Region Stockholm

# 16
# Yttrande över remiss - Nationella målnivåer för indikatorer för tandvårdens nationella riktlinjer
# VKN 2022-0111

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*
*Tandvård*
*Anna Hägglund*

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-13

VKN 2022-0111

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

# Yttrande över remiss - Nationella målnivåer för indikatorer för tandvårdens nationella riktlinjer

## Ärendebeskrivning

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

Remissens bifogade rapport innehåller målnivåförslag för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för tandvård. Rapporten har tagits fram specifikt till den remissrunda som nu genomförs som ett sista steg innan målnivåerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen. Det är önskvärt att regionerna och andra intresseorganisationer diskuterar och kommenterar förslagen.

Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

## Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss nationella målnivåer för indikatorer för tandvårdens nationella riktlinjer

## Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen.

**Förvaltningens motivering till förslaget**

*Bakgrund*
Nya nationella riktlinjer för tandvård kom september 2021 och inkluderar nu även tandvård till barn och unga samt tandvård till vuxna med särskilda behov, till skillnad från nationella riktlinjer för vuxentandvård från år 2011.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram nationella målnivåer för tandvård, med utgångpunkt från de nationella riktlinjerna som finns inom tandvårdsområdet. Arbetet har bedrivits enligt den modell som Socialstyrelsen har tagit fram och tillämpat inom ett tiotal riktlinjeområden.

Modellen innebär att en expertgrupp har valt ut lämpliga målnivåindikatorer och föreslagit målnivåalternativ för dessa. En större konsensusgrupp, bestående av huvudmannaföreträdare för regioner, företrädare från nationella programområden, fakulteter samt för professionsrespektive intresseorganisationer, har tagit ställning till alternativen – både via webbenkäter och vid ett konsensusmöte. Förslagen i remissunderlaget är baserade på diskussionerna vid konsensusmötet.

Förslagen på målnivåer skickas nu på remiss till berörda intressenter innan de slutligen fastställs av Socialstyrelsen (se den bifogade rapporten). Det är dock en öppen remiss, vilket innebär att alla intressenter är välkomna att lämna synpunkter.

*Överväganden*
Region Stockholm ställer sig principiellt positiv till remissens förslag på målnivåer. Regionen vill dock framföra följande:

- Socialstyrelsen definierar barn och ungdomar upp till 0-17 år. Åldersgruppen 18-23 år räknas av Socialstyrelsen som vuxna men tillhör den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården 0- 23 år som regionerna har ansvar för. Patientgruppen 18- 23 åringars rapporterade tandvård finns bara delvis eller inte alls med i de datakällor för vuxentandvård som Socialstyrelsen planerar att använda som täljare och nämnares för indikatorernas målnivåer dvs till Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa).

- Region Stockholm svarar utifrån de områden regionen har ansvar för dvs barn- och ungdomstandvård 0- 23 år, och vuxna med särskilda behov.

De föreslagna målnivåerna är:

| Indikator nr. | Övergripande indikatorer | Målnivå |
|---|---|---|
| O2 | Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt | ≤15% för personer med fyllningar som behöver göras om efter 3 år<br>≤10% för personer med kronor som behöver göras om efter 5 år |
| O7 | Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär | ≥50 % |
| O11 | Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling | ≥ 85 % för karies<br>≥ 75 % för parodontit |
| O14 | Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna | ≥90% kariesfria 6-åringar |
| O25 | Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård | ≥80 % för munhälsobedömning<br>≥90 % för nödvändig tandvård |
| O26 | Antibiotikaförskrivning i tandvården | ≤2 expedieringar per 1 000 inv. i variation mellan regionerna |

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

- För indikatorn O2 ”Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt” är rapporteringen till Socialstyrelsens tandhälsoregister inom det regionsfinansierade tandvårdsstöden för vuxna, låg och fast protetik (kronor, broar och implantat) förekommer endast i liten utsträckning. Unga vuxna 18- 23 år är exkluderade eftersom

deras tandvård inte rapporteras enligt målnivåernas täljare och nämnare till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

- Målnivån är rimlig men indikatorn kommer inte fungera på vuxna med särskilda behov inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden. En omgörningsperiod på 3 år är betydligt hårdare än vårdgivarna själva ger om ca 1 års garanti på fyllningar. En omgörningsperiod på 5 år för personer med kronor är en ännu hårdare regel än omgörningsregler inom det statliga tandvårdsstödet som är 3 år.

- För indikatorn O7 ”Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär” är rapporteringen till tandhälsoregistret låg inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden för vuxna och de personer som omfattas är ofta i sådan situation att de inte är mottagliga. Unga vuxna 18- 23 år är exkluderade eftersom deras tandvård inte rapporteras enligt målnivåernas täljare och nämnare till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Målnivån är rimlig för personer över 24 år, men indikatorn kommer inte fungera på vuxna med särskilda behov inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden.

- För indikatorn O11 ”Vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling” är rapporteringen till tandhälsoregistret väldigt låg inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden för vuxna och de personer som omfattas är ofta i sådan situation att de inte är mottagliga. Målnivån är rimlig för personer över 24 år, men indikatorn kommer inte fungera på vuxna inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden.

- IndikatornO14 ”Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna” har ett målvärde som är bra. Målnivån är däremot svårt att uppnå och kommer troligen kräva ökade kostnader för regionen. Som referens kan nämnas att WHO:s Europa mål år 2020 var att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria. År 2019-2020 låg Region Stockholm på 73 % även om Region Stockholm redovisade 7-åringar. Dvs ett år äldre barn har troligen större procentuell andel karies.

- Indikatorn O25 ”Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård” har målvärden som är bra men däremot svåra att uppnå på grund av att munhälsobedömning är frivillig för patienten.

- Det övergripande målet med antibiotikaförskrivningen är att den ska vara korrekt. Målnivån O26 ”Antibiotikaförskrivning i tandvården” är rimlig men det vore mer lämpligt med en absolut målnivå.

- Målvärdet för indikatorn T4 ”Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande” är rimlig.

- Indikatorn T5 ”Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård” har ett målvärde som är bra men extremt svårt att uppnå. I Stockholms län utbildas troligtvis en försvinnande liten del av omsorgspersonalen i munvård.

- Målvärdet för indikatorn T9 ” Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar” är rimlig.

- Målvärdet för indikatorn T10 ”Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna” är rimlig. Kan öka kostnaderna på grund av ökad administrativ tid för registrering per patient för tandvårdens personal.

- Målvärdet för indikatorn T11 ”Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar” är rimlig.

- Målvärdet för indikatorn T13 ”Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad” är rimlig.

- För indikatornT15 ”Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna” är rapporteringen till tandhälsoregistret inom de regionsfinansierade tandvårdsstöden för vuxna, låg och fast protetik förekommer endast i liten utsträckning. Unga vuxna 18- 23 år är exkluderade eftersom deras tandvård inte rapporteras enligt målnivåernas täljare och nämnare till Socialstyrelsens tandhälsoregister.Målnivån är rimlig men indikatorn kommer inte fungera på vuxna med särskilda behov inom det regionsfinansierade tandvårdsstöden.

- Indikatorn T16 ”Effekt av rotbehandlingar hos vuxna” har en målnivå som är bra men svår att uppnå. Unga vuxna 18- 23 år är exkluderade eftersom deras tandvård inte rapporteras enligt målnivåernas täljare och nämnare till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

*Ekonomiska konsekvenser*
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar kan innebära ökade ekonomiska konsekvenser för regionen eftersom målvärdenas nivåer är så pass högt satta och kan komma att kräva ökade personella resurser i form av administrativ tid för tandvårdens personal.
*Konsekvenser för patientsäkerhet*
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga negativa patientsäkerhetskonsekvenser. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan väntas ha positiva patientsäkerhetskonsekvenser.

*Konsekvenser för jämlik och jämställd vård*
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga negativa konsekvenser för jämställd och jämlik vård. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan väntas ha positiva effekter inom området.

*Miljökonsekvenser*
Vare sig ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar eller en implementering kan antas ha några negativa miljökonsekvenser.

*Administrativa konsekvenser*
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar kan innebära ökade administrativa konsekvenser. En implementering av det föreslagna kunskapsstödet bedöms öka den administrativa tiden för vårdgivare inom tandvård och kommunerna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Lena Hanberg
Avdelningschef

**Beslutet ska skickas till**
Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-13

# Målnivåer tandvård

Remissversion

Socialstyrelsen

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

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

Artikelnummer 2022-4-7867
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2022

# Förord

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

Denna rapport innehåller målnivåförslag för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för tandvård. Rapporten har tagits fram specifikt till den remissrunda som nu genomförs som ett sista steg innan målnivåerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen. Det är önskvärt att regionerna och andra intresseorganisationer diskuterar och kommenterar förslagen.

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

# Innehåll


Förord ..... 3
Sammanfattning ..... 7
Uppdragets förutsättningar ..... 9
- Om uppdraget ..... 9
- Målnivåmodellen ..... 9
- Om indikatorerna ..... 12
- Om målnivåerna ..... 12
- Datakällor ..... 12

Förslag till målnivåer ..... 14
- Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt (Indikator O.2) ..... 15
- Vuxna som fått kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär (Indikator O.7) ..... 19
- Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (O.11) ..... 22
- Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (O.14) ..... 25
- Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård (Indikator O.25) ..... 28
- Antibiotikaförskrivning i tandvården (Indikator O.26) ..... 32
- Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande (Indikator T.4) ..... 36
- Långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård (Indikator T.5) ..... 37
- Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.9) ..... 38
- Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna (Indikator T.10) ..... 40
- Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar (Indikator T.11) ..... 41
- Inskolning för små barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (T.13) ..... 42
- Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna (Indikator T.15) ..... 44
- Effekt av rotbehandlingar hos vuxna (Indikator T.16) ..... 46

Förteckning över indikatorerna ..... 49
Referenser ..... 51
Bilaga 1. Deltagarförteckning ..... 53

# Sammanfattning

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

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

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

De föreslagna målnivåerna är:

| Indikator nr. | Övergripande indikatorer | Målnivå |
|---|---|---|
| O2 | Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt | ≤15% för personer med fyllningar som behöver göras om efter 3 år<br>≤10% för personer med kronor som behöver göras om efter 5 år |
| O7 | Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär | ≥50 % |
| O11 | Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling | ≥ 85 % för karies<br>≥ 75 % för parodontit |
| O14 | Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna | ≥90% kariesfria 6-åringar |
| O25 | Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård | ≥80 % för munhälsobedömning<br>≥90 % för nödvändig tandvård |
| O26 | Antibiotikaförskrivning i tandvården | ≤2 expedieringar per 1 000 inv. i variation mellan regionerna |

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

# Uppdragets förutsättningar

## Om uppdraget

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

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

## Målnivåmodellen

### Vad är en målnivå?

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

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

### Målnivåmodellen

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

**Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell**




## *Indikatorfas*

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

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

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

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

## *Målfas*

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

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

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

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

### *Remissfas*

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

Remissmottagarna för målnivårapporten för tandvård är regionerna, berörda nationella programområden, specialistföreningar och intresseorganisationer.

### *Beslutsfas*

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

### *Förvaltnings- och uppdateringsfas*

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

## Användningsområden för nationella målnivåer

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

### *Uppföljning och utvärdering*

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

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av tandvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna.

### *Lokalt och regionalt kvalitetsarbete*

Flera regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens register för att kontinuerligt följa upp kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För regioner och vårdgivare kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av tandvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll tandvården bör sträva mot. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

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

## Om indikatorerna

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

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

## Om målnivåerna

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

## Datakällor

De underlag som ligger till grund för målnivåprocessen är indikatorbeskrivningar, expertgruppens förslag, resultat från Delphirundan och statistiska underlag. Data har hämtats från Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa). Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att tandvården arbetar för en mer heltäckande registrering, då det är en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling. Underlag till målnivåarbetet har även hämtats från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen. En utmaning med tandvårdsindikatorerna är att populationen i många fall definieras utifrån utförda behandlingsåtgärder och inte utifrån hur många individer som har en viss sjukdom eller besvär. Det betyder att vi i Tandhälsoregistret endast kan följa de personer som fått en behandling/åtgärd för sina besvär. Vi kan alltså inte kan följa hela populationen som har en viss sjukdom eller besvär.

### *Jämförelser av data*

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

# Förslag till målnivåer

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

- Ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- En teknisk beskrivning av indikatorn samt en beskrivning av felkällor och eventuella tolkningssvårigheter
- Förslag till nationell målnivå
- En motivering till den föreslagna målnivån
- Dataunderlag som visar hur olika regioner ligger till i förhållande till målnivån, när sådana data finns tillgängliga. Syftet med redovisningen är att kunna föreslå en rimlig målnivå för riket och inte att göra en analys eller jämförelse av regionernas resultat eller könsskillnader.

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

## Teknisk beskrivning

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

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

*Nämnare 1:* Vuxna 24 år eller äldre som fått en fyllning.
*Nämnare 2:* Vuxna 24 år eller äldre som fått en krona.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

Tand som restaureras på grund av skada på granntand. Åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet, de regionala stöden och garantiåtaganden rapporteras inte in till tandhälsoregistret. Detta påverkar resultatet för indikatorn. Tandläkaren anger inte alltid den bakomliggande orsaken till behandlingen.

## Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt* föreslås målnivån:
≤15 procent för personer med fyllningar som behöver göras om efter 3 år.
≤10 procent för personer med kronor som behöver göras om inom 5 år.

## Motivering till nationell målnivå

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

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

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

## Redovisning av data

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

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

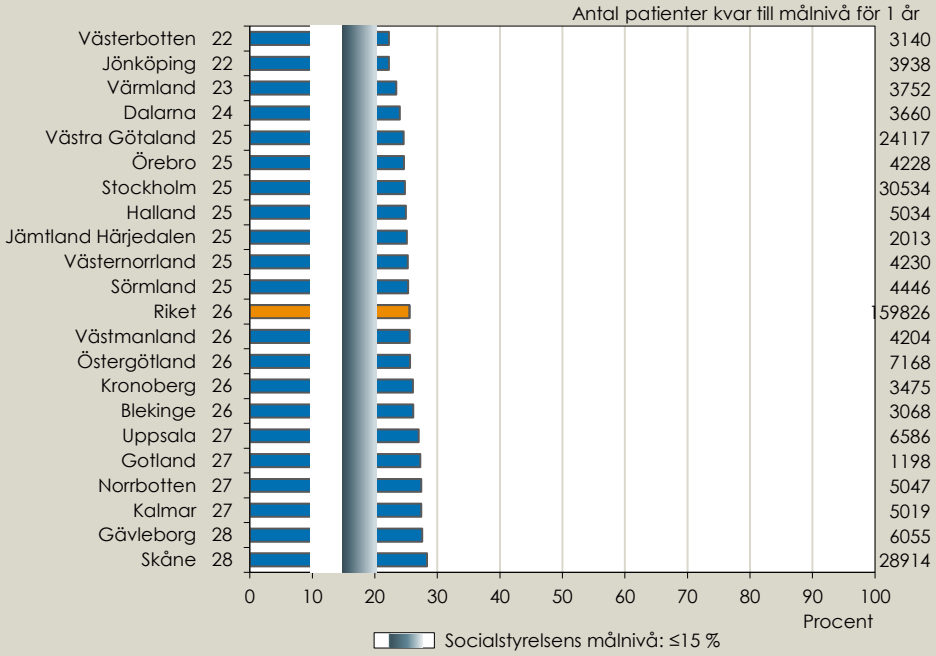
**Tabell 2. Uppgifter för år 2020. Personer med krona som åtgärdas på nytt efter 5 år**

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

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

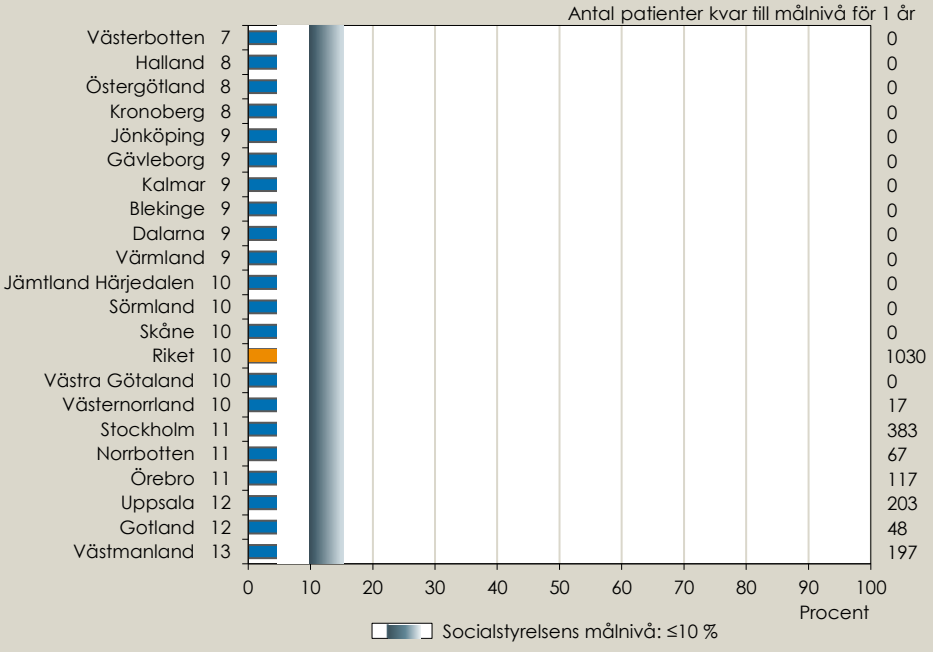
Andel vuxna 27 år och äldre som fått minst en fyllning och som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på samma tand, 2020.




Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen

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

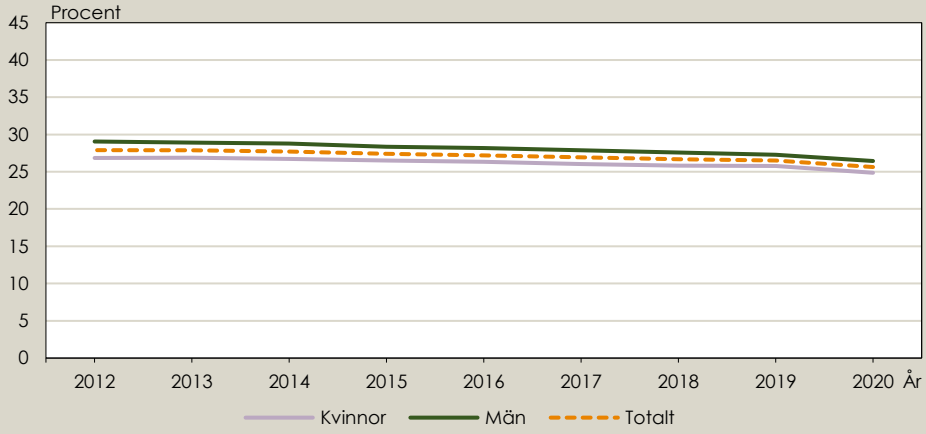
Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand, 2020.




Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen

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

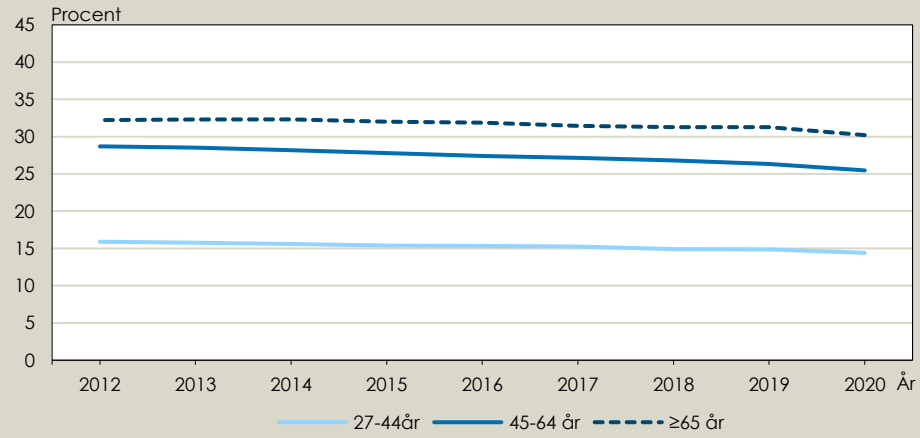
Andel vuxna 27 år och äldre som fått minst en fyllning och som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på samma tand.




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

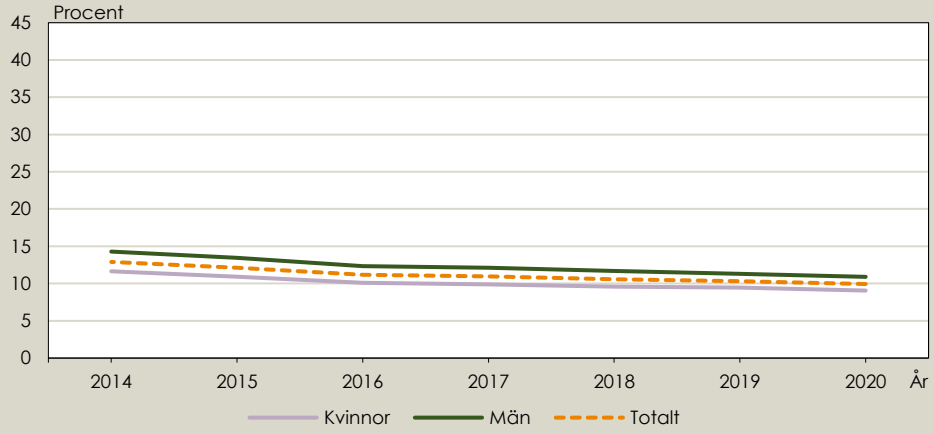
**Figur 4. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt**

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



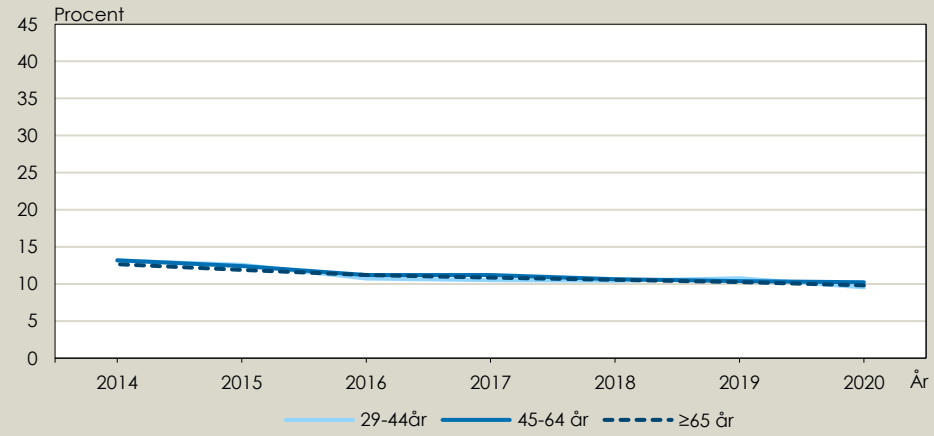

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

**Figur 5. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt**
Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand.




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

**Figur 6. Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt**
Andel vuxna 29 år och äldre som fått minst en singelkrona och som inom en 5-års period fått en fyllning eller ny krona på samma tand.




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kvalificerat rådgivande samtal är en åtgärd som anknyter till tandvårdens ansvar att involvera patienten i sitt hälsotillstånd. Patientens delaktighet i den

egna vården är viktig och en förutsättning för en god munhälsa. Tandvården har en mycket viktig roll när det gäller att främja hälsa.

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

## Teknisk beskrivning

### *Täljare:*

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

### *Nämnare:*

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

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

Risk för underrapportering av åtgärden till tandhälsoregistret. Åtgärden behöver kunna följas på ett bättre sätt så att det går att specificera varför åtgärden genomfördes. Viljan att betala för åtgärden kan påverka utfallet av indikatorn.

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivån

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

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

Användning av kvalificerat rådgivande samtal i tandvården är dock i dagsläget väldigt begränsad. Riksgenomsnittet för käkfunktionsstörning är 2,2 procent (tabell 3), riksgenomsnittet för karies är 0,02 procent (tabell 4) och

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

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

Karies, parodontit och käkfunktionsstörning är tillstånd som i stor utsträckning kännetecknas av liknande bakgrundsfaktorer, därför föreslår expertgruppen att samma målnivå ska gälla för samtliga tillstånd. Att ≥50 % av patienterna med karies, parodontit eller käkfunktionsstörning ska erhålla åtgärden kvalificerat rådgivande samtal är ett ambitiöst mål som innebär att förändringar i nuvarande rutiner och arbetssätt, och i vårdens organisation, kan behöva göras.

## Redovisning av data

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

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

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

| Uppgift | Värde |
|---|---|
| Täljare | 235 |
| Nämnare | 1 007 247 |
| Rikets genomsnitt | 0,023 % |
| Variation kön | Kvinnor 0,21 – Män 0,025 % |

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

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

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

# Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (O.11)

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

Indikatorn visar hur stor andel personer med karies och parodontit som inte visar nya symtom alternativt har en avstannande sjukdomsutveckling efter behandlingen.

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

## Teknisk beskrivning

*Täljare:* 1.antal personer enligt nämnarens definition som fick behandling för kariessjukdom och som i samband med uppföljande undersökning inom två år inte behandlas för kariessjukdom inom 0–3 månader efter den uppföljande undersökningen.
2.antal personer enligt nämnarens definition som fick behandling för parodontit och som vid uppföljande undersökning inom två år inte har 5 mm eller djupare tandköttsfickor.

*Nämnare:* 1.antal personer som fick behandling för kariessjukdom och som har en uppföljande undersökning registrerad i tandhälsoregister inom 2 år efter behandlingstillfället.
2.antal personer som fick behandling för parodontit och som har en uppföljande undersökning registrerad i Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) inom 2 år efter behandlingstillfället.

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

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling* föreslås målnivå:
≥ 85 %, för personer med karies som avstannar efter behandling
≥ 75 %, för personer med parodontit som avstannar efter behandling

## Motivering till målnivån

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

Den eftersträvansvärda nivån är att alla som får behandling för sina munsjukdomar och besvär inte ska visa tecken på nya skador efter tandvårdsbehandlingen och att sjukdomsutvecklingen avstannar. Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ha en god munvård. Det kan finnas personer som inte kan ändra sina vanor i den utsträckning som behövs för att sjukdomen ska avstanna efter behandling. För parodontit kan det även finnas ärftliga faktorer som påverkar sjukdomsförloppet.

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

## Redovisning av data

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

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

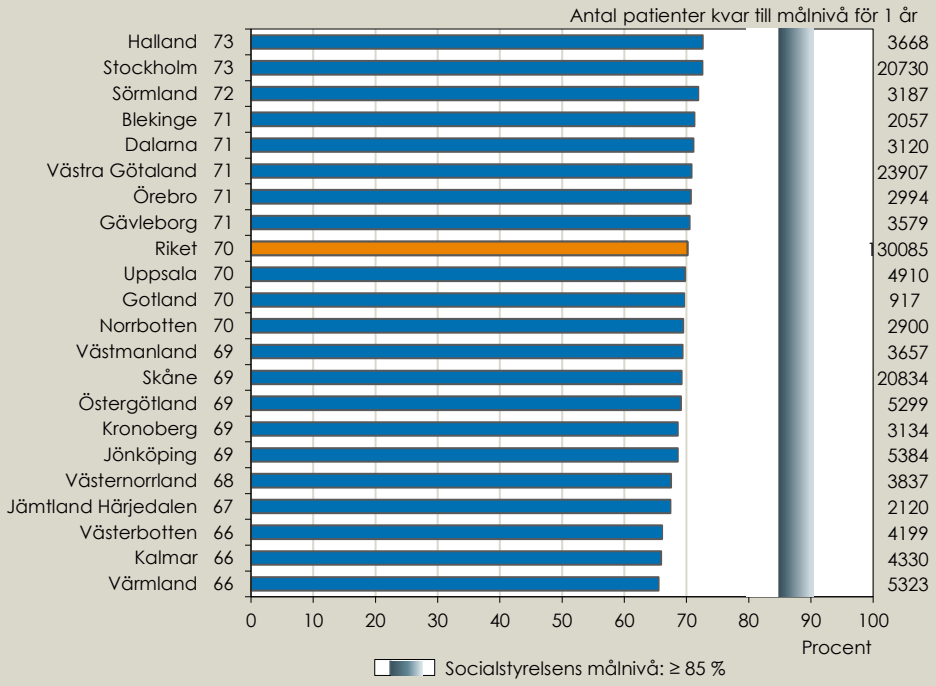
**Tabell 7. Personer som behandlats för parodontit 2017 och som inte uppvisar symtom på sjukdom vid uppföljande besök två år senare**

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

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

**Figur 7. Vuxna med kariessjukdom som avstannar efter behandling**

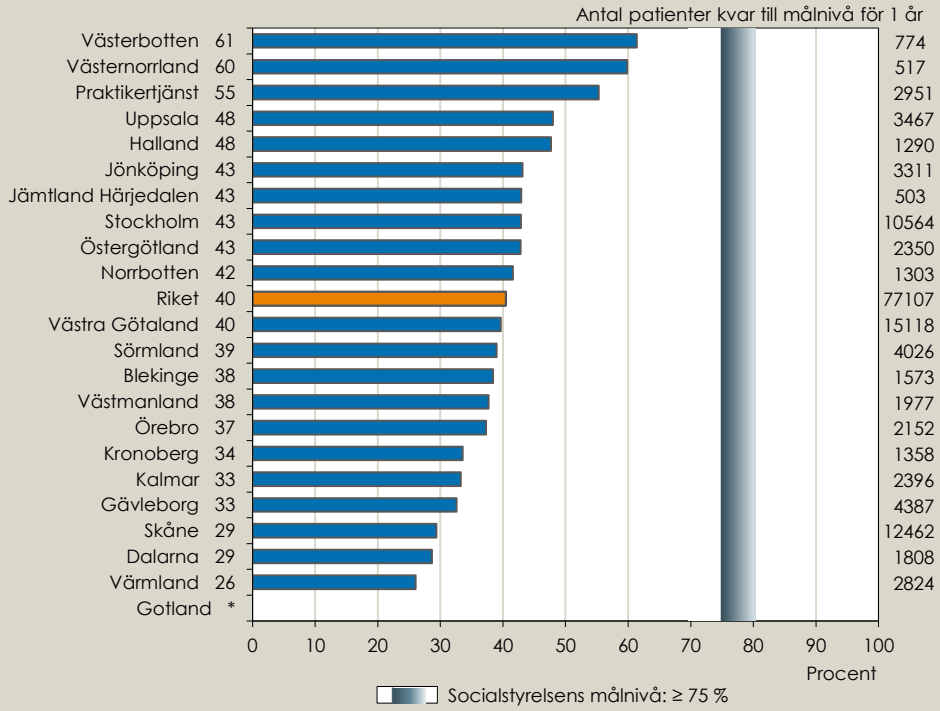
Andel vuxna 24 år och äldre med kariessjukdom som avstannar efter behandling. 2017




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

**Figur 8. Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling**

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

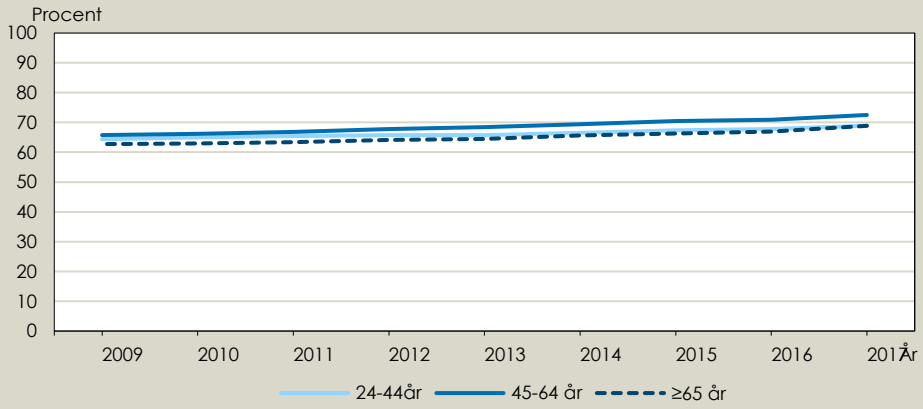



* Data saknas

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit.

**Figur 9. Vuxna med kariessjukdom som avstannar efter behandling**

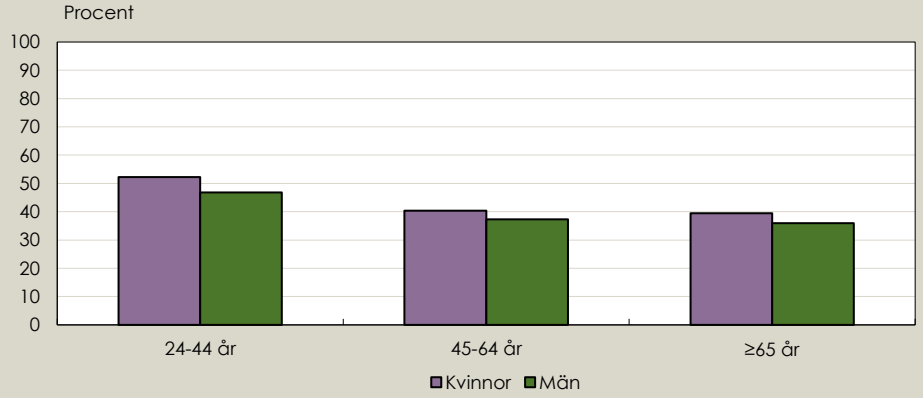
Andel vuxna 24 år och äldre med kariessjukdom som avstannar efter behandling




Tandhälsoregistret Socialstyrelsen

**Figur 10. Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling**

Vuxna med parodontit som avstannar efter behandling 2017




Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit

# Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (O.14)

## Vad visar indikatorn?

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

1. Andelen kariesfria.

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

## Teknisk beskrivning

*Täljare:* Sammanlagt antal i en åldersgrupp som har diagnostiserats med dmft[1]= 0 under en tvåårsperiod.

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

Datakälla: Data samlas in hos regionerna.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Befintliga målnivåer

WHO Europa mål 2020:

- 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria.

## Förslag till nationell målnivå

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

## Motivering till målnivån

Karies kan medföra stor påverkan på individen om den lämnas obehandlad. Kariessjukdom som uppkommer hos barn och unga ökar dessutom risken för sämre tandhälsa senare i livet. Den eftersträvansvärda nivån är därför att andelen kariesfria barn och unga ska vara så hög som möjligt. Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ha en god munvård samt familjens situation. Det kan finnas personer och familjer som inte kan eller vill ändra sina levnadsvanor i den utsträckning som behövs för att karies inte ska uppstå. Redan

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

vid 6 års ålder kommer barn till tandvården med en etablerad kariessjukdom. Därför bedömer Socialstyrelsen att en andel i populationen är mycket svår för tandvården att påverka, och ju högre ålder desto större blir komplexiteten i bedömningen av påverkbara faktorer. Därför föreslår expertgruppen målnivå för åldersgruppen 6 år.

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:
>90 % kariesfria 6-åringar.

## Redovisning av data

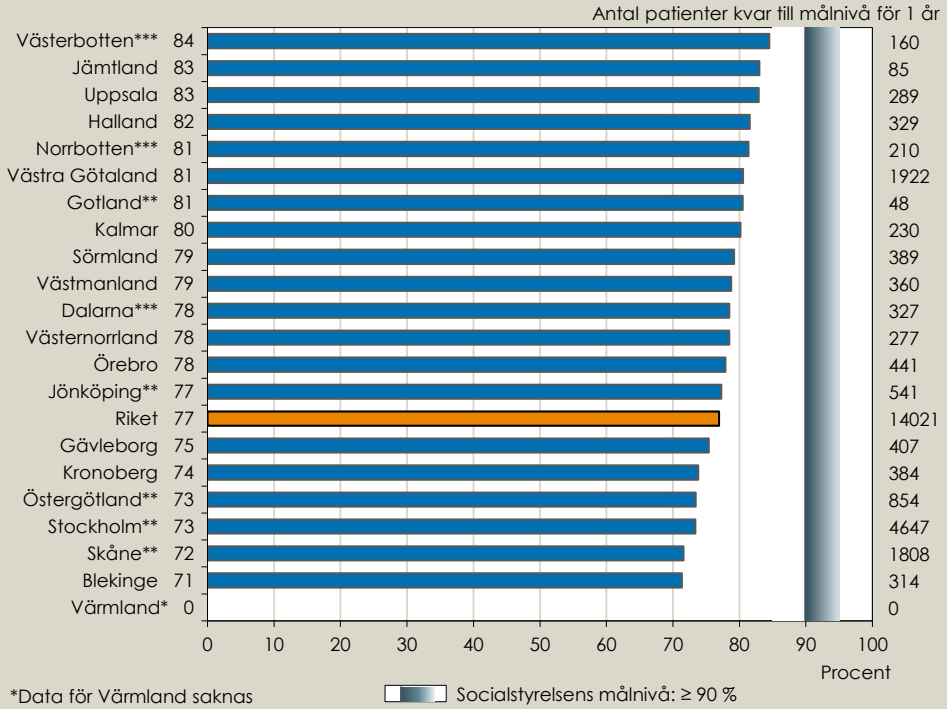
**Tabell 8. Kariesförekomst 6-åringar. Data för 2019-2020***

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

*Data för en region har inte rapporterats in till Socialstyrelsen
Källa: Socialstyrelsen 2021

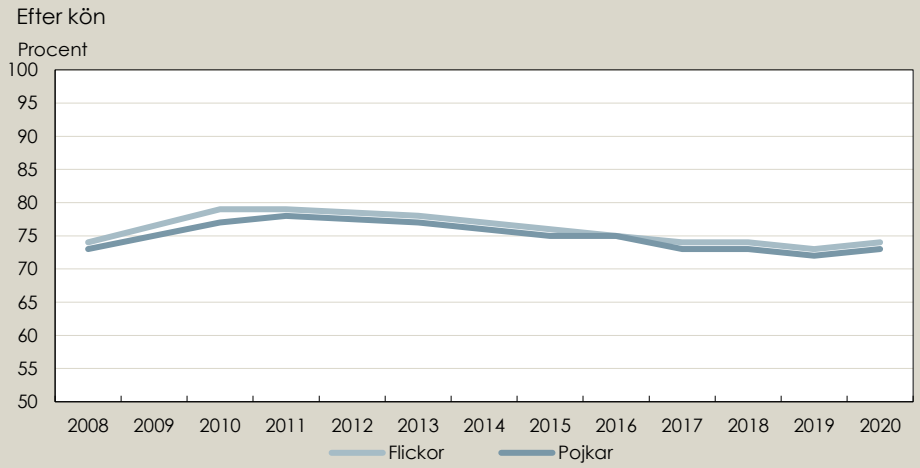
**Figur 11. Kariesfria 6-åringar**

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




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

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




Källa: Socialstyrelsen 2021

# Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård (Indikator O.25)

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

## Teknisk beskrivning

Indikatorn mäter:

- Andel av personkretsen[2] som får munhälsobedömning under ett år.
- Andel av personkretsen som får nödvändig tandvård under ett år.

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

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

[2] De som har identifierats berättigade till tandvårdsstödet

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

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

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivån

Det är viktigt att tandvården satsar mer på de som har stora behov. En viktig del i detta är att äldre, sjuka och funktionshindrade som omfattas av regionernas tandvårdsstöd får del av stödet.

Den eftersträvansvärda nivån är att alla som är berättigade till regionernas tandvårdsstöd och i behov det också ska få del av stödet. År 2019 låg riksgenomsnittet på 78 procent för nödvändig tandvård och 53 procent för munhälsobedömning.

Samtidigt är det många faktorer som påverkar utfallet för indikatorn, inte minst personens egen vilja och förmåga till att ta del av stödet. Alla som är berättigade till nödvändig tandvård är inte i behov av det. För munhälsobedömning är det samtidigt viktigt att de som tackar ja till erbjudandet om munhälsobedömning också får det. Därför måste andelen personer som tackar ja till erbjudandet om munhälsobedömning vägas in vid målnivåsättningen.

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

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

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

## Redovisning av data

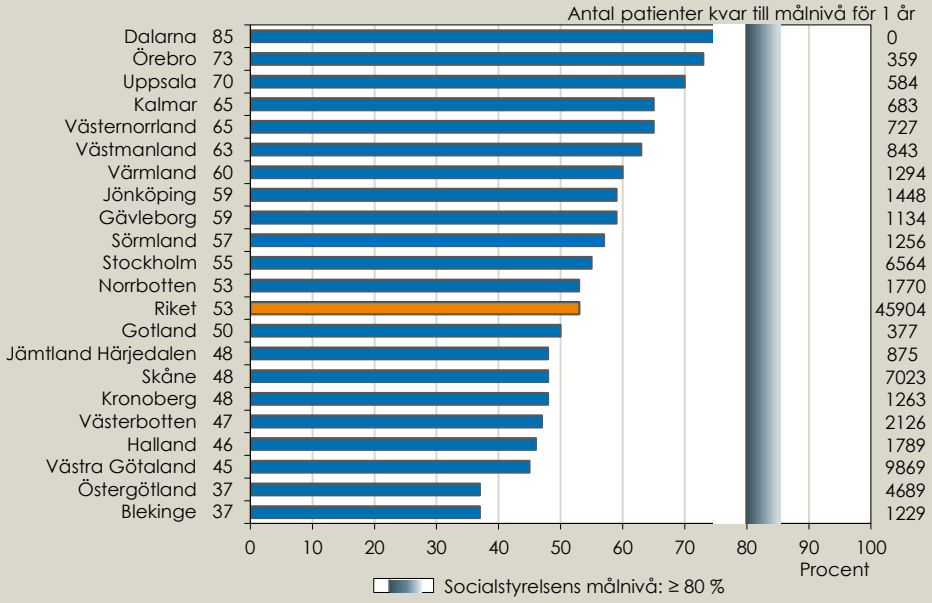
Den kraftiga minskning av andel personer som fått munhälsobedömning och nödvändig tandvård som ses i figur 15 och figur 16 kan sannolikt förklaras av pandemin.

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

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

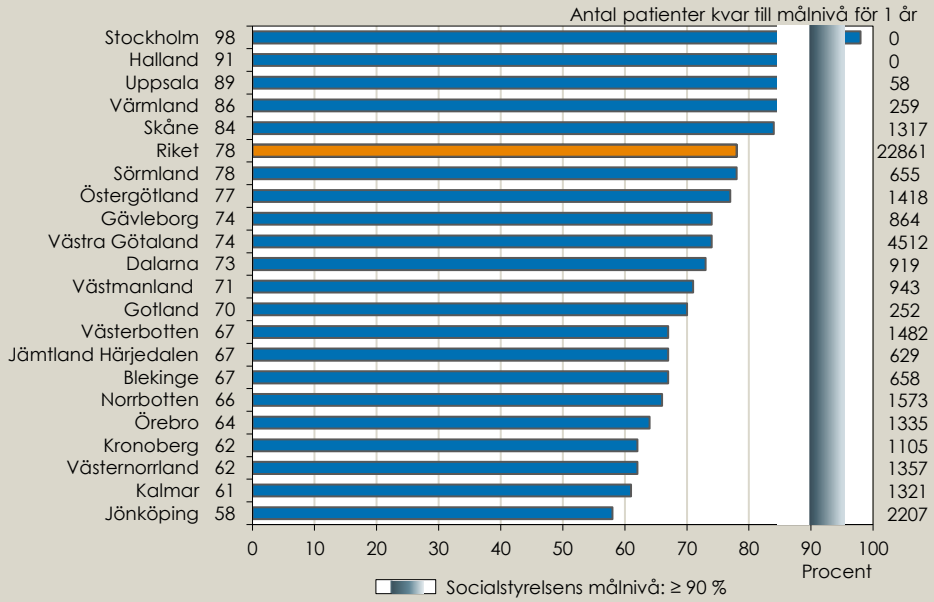
Sveriges kommuner och regioner, SKR. 2020

**Figur 13. Vuxna som fått munhälsobedömning**
Andel vuxna 24 år och äldre som fått munhälsobedömning, 2019.



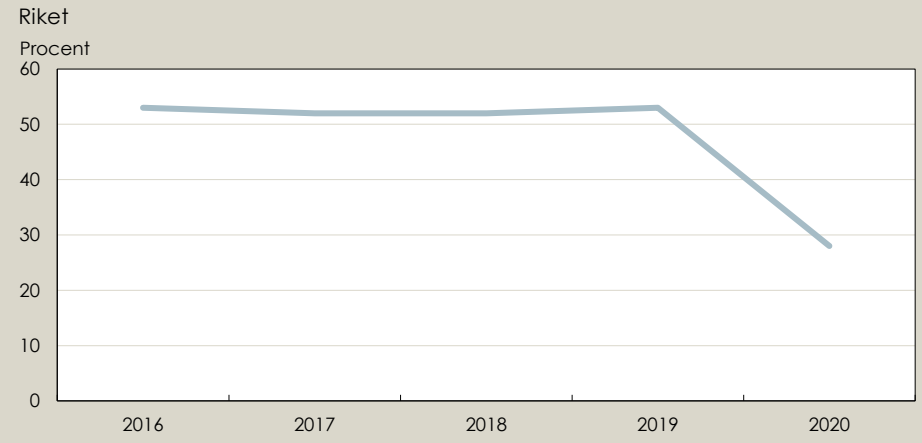

Källa: SKR 2020

**Figur 14. Vuxna som fått nödvändig tandvård**
Andel vuxna 24 år och som fått nödvändig tandvård, 2019.



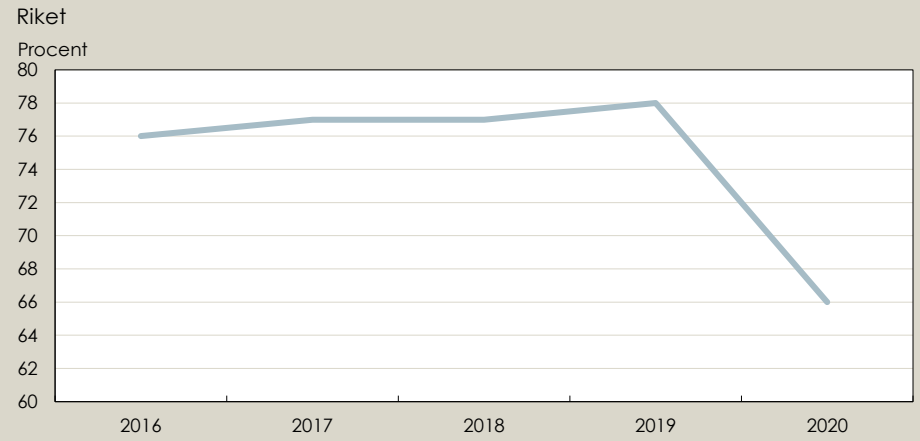

Källa: SKR 2020

**Figur 15. Andel personer som fått munhälsobedömning 2016–2020**




Källa: SKR

**Figur 16. Andel som fått nödvändig tandvård 2016–2020**




Källa: SKR

# Antibiotikaförskrivning i tandvården (Indikator O.26)

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

## Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare.

*Nämnare:* Totalt antal personer i befolkningen.

**Tabell 10. Antibiotikatyper som ingår i indikatorn**

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

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag till nationell målnivå

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

## Motivering till målnivån

Socialstyrelsen beaktar den risk för resistensutveckling som alltid följer med användning av antibiotika. För tandvårdens del innebär detta att antibiotika först bör övervägas när det finns risk för spridning av infektionen och där patientens allmäntillstånd är påverkat. Användningen av antibiotika i tandvården har minskat kraftigt de senaste tio åren men fortfarande finns det stora skillnader i antibiotikaförskrivningen över landet.

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

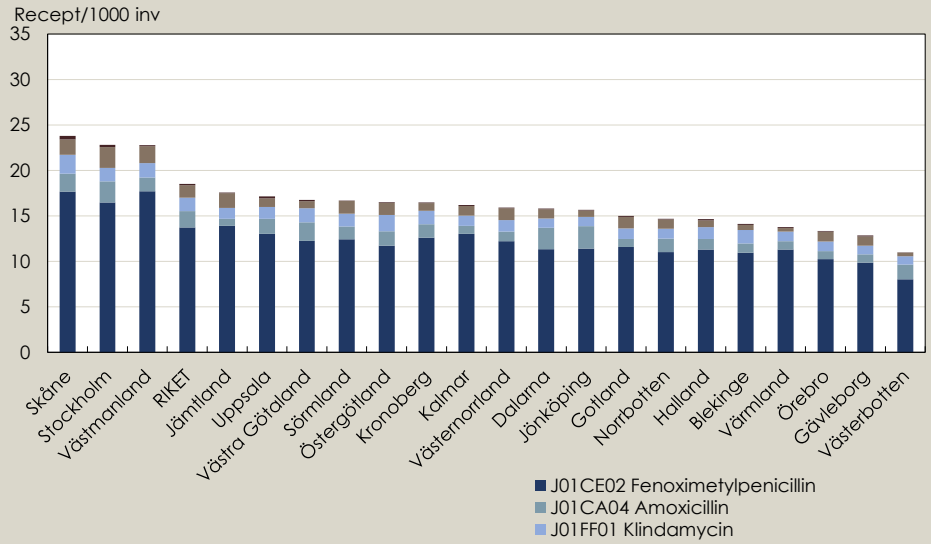
Skillnaden i antibiotikaförskrivning mellan regionerna bör inte överstiga 2 expedieringar per 1 000 invånare.

## Redovisning av data

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

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

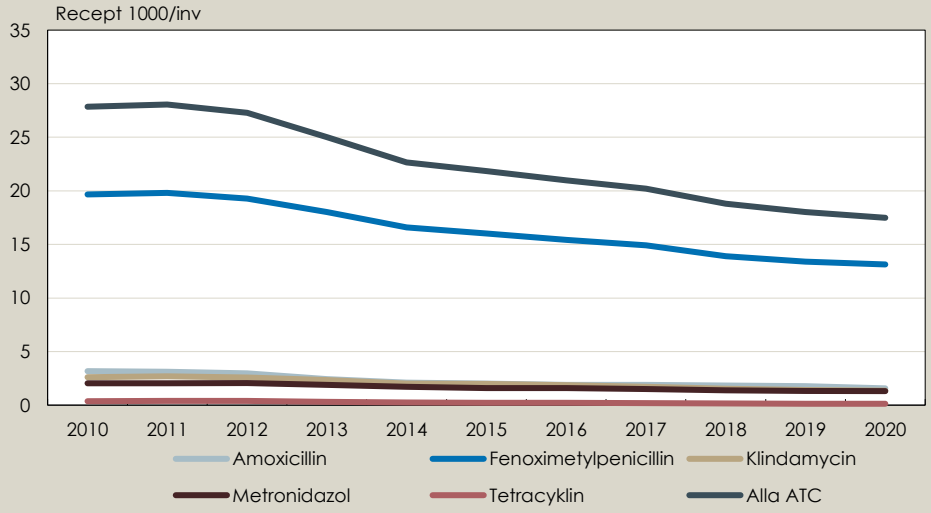
Antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare. Fördelat på region och ACT-kod




Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Figur 18. Antibiotika i tandvården**

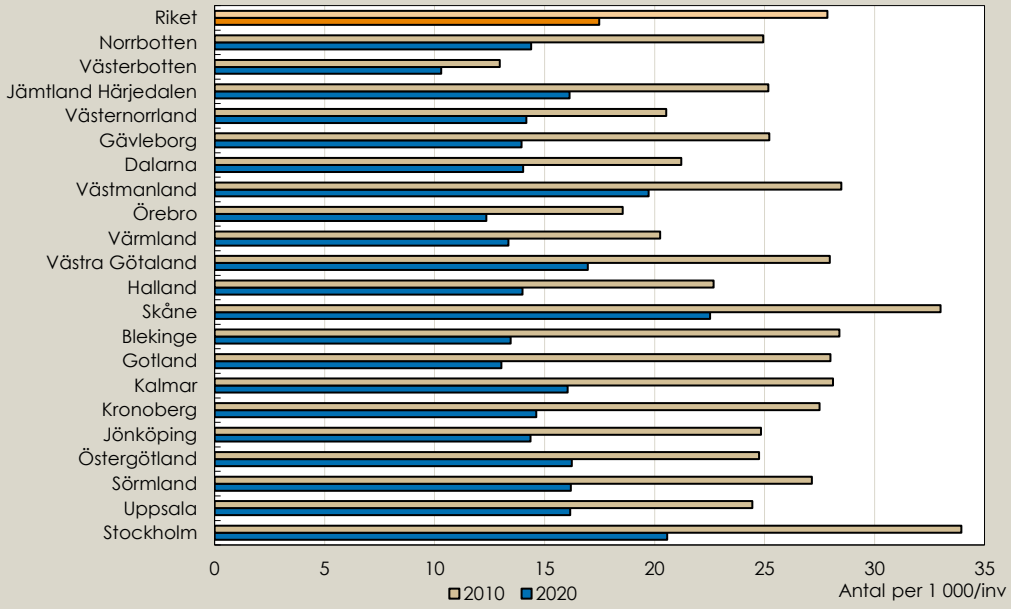
Förändding över tid åren 2010 - 2020




Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Figur 19. Antibiotika i tandvården

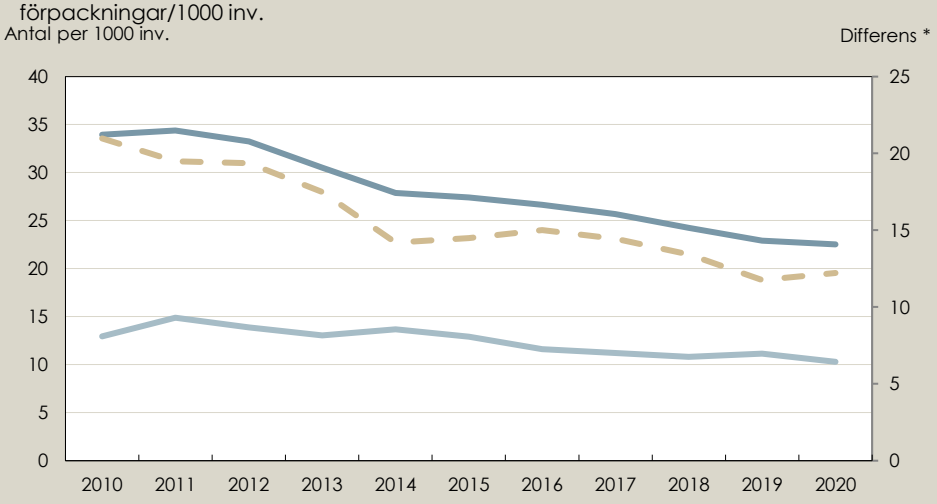
Förändring i antibiotikaförskrivning mellan 2010 och 2020.




Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Figur 20. Antibiotika i tandvården

Regionerna med högsta respektive lägsta antalet expedieringar. Differens i antal förpackningar/1000 inv.




*Differensen av antal expedieringar per 1000 invånare

Region med minst antal förskrivningar per 1000 invånare
Region med högst antal förskrivningar per 1000 invånare
Differens

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att upprätthålla tandvårdskontakten vid återbud eller uteblivet besök för att främja hälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd och har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt (Id 76, prioritet 2).

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivån

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

Den eftersträvansvärda nivån är att alla tandvårdskliniker ska arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande. Med systematiskt arbetssätt avses att rutiner för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande är dokumenterade och tillämpas, t ex att patient eller närstående kontaktas per telefon.

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

100 %, av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att upprätthålla kontakten med vuxna personer som behöver särskilt stöd vid återbud eller uteblivande.

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

En god kompetensnivå hos vård- och omsorgspersonal är viktigt för att personer med ett behov av assistans vid daglig munvård ska få adekvat hjälp. Samverkan mellan tandvård och kommun är viktig i detta sammanhang för att uppnå en god kompetensnivå.

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att främja hälsa hos vuxna som behöver särskilt stöd och assisterad daglig munvård genom att erbjuda vård- och omsorgspersonal långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård, kombinerad med praktisk träning och handledning – i samverkan med kommunen (Id 78, prioritet 2).

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Antal kommuner som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till kommuner.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsens expertgrupp en målnivå på:

100 % av kommunerna samverkar med tandvården för att kunna erbjuda en långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård till kommunens omsorgspersonal, denna ska vara kombinerad med praktisk träning och handledning.

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

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

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

10Tack0 %, av tandvårdsklinikerna arbetar systematiskt för att identifiera personer med smärta och käkfunktionsstörningar.

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

Klassifikationssystemet Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) är ett tillförlitligt system när det gäller att diagnostisera smärta och käkfunktionsstörningar. DC/TMD är också det enda systemet som är validerat för barn.

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

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

# Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar (Indikator T.11)

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker som behandlar barn.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

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

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

## Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andel tandvårdskliniker som arbetar systematiskt med inskolning i tandvården med metoden tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (1–17 år).

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

Tandvårdsrädsla kan få både psykologiska och sociala konsekvenser och försämra munhälsan. En del börjar undvika regelbundna tandvårdsbesök och kan också undvika att sköta sin egen munhygien regelbundet. Barn med tandvårdsrädsla bör få inskolning i tandvården steg för steg. Med metoden tell-show-do minskar osäkerheten i tandvårdsmiljön. För barn (1–17 år) med tandvårdsrädsla/behandlingsomognad, ökar metoden tell-show-do möjligheten att genomföra undersökning och behandling.

Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer om att främja hälsan hos barn 1–17 år som har tandvårdsrädsla eller inte är mogna för behandling genom att skola in barnet i tandvården enligt metoden tell-show-do (Id 70, prioritet 2).

Indikatorn är ett processmått som mäter i vilken utsträckning tandvården arbetar systematiskt med metoden tell-show-do för barn 1–17 år med behandlingssvårigheter.

## Teknisk beskrivning

*Täljare:* Antal tandvårdskliniker som svarat att de arbetar systematiskt med inskolning i tandvården för barn (1–17 år) med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad med metoden tell-show-do.

*Nämnare:* Antal tandvårdskliniker som besvarat frågan.

Datakälla: Enkät till tandvårdskliniker som behandlar barn.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

100 %, av tandvårdsklinikerna som behandlar barn arbetar systematiskt med inskolning i tandvården för barn (1–17 år) med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad med metoden tell-show-do.

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

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

## Teknisk beskrivning

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

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

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

Fasta tand- och implantatstödda konstruktioner är komplicerade och resurskrävande åtgärder för såväl patient som tandvård varför det är önskvärt

att de är i funktion utan några kompletterande åtgärder i flera år. Med kompletterande åtgärder avses omgörningar som kan bero på materialtekniska problem och biologiska komplikationer.

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

≥90 procent av de vuxna med en eller flera fasta tand- eller implantatstödda konstruktioner ska inte ha behövt genomföra någon kompletterande åtgärd inom en femårsperiod.

## Redovisning av data

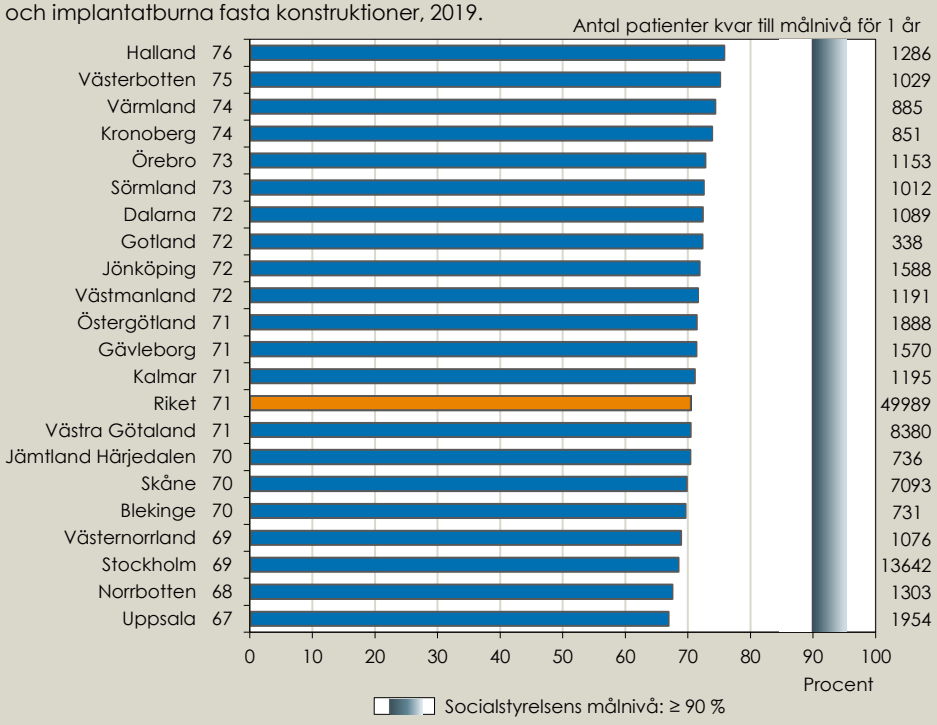
**Tabell 11. Uppgifter för år 2019. Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna**

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

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

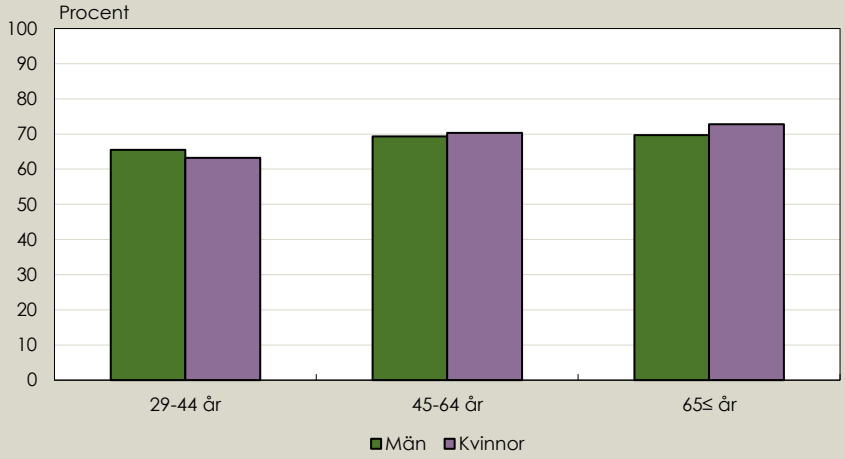
Andel utan kompletterande åtgärder inom 5 år bland vuxna som fått en eller flera tand- och implantatburna fasta konstruktioner, 2019.




Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen

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

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




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

# Effekt av rotbehandlingar hos vuxna (Indikator T.16)

## Vad visar indikatorn?

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

## Varför är indikatorn viktig att mäta?

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

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

## Teknisk beskrivning

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

*Nämnare:* Vuxna som fått en eller flera rotfyllningar.

Datakälla: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

## Felkällor och tolkningssvårigheter

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

## Förslag på nationell målnivå

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

## Motivering till målnivå

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

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

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

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

Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en målnivå på:

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

## Redovisning av data

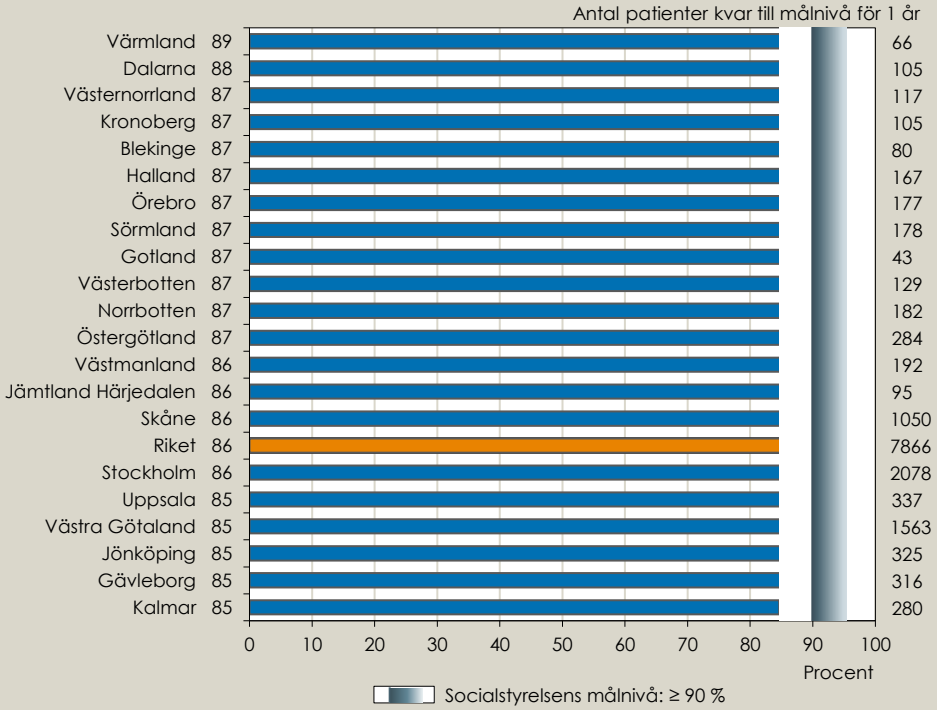
**Tabell 12. Uppgifter för år 2019. Personer med rotfyllning som ej behövt ytterligare åtgärd inom fem år.**

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

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

**Figur 23. Effekt av rotbehandlingar hos vuxna**

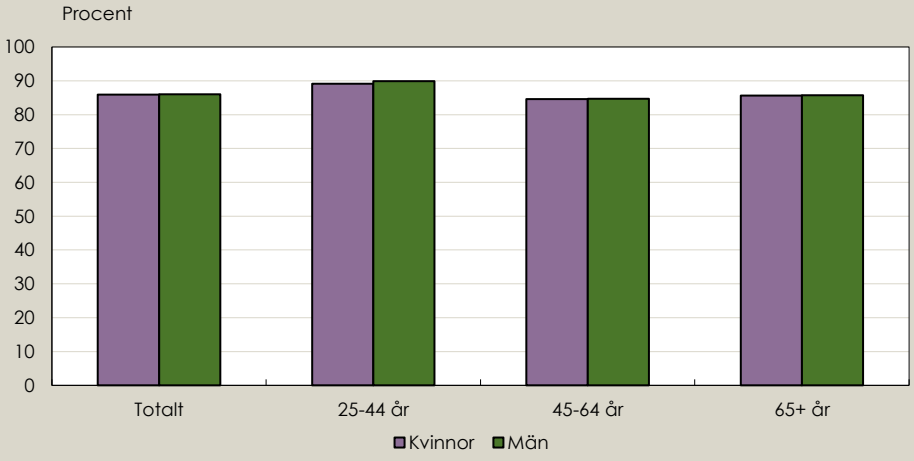
Andel vuxna med en eller flera rotbehandlade tänder som inom en 5-års period inte har behövt extrahera eller genomföra ytterligare endodontiska åtgärder., 2019.




Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen

**Figur 24. Effekt av rotbehandlingar hos vuxna**

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




Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

# Förteckning över indikatorerna

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

**Tabell 1. Övergripande indikatorer tandvård**

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

*Utvecklingsindikator

**Utvecklingsindikator för 12-åringar

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

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

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

*Utvecklingsindikator

** Ingår även i området Främja barns hälsa

# Referenser


1. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
2. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021
3. Nationella riktlinjer. Indikatorer för tandvård. Remissversion 2021. Stockholm: Socialstyrelsen
4. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). Dent Mater. 2015 Jun;31(6):603-23. doi: 10.1016/j.dental.2015.02.011. Epub 2015 Apr 2
5. Pjetursson BE, Sailer I, Makarov NA, Zwahlen M, Thoma DS. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: Multiple-unit FDPs. Dent Mater. 2015 Jun;31(6):624-39. doi: 10.1016/j.dental.2015.02.013. Epub 2015 Apr 30.
6. Jung RE, Zembic A, Pjeturrson BE, Zwahlen M, Thoma DS. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years. Clin Oral Implants Res. 2012 Oct;23 Suppl 6:2-21
7. Pjetursson BE, Thomas DS, Jung RE, Zwahlen M, Zembic A. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years. Clin Oral Implants Res. 2012 Oct;23 Suppl 6:22-38
8. Fransson H, Dawson VS, Frisk F, Bjørndal L, Kvist T. Survival of Root-filled Teeth in the Swedish Adult Population. Journal of Endodontics. 2016 Feb;42(2):216-20
9. Kvist T. Rotfylld tand. Internetodontologi 2020. Hämtad mars 2022. www.internetodontologi.se/endodonti/rotfylld-tand/

# Bilaga 1. Deltagarförteckning

## *Projektorganisation, målnivåer tandvård*

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

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

| **Konsensusgrupp** | |
|---|---|
| **Sjukvårdsregioner** | |
| Hans Melander[1] | Södra sjukvårdsregionen |
| Karin Sunnegårdh-Grönberg | Norra sjukvårdsregionen |
| Anders Ljungné | Västra sjukvårdsregionen |
| Anna Westin | Sjukvårdsregion Mellansverige |
| Pernilla Larsson Gran | Sydöstra sjukvårdsregionen |
| Anna Hägglund | Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland |
| **Intresseföreningar** | |
| Liza di Paolo Sandberg[2] | SKPF-pensionärerna |
| **Nationella programområden** | |
| Andreas Cederlund[1] | NPO Tandvård |
| **Professionsföreningar och specialistföreningar** | |
| Chaim Zlotinik | Sveriges tandläkarförbund |
| Linnea Ryman | Sveriges tandhygienistförening |
| Karin Udén[3] | Svenska tandsköterskeförbundet |
| Moana Zillén[1] | Svensk sjuksköterskeförening, Riksföreningen sjuksköterskor inom äldre- och demensvård |
| Andreas Stavropoulos | Svensk förening för parodontologi och implantologi |
| Nina Sabel | Svenska pedodontiföreningen |
| Catharina Österlund | Svensk förening för bettfysiologi |
| Josephine Brodén | Svenska endodontiföreningen |
| Angelika Lantto | Svensk förening för orofacial medicin |
| Anders Hedenbjörk Lager | Svensk förening för cariologi |
| **Lärosäten** | |
| Patricia de Palma | Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet |

| | |
|---|---|
| Malin Stensson | Tandhygienistprogrammet, Jönköpings universitet |
| Pia Andersson[1] | Tandhygienistprogrammet, Högskolan Kristianstad |
| Ann-Catrin Kramer | Tandhygienistprogrammet, Karlstads universitet |
| **Vårdgivare** | |
| Anders Jonsson[1] | Praktikertjänst |
| Magdalena Sparf | Distriktstandvården |
| Petteri Sjögren[1] | Oral Care |
| **Nätverk och centra** | |
| Gabriel Edgardo Alfaro | Tandvårdsnätverket |
| Anna-Karin Wagner | Svensk samhällsodontologisk förening |
| Fredric Thyberg[4] | Kunskapsnavet för sköra äldres munhälsa |

[1] Förhinder vid konsensusmötet

[2] Ersattes av Lars Bromander på konsensusmötet

[3] Ersattes av Tina Hilding på konsensusmötet

[4] Representerar även övriga kunskapcentra för äldretandvård