomått som inrapporteras till Tandhälsoregistret har en god potential att utvecklas till att mer likna övriga nationella hälsodataregister [30, 16, 19]. De befintliga tandhälsomåtten ger en god översikt av tandhälsan på aggregerad nivå och insamlas genom automatisk överföring från patientjournalen. Uppgifterna kan dock inte med tillförlitlighet användas till uppföljning av tand- och munhälsa i relation till annan hälsa eller tidigare tandvårdskonsumtion [31]. Socialstyrelsens uppfattning är att information om diagnoser och åtgärder i Tandhälsoregistret bör vara mer detaljerad än idag, och bygga på entydiga begrepp som är oberoende av ersättningsregler som förändras över tid [32, 18]. Ett utökat innehåll i Tandhälsoregistret skulle ge nya och bättre förutsättningar för exempelvis forskning, statistik, analys och uppföljning.

Behov av utveckling av tandhälsomått i Tandhälsoregistret

En nationell modell för riskbedömning behöver bland annat bygga på tillförlitliga data om hälsoutfall. För att modellen ska kunna följas upp och utvecklas över tid behöver utfallsmåtten kunna relateras till data som indikerar att en bedömning om förhöjd risk för sjukdom är gjord i samband med en basundersökning hos en tandläkare eller tandhygienist. Socialstyrelsen konstaterar även att riskbedömning är vanligt förekommande och att detta förfarande har en bred förankring och används som stöd för

behandlingsplan, hälsofrämjande återkoppling vid låg risk och val av revisionsintervall.

Det finns också ett stort antal faktorer som redan används för att indikera och fastställa risk för sjukdom i tillgängliga beslutsstöd för riskbedömning. Några av dessa faktorer kan väsentligt bidra med ökad kunskap om de skulle registreras i Tandhälsoregistret.

Analysmodeller som bygger på historisk vårdkonsumtion kan ge en bas för fortsatt utveckling men kan inte på ett säkert sätt fastställa vilka ingående riskfaktorer som påverkar val av behandling och hur behandlingen bidrar till hälsoutfall. Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer för tandvård⁹ bygger på en sådan analysmodell men konstaterar, liksom vid den tidigare utvärderingen, att det framför allt saknas ändamålsenliga tandhälsomått för att följa upp den tandvård som ges i relation till de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen har därför, i samverkan med andra myndigheter, konstaterat att tandhälsomått behöver utvecklas för att en nationell modell för riskbedömning ska kunna följas upp och utvecklas så att modellen bidrar till bättre munhälsa.

Utveckling av tandhälsomått

Socialstyrelsen konstaterade redan 2010 att det fanns stora behov av utveckling av Tandhälsoregistret, vilket även andra utredningar har konstaterat (Tabell 3). Ett återkommande område med stora behov av utveckling rör tandhälsomåtten som ingår i Tandhälsoregistret.

Tillgängliga data för utvecklade tandhälsomått är statusbilden som utgör en bas för diagnostik och behandlingsplanering inom tandvården. Statusbilden är etablerad i samtliga journalsystem och genererar strukturerade datamängder som är unika för varje journalsystem. Statusbilden innehåller diagnoser och tillstånd uppdelat på tand, tandposition och tandyta. Uppgifter om implantat och protetiska konstruktioner ingår också. På samma sätt kan uppgifter om fickdjup och blödning registreras för att få en samlad bild av aktuellt parodontalt status.

Ett hälsodataregister bygger på etablerade statistiska kodverk och etablerade termer och begrepp för att säkerställa att uppgifterna är entydiga och tolkningsbara. I Patientregistret exempelvis registreras diagnos med hjälp av kodverket ICD-10-SE samt åtgärds kod enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Socialstyrelsen har ansvaret för flera nationella och internationella hälsorelaterade klassifikationer. Nu införs ICD-11 som nästa version av ICD, även här finns ett väl utvecklat kapitel för tandvården¹⁰.

⁹ Planerad publicering första halvåret 2025

¹⁰ Läs mer om ICD-11 på <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>

Inom begreppssystemet Snomed CT finns en samlad publikation med förslag på hur statusbildens information om diagnoser och tillstånd kan struktureras genom kodverket i Snomed CT. Snomed CT Odontogram refset utvecklades mellan 2015 och 2017 som ett verktyg för att utbyta grundläggande information om tand- och munhälsostatus mellan olika vårdinformationsmiljöer med hjälp av ett standardiserat format. Det syftar också till att stödja insamling av hälsodata i forsknings- och utvecklingssyfte. Detta är en pågående utveckling och den senaste versionen publicerades 2024 [33, 34].

Utarbeta en enhetlig terminologi

Det finns etablerade arbetssätt för att utveckla en enhetlig informationsstruktur. Dessa bör användas för att möjliggöra att riskbedömningsmodellen blir nationellt enhetlig. Att modellen bygger på ett gemensamt språk, genom enhetliga termer, begrepp och definitioner, underlättar utvärdering av modellen. Det möjliggör också semantisk interoperabilitet och underlättar överföring och jämförelse av data mellan vårdgivare.

Identifierade brister i tandvårdens dokumentation för vård inom det statliga tandvårdsstödet

I ett myndighetsgemensamt samverkansprojekt från 2012 med Socialstyrelsen, Försäkringskassan och TLV [35], kunde myndigheterna konstatera att det fanns ett stort behov av förbättringar i hur tandvården dokumenterar den vård som ges. Detta uppmärksammades också vid en nationell tillsyn 2017 som genomfördes av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillsynen identifierade flera allvarliga brister inom tandvårdens dokumentation [36]. I dessa två rapporter föreslogs flera förbättringsområden. Det var bland annat dokumentation av anamnesuppgifter och diagnoser, märkning av röntgenbilder och uppgifter om röntgenfynd, journalföring av använda material och läkemedel samt journalföring av behandlingsplaner och kostnadsförslag. I några fall var dokumentationen endast baserad på texter som genererades inom TLV:s tillstånds- och åtgärds-koder.

I myndigheternas samverkansprojekt framgår hur journaldokumentationen också används vid tillsyn av det statliga tandvårdsstödet. TLV beslutar om vilka tandvårdsbehandlingar som ska ingå i högkostnadsskyddet och föreskriver om ersättningsberättigade tandvårdsåtgärder samt under vilka förutsättningar tandvårdsstöd kan betalas ut. Försäkringskassan ansvarar för tillsyn genom efterhandskontroller av journalerna. Vid en tillsyn ska det framgå om ett odontologiskt tillstånd förelegat eller inte. Som stöd för

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

tillsynen föreskriver TLV om dokumentationskrav vid olika tillstånd och åtgärder.

För att minska risken att tandvårdsstöd betalas ut felaktigt kommer Försäkringskassan från och med 2025 också att granska ekonomiska transaktioner mellan patient och behandlare vid alla slumpmässiga efterhandskontroller [37].

Framåtblick

Socialstyrelsens uppdrag som kunskapsstyrande myndighet är viktigt för den förflyttning som sker inom tandvården, såväl nationellt som internationellt, mot att integrera munhälsa som en del av allmän hälsa och att utgå från ett perspektiv med gemensamma riskfaktorer för ohälsa.

Det finns en tydlig strävan att stödja en jämlik vård genom personcentring och samverkan som överbryggar organisatoriska gränser mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Den avspeglar sig i ett stort antal av myndighetens nationella riktlinjer, inte minst i de nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Att ta fram ett nationellt kunskapsstöd, som en del i en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, kan ytterligare bidra till denna förflyttning.

Av uppdraget till Socialstyrelsen [1] framgår att regeringen avser att ge myndigheten ytterligare uppdrag kopplat till införandet av en nationell modell för riskbedömning.

Socialstyrelsens tidigare redovisade plan för fortsatt arbete med att utveckla och implementera en nationell modell för riskbedömning kvarstår¹¹. Där konstaterades behov av att bland annat fastställa bästa tillgängliga kunskap, ta fram en enhetlig struktur för relevanta begrepp och definitioner och att skapa former för implementering, uppföljning och utvärdering. De juridiska frågor som Socialstyrelsen lyfte i det tidigare uppdraget [2] kvarstår också, då de behöver hanteras i senare steg av modellens utveckling. Därtill har myndigheten i arbetet med detta uppdrag identifierat behovet av att tillsammans med TLV fortsätta diskutera möjligheterna att koppla ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning till TLV:s regelverk för det statliga tandvårdsstödet. Flera av dessa utvecklingsområden går att genomföra parallellt.

I detta uppdrag har fokus legat på aktiviteter för att fastställa bästa tillgängliga kunskap, där vi påbörjat arbetet med hjälp av SBU och genom den initiala konsensusprocessen. Kvalitetsgranskningen av utländska riktlinjer för tandvård har visat att riktlinjerna från England, Skottland och Danmark håller hög metodologisk kvalitet och kan utgöra en grund för den fortsatta utvecklingen av ett nationellt kunskapsstöd för riskbedömning.

Socialstyrelsen har också konstaterat att utveckling av Tandhälsoregistret samt en koppling mellan Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och TLV:s tillstånds- och åtgärds-koder är nödvändiga för att kunna utvärdera och vidareutveckla modellen. Det är också relevant för att utreda eventuell

¹¹ Se *Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården* [2] för ett utvecklat resonemang kring planen.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

koppling till kostnader samt för möjliga justeringar i dagens ersättningssystem.

Flera olika moment behöver genomföras för att bidra till en kunskaps- och behovsbaserad tandvård. En fortsatt plan innehåller således aktiviteter för utveckling av såväl riskbedömning och -gruppering som för uppföljning och utveckling av både modellen och av utfallet i form av munhälsa. Vissa moment är beroende av att andra redan har genomförts, varför arbetet är svårt att skynda på tidsmässigt. Arbetet med ett nationellt kunskapsstöd bidrar dock inte enbart till utvecklingen av en nationell modell för riskbedömning utan ger även förutsättningar för den fortsatta styrningen mot en kunskaps- och behovsbaserad tandvård.

Arbetet med att ta fram en nationell modell för riskbedömning inkluderar också moment som, sett i ljuset av utvecklingen av terminologi och hälsodata, kommer att bli nödvändiga i framtiden, oavsett utvecklingen av modellen.

Det arbete som redovisas i denna rapport rör i första hand de patientgrupper som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Det är dock viktigt att den modell som utvecklas även kan omfatta andra patientgrupper, som barn och unga samt vuxna med behov av särskilt stöd. För denna utveckling utgör ett nationellt kunskapsstöd, som omfattar även dessa patientgrupper, en viktig grund.

Det fortsatta arbetet tar också hänsyn till vikten av att en nationell modell för riskbedömning inom tandvården ska harmonisera med både de nationella riktlinjerna för tandvård och de nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Detta i syfte att skapa en sammanhållen, kunskapsbaserad, styrning mot hälsa.

Socialstyrelsen konstaterar även att många av dessa steg måste tas i nära samarbete med tandvårdens professioner och organisationer, likväl som patientföreträdare. För att en nationell modell för riskbedömning ska kunna användas på bästa sätt för både en bättre och mer jämlik munhälsa, och ett mer resurseffektivt användande av det statliga tandvårdsstödet, måste modellen vara väl förankrad hos dem som ska använda den. Detta ställer krav på förankring i tandvården, men också på samverkan mellan de berörda myndigheterna.

Referenser

1. Socialdepartementet. Uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, S2024/01260 (delvis).
2. Förutsättningar för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
3. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja Socialstyrelsen i myndighetens uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, S2024/ 01262 (delvis).
4. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja Socialstyrelsen i myndighetens uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, S2024/01261 (delvis).
5. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja Socialstyrelsen i myndighetens uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, S2024/01432 (delvis).
6. Nationella riktlinjer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
7. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, TLV, S2023/01927 (delvis).
8. Socialdepartementet. Uppdrag att stödja arbetet med att bedöma förutsättningarna för ett införande av en nationell modell för riskbedömning inom tandvården, SBU, S2023/01926 (delvis).
9. Riskbedömning i tandvården. – En nationell modell baserad på historisk tandvårdskonsumtion. Stockholm: TLV; 2024.
10. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok. Hämtad 2025-01-24 från: <https://www.sbu.se/metodbok>
11. Senneby A, Fransson H, Foresight Research Consortium, Vareman N. What is risk? The challenge of defining 'risk' in caries risk assessment. Acta Odontol Scand. 2023;1-5.
12. SBU. Prediktionsmodeller för karies och parodontit. Hämtad 2024-02-20 från: <https://www.sbu.se/375>
13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Handbok till HSLF-FS 2019:9, TLV:s föreskrift om statligt tandvårdsstöd. Hämtad 2025-02-12 från: https://www.tlv.se/download/18.3bc17c8416f17f716632554/1576662506578/handbok_version_11.pdf
14. E-hälsomyndigheten. Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso-och sjukvård och EHDS primäranvändning. Hämtad 2025-03-10 från: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/rapporter_regeringsuppdrag/genomforande-av-en-nationell-digital-infrastruktur/genomforandet-av-en-nationell-digital-infrastruktur---slutredovisning.pdf

15. Socialstyrelsen. Tandhälsoregistret. Hämtad 2025-01-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/tandhalsoregistret/>
16. Socialstyrelsen. Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret. Juli 2008-december 2009. Hämtad 2025-02-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2010-6-7.pdf>.
17. Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Regeringsuppdrag om tandhälsa, tandvårdsstatistik och det statliga tandvårdsstödet. Hämtad 2025-02-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2010-6-5.pdf>.
18. Socialstyrelsen. Översyn av klassifikationer och terminologi i anslutning till tandhälsoregistret, 2019. Hämtad 2025-02-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/ksht-oversyn-av-klassifikationer-tandvardsregistret.pdf>.
19. Socialstyrelsen. Promemorian Tandvård till barn, unga och asylsökande i tandhälsoregistret. Underlag för beslut om hur tandvård till barn, unga och asylsökande kan omfattas av tandhälsoregistret (dnr 19123/2016).
20. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).
21. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Mar 8;352
22. National Institute for Health and Care Excellence. Dental checks: intervals between oral health reviews (CG19). NICE; 2004. Hämtad 2024-11-06, från <https://www.nice.org.uk/guidance/cg19>
23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Dental interventions to prevent caries in children (SIGN CPG 138). 2014. Hämtad 2024-11-06, från <https://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2014/04/SIGN138.pdf>
24. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Management of Dental Caries in Children. Dundee: SDCEP; 2018.
25. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandpleien. 2013 (version 2.0). København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
26. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. 2018 (oppdatert 2022). Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
27. Helsedirektoratet. Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019). Nasjonale faglige råd. 2019. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

28. AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Elektronisk version]. Hämtad 2025-02-10, från <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2018/01/AGREE-II - Swedish.pdf>
29. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021 Oct;199:20-24.
30. Socialstyrelsen. Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa. Hämtad 2025-03-10 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2008-107-3_20081073.pdf
31. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård – Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
32. Socialstyrelsen. Rapport angående förberedelser för inrättandet av tandhälsoregister (dnr 7704/2007).
33. National Library of Medicine. SNOMED CT International Edition. Hämtad 2025-02-20 från: <https://www.nlm.nih.gov/healthit/snomedct/international.html>.
34. SNOMED CT Odontogram refset package Release Notes – July 2022. Hämtad 2025-02-20 från: <https://confluence.ihtsdotools.org/display/RMT/SNOMED+CT+Odontogram+refset+package+Release+Notes+-+July+2022>.
35. Journalföring inom tandvården. Försäkringskassan, Socialstyrelsen samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Hämtad 2025-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-5-5.pdf>
36. Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården Nationell tillsyn 2017, Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2025-03-10 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2018/patientsakerhet-och-kvalitet-hos-sma-vardgivare-i-tandvarden.pdf>
37. Försäkringskassan. Ekonomin granskas för att tandvårdsstödet ska hamna rätt. Hämtad 2025-01-01 från: <https://www.forsakringskassan.se/tandvarden/for-dig-inom-tandvarden/statligt-tandvardsstod/ekonomin-granskas-for-att-tandvardsstodet-ska-hamna-ratt>

Bilaga 1 – SBU:s sammanställning av systematiska översikter

Tabell 4. Systematiska översikter av prediktionsmodeller som inkluderades i SBU:s utvärdering

Havsed K, Hansel Petersson G, Isberg P-E, Pigg M, Svensater G, Rohlin M. Multivariable prediction models of caries increment: a systematic review and critical appraisal. *Systematic reviews*. 2023;12(1):202.

Reyes LT, Knorst JK, Ortiz FR, Ardenghi TM. Machine Learning in the Diagnosis and Prognostic Prediction of Dental Caries: A Systematic Review. *Caries research*. 2022;56(3):161-70.

Rokhshad R, Zhang P, Mohammad-Rahimi H, Shobeiri P, Schwendicke F. Current Applications of Artificial Intelligence for Pediatric Dentistry: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric dentistry*. 2024;46(1):27-35.

Du M, Bo T, Kapellas K, Peres MA. Prediction models for the incidence and progression of periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2018;45(12):1408-20.

Chow DY, Tay JRH, Nascimento GG. Systematic Review of Prognosis Models in Predicting Tooth Loss in Periodontitis. *Journal of dental research*. 2024;103(6):596-604.

Jimenez-Silva A, Carnevali-Arellano R, Vivanco-Coke S, Tobar-Reyes J, Araya-Diaz P, Palomino-Montenegro H. Craniofacial growth predictors for class II and III malocclusions: A systematic review. *Clinical and experimental dental research*. 2021;7(2):242-62.

Burr MR, Naze GS, Shaffer SM, Emerson AJ. The role of sleep dysfunction in temporomandibular onset and progression: A systematic review and meta-analyses. *J Oral Rehabil*. 2021;48(2):183-94.

Da-Cas CD, Valesan LF, Nascimento LPD, Denardin ACS, Januzzi E, Fernandes G, et al. Risk factors for temporomandibular disorders: a systematic review of cohort studies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2024;138(4):502-15.

Espressivo A, Pan ZS, Usher-Smith JA, Harrison H. Risk Prediction Models for Oral Cancer: A Systematic Review. *Cancers*. 2024;16(3).

Uppal S, Kumar Shrivastava P, Khan A, Sharma A, Kumar Shrivastav A. Machine learning methods in predicting the risk of malignant transformation of oral potentially malignant disorders: A systematic review. *International journal of medical informatics*. 2024;186:105421.

Källa: SBU

Bilaga 2 – Riktlinjer som ingått i AGREE II-granskningen

Tabell 5. Förteckning över riktlinjer som ingått i AGREE II-granskning

| Författare, år, referens, land | Titel | Patient-grupp | Rekommendationer om... | Övrig information |
|---|---|----------------|--|---|
| NICE, 2004*, England, [1] *uppdaterades senast 2020 | Dental Recall: Recall Interval Between Routine Dental Examinations | Barn och vuxna | Undersökningsintervall (barn 3–12 månader; vuxna 3–24 månader) Riskbedömning, checklista över faktorer som påverkar risk för oral ohälsa | |
| SIGN, 2014, Skottland, [2] | Dental Interventions to Prevent Caries in Children (A national clinical guideline, SIGN CPG 138) | Barn | Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för karies | |
| SDCEP, 2018, Skottland, [3] | Prevention and Management of Dental Caries in Children (Dental Clinical Guidance, 2nd edition) | Barn | Undersökningsintervall (baseras på NICE) Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för karies | Baseras till viss del på riktlinjerna från NICE och SIGN |
| Sundhedsstyrelsen, 2016, Danmark, [4] | Nationale Kliniske Retningslinjer for fastlæggelse af Intervaller Mellem Diagnostiske Undersøgelser i Tandplejen (andra upplagan) | Barn och vuxna | Undersökningsintervall (12–24 månader) Riskbedömning, checklista över faktorer som påverkar risk för oral ohälsa | Utgår från riktlinjerna från NICE, med anpassning för dansk kontext |
| Helsedirektoratet, 2018*, Norge, [5] *uppdaterades senast 2022 | Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. | Barn (0–20 år) | Undersökningsintervall (12–24 månader) Fastslagna åldrar då barn bör undersökas Riskbedömning med faktorer som påverkar risk för oral ohälsa | Utgår till viss del från riktlinjerna från NICE och Sundhedsstyrelsen |
| Helsedirektoratet, 2019, Norge, [6] | Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år. Nasjonale faglige råd. | Vuxna (>20 år) | Undersökningsintervall (12–24 månader) | Utgår till viss del från riktlinjerna från NICE och Sundhedsstyrelsen |

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence. Dental checks: intervals between oral health reviews (CG19). NICE; 2004. Hämtad 2024-11-06, från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg19>.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Dental interventions to prevent caries in children (SIGN CPG 138). 2014. Hämtad 2024-11-06 från: <https://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2014/04/SIGN138.pdf>.
3. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and Management of Dental Caries in Children. Dundee: SDCEP; 2018.
4. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandpleien. 2013 (version 2.0). København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
5. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. 2018 (oppdatert 2022). Oslo: Helsedirektoratet; 2022.
6. Helsedirektoratet. Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019). Nasjonale faglige råd. 2019. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.

Bilaga 3 – Fördjupning: Faktorer vid riskbedömning

Tabell 6. Faktorer i konsensusprocessen

| Risikfaktorer |
|--|
| 1. Kariesaktivitet |
| 2. Parodontal aktivitet |
| 3. Tidigare karies |
| 4. Tidigare parodontit |
| 5. Ogynnsam käkrelation |
| 6. Bettavvikelse |
| 7. Protetik |
| 8. Fast protetik |
| 9. Avtagbar protetik |
| 10. Bristande passform på protetiska arbeten |
| 11. Bristande dimensionering av protetiska arbeten |
| 12. Traumatiserande delprotes |
| 13. Gingivit |
| 14. Röntgenologiska fynd |
| 15. Munslemhinneförändringar |
| 16. Slemhinnelesioner |
| 17. Benförlust |
| 18. Alveolär benförlust |
| 19. % benförlust/ålder |
| 20. Mobilitet |
| 21. Tandsten |
| 22. Infektionsrisk |
| 23. Rotfyllda tänder med kvarstående infektion |
| 24. Rotfrakturer |
| 25. Intern-/externresorptioner |
| 26. Cystaliknande förändringar |
| 27. Oral mikroflora |
| 28. Syrabildande och syratålig mikroflora |

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

| |
|--|
| 29. Implantat |
| 30. Periimplantit, Inflammatoriska reaktioner kring ett eller flera implantat |
| 31. Ogynnsamt placerade implantat |
| 32. Korta implantat |
| 33. Egenvård |
| 34. Munhygien |
| 35. Hälsolitteracitet |
| 36. Hälsoprioritering |
| 37. Fluoridanvändning |
| 38. Kost |
| 39. Kostvanor (hög och/eller frekvent sockerkonsumtion) |
| 40. Dryckes- och matvanor, framför allt frekvent intag av sura drycker |
| 41. Arbetsförhållanden som påverkar kostvanor |
| 42. Tobak och nikotin |
| 43. Rökning |
| 44. Snusning |
| 45. Riskbruk av alkohol |
| 46. Drogmissbruk |
| 47. Allmänsjukdom som påverkar munhälsan direkt eller via den behandling som ges |
| 48. Hjärt-kärlsjukdom |
| 49. Mag-tarmsjukdomar såsom reflux, magbesvär och frekventa kräkningar |
| 50. Genomgången gastric bypass |
| 51. Medicinsk risk |
| 52. Cancersjukdomar och dess behandling |
| 53. Tidigare strålning mot huvud- och halsområdet |
| 54. Reumatiska tillstånd |
| 55. Kognitiv svikt och demenssjukdom |
| 56. Diabetes |
| 57. Svårinställd Diabtetes Mellitus |
| 58. Muntorrhet |
| 59. Muntorrhet inklusive munandning |
| 60. Salivsekretion |
| 61. Saliv |

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

| |
|--|
| 62. Läkemedelspåverkan |
| 63. Fyllningar |
| 64. Rotfyllningar |
| 65. Tandvårdsrädsla |
| 66. Blödningsrisk |
| 67. Ålder |
| 68. Kooperation |
| 69. Kommunikation |
| 70. Oregelbunden tandvård |
| 71. Bristande eller avsaknad av undersökning |
| 72. Plackkontroll |
| 73. Plackmängd/synligt plack |
| 74. Social situation |
| 75. Egenavgift för tandvård |
| 76. Tandslitage |
| 77. Attrition |
| 78. Erosion/frätskador |
| 79. Abrasion |
| 80. Bruxism |
| 81. Teknisk kvalitet |
| 82. Bristande utformning av rotkanalsstift |
| 83. Historik av återkommande material- och kuspfrakturer |
| 84. Nedsatt allmänmotorik |
| 85. Nedsatt oral motorik |
| 86. Funktionsbegränsning |
| 87. Låg autonomi - behov av stöd och hjälp |
| 88. Oral patologi |
| 89. Självskattad munhälsa |
| 90. Abrasiv borstteknik |
| 91. Otillfredsställande resultat efter behandling hos specialist |
| 92. Furkationsinvolvering |
| 93. Svårigheter att uppnå utläkning av parodontit |
| 94. Upprepade uteblivanden eller återbud |

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

| |
|-------------------------------|
| 95. Läkemedel |
| 96. Genetik |
| 97. Tillgång till tandvård |
| 98. Stress |
| 99. Vårdambitionsnivå |
| 100. Smärta |
| 101. Tandvärk |
| 102. Smärta från käkleder |
| 103. Smärta från muskulatur |
| 104. Ektopisk eruption |
| 105. Perikoronit |
| 106. Mineraliseringsavvikelse |
| 107. Aplasier/övertal |
| 108. Risk för dentalt trauma |
| 109. Tidigare dentalt trauma |
| 110. Tidigare tandförlust |

Källa: Socialstyrelsen

Hur kan faktorerna användas vid en basundersökning?

En återkommande basundersökning är en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärd i tandvården. Det statliga tandvårdsstödet ger stöd för detta genom att de allmänna och särskilda tandvårdsbidragen har som syfte att stimulera regelbundna besök till tandvården. Målsättningen för en basundersökning är både att indikera risk för sjukdom och diagnosticera pågående sjukdom. I samband med en basundersökning kan faktorerna som definierats i konsensusprocessen användas på olika sätt som ett instrument för att indikera risk.

Om riskfaktorer saknas bedöms patienten ha låg risk (figur 12). Patienten ges då hälsofrämjande återkoppling och ett lämpligt revisionsintervall väljs enligt de nationella riktlinjerna för tandvård. Om det vid basundersökningen visar sig att det finns faktorer som tyder på hög risk, behövs en kompletterande undersökning eller utredning, antingen samma dag eller vid ett senare besök.

Om faktorerna används på ett ändamålsenligt sätt kan risker för sjukdomsutveckling upptäckas tidigt. Bedömningen vid den kompletterande

undersökningen behöver väga samman samtliga faktorer så att adekvat orsaksinriktad behandling omgående kan erbjudas, med stöd i de nationella riktlinjerna.

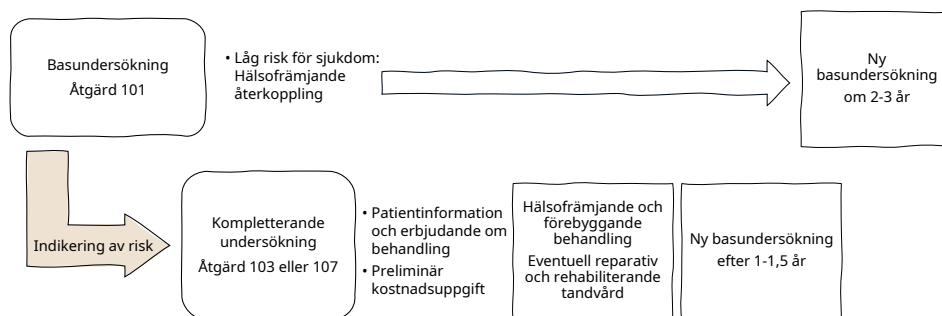
Patienten bör vid den kompletterande undersökningen få tillräcklig information om vilka risker som indikerats och vilka åtgärder som erbjuds för att minska risken för sjukdomsutveckling. Ett sammanfattande skriftligt underlag ska ges till patienten i form av ett undersökningsprotokoll¹². Information bör också ges för hur patienten kan medverka i behandlingen med fokus på att minska risk för sjukdomsutveckling. Vid befintlig sjukdom och reparativ vård inkluderas detta i behandlingsförslaget. Om en patient behöver behandlas vid mer än ett tillfälle ska patienten också ges en preliminär skriftlig prisuppgift över den totala behandlingens kostnaden¹³.

Patienter som avböjer ett förslag om orsaksinriktad behandling och endast önskar genomföra symtomlindrande och reparativ tandvård kommer att ha kvarstående hög risk för sjukdom och bör då erbjudas revisionsintervall som vid hög risk.

Den information som ges vid basundersökningen behöver anpassas till mottagarens förmåga att ta emot information. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att de lagstadgade krav på information som vårdgivare inom tandvård behöver ge till patienten vid en basundersökning inte motsvarar patienternas behov [1].

Figur 12. Indikering av risk vid basundersökning

Faktorer som identifieras vid basundersökningen indikerar behov av kompletterande undersökning



Källa: Nationella riktlinjer för tandvård, Socialstyrelsen

Dynamiska faktorer: Från risk- till friskfaktorer

Deltagarna i konsensusprocessen rankar allmänsjukdom som påverkar munhälsan högst bland faktorer som bör ingå i en riskbedömning (se figur 2). Riskfaktorer för allmänsjukdom som påverkar munhälsan har hög

¹² 12 § Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

¹³ 10 § Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården

överensstämmelse med riskfaktorer för både kariessjukdom och parodontal sjukdom (se venndiagram i figur 11). Det finns också en god korrelation mellan självskattad god allmän hälsa och en god tandhälsa i befolkningen. Allmän hälsa och tandhälsa skattas lägre för personer som har upplevt ekonomisk kris, är rökare eller snusare, har en riskkonsumtion av alkohol eller ett BMI över 30 [2].

Gemensamma riskfaktorer för munhälsa och allmän hälsa utgår ofta från ohälsosamma levnadsvanor. Därför behöver dessa särskilt adresseras i samband med en fortsatt utveckling av en nationell modell för riskbedömning i tandvården. Ohälsosamma levnadsvanor som riskfaktor uppmärksammas också i de utländska riktlinjer som granskats i denna rapport. Dessa riskfaktorer bidrar i hög utsträckning till den samlade sjukdomsburden i Sverige och globalt. De nationella riktlinjerna för tandvård och vård vid ohälsosamma levnadsvanor har rekommendationer för insatser när riskfaktorer indikeras hos personer med ohälsosamma levnadsvanor.

I WHO:s globala handlingsplan för oral hälsa prioriteras särskilt betydelsen av gemensamma riskfaktorer som ett argument för utvecklad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård så att samhällets samlade resurser används effektivt (tabell 7).

Dynamiska riskfaktorer karaktäriseras av att de är möjliga att påverka med orsaksinriktad behandling (tabell 7). Det innebär att faktorn omvandlas från risk till vad vi i denna rapport benämner friskfaktorer. Faktorer som användning av fluorid och egenvård är sådana faktorer men också levnadsvanor. Levnadsvanor har ytterligare en dimension genom att de påverkar både munhälsa och allmän hälsa.

Insatser för att påverka de dynamiska faktorerna bör prioriteras enligt internationella och nationella riktlinjer och följer de strategiska målen i WHO:s handlingsplan.

Tabell 7. Dynamiska riskfaktorer

| Dynamisk faktor | Andel svar "bör ingå" samt "bör absolut ingå" i en nationell riskbedömningsmodell, i konsensusprocessen | WHO, Global strategy and action plan on oral health [3] | Riktlinjer för vuxna |
|--|--|--|--|
| Allmänsjukdom som påverkar munhälsan | 100 % | Strategic objective 1, Common risk factor approach, Resolution WHA74.5 [4] | NR tandvård, NR levnadsvanor, NICE [1], DK [4] |
| Munhygien respektive egenvård | 96 respektive 90% | Strategic objective 2 | NR tandvård, NICE [1], DK [4] |
| Fluoridanvändning (avser risk för kariessjukdom) | 90% | Strategic objective 2 | NR tandvård, NICE [1], DK [4] |
| Tobak och nikotin | 94% | Strategic objective 1, 2 | NR tandvård, NR levnadsvanor, NICE [1], DK [4] |
| Ohälsosamma kostvanor | 86% | Strategic objective 2 | NR tandvård, NR levnadsvanor, NICE [1], DK [4] |
| Riskbruk av alkohol | 56% | Strategic objective 1, 2 | NR tandvård, NR levnadsvanor, NICE [1], DK [4] |

Källa: Socialstyrelsen

Referenser

1. Tala om tänder. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Hämtad 2025-03-10 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/tala-om-tander/>.
2. Jämlig tandhälsa – En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning. Folkhälsomyndigheten. 2019.
3. WHO. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Hämtad 2025-03-10 från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>.
4. WHO. Resolution on oral health. Hämtad 2025-xx-xx från: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf.

Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården



Att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården
(artikelnr 2025-3-9496)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.