

Års rapport 2013



SKaPa

SVENSKT
KVALITETSREGISTER
FÖR KARIES
OCH PARODONTIT

www.skapareg.se

Årsrapport 2013

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa

Besöksadress: Rosenborgsgatan 50, Karlstad

Postadress: 651 82 Karlstad

054-615000

skapa@liv.se

www.skapareg.se

Registerhållare

Hans Östholm, registerhållare

Inger von Bültzingslöwen, bitr. registerhållare

Styrgrupp

Bent Petersen, tandvårdschef

Irene Smedberg, utvecklingschef

Dan Ericson, professor

Jan Wennström, professor

Katarina Konradsson, universitetslektor

Kerstin Wilson, marknads- och utvecklingschef

Inger von Bültzingslöwen, övertandläkare

Hans Östholm, tandvårdschef, ordförande

Verkställande utskott

Hans Östholm, tandvårdschef

Inger von Bültzingslöwen, övertandläkare

Monica Degerman-Svensson, övertandläkare

Lars Gahnberg, professor

Vetenskapligt råd

Lars Gahnberg, professor, ordförande

Dan Ericson, professor

Mats Lundström, professor

Jan Wennström, professor

Inger von Bültzingslöwen, övertandläkare

Referensgrupp PROM

Kajsa Abrahamsson, docent

Inger von Bültzingslöwen, övertandläkare

Monica Degerman-Svensson, övertandläkare

Gunnar Ekbäck, docent

Håkan Flink, klinikchef

Catharina Hägglin, övertandläkare

Elisabeth Wärnberg Gerdin, tandvårdsstrateg

Ann-Christine Bolle, kvalitetsansvarig tandvård

Sigvard Åkerman, professor

SKaPa förvaltning

My Hagestål, systemförvaltare

Ingela Kierkegaard Thudin, verksamhetsanalytiker

Daniel Gustafsson, systemutvecklare

Tobias Jonasson, systemutvecklare

Gunnar Ekbäck, docent

Kompetenscentrum

Registercentrum Syd EyeNet Sweden

CPUA (Centralt personuppgiftsansvar)

Ansvarig enligt personuppgiftslagen, PUL, (1998:204):

Landstingsstyrelsen, Landstinget i Värmland

Personuppgiftsombud: Hans Ramstedt, arkivarie, Landstinget i Värmland

Användarmöte

SKaPa anordnar regelbundet användarmöten

ISSN 2001-4295

Grafisk form: Tin Wigelius, Kanonform

Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB, september 2014

Foto: Martin S Götenstedt och Istockphoto

INLEDNING

Viktiga områden för fortsatt utveckling

SKaPa har idag 16 deltagande organisationer och i databasen finns uppgifter om 3,1 miljoner patienter. Relevanta uppgifter skickas till SKaPa med automatik. Detta innebär att vården rapporteras till SKaPa utan administrativt merarbete vilket utgör en viktig förutsättning för att täckningsgraden ska vara hög.

Kvalitetsregister är fortfarande nytt inom tandvården och vi behöver sprida kunskap och öka medvetenheten om hur vi kan använda register i vårdutveckling och förbättring. Till årets rapport har vi med detta syfte bjudit in några gästsribbenter. De representerar lång och gedigen erfarenhet inom sina respektive områden.

Det är vår förhoppning att SKaPa ska bli ett viktigt verktyg för fortsatt utveckling av svensk tandvård. Det finns skillnader och vi kan lära av varandra och det finns områden som kan förbättras. Låt oss ta oss an framtida utmaningar med nyfikenhet och kreativitet.

Årets rapport innehåller endast begränsad information från barn- och ungdomstandvård. Detta beror på osäkerhet om kvaliteten i den information som skickas till SKaPa. Ett arbete med att analysera och säkra kvaliteten har inletts och kommer att diskuteras under höstens användarmöte.

Ett stort tack till Dan Ericson, professor i cariologi och Jan Wennström, professor i parodontologi. De har tillsammans med övriga i SKaPa diskuterat fram valet av indikatorer och har svarat för expertkommentarer.

Tack också till professor Mats Lundström som skrivit avsnittet om kvalitetsregister, till professor Björn Klinge som skrivit om tankar om kvalitet, Peter Kammerlind, utvecklingsledare, som varit sakkunnig i SKaPas vårdutvecklingsprojekt och som skrivit kapitlet Praktiskt förbättringsarbete, förbättringskunskap och förbättringsvetenskap, till docent Gunnar Ekbäck som deltagit i arbetet med indikatorer och till professor Lars Gahnberg som bidragit till valet av indikatorer, gett expertkommentarer och som skrivit om forskning och SKaPa. Referensgruppen för PROM har lagt ned ett gediget arbete som resulterat i två pilotstudier.

För redaktionellt arbete, granskning och övrig text har Inger von Bültzingslöwen, bitr registerhållare och Hans Östholm, registerhållare svarat.

Ett mycket viktigt och engagerat arbete med att färdigställa årsrapporten har utförts av My Hagestål, systemförvaltare och Ingela Kierkegaard Thudin, verksamhetsanalytiker tillsammans med Daniel Gustafsson och Tobias Jonasson, båda systemutvecklare.

Det är vår förhoppning att deltagarorganisationerna i Årsrapport 2013 ska finna viktiga områden för fortsatt utvecklingsarbete.

Karlstad i september 2014
Hans Östholm, registerhållare

INNEHÅLL

Viktiga
områden
för fortsatt
utveckling

3



SKaPas
Årsrapport
2013

6

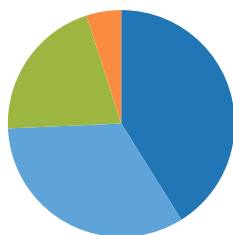
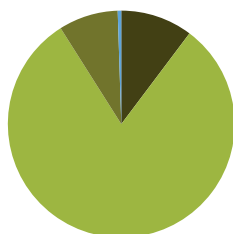


SKaPa

8

Kvalitetsregister

14



INLEDNING

Viktiga områden för fortsatt utveckling..... **3**

SAMMANFATTNING

SKaPas årsrapport 2013..... **6**

KAPITEL 1

SKaPa..... **8**

1.1 SKaPa, syfte och processer..... **8**

1.2 SKaPa som datakälla för forskning..... **13**

KAPITEL 2

Kvalitetsregister..... **14**

2.1 Nationella kvalitetsregister
är unika..... **14**

2.2 Några tankar om kvalitet..... **16**

KAPITEL 3

Vårdutveckling..... **19**

3.1 Praktiskt förbättringsarbete,
förbättringskunskap och
förbättringsvetenskap..... **19**

3.2 Systematiskt förbättringsarbete
utifrån registerdata i SKaPa..... **23**

KAPITEL 4

Patientrapporterade utfallsmått..... **29**

Patienten värderar tandvårdens
resultat..... **29**

KAPITEL 5

Karies och parodontit..... **34**

5.1 Karies..... **34**

5.2 Parodontit..... **37**

KAPITEL 6

Redovisning, allmänt..... **40**

Åldersfördelning revisionspatienter..... **40**

Ålder vid första undersökning..... **41**

Tid mellan två undersökningar
relaterat till riskbedömning..... **42**

Antal tänder hos vuxna..... **44**

Extraktion av tänder..... **46**

KAPITEL 7

Redovisning, karies..... **49**

Indikatorer för SKaPa..... **49**

Medeltal fyllningar..... **50**

Orsaker till utförda fyllningar..... **51**

Kariesskadade approximalytor..... **53**

Kariesutveckling över tid..... **56**

Karierade och fyllda tänder..... **57**



Vård-
utveckling

19

Karies och
parodontit

34

Redovisning
karies

49

PROM

29

Redovisning
allmänt

40

Redovisning
parodontit

58

KAPITEL 8

Redovisning, parodontit.....	58
Indikatorer för SKaPa.....	58
Behandling vid parodontit.....	59
Fördelning av behandlingsåtgärder.....	64
Utveckling över tid efter diagnostiserad parodontit.....	70
Vuxna individer med parodontal sjukdom.....	78

KAPITEL 9

Redovisning, periimplantit.....	80
Andel vuxna individer med tandimplantat.....	80
Antal tandimplantat per individ.....	82
Andel vuxna individer som behandlats för periimplantit.....	83
Behandlingspanorama vid periimplantit.....	84

KAPITEL 10

Redovisning, patientrapporterade utfallsmått (PROM).....	85
---	-----------

APPENDIX

Frågeformulär till PROM pilotstudien.....	89
---	-----------

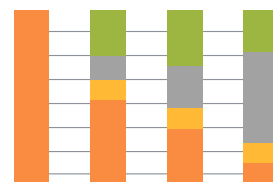
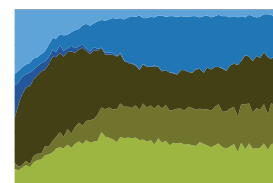
Redovisning
periimplantit

80



Redovisning
PROM

85



SAMMANFATTNING

SKaPas Årsrapport 2013

/// Det unika med SKaPa är en automatiserad överföring av uppgifter vilket ger en hundraprocentig täckningsgrad utan insats från enskilda behandlare

kapitel 1, SKaPa, syfte och processer, ges en överblick över hur SKaPa fungerar. Det unika med SKaPa är en automatiserad överföring av uppgifter vilket ger en hundraprocentig täckningsgrad utan insats från enskilda behandlare. I kapitlet beskrivs hur databaserna byggs upp och vad som är utmaningarna för att nå hög säkerhet i redovisade uppgifter.

I kapitel 2, Kvalitetsregister, beskriver professor Mats Lundström kvalitetsregistrens historik och framtida potential. Under rubriken Några tankar om kvalitet diskuterar professor Björn Klinge begreppet kvalitet.

I kapitel 3, Vårdutveckling, beskriver utvecklingsledare Peter Kammerlind praktiskt förbättringsarbete, förbättringskunskap och förbättringsvetenskap. Några huvuddrag i den moderna synen inom dessa områden redovisas. Exempel på systematiskt förbättringsarbete från tre folktandvårdsorganisationer utifrån registerdata redovisas.

I kapitel 4, PROM, redovisas resultat av en pilotundersökning som gjorts för att mäta patienternas upplevelse av utfallet av sin behandling. Ett antal frågor ställdes till patienter med karies, parodontit och till friska. Totalt skickades enkäten till 1800 patienter i en folktandvårdsorganisation.

Kapitel 5, Karies och parodontit, innehåller sjukdomsbeskrivningar, förekomst, behandlingar och prevention.

I kapitel 6–10 redovisas resultat. Redovisning av data baseras huvudsakligen på vård av patienter som undersökts för fullständig behandling (TLV-åtgärds-koder 101 och 102). Flera av resultaten redovisas över tid, uppdelat på ålder eller åldersgrupper, kön och deltagarorganisation. Den enda uppgiften om barn- och ungdomstandvård som redovisas är den om tidpunkt för första undersökning av legitimerad yrkesutövare. En ny rapport för i år visar hur tid mellan två på varandra följande undersökningar relaterar till bedömd risk. Rapporten bygger på information från de fyra organisationer som levererar uppgift om bedömd risk. Det är förhållandevis små skillnader i intervall beroende på risk.

Antalet tänder redovisas för åren 2011 och 2013. För patienter 60 år och äldre ökar antalet tänder. Antalet tänder redovisas också i tabell uppdelat på åldersgrupper, organisation och kön. Av medelvärden framgår att kvinnor jämfört med män i genomsnitt har något mindre antal tänder än män.

Orsaker till extraktion redovisas som ett areadiagram över åldersspannet 20–90 år. Medelvärde på antalet utförda extraktioner per patient redovisas uppdelat på ålder och per deltagarorganisation.

Under rubriken Karies visar vi att antalet fyllningar som utförs 2013 är



något färre än de som utförts under 2011 i åldrarna 35–50 år. Orsaker till att fyllningar utförs redovisas könsuppdelat.

Antalet kariesskadade approximalytor uppvisar en minskning mellan 2010 och 2013 i alla indikatoråldrar utom för 80-åringar. Indikatoråldrarna är 20, 35, 50, 65 och 80 år.

Under rubriken Parodontit redovisar vi behandlingspanorama vid parodontit åren 2010–2011 och 2012–2013. Andelen åtgärder med information/instruktion ökar något mellan tidsperioderna och mekanisk infektionsbehandling minskar i motsvarande grad. Skillnaderna mellan könen är små. Tandhygienister svarar för den helt dominerande och ökande andelen utförda behandlingar. Utförda sjukdomsbehandlande och förbyggande åtgärder redovisas också uppdelat på grad av parodontal sjukdom.

Andelen individer med Parodsjuk1 (minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm exklusive visdomständer och distalytan 7:or) respektive Parodsjuk2 (≥ 4 tänder med fickdjup 4–5 mm men ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm exklusive visdomständer och distalytan 7:or) redovisas uppdelat på deltagarorganisation. Spridningen mellan deltagarorganisationer är mindre än i förra årets rapport och medelvärdet för samtliga är lägre. Detta beror till viss del på förändrad logik i SKaPa som i årets rapport hanterar icke registrerad yta som frisk i högre grad än tidigare.

Antalet karies-skadade approximalytor uppvisar en minskning mellan 2010 och 2013 i alla indikatoråldrar utom för 80-åringar

KAPITEL 1

SKaPa

1.1 SKaPa, syfte och processer

// SKaPa möjliggör uppföljning och kunskapsutveckling

För att skapa bästa möjliga vård finns nationella kvalitetsregister. De används integrerat och aktivt av svensk hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet för löpande lärande, förbättring, forskning samt ledning och kunskapsstyrning.

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa, är ett kvalitetsregister för tandvården. Registret är öppet för tandvård såväl i offentlig som privat regi. Deltagande i registret är frivilligt och beslutas av vårdgivaren. SKaPa utgör grund för uppföljning och kunskapsutveckling och möjliggör utveckling av vårdens processer och resultat.

SKaPa ska vara ett kunskaps- och vårdutvecklingscenter för tandvården.

Syfte med SKaPa

Syftet med SKaPa är att medverka till förbättrad munhälsa genom att:

- Utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl preventiva och sjukdomsbehandlande som reparativa/operativa metoder.
- Stödja vidareutvecklingen av nationella riktlinjer.
- Ge underlag för forskning.

Detta kan uppnås bland annat genom att:

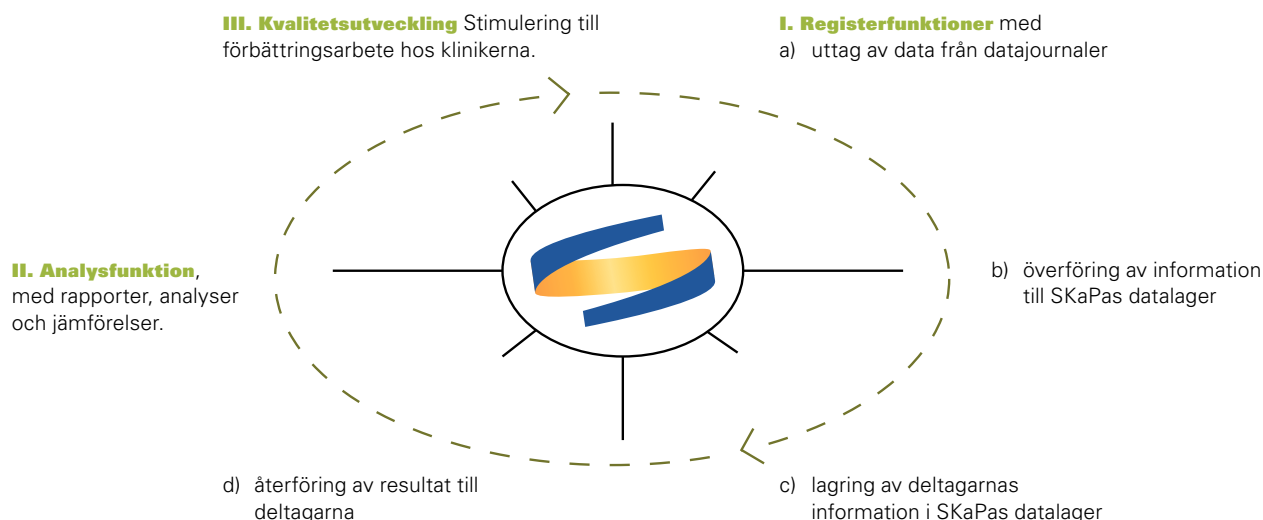
- Tillhandahålla demografisk information om besöksvanor i tandvården.
- Tillhandahålla deskriptiv epidemiologisk information.
- Utvärdera effekter av vårdprogram och insatt behandling.
- Ge underlag för uppföljning, till exempel av nationella riktlinjer.
- Ge incitament till noggrannare vårddokumentation.
- Arbeta för högre funktionalitet i tandvårdens journalsystem.
- Göra analyser av specifika frågeställningar.

Etik

SKaPas arbete vilar på följande värdegrund:

Deltagarorganisationerna ska uppleva att de har nytta av att delta i SKaPa vars arbete ska präglas av stringens, effektivitet, kreativitet, öppenhet, respekt och ödmjukhet. SKaPa ska präglas av lyhördhet för både patienternas och behandlarnas integritet. Detta ska balanseras mot den öppenhet som krävs för vårdutveckling baserad på jämförande data.

Beskrivning av SKaPas huvudprocesser



Hemsida och rapportportal

SKaPa har en hemsida (www.skapareg.se) med information om registret till både allmänhet och behandlare. Här finns årsrapporter och övriga resultat. Via hemsidan kommer deltagande organisationer fortlöpande ges åtkomst till SKaPas rapportportal. Här kommer deltagarorganisationerna att se sina uppgifter i ett antal fördefinierade, dynamiska rapporter. Rapporterna kommer att vara aggregerade på ett antal nivåer och ge möjlighet till jämförelse mellan organisationer och med SKaPas sammanlagda medelvärden för indikatorer och mätvärden.

II Rapporterna ger möjlighet till jämförelser

Stadgar, avtal och regelverk

SKaPas stadgar reglerar bland annat beslutsordning, forskningsfrågor och publicering av information. SKaPas samverkar med deltagarorganisationerna och med Registercentrum Syd (kompetenscentrum till stöd för utveckling av kvalitetsregister).

SKaPa följer gällande lagstiftning, såsom patientdatalagen (2008:355) som reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och inom kvalitetsregistrens verksamhet.

Patientinformation

Varje deltagande organisation ska i väntrummen ha en skylt som informerar om SKaPa. Skylten är standardiserad och beställs av deltagarorganisationen i samband med anslutningsmötet.

SKaPa tillhandahåller en patientinformationsbroschyr som ska finnas tillgänglig för patienter som vill ha ytterligare information utöver vad som

II SKaPa får information från organisationernas patientjournaler via filer enligt noggranna filspecifikationer

anges på väntrumsskylten. Av texten framgår vart patienter kan vända sig om de önskar att uppgifter om deras vård inte ska rapporteras till SKaPa eller om de vill ha uppgifter raderade. Patientbroschyren finns tillgänglig på ett antal språk. Varje deltagarorganisation bör även på annat sätt informera patienterna om hur de kan ta del av informationen. Det kan till exempel göras i kallelsebrev.

Om en patient väljer att avstå från att delta i SKaPa ska organisationen ha rutiner för att garantera att data inte levereras samt meddela SKaPa att redan överförda uppgifter i sådana fall ska raderas ur registret.

Det centrala personuppgiftsansvaret (CPUA) har Landstingsstyrelsen, Landstinget i Värmland. Personuppgiftsombud är Hans Ramstedt.

Huvudprocesserna i SKaPa

Kvalitetsregistret SKaPa innehåller följande huvudprocesser (se sidan 9):

I. Systemfunktioner för:

- Uttag av information från deltagarnas patientdatajournaler.
- Överföring av information från deltagarna till SKaPas datalager.
- Lagring av information från deltagarna i SKaPas datalager.
- Återföring via rapportportal.

II. Analyser, bearbetningar och rapporter.

III. Kvalitetsutveckling genom förbättringar i vården.

SKaPas strävar efter att stödja verksamhetsutveckling i deltagarorganisationerna och ordnar användarmöte/seminarier där resultaten diskuteras.

I. Systemfunktioner för informationsöverföring och återföring

När en deltagarorganisation ansluter sig till SKaPa görs en validering av de filer som organisationen levererar för att säkra datakvaliteten. Filerna valideras med avseende på filnamn, teckenkod mm. Därefter läses filerna in i en testmiljö för kontroll av att inläsningen fungerar och att uppgifterna lagras på rätt plats i datalagret. Slutligen görs en validering mot journalsystemet där SKaPa-data jämförs med vad som är registrerat i journalsystemet.

SKaPa får information från organisationernas patientjournaler via filer enligt noggranna filspecifikationer. Överföringen av information från journalerna till SKaPa är helt automatiserad och kräver ingen insats från behandlarna.

Den information som överförs till SKaPa är basdata i form av grunduppgifter om patienter, behandlare och organisationer. Därutöver lagras kontinuerligt information som genereras vid vårdtillfällen, till exempel statusuppgifter, riskbedömningar, diagnoser och vårdinsatser kopplade till åtgärds-koder. För tillståndskoder och åtgärds-koder används Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) koder.

II. Analyser, bearbetningar och rapporter

Databasens uppbyggnad medger tvärsnittsundersökningar och longitudinell uppföljning. De indikatorer som presenteras finns genererade per år identifierat på patient-, klinik- och organisationsnivå samt som medelvärde för alla anslutna organisationer.



III. Kvalitetsutveckling genom förbättringar i vården

Ett huvudsyfte med SKaPa är att utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat. Ett pilotprojekt för verksamhetsutveckling har fått särskilt stöd från SKL. SKaPa kommer att vidareutveckla stödfunktioner för att stimulera till ökad vårdutveckling med registerdata som grund.

Anslutningsprocess och anslutningsgrad

Anslutningen av en vårdorganisation till SKaPa följer en väl utvecklad process, initialt med ett formellt avtal och ett anslutningsmöte. På mötet medverkar personer med ledningsfunktion, verksamhetsutvecklare samt personer från IT-avdelning eller motsvarande från den anslutande deltagarorganisationen.

Under 2013/2014 har SKaPa anslutit folktandvårdsorganisationerna i Västernorrland, Gävleborg och Kalmar. Sedan tidigare är folktandvården i Västra Götaland, Västmanland, Jönköping, Skåne, Sörmland, Kronoberg, Örebro, Värmland, Blekinge, Uppsala, Västerbotten och Östergötland anslutna. SKaPa har avtal med Praktikertjänst för anslutning av privata mottagningar. Den första privata mottagningen anslöts under hösten 2012. Anslutning av privata vårdgivare är beroende av utveckling och anpassning av de journalsystem som används så att filer kan genereras och skickas till SKaPa. Enligt nuvarande plan kommer resterande folktandvårdsorganisationer med journalsystemet T4 att anslutas under 2015. Anslutning av Folktandvården i Halland och på Gotland är beroende av pågående utveckling i journalsystemet Opus.

Årsrapport för 2013

I föreliggande årsrapport har data levererats från journalsystemen T4, Effica och Carita. Från de tre systemen levereras data gällande vuxna patienter från 16 deltagarorganisationer.

Data från barn- och ungdomstandvården är i denna rapport redovisat endast i begränsad omfattning.

De rapporter som SKaPa har tagit fram har föreslagits av SKaPas sak-

SKaPa kommer att vidareutveckla stödfunktioner för att stimulera till ökad vårdutveckling med registerdata som grund

Uppgifterna i SKaPas grunddatabas bearbetas och sammanställs i nya databaser vilket förenklar uttag och analyser

kunniga och en referensgrupp inför utveckling av registret. Samverkan har även skett med Socialstyrelsen i framtagandet av indikatorer för uppföljning av Nationella Riktlinjer för tandvården.

Data- och informationskvalitet i registret

Gemensamt för alla tandvårdens journalsystem är att de har en grafisk bild av patienternas status. Denna grafiska bild representeras i de olika journalsystemens databaser av olika lösningar. Den i bilden synliga informationen kan uppvisa diskrepans i förhållande till det som är lagrat i journaldatabaserna. Det innebär en avsevärd utmaning för journalleverantörer att förena krav på användarvänlighet i bilden av patientens status i journalens grafik med en systematisk dokumentation av förändringar över tid och en korrekt lagring i journaldatabasen. Uppbyggnaden av journalsystemen är sådan att om det i samband med undersökning för fullständig behandling inte görs någon registrering i status första gången patienten undersöks förutsätts att alla tänder och ytor finns och är friska. Ett oförändrat status vid förnyad undersökning ger ingen ny lagring i databasen. En förbättring har i år genomförts i logiken vid bearbetning av data i SKaPa, för att ta hänsyn till detta. Ytor som ej fått någon sjukdomsregistrering då patienten undersökts för fullständig behandling förutsätts, med den nya logiken, vara friska eller lika sjuka som vid föregående undersökning. Konsekvensen blir i några av måtten i Årsrapport 2013 en något högre andel friska jämfört med tidigare årsrapporter. Förändringen är genomförd för alla åren som redovisas i Årsrapport 2013. Förändrat status vid ny undersökning resulterar däremot i ny lagring i databasen av förändringen.

SKaPas grunddatabas innehåller alla uppgifter som de olika deltagarorganisationerna har levererat.

Uppgifterna i SKaPas grunddatabas bearbetas och sammanställs i nya databaser vilket möjliggör och förenklar uttag och analyser och möjliggör löpande rapporter i form av fördefinierade indikatorer. I dessa databaser har varje patient ett på årsbasis (kalenderår) summerat status för varje yta. Det innebär att varje tand/tandyta får en uppgift om kariesstatus och parodontalt status för varje år.

Både uppbyggnaden av journalsystemens databaser och hur statusuppgifter överförs till SKaPa behöver utvecklas ytterligare. Jämförbarhet i levererade data från de olika journalsystemen är en grundförutsättning för SKaPa. En osäkerhet har visat sig när det gäller barn- och ungdomstandvården och utgör motivet till att vi i föreliggande årsrapport har fokuserat huvudsakligen på vuxentandvård. Ett utvecklingsarbete har inletts för att säkra den information som levereras till SKaPa. Exempel på förbättringar i journalsystemen kan vara:

- Utveckling av kontrollfunktioner som förhindrar inmatning av odontologiskt orimliga värden.
- Vidareutveckling av funktioner för inmatning/grafik/datalagring.

1.2 SKaPa som datakälla för forskning

SKaPa har, liksom andra kvalitetsregister, en stor potential att bidra med viktig information till olika forskningsprojekt. Registerforskning är än så länge ett relativt litet område inom odontologisk forskning men intresset för registerstudier ökar allt mer. Data från SKaPa kan användas för många olika studier för att öka kunskapen om både karies och parodontit samt utfallet av olika behandlingar av dessa sjukdomar. Både deskriptiva och analytiska epidemiologiska studier kan göras med hjälp av information från SKaPa till exempel för att beskriva och analysera orsaker till geografiska skillnader i munhälsa, munhälsan hos olika grupper i samhället samt utvecklingen av munhälsan över tid. Samkörning av data från andra register kan ge ny information om relationen mellan munsjukdomar och till exempel allmänsjukdomar med mera. I ett internationellt perspektiv erbjuder SKaPa tillgång till unik information vad gäller mängd av data och möjlighet till longitudinella uppföljningar.

Beslut om uttag av data från SKaPa för forskningsändamål fattas av SKaPas styrgrupp. För att bereda beslutsunderlag till SKaPas ledning har ett vetenskapligt råd bildats under 2014.

Rådets uppgifter är att:

- Vara rådgivande till registerhållaren och styrgruppen när det gäller frågor av principiell vetenskaplig art som ställs angående uttag av registerdata för forskning.
- Bedöma inkomna ansökningar angående uttag av registerdata som ska användas för forskningsändamål.
- Formulera ett beslutsunderlag till SKaPas styrgrupp.
- Ta fram rutiner för ansökningsförfaranden.

Rådets primära uppgift är inte att ge råd till enskilda externa forskningsprojekt.

Rådet sammanträder två gånger per år. Ansökningar om att få tillgång till data från SKaPa för forskningsändamål bör sändas till rådet senast tre veckor innan rådets sammanträde. Information om rådets sammanträden, guide/anvisningar för forskare och blanketter för ansökan kommer att finnas tillgängliga på SKaPas hemsida.

SKaPa välkomnar initiativ till forskning som använder de unika data som byggs upp i SKaPas databas.

I ett internationellt perspektiv erbjuder SKaPa tillgång till unik information

KAPITEL 2

Kvalitetsregister



2.1 Nationella kvalitetsregister är unika

TEXT: MATS LUNDSTRÖM

” Från 1990-talet och framåt har utvecklingen närmast exploderat

Kvalitetsregister som fenomen har funnits sedan 1970-talet. De första registren tillkom inom ortopedi (Knäprotesregistret, Höftprotesregistret) och syftade till att studera överlevnaden av implantat. Man ville samla in data på nationell nivå för att kartlägga hur revisionsfrekvensen var för olika typer av implantat. Vetenskapliga studier i samband med introduktionen av nya implantat är ofta tidsmässigt begränsade och enskilda patientjournaler fungerar som anteckningar för enskilda patienter men lämpar sig inte för att studera aggregerade resultat. Dessa första register blev snabbt framgångsrika med att sortera ut dåliga implantat som lett till ökad revisionsfrekvens, ibland efter flera års användning. Dessa tidiga kvalitetsregister var dock inte de första registren över sjukdomar internationellt. Registret över spetälska som startades i Bergen i Norge 1856 anses vara det första och den gamla sjukhusbyggnaden med registret står idag på UNESCOs ”Memory of the World” en parallell till världsarvslistan.

Under 1980-talet tillkom nya kvalitetsregister i Sverige och från 1990-talet och framåt har utvecklingen närmast exploderat. I mitten av 1990-talet fanns ett drygt trettio-tal nationella kvalitetsregister medan det idag finns över 100 och av vilka ett 25-tal inte är fullt etablerade utan försöker kvalificera sig till status av nationellt kvalitetsregister.

Finansiering

Sedan 1990 har nationella medel avsatts inom ramen för den så kallade Dagmaröverenskommelserna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för att stödja utveckling och drift av registren. Den nationella finansieringen

var till en början ganska blygsam men har vuxit allteftersom fler register bildats. En utredning om de nationella kvalitetsregistren beställd av Sveriges Kommuner och Landsting resulterade i rapporten "Guldgruvan i hälso- och sjukvården" 2010 och i denna rapport föreslogs en betydande ökning av finansieringen. För åren 2013–2016 är finansieringen 320 miljoner kronor årligen och staten svarar för 70 procent och landstingen för 30 procent.

Central ledning

Från början ansvarade Socialstyrelsen för de nationella kvalitetsregistren med visst stöd från dåvarande Landstingsförbundet. Sedan 2007 har Sveriges Kommuner och Landsting övertagit kanslifunktionen och ansvaret för registren. Det finns en årscykel gällande ansökan om medel och redovisning av resultat med verksamhetsberättelse och årsrapport. Denna årscykel följer det statliga budgetåret. Ansökan om medel bedöms av en expertgrupp och beslutas av en beslutsgrupp. Beslutsgruppen är sammansatt av representanter för stat och landsting liksom representanter för läkare- och sjuksköterskeorganisationer. De viktigaste bedömningsgrunderna är registrets relevans, design, kompetens hos de sökande och analys/återkoppling.

 Statistik-sammansättningen sker enbart på aggregerad nivå och redovisas dels klinikvis, dels per deltagarorganisation och nationellt

Typ av kvalitetsregister

De första registren var åtgärdsregister, men ganska snart tillkom också diagnosregister både för akuta tillstånd och kroniska tillstånd. På senare år har även tillkommit preventiv- och palliativregister. Fram till slutet av 1990-talet tillkom registren huvudsakligen inom sjukhusvård men på senare år har det utvecklats kvalitetsregister inom psykiatri, primärvården, äldreården och tandvården.

Registrens betydelse för kvalitetsförbättring

Kvalitetsregistren innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Statistiksammansättningen sker enbart på aggregerad nivå och redovisas dels klinikvis, dels nationellt. Registren är inte utformade för tillsynsarbete och används inte heller för detta ändamål. Klinikdata möjliggör för de enskilda klinikerna att göra jämförelser med riksgenomsnittet, diskutera och analysera internt, och vid behov vidta kvalitetsförbättrande åtgärder. Flera register har på senare år utnyttjat registret i vården av enskilda patienter. Detta har bidragit till att patienterna involverats mer i vården. Kvalitetsregistren anses idag viktiga för att förbättra vården. Det finns gott om exempel på hur kvalitetsregistren både bidragit till att rädda liv och förbättra livskvaliteten. Detta har särskilt beskrivits inom hjärtvården, bruk av ortopediska proteser, strokevården, barncancervården, ljumskbräcksoperationer och gråstarrskirurgi. Den förbättrade vården i Sverige tack vare kvalitetsregistren har uppmärksammats internationellt och liknande system har byggts upp i andra länder.

Forskning

Grundtanken med kvalitetsregistren från början var inte att bedriva forskning. Den stora mängden av data har emellertid visat sig vara en utmärkt källa vid olika typer av forskning. Denna typ av data gällande konsekutiva fall i rutinvården har visat sig vara ett utmärkt komplement till randomiserade kliniska prövningar. Att bedriva klinisk forskning baserat på kvalitetsregisterdata är nu inskrivet som ett av syftena med de svenska kvalitetsregistren. Från vissa register har utgått hundratals artiklar och man har ett flertal doktorander som är engagerade i att utvärdera registerdata.

2.2 Några tankar om kvalitet

TEXT: BJÖRN KLINGE

// Det finns
sällan
studier som
innehåller
patienter från
allmäntandvård

När man köper varor eller tjänster är man som köpare i regel intresserad av att köpa en vara som är av god kvalitet, eller att den köpta tjänsten håller en hög kvalitet. Priset kan ofta relateras till vad som uppfattas vara kvalitet. Vi är ofta beredda att betala ett högre pris för högre kvalitet. Vi är rätt många i min generation som släpat hem rätt billiga platta möbelpaket att monteras i studentlyan. Det var bara det att sista skruven saknades i förpackningen. Inte vid enstaka tillfälle, utan mer som regel än undantag. Och det var på den tiden inte alldeles enkelt att argumentera för att få tillgång till saknade delar. Frågan i dag är hur man i förväg kan förvissa sig om att det som levereras verkligen håller förväntad kvalitet. Och kanske är det inte bara köparen, utan också säljaren som är intresserad av kvalitetsfrågor. I möbelvaruhuset finns nuförtiden en mycket kundorienterad avdelning för reklamationer och en plocka-själv-så-många-skruvar-du-tycker-det-fattas-disk. Det är viktigt också för leverantören att känna till om det finns fel och brister så att kvalitén kan hållas på fortsatt hög nivå, eller kanske till och med ytterligare förbättras. Om det dessutom går att redovisa resultat av kvalitetsmätningar skapar det förtroende för verksamheten. Det blir förstås lite extra komplicerat när man är intresserad av att mäta och redovisa kvalitet inom tandvård eller sjukvård. Som patient förväntar man sig att det som levereras håller högsta kvalitet i utförandet. Begreppet "kvalitet" innehåller dock många dimensioner, långt utöver hållbarhet och leveranssäkerhet.

Av tradition – och i brist på bättre – frestas man tillägga, räknas och redovisas i tand- och sjukvården ofta enbart antal utförda åtgärder och ekonomi kopplat till dessa åtgärder. Uttryckt på ett annat sätt räknas och redovisas "pinnar och pengar". Sådana uppgifter räcker inte långt om man har ambitionen att redovisa vårdens kvalitet. Och kanske sträcker sig ambitionen dessutom ett steg längre: att skapa (!) underlag för ett systematiskt förbättringsarbete.

Under ett antal år har forskningen inom olika vårdgrenar, inklusive tandvården, intresserat sig för att redovisa olika kvalitetsparametrar som kan kopplas till utförda åtgärder. Ofta eftersträvas också att beskriva en mer komplicerad helhetsbild, som inrymmer begreppet livskvalitet. Det visar sig att den redovisade forskningen i sig ofta har stora brister. Genomförda studier innehåller alltför få patienter och har alltför kort uppföljningstid för att resultaten skall vara meningsfulla. Ett annat problem är att det sällan finns studier som innehåller patienter från allmäntandvård. Ofta är det behandlingar som utförts av superspecialister på specialistkliniker som redovisas och där resultaten inte kan överföras till mer allmän verksamhet. Det är också vanligt att uppgifter om tekniska och biologiska komplikationer helt saknas i redovisningen. Man har helt enkelt inte registrerat flera viktiga faktorer som är nödvändiga för att kunna bedöma begreppet kvalitet. Bara enstaka studier innehåller särskild redovisning av patientens egen uppfattning om den utförda vården.

Ett sätt att mäta och redovisa kvalitet kan vara genom kvalitetsregister. På hälso- och sjukvårdens område finns nu mängder med register. På tandvårdens område finns i dagsläget två nationella kvalitetsregister: SKaPa



och NQRDI (Nationellt QvalitetsRegister för Dentala Implantat). På sikt kan vi genom dessa register få världsunika möjligheter att mäta och redovisa kvalitet. De brister som finns i många forskningsrapporter: för få patienter och alltför kort uppföljningstid, kan elimineras om dessa register får möjlighet att utvecklas på avsett sätt. I andra sammanhang har det talats om kvalitetsregister som en "guldgruva". Hanterat på rätt sätt kan tandvårdens kvalitetsregister bli sådana guldgruvor till fromma för patienter, vårdgivare, vårdutveckling och forskning. Vi är inte riktigt där ännu, men på väg. Medverkan vid insamlande av data måste bli så heltäckande som möjligt för att den redovisade bilden skall kunna bli så god som möjligt. Uttrycket "garbage in – garbage out" (om man samlar in skräpdata blir redovisningen också bara skräpdata) är förstås högst relevant. Det är viktigt att rätt information samlas in, att insamlade data håller hög kvalitet och att de sedan analyseras på rätt sätt.

Det finns en strävan att insatserna för extra administration vid kvalitetsuppföljning skall minimeras. Ett sätt – som tillämpas inom SKaPa – är att data inhämtas automatiskt. Det kräver i princip ingen extra insats av behandlare. Insamlingen av data till implantatregistret NQRDI sker ännu manuellt, men målet är att registreringen skall klaras inom två minuter. Det är en tidsrymd som involverade kliniker ansett vara högst rimlig i förhållande till det mervärde en sådan registrering kan tillföra också för uppföljning av den egna verksamheten och möjligheten till jämförelser på regional och nationell nivå.

 Världsunika
möjligheter
att mäta och
redovisa kvalitet

|| Låt oss ta
vara på
möjligheten att
kunna ge svar
på vad som är
bästa kvalitet och
att ytterligare
kunna utveckla
kvaliteten i vår
verksamhet

En bakomliggande politisk ambition med kvalitetsregister är att insamlade data skall användas för öppen redovisning av uppnådda resultat. Här finns ibland en professionell skepticism till att bli "uthängd" med sina redovisade kvalitetsbrister. Det kan förstås vara extra känsligt på en liten ort, med enstaka yrkesutövare. Det kan finnas goda skäl till att en viss klinik eller viss behandlare har avvikande resultat. Det kanske är en klinik som på remiss bara tar hand om "hopplösa fall", där andra redan tidigare har misslyckats och där vi vet att lyckandefrekvensen kommer att vara avsevärt lägre. Inom sjukvården verkar man ha lyckats med öppen redovisning på ett rimligt sätt. Det är högst troligt att också tandvården kommer att kunna hantera detta på ett omdömesgillt sätt, men det är viktigt att lyhört ta vara på alla kloka synpunkter.

Mycket tyder på att kvalitetsregister kan bidra till att utveckla kvaliteten i verksamheten, både vad avser material och åtgärder. Ibland använder vi "världsunik" lite för ofta och lättvindigt, men här känns begreppet rättfärdigat. Vi har faktiskt på riktigt nu en världsunik möjlighet, att genom personbundna data följa kvalitet på utförda åtgärder (eller utveckling där åtgärder inte har utförts). I nuläget finns inte motsvarande möjligheter på individ- och befolkningsnivå någon annanstans i världen. Låt oss ta vara på den möjligheten, för att kunna ge svar på vad som är bästa kvalitet och för att ytterligare kunna utveckla kvaliteten i vår verksamhet.

Kanske blir det patienten som kommer att driva på utvecklingen av kvalitetsregister, när de ställer frågan om kliniken system för kvalitetsuppföljning och kvalitetsutveckling. Kanske patienten i framtiden upplever sig ha rätt att kräva tillgång till kvalitetsredovisning. Att kunna redovisa den egna kliniken kvalitetsresultat i regional och nationell jämförelse kan mycket väl komma att bli en viktig framgångsfaktor för verksamheten.

Vårdutveckling

3.1 Praktiskt förbättringsarbete, förbättringskunskap och förbättringsvetenskap

TEXT: PETER KAMMERLIND

Under tjugio års tid har jag haft kvalitet som röd tråd genom min studietid och mitt yrkesliv. Under mitt första år på civilingenjörsutbildningen Industriell ekonomi stötte jag på begreppet kvalitet och blev väldigt nyfiken. Därefter har jag på olika sätt haft förmånen att inom akademi och praktik få arbeta med och utveckla verksamheters kvalitet och strukturer för förbättringsarbete.

Under de senaste tio åren har kvalitet blivit ett begrepp på agendan även för offentliga verksamheter. I detta kapitel ges en kort tillbakablick på förbättringsarbetets utveckling, en teoretisk referensram och en praktisk modell, användbar för förbättringsarbete, som vi använt i ett pilotprojekt i vardagens tandvård.

Rubriken beskriver på ett kortfattat sätt utvecklingen inom det vetenskapliga område som idag benämns förbättringsvetenskap. Från femtiotalet och framåt har framgångsrika företag arbetat med att systematiskt utveckla verksamhetens kvalitet. I början var det framförallt produkter i fokus och en förebild är det japanska undret. Strategier och arbetssätt har utvecklats och spridits över världen, från början användbara för vinstdrivande verksamheter till att idag vara intressanta även för offentliga verksamheter. En utmaning har varit att det är företagen, praktikerna, som utvecklat området och de har varit framgångsrika i enskilda exempel men det har varit svårt för andra att lyckas. Akademin har med tiden intresserat sig för sammanhanget och bidragit genom att bygga kunskap och användbara teoretiska modeller. Total Quality Management, Lean, kvalitetssäkring är exempel på strategier som använts. Se Bergman och Klefsjö (2007)¹ samt Nordström & Wilde-Larsson (2012)².

Bergman och Klefsjö (2007) använder den så kallade hörnstensmodellen för svenska förhållanden som beskriver viktiga principer i en verksamhet som arbetar med offensiv kvalitetsutveckling. För det konkreta förbättringsarbetet i vardagen är följande principer extra viktiga:

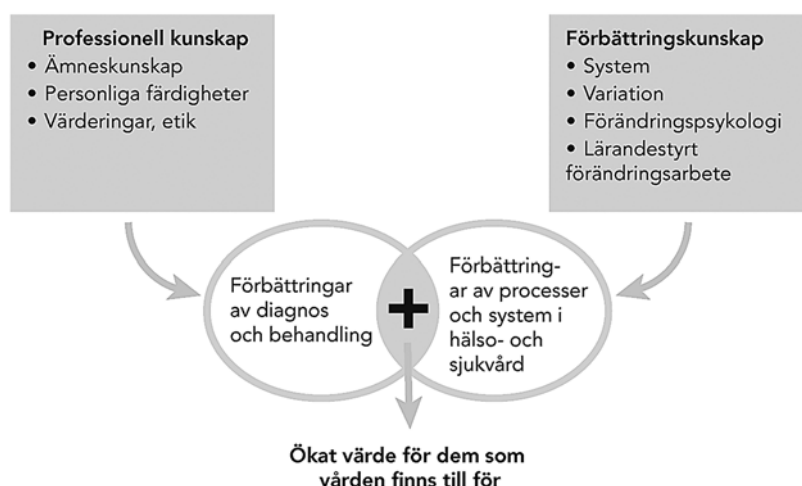
- Kunden i centrum.
- Arbeta med ständiga förbättringar.
- Allas delaktighet.

Dessa principer är grundade på en teoretisk grund som beskrivs på ett utmärkt sätt av Batalden och Stolz (1998)³, se bild överst på nästa sida.

För att få till ständiga förbättringar med kunden i centrum, där alla är delaktiga, behöver den professionella kunskapen och förbättringskunskapen integreras i lämpliga arbetssätt.

|| För att få till ständiga förbättringar där alla är delaktiga, behöver den professionella kunskapen och förbättringskunskapen integreras i lämpliga arbetssätt

Batalden och Stolz,
Professionell kunskap
och förbättrings-
kunskap.



Modellen
innehåller
tre delar: mål,
mätning och
förbättringsidéer

Den professionella kunskapen innehåller ämneskunskap, personliga färdigheter, värderingar samt etik. Begreppet förbättringskunskap är inspirerat av Deming (1994)⁴ och beskriver vad vi behöver ta hänsyn till i det sammanhang vi är verksamma för att få till systematiskt förbättringsarbete:

- Systemtänkande, att förstå hur vår funktion och vårt arbetsätt passar in i helheten utifrån kundens behov.
- Förståelse för variation, inte enbart reduktion och förenkling av den komplexa vardagen utan en möjlighet att lära och förstå utifrån vårt resultat (starkt fokus på mätning över tid).
- Förändringspsykologi, att förstå hur individer och organisationer reagerar och hanterar förändringar är centrala för att få till förbättringar.
- Kunskapsbildning (ibland benämnt lärandestyrt förändringsarbete), förstå hur kunskap bestämmer vad vi kan tolka och hur ny kunskap bildas.

Ovanstående principer och ämnesområden i förbättringskunskapen behöver omsättas till modeller och verktyg för att man praktiskt ska kunna arbeta med förbättringar i vardagen⁵. En mycket användbar modell i detta sammanhang är följande förbättringsmodell beskriven av Langley et al (2009)⁶, ibland benämnd Nolans förbättringsmodell, se bild nästa sida.

Modellens tre grundläggande frågor är utgångspunkten för förbättringsarbete och innehåller dessa tre delar: Mål, mätning och förbättringsidéer. Genom att använda ett strukturerat arbetssätt för att testa förbättringsidéer, den så kallade PDSA cykeln (Plan-Do-Study-Act), ges möjligheter att omsätta principerna och förbättringskunskapen i praktiken och skapa ett lärande i verksamheten. Alla ska bidra med förbättringsidéer, genom att mäta och följa upp hanteras variationen som finns och med tydliga mål underlättas acceptans för förändringar. För att få till ett lärande över tid

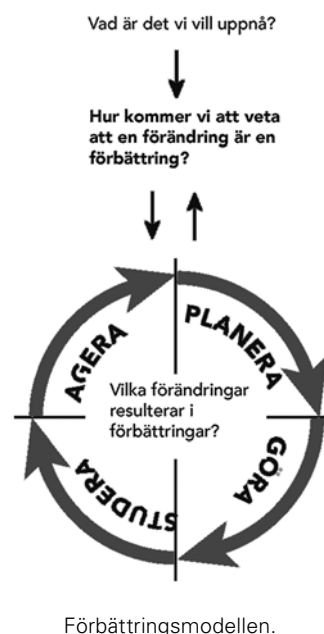
är dokumentationen av förbättringsarbete viktig och utifrån ovanstående förbättringsmodell behövs bra verktyg och mallar. Inom ramen för vårt pilotprojekt i SKaPa har vi använt oss av A3 sammanfattning, Fiskbensdiagram och PDSA-hjul (ibland benämnt PGSA på svenska).

A3 är en sammanfattningsblankett som kan skrivas ut på pappersstorlek A3 och som används inom förbättringsmetoden lean. A3:ans delar är hämtade från förbättringsmodellen (se bilden här intill) och består av målet med projektet, problembeskrivning, idéer som testas, mätmetod, och analys av genomförda tester.

För att fördjupa problembeskrivningen används fiskbensdiagrammet. Fiskbensdiagram används främst för att finna orsakerna till ett problem och problemets troliga grundläggande orsaker.

PGSA-hjulet är ett bra hjälpmedel för att på ett strukturerat sätt testa olika förbättringsidéer på arbetsplatser. Testet består av fyra faser: planera (P), göra/pröva (G), studera/ analysera (S) och agera/lära (A). Varje förändring som vi hoppas ska leda till en förbättring testas med hjälp av PGSA-hjulet.

Efter avslutat förbättringsarbete är A3:an med tillhörande fiskbensdiagram och PGSA-hjul tänkt att vara den dokumentation som krävs för att beskriva vad som gjorts och som kan användas som underlag för att sprida idéer till andra verksamheter.



Referenser

1. Bergman, B. & Klefsjö, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur.
2. Nordström, G. & Wilde-Larsson, B. (2012). *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
3. Batalden P.B. & Stoltz, P. (1993) *A Framework for the continual Improvement of Health Care*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 19(10): 424-425, October 1993.
4. Deming, W. E. (1994). *The New Economics for Industry, Government, and Education*. Boston, Ma: MIT Press.
5. www.forbattringskunskap.se (alternativt <http://plus.lj.se/forbattringskunskap>) innehåller mer information kring ämnesområdet inklusive litteratur, länkar och förbättringsverktyg.
6. Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L. & Provost, L. P. (2009). *The Improvement Guide*. San Francisco: Jossey-Bass.



3.2 Systematiskt förbättringsarbete utifrån registerdata i SKaPa

Denna sammanfattning bygger bland annat på projektrapporten *Vårdutveckling inom tandvården med hjälp av registerdata*. Rapporten i sin helhet kan hämtas från SKaPas hemsida (www.skapareg.se).

SKaPa beviljades för år 2013 särskilda medel från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för projektet "Modell för systematiskt förbättringsarbete utifrån registerdata i SKaPa". Projektet har bedrivits i samverkan mellan SKaPa och Kulturum i Landstinget i Jönköpings län och åtta tandvårdskliniker i Folk-tandvården Värmland, Jönköping och Östergötland. De åtta klinikerna har arbetat med avgränsade projekt för att med hjälp av information från SKaPa analysera någon del av verksamheten i ett förbättringsarbete. Projektledningen bestod av verksamhetsanalytiker Ingela Kierkegaard Thudin och övertandläkare Inger von Bültzingslöwen från SKaPa, från Kulturum i Jönköping utvecklingsledarna Peter Kammerlind, Eva Werner och Anna Trinks samt från folktandvårdsorganisationerna tandläkarna Sven Ordell från Östergötland, Per Hjalmarsson från Värmland och Agneta Vinge från Jönköpings län. De tre sistnämnda fungerade också som samordnare i sina respektive landsting. Projektet har varit värdefullt för att synliggöra och pröva SKaPa kvalitetsregisters användbarhet för kvalitetsutvecklingsarbete på klinisk nivå och skapat tid för vårdutveckling på de berörda klinikerna. En arbetsmodell för systematiskt förbättringsarbete har utvecklats inom projektets ram, vilken kan komma till nytta inom andra områden (se avsnittet Praktiskt förbättringsarbete, förbättringskunskap och förbättringsvetenskap).

I texten som följer exemplifieras arbete på klinikerna.

Resultat i förbättrad hälsa med hjälp av data från SKaPa

Bättre omhändertagande av patienter med parodontit

FOLKTANDVÅRDEN NORRAHAMMAR

Vad ska räknas som tandlossning? Hur kan vi följa upp följsamhet till nytt vårdprogram och resultat i förbättrad hälsa?

Folktandvården Norrahammar i Jönköping valde att kvalitetssäkra hur de undersöker förekomsten av parodontit hos vuxna individer. Man ville också skapa ett vårdprogram för behandling av parodontit och utvärdera följsamhet till vårdprogrammet och resultat i förbättrad hälsa med hjälp av data från SKaPa. Upplägget av projektet diskuterades inledningsvis med en specialist i parodontologi. Den initiala översynen ledde till att gamla slitna sonder kasserades och nya köptes in, alla med samma gradering. Dessutom fick alla behandlare göra kalibreringsövningar för att säkerställa att de utövar samma tryck vid fickdjupsmätning. Nästa steg blir att skapa ett vårdprogram för patienter med parodontit. Tanken är att även andra kliniker i landstinget ska kunna dra nytta av klinikens erfarenheter och arbete. Fortsatt utvecklingsarbete och långsiktig utvärdering kommer att ske. Projektet kommer att fortsätta och man räknar med att kunna få fram jämförande data under 2014.

II Mer tid för patienterna i den särskilda parodkön

Hur tar vi hand om våra patienter med parodontit?

FOLKTANDVÅRDEN LILLA TORGET

Folktandvården Lilla Torget i Linköping har ett vårdprogram för patienter med tandlossning men har inte hunnit med patienterna i rimlig takt. Kötiden har varit åtta till tolv månader.

Kliniken har en speciell kallelsekö för att patienter med parodontit ska få träffa en tandhygienist, enligt gällande vårdprogram. Tyvärr hade man förseningar med upp till tolv månader. Att vara med i projektet gjorde det möjligt att ta reda på hur patienternas hälsa såg ut, vilka åtgärder som registrerats hos denna patientgrupp och vilka eventuella justeringar man kan göra av vårdprogrammet.

Lilla Torget valde att jämföra sig med en annan klinik inom landstinget som inte hade köer och har haft en stabil personalsituation under lång tid. Genom SKaPa kunde man jämföra grupper av patienter med parodontal risk 0–3 och koppla samman dessa uppgifter med åtgärder och antal patientbesök vid kliniken. Jämförelsen visade att det inte var någon större skillnad mellan klinikerna när det gällde andel sjuka och genomsnittligt antal profylaxbesök per åldersgrupp. Intressant var också att antalet besök, där åtgärder mot parodontal sjukdom hade registrerats, var ungefär lika många i den friska gruppen som i den sjuka när man relaterade till registrerad risk.

För att komma till rätta med köerna gavs patienterna i parodkön tid innan andra patienter bokades in. Dessutom gjorde tandläkarna, på en del andra patienter, något mer av det som normalt sett är tandhygienisternas uppgifter, för att tandhygienisterna därigenom skulle få mer tid för patienterna i den särskilda parodkön. Trots att projekttiden var kort började kliniken snabbt komma i fas med köerna. Slutsatserna för Lilla Torget blev att de ska se över vilken behandling patienter i olika riskgrupper får för att använda resurserna på rätt sätt. Riskbedömningen är redan förändrad och patientgruppen har prioriterats.

Säkrare riskbedömning för barn tre till sex år

FOLKTAND VÅRDEN MOTALA

Kliniken i Motala ville få fram säkrare riskbedömningar för barnen i förskoleåldern.

Vid kliniken i Motala hade man haft på känn att alltför många sexåringar hinner utveckla karies under förskoleåren. Genom säkrare riskbedömning ville man identifiera de barn som utvecklar kariesskador eller riskerar att utveckla karies samt ge varje barn ett profylaktiskt omhändertagande som resulterar i att riskbeteenden bryts. Motalakliniken analyserade i projektet 30 journaler för sexåringar (var tionde journal från kallelselistan). Från SKaPa fick man fram medeltal antal tänder med karies eller lagning i mjölkttandsbettet och permanenta bettet. Tjugo procent hade utvecklat karies vid sex års ålder (sex barn av 30). Av dessa sex barn hade fem barn en lägre riskklass vid tre års ålder än vid sex års ålder. Vidare fann man att av de 30 barnen hade 43 procent bedömts ha samma risk vid sex som vid tre års ålder. Trettio procent hade en lägre riskklass vid sex år än vid tre års ålder medan 27 procent hade en högre risk för karies än man hade bedömt när de var tre år.

Som ett led i vårdutvecklingsprojektet rekapitulerade man riskgrupper-

ringsprinciperna och genomförde kalibreringsövningar i riskbedömningen och terapiplanering med kallelseintervall relaterat till riskbedömning. Rätt riskbedömning beräknas leda till större överensstämmelse mellan undersökning och stödinsats. Kliniken har med SKaPas hjälp kunnat jämföra antalet dft/DFT vid sex års ålder med barnets riskklass vid sex års ålder respektive tre års ålder. Önskemålet för framtiden är att vårdorganisationens riskgrupperingar ska registreras så att det går att få ut dessa data från SKaPa. Utvärderingen visade att det varit positivt att det genom projektet skapades ett incitament att analysera riskgruppen samt att personalen fick möjlighet att ifrågasätta sitt arbetssätt. Dessutom har engagemanget ökat för barn- och ungdomstandvården.

Tandhälsan hos unga vuxna

FOLKTANDVÅRDEN SMÅLANDSSTENAR

Kliniken ville behålla och förbättra tandhälsan hos unga vuxna genom att skapa speciella rutiner för sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder.

Vid fyllda tjugio år, då man själv ska betala för tandvården, är risken stor att besöken till tandvården prioriteras bort. Kliniken bestämde sig för att erbjuda extra profylax till dem som är mellan 20 och 23 år, och som har karies i olika stadier. Kliniken har utformat ett program för sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder mot karies, särskilt för de unga vuxna. De som har någon form av karies eller kariesprogression enligt särskilt definierade kriterier (manifest kariesskada och/eller -progression) erbjöds ett besök hos tandsköterska som avsatte 30 minuter varje gång för profylax och genomgång av egenvårdsprogram. Den förändringen, att tandsköterskan som regel tog hand om kariesprofylaxen hos de unga vuxna, kommer kliniken att hålla fast vid om det är möjligt.

Åldersspannet var för litet för att kunna dra slutsatser. Om man haft siffror på ett tidigt stadium att utgå från hade man valt ett större åldersspann, till exempel 20–29 år. Klinikens arbete försvårades av att överföringen av data mellan hela Folktandvården Jönköping och SKaPa blev fördröjt av IT-tekniska skäl. Långsiktigt hoppas kliniken att projektet ska leda till bättre tandhälsa hos unga vuxna.

Vad händer med våra successiva exkaveringar?

FOLKTANDVÅRDEN FILIPSTAD

Vad händer när man vid omfattande kariesangrepp avlägsnat det mesta av karies och sedan gör en långtidstemporär fyllning, så kallad successiv exkavering, för att undvika rotbehandling? Hur vanligt är det med efterföljande pulpakomplikation?

Folktandvården Filipstad använde sig av tre olika vägar för att samla in statistik för sin utvärdering. Från SKaPa fick man uppgifter om fall där man under tiden 1 juli 2008 (då den nya tandvårdsförsäkringen infördes) t.o.m. 31 december 2012, registrerat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) åtgärd 302 i kombination med provisorisk fyllning och efter 1 januari 2013 registrerat åtgärd 322 som infördes som en separat kod för just stegvis exkavering. Dessutom noterade man på kliniken under projektiden alla fall där det framgick av patientjournalen att successiv exkavering gjorts.

|| Positivt att det genom projektet skapades ett incitament att analysera och ifrågasätta sitt arbetssätt

II På längre
sikt vill
kliniken följa upp
om tandhälsan i
mjölktaandsbettet
förbättras i
åldersgruppen

Kliniken följde med hjälp av SKaPa upp antal fall med åtgärder som tydde på pulpakomplikationer, tänder som blivit föremål för kirurgiska åtgärder (400-koder enligt TLV) eller rotbehandlingsåtgärder (500-koder enligt TLV). I Filipstad, liksom på länsnivå, visade det sig att mindre än 5 procent av de successiva exkaveringarna ledde till pulpakomplikationer enligt detta sätt att utvärdera. Det var färre komplikationer än vad kliniken räknat med. Det ska påpekas att uppföljningstiden var begränsad och det är möjligt att på sikt fler patienter får komplikationer. Åtgärden successiv exkavering har också stöd i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kariesbehandling.

Varför har klinikens barn i sjuårsåldern mer karies i mjölktaandsbettet jämfört med en del andra?

FOLKTANDVÅRDEN DRUVAN

Många av klinikens barn och ungdomar har lägre förekomst av karies än genomsnittet i länet och jämfört med många andra län. Detta visar siffror från SKaPa. Men i åldersspannet sju–elva år har klinikens barn enligt uppgifter från SKaPa mer karies i mjölkttänderna än genomsnittligt. Detta ville man analysera vidare.

I upptagningsområdet bor många utlandsfödda som har kommit ganska sent till Sverige och som har en annan tandvårdskultur. Inflyttningen är stor, liksom utflyttningen. Det är inte säkert att de sjuåringar som har mycket karies bodde i området fyra år tidigare när de var tre. Det är därmed svårt att säga något om hur individens tandhälsa utvecklats. Tanken var att retrospektivt ta fram revisionsintervallens längd (tiden mellan två undersökningar) för barn som var sex år 2012. När undersöktes barnen och hur långa var intervallen mellan undersökningar vid tre, fyra, fem och sex års ålder? Man ville också aktualisera kallelseprogram på kliniken.

Barnen kallas vid fyra och fem års ålder ofta till en tandsköterska. Då registreras en tandhälsokontroll vilket inte genererar någon åtgärds kod enligt TLV:s kodsystém. I SKaPa kan man ännu bara följa undersökningar hos tandläkare eller tandhygienist (TLV åtgärds kod 101 och 102), inte tandhälsokontroller. Kliniken kunde därför inte få fram heltäckande data för hela åldersgruppen när man ville inkludera både undersökningar och tandhälsokontroller.

Genomgång av rutiner för kallelser och tandhälsokontroller gjordes vid klinikens planeringsdagar. Prospektivt vill man på kliniken följa upp de barn i åldrarna fyra, fem och sex år som undersöks i oktober 2013 och se hur kallelseprogrammet följs. På längre sikt vill kliniken följa upp om tandhälsan i mjölktaandsbettet förbättras i åldersgruppen. Uppföljning planeras efter tre år för att se effekt av åtgärderna.

Materialet från SKaPa gav således inte möjlighet att bedöma revisionsintervallens längd om man inkluderar tandhälsokontroller utförda av tandsköterska. Landstingsegna åtgärds koder för tandhälsokontroller får tills vidare följas via journalsystemets databas. Möjlighet att följa tandhälsokontroller är ett utvecklingsområde i SKaPa och baserar sig på att man kommer överens om en nationell kod för detta eller att ett mappningssystem i SKaPa byggs upp.

Minska kariesincidensen i åldersgruppen 40–59 år

FOLKTANDVÅRDEN SYSSLEBÄCK

Kan man genom olika insatser förbättra tandhälsan hos den vuxna befolkningen i kommunen?

Sysslebäck är en typisk glesbygdskommun med krympande och åldrande befolkning. Personalen vid kliniken i Sysslebäck ville granska vården av patienter i åldrarna 40–59 år. Målsättningen var att minska förekomsten av karies. Detta ville man uppnå genom att öka antalet motiverande samtal, minska återbuden och öka fluorförsäljningen i den aktuella gruppen och att få fler att teckna frisktandvårdsavtal.

Många kariesaktiva patienter har en ohälsosam livsstil. Data från SKaPa tydde på att en hel del patienter med karies fick få eller inga åtgärder som kunde kopplas till kariesprevention. Kliniken använde dessa data som grund för att genom journalgranskning få en uppfattning om varför patienterna inte hade fått rekommenderad klinikbunden kariesprevention. På det sättet kontrollerades cirka tio procent av journalerna i åldersgruppen. Journalgranskningen visade att man i en del fall dock gett klinikbunden kariesprevention, men i samband med annan vård så det inte syntes i åtgärdsstatistiken. En hel del patienter hade ringt återbud sent. Man följde under projektet med pinnstatistik också upp antal fluorrecept, försäljning av fluorlösning och inköpen av fluorpreparatet till kliniken de senaste månaderna vilket dock visade sig svårgenomförbart av praktiska skäl.

I utvärderingen angav klinikens personal att de tycker att projektet har varit bra – att få en anledning att sätta av tid till tankearbete för vårdutvärdering och inte låta tiden gå. Det har också varit bra att alla på kliniken varit engagerade. Projektdeltagarna ansåg att utdata från SKaPa hade gett en unik möjlighet att utvärdera vården. Uppföljningen behöver fortsätta längre än de månader projektet har hållit på.

|| Bra att få en anledning att sätta av tid till tankearbete för vårdutvärdering

Mer kariesprofylax för patienter 60 +

FOLKTANDVÅRDEN SKOGHALL

Äldre Skoghallabor har mer karies än många andra personer. Kliniken ville minska kariesförekomsten genom att se till att de äldre får mer förebyggande vård.

Information från SKaPa visar att värmländska barn har dokumenterat god tandhälsa. Däremot har äldre värmlänningar enligt SKaPa genomsnittligt mer karies och lagningar än i en del andra län. Det kan finnas många skäl till att äldre personer överlag får mer karies. De har som grupp fler riskfaktorer än yngre. De som jobbar i tandvården kan å sin sida underskatta risken för karies hos äldre, inte lägga tillräcklig vikt vid att informera om betydelsen av goda munhygienvanor eller ge en alltför allmän information, när rådgivningen istället bör vara utformad för varje individs behov. Personalen vid kliniken upplevde att man för vuxna patienter i hög grad hade lagt över ansvaret för förebyggande insatser på patienterna själva när preparat med hög fluorhalt blev receptfria. Frågan blev om man kunde stötta patienterna mer.

Kliniken valde att mäta hur ofta man utförde sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder mot karies på den äldre åldersgruppen patienter. Man valde att mäta icke-operativ behandling av kariessjukdom,

II Frågan blev
om man
kunde stötta
patienterna mer

åtgärds kod 321 enligt TLV. Antalet av åtgärd 321 kopplades till antalet patienter som fått karies diagnostiserad. Av siffror från SkaPa såg man att endast 14 procent av den aktuella åldersgruppen hade fått åtgärd 321 under en fyramånadersperiod 2011. Motsvarande period 2012 var siffran 24 procent. För 2013 satte kliniken upp målet att erbjuda klinikbunden profylax till 30 procent för samma tidsperiod.

Projektet involverade all personal på kliniken. Projektets mål uppnåddes med marginal. Hela 35 procent av dem över 60 år fick kariesprofylax. Diskussionerna vid uppföljningen indikerar att många inte alltid debiterar för sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder lika ofta som vid rehabiliterande och reparativa åtgärder. Därmed redovisas heller inte alla sådana åtgärder i statistiken. Många gånger får patienterna också flera förebyggande åtgärder vid samma besök. Kliniken kommer att fortsätta mäta åtgärd 321, en gång vid årsskiftet och ytterligare två gånger under 2014, för att kontrollera att de nya rutinerna med mer klinikbunden profylax följs. För utvärderingen av om antalet kariesangrepp minskar hos de äldre krävs längre uppföljningstid.

KAPITEL 4

Patientrapporterade utfallsmått



Patienten värderar tandvårdens resultat

För att få en helhetsbild av resultatet av tandvårdens insatser till den enskilda individen krävs patienternas bedömning såväl som vårdpersonalens. Bedömningar behöver även kunna kopplas till de specifika åtgärder som genomförts och utgör viktiga underlag för förbättringar av vårdens processer och resultat. Ett angeläget utvecklingsområde för SKaPa är därför att hitta metoder för att mäta hur patienterna upplever sin hälsa och sin sjukdom efter en viss behandling, så kallat "Patient Reported Outcome Measures" (PROM) eller "patientrapporterade utfallsmått".

En referensgrupp inom SKaPa har sedan hösten 2012 arbetat med att utveckla ett PROM-formulär för att mäta resultatet av tandvårdens behandling av karies och parodontit. Syftet med arbetet är att identifiera vad tandvården med hjälp av SKaPa ska fånga när det gäller PROM, på vilket sätt det kan ske, vilka behandlingsåtgärder som är prioriterade att utvärdera, vilka frågor som kan användas och hur urvalet av patienter till PROM-undersökningarna ska göras. Våren 2013 utvärderades formuläret i två steg. I steg ett undersöktes om ett antal försökspersoner ansåg att frågorna var relevanta och begripliga. Detta genomfördes dels med hjälp av 50 tandläkarstuderande, dels med ett tiotal patienter vardera i allmäntandvård respektive specialisttandvård. I steg två genomfördes en pilotundersökning i Folk tandvården i Värmland. Frågeformuläret distribuerades med post till ett slumpmässigt urval av 300 patienter som under 2012 behandlats för karies i allmäntandvården samt till samtliga 33 patienter som färdigbehandlats med remissvar vid specialistkliniken för parodontologi under de fem första

// Patienternas bedömning utgör viktigt underlag för förbättringar av vårdens processer och resultat

II Den upplevda munhälsan mättes med två globala munhälsofrågor, den första frågan rörde patientens nöjdhet med sin mun och sina tänder och den andra patientens bedömning/beskrivning av sin egen munhälsa

månaderna år 2013. Svarsfrekvensen var 54 procent i gruppen som gått hos allmäntandvården och 91 procent i gruppen som genomgått behandling hos specialisttandvården.

Frågor om patientupplevelser före och efter behandlingen ingick. Tre frågor inkluderades om delaktighet, kunskaper och om att hålla sig frisk i framtiden.

Under våren 2014 har nästa steg i utvärderingsprocessen tagits. Efter att frågeformuläret begränsats till en sida samtidigt som dess layout förbättrats (se sista sidan i Årsrapporten) har enkäten sänts ut till totalt 1 800 mottagare. Av praktiska skäl har urvalet begränsats till Värmland och patienter som besökt Folktandvården. Utskicket representerade patienter med karies, med parodontit och, ur karies- och parodaspekt, friska patienter.

Syftet med enkäten 2014 har varit att undersöka hur de olika grupperna svarar, om någon fråga får stort bortfall i svar samt svarsprocent för de olika grupperna, det senare av speciellt intresse då det ger ett beslutsunderlag för SKaPas fortsatta val av strategier när det gäller att utvärdera patientmätt genom enkäter.

Materialet delades upp i fyra grupper:

1. Friska: inga tänder med fickor >5 mm och inga ytor med karies på D₃-nivå eller Dsek (sekundärkaries), n=636,
2. Enbart karies: en eller fler ytor med D₃ eller Dsek men inga tänder med fickor >5 mm, n=814,
3. Enbart parodontit: en eller fler tänder med fickor >5 mm men ingen yta med D₃ eller Dsek, n=108,
4. Både karies och parodontit: en eller fler tänder med fickor >5 mm och minst en yta med D₃ eller Dsek, n=242)

Resultat

Bortfall. En stor skillnad i svarsprocent fanns mellan yngre och äldre grupper (figur 29, sidan 85). Det förelåg däremot ingen stor skillnad i svarsfrekvens mellan de olika sjukdomsgrupperna (figur 30, sidan 85). Det interna bortfallet på frågenivå var högst 5 procent.

Upplevd hälsa (fråga 1 och 2). Den upplevda munhälsan mättes med två globala munhälsofrågor, den första frågan rörde patientens nöjdhet med sin mun och sina tänder och den andra patientens bedömning/beskrivning av sin egen munhälsa. Dessa frågor samvarierade med varandra och uppvisade hög korrelation. Båda frågorna uppvisade lägst andel positiva svar i den kombinerade karies- och parodontitgruppen medan den, ur karies- och parodaspekt, friska gruppen hade de mest positiva svaren (figur 31, 32 sidan 86).

Andelen nöjda eller mycket nöjda uppvisade marginella könsskillnader. Åldersgruppen 20–39 år var mer nöjd med sin mun och sina tänder i förhållande till övriga åldersgrupper.

Kvinnor beskrev sin munhälsa i 70 procent av fallen som bra eller mycket bra jämfört med 61 procent av männen, trots att båda grupperna var lika nöjda med sina tänder. En större andel av åldersgruppen 20–39 år bedömde sin munhälsa som bra eller mycket bra jämfört med övriga åldersgrupper.

Upplevda problem med karies (fråga 3) och parodontit (fråga 4). Fråga om patienten upplevde sig ha problem med karies besvarades jakande av fler



patienter som hade diagnostiserats med karies, jämfört med patienter utan karies. På motsvarande sätt ansåg sig patienter med kliniskt diagnostiserade djupa fickor, i större utsträckning ha problem med parodontit, jämfört med patienter utan djupa fickor. I gruppen med enbart karies ansåg sig, omvänt, 57 procent ha inga eller små problem med karies (figur 33, sidan 86). En större andel (75 procent) av gruppen med enbart parodontit ansåg sig ha inga eller små problem med parodontit (figur 34, sidan 87). Svaren visar att endast en del av patienterna är medvetna om sin karies- respektive parodontsjukdom. Små skillnader fanns i svar mellan såväl kön som olika åldergrupper när det gällde fråga om man ansåg sig ha problem med karies. Tydliga skillnader fanns i svar mellan olika åldergrupper, varav de äldsta hade mest problem, när det gällde frågan om man ansåg sig ha problem med parodontit. Kvinnor i parodontgruppen ansåg sig ha problem med parodontit i högre grad än män (38 procent jämfört med 14 procent).

Typ av problem före och efter behandling (fråga 5–10). Gruppen enbart karies och den grupp som hade både karies och parodontala problem var de grupper som för samtliga frågor om specifika besvär gav uttryck för störst problem. Största problemen föreföll finnas när det gällde utseende, isningar eller smak, där det var cirka 20 procent som upplevde måttliga eller större problem. Förändringar efter genomförd behandling föreföll begränsade med några undantag. Gruppen enbart parodontit tycktes oftare uppleva en försämring än en förbättring av tuggförmågan efter behandling. Samma

II Andelen som är nöjda eller mycket nöjda med sin mun och sina tänder är 72 procent hos de friska medan motsvarande andel av de som både har parodontit och mycket karies endast är 45 procent

tendens fanns för den gruppen när det gällde smakupplevelse. Kariespatienter föreföll däremot oftare uppleva en förbättring av problem med isningar efter behandling. Utseende tyckte flertalet grupper ha förbättrats efter behandling. Noteras bör att även, ur karies- och parodaspekt, friska patienter i viss utsträckning rapporterade att de fått en behandling. Detta kan bero på att det i undersökningen inte har tagits hänsyn till om de friska patienterna fått behandling för andra tillstånd i munhålan. Den upplevda skillnaden för kariespatienter gällande isningar före och efter behandling var den enda som var statistisk signifikant.

Delaktighet (fråga 11), kunskap (fråga 12) och uppfattning om att långsiktigt hålla sig frisk (fråga 13). Fler patienter ansåg sig inte ha varit delaktiga i behandlingsbesluten i kariesgruppen jämfört med de andra grupperna (figur 35, sidan 87). Äldre grupper av patienter tycktes ha känt sig mer delaktiga än yngre. Marginella könsskillnader förelåg.

Intressant var att en absolut majoritet av patienterna i alla grupper ansåg sig i samband med behandlingen ha fått kunskap om vad man kan göra för att hålla sig frisk i munnen. Endast ett mindre antal (7–16 procent) svarade inte eller delvis på frågan om de hade fått kunskap om vad man kan göra för att hålla sig friska (figur 36, sidan 87). Yngre grupper av patienter ansåg sig i större utsträckning ha fått kunskap än äldre. Marginella könsskillnader förelåg.

Ju äldre patienterna var desto mer tveksamma var de om att kunna hålla sig friska i munnen i framtiden. Kvinnor trodde i högre grad än män att de kunde hålla sig friska. Det fanns en tendens att patienter med karies i större utsträckning än de andra grupperna inte trodde sig kunna hålla sig friska i munnen i framtiden (figur 37, sidan 88).

Diskussion

I kariesgruppen ansåg sig drygt hälften ha inga eller små problem med karies medan en större andel av parodgruppen ansåg sig ha inga eller små problem med parodontit. Att ge patienter insikt om sin sjukdomsproblematik är ett viktigt moment i de fall tandvården bedömer att det finns behov av att åstadkomma beteendeförändringar hos patienterna. Resultat i denna pilotstudie indikerar att forskning behövs för att utvärdera om det finns skillnader mellan tandvårdens två stora sjukdomsgrupper gällande sjukdomsinsikt och upplevd oral hälsa.

Svaren på de frågor som värderade skillnader i ett antal munhälsorelaterade problem, före respektive efter behandling, påvisade huvudsakligen små förändringar efter behandling. Resultatet kan delvis bero på frågekonstruktionen, att patienterna vid samma tillfälle, efter genomförd vård, skulle uppge om de haft besvär före respektive efter behandling. Detta upplägg kommer att förändras i kommande tester.

Enkäten påvisade även skillnader mellan grupperna när det gäller delaktighet, med mindre upplevd delaktighet i behandlingsbeslut för kariesgruppen. Den gruppen var även tillsammans med den kombinerade karies- och parodgruppen mer tveksamma till möjligheten att hålla sig frisk i munnen i framtiden. Resultatet visade också att yngre i något högre grad än äldre ansåg sig ha fått kunskap om vad man kan göra för att hålla sig frisk i munnen. Detta stämmer väl med tidigare studier som visar att äldre patienter minns eller får mycket mindre information i munhälsorelaterade frågor än yngre¹.

Tidigare studier av 50-, 70- och 80-åringar i Örebro och Östergötland (TE-studien)² har visat på en något högre andel som är nöjda med sina tänder än vad som framkom i denna undersökning, cirka 80 procent. Den andel som upplevde sig inte ha några kariesproblem i TE-studien var knappt 70 procent, vilket stämmer relativt väl med resultatet i denna studie. Slutligen visade TE-studien upp en andel på närmare 80 procent som trodde sig kunna behålla tänderna livet ut vilket är något högre än de som i föreliggande undersökning ansåg sig kunna hålla sig friska i munnen i framtiden.

Resultaten visar att ingen enskild fråga förefaller speciellt svår att besvara då det interna bortfallet generellt var lågt. Svarsprocenten, speciellt i yngre grupper, var dock alldeles för låga för att kunna användas som vetenskapligt underlag. Resultatet visar att metoden att skicka ut enkäter för att fånga patienters upplevelser inte räcker för att få hög svarsfrekvens. En fortsatt utveckling behövs för att finna nya vägar.

Resultaten i SKaPas pilotstudier lägger grunden för en fortsatt diskussion om hur tandvården ska gå vidare med PROM. Inom området patientrapporterade utfallsmått växer kunskaperna successivt om bästa metod för att inhämta och utvärdera patienternas synpunkter på vården och dess resultat. SKaPa kommer att fortsätta utveckla detta viktiga område för att kunna utgöra kunskapskälla för vårdens organisationer när det gäller patienternas uppfattningar om vården

 SKaPa kommer att fortsätta utveckla detta viktiga område, att utgöra kunskapskälla för vårdens organisationer när det gäller patienternas uppfattningar om vården

Referenser

1. Ekbäck G , Persson C , Ordell S. *How much information is remembered by the patients? A selective study related to health education on a Swedish public health survey: Swedish Dental Journal.* 2012, 36(3):143-14
2. *Munhälsa och tandvård.* TE-studierna-befolkningsenkäter i Örebro och Östergötlands län

KAPITEL 5

Karies och parodontit

5.1 Karies

” Karies är en sjukdomsprocess som innebär att tandytan skadas genom upprepad syrabildning av munbakterier i tandbelägningarna

Karies är en sjukdomsprocess som innebär att tandytan skadas genom upprepad syrabildning av munbakterier i tandbelägningarna (plack). Syran, som bakterierna kan bilda från kolhydrater, löser ut mineral från tandytan. Sker syrabildningen tillräckligt ofta, hinner inte tandytan återuppta mineral från saliv och plack, varvid en nettoförlust av tandsubstans sker lokalt. Den tidiga skadan innebär att mineral urlakas, men att tandens ytskikt behålls någorlunda intakt, en initial kariesskada utan kavitetbildning. Vid fortsatt nettoförlust av mineral kollapsar ytan och ett hål i tandytan kan observeras (manifest karies). Processen fortsätter och tanden förstörs helt om inga förändringar i syrabildningen sker. Fluortillförsel kan bromsa eller till och med stoppa processen i viss mån. En initial skada är möjlig att stoppa. En skada med kavitetbildning kräver oftast fyllningsterapi¹.

Definition av frisk och sjuk i karies

Kariesskador som kan diagnostiseras kliniskt eller på röntgen kan oftast inte läka ut om kariesprocessen stannar av. Det kommer nästan alltid att kunna synas som en ”ärrbildning” i tandytan. Likaså kommer en fyllning gjord på grund av karies också att representera genomgången sjukdom. Man kan alltså ha flera avstannade skador och fyllningar som tecken på en genomgången sjukdom. För att bedöma om man är sjuk eller frisk i karies, brukar nytillkomna skador (incidens) användas som mått.

Om man är sjuk i karies, har man pågående sjukdom, d.v.s. befintliga skador fördjupas och/eller nya tillkommer. Är man frisk avseende karies, har inga nya skador tillkommit och inga befintliga skador har fördjupats under en definierad tidsperiod.

Förekomst/utbredning i befolkningen

De allra flesta vuxna människor har tecken på aktiv eller genomgången karies-sjukdom. I Sverige får ungefär 30 procent av den vuxna befolkningen tandreparationer på grund av karies, med något lägre andel i grupper 20–30 år².

Cirka 10 procent av 20-åringarna får tänder reparerade av andra orsaker än karies, till exempel fyllningar som gått sönder. Denna andel ökar stadigt till 60-årsåldern, då 40 procent av individerna får minst en tand reparerad där något gått sönder. Dessutom får ju redan 30 procent tandreparationer på grund av karies². Den vanligaste orsaken till tandreparationer är karies eller trasiga fyllningar.

Hos barn och ungdomar har kariesförekomsten minskat stadigt under många år och 2010 hade 63 procent av 12-åringarna och 31 procent av 19-åringarna DMFT=0, eller var ”kariesfria” avseende manifest karies, (Socialstyrelsen 2011).



Förebyggande och sjukdomsbehandlande vård

Karies förebyggs genom att begränsa syrabildningen i tandbeläggningarna och/eller genom att bromsa kariesprocessen genom tillförsel av fluor. En blandad kost innehåller ofta tillräckligt med fermentabla kolhydrater (socker), så att man grovt kan räkna att varje intag av mat eller dryck kan ge upphov till syrabildning. Hålls intagsfrekvensen till maximalt 5 intag per dag kan de allra flesta undvika nettoförlust av tandmineral.

Fluor tillförs mest rationellt för de flesta människor genom fluortandkräm. Användning av fluortandkräm två gånger dagligen medför att tandytan oftare klarar syrabildning, utan att kariesskador uppstår.

För patienten med aktiv kariessjukdom utreds anledningen till sjukdomen i det enskilda fallet. Genom analys av kost-, bakterie-, saliv- och fluorfaktorer kan behandlingen riktas mot att försöka justera den för individen mest relevanta faktorn. Orsaksinriktad behandling innefattar en beteendeförändring hos patienten i det att kost, munhygienvanor och fluoranvändning ska optimeras.

Vid förhöjd kariesrisk eller kariesaktivitet används vanligen, som komplement till orsaksinriktad behandling, fluor för att minska kariesrisken och förlångsamma kariesprocessen. Olika beredningsformer kan användas och behandling kan ske som egenvård eller professionell behandling.

Att mäta sjukdomen

Kariessjukdomen mäts vanligen genom att registrera befintliga kariesskador, fyllningar och tänder förlorade på grund av karies (Decayed, Missing and Filled Teeth/Surfaces) DMFT/S, eller för mjölktaandsbettet deft. M- och e-komponenterna avser alltså tänder förlorade på grund av karies. Detta är ovanligt i barn- och ungdomstandvården. Därför används ofta DFT och dft. Indexen innefattar oftast inte initial karies. För att mäta initial karies används

|| Karies är en sjukdom som i stor utsträckning går att förebygga

II Bedömning
av risk
för karies under
den närmsta
framtiden görs
systematiskt i
de flesta
organisationer

beteckningarna D_1 (skada i yttre halvan av emaljen enligt röntgenbilden) och D_2 (skada som når genom halva emaljtjockleken). Beteckningen D_3 (skada som passerat emalj dentingränsen enligt röntgenbilden) kallas ofta manifest karies och är grunden till D-komponenten i DMF-systemet. Tidigare valde man ofta att göra en fyllning vid diagnosen D_3 (se nedan). Diagnoserna kariesprevalens och kariesincidens används för att uttrycka befintliga skador respektive nytillkomna skador. Incidensen används ibland synonymt med kariesaktivitet (antal nytillkomna skador per tidsenhet).

De svårast sjuka och Significant Caries Index (SiC Index)

Eftersom många har mycket låg sjukdomsförekomst kommer medelvärden för befolkningen att bli låga och den mindre andel, men de mest belastade och resurskrävande individerna, med mest sjukdom kommer att försvinna i bruset. Ett sätt att uppmärksamma hur stora problemen är med de svårast sjuka är, är att redovisa ett medelvärde på den mest sjuka gruppen. Significant Caries Index (SiC Index) redovisar medelvärdet av DMFT för den tredjedel med mest sjukdom³.

Kariesrisk

Bedömning av risk för karies under den närmsta framtiden görs systematiskt, med eller utan datorstöd, i de flesta organisationer. Det innebär att med kunskap om riskfaktorerna för karies görs en sammanvägning och en bedömning av risk. Ibland kan laboratorietester behövas för att göra en säkrare bedömning. Riskbedömningen ligger till grund för framtida behandling och planering av revisionsintervall.

Operativ kariesbehandling

När behandlaren bedömer att kariesskadan är så stor att den inte kan bromsas upp eller stanna av (restoration threshold) är operativ kariesbehandling, lagning, aktuell. Detta görs för att avsluta den lokala kariesprocessen och återställa barriären och funktionen. Med en ökad kunskap om kariesprocessen förlopp, har "restoration threshold" förändrats på så sätt att skadan i allmänhet restaureras i ett djupare stadium (enligt röntgenbilden) idag jämfört med för några årtionden sedan. De huvudsakliga skälen är att vi vet att kariesförloppet i genomsnitt går långsamt och inte tar ordentlig fart förrän ytskiktet på skadan kollapsat. Så länge ytskiktet är någorlunda intakt bedömer vi att skadan kan stannas av eller bromsas upp med hjälp av fluor och kostförändringar. Men tyvärr kan vi inte i röntgenbilden bedöma om ytskiktet är intakt, vi vet bara att sannolikheten för att ytskiktet är intakt minskar med djupet av skadan. Vanligen bedömer vi att om vi, enligt röntgenbilden, kan påvisa progression i dentinet, så väljer vi operativ behandling. Detta innebär att både skadans djup, dess progressionshastighet och patientens riskprofil tas med i bedömningen, så enbart diagnosen D_3 innebär inte alltid att en lagning görs.

Referenser

1. Fejerskov O, Kidd E. *Dental caries. The disease and its clinical management*. 2nd ed. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2008.
2. Försäkringskassan Socialförsäkringsrapport 2011:9
3. Bratthall D. *Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds*. Int Dent J. 2000;50:378-84.



5.2 Parodontit

Parodontit (tandlossningssjukdom) är en infektionssjukdom som leder till inflammation i vävnaden kring tänderna, progressiv förlust av tandfäste och benstöd, samt fördjupade tandköttsfickor och retraktion av tandköttskanten¹. Orsaken till sjukdomen är bakterier i den normala munfloran som tillåtit bilda beläggningar (bakteriell biofilm eller bakterieplack) på tänderna i anslutning till och under tandköttskanten. Det är dock inte bakterierna som bryter ned vävnaden vid parodontit utan komponenter i den inflammation som induceras i mjukvävnaden i anslutning till den bakteriella biofilmen. Benägenhet för vävnadsnedbrytning varierar dock mellan individer, vilket förknippas med betydelsen av genetiska faktorer i styrandet av infektionsförsvaret. Andra faktorer som är påverkbara och som har inverkan på sjukdomsprocessen är till exempel rökning och diabetes.

Vanligen har sjukdomen ett långsamt till måttligt förlopp resulterande i varierande grad av stödjevävnadsförlust i bettet, men kan ha perioder av snabb utveckling med en omfattande förlust av tändernas stödjevävnader. Baserat på sin utbredning i bettet karakteriseras parodontitsjukdomen som lokal om mindre än 30 procent av tänderna visar stödjevävnadsförlust och som generell om fler tänder är affekterade. Beroende på grad av tandfästeförlust beskrivs sjukdomen som måttlig (fästeförlust motsvarande mindre än en tredjedel av tändernas rotlängd) eller grav parodontit (fästeförlust motsvaran-

|| Parodontit (tandlossningssjukdom) är en infektionssjukdom som orsakas av bakterier i den normala munfloran

Att öka patientens sjukdoms-medvetenhet genom information och att uppnå förbättrad egenvård genom munhygieninstruktioner utgör betydelsefulla delar för ett lyckat behandlingsresultat

de en tredjedel eller mer av tändernas rotlängd). Grav parodontit kan medföra att tanden förloras.

Tandimplantat som ersättning för förlorade tänder löper, på samma sätt som tänder, risken att drabbas av förlust av stödjande vävnader till följd av infektion. Vid tandimplantat benämns tillståndet periimplantit (bakteriellt orsakad inflammation i vävnaden runt tandimplantat som resulterat i förlust av benstöd kring implantatet). Erfarenhet av parodontit i den naturliga dentitionen medför ökad risk för periimplantit². Vid uttalad sjukdom och förlust av omgivande ben kan tandimplantatet förloras.

Definition av frisk och sjuk i parodontit

Frisk med avseende på parodontit är man om det vid undersökning inte noteras några kliniska symptom på sjukdom (inga tänder med fördjupade och inflammerade tandköttsfickor). Stödjevävnadsförlust kan dock föreligga pga av tidigare erfarenhet av sjukdom.

Förekomst av fördjupade tandköttsfickor (≥ 4 mm), stödjevävnadsförlust plus inflammationssymptom (blödning vid ficksondering) karakteriserar en individ som är sjuk med avseende på parodontit. Förutom förekomst av sjukdom beskrivs vanligen också dess utbredning (antal drabbade tänder) och svårighetsgrad (fickdjup och grad av tandfästeförlust). En vanlig gruppering avseende sjukdomens svårighetsgrad är att beskriva andel tänder med 4–5 mm resp. ≥ 6 mm djupa tandfickor.

Förekomst/utbredning i befolkningen

De flesta vuxna individer har gingivit (tandköttsinflammation) och viss stödjevävnadsförlust med varierande utbredning i bettet. Såväl förekomst som svårighetsgrad av parodontit ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 50 år har drygt 60 procent stödjevävnadsförluster lokalt eller generellt i bettet, och cirka 20 procent har en stödjevävnadsförlust som överstiger en tredjedel av rotlängden kring en majoritet av tänderna³. Vid 70 års ålder är motsvarande andel drygt 30 procent.

Av de personer som har haft tandimplantat i mer än 10 år indikerar data från svenska studier att ca 30 procent har inflammation och stödjevävnadsförlust (periimplantit) vid ett eller flera implantat⁴.

Förebyggande och sjukdomsbehandlande vård

Egenvård i form av god munhygien syftar till att minimera mängden bakteribeläggning på tänder och tandimplantat och är av avgörande betydelse för att förebygga sjukdomsutveckling i vävnaderna kring tänder och tandimplantat.

Behandling av parodontit har som mål att förhindra fortsatt stödjevävnadsförlust. Eftersom sjukdomen är en infektion som orsakas av bakterieansamling på tänderna inriktas behandlingen mot förbättrad egenvård och aktiva insatser för att eliminera infektionen kring tänderna. Att öka patientens sjukdomsmedvetenhet genom information och att uppnå förbättrad egenvård genom munhygieninstruktioner utgör betydelsefulla delar för ett lyckat behandlingsresultat.

Professionellt utförda åtgärder inkluderar icke-kirurgiska (deputation) och kirurgiska behandlingsåtgärder för att eliminera infektionen i tandfickorna. Vid omfattande stödjevävnadsförlust kan även tandextraktion vara ett behandlingsalternativ.

Vidare krävs individuellt anpassad stödbehandling (uppföljande kontroller) för att uppnått behandlingsresultat ska vara långsiktigt bestående.

Behandling vid periimplantit, som likt parodontit är en infektionssjukdom, inkluderar åtgärder motsvarande de vid behandling av parodontit. Enligt Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för vuxentandvård prioriteras dock kirurgiska behandlingsåtgärder för att effektivt kunna avlägsna den bakteriella biofilmen på tandimplantatet.

Att mäta sjukdomen

Pågående sjukdom mäts genom att registrera förekomst av inflammation (blödning vid ficksondering) och fördjupade tandköttsfickor (≥ 4 mm) kring tändernas olika ytor. Blödning vid ficksondering indikerar en patologisk process i vävnaden. Djupet på uppmätta tandfickor ger information om sjukdomens svårighetsgrad. Eftersom parodontiten vanligen varierar i utbredning i bettet är det viktigt att den kliniska undersökningen omfattar samtliga tänder och tandytor.

På röntgenbilder av tänderna kan graden av benförlust mätas som en registrering av tidigare sjukdomserfarenhet. Ställd i relation till patientens ålder utgör graden av benförlust en metod att värdera patientens sjukdomskänslighet.

Genom att jämföra två registreringar med visst tidsintervall finns möjlighet att bedöma förändring i sjukdomsstatus kring tänder och tandimplantat, till exempel effekt av genomförd behandling och incidens och grad av sjukdomsprogression.

Referenser

1. Lindhe J, Ranney R, Lamster I. *Consensus report: Chronic periodontitis*. Ann Periodontol. 1999;4:38
2. Lindhe J, Meyle J. *Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology*. J Clin Periodontol. 2008;35[8 Suppl]:282-5.
3. SBU. *Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] 2004;169.
4. *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011*. Socialstyrelsen

KAPITEL 6

Redovisning, allmänt

Underlaget till Årsrapport 2013 kommer från 907 kliniker i 16 deltagarorganisationer. Det finns 3 089 525 patienter med minst ett besök rapporterat under tiden 1 juli 2008 till 31 december 2013.

Åldersfördelning revisionspatienter

Figur 1.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011–2013

PATIENTER:
Unika patienter med
undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) en eller
flera gånger under
tidsperioden. Varje
patient förekommer
endast en gång i
grafen, i åldersgruppen
för den senaste
undersökningen.

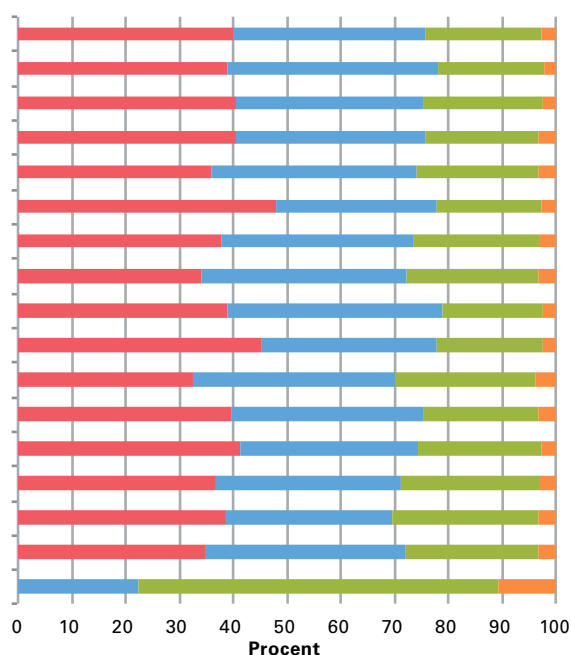
n = 2 494 250



Figur 1. Åldersfördelning av revisionspatienter per organisation

Medelvärde samtliga

Folktandvården Uppsala
Folktandvården Sörmland
Folktandvården Östergötland
Folktandvården Jönköping
Folktandvården Kronoberg
Folktandvården Kalmar
Folktandvården Blekinge
Folktandvården Skåne
Folktandvården Västra Götaland*
Folktandvården Värmland
Folktandvården Örebro
Folktandvården Västmanland
Folktandvården Gävleborg
Folktandvården Västernorrland
Folktandvården Västerbotten
Praktikertjänst, Adelsg 48 Visby



BERÄKNING:

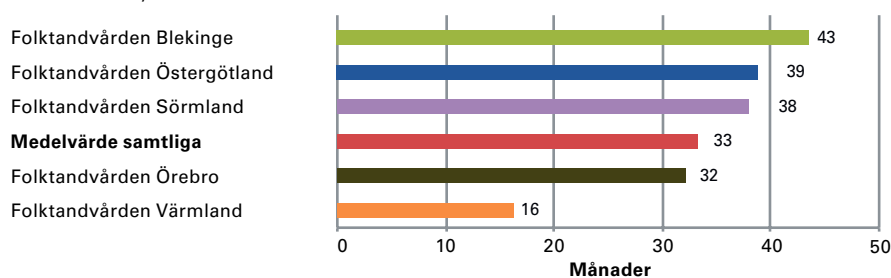
Procentuell fördelning i åldersintervaller av antal revisionspatienter per deltagarorganisation.

* Underlaget avseende 0–19 år kommer inte från SKaPas datalager, är rapporterat separat.

KOMMENTAR: Folktandvårdsorganisationerna har en relativt likartad åldersfördelning beträffande revisionspatienterna. Praktikertjänsts mottagning har en förskjutning mot en större andel äldre patienter, där gruppen 50–79 år dominerar.

Ålder vid första undersökning

Figur 2. Vid vilken ålder undersöks barnen första gången av legitimerad yrkesutövare?



Figur 2.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
5 organisationer med
journalssystem Effica
och Carita redovisas.

PATIENTER:
Barn födda 2008
n = 14 196

BERÄKNING:

Ålder (månader), redovisat som medelvärde per organisation, vid första undersökning av tandläkare eller tandhygienist (TLV 101, 102).

KOMMENTAR: Den första undersökningen hos legitimerad tandvårdspersonal ligger till grund för en strukturerad vårdplan. Folktandvården Värmland undersöker barnen tidigare än de andra organisationerna, vilket styrs av en generell vårdstrategi för gruppen. Fortsatt uppföljning kan komma att visa eventuellt samband mellan tidig kontakt av legitimerad yrkesutövare och hälsoutveckling.

Tid mellan två undersökningar relaterat till riskbedömning

Figur 3a.

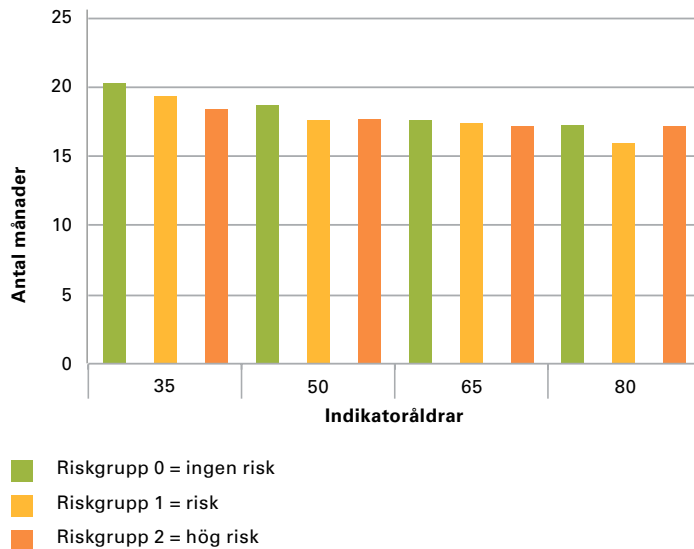
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
4

TIDSPERIOD:
2010

PATIENTER:
Vuxna i fyra åldrar
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101,102) under
tidsperioden och
som har en gällande
riskbedömning. Antal
månader till närmast
följande undersök-
ning för fullständig
behandling, redovisat
uppdelat per riskgrupp i
en tregradig riskskala.

n = 4 161

Figur 3a. Tid mellan två undersökningar relaterat till riskbedömning för karies

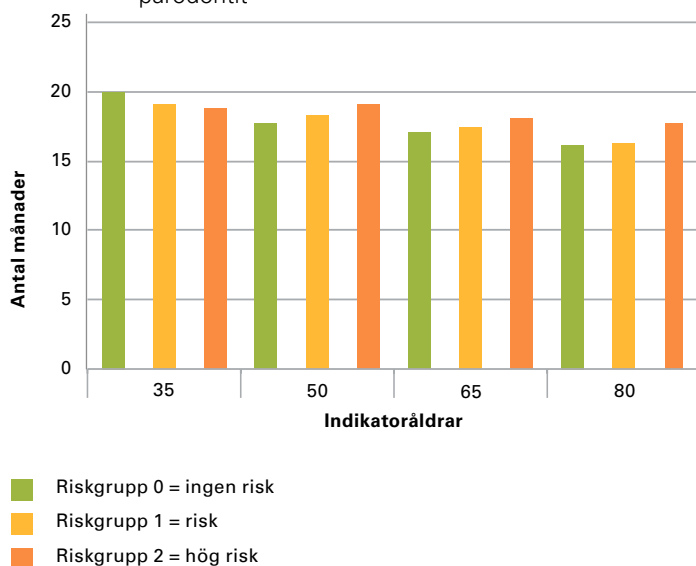


BERÄKNING:

Medelvärde av antal månader mellan undersökningen 2010 och närmast följande undersökning.

KOMMENTAR: Diagrammet baseras på organisationer med uppgifter om riskbedömning som levereras till SKaPa (organisationer med Effica journalsystem, det vill säga Folktandvården Blekinge, Östergötland, Örebro, Sörmland). Diagrammet avseende tid mellan undersökningar för fullständig behandling i relation till riskbedömning för karies visar att riskbedömningen inte nämnvärt tycks påverka tidsintervallet mellan undersökningarna. Endast små skillnader i tid mellan undersökningarna föreligger. Tiden mellan undersökningarna minskar något i de högre indikatoråldrarna. Detta kan eventuellt förklaras av att patienter med hög risk får ett kontinuerligt omhändertagande, vilket skulle kunna medföra att de inte kallas för fullständig undersökning så ofta som skulle kunna förväntas. Diagrammet baseras på ett begränsat antal patienter. Fortsatt analys kan visa frekvensen av insatta åtgärder för sjukdomsbehandling i relation till riskgrupp.

Figur 3b. Tid mellan två undersökningar relaterat till riskbedömning för parodontit



Figur 3b.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
4

TIDSPERIOD:
2010

PATIENTER:
Vuxna i fyra åldrar
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101,102) under
tidsperioden och
som har en gällande
riskbedömning. Antal
månader till närmast
följande undersök-
ning för fullständig
behandling, redovisat
uppdelat per riskgrupp i
en tregradig riskskala.

n = 4 157

BERÄKNING:

Medelvärde av antal månader mellan undersökningen 2010 och närmast följande under-
sökning.

KOMMENTAR: Diagrammet baseras på organisationer med uppgifter om riskbedömning som levereras till SKaPa (organisationer med Effica journalsystem, det vill säga Folk tandvården Blekinge, Östergötland, Örebro, Sörmland). Diagrammet avseende tid mellan undersökningar för fullständig behandling i relation till riskbedömning för parodontit visar att riskbedömningen inte nämnvärt tycks påverka tidsintervallet mellan undersökningarna. Endast små skillnader i tid mellan undersökningarna föreligger; i alla indikatoråldrar utom den yngsta tycks tiden mellan undersökningarna faktiskt öka något med ökad risknivå. Detta kan eventuellt förklaras av att patienter med hög risk får ett kontinuerligt intensivt omhändertagande som gör att patienten inte kallas för undersökning i samma utsträckning. Fortsatt analys kan visa frekvensen av insatta åtgärder för sjukdomsbehandling i relation till riskgrupp.

Antal tänder hos vuxna

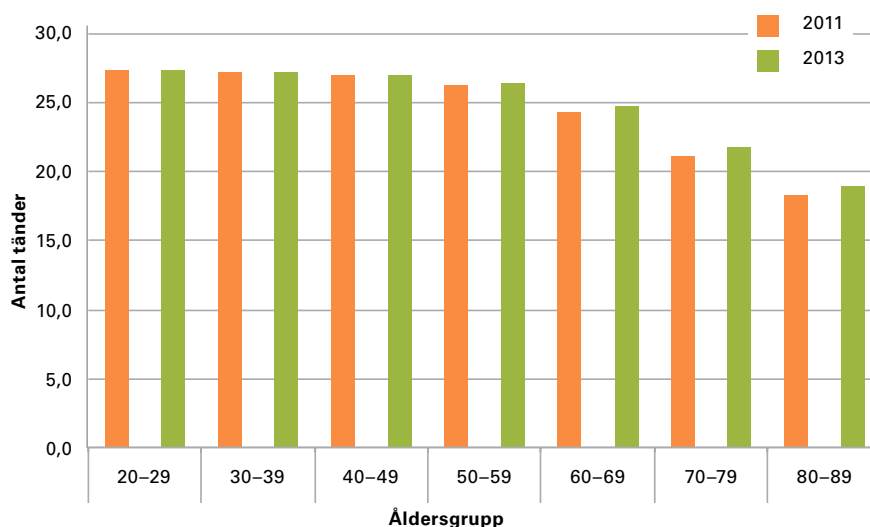
Figur 4.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011, 2013

PATIENTER:
Alla i åldersintervallen
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
aktuella tidsperioder.
n = 888 903 (2011)
n = 924 461 (2013)

Figur 4. Genomsnittligt antal tänder hos vuxna



BERÄKNING:

Medelvärde av antalet tänder (visdomständer exkluderade) per patient, betandade och tandlösa individer sammantaget, för två olika år.

KOMMENTAR: Antalet tänder kan betraktas som ett grundläggande mått för planering i tandvården och uppföljning av munhälsan. Som förväntat minskar antalet tänder med stigande ålder. Patienter har i genomsnitt många tänder i behåll jämfört med för bara några decennier sedan, även i hög ålder, vilket bekräftar behovet av förebyggande vård och reparativa åtgärder också i de äldre åldersgrupperna. Mellan 2011 och 2013 ökar medelvärdet för antal kvarvarande tänder inom åldersgrupperna 60 år och uppåt, sannolikt beroende på minskat antal tandlösa individer. För de yngre åldersgrupperna är medelvärdet detsamma mellan de två åren. I de flesta åldrar är skillnaderna generellt små mellan organisationerna (se tabell på nästa sida för år 2013).

 **Tabell 4.** Genomsnittligt antal tänder hos vuxna

Deltagarorganisationer	20–29 år		30–39 år		40–49 år		50–59 år	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Medelvärde samtliga	27,3	27,5	27,2	27,4	27,0	27,2	26,4	26,6
Folktandvården Uppsala	27,4	27,5	27,4	27,5	27,1	27,3	26,6	26,7
Folktandvården Sörmland	27,3	27,5	27,2	27,3	26,9	27,1	26,3	26,3
Folktandvården Östergötland	27,3	27,5	27,2	27,4	26,9	27,0	25,9	26,0
Folktandvården Jönköping	27,5	27,6	27,2	27,4	26,9	27,1	26,3	26,5
Folktandvården Kronoberg	27,2	27,5	27,3	27,4	26,9	27,1	26,4	26,6
Folktandvården Kalmar	27,3	27,5	27,2	27,4	27,0	27,1	26,4	26,6
Folktandvården Blekinge	27,1	27,3	27,1	27,3	26,8	27,1	26,1	26,4
Folktandvården Skåne	27,4	27,6	27,3	27,5	27,1	27,3	26,6	26,7
Folktandvården Västra Götaland	27,3	27,4	27,2	27,4	27,0	27,2	26,5	26,6
Folktandvården Värmland	27,1	27,3	27,1	27,2	26,8	27,1	26,4	26,5
Folktandvården Örebro	27,2	27,4	27,1	27,2	26,5	26,8	25,9	26,1
Folktandvården Västmanland	27,4	27,5	27,2	27,5	26,9	27,1	26,3	26,6
Folktandvården Gävleborg	27,5	27,6	27,4	27,5	27,1	27,3	26,6	26,8
Folktandvården Västernorrland	27,3	27,4	27,2	27,4	27,0	27,2	26,6	26,8
Folktandvården Västerbotten	27,4	27,5	27,3	27,4	27,1	27,3	26,5	26,7
Praktikertjänst, Adelsg 48 Visby	27,6	27,6	27,4	27,4	27,1	27,4	26,5	26,5

K: Kvinnor **M:** Män

Deltagarorganisationer	60–69 år		70–79 år		80–89 år	
	K	M	K	M	K	M
Medelvärde samtliga	24,7	24,9	21,9	21,8	18,8	19,2
Folktandvården Uppsala	25,1	25,3	22,7	22,7	19,3	20,4
Folktandvården Sörmland	24,4	24,7	21,9	22,0	19,3	19,7
Folktandvården Östergötland	23,9	24,2	20,8	20,5	17,9	18,2
Folktandvården Jönköping	24,8	24,9	21,6	21,4	18,7	19,0
Folktandvården Kronoberg	24,9	25,0	21,7	22,4	19,0	19,7
Folktandvården Kalmar	25,0	25,2	22,5	22,4	19,4	19,8
Folktandvården Blekinge	24,2	24,3	20,8	21,0	17,3	18,2
Folktandvården Skåne	25,2	25,2	22,8	22,8	20,2	20,3
Folktandvården Västra Götaland	24,9	25,1	22,2	22,1	19,3	19,6
Folktandvården Värmland	24,3	24,3	20,9	20,7	17,5	18,3
Folktandvården Örebro	24,0	24,0	21,3	21,0	17,6	18,2
Folktandvården Västmanland	24,5	24,8	22,0	22,2	19,5	20,0
Folktandvården Gävleborg	24,9	25,0	22,0	21,6	18,9	18,5
Folktandvården Västernorrland	24,9	25,1	21,8	21,8	18,4	19,0
Folktandvården Västerbotten	24,4	24,7	20,5	20,5	16,7	17,6
Praktikertjänst, Adelsg 48 Visby	24,3	24,5	21,3	21,5	18,2	18,8

K: Kvinnor **M:** Män

Tabell 4.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2013

PATIENTER:
Alla i åldersintervallen
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
aktuell tidsperiod.

n = 924 461

Extraktion av tänder

I årets rapport redovisar vi extraktioner på tre olika sätt (figur 5a–c).

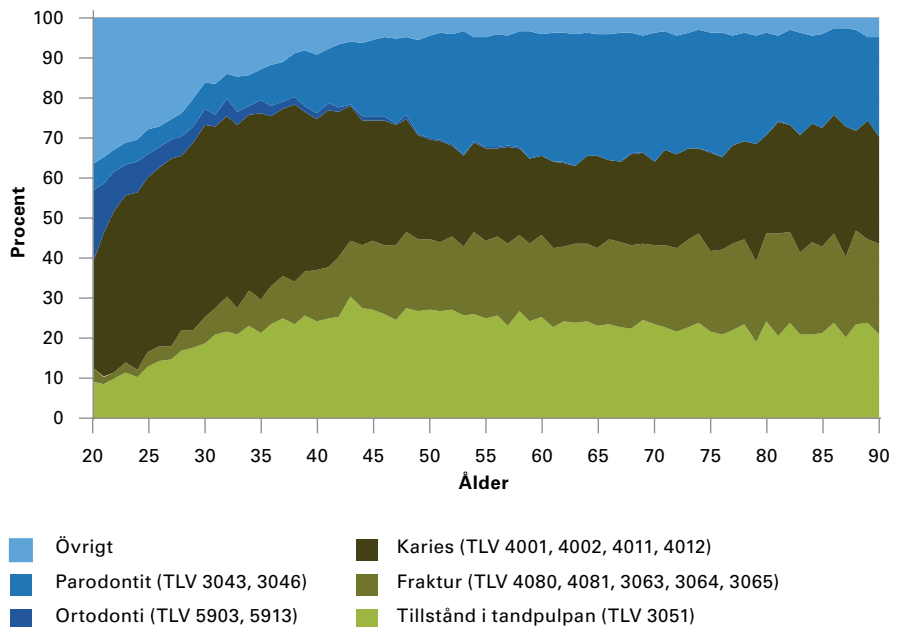
Figur 5a.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2013

PATIENTER:
Alla patienter
(20–90 år)
med undersökning för
fullständig behandling
n=925 934
med extraktionsåtgärd
(TLV 401–404) under
tidsperioden.
n=122 519
Totalt antal registrerade
extraktionsåtgärder
under tidsperioden:
n=158 051

Figur 5a. Fördelning av extraktionsorsaker per årsålder



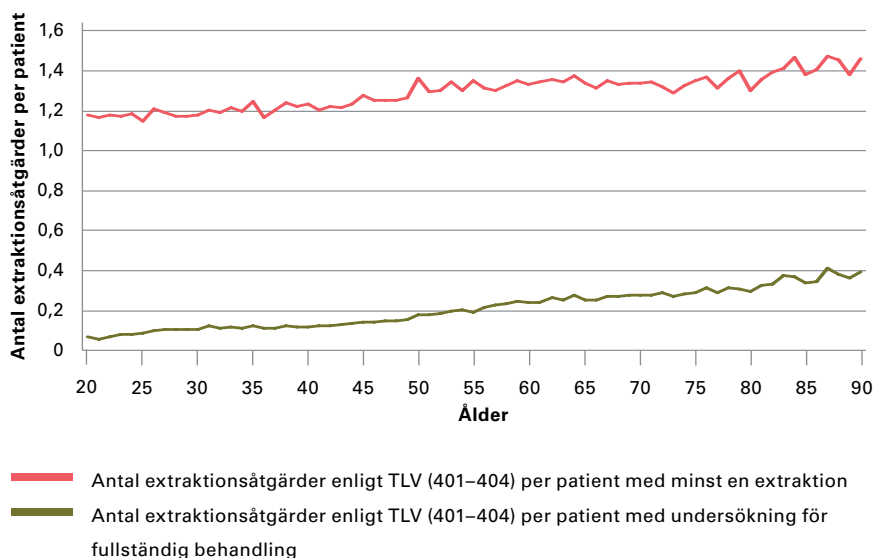
BERÄKNING:

De huvudsakliga orsakerna till extraktion per årsålder redovisat som andel i procent av totalantal extraktioner i varje årsålder.

KOMMENTAR: Orsaker till extraktion, redovisat med TLV:s tillståndskoder som grund, uppdelat per årsålder. Resultaten redovisas som andel i procent av totalantal extraktionsåtgärder i varje årsålder.

I åldersgruppen 20–29 år motiveras mer än hälften av extraktionerna av karies och tillstånd i tandpulpan. I åldrarna 50–80 år dominerar istället parodontit som motiv för extraktion. Parodontit, karies, tillstånd i tandpulpan och frakturer står i de allra högsta åldrarna för ungefär lika stora andelar av extraktionsorsaker.

Figur 5b. Genomsnittligt antal extraktionsåtgärder per patient



BERÄKNING:

Antal extraktionsåtgärder enligt TLV (401–404) per patient baserat på ovanstående två urval.

KOMMENTAR: Antal extraktionsåtgärder per patient med minst en extraktionsåtgärd och antal extraktioner per patient med undersökning för fullständig behandling visar jämförbara ökningar med stigande ålder. Det är viktigt att notera att redovisningen gäller antal registrerade TLV-åtgärder 401–404. Kod 404 kan innebära extraktion av en eller flera tänder. Ytterligare analys i kommande årsrapporter kan ge en djupare förståelse för vad som ligger bakom siffrorna.

Figur 5b.

DELTAGANDE

ORGANISATIONER:

16

TIDSPERIOD:

2013

PATIENTER:

Alla patienter (20–90 år) med undersökning för fullständig behandling
n=925 934
med extraktionsåtgärd (TLV 401–404) under tidsperioden.

n=122 519

Totalt antal registrerade extraktionsåtgärder under tidsperioden:

n=158 051

Figur 5c.

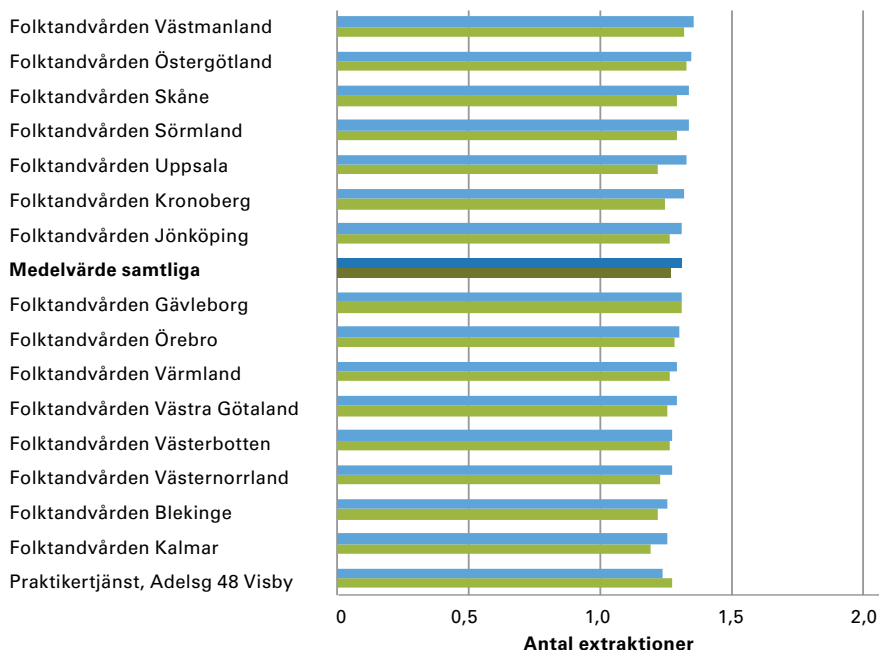
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2013

PATIENTER:
Alla patienter (20–90 år)
med undersökning för
fullständig behandling
n=925 934
med extraktionsåtgärd
(TLV 401–404) under
tidsperioden.
n=122 519
Totalt antal registrerade
extraktionsåtgärder
under tidsperioden:
n=158 051

■ Män
■ Kvinnor

Figur 5c. Genomsnittligt antal extraktionsåtgärder TLV 401–404 per patient uppdelat på kön och organisation



BERÄKNING:

Antal extraktioner per patient av de patienter som fått minst en extraktion.

KOMMENTAR: Nästan genomgående har män något fler extraktionsåtgärder utförda än kvinnor. Däremot föreligger det obetydliga skillnader mellan organisationerna när det gäller genomsnittligt antal extraktionsåtgärder.

KAPITEL 7

Redovisning, karies

Indikatorer för SKaPa

Indikatorerna för karies i årets redovisning inkluderar ett antal mått på såväl sjukdomsförekomst som redovisning av sjukdomsförebyggande/sjukdomsbehandlande åtgärder och sjukdomsutveckling över tid. Redovisningarna baseras på vuxna 20 år och äldre. Data redovisas uppdelat på ålder, kön och organisation.

Orsaker till att fyllningar utförs och antal fyllningar. Tandvårdens resurser upptas till en betydande del av restaurativa åtgärder. Omgörningar på grund av ny karies, eller på grund av frakturer av fyllning eller tand, belastar både individen och vården.

Kariesskadade approximalytor. Redovisning av olika grader (D_1 , D_2 , D_3) av kariesskador på approximalytor eller fyllda ytor (F) ger en mer differentierad bild av individens kariesbelastning än redovisning av enbart manifest karies.

Utveckling över tid efter diagnostiserad karies. Andelen individer som håller sig friska efter diagnostiserad karies och friskhetstidens längd utgör viktiga mått på hälsoutvecklingen och kan ställas i relation till om patienten fått sjukdomsförebyggande/sjukdomsbehandlande insatser eller ej.

Andel kariesfria. För att individer ska upprätthålla eller nå en god oral hälsa är ett av målen att öka antalet, ur kariessynpunkt, helt friska individer.

Karies och fyllningar approximalt. Kariessjukdomen anges ibland med mått som visar karies och fyllningar approximalt (ytor på tanden som gränsar mot granntand).

Karierade och fyllda tänder. Ur kariessynpunkt sjuka individer har behov av tandvård. DMFT visar individens eller populationens samlade kariesbelastning på nivån manifest karies, fyllningar eller tänder som förlorats på grund av karies (M).

Medeltal fyllningar

Figur 6.

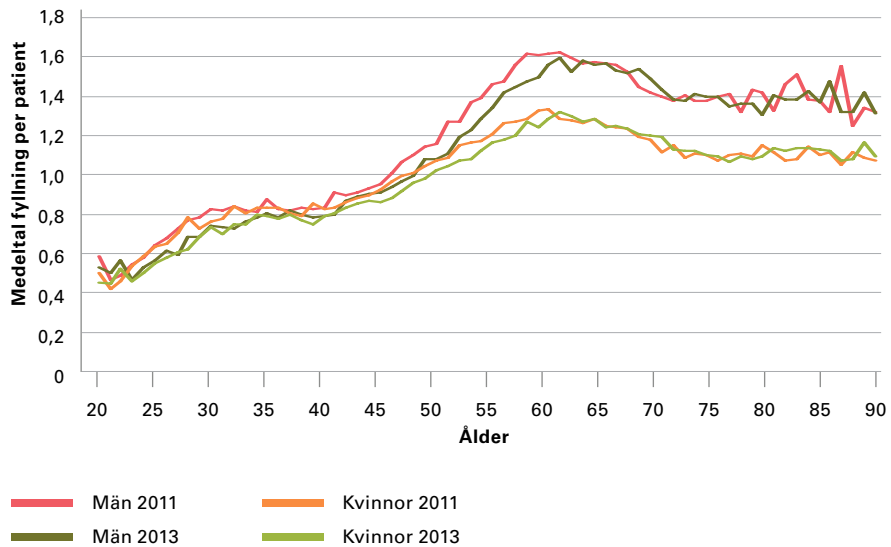
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011, 2013

BEHANDLINGSÅTGÄRDER :
Alla fyllningar
(TLV 701–707)
som gjorts under
tidsperioderna.

PATIENTER :
Samtliga vuxna
patienter (20–90 år)
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
respektive tidsperiod.
n = 890 306 (2011)
n = 925 934 (2013)

Figur 6. Medeltal utförda fyllningar per patient



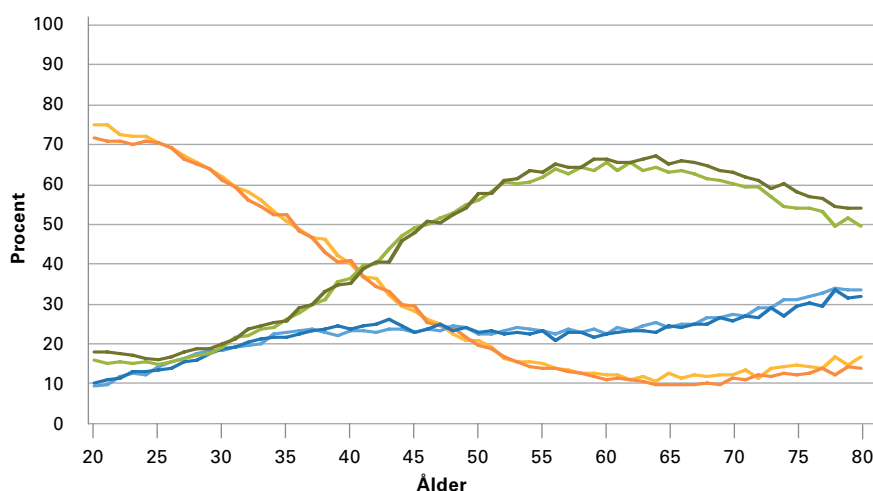
BERÄKNING:

Antal utförda fyllningar (TLV 701–707) i varje årsålder under åren 2011 respektive 2013 dividerat med antal patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) samma år.

KOMMENTAR: Antal utförda fyllningar per patient under år 2013 ökade från i medeltal c:a en halv fyllning i 20-årsåldern till mellan 1,3 (kvinnor) och 1,6 (män) vid drygt 60 års ålder. Medeltal utförda fyllningar minskade något i antal efter 65 år, vilket kan bero på att tänder istället i högre grad förloras/extraheras. Från 75 års ålder låg antalet fyllningar relativt konstant. I diagrammet redovisas alla fyllningar som görs oberoende av orsak (primär och sekundär karies, frakturer etc). Fördelning av orsaker till fyllningsterapi framgår av Fig 7a och 7b.

Orsaker till utförda fyllningar

Figur 7a. Fördelning av orsaker till utförda fyllningar hos kvinnor



Figur 7a.

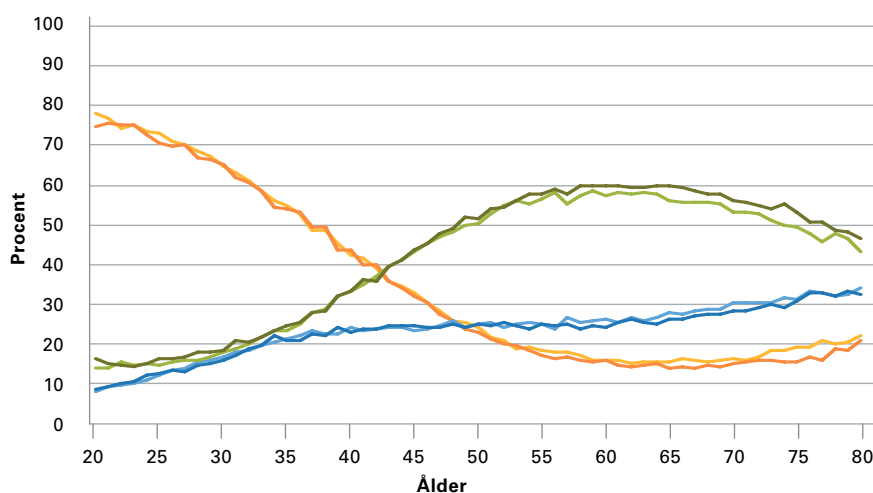
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011, 2013

PATIENTER:
Samtliga kvinnor
(20–80 år) som fått
minst en fyllning (TLV
701–707) under respektive
tidsperiod,
n = 233 488 (2011),
n = 234 015 (2013)

BEHANDLINGSÅTGÄRDER:
Alla fyllningar
(TLV 701–707) som
gjorts under respektive
tidsperiod,
n = 404 622 (2011),
n = 401 330 (2013)

Figur 7b. Fördelning av orsaker till utförda fyllningar hos män



Figur 7b.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011, 2013

PATIENTER:
Samtliga män
(20–80 år) som fått
minst en fyllning (TLV
701–707) under respektive
tidsperiod,
n = 231 250 (2011),
n = 230 756 (2013)

BEHANDLINGSÅTGÄRDER:
Alla fyllningar
(TLV 701–707) som
gjorts under respektive
tidsperiod,
n = 434 303 (2011),
n = 425 271 (2013)

2011 Primärkaries (TLV 4001/4002) 2011 Sekundärkaries (TLV 4011/4012)

2013 Primärkaries (TLV 4001/4002) 2013 Sekundärkaries (TLV 4011/4012)

2011 Övriga tillståndskoder

2013 Övriga tillståndskoder

BERÄKNING:

Fördelning (procent) i varje årsålder av orsakerna till utförda fyllningar, andel på grund av primärkaries, sekundärkaries respektive övrigt, uppdelat på två tidsperioder.

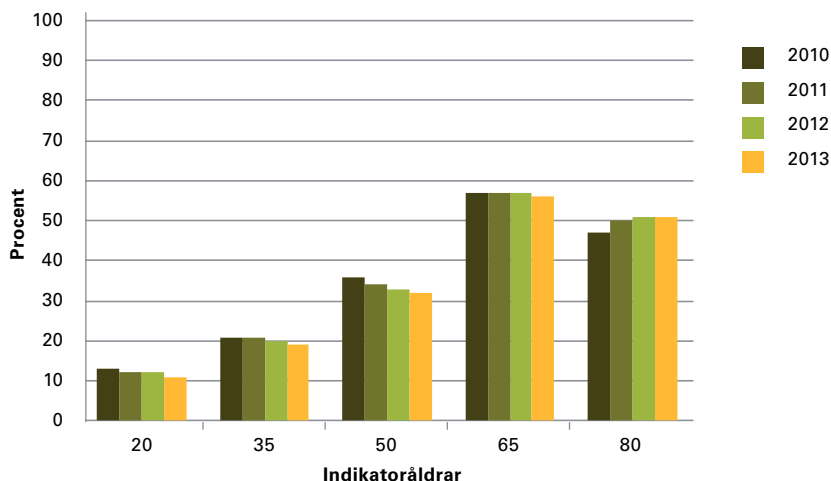
KOMMENTAR: Det framgår tydligt att primärkaries (karies i tidigare oskadad lokalisation) är den vanligaste orsaken till att fyllningar görs på patienter mellan 20 och cirka 40 år. Primärkaries som orsak minskar successivt till cirka 60 år, men ökar igen med stigande ålder. Sekundärkaries (karies i tidigare skadad lokalisation) som orsak till att fyllningar görs, ökar kontinuerligt genom åldersgrupperna, och efter 45–50-årsåldern är sekundärkaries vanligare än primärkaries.

Fyllningar med anledning av övriga diagnoser (bl.a. frakturer av fyllning eller tand, lossnade fyllningar, tandslitage och mineraliseringsstörningar) görs i en ökande utsträckning och från 40-årsåldern blir detta den vanligaste anledningen till att fyllningar utförs med kulmen i 60-årsåldern. Det är rimligt att anta att en stor del av dessa fyllningar bedömts som defekta.

Vissa könsskillnader kan urskiljas, i 60-årsåldern görs på kvinnor, jämfört med män, förhållandevis större andel fyllningar med indikationen övriga diagnoser. Fyllningar med anledning av primär och sekundär karies utgör en något mindre andel för kvinnor.

Kariesskadade approximalytor

Figur 8. Andel kariesskadade approximalytor (D₁, D₂, D₃ och fyllda) på premolarer och molarer, 2010–2013



Figur 8.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010, 2011, 2012, 2013

PATIENTER:
Alla i indikatoråldrarna enligt figuren med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under respektive tidsperiod.
n = 57 907 (2010)
n = 61 235 (2011)
n = 60 687 (2012)
n = 59 821 (2013)

BERÄKNING:

Andel (procent) kariesskadade approximalytor på premolarer och molarer, ej visdomständer, av totalt antal befintliga approximalytor på premolarer och molarer, uppdelat per år.

KOMMENTAR: Andelen skadade approximalytor, sammantaget D₁, D₂, D₃, fyllda (F), minskar från 2010 till 2013 i redovisade åldersgrupper utom den äldsta gruppen. Minskningen är tydligast i 50-årsgruppen. En ökning mellan åren 2010 och 2012 ses i 80-årsgruppen, mellan 2012 och 2013 ses inte motsvarande ökning. Detta kan tolkas som att tandhälsan börjar bli bättre även i denna åldersgrupp. Fortsatt analys får utvisa om detta är en bestående trend.

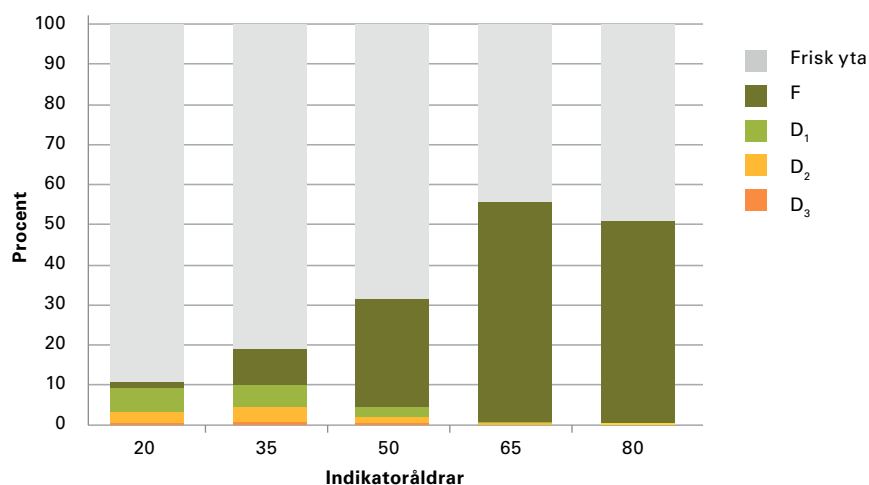
Figur 9.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2013

PATIENTER:
Alla i indikatoråldrar
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
tidsperioden
n = 59 821

Figur 9. Fördelning av approximalytor uppdelat på friska ytor, grad av karies (D₁, D₂, D₃) och fyllda (F) på premolarer och molarer, år 2013

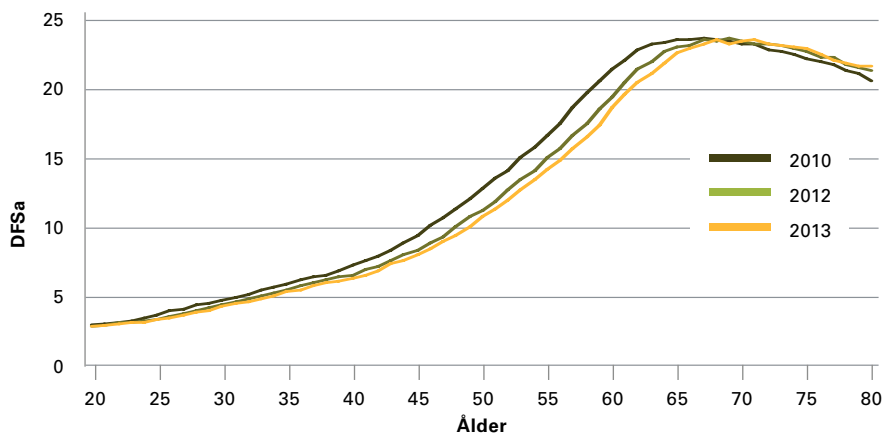


BERÄKNING:

Andel kariesskade approximalytor (uppdelat på friska ytor, D₁, D₂, D₃ och fyllda) av totalt antal approximalytor på befintliga premolarer och molarer, under tidsperioden, visdomständer exkluderade.

KOMMENTAR: I diagrammet redovisas tillståndet på sidoytorna på tänderna i bittets sidopartier, som andel (procent) kariesskadade approximalytor på premolarer och molarer (uppdelat på D₁, D₂, D₃ och fyllda). Yta med diagnostiserad karies vid undersökningstillfället som lagas under året kommer i grafen att redovisas som fylld. Det synes föreligga en mycket liten tendens att avvaka med lagning av karies på D₃-nivå. Initialkaries finns i relativt obetydlig omfattning hos 65- och 80-åringar i redovisningen. Det kan bero på att det ej registrerades några sådana vid undersökningstillfället i någon påtaglig omfattning eller att de lagats under året. När väl en yta har registrerats med en fyllning syns här inte några omgjorda fyllningar. För en sådan analys hänvisas till figur 7a och 7b med redovisning av orsaker till fyllningar.

Figur 10. Karierade och fyllda ytor approximalt (DFSa)



Figur 10.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010, 2012, 2013

PATIENTER:
Alla i åldrarna 20–80 år
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102)
respektive år.

BERÄKNING:

Medelvärde DFSa, karierade (D_3) eller fyllda (F) ytor (S) approximalt (a), visdomständer exkluderade.

KOMMENTAR: I detta diagram visades i Årsrapport 2012 karierade och fyllda sidoytor på tänderna (DFSa) enbart för 2012. I Årsrapport 2013 visar vi här motsvarande värden för både 2012 och 2013. För att ytterligare ge möjlighet att synliggöra trender har vi även tagit med värden för 2010. Då framträder en tydlig trend mot lägre DFSa vid jämförelse över tid. Detta stärker bilden av att vi i de unga och medelålders patientgrupperna ser en ökad hälsa avseende karies. Från cirka 70 års ålder svänger tendensen mot en sjukare trend i de högsta åldrarna. Detta torde ha flera olika förklaringar; t.ex. har patienterna ett ökat antal tänder i behåll. Många sjukdomstillstånd hos den äldre befolkningen orsakar också ökat antal belastningsfaktorer på munhålan. Patienterna kan också få svårare att upprätthålla god egenvård.

Kariesutveckling över tid

Figur 11a.

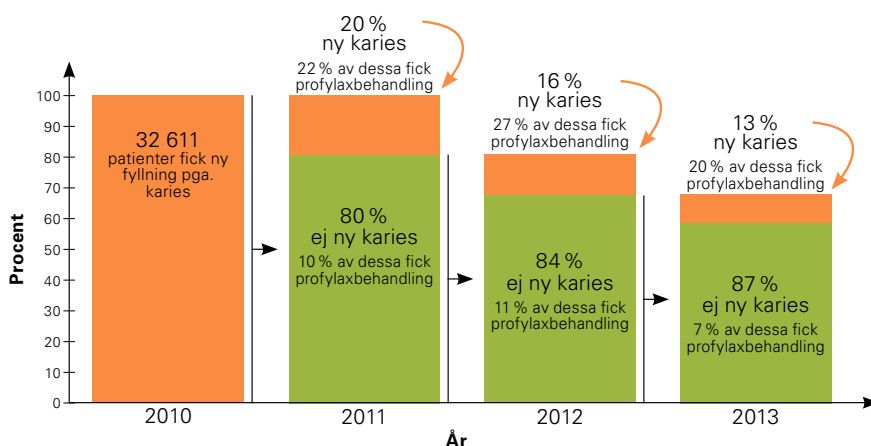
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
Startår 2010

PATIENTER:
Unika individer i åldern 20–29 år som hade en undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under startåret och som samma år fick minst en fyllning (TLV 701–707) eller krona (TLV 801) pga. primär- eller sekundärkaries (TLV tillståndskod 4001, 4002, 4011, 4012).

n = 32 611

Figur 11a. Hur lång friskhetstid har patienter efter diagnostiserad karies och hur stor andel får sjukdomsförebyggande/sjukdomsbehandlande åtgärder? Ålder 20–29 år



Figur 11b.

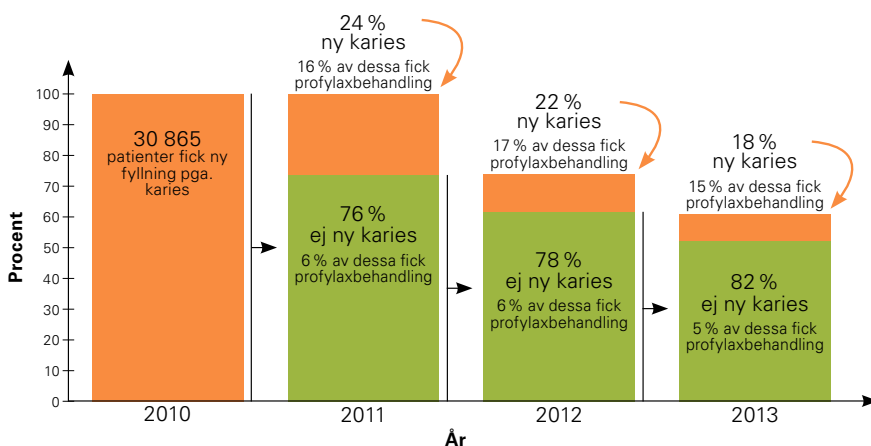
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
Startår 2010

PATIENTER:
Unika individer i åldern 50–59 år som hade en undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under startåret och som samma år fick minst en fyllning (TLV 701–707) eller krona (TLV 801) pga. primär- eller sekundärkaries (TLV tillståndskod 4001, 4002, 4011, 4012).

n = 30 865

Figur 11b. Hur lång friskhetstid har patienter efter diagnostiserad karies och hur stor andel får sjukdomsförebyggande/sjukdomsbehandlande åtgärder? Ålder 50–59 år



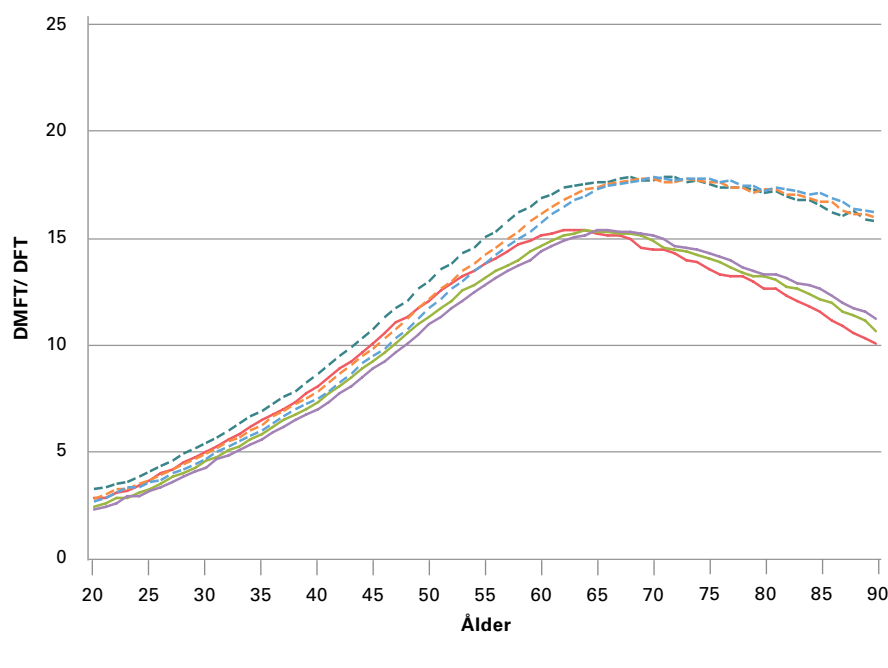
BERÄKNING:

Patienterna följdes under tre år med avseende på en eller flera nytillkomna lagningar pga. karies enligt ovan och hur många som fick minst en sjukdomsförebyggande eller sjukdomsbehandlande åtgärd här benämnt "profylaxbehandling" per år (TLV 201–204 motiverat av tillståndskod 2021, 3021 eller TLV 311, 312, 321 motiverat av tillståndskod 4001, 4002, 4011, 4012)

KOMMENTAR: Genomsnittligt ca hälften av de patienter som fått en fyllning på grund av karies 2010 har sedan hållit sig friska under den granskade treårsperioden i den undersökta populationen. Det ser ganska lika ut bland båda åldersgrupperna, 20–29 år och 50–59 år. Av de som inte fått karies under perioden har färre fått förebyggande åtgärder. De förebyggande/sjukdomsbehandlande åtgärderna satsades på de mest sjukdomsaktiva. Större andel av de yngre fick sjukdomsförebyggande/sjukdomsbehandlande åtgärder än i den äldre gruppen. Ändå var det en låg andel av de med fortsatt sjukdomsutveckling som erhöll sjukdomsbehandlande åtgärder (15–27 procent). Resultaten indikerar att ytterligare satsningar behövs på sjukdomsbehandlande åtgärder hos patienter som diagnostiserats med karies.

Karierade och fyllda tänder

Figur 12. Karierade och fyllda tänder (DFT) hos vuxna samt karierade, saknade på grund av karies och fyllda tänder (DMFT) hos vuxna



BERÄKNING:
Medelvärde DFT respektive DMFT per årsålder.

Figur 12.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010, 2012, 2013

PATIENTER:
Individer med
statusuppgifter och/
eller undersökning för
fullständig behandling
under respektive tids-
period eller året före.

n = 1 572 492 (2010)
n = 1 712 538 (2012)
n = 1 650 579 (2013)

— DFT 2010
— DFT 2012
— DFT 2013
- - - DMFT 2010
- - - DMFT 2012
- - - DMFT 2013

KOMMENTAR: Skillnaderna mellan DFT- och DMFT-kurvorna visar att fler tänder förloras med ökande ålder. Skillnaden mellan DMFT-kurvorna visar att alla åldrar har färre kariesskadade, fyllda eller förlorade tänder 2013 jämfört med 2012 och 2010, utom i de högsta åldrarna. Skillnaden mellan DFT-kurvorna visar dessutom att de kvarvarande tänderna är friskare 2013 jämfört med 2012 och 2010, upp till 65-årsåldern. I högre åldrar är de kvarvarande tänderna ”sjukare”, men av DMFT-kurvan att döma, finns fler tänder kvar som kan lagas i stället för att vara så dåliga att de behöver dras ut. I åldrarna 45–65 år finns en tendens till minskande DFT och DMFT under treårsperioden. Fortsatt analys av hur DFT förändrats över tid i de olika organisationerna kan ge svar på frågor om hälsoeffekten av de vårdstrategier som valts.

KAPITEL 8

Redovisning, parodontit

Indikatorer för SKaPa

Årets redovisning inkluderar ett antal centrala indikatorer avseende sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat. Redovisningen av data baseras på totalantalet vuxna individer (20 år och äldre) som undersökts för fullständig behandling (TLV åtgärds kod 101 eller 102) under angiven tidsperiod.

Processmått

Utförd behandling vid diagnos parodontit. Typ av behandling som vuxna individer med parodontal undersökning (registrering av fickstatus) och diagnostiserad parodontit (TLV tillståndskod 3043) har erhållit. Behandling vid parodontit innefattar sjukdomsinformation och instruktion i munhygien för förbättrad egenvård, mekanisk infektionsbehandling (depuration) och kirurgisk behandling. Även tandextraktion kan vara ett behandlingsalternativ vid omfattande stödjevävnadsförlust.

Vuxna individer med tandimplantat. Andel vuxna individer med tandimplantat som ersättning för förlorade tänder och procentuell fördelning av individer baserat på antal erhållna tandimplantat.

Utförd behandling vid diagnos periimplantit. Typ av behandling som vuxna individer med diagnostiserad periimplantit (TLV tillståndskod 3044) har erhållit. Behandling vid periimplantit innefattar sjukdomsinformation och instruktion i munhygien för förbättrad egenvård, mekanisk infektionsbehandling (depuration) och kirurgisk behandling. Även borttagande av tandimplantat kan vara ett behandlingsalternativ vid omfattande stödjevävnadsförlust.

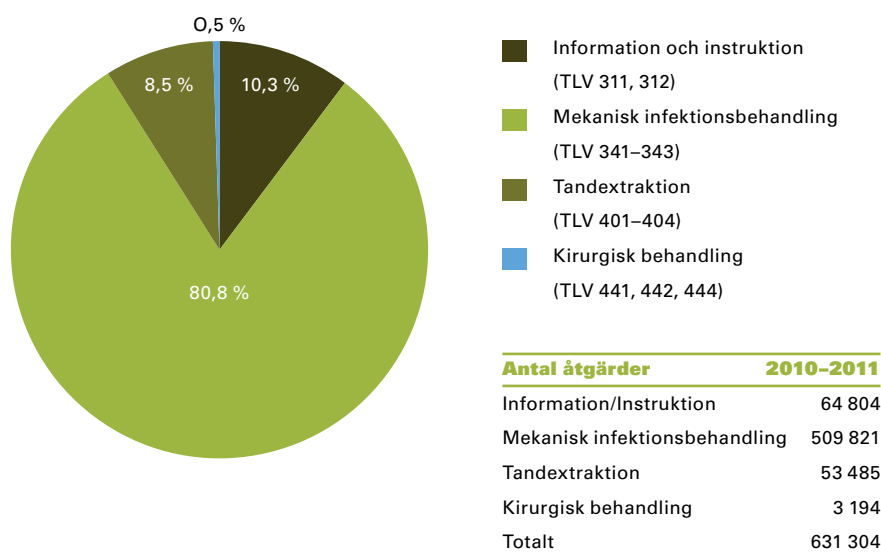
Resultatmått

Vuxna individer med parodontit. Andelen vuxna individer med parodontit baserat på två olika kriterier för sjukdomsgrad; Parodsjuk1 = individer med minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm och Parodsjuk2 = individer med ≥ 4 tänder med fickdjup 4–5 mm men ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm. Distalytan på 2:a molaren har inte inkluderats eftersom semiretinerad visdomstand kan medföra ökat fickdjup. Individer som saknar parodontal undersökningsdata (registrering av fickstatus) har klassats som att ha ingen eller ringa sjukdom (< 4 tänder med fickdjup 4–5 mm och ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm).

Vuxna individer med periimplantit. Andelen vuxna individer med tandimplantat som diagnostiserats med periimplantit – bakteriellt orsakad inflammation i vävnaden runt tandimplantat som resulterat i förlust av benstöd kring implantatet (TLV tillståndskod 3044).

Behandling vid parodontit

Figur 13a. Utförd behandling vid parodontit hos vuxna åren 2010–2011



BERÄKNING:
Procentuell fördelning av de definierade behandlingsåtgärderna vid diagnos parodontit (TLV 3043) som utförts under respektive tidsperiod.

Figur 13a.

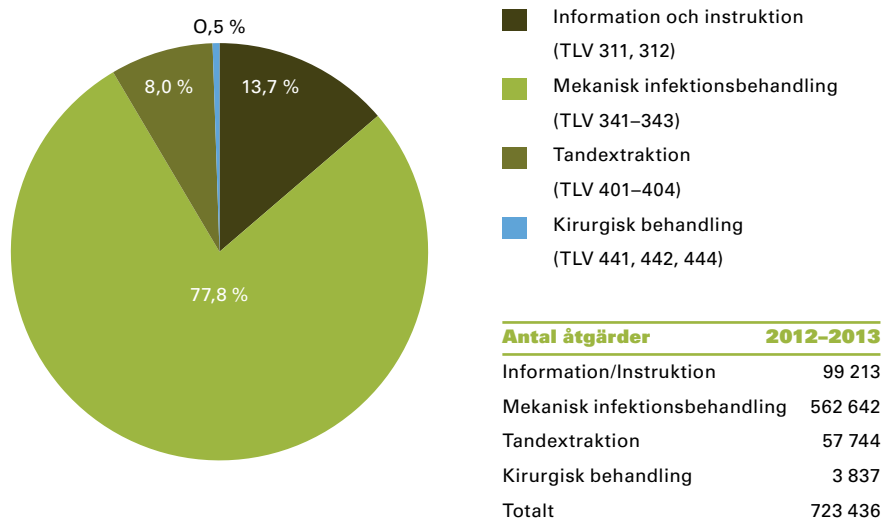
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011

PATIENTER:
Vuxna individer som
behandlats under
diagnosen parodontit
(TLV 3043) under
tidsperioden.

n = 299 842

Figur 13b. Utförd behandling vid diagnos parodontit åren 2012–2013



BERÄKNING:
Procentuell fördelning av de definierade behandlingsåtgärderna vid diagnos parodontit (TLV 3043) som utförts under respektive tidsperiod.

Figur 13b.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

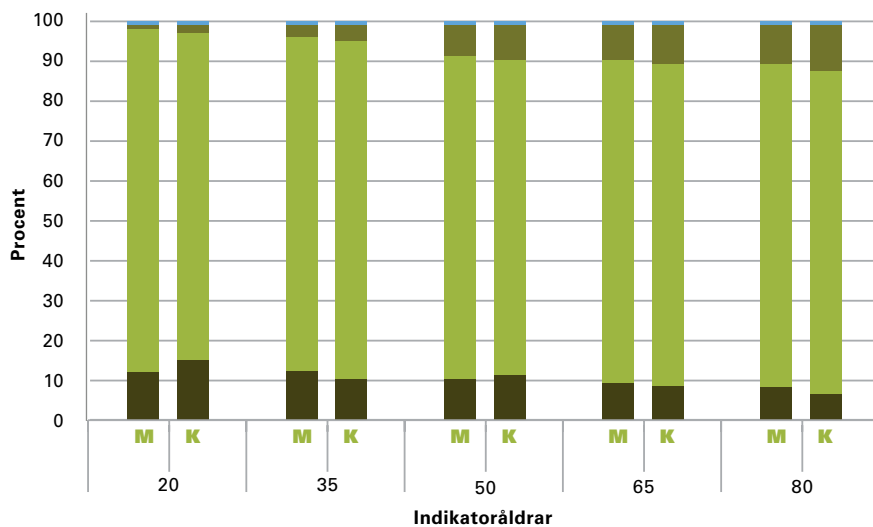
PATIENTER:
Vuxna individer som
behandlats under
diagnosen parodontit
(TLV 3043) under
tidsperioden.

n = 329 054

KOMMENTAR: Under tidsperioden 2010–2011 utgör icke-kirurgisk mekanisk infektionsbehandling (depuration) 81 procent av de behandlingsåtgärder som har utförts. Kirurgisk behandling, som är indicerad vid förekomst av djupa tandköttsfickor, utgör endast 0,5 procent av totalantalet behandlingsåtgärder. Behandlingsåtgärder för förbättrad egenvård (sjukdomsinformation och instruktion i munhygien) utgjorde 2010–2011 endast 10 procent av debiterad vård. Under tidsperioden 2012–2013 har denna andel ökat till knappt 14 procent, med motsvarande minskning för mekanisk infektionsbehandling. Tandextraktioner utgör ca 8 procent av behandlingsåtgärder under båda tidsperioderna.

Sannolikt är det så att den förhållandevis låga andelen information/instruktion till viss del kan ha sin förklaring i TLVs tidigare begränsningsregler för debitering av denna åtgärd och att behandlingsåtgärder för förbättrad egenvård ofta inkluderas i åtgärden mekanisk infektionsbehandling. Nationella riktlinjer har publicerats under den tidsperiod som redovisas och skulle kunna medföra förändring i den riktning som beskrivs.

Figur 14a. Utförd behandling vid diagnos parodontit uppdelat på ålder och kön, åren 2010–2011



K: Kvinnor **M:** Män

BERÄKNING:
Procentuell fördelning av behandlingsåtgärder enligt TLV vid diagnos parodontit (TLV 3043) under tidsperioden redovisat per indikatorålder och kön.

- Information och instruktion (TLV 311, 312)
- Mekanisk infektionsbehandling (TLV 341-343)
- Tandextraktion (TLV 401-404)
- Kirurgisk behandling (TLV 441, 442, 444)

Figur 14a.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011

PATIENTER:
Vuxna individer i
indikatoråldrar som
behandlats under
diagnosen parodontit
(TLV 3043) under
tidsperioden.

n = 27 020

Figur 14b.

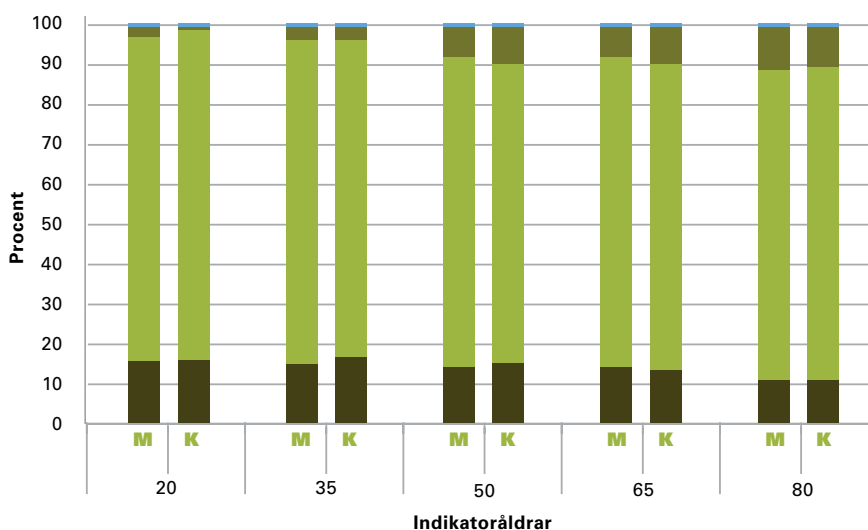
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Vuxna individer i
indikatoråldrar som
behandlats under
diagnosen parodontit
(TLV 3043) under
tidsperioden.

n = 28 533

Figur 14b. Utförd behandling vid diagnos parodontit uppdelat på ålder och kön, åren 2012–2013



M: Män K: Kvinnor

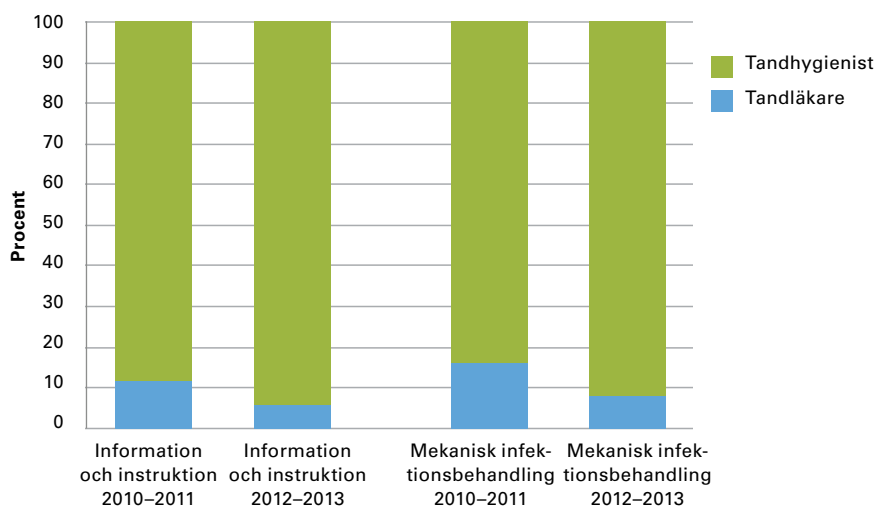
BERÄKNING:
Procentuell fördelning av behandlingsåtgärder enligt TLV vid diagnos parodontit (TLV 3043) under tidsperioden redovisat per indikatorålder och kön.

- Information och instruktion (TLV 311, 312)
- Mekanisk infektionsbehandling (TLV 341–343)
- Tandextraktion (TLV 401–404)
- Kirurgisk behandling (TLV 441, 442, 444)

KOMMENTAR: Analys av behandlingsåtgärder vid diagnosen parodontit i relation till patienternas ålder pekar på vissa skillnader. Behandlingsåtgärder för förbättrad egenvård (sjukdomsinformation och instruktion i munhygien) utgör ca 15 procent av debiterade åtgärder för individer i åldern 20 år och minskar successivt med stigande ålder och utgör endast 10 procent för individer i åldern 80 år under tidsperioden 2012–2013. Denna lägre andel kan tyckas förvånade med tanke på att prevalensen av parodontit ökar med stigande ålder och att god egenvården är av avgörande betydelse för ett lyckat resultat av professionella behandlingsåtgärder. Möjligt är dock att behandlingsåtgärder för förbättrad egenvård kan ha inkluderats i åtgärden mekanisk infektionsbehandling. Det finns dock en ökande användning av information/instruktion i alla åldergrupper i 2012–2013 jämfört med 2010–2011.

Åtgärden tandextraktion vid diagnosen parodontit ökar med stigande ålder och utgör cirka 10 procent av behandlingsinsatserna i åldern 80 år under båda tidsperioderna. I alla åldrar är icke-kirurgisk mekanisk instrumentering (depurationsbehandling) den dominerande behandlingsåtgärden (cirka 80 procent av debiterade åtgärder) och procentandelen kirurgisk behandling mindre än 0,5 procent.

Figur 15. Utförd behandling per yrkesgrupp



Figur 15.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010-2011, 2012-2013

PATIENTER:
Vuxna individer som
behandlats med
åtgärder enligt
nedan under diagnosen
parodontit (TLV 3043)
under tidsperioderna.
n = 299 842
(2010-2011)
n = 329 054
(2012-2013)

Antal åtgärder enligt TLV:s åtgärds-koder	Tdl	Thyg
Information/Instruktion 2010-2011	7 644	57 160
Information/Instruktion 2012-2013	5 581	93 632
Mekanisk infektionsbehandl 2010-2011	81 248	428 573
Mekanisk infektionsbehandl 2012-2013	44 239	518 403

BERÄKNING:

Procentuell fördelning av åtgärderna information/instruktion och mekanisk infektionsbehandling, fördelat på utförare (tandläkare/tandhygienist).

KOMMENTAR: Grafen visar att den helt dominerande delen av både information/instruktion och mekanisk infektionsbehandling utförs av tandhygienister. Under tidsperioden 2010-2011 utförde tandläkare endast strax över 10 procent av åtgärderna information/instruktion och ca 15 procent av den mekaniska infektionsbehandlingen. Dessa andelar minskar 2012-2013 till 5 respektive 8 procent, vilket kan betraktas som en stor förändring på relativt kort tid. Illustrerad procentuell fördelning av behandlingsåtgärderna mellan de två yrkeskategorierna, tillsammans med data redovisad i figur 14a-b, speglar hur vårdomhändertagandet av patienter med parodontit är organiserat i tandvården, nämligen att det i huvudsak är tandhygienister som utför behandlingen.

Fördelning av behandlingsåtgärder

Figur 16a.

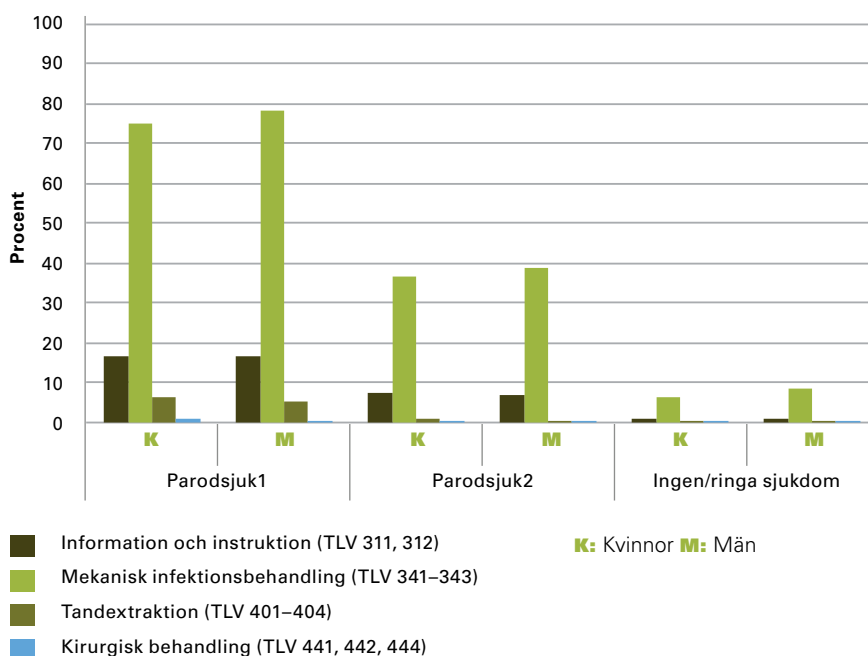
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD :
2012–2013

PATIENTER :
Vuxna individer
(40–49 år) med
undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
2012, uppdelade på
grupperna Parodsjuk1,
Parodsjuk2 samt Ingen/
ringa sjukdom.

n = 13 107, 7 %
(Parodsjuk1)
n = 16 279, 9 %
(Parodsjuk2)
n = 151 913, 84 %
(Ingen/ringa sjukdom)

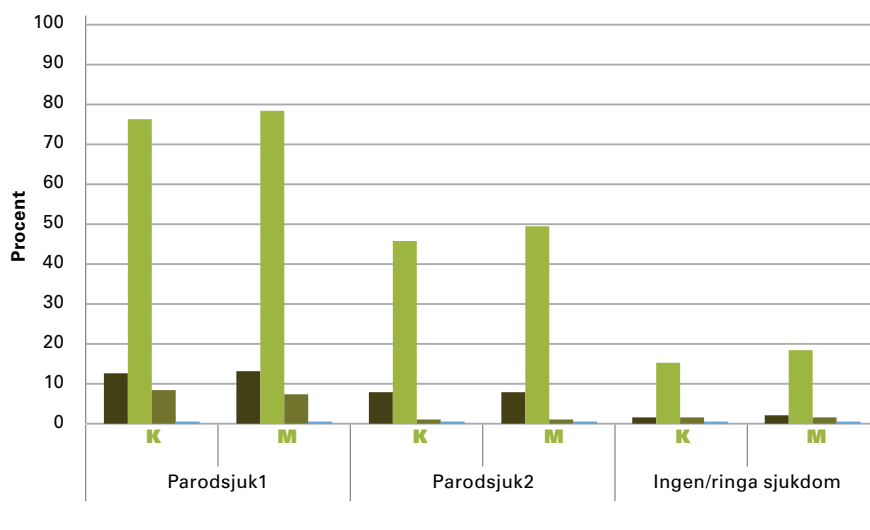
Figur 16a. Procentandel individer med statusgruppering Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive ingen/ringa sjukdom som fått behandlingsåtgärder motiverade av TLV tillståndskod 3043 (parodontit), 40–49 år.



BERÄKNING:

Andel (procent) individer som fått minst en behandling motiverad av TLV 3043 (parodontit) inom ett år efter den fullständiga undersökningen (indelade i grupperna: Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive Ingen/ringa sjukdom). Åtgärderna är indelade i fyra olika behandlingsgrupper.

Figur 16b. Procentandel individer med statusgruppering Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive ingen/ringa sjukdom som fått behandlingsåtgärder motiverade av TLV tillståndskod 3043 (parodontit), 60–69 år



■ Information och instruktion (TLV 311, 312) ■ K: Kvinnor M: Män
■ Mekanisk infektionsbehandling (TLV 341–343)
■ Tandextraktion (TLV 401–404)
■ Kirurgisk behandling (TLV 441, 442, 444)

BERÄKNING:

Andel (procent) individer som fått minst en behandling motiverad av TLV 3043 (parodontit) inom ett år efter den fullständiga undersökningen (indelade i grupperna: Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive Ingen/ringa sjukdom). Åtgärderna är indelade i fyra olika behandlingsgrupper.

Figur 16b.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER :
Vuxna individer
(60–69 år) med
undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
2012 uppdelade på
grupperna
Parodsjuk1, Parodsjuk2
samt Ingen/ringa
sjukdom.

n = 28 027, 22 %
(Parodsjuk1)
n = 13 215, 10 %
(Parodsjuk2)
n = 88 714, 68 %
(Ingen/ringa sjukdom)

Figur 16c.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD :
2012–2013

PATIENTER :
Vuxna individer
(80–89 år) med
undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
tidsperioden, upp-
delade på grupperna
Parodsjuk1, Parodsjuk2
samt Ingen/ringa
sjukdom.

n = 7 544, 20 %

(Parodsjuk1)

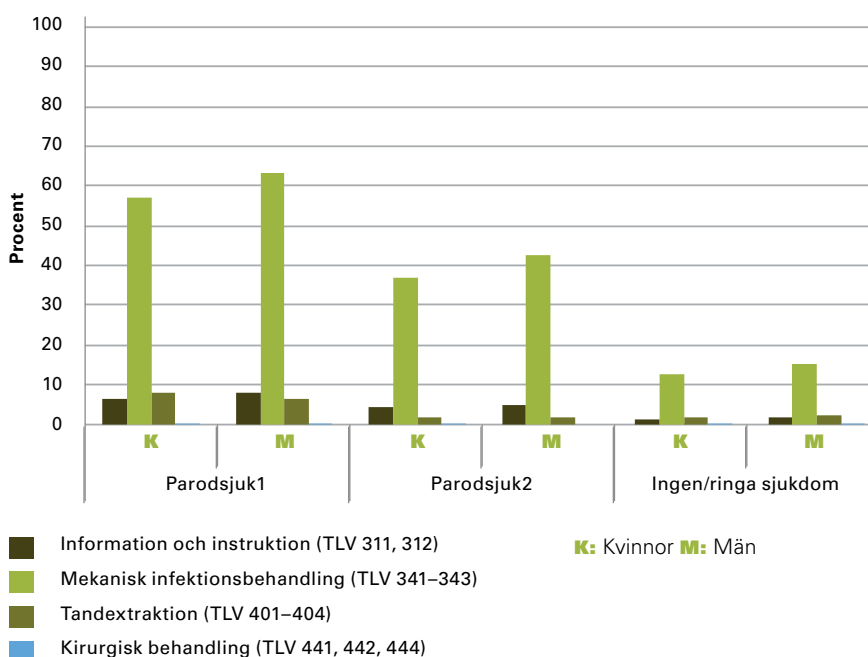
n = 2 683, 7 %

(Parodsjuk2)

n = 27 699, 73 %
(Ingen/ringa sjukdom)

Figur 16c.

Procentandel individer med statusgruppering Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive ingen/ringa sjukdom som fått behandlingsåtgärder motiverade av TLV tillståndskod 3043 (parodontit), 80–89 år



BERÄKNING:

Andel (procent) individer som fått minst en behandling motiverad av TLV 3043 (parodontit) inom ett år efter den fullständiga undersökningen (indelade i grupperna: Parodsjuk1, Parodsjuk2 respektive Ingen/ringa sjukdom). Åtgärderna är indelade i fyra olika behandlingsgrupper.

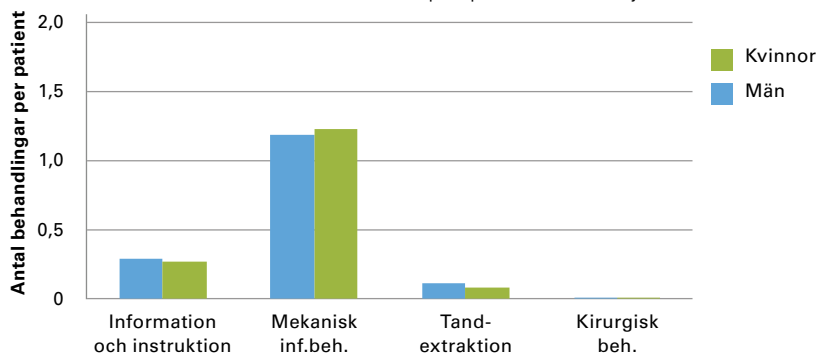
KOMMENTAR: Parodsjuk1: minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm; Parodsjuk2: ≥ 4 tänder med fickdjup 4–5 mm men inga med ≥ 6 mm; Ingen/ringa sjukdom: < 4 tänder med fickdjup 4–5 mm och ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm. Individer som saknar parodontal undersökningsdata (registrering av fickstatus) har klassats som att ha ingen eller ringa sjukdom.

I gruppen Parodsjuk1 i åldrarna 40–49 och 60–69 har 12–17 procent registrerad behandlingsåtgärd för information/instruktion. I åldersgruppen 80–89 är procentandelen lägre (7–8 procent). Skillnaden mellan könen är liten.

Av andelen individer i åldersgruppen 40–49 år med status Parodsjuk1 har 75–78 procent registrerad behandlingsåtgärd för mekanisk infektionsbehandling. I gruppen 60–69 år är motsvarande andel 76–79 procent och för 80–89 år sjunker andelen till 57–63 procent. Män får genomgående mer frekvent mekanisk infektionsbehandling än kvinnor.

För alla tre åldersgrupperna med ingen eller ringa sjukdom gäller att andelen individer som får behandlingsåtgärder motiverade av parodontit är liten. I de två äldsta åldersgrupperna är dock andelen individer som fått mekanisk infektionsbehandling större än den yngsta åldersgruppen.

Figur 17a. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043 per patient, Parodsjuk1. 40–49 år



Figur 17a.

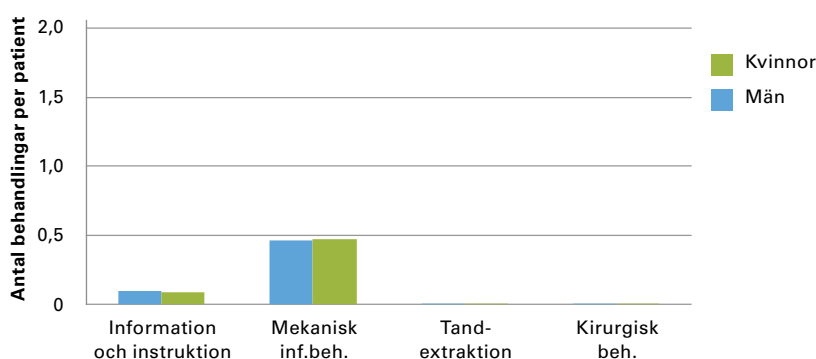
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 13 107

Figur 17b. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043, Parodsjuk2. 40–49 år



Figur 17b.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 16 279

Figur 17c.

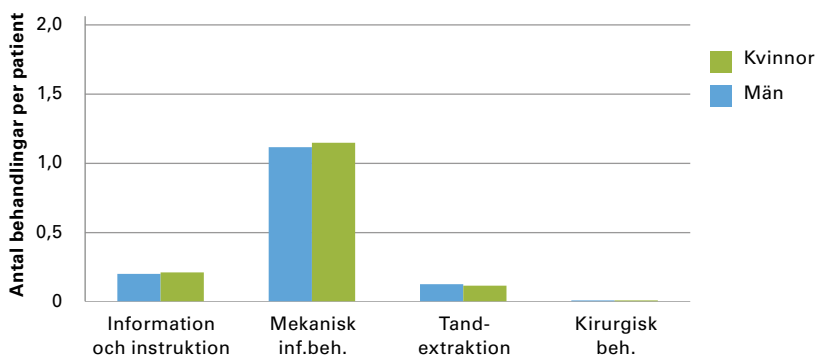
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 28 027

Figur 17c. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043 per patient, Parodsjuk1. 60–69 år



Figur 17d.

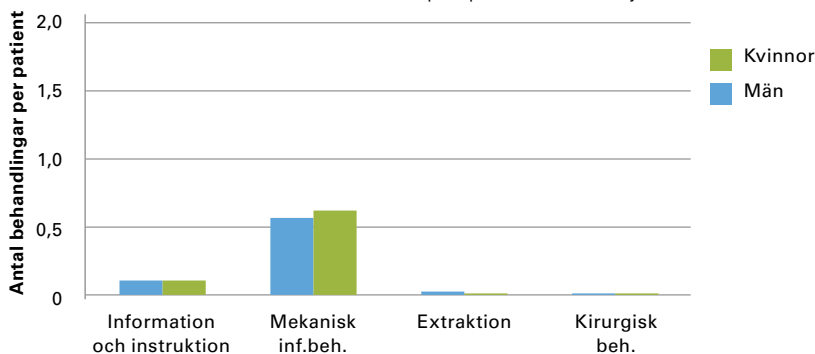
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

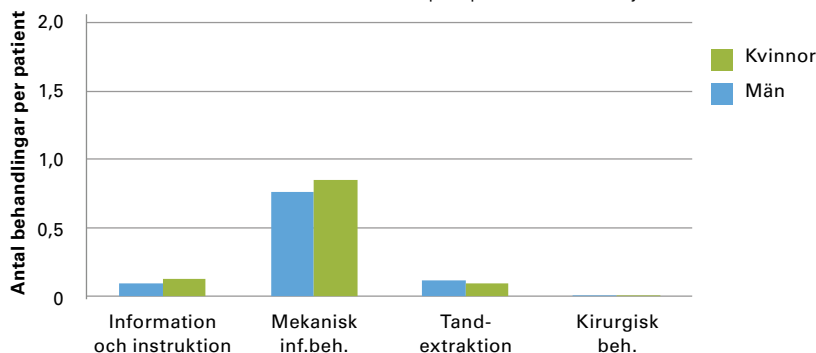
PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 13 215

Figur 17d. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043 per patient, Parodsjuk2. 60–69 år



Figur 17e. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043 per patient, Parodsjuk1. 80–89 år



Figur 17e.

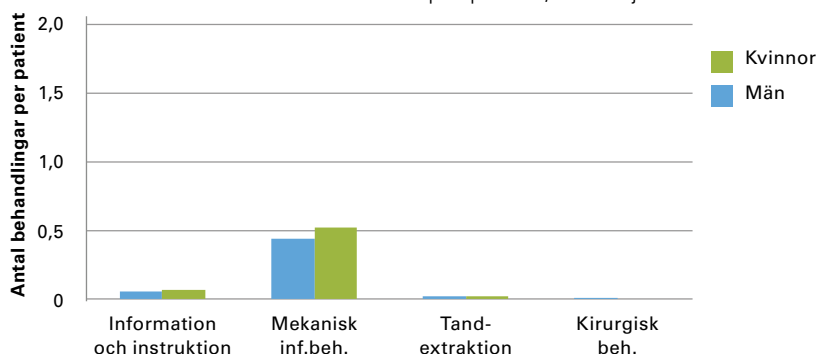
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 7 544

Figur 17f. Medeltal antal behandlingar per patient motiverade av tillståndskod TLV 3043 per patient, Parodsjuk2. 80–89 år



Figur 17f.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2012–2013

PATIENTER:
Unika patienter med undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) under 2012 och med definierade åtgärds-koder motiverade av TLV 3043 inom ett år från undersökningen:
1. Information och instruktion (TLV 311, 312)
2. Mekanisk infektions-behandling (TLV 341–343)
3. Tandextraktion (TLV 401–404)
4. Kirurgisk behandling (TLV 441,442,444)

n = 2 683

KOMMENTAR: Ovanstående grafer visar antalet registrerade behandlings-åtgärder per individ inom de tre åldersgrupperna 40–49 år, 60–69 år och 80–89 år med status Parodsjuk1 och Parodsjuk2. Som visats tidigare i rapporten dominerar mekanisk infektionsbehandling. Patienter med status Parodsjuk2 får genomgående ungefär hälften så många åtgärder för mekanisk infektionsbehandling som patienter i Parodsjuk1.

Utveckling över tid efter diagnostiserad parodontit

Figur 18a, 19a, 20a och 21a beskriver utvecklingen över tid avseende parodontitstatus enligt fickdjupsregistreringarna i patientjournalerna för respektive åldersgrupp. I figur 18b–e, 19b–e, 20b–e och 21b–e beskrivs den behandling som patientgrupperna erhållit år för år (procentandel individer med registrerad behandlingsåtgärd).

Figur 18a.

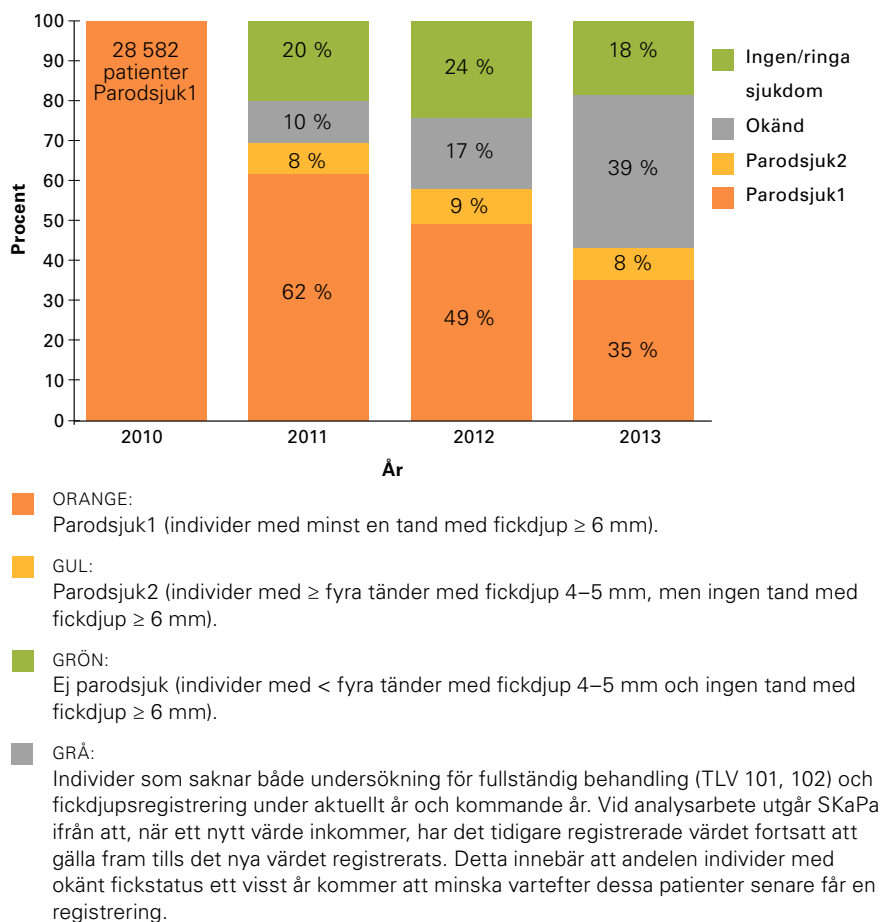
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 50–59
år som vid startåret
(2010) har minst en
tand med fickdjup
≥ 6 mm (Parodsjuk1),
dessa patienter följdes
sedan under tre år
med avseende på
fickdjupsregistreringar.

n = 28 582

Figur 18a. Utveckling av Parodsjuk1, 50–59 år

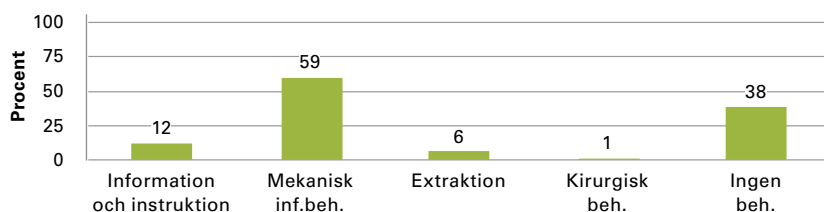


För samtliga definitioner gäller att fickdjupsregistrering och/eller undersökning för fullständig behandling ska ha skett under aktuellt år.

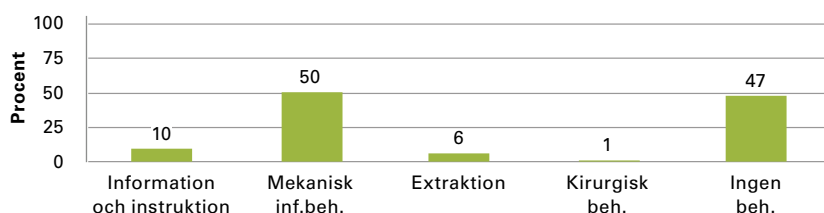
BERÄKNING:

Patienter med startår 2010 följs upp under tre år utifrån fickdjupsregistreringar.

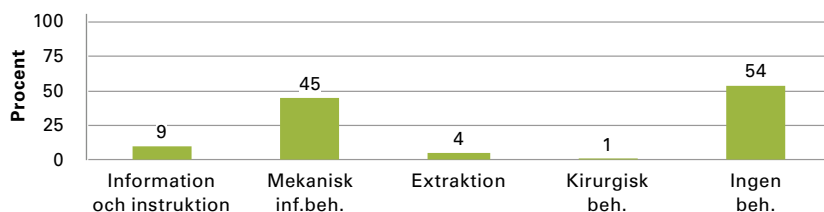
Figur 18b. Behandlingar 2010 till gruppen Parodsjuk1, 50–59 år, figur 18a



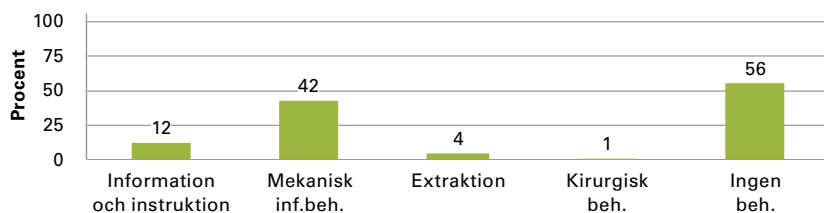
Figur 18c. Behandlingar 2011 till gruppen Parodsjuk1, 50–59 år, figur 18a



Figur 18d. Behandlingar 2012 till gruppen Parodsjuk1, 50–59 år, figur 18a



Figur 18e. Behandlingar 2013 till gruppen Parodsjuk1, 50–59 år, figur 18a



Figur 18b–e.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 50–59
år som vid startåret
(2010) uppfyller krite-
rierna för Parodsjuk1,
dessa patienter följdes
sedan under tre år.

n = 28 582,
Parodsjuk1 50–59 år

GRUPPER AV ÅTGÄRDER
MOTIVERADE AV TLV
3043:

Information och
instruktion
(TLV 311, 312)
Mekanisk infektions-
behandling
(TLV 341–343)
Tandextraktion
(TLV 401–404)
Kirurgisk behandling
(TLV 441, 442, 444)
Ingen registrerad
behandling motiverad
av TLV 3043

Figur 19a.

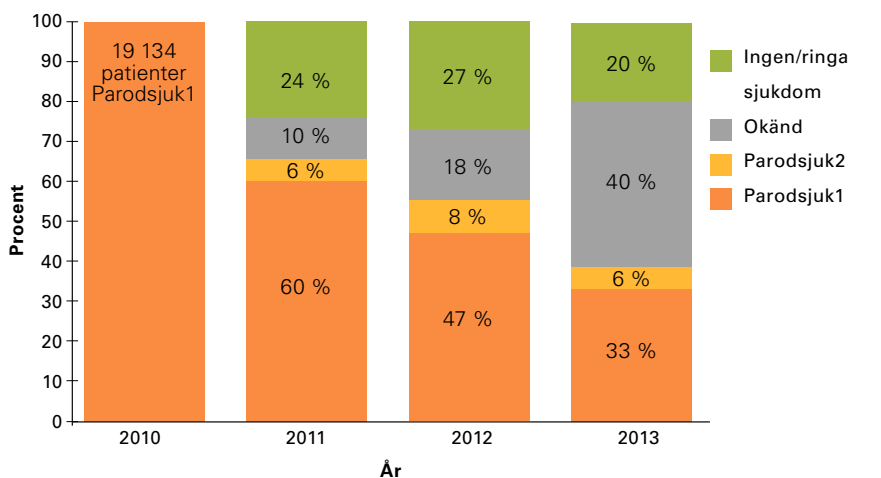
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 70–79
år som vid startåret
(2010) har minst en
tand med fickdjup
≥ 6 mm (Parodsjuk1),
dessa patienter följdes
sedan under tre år med
avseende på fickdjups-
registreringar.

n = 19 134

Figur 19a. Utveckling av Parodsjuk1, 70–79 år



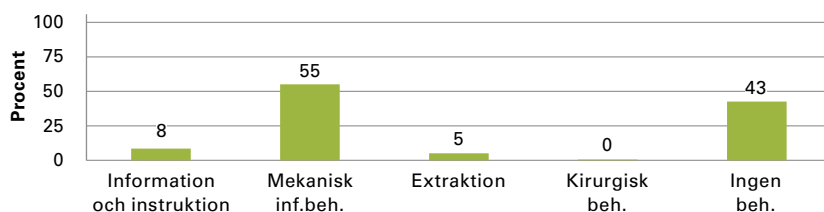
- ORANGE:
Parodsjuk1 (individer med minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm).
- GUL:
Parodsjuk2 (individer med ≥ fyra tänder med fickdjup 4–5 mm, men ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm).
- GRÖN:
Ej parodsjuk (individer med < fyra tänder med fickdjup 4–5 mm och ingen tand med fickdjup ≥ 6 mm).
- GRÅ:
Individer som saknar både undersökning för fullständig behandling (TLV 101, 102) och fickdjupsregistrering under aktuellt år och kommande år. Vid analysarbete utgår SKaPa ifrån att, när ett nytt värde inkommer, har det tidigare registrerade värdet fortsatt att gälla fram tills det nya värdet registrerats. Detta innebär att andelen individer med okänt fickstatus ett visst år kommer att minska vartefter dessa patienter senare får en registrering.

För samtliga definitioner gäller att fickdjupsregistrering och/eller undersökning för fullständig behandling ska ha skett under aktuellt år.

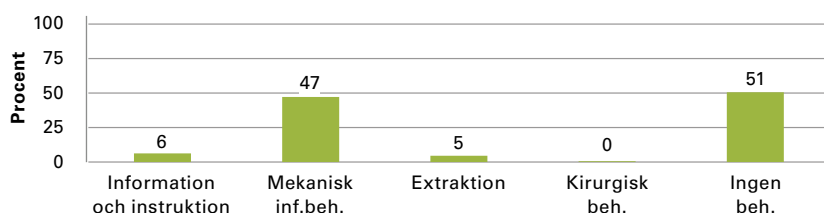
BERÄKNING:

Patienter med startår 2010 följs upp under tre år utifrån fickdjupsregistreringar.

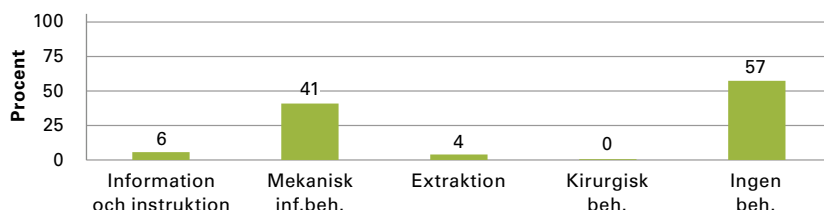
Figur 19b. Behandlingar 2010 till gruppen Parodsjuk1, 70–79 år, figur 19a



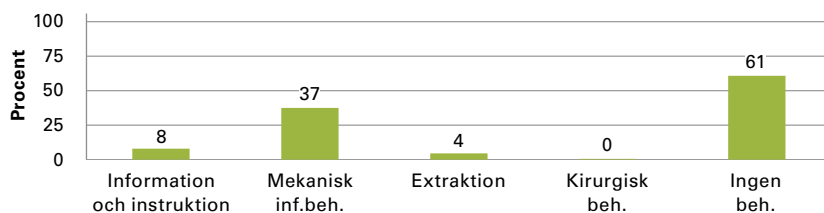
Figur 19c. Behandlingar 2011 till gruppen Parodsjuk1, 70–79 år, figur 19a



Figur 19d. Behandlingar 2012 till gruppen Parodsjuk1, 70–79 år, figur 19a



Figur 19e. Behandlingar 2013 till gruppen Parodsjuk1, 70–79 år, figur 19a



Figur 19b–e.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 70–79
år som vid startåret
(2010) uppfyller krite-
rierna för Parodsjuk1,
dessa patienter följdes
sedan under tre år.

n = 19 134,
Parodsjuk1 70–79år

GRUPPER AV ÅTGÄRDER
MOTIVERADE AV TLV
3043:

Information och
instruktion
(TLV 311, 312)
Mekanisk infektions-
behandling
(TLV 341–343)
Tandextraktion
(TLV 401–404)
Kirurgisk behandling
(TLV 441, 442, 444)
Ingen registrerad
behandling motiverad
av TLV 3043

KOMMENTAR: Av den ursprungliga gruppen Parodsjuk1 50–59 år 2010 har 35 procent fortsatt status Parodsjuk1 2013. För gruppen 70–79 år är motsvarande siffra 33 procent. I båda åldersgrupperna uppvisar 26 procent förbättrat status år 2013 (Ingen/ringa sjukdom eller status Parodsjuk2). För 39 respektive 40 procent saknas uppgift om parodontalt status.

Figur 20a.

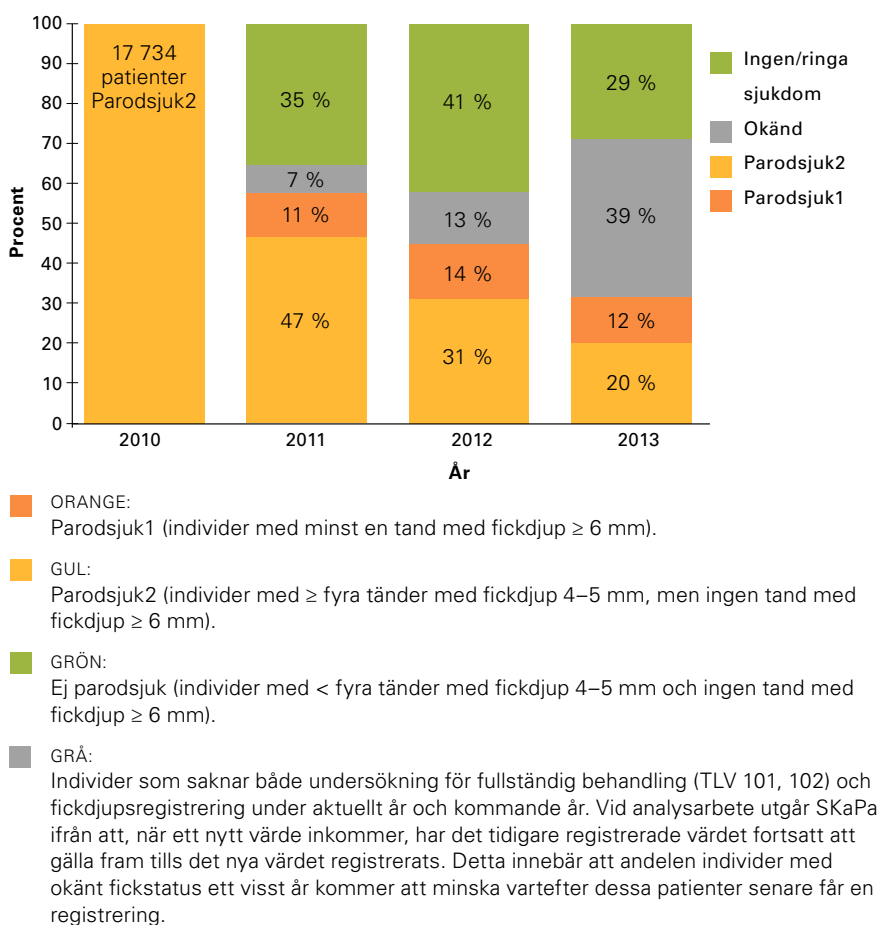
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 50–59
år som vid startåret
(2010) har fyra tänder
eller mer med fickdjup
4–5 mm men ingen
tand med fickdjup
≥ 6 mm (Parodsjuk2),
dessa patienter följdes
sedan under tre år med
avseende på fickdjups-
registreringar.

n = 17 734

Figur 20a. Utveckling av Parodsjuk2, 50–59 år

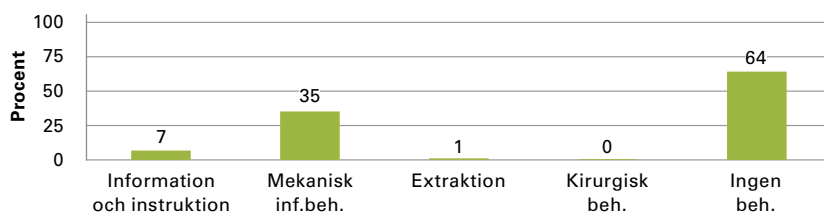


För samtliga definitioner gäller att fickdjupsregistrering och/eller undersökning för fullständig behandling ska ha skett under aktuellt år.

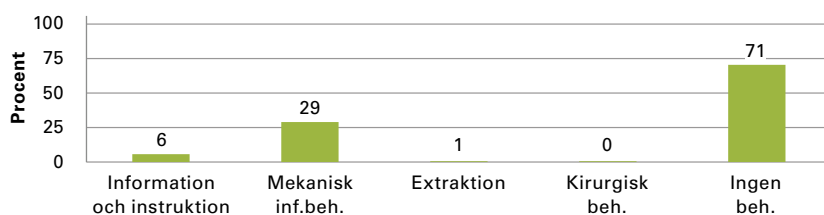
BERÄKNING:

Patienter med startår 2010 följs upp under tre år utifrån fickdjupsregistreringar.

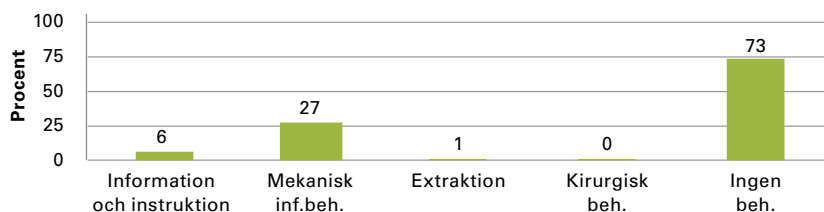
Figur 20b. Behandlingar 2010 till gruppen Parodsjuk2, 50–59 år, figur 20a



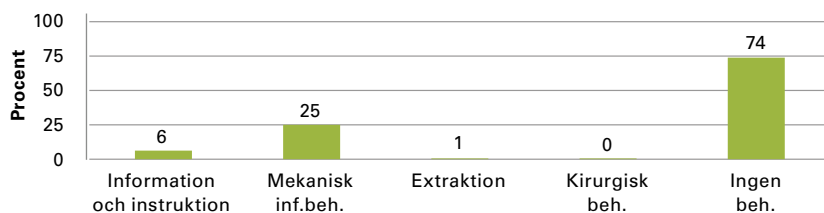
Figur 20c. Behandlingar 2011 till gruppen Parodsjuk2, 50–59 år, figur 20a



Figur 20d. Behandlingar 2012 till gruppen Parodsjuk2, 50–59 år, figur 20a



Figur 20e. Behandlingar 2013 till gruppen Parodsjuk2, 50–59 år, figur 20a



Figur 20b–e.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 50–59
år som vid startåret
(2010) uppfyller
kriterierna för
Parodsjuk2, dessa
patienter följdes sedan
under tre år.

n = 17 734,
Parodsjuk2 50–59 år

GRUPPER AV ÅTGÄRDER
MOTIVERADE AV TLV
3043:
Information och
instruktion
(TLV 311, 312)
Mekanisk infektions-
behandling
(TLV 341–343)
Tandextraktion
(TLV 401–404)
Kirurgisk behandling
(TLV 441, 442, 444)
Ingen registrerad
behandling motiverad
av TLV 3043

Figur 21a.

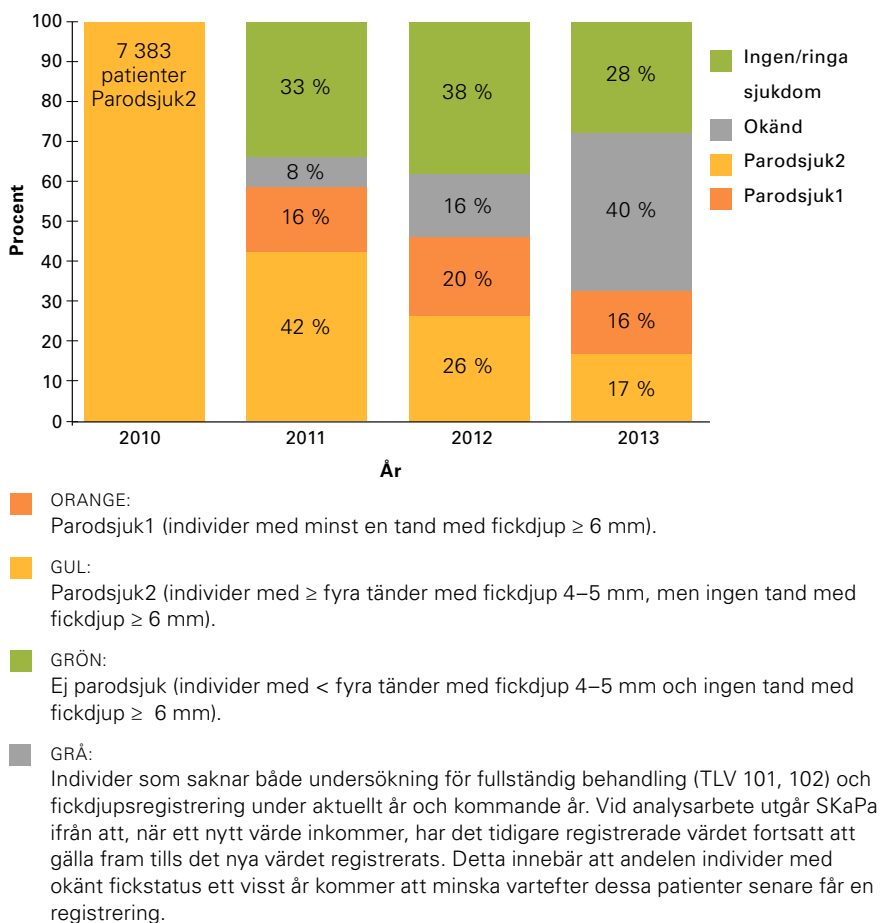
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 70–79
år som vid startåret
(2010) har fyra tänder
eller mer med fickdjup
4–5 mm men ingen
tand med fickdjup
≥ 6 mm (Parodsjuk2),
dessa patienter följdes
sedan under tre år med
avseende på fickdjups-
registreringar.

n = 7 383

Figur 21a. Utveckling av Parodsjuk2, 70–79 år

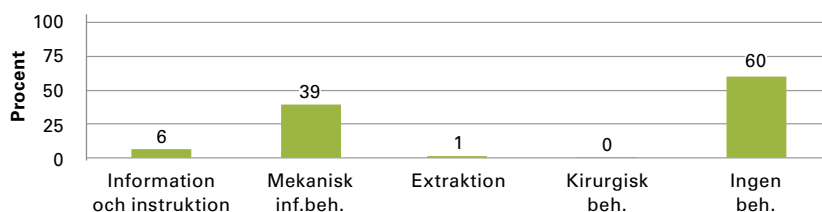


För samtliga definitioner gäller att fickdjupsregistrering och/eller undersökning för fullständig behandling ska ha skett under aktuellt år.

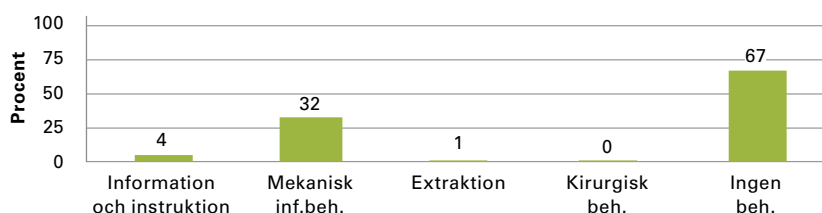
BERÄKNING:

Patienter med startår 2010 följs upp under tre år utifrån fickdjupsregistreringar.

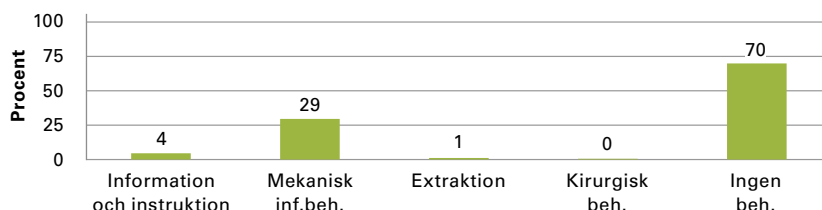
Figur 21b. Behandlingar 2010 till gruppen Parodsjuk2, 70–79 år, figur 21a



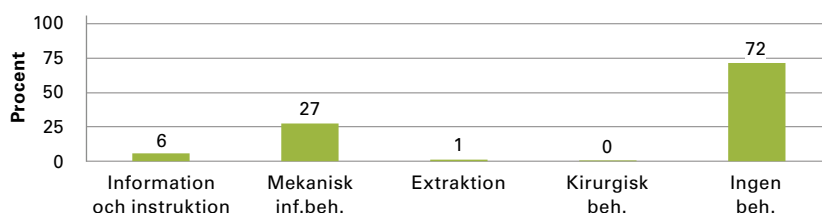
Figur 21c. Behandlingar 2011 till gruppen Parodsjuk2, 70–79 år, figur 21a



Figur 21d. Behandlingar 2012 till gruppen Parodsjuk2, 70–79 år, figur 21a



Figur 21e. Behandlingar 2013 till gruppen Parodsjuk2, 70–79 år, figur 21a



Figur 21b–e.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2013

PATIENTER:
Vuxna patienter i
åldersgruppen 70–79
år som vid startåret
(2010) uppfyller
kriterierna för
Parodsjuk2, dessa
patienter följdes sedan
under tre år.

n = 7 383,
Parodsjuk2 70–79 år

GRUPPER AV ÅTGÄRDER
MOTIVERADE AV TLV

3043:
Information och
instruktion
(TLV 311, 312)
Mekanisk infektions-
behandling
(TLV 341–343)
Tandextraktion
(TLV 401–404)
Kirurgisk behandling
(TLV 441, 442, 444)
Ingen registrerad
behandling motiverad
av TLV 3043

KOMMENTAR: Av den ursprungliga gruppen Parodsjuk2 50–59 år 2010 har 20 procent fortfarande status Parodsjuk2 2013. För gruppen 70–79 år är motsvarande siffra 17 procent. I de två åldersgrupperna uppvisar 29 respektive 28 procent förbättrat status år 2013 (Ingen/ringa sjukdom), medan för 12 procent av individerna i åldergrupp 50–59 år och 16 procent i åldergrupp 70–79 år har status försämrats (Parodsjuk1). För 39 respektive 40 procent saknas uppgift om parodontalt status.

Vuxna individer med parodontal sjukdom

Figur 22.

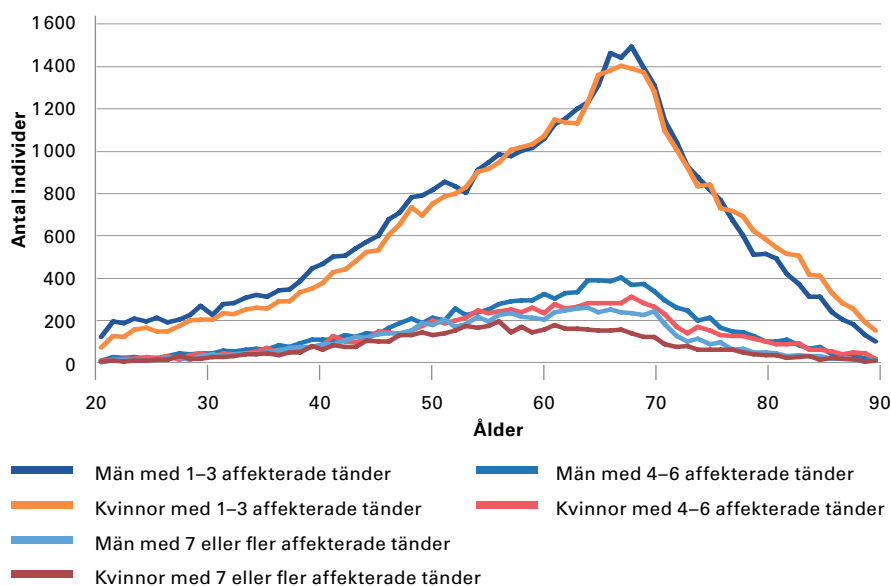
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2013

PATIENTER:
Vuxna individer med
undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) som
har minst en tand
med fickdjup ≥ 6 mm
(Parodsjuk1) under
tidsperioden.

n = 123 981

Figur 22. Antal individer med status Parodsjuk1 grupperade efter antal affekterade tänder (fickdjup ≥ 6 mm), ålders- och könssuppdelat.



BERÄKNING:

Antal individer indelade med avseende på antal tänder med fickdjup ≥ 6 mm (Parodsjuk1), 2:a molarens distalyta undantagen.

Figur 23a.

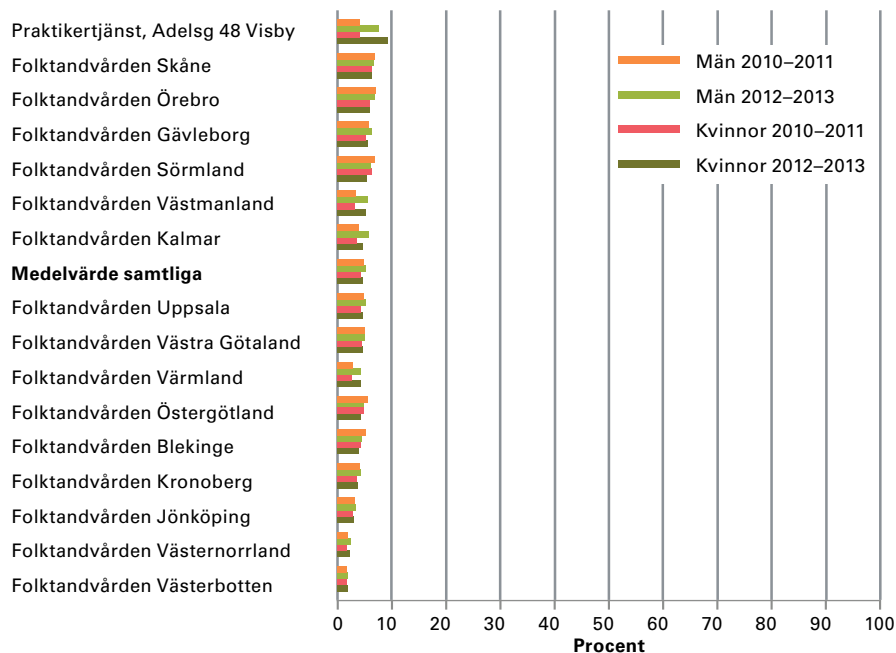
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011
2012–2013

PATIENTER:
Vuxna individer
som undersökts för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
respektive tidsperiod
med minst en tand
med fickdjup ≥ 6 mm
(Parodsjuk1), visdoms-
tänder och 7:or distalt
undantaget.

n = 125 320
(2010–2011)
n = 144 857
(2012–2013)

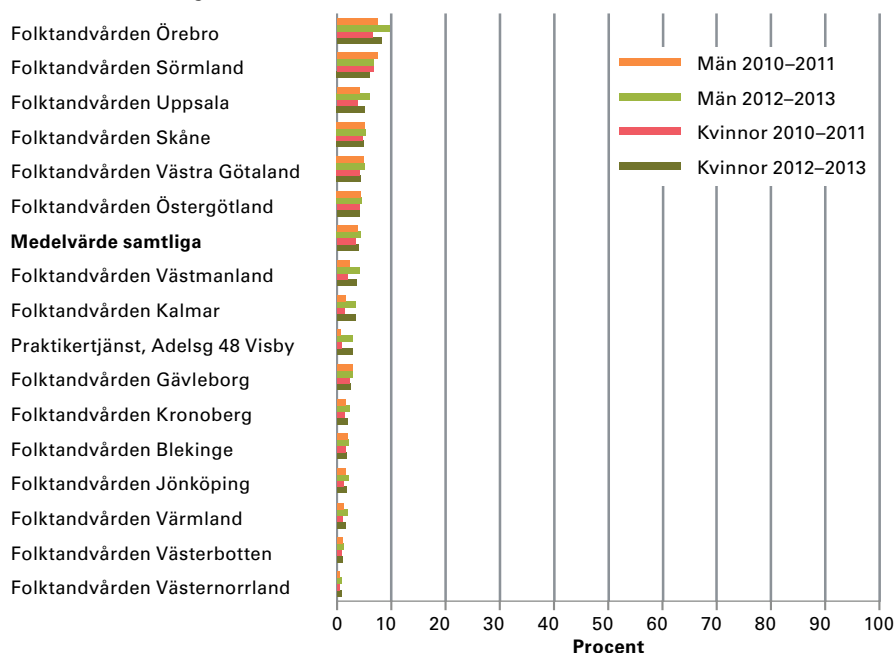
Figur 23a. Andel (procent) vuxna individer enligt kriteriet Parodsjuk1 per organisation och kön



BERÄKNING:

Andel (procent) Parodsjuk1 av vuxna individer som undersökts för fullständig behandling under respektive tidsperiod, redovisat per organisation och kön.

Figur 23b. Andel (procent) vuxna individer enligt kriteriet Parodsjuk2 per organisation och kön



DELTAGANDE
ORGANISATIONER :
16

TIDSPERIOD:
2010-2011
2012-2013

PATIENTER:
Vuxna individer
som undersökts för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
respektive tidsperiod
med $\geq$ fyra tänder med
fickdjup 4-5 mm men
inga fickor $\geq$ 6 mm
(Parodsjuk2).

n = 96 273
(2010-2011)
n = 121 554
(2012-2013)

BERÄKNING:

Andel (procent) Parodsjuk2 av vuxna individer som undersökts för fullständig behandling under respektive tidsperiod, redovisat per organisation och kön.

KOMMENTAR: Denna graf är inte jämförbar med figur 20 i Årsrapport 2012. Logiken i databearbetningen är förändrad så att den senaste registreringen på en yta är den som gäller. Med denna logik kommer andelen med både Parodsjuk1 och Parodsjuk2 att bli lägre än med den beräkningsgrund som tidigare använts. Se vidare sidan 12.

Generellt gäller att förekomsten av Parodsjuk1 är något högre för män än för kvinnor i båda de redovisade tidsperioderna. Samma förhållande gäller för Parodsjuk2.

KAPITEL 9

Redovisning, periimplantit

Utförd behandling vid diagnos periimplantit. Periimplantit är en infektionssjukdom som leder till progressiv nedbrytning av benstödet kring tandimplantatet och orsakas av bakterieansamling på tandimplantaten.

Behandlingen inriktas därför mot förbättrad egenvård (information/instruktion i munhygien) och professionella insatser för att eliminera infektionen kring tänderna (mekanisk infektionsbehandling och kirurgisk behandling). Vid omfattande stödjevärnsförlust kan även borttagande av tandimplantat vara ett behandlingsalternativ.

Andel vuxna individer med tandimplantat

Figur 24.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011, 2012–2013

PATIENTER:
Unika vuxna individer
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
tidsperioderna

n = 1 358 727
(2010–2011)

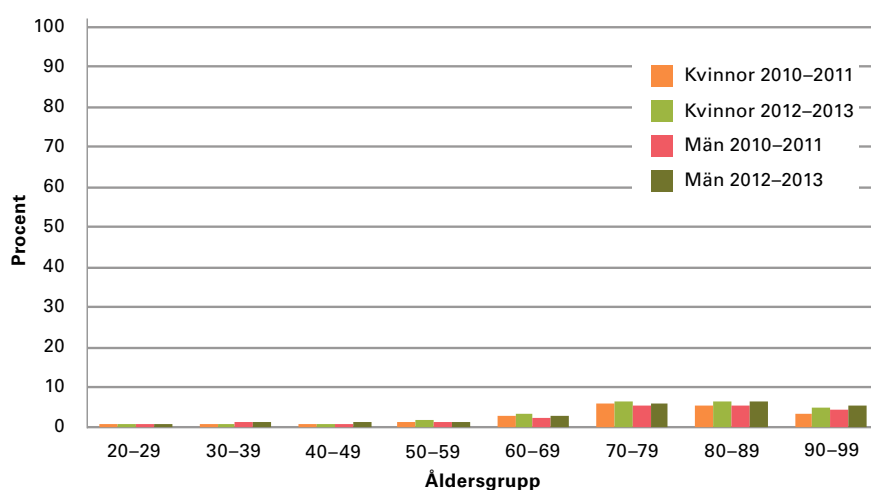
n = 1 477 463
(2012–2013)

och med minst ett
tandimplantat som
registreras i status
någon gång under
respektive period

n = 23 038
(2010–2011)

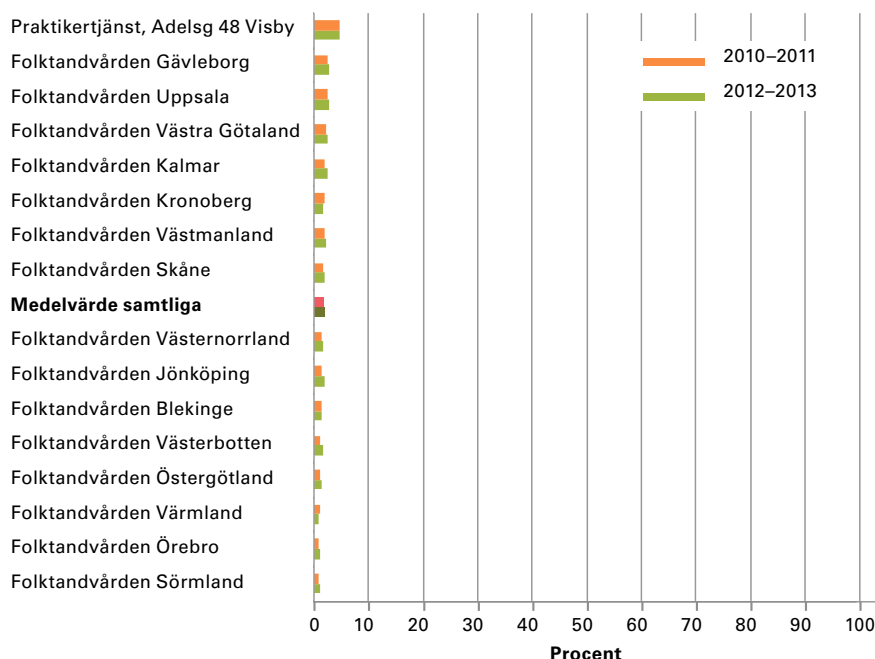
n = 29 454
(2012–2013)

Figur 24. Andel vuxna individer med tandimplantat, ålders- och könsuppdelat



KOMMENTAR: Andelen individer med tandimplantat är högst i åldersgrupperna 70–89 år, 5–6 procent och lägst i åldersintervallet 20–29 år, mindre än 1 procent. Andelen individer med tandimplantat är genomgående högre 2012–2013 jämfört med 2010–2011.

Figur 25. Andel vuxna individer med tandimplantat, per organisation



Figur 25.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011, 2012–2013

PATIENTER:
Unika vuxna individer
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
tidsperioderna

n = 1 358 727
(2010–2011)

n = 1 477 463
(2012–2013)

och med minst ett
tandimplantat som
registreras i status
någon gång under
respektive period

n = 23 038
(2010–2011)

n = 29 454
(2012–2013)

KOMMENTAR: Andelen vuxna med tandimplantat ökar mellan 2010–2011 och 2012–2013 från 1,7 procent till 2,0 procent. I två organisationer, Folktandvården Kronoberg och Folktandvården Värmland noteras en mindre minskning.

Antal tandimplantat per individ

Figur 26.

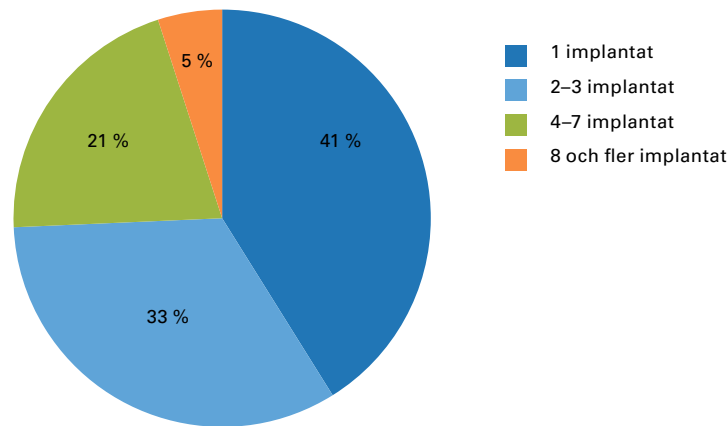
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2011–2013

PATIENTER:
Unika vuxna individer
med undersökning för
fullständig behandling
(TLV 101, 102) under
tidsperioden med
minst ett tandimplantat
registrerat i status
någon gång under
perioden.

n = 33 336

Figur 26. Procentuell fördelning av individer med tandimplantat med avseende på antal implantat



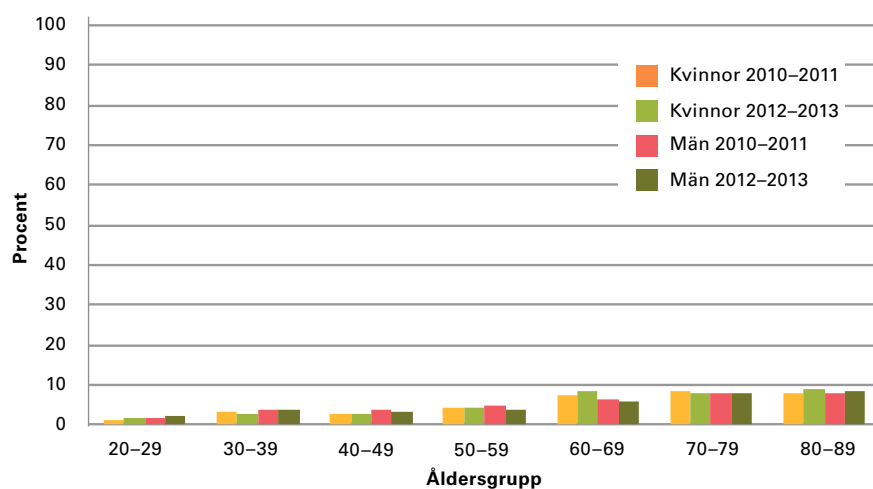
BERÄKNING:

Fördelning av alla individer med tandimplantat med avseende på antal tandimplantat

KOMMENTAR: Av individerna med tandimplantat har 41 procent protetiska ersättningar omfattande ett tandimplantat, 33 procent har 2–3 tandimplantat, 21 procent har 4–7 tandimplantat och 5 procent har 8 eller fler tandimplantat som ersättning för förlorade tänder.

Andel vuxna individer som behandlats för periimplantit

Figur 27. Andel vuxna individer med tandimplantat som behandlats för periimplantit



BERÄKNING:

Andel (procent) vuxna individer med registrerade tandimplantat som behandlats för periimplantit (TLV 3044) under tidsperioderna.

Figur 27.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010-2011, 2012-2013

PATIENTER:
Samtliga patienter
20-89 år med registrerat implantat under tidsperioden
n = 27 021 (2010-2011)
n = 28 441 (2012-2013)
som behandlats för periimplantit (TLV 3044) under samma tidsperiod
n = 1 575
(antal behandlingar 2010-2011)
n = 1 654
(antal behandlingar 2012-2013)

KOMMENTAR: Andelen vuxna som behandlats för periimplantit redovisas i grafen. I den yngsta åldersgruppen är andelen ca 2 procent och den ökar till ca 8 procent i den äldsta gruppen. I åldersgrupperna 60-69 år och 80-89 år är andelen kvinnor som fått behandling något högre än den för män. Fördelningen över åldersgrupper är likvärdig för de två tidsperioderna.

Tilläggsinformation: av vuxna patienter med tandimplantat har 7,8 procent minst ett tandimplantat med ficksonderingsdjup ≥ 6 mm.

Behandlingspanorama vid periimplantit

Figur 28.

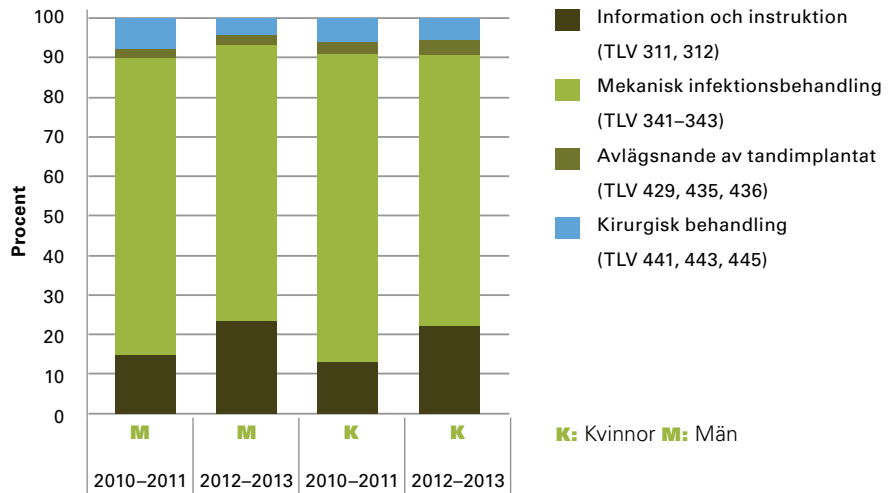
DELTAGANDE
ORGANISATIONER:
16

TIDSPERIOD:
2010–2011, 2012–2013

PATIENTER:
Unika vuxna
individer med minst ett
tandimplantat under
tidsperioderna och som
har fått behandling
under tillståndskoden
TLV 3044 (periimplan-
tit) under respektive
tidsperiod.

n = 1 907 (2010–2011)
n = 2 737 (2012–2013)

Figur 28. Utförd behandling vid diagnos periimplantit



BERÄKNING:

Procentuell fördelning av behandlingsåtgärder enligt TLV vid diagnos parodontit (TLV 3043) under tidsperioden, könssuppletat.

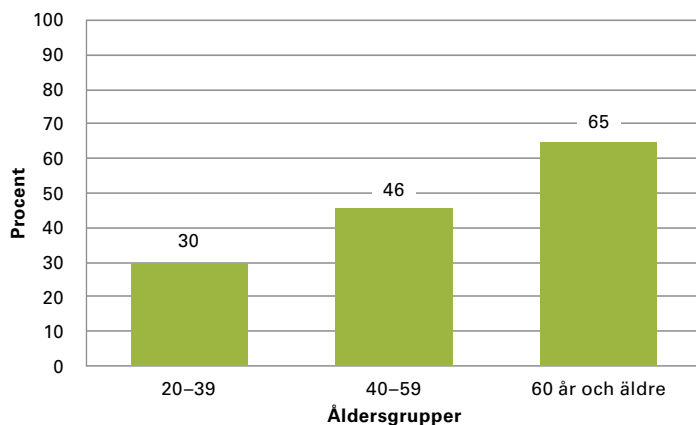
KOMMENTAR: Av de behandlingsåtgärder som utförts vid diagnosen periimplantit (TLV 3044) är icke-kirurgisk mekanisk infektionsbehandling helt dominerande, cirka 70–75 procent). Behandlingsåtgärder för förbättrad egenvård (sjukdomsinformation och instruktion i munhygien) utgjorde 2010–2011 ca 13 procent av debiterad vård. Under tidsperioden 2012–2013 har denna andel ökat till drygt 20 procent, med motsvarande minskning för mekanisk infektionsbehandling. I de nationella riktlinjerna för vuxentandvård är kirurgisk behandling med lambåteknik för adekvat åtkomlighet för borttagande av bakteriell biofilm på tandimplantatet en högt prioriterad åtgärd vid behandling av periimplantit, men endast i 5–8 procent av behandlade fall har kirurgisk behandling utförts. Som jämförelse kan nämnas att Socialstyrelsens rapport ”Nationell utvärdering 2013 – Tandvård”, baserat på data från Tandhälsoregistret, redovisar att av de vuxna personer som behandlades för periimplantit under år 2011 fick 3 procent behandling med lambåkirurgi. I tolkningen av dessa data måste dock beaktas att periimplantitens svårighetsgrad (fickdjup/benförlust) kan variera och ha påverkat val av behandlingsåtgärd.

Några få procent (2–4 procent) har fått tandimplantat avlägsnade på grund av periimplantit och det gäller för fler kvinnor än män.

KAPITEL 10

Redovisning, patientrapporterade utfallsmått (PROM)

Figur 29. Svarsprocent uppdelat på åldersgrupper



Figur 29.

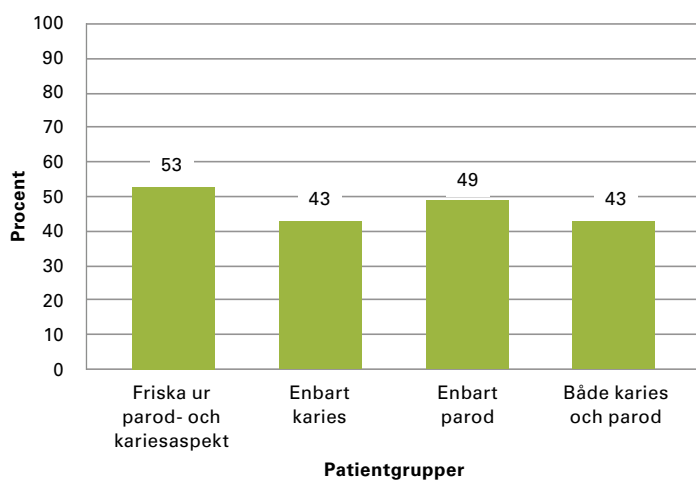
DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:
Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):
n = 179 (20-39 år)
n = 273 (40-59 år)
n = 389 (60- år)

Figur 30. Svarsprocent uppdelat på sjukdomsgrupper



Figur 30.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:
Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)
n = 348 (Enbart karies)
n = 53 (Enbart parod)
n = 104 (Både karies och parod)

Figur 31.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

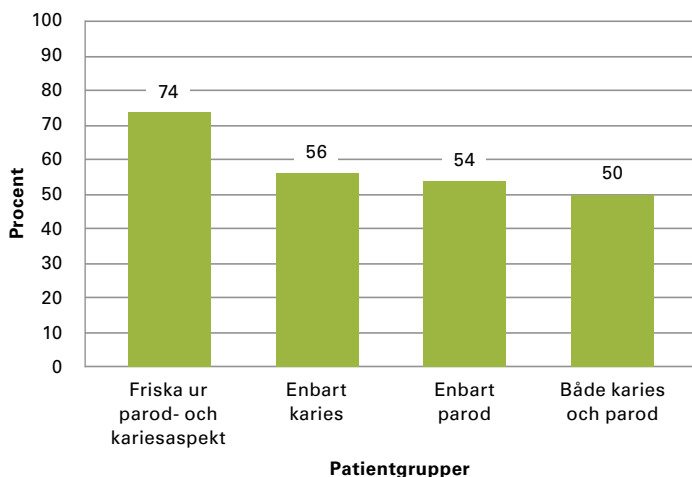
PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande)
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)
n = 348 (Enbart karies)
n = 53 (Enbart parod)
n = 104 (Både karies och parod)

Figur 31.

Andel som var nöjda eller mycket nöjda med sin mun och sina tänder

**Figur 32.**

DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

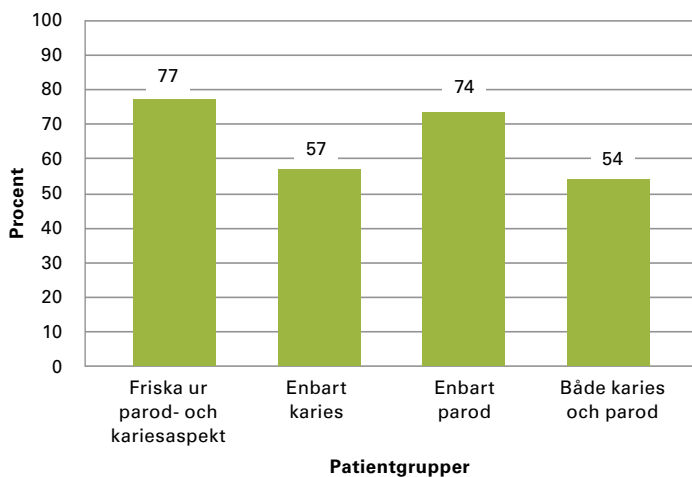
PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)
n = 348 (Enbart karies)
n = 53 (Enbart parod)
n = 104 (Både karies och parod)

Figur 32.

Andel som beskriver sin munhälsa som bra eller mycket bra

**Figur 33.**

DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

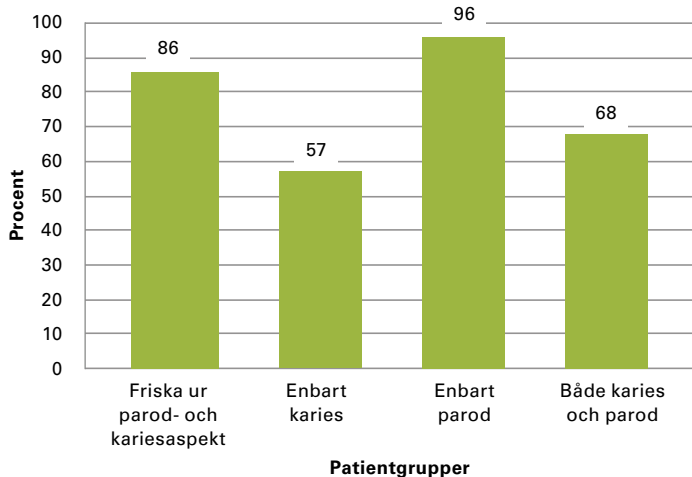
PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

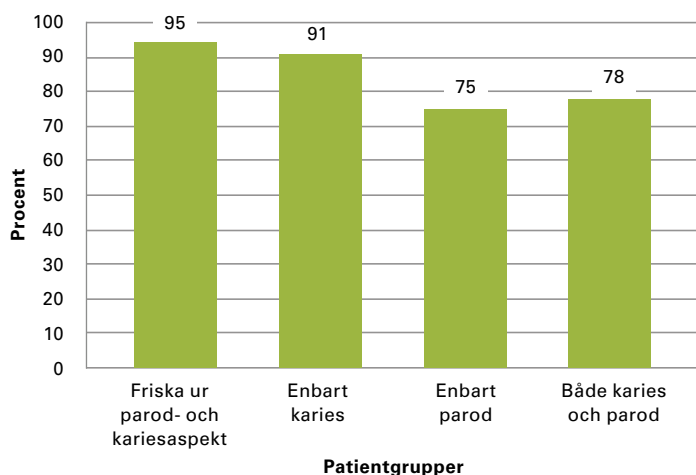
n (antal svarande):
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)
n = 348 (Enbart karies)
n = 53 (Enbart parod)
n = 104 (Både karies och parod)

Figur 33.

Andel som anser sig ha inga eller små problem med karies



Figur 34. Andel som anser sig ha inga eller små problem med parodontit



Figur 34.

DELTAGANDE

ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):

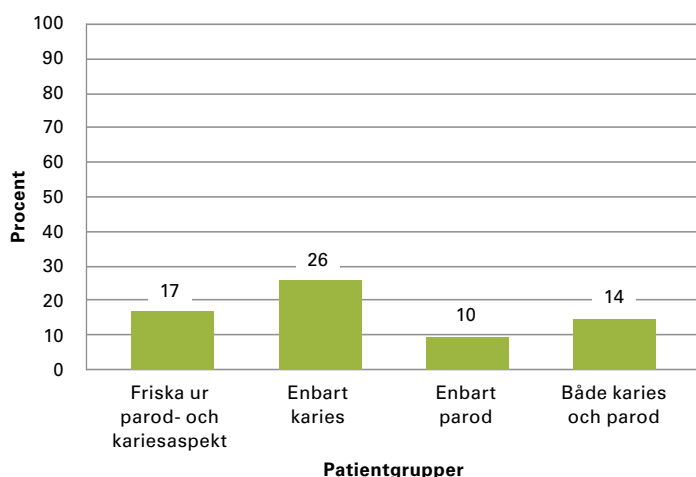
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)

n = 348 (Enbart karies)

n = 53 (Enbart parod)

n = 104 (Både karies och parod)

Figur 35. Andel som inte ansåg sig delaktiga i behandlingsbesluten



Figur 35.

DELTAGANDE

ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):

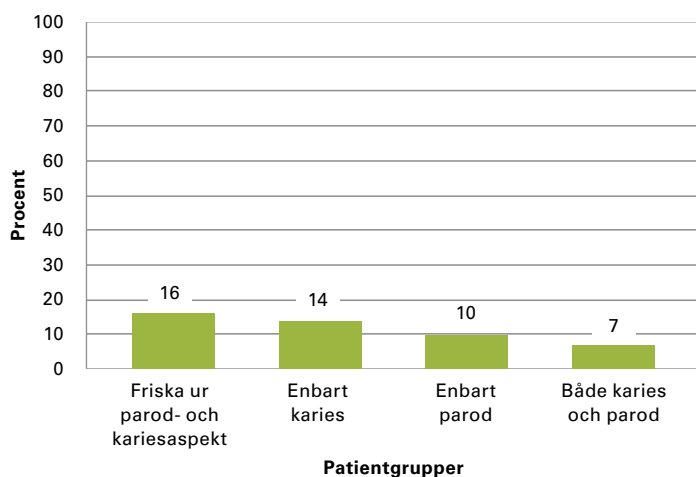
n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)

n = 348 (Enbart karies)

n = 53 (Enbart parod)

n = 104 (Både karies och parod)

Figur 36. Andel som inte ansåg sig ha fått kunskap om vad man kan göra för att hålla sig frisk i munnen



Figur 36.

DELTAGANDE

ORGANISATIONER: 1

TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:

Vuxna individer som under 2013 fått en undersökning och som 2014 besvarat en PROM-enkät.

n (antal svarande):

n = 336 (Friska ur parod- och kariesaspekt)

n = 348 (Enbart karies)

n = 53 (Enbart parod)

n = 104 (Både karies och parod)

Figur 37.

DELTAGANDE
ORGANISATIONER: 1

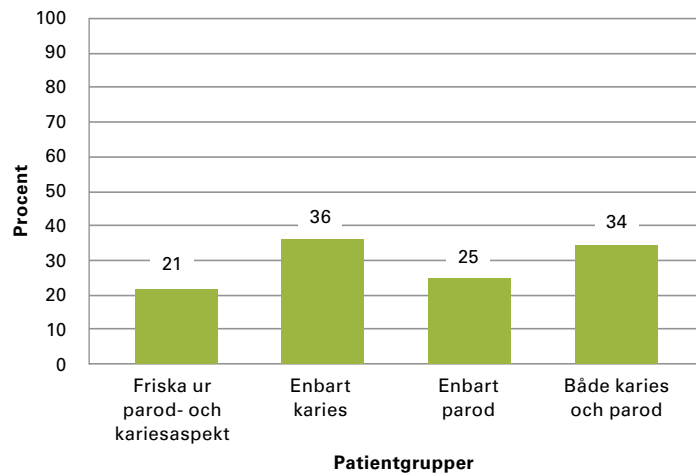
TIDSPERIOD: 2013

PATIENTER:
Vuxna individer som
under 2013 fått en
undersökning och
som 2014 besvarat en
PROM-enkät.

n (antal svarande):
n = 336 (Friska ur
parod- och kariesaspekt)
n = 348 (Enbart karies)
n = 53 (Enbart parod)
n = 104 (Både karies
och parod)

Figur 37.

Andel som inte trodde sig kunna hålla sig friska i munnen
i framtiden



Appendix

Frågeformulär till PROM pilotstudien

Frågor om din upplevelse av din munhälsa

	Mycket nöjd	Nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd	Mycket missnöjd
Hur nöjd är du med din mun och dina tänder?	☐	☐	☐	☐	☐

	Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
Hur skulle du beskriva din munhälsa?	☐	☐	☐	☐	☐

	Inga	Små	Måttliga	Stora	Mycket stora
Anser du dig ha problem med karies, (hål i tänderna)?	☐	☐	☐	☐	☐
Anser du dig ha problem med parodontit (tandlossning)?	☐	☐	☐	☐	☐

I vilken omfattning har du upplevt problem före och efter din senaste behandlingsomgång (kan innefatta flera besök) med

	Inga	Små	Måttliga	Stora	Mycket stora
Att tugga maten?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Att njuta av smaken på mat?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Att tala och uttala ord tydligt?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Att rengöra mun och tänder?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Isningar eller smärta?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Tändernas utseende?					
Före behandling	☐	☐	☐	☐	☐
Efter behandling	☐	☐	☐	☐	☐

Frågor om dina upplevelser av delaktighet, bemötande och information

	Ja	Delvis	Nej
Har du känt dig så delaktig som du önskar i besluten om din tandvårdsbehandling?	☐	☐	☐
Har du i samband med tandvårdsbesöken fått kunskaper om vad du kan göra för att hålla dig frisk i munnen?	☐	☐	☐
Tror du att du kommer att kunna hålla dig frisk i munnen i framtiden?	☐	☐	☐



SKaPa

SVENSKT
KVALITETSREGISTER
FÖR KARIES
OCH PARODONTIT

Årsrapport 2013, Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa

www.skapareg.se