



SKEMA
KVALITETSPROJEKT
FÖR HÄLSA
OCH FÖRETAG

ÅRS RAPPORT 2025



ÅRSRAPPORT 2025

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa

Besöksadress: Drottninggatan 1B, Karlstad

Postadress: 652 24 Karlstad

010-831 50 00

skapa@regionvarmland.se

www.skapareg.se

Registerhållare

Álfheiður Ástvaldsdóttir

Styrgrupp 2024

Linda Back, tandvårdschef Region Värmland

Uno Fors, professor, Stockholms universitet

Soffia Guðbjörnsdóttir, professor, Göteborgs universitet

Pernilla Lif Holgerson, docent, Umeå universitet

Åsa Leonhardt, tandvårdschef FoU, Ftv VGR

Anna-Karin Wagner, Verksamhetschef, Specialisttandvården
Västmanland

Ann-Britt Östlund, affärsområdeschef, Praktikertjänst AB

Álfheiður Ástvaldsdóttir, med dr, registerhållare

Verkställande utskott

Anders Jonsson, chefstandläkare, Praktikertjänst AB

Hans Sandberg, med dr, HIDEP AB

Nina Sabel, docent, övertandläkare, inst för odontologi, Göteborgs
universitet

Shariel Sayardoust, docent, övertandläkare, Region
Östergötland/Linköpings universitet

Álfheiður Ástvaldsdóttir, med dr, registerhållare

Vetenskapligt råd

Dan Ericson, ordförande, seniorprofessor, Malmö universitet

Tord Berglundh, seniorprofessor, Göteborgs universitet

Ing- Mari Redmo Emanuelsson, odont dr, Ftv Skåne

Aron Naimi-Akbar, docent, Malmö universitet

SKaPa förvaltning

Jan Ljungkvist, verksamhetsanalytiker, SKaPa

Michael Novak, verksamhetsanalytiker, SKaPa

Thomas Johansson, verksamhetsanalytiker, SKaPa

Kompetenscentrum

Registercentrum Syd, Karlskrona

CPUA (Centralt personuppgiftsansvar), Region Värmland

Personuppgiftsombud, Matilda Eng, arkivarie, Region Värmland

Användarmöte

SKaPa anordnar årligen användarmöte

ISSN 2001-4295

Grafisk form: Rehngruppen

Foto: Øyvind Lund

Välkommen till SKaPas årsrapport för 2025

I rapporten presenterar vi aktuella analyser av munhälsa, sjukdomsförekomst och tandvårdens utveckling baserade på data från drygt 8,5 miljoner individer.

Året har präglats av omfattande förändringar inom svensk tandvård. Flera av SKaPas deltagarorganisationer har infört eller bytt journalsystem, vilket inneburit ett omfattande arbete med att säkerställa fortsatt automatisk och kvalitetssäkrad överföring av data till registret. Förberedelserna inför kommande tandvårdsreformer har samtidigt påverkat både planering och verksamhetsutveckling i många organisationer. I takt med dessa förändringar har behovet av systematisk kvalitetsutveckling och uppföljning av vården blivit allt tydligare. SKaPa, som nationellt kvalitetsregister, fortsätter att vara ett viktigt verktyg för anslutna vårdgivare i detta arbete.

Årets rapport kan ses som en viktig utgångspunkt inför de förändringar som väntar. Resultaten speglar tandvårdens verksamhet innan de kommande reformerna hunnit träda i kraft och utgör därmed en baslinje mot framtida utveckling som kan följas och utvärderas i kommande rapporter.

Årets analyser visar att SKaPas täckningsgrad fortsätter att öka och att registret i allt större utsträckning speglar den tandvård som bedrivs i Sverige. Detta stärker möjligheterna att använda registerdata för kvalitetsuppföljning, verksamhetsutveckling och forskning. Flera av årets analyser belyser långsiktiga förändringar i befolkningens munhälsa och tandvårdens behandlingsmönster. Allt fler äldre behåller sina egna tänder, samtidigt som vårdbehoven förändras och ställer nya krav på tandvården.

Ett genomgående tema i årets rapport är hur registerdata kan omsättas i praktiskt förbättringsarbete. I det inledande kapitlet ges exempel på hur SKaPa-data har använts för strategisk planering, uppföljning och utveckling av en mer hälsoinriktad och jämlik tandvård. Därmed illustreras den potential som nationella kvalitetsregister har – inte bara för att beskriva nuläget utan också för att skapa underlag för framtida beslut och ett kontinuerligt lärande.

Årsrapporten är resultatet av ett omfattande arbete där många personer har bidragit med sin kunskap, sitt engagemang och sin tid. Ett varmt tack riktas till alla författare, granskare och medarbetare inom SKaPas förvaltning, styrgrupp, verkställande utskott och vetenskapliga råd som på olika sätt medverkat till rapportens innehåll och kvalitet. Ett särskilt tack riktas också till medarbetare hos deltagande organisationer och systemleverantörer, som under året har gjort ett stort arbete för att säkerställa en fortsatt hög kvalitet i registret.

Slutligen vill vi rikta ett varmt tack till alla deltagande organisationer. Genom ert fortsatta engagemang och er dagliga rapportering till SKaPa skapas förutsättningar för kunskap, forskning och kvalitetsutveckling till nytta för patienter och tandvård i hela Sverige.

Vi hoppas att årets rapport ska ge ett värdefullt underlag för analys, dialog och utvecklingsarbete samt inspirera till fortsatt användning av SKaPas data i arbetet för en tandvård med hög kvalitet, god hälsa och vård på lika villkor.

Karlstad augusti 2026

Álfheiður Ástvaldsdóttir, registerhållare

SKaPa som verktyg för en mer jämlik och hälsoinriktad tandvård

TEXT: HANS SANDBERG, SKAPAS VERKSTÄLLANDE UTSKOTT

Under läsåret 2025–2026 genomfördes uppdragsutbildningen Samhällsodontologi, 7,5 hp, inom huvudområdet folkhälsovetenskap vid Linköpings universitet. Kursansvarig var Shariel Sayardoust, Tandvårdsledning, Region Östergötland.

Kursen behandlade samhällsodontologi som kunskapsfält för munhälsa ur ett folkhälsoperspektiv. Innehållet omfattade bland annat epidemiologi och hälsoanalys, folkhälsoarbete med munhälsa i fokus, ledning och styrning mot jämlik tandvård, samverkan, hälsoekonomi, normmedvetenhet och global munhälsa.

Undervisningen byggde på deltagarnas aktiva ansvar för det egna lärandet:

”Deltagaren tar ett eget ansvar för sitt lärande genom ett aktivt och bearbetande förhållningssätt. Utbildningens arbetsformer förutsätter att deltagarna självständigt formulerar behov av lärande, söker kunskap och i dialog med andra bedömer och utvärderar uppnådd kunskap. Deltagare arbetar tillsammans enskilt och i grupper utifrån sin egen och andras verksamheter för att utveckla det egna lärandet, bidra till meddeltagares lärande och för att träna samarbete. Lärare och föreläsares roll är att stödja deltagare i detta arbetssätt.”

För att visa hur SKaPa-data kan användas i praktiken lyfter vi fram tre exempel från årets kurs. Arbetena speglar olika delar av tandvårdens uppdrag – från strategisk planering och resursfördelning till jämlik vård och hälsofrämjande insatser.

- Framtida tandvård i Värmland Strategiska vägval utifrån demografi, munhälsa och hälsoekonomi. Linda Back och Malin Wallerius
- Munhälsans nivå, fördelning och utvecklingsbehov. En områdesprofil för vuxna 24+ år i Region Östergötland 2023. Annika Hurtig, Axel Dahlstedt, Fereshta Jamshedi
- Hälsopromotör till Folktandvården Halland. Filip Muylaert Ilver, Sandra Lindqvist Karlén

Bakom varje arbete finns viktiga frågor om hur tandvården kan utvecklas för att bättre möta framtidens behov. För att få veta mer intervjuades Malin, Fereshta och Filip. Samtalen kretsade kring en enkel men central

fråga: Hur användes SKaPa-data i arbetet – och vilka möjligheter ser de att använda data som stöd för framtidens tandvård?

Framtida tandvård i Värmland: Strategiska vägval utifrån demografi, munhälsa och hälsoekonomi

Arbetet av Linda Back och Malin Wallerius, analyserar hur tandvården kan anpassas till befolkningsutveckling, socioekonomi, munhälsomål och klinikstruktur. Underlaget hämtas från SCB, Region Värmland och SKaPa.

En central fråga är om dyra och mindre ändamålsenliga annexkliniker kan ersättas av andra arbetssätt. Förslaget innebär att resurser omfördelas från traditionell klinikverksamhet till mer populationsinriktade insatser, samtidigt som reparativ vård koncentreras till huvudkliniker.

Målet är både sänkta kostnader och förbättrad munhälsa. Tyngdpunkten flyttas från besök i behandlingsrum till insatser där människor lever sina vardagsliv.

”Hälsofokuset kvarstår men nu gäller det att möta patienterna på deras hemmaplan och inte i ett behandlingsrum på en klinik. Genom att omfördela resurser och förändra arbetssätt mot att vara mer populationsinriktade skapas förutsättningar för en mer hållbar och långsiktig förbättring av munhälsan i Värmland. ”Den största utmaningen vi ser är att skapa tillit – både hos medborgare på annexorterna och de politiska beslutsfattarna – till att våra förändrade insatser ger effekt över tid. Därför behöver vi arbeta strukturerat och evidensbaserat för att påverka styrning och ledning, både på regional och kommunal nivå.”

”Det är dock inte antalet besök i tandvårdsrummet som gör invånarna friskare – det är vad varje individ gör själv, varje dag, som har störst betydelse för munhälsan”

Förslagen omfattar bland annat tandborstningsprogram i förskola, fluoridsköljning i skola och digitala vårdmöten med föräldrar till barn i åldern 1–5 år.

Uppföljningen är central. På kort sikt följs processer, på längre sikt resultat. Här får SKaPa en tydlig roll som verktyg för att följa utvecklingen och bedöma effekterna av förändrade arbetssätt.

Munhälsans nivå, fördelning och utvecklingsbehov: En områdesprofil för vuxna 24+ år i Region Östergötland 2023

Arbetet av Annika Hurtig, Axel Dahlstedt och Fereshta Jamshedi, analyserar munhälsans nivå och fördelning bland vuxna i Region Östergötland.

Rapporten visar bland annat att många vuxna patienter söker akut tandvård men i övrigt inte har regelbunden kontakt med tandvården. Underlaget bygger på data från SCB, Socialstyrelsen och SKaPa.

Analysen indikerar att det finns grupper av vuxna patienter, särskilt patienter med förhöjd sjukdomsrisk, som kan vara svårare att nå med regelbundna förebyggande och sjukdomsbehandlande insatser.

- Ett antal områden som kan vara viktiga att arbeta vidare med lyfts fram: Relativt hög andel patienter som endast söker akut vård.
- Geografiska skillnader i tandhälsa och vårdutnyttjande.
- Variation mellan kliniker i riskbedömning och sjukdomsbehandling.
- Risk att patienter med hög sjukdomsburda inte erhåller tillräckliga förebyggande och sjukdomsbehandlande insatser.
- Låg bemanning avseende tandläkare i nationell jämförelse.

Ur ett jämlikhetsperspektiv belyser resultaten vikten av att fortsätta utveckla arbetssätt som bidrar till att minska skillnader i hälsa och vårdutnyttjande.

Utifrån de utvecklingsområden som identifierats finns möjligheter att genom lokala insatser ytterligare stärka tillgänglighet och stödja vård utifrån behov. "Vilka insatser som krävs varierar stort mellan kliniker och målsättningen är att ge förutsättningar och underlag för att öka tillgängligheten och förebyggande samt sjukdomsbehandlande insatser för vuxna patienter. Ytterligare är en långsiktig målsättning att metoder och lärodomar ska delas och användas i hela folktandvården Östergötland för att uppnå bättre resultat avseende god och jämlik vård."

Utifrån analysen föreslås ett program där varje klinik utgår från sina egna behov, identifierar förbättringsområden och formulerar mål för ökad tillgänglighet och mer förebyggande och sjukdomsbehandlande insatser.

"Öka andelen förebyggande och sjukdomsbehandlande insatser vid karies och parodontit, med särskilt fokus på kliniker och patientgrupper med identifierade risker."

Arbetet betonar struktur, process och resultat. Det övergripande målet är god och jämlik munhälsa, och SKaPa-data används för att följa om insatserna leder till faktisk förändring.

Kartläggningen blir därmed ett sätt att väcka frågor på klinisk nivå. När medarbetarna själva upptäcker identifierar utvecklingsområden, prövar lösningar och följer upp resultaten skapas förutsättningar för lokal verksamhetsutveckling med stöd, snarare än detaljstyrning, från ledningen.

Hälsopromotör i Folktandvården Halland

Arbetet av Filip Muylaert Ilver och Sandra Lindqvist Karlén, tar sin utgångspunkt i att barn och ungas tandhälsa i Halland förbättras, men att förbättringen är ojämnt fördelad.

”I Folktandvården Halland ses en övergripande förbättring av barn och ungdomars tandhälsa, men utvecklingen är ojämnt fördelad inom regionen. I vissa geografiska områden, särskilt områden med socioekonomiska utmaningar, sker förbättringen långsammare och kariesförekomsten ligger kvar på en hög nivå.”

Underlaget kommer från SCB, Region Halland och SKaPa. Analysen pekar på behovet av insatser som når barn och familjer i deras vardagsmiljöer, inte enbart i klinikens vårdflöden.

”På individnivå påverkas kariesutvecklingen av kostvanor, fluoridvanor, tandborstning och kontakt med tandvården. Dock visar forskning att dessa beteenden i hög grad formas av familjens resurser, vardagsvillkor och möjlighet att förstå och omsätta hälsoinformation.”

Förslaget är att införa en hälsopromotör med uppdrag att minska kariesförekomst och munhälsoskillnader bland barn och unga, särskilt i geografiskt utsatta områden.

”Utifrån detta blir hälsolitteracitet, socioekonomisk utsatthet och organisatoriska barriärer viktiga bestämningsfaktorer för tandhälsan i Halland. En jämlik strategi behöver därför kombinera kliniskt arbete med bredare, mer tillgängliga insatser i barns vardagsarenor.”

Interventionen föreslås omfatta föräldrastöd kring kost, fluorid och tandborstning, utbildning till personal inom barnhälsovård, förskola och skola, uppsökande kontakt vid uteblivanden samt samverkan med familjecentraler och primärvård.

Även här är uppföljningen avgörande. En baseline per verksamhetsområde eller klinik föreslås före implementering, med mått som kariesindex, andel kariesfria barn, andel barn med hög kariesrisk, uteblivanden och genomförda samverkansaktiviteter.

Resultaten kan därefter följas som skillnader i kariesutveckling och som hälsoekonomiska mått, till exempel kostnad per undviken kariesskada eller per ytterligare kariesfritt barn men även ökad tillgänglighet genom frigjord tandhygienist- och tandskötersketid.

Nyckelord mellan raderna

I samtalen med Malin, Fereshta och Filip blev det tydligt att de tre arbetena, trots olika regionala förutsättningar, kretsar kring samma grundfråga: hur tandvården kan använda data för att styra mot bättre och mer jämlik munhälsa. SKaPa-data har använts då det är tillgängligt och berör just tandvården.

Alla tre beskrev utbildningen som värdefull eftersom den gav tid, struktur och stöd för att stegvis utveckla ett konkret förbättringsarbete.

Gemensamma nyckelord var kvalitet, resultat, mått, mål, uppföljning, kompetens, delegering, kommunikation, samverkan, samarbete och digitalisering. Bakom orden finns en gemensam problemställning: vissa grupper har större behov och behöver mer träffsäkra insatser för att få en bättre munhälsa.

Alla tre arbeten lyfter också vikten av att mäta rätt saker. Det räcker inte att följa antal aktiviteter eller processer. Det avgörande är om insatserna leder till bättre resultat för befolkningen. Det är här SKaPa-data kan ge svar.

Att kunna mäta kvalitet, och inte bara kvantitet, framstår som särskilt motiverande. Det ger tandvården möjlighet att visa invånare och beslutsfattare vilken nytta som faktiskt skapas.

Digitalisering och journalsystem är viktiga delar av denna utveckling. Genom automatiserad dataöverföring till SKaPa blir det möjligt att följa utvecklingen över tid och använda resultaten som stöd för lärande och styrning.

Samtalen visar också att tandvården behöver komplettera traditionell klinisk kompetens med kunskap om kommunikation, hälsolitteracitet, samverkan och arbete i människors vardagsmiljöer.

Reflektion: från reparation till hälsa

Tandvårdens utveckling har varit enorm när det gäller implantat, material, digitalisering och organisation. Samtidigt lever mycket av verksamheten kvar i traditionen att laga tänder på klinik. Utvecklingen mot att i större utsträckning förebygga att tänder behöver lagas har inte tagit samma språng.

För att nå längre behöver tandvården kunna mer om sin egen verksamhet och om befolkningens behov. Digitaliseringen gör det möjligt att samla in data från journalsystem och föra över den till SKaPa. När data samtidigt görs tillgänglig för användarna skapas förutsättningar för faktabaserad utveckling: att beskriva nuläget, analysera orsaker, sätta in åtgärder och följa effekterna.

Röster från samtalen

MALIN: FAKTA SOM STRATEGISKT BESLUTSSTÖD

Malin, utvecklingschef och verksamhetschef i Folktandvården Värmland samt verksamhetsutvecklare i SKaPa-registret, beskriver målet som både ekonomiskt och hälsomässigt: att sänka kostnaderna och öka hälsan. För att förstå befolkningens behov används bland annat Care Need Index från SCB.

SKaPa-data lyfts här fram som ett strategiskt beslutsstöd. Detta innebär att kommunikation med medarbetare, invånare och politiker kan bygga på fakta från SKaPa: vad tandvården gör, vilken nytta som skapas och vilka effekter förändrade arbetssätt får. Malin betonar också ledningens betydelse. För att ett utvecklingsarbete ska lyckas behöver medarbetarna känna att ledningen står bakom arbetet. Vid motstånd kan man behöva backa, samla kraft och återkomma med en omstart.

FERESHTA: KLINIKERNA BEHÖVER ÄGA ANALYSEN

Fereshta, verksamhetschef för Munhälsoenheten på Folktandvården i Region Östergötland, beskriver hur regionens verksamhetsplan betonar ökad tillgänglighet för vuxna och fler förebyggande insatser.

Det viktiga är att klinikerna själva arbetar med sina data, gör egna analyser och sätter upp mål. De behöver identifiera relevanta mätetal, följa utvecklingen och dela erfarenheter med varandra. På så sätt kan projektet bli en lärande miljö där goda exempel sprids och problem lyfts gemensamt.

FILIP: HÄLSOPROMOTÖR OCH SAMVERKAN

Filip, avdelningschef för två kliniker och kliniskt verksam tandläkare, vill se tandvården ur ett tydligare populationsperspektiv. Som tandläkare är det lätt att fastna i patient- eller klinikperspektivet. För att utveckla verksamheten behövs överblick och helhetstänkande. Idén om hälsopromotörer har inspirerats av Västra Götalandsregionen. En gap-analys mot personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för karies visade att samverkan är ett område som Halland behöver förstärka.

Filip och Sandra vill visa ledningen att mer behöver göras. De har presenterat upplägget för förvaltningsledningen och nästa steg är den politiska nivån. Den nya verksamhetsplanen 2027–2030 är tydligt kvalitetsorienterad och betonar uppföljning av resultat, inom fyra strategiska områden: "trygg, säker vård och hälsa", "god tillgänglighet", "samverkan internt och externt" samt "förutsättningar för hållbar verksamhet".

Ett intressant spår är samverkan med primärvården. Inom primärvården används uppföljningsverktyget Medrave. Filip ser möjligheter att kombinera tandvårdens och primärvårdens data, exempelvis i samarbete kring parodontit och diabetes.

Ledarskap, verktyg och nästa steg

I grunden handlar utvecklingen om ledarskap. Hur får vi patienterna med oss? Hur skapar vi engagemang hos medarbetare? Hur bygger vi samarbete med andra professioner? Och hur ger vi politiker och beslutsfattare underlag för att verka för god hälsa på lika villkor? SKaPa-registret är ett viktigt verktyg i detta arbete.

SKaPa mäter det som tandvården, tillsammans med patienterna, kan påverka. Därmed blir registret ett mått på tandvårdens förmåga att arbeta långsiktigt, jämlikt och hälsoinriktat. När resultaten kombineras med ekonomiska mått kan utvecklingen styras i en mer hälsoekonomisk riktning. Det är så tandvården kan nå längre: genom att veta mer, följa upp bättre och använda kunskapen för att förändra arbetssätt i praktiken. "Det som inte kan mätas kan inte ledas." – Peter Drucker

Engagemang i SKaPa

Av de personer som bidragit till underlaget för denna artikel har följande personer ett engagemang i SKaPa

- Shariel Sayardoust ledamot i SKaPas verkställande utskott.
- Linda Back ledamot i SKaPas styrgrupp
- Malin Wallerius ingår i SKaPas verksamhetsstöd

Innehåll

Välkommen till SKaPas årsrapport för 2025	4
SKaPa som verktyg för en mer jämlik och hälsoinriktad tandvård	6
RAPPORTER ALLMÄNT	14
Andelen tandvårdsbesökare som registreras i SKaPa ökar	15
Karies och dess följder är största orsaken till extraktion	19
Mer än var tionde patient över 70 år har minst ett tandimplantat.....	21
Under 2025 utgjorde undersökningsåtgärder fortsatt den största andelen av samtliga tandvårdsåtgärder	23
God självskattad munhälsa minskar kontinuerligt med ökande ålder	28
Individer i åldern 20–79-år med låg risk för munsjukdomar kallas mer sällan för basundersökning.....	30
RAPPORTER KARIES	31
Kariessjukdomens distribution över ålderspanoramata.....	40
Störst ökning i andel kariesfria bland personer 15–45 år.....	41
Efter 49 år görs majoriteten av fyllningar av andra orsaker än karies	43
RAPPORTER PARODONTIT OCH PERIIMPLANTIT	45
Andelen patienter som har en registrerad parodontal undersökning har ökat	50
Andelen patienter med djupa tandköttsfickor ökar upp till 80 års ålder	52
Upp till 30 procent av patienter med djupa tandköttsfickor har minst fyra affekterade tänder	53
Patienter med avancerad parodontit har färre tänder med fördjupade tandköttsfickor efter 10 år.....	54
Andelen patienter med avancerad parodontit som inte behandlats har ökat	56
Patienter med parodontit har ökad risk för periimplantit.....	58
Andelen patienter som förlorar implantat ökar	59
RAPPORTER SVENSKT KVALITETSREGISTER FÖR TANDIMPLANTAT (SKRI)	60
Registreringstakt och regional fördelning	63
Implantatytter, material och dimensioner	65
Digitaliseringen som gav tandvården nya verktyg	67

RAPPORTER ALLMÄNT

Underlag till de rapporter som presenteras i Årsrapport 2025 kommer från 24 deltagande organisationer och de 8,5 miljoner unika patienter som finns i SKaPas databas

Deltagande organisationer är:

SAMTLIGA 21 REGIONALA FOLKTANDVÅRDSORGANISATIONER

Av dessa ingår information från Folktandvården i Halland från och med 2016, från Folktandvården Gotland från och med 2018 och från övriga från och med 2009.

PRAKTIKERTJÄNST

Information från Praktikertjänstmottagningar är inkluderad i underlaget. Första mottagningen har varit ansluten sedan 2010. Sedan har antalet anslutna mottagningar ökat och är 1000 år 2023.

DENTALUM

En mottagning ingår i underlaget för 2024. På grund av jämförelsevis litet patientunderlag redovisas inte Dentalum på egen rad.

PRIVAT TANDVÅRD ÖVRIG

En mottagning ingår 2012–2025. På grund av jämförelsevis litet patientunderlag redovisas inte Privattandvård övrig på egen rad. Flera privata vårdgivare har anslutit sig till SKaPa men inkluderas inte i Årsrapporten för 2025

RAPPORTER INNEHÅLLANDE RISKBEDÖMNINGAR kommer från nitton organisationer, fjorton med Beslutsstöd R2, fyra med Life Care Dental och en med FRENDA

RAPPORTER INNEHÅLLANDE SJÄLVSKATTAD HÄLSA kommer från arton organisationer, fjorton med Beslutsstöd R2 och fyra med Life Care Dental/FRENDA

MÅNGA AV RAPPORTERNA utgår från patienter med basundersökning för att säkerställa att koder för åtgärder, tillstånd och statusinformation så långt möjligt är baserat på aktuell diagnostik. Både tidsperioder och patientåldrar för basundersökningar varierar från rapport till rapport.

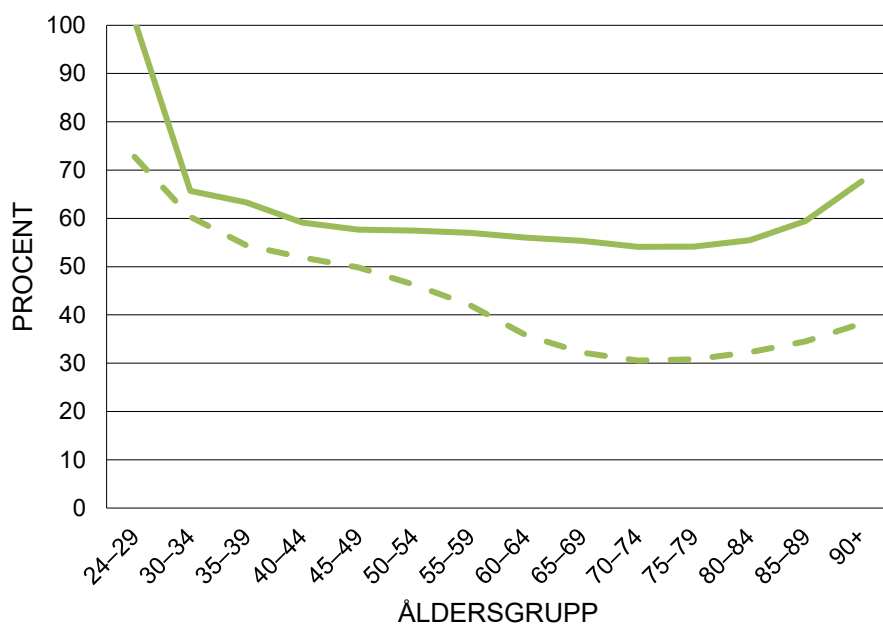
Information om antal deltagande organisationer och antal patienter som rapporten baseras på (n-tal) finns utförligt beskrivit i BILAGA 1.

I de flesta rapporter redovisas n-tal i anslutning till figuren som ses som relevanta för tolkningen av resultat. Om ytterligare n-tal önskas för någon specifik rapport var god kontakta SKaPa.

UNDERSÖKNINGAR

Andelen tandvårdsbesökare som registreras i SKaPa ökar

RAPPORT 1A Täckningsgrad i SKaPa bland tandvårdspatienter 24 år och äldre med basundersökning enligt THR*, 2013–2015 och 2023–2025



--- 2013-2015 Andel av tandvårdsbesökare med registrerad undersökning i SKaPa

— 2023-2025 Andel av tandvårdsbesökare med registrerad undersökning i SKaPa

*THR; Socialstyrelsens tandhälsoregister

ANTAL PATIENTER: Unika individer med minst en basundersökning¹ i SKaPa under en treårs period:

n = 2 292 888 (2013–2015), n = 3 036 286 (2023–2025)

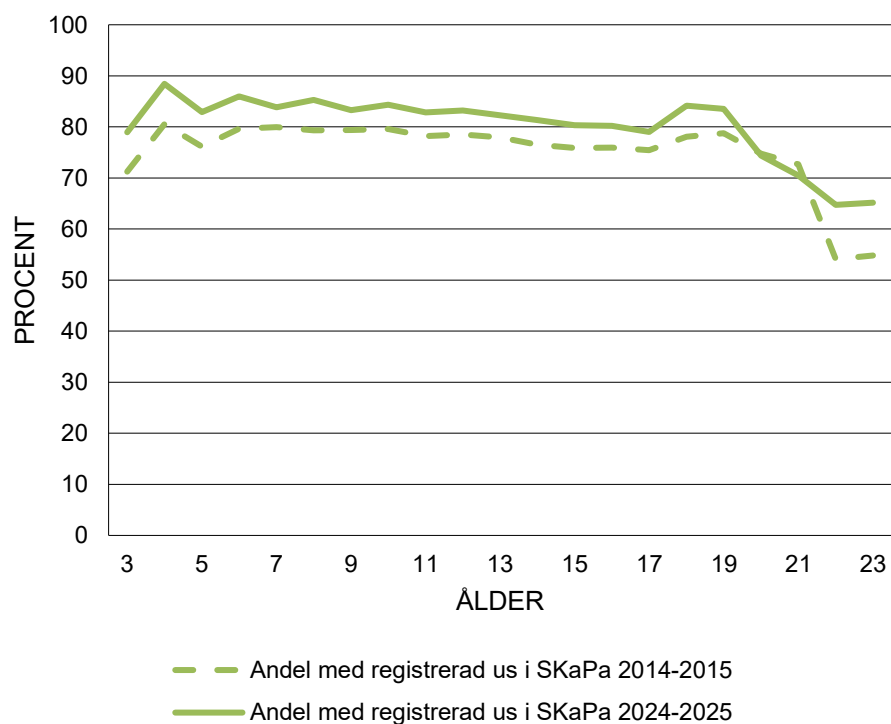
Teknisk beskrivning finns i BILAGA 1

KOMMENTAR

Täckningsgraden i SKaPa bland tandvårdspatienter 24 år och äldre med basundersökning enligt Socialstyrelsens Tandhälsoregister har ökat i alla åldersgrupper under perioden 2015 - 2025. Ökningen är störst för personer 50 år och äldre. För åldersgruppen 20–23 år kan ändringen från avgiftsfri tandvård för barn och unga över till ett statligt tandvårdsstöd ha påverkat beräkningen av täckningsgraden. Resultaten för den yngsta åldersgruppen bör därför tolkas med försiktighet.

¹ Med basundersökning avses TLV åtgärds-koder 101, 102, 111, 112

RAPPORT 1B Täckningsgrad i SKaPa bland befolkningen 3–23 år baserad på registrerade basundersökningar, 2014–2015 och 2024–2025 (för 3-åringar avses en ettårsperiod)



ANTAL PATIENTER: Unika individer med minst en basundersökning² i SKaPa under en treårsperiod (18 år och äldre) en tvåårs period (4–17 år) respektive en ettårs period (3 år):
n = 818 816 (2015), n= 899 450 (2025)

Teknisk beskrivning finns i BILAGA 1

KOMMENTAR:

För barn och unga beräknas SKaPas täckningsgrad genom att jämföra antalet individer som besökt tandvården med befolkningsstatistik. Resultaten visar en mycket god täckningsgrad för barn och unga i SKaPa, där mellan 80 och 90 procent av befolkningen i de flesta åldersgrupper återfinns i registret, med en mindre ökning sedan 2015.

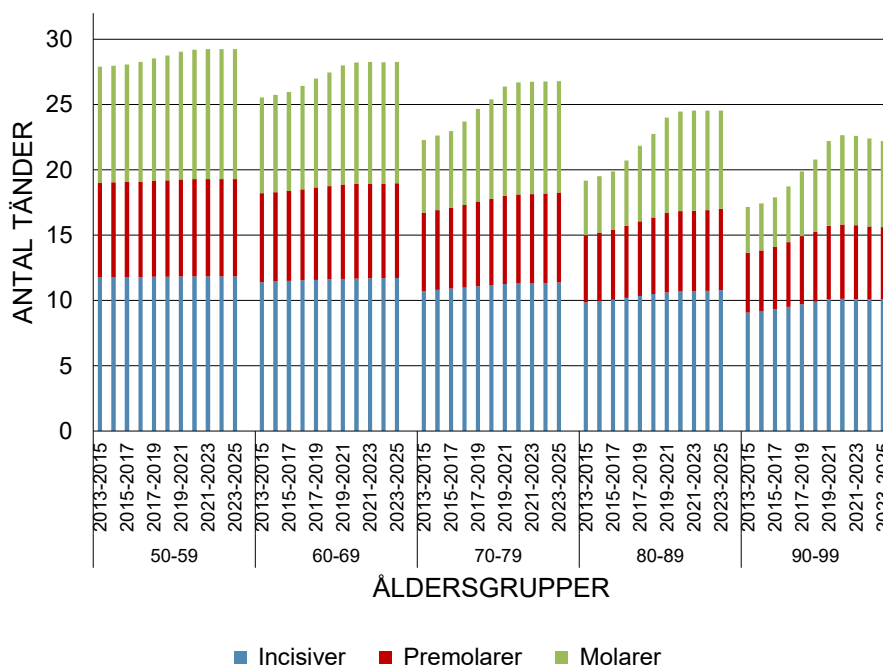
Åldersgruppen 19–23 år utgör dock ett undantag, vilket kan ha påverkats av förändringen i den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården för dessa åldrar. Resultaten för denna åldersgrupp bör därför tolkas med viss försiktighet.

SKaPas täckningsgrad har även bekräftats i Socialstyrelsens rapport *Karies bland barn och ungdomar – 2025*, där registret utgör underlag för analyser av tandhälsa och socioekonomiska skillnader bland barn och unga.

² Med basundersökning avses TLV åtgärds-koder 101, 102, 111, 112

Allt fler tänder hos äldre

RAPPORT 2A Genomsnittligt antal tänder hos individer 50 år och äldre med egna tänder uppdelat på incisiver, premolarer och molarer. Uppgifter avser personer som kommit för undersökning under en treårs period mellan 2013–2015 och 2023–2025



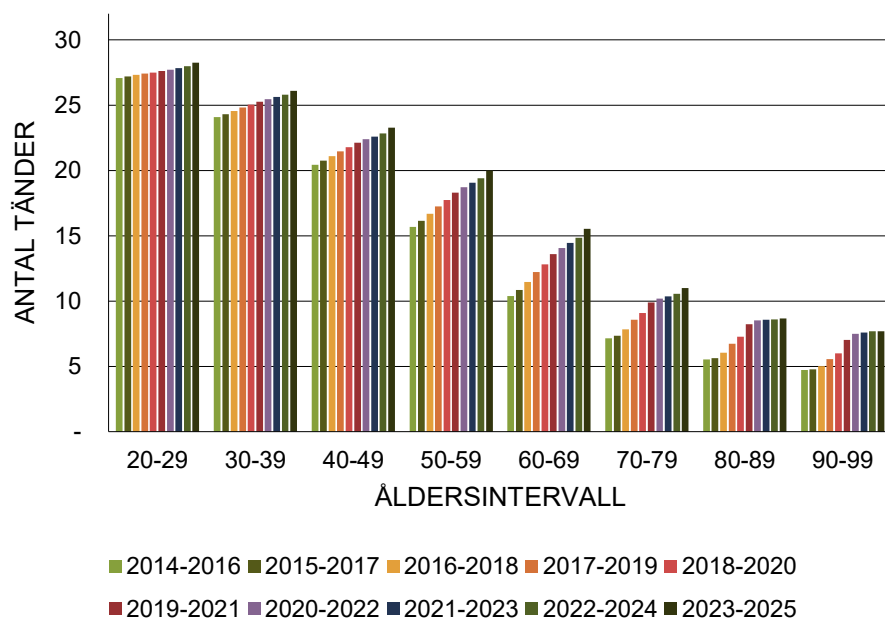
ANTAL PATIENTER: Unika individer 50 år och äldre med minst en basundersökning¹ under respektive tidsperiod: n = 1 031 732 (2013–2015), n = 1 079 124 (2014–2016), n = 1 108 761 (2015–2017), n = 1 191 288 (2016–2018), n = 1 334 010 (2017–2019), n = 1 420 471 (2018–2020), n = 1 642 547 (2019–2021), n = 1 706 400 (2020–2022), n = 1 790 484 (2021–2023), n = 1 759 817 (2022–2024) n = 1 705 704 (2023–2025),

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Antalet tänder hos befolkningen är ett grundläggande mått för planering i tandvården och uppföljning av munhälsan. Under den redovisade tidsperioden (2013–2015 till 2023–2025) ses en tydlig trend bland personer i åldern 50–59 år, med ett ökande antal kvarvarande tänder. I medeltal har antal kvarvarande tänder bland åldersgruppen 90 år och äldre ökat från runt 16 tänder år 2013 – 2015 till drygt 24 tänder år 2023 – 2025. Molarerna är den grupp tänder som ökat mest i antal. Notera dock att antalet tänder i denna åldersgrupp planar ut och tenderar att minska perioden 2019–2021. Ökningen av antal tänder hos äldre understryker behovet av fortsatt hälsofrämjande och prevention för att förebygga reparationer och andra vårdbehov i denna åldersgrupp.

RAPPORT 2B Genomsnittligt antal intakta tänder hos individer 20 år och äldre. Uppgifter avser personer som kommit för undersökning under en treårs period mellan 2014–2016 och 2023–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20–99 år med minst en basundersökning¹ under respektive tidsperiod: n = 2 595 826 (2014–2016), n = 2 666 603 (2015–2017), n = 2 778 097 (2016–2018), n = 2 969 001 (2017–2019), n = 3 062 050 (2018–2020), n = 3 309 688 (2019–2021), n = 3 294 450 (2020–2022), n = 3 313 965 (2021–2023), n = 3 293 806 (2022–2024), n = 3 351 381 (2023–2025)

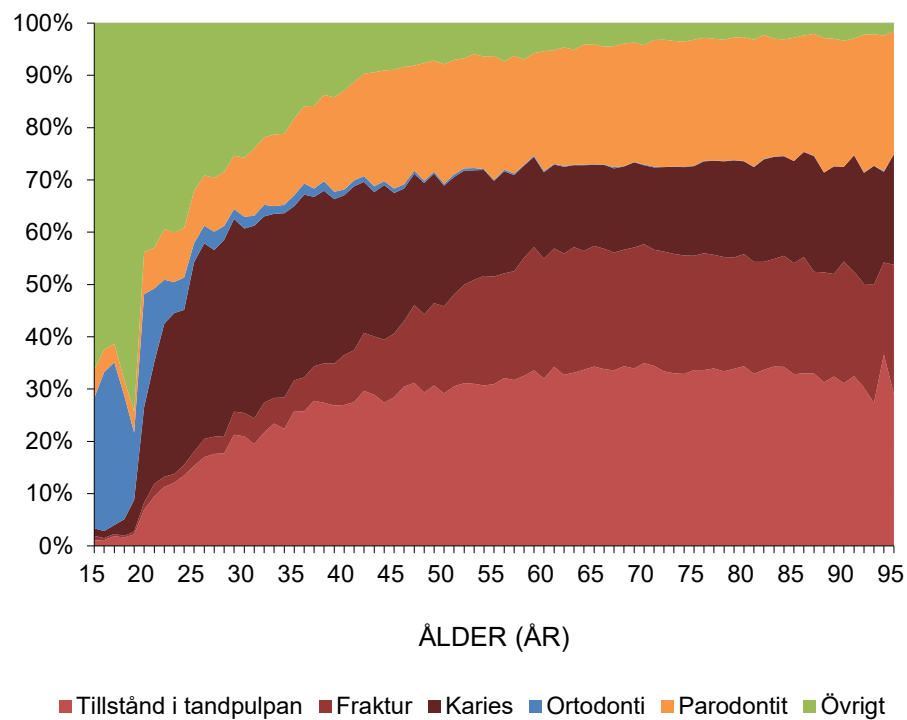
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

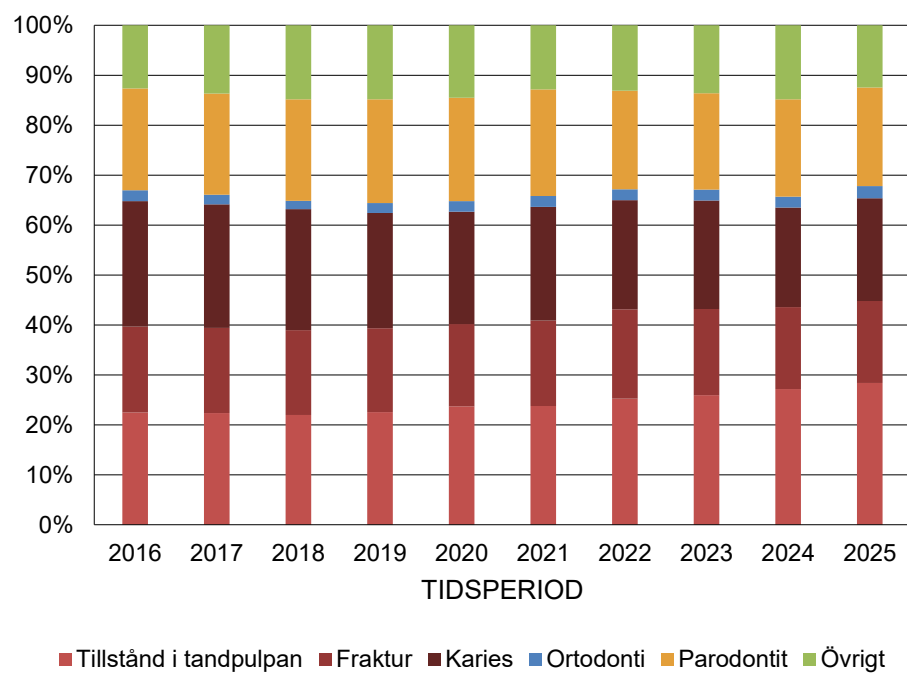
Det genomsnittliga antalet intakta tänder ökar i alla ålderskohorter mellan intervallen 2014 – 2016 och 2020–2022. Detta är speciellt uttalat i de äldsta åldersgrupperna. Från perioden 2020 – 2022 fortsätter ökningen i grupperna yngre än 80 – 99 år. Detta kan indikera att de äldre grupperna har erhållit mer omfattande reparativ tandvård genom livet och att behovet av fortsatt preventiv och reparativ tandvård i denna grupp är stort. Detta ligger i linje med resultaten i rapport 10, där DFS ökar över tid i de äldre åldersgrupperna.

Karies och dess följder är största orsaken till extraktion

RAPPORT 3A Fördelning av extraktionsorsaker per årsålder 2025



RAPPORT 3B Fördelning av extraktionsorsaker för patienter 15 år och äldre, mellan 2016 och 2025



ANTAL PATIENTER: Unika patienter (15år och äldre) med extraktionsåtgärd (TLV 401–405) visdomständerna inkluderade: n= 185 195 (2016), n= 192 250 (2017), n= 202 904 (2018), n= 222 010 (2019), n= 213 017 (2020), n= 255 553 (2021), n= 243 966 (2022), n= 249 717 (2023), n= 247 091 (2024), n= 231 412 (2025)

Totalt antal registrerade extraktionsåtgärder: n= 237 372 (2016), n= 245 906 (2017), n= 259 424 (2018), n= 282 770 (2019), n= 267 424 (2020), n= 326 632 (2021), n= 284 820 (2022), n= 289 556 (2023), n= 284 239 (2024), n= 264 422 (2025)

Teknisk beskrivning finns i BILAGA 1

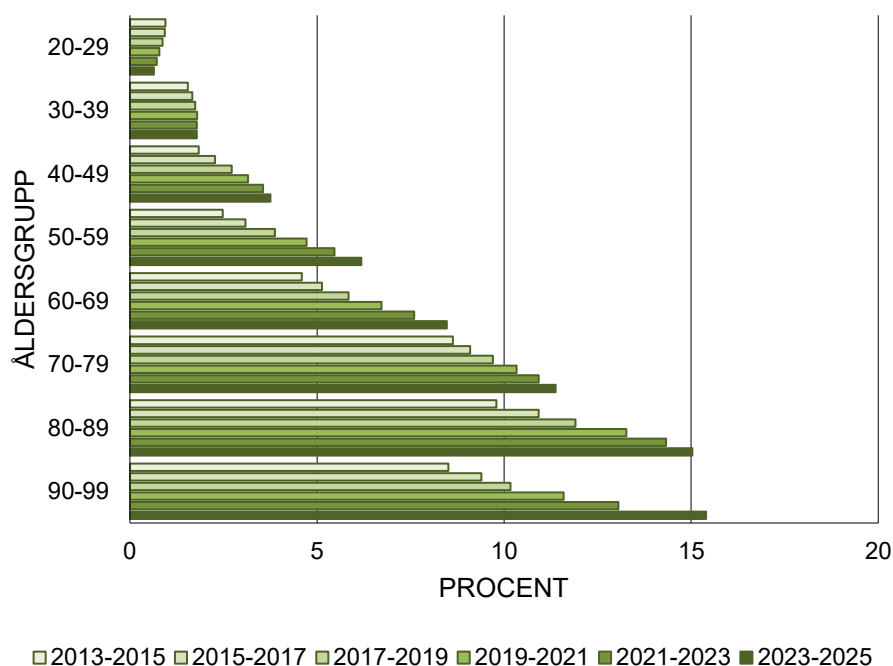
KOMMENTAR:

Karies är den dominerande orsaken till tandextraktion bland yngre vuxna medan parodontit dominerar i åldersintervallet 55–80 år. Noterbart är att från 50 års ålder är nästan varannan extraktionsåtgärd föranledd av tillstånd i tandpulpan eller fraktur. Parodontit, karies, tillstånd i tandpulpan och frakturer utgör i de allra högsta åldrarna ungefär lika stora andelar som orsak till tandextraktion. I tolkningen av dessa data bör beaktas att en tand kan visa mer än en diagnos, men att endast en är möjlig att registrera som grund för terapibeslut att extrahera en tand. En hög andel av de tänder som förloras på grund av "Tillstånd i tandpulpan" och "Fraktur" torde kunna tolkas som komplikationer till kariessjukdom. Om så är fallet talar det för att karies är den dominerande orsaken till tandextraktioner i alla åldrar 20–100 år. I rapport 3B ses att fördelningen av extraktionsorsaker är ganska stabil över tid från och med perioden 2016 till 2025.

ANDEL INDIVIDER 20 ÅR OCH ÄLDRE MED TANDIMPLANTAT

Mer än var tionde patient över 70 år har minst ett tandimplantat

RAPPORT 4A Andel individer 20 år och äldre med tandimplantat, uppdelat på åldersgrupper mellan 2013–2015 och 2023–2025



ANTAL PATIENTER: Unika vuxna individer med minst en basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112) under respektive period
n = 2 619 912 (2013–2015), n = 2 724 973 (2015–2017), n = 3 032 700 (2017–2019), n = 3 380 438 (2019–2021), n = 3 398 541 (2021–2023), n = 3 369 424 (2023–2025),
och med minst ett tandimplantat som registrerats i status någon gång under respektive tidsperiod.
n = 75 359 (2013–2015), n = 89 539 (2015–2017), n = 117 874 (2017–2019), n = 157 817 (2019–2021), n = 181 427 (2021–2023), n = 196 257 (2023–2025),

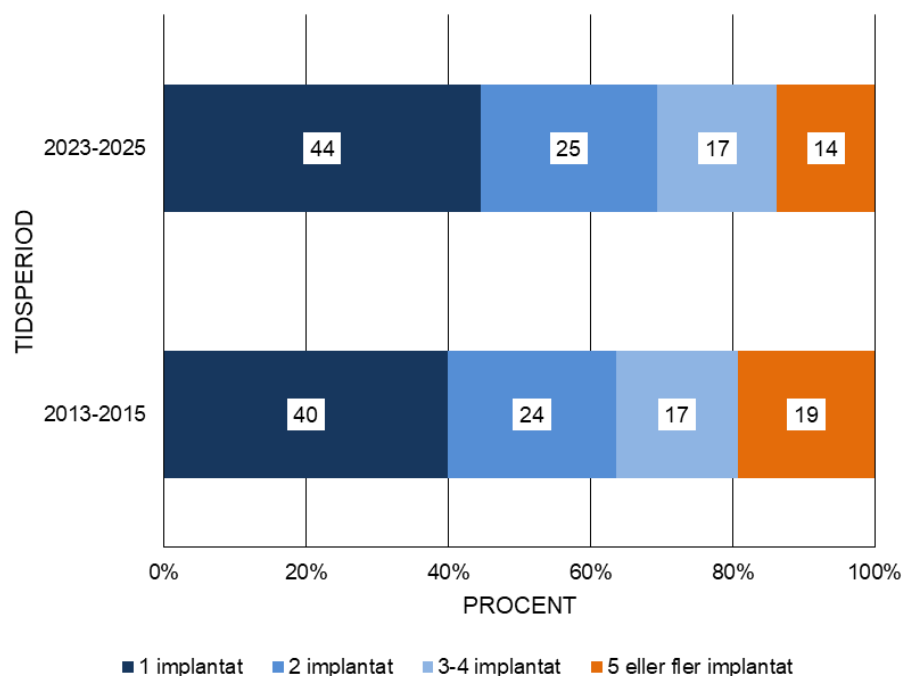
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Andelen patienter med tandimplantat som undersöktes i tandvården 2023–2025 har ökat från 2,9 procent till 5,8 procent sedan perioden 2013–2015. Ökningen har huvudsakligen skett hos individer >40 år och ska ses i förhållande till en parallell förändring i mönster beträffande antalet implantat per individ (se rapport 4B). I den lägsta åldersgruppen (20–29 år) har däremot andelen patienter med tandimplantat minskat över tid. Av de patienter som undersöktes 2023–2025 i åldersgruppen 80–89 år hade 15 procent tandimplantat. För patienter 70–79 år och 60–69 år var motsvarande andelar 11,4 respektive 8,5 procent. Det är

dessutom en markant skillnad i andelen individer med tandimplantat mellan organisationer.

RAPPORT 4B. Procentuell fördelning av individer med tandimplantat med avseende på antal implantat (2013–2015 respektive 2023–2025)



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20 år och äldre med basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112) under tidsperioden och med minst ett tandimplantat registrerat i status någon gång under perioden.
n = 75 359 (2013–2015), n = 196 257 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR

Av individer med tandimplantat 2023–2025 har 44 procent protetisk ersättning omfattande endast ett tandimplantat, 25 procent har 2 tandimplantat, 17 procent har 3–4 tandimplantat och 14 procent har 5 eller fler tandimplantat som ersättning för förlorade tänder. I jämförelse med 2013–2015 har andelen patienter med ≥ 5 tandimplantat minskat från 19 procent till 14 procent och andelen med enbart 1 tandimplantat ökat i motsvarande grad. Förändringarna i fördelning speglar en pågående trend av minskat behov av omfattande rekonstruktioner till följd av ökat antal bevarade tänder. Ökningen av andelen patienter med enbart ett implantat mellan perioderna kan även illustrera en förändring i vården med ändrade regler för det statliga tandvårdsstödet med avseende på implantat i position för den första molaren.

ÅTGÄRDSPANORAMA

Under 2025 utgjorde undersökningsåtgärder fortsatt den största andelen av samtliga tandvårdsåtgärder

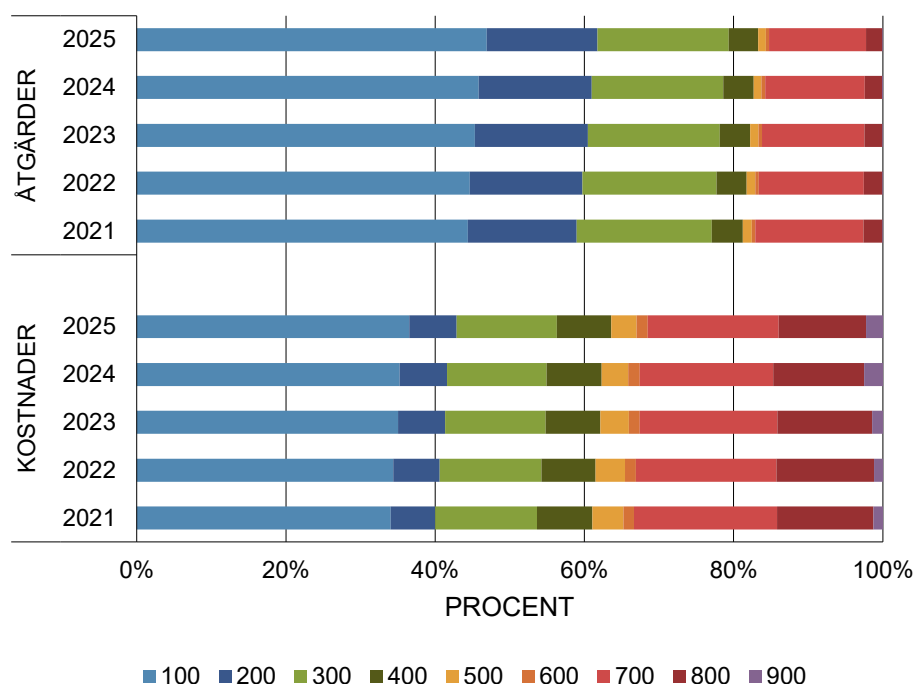
Uppföljning av resultat och processer i tandvård bygger bland annat på de åtgärder som registreras i samband med undersökning och behandling. För att följa utveckling över tid sparar SKaPa dessa åtgärder i enlighet med den lagreglering som finns i Patientdatalagen (2008:355). SKaPa redovisar här ett åtgärdspanorama över de 12,5 miljoner åtgärder som registrerats och förts över till SKaPa 2021 och 12,1 miljoner åtgärder som registrerats och förts över till SKaPa 2024. För att skatta kostnaden för dessa åtgärder har TLV:s referensprislista för 2025 använts för båda tidsperioder. SKaPa kan inte redovisa verklig kostnad. Den är beroende av bland annat vårdgivarnas olika priser och regionernas olika ersättning i den avgiftsfria tandvården. Den totala kostnaden för tandvården, inkluderat regionernas kostnader, statens kostnader och patientavgifter i vuxentandvården, beräknas 2024 ha uppgått till 30,8 miljarder kronor³.

RAPPORT 5A Antal åtgärder och kostnader i allmäntandvård per 1000 individer 2025 och förändring jämfört med 2021

Åtgärdsserie enligt TLV's åtgärds-kategorier	Åtgärder 2025 (st)	Förändr. jmf med 2021 (st)	Kostnad 2025 (SEK)	Förändr. jmf med 2021 (SEK)
100-Undersökningar	1 573	+136	1 128 160	+95 228
200-Sjukdomsförebyggande	498	+40	195 364	+21 414
300-Sjukdomsbehandlande	589	+31	414 712	+21 104
400-Kirurgiska	133	-1	225 495	+4345
500-Rotbehandling	34	-7	105 508	-25 753
600-Bettfysiologiska	15	0	45 168	+2864
700-Reparativa	435	-31	541 869	-38 031
800-Protetiska	74	+3	362 146	+23 813
900-Tandreglering	2	-2	69 938	+23 437
TOTALT	3 353	+169	3 088 359	+128 421

³ Branschrapport Q1 2026, Privattandläkarna.

RAPPORT 5B Fördelning av utförda åtgärder (enligt TLVs åtgärdsgrupper, se RAPPORT 5A) och kostnader i allmäntandvård 2021–2025.



ANTAL PATIENTER: Unika individer med undersökning eller behandlingsåtgärd i allmäntandvård:

n = 3 521 385 (2025), n = 3 666 202 (2021)

Antal behandlingsåtgärder i allmäntandvård:

n = 11 487 113 (2025), n = 11 987 492 (2021)

Skattad kostnad för alla åtgärder baserat på referenspris⁴:

2025 = 10 miljarder kronor, 2021 = 10,9 miljarder kronor

Teknisk beskrivning finns i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Jämförelser över perioden 2021–2025 visar att andelen åtgärder inom åtgärdsgrupp 100 successivt har ökat. Även det senaste året fortsätter denna utveckling. Förändringarna från år till år är relativt små, men sammantaget visar utvecklingen att diagnostiska åtgärder utgör en successivt större andel av tandvårdens verksamhet.

Åtgärdsgrupp 100 omfattar åtgärder för diagnostik, och utvecklingen sammanfaller med ett ökat fokus på tidig upptäckt, riskbedömning och individanpassad prevention inom tandvården. Flera av rapporterna i årets rapport belyser dessa områden och kan bidra med underlag för diskussioner om hur tandvårdens resurser kan användas på ett ändamålsenligt sätt för att möta patienternas behov.

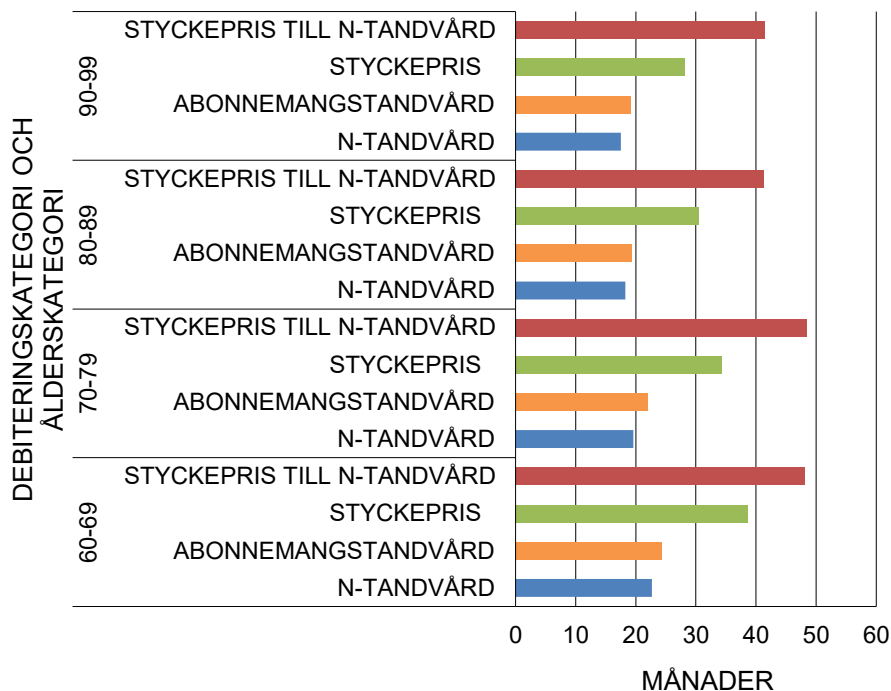
⁴ Skattad kostnad beräknas för båda tidsperioderna utifrån TLV:s referensprislista för 2025.

Allt längre intervall mellan undersökningar för patienter i den sköra perioden

Den sköra perioden betecknar den period i livet där individen går från att vara helt självständig till att successivt bli allt mer beroende av stöd och hjälp från andra. Den sköra perioden övergår till den beroende perioden när stöd och hjälp behövs under större delen av dygnet. Inom tandvårdssystemet blir individen berättigad till så kallad nödvändig tandvård under den beroende perioden. Under den sköra perioden är det angeläget att bibehålla tandvårdskontakt eftersom många riskfaktorer för tandsjukdomar ökar i takt med minskad förmåga att själv upprätthålla god munhälsa. I rapport 6A och 6B har sköra patienter definierats som patienter som övergår från styckepristandvård till nödvändig tandvård (N-tandvård).

Det finns en ökande medvetenhet om betydelsen av att identifiera individer i den sköra perioden tidigt och att stärka förebyggande insatser innan ett omfattande omsorgsbehov uppstår. Resultaten i denna rapport bidrar med kunskap om denna patientgrupp och kan ge underlag för insatser som främjar en god munhälsa genom övergången från självständighet till beroende.

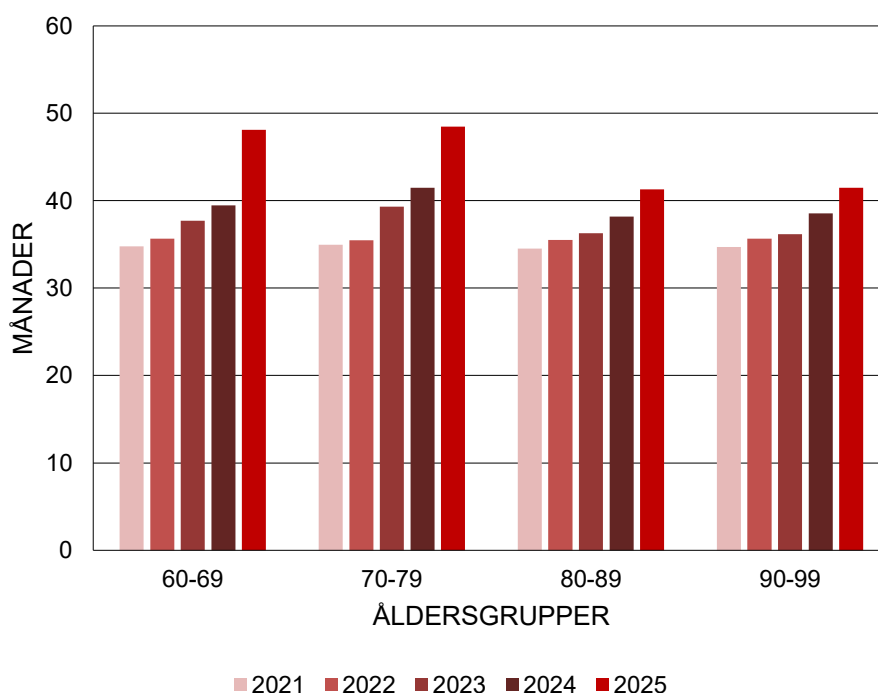
RAPPORT 6A Intervall mellan basundersökningar hos patienter som behandlats inom olika ersättningsystem. Avser patienter som kommit för undersökning 2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer som kommit för basundersökning 2025:
n = 240 978 (patienter med styckepristandvård), n = 68 157 (patienter med
abonnemangstandvård), n = 7197 (patienter med nödvändig tandvård, där av 2 896
patienter som gått från styckepris till nödvändig tandvård)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

RAPPORT 7B Intervall mellan basundersökningar hos patienter 60 år och äldre som går
från styckepristandvård till N-tandvård. Avser patienter som fått undersökning inom N-
tandvård 2021–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer som gått från styckepris till nödvändig tandvård:
n = 1 119 (2020), n = 2 287 (2021), n = 2 241 (2022), n = 2 607 (2023), n = 2 694 (2024) n =
2 896 (2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR

Patienter som gått från styckepristandvård till N-tandvård har betydligt
längre intervall mellan basundersökningar jämfört med patienter som
enbart har haft styckepristandvård, abonnemangstandvård eller
nödvändig tandvård. I genomsnitt har intervallet för dessa "sköra"
patienter i olika åldersgrupper, varit mellan 42 och 48 månader.
Intervallet för övriga grupper varierar mellan 18 och 38 månader
(Diagram 6A). Detta indikerar att många individer i gruppen som
övergått från styckepristandvård till N-tandvård kan ha förlorat
kontakten med tandvården under den "sköra" perioden d.v.s. då de blivit
alltmer beroende av andras stöd och hjälp. Detta stöds av en spridning i
revisionsintervall som visas för "sköra" patienter 60 år och äldre. Man bör

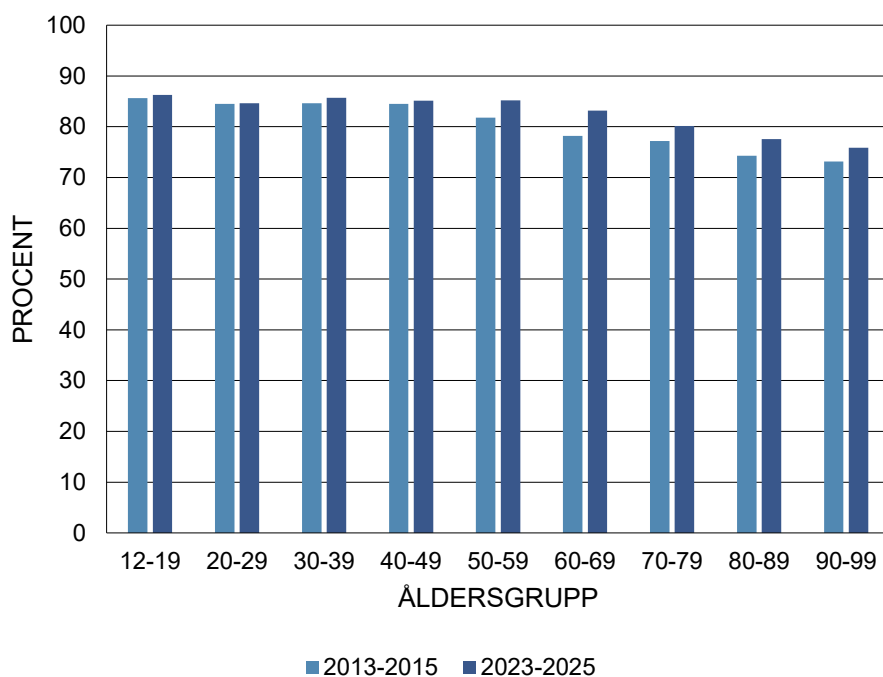
dock tolka resultaten med försiktighet. Även om basundersökning inte utförts kan vissa patienter ha fått tandvårdsbehandling. Det kan heller inte uteslutas att revisionsintervallet för "sköra" patienter är något underskattat. Revisionsintervall för personer 90–99 år är kortare i genomsnitt vid jämförelse med personer i åldern 60–69 år. Eftersom de tidigaste data i SKaPa kommer från 2008/2009 vilket innebär det att patienter som haft sin sista basundersökning enligt styckepristandvård/abonnemangstandvård tidigare inte kan fångas upp. Gruppen som gått från styckepristandvård till N-tandvård hade i genomsnitt förlorat en tand under perioden mellan basundersökningarna. I åldersgruppen 60–79 år hade män något fler kvarvarande tänder medan det i högre ålder rådde det motsatta. Revisionsintervallen för "sköra" patienter skiljer sig avsevärt mellan olika deltagarorganisationer med avsevärda spridningar.

Att förlora tandvårdskontakten speciellt i den sköra perioden får snabbt en stor effekt på munhälsan. Därför är det extra viktigt att personerna bibehåller en tandvårdskontakt vilket även lyfts i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård från 2022. Från Rapport 6B kan en tendens anas att revisionsintervallen har förlängts för denna grupp, men bör tolkas med försiktighet då rapporten bygger på relativt få individer. Dock är detta en viktig del att följa upp framgent.

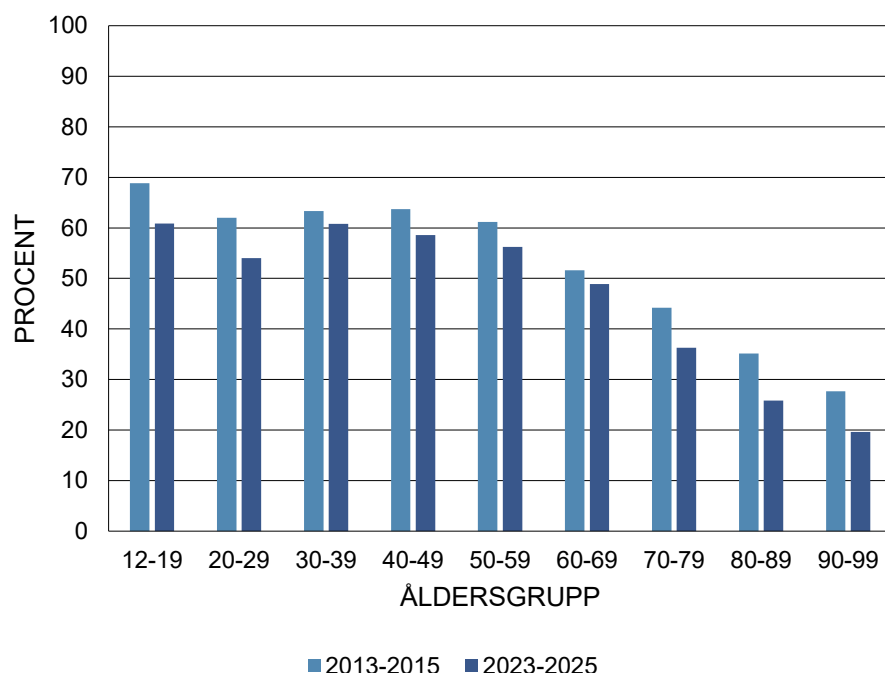
God självskattad munhälsa minskar kontinuerligt med ökande ålder

Underlaget för nedanstående grafer utgörs av svar på frågan om självskattad munhälsa i beslutsstöd R2. Självskattad munhälsa besvaras och registrerats i R2 som ett av fyra svarsalternativ (mycket god, god, dålig, mycket dålig). Patienten skattar sin munhälsa utifrån den globala munhälsofrågan i R2; Hur bedömer du att din tandhälsa är idag? Frågan kan trots sin utformning användas som en indirekt skattning för munhälsa

RAPPORT 8A Andel patienter med självskattad "god" eller "mycket god" tandhälsa uppdelat på åldersgrupper (2013–2015 respektive 2023–2025)



Rapport 7B Andel patienter som både bedöms ha låg risk för karies och parodontit samt uppger sin munhälsa som "god" eller "mycket god", uppdelat på åldersgrupper (2013–2015 respektive 2023–2025)



ANTAL PATIENTER: unika individer med svar på självskattad hälsa i beslutsstöd R2:

n = 1 068 637 (2013–2015)

n = 1 944 220 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

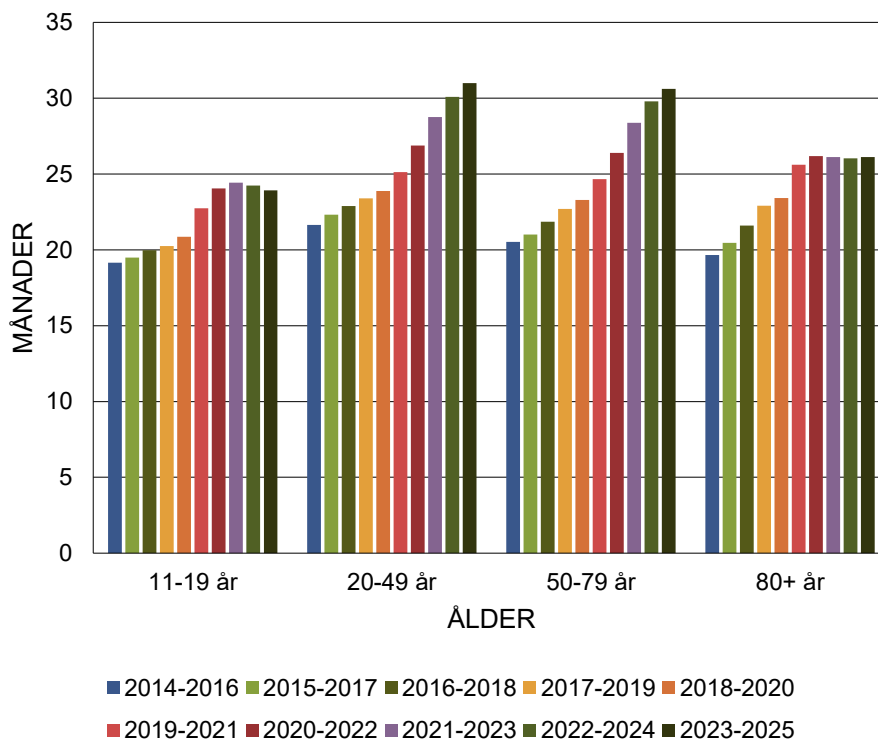
I rapport 7A redovisas att andelen patienter med självskattad "god" eller "mycket god" tandhälsa generellt minskar med åren.

Skillnaden mellan tidsperioderna 2013–2015 och 2023–2025 är för de yngre åldersgrupperna ganska oförändrad mellan perioderna men för åldersgrupperna över 50–59 år och äldre ses en tydlig ökning av den självskattade tandhälsan.

I rapport 7B redovisas att andelen patienter som både bedöms ha låg risk för karies och parodontit samt uppger sin munhälsa som "god" eller "mycket god". Generellt ses en minskande trend med ökande ålder efter 50 år. Till skillnad från den förbättringen mellan 2013–2015 och 2023–2025 som ses i rapport 7A noteras en minskning/försämring med stigande ålder.

Individer i åldern 20–79-år med låg risk för munsjukdomar kallas mer sällan för basundersökning

RAPPORT 9 Genomsnittligt revisionsintervall hos patienter som bedöms ha låg risk för både karies och parodontit samt uppger att de upplever sin munhälsa som god/mycket god mellan 2014–2016 och 2023–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer, alla åldrar, som vid riskbedömningen närmast föregående basundersökningen under respektive tidsperiod bedömdes ha låg risk för karies och parodontit samt uppgav att de bedömde sin munhälsa som god eller mycket god.

n = 707 875 (2014–2016),

n = 1 092 830 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Tidsintervallet mellan basundersökningarna har ökat för de som bedöms ha låg risk för både karies och parodontit, samt skattar sin munhälsa som god ses hos de flesta behandlare. I den yngsta och den äldsta gruppen har revisionsintervallet inte ökat nämnvärt sedan perioden 2020 – 2022, men bland 20 – 79 år ses en kraftig ökning under hela observationsperioden.

RAPPORTER KARIES

TEXT: DAN ERICSON, SENIORPROFESSOR I CARIOLOGI, MALMÖ UNIVERSITET

Karies är världens vanligaste icke överförbara sjukdom [1] och kan ha negativa effekter på individens allmänhälsa. Kariessjukdomen kan associeras med tillstånd såsom kranskärslssjukdom/arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, demens, sepsis med flera [2, 3]. Konsekvenserna i munnen är återkommande reparationer, pulpakomplikationer och extraktion.

Lokalt i tanden resulterar sjukdomsprocessen i att tandytan skadas genom upprepad syrabildning av munbakterier i tandbeläggningarna (biofilm). 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 kavitetsbildning. 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. Fluoridtillförsel, förbättrad munhygien och kostvanor kan bromsa eller till och med stoppa processen. En initial skada är möjlig att stoppa. En skada med kavitetsbildning kräver oftast restaurativ behandling med ett artificiellt material [4, 5].

I årets SKaPa-rapport kan särskilt noteras

- Att karies och följdtilstånd som fraktur av tand eller fyllning och endodontiska tillstånd är den vanligaste orsaken till tandextraktion (rapport 3).
- Att andelen reparativa åtgärder har minskat sedan 2021 och andelen sjukdomsförebyggande har ökat. Kostnaden för reparativa åtgärder är fortfarande den behandlingsåtgärd som tar mest resurser (rapport 5A) och karies ökar bland de äldsta grupperna (rapport 11).
- Att fyllningar har en begränsad livslängd och halveringstiden eller medianöverlevnaden för fyllningar gjorda på patienter 20 år eller äldre är 7,7 år (rapport 15). Detta innebär att kariessjukdomen fortsätter generera vård genom livet och efter 45 år görs de flesta fyllningar på grund av övriga orsaker än karies (frakturer av fyllning eller tand, etc) (rapport 14).
- Att antalet intakta tänder inte ökar de senaste åren bland 80-åringar och äldre (rapport 2B), i samma utsträckning som antalet

kvarvarande tänder ökar (rapport 2A). Detta speglas i rapport 10, där DFT ökar.

Definition av frisk och sjuk i karies på individnivå

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. En person kan alltså ha flera avstannade skador och fyllningar som tecken på en genomgången sjukdom.

Om man är sjuk i karies, har man pågående sjukdom, det vill säga 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.

Kariessjukdomen har av tandvården och patienter vanligen betraktats som en sjukdom begränsad till en enskild tand eller tandyta. Detta avspeglar sig i en detaljerad diagnostik och åtgärder på ytnivå. Trots att orsaksfaktorerna finns på individnivå. Ett sådant synsätt kan ha bidragit till att hälsofrämjande, förebyggande och orsaksinriktade behandlingar fokuseras på yt- eller tandnivå och inte på individnivå. Exempelvis fluoridlackning, plackkontroll, fissurförseglingar och till och med fyllningar.

Förekomst/utbredning i befolkningen

Tandhälsan förbättras tämligen entydigt över tid [6], men de allra flesta vuxna människor har fortfarande tecken på aktiv eller genomgången kariessjukdom. Andelen vuxna utan karies och fyllningar är 40 procent i 20-årsåldern, men i 60-årsåldern är cirka en procent utan skador av kariessjukdomen (se rapport 12). Antalet fyllda och karierade tänder ökar tydligt för gruppen 80 år och äldre (se rapport 10). Den vanligaste orsaken till tandreparationer är karies eller trasiga fyllningar. Kostnaden för tandreparationer om och om igen är hög.

Kariesförekomsten i mjölktdandsbettet uppvisade en ökning efter 2010, men den trenden verkar nu vara bruten (se rapport 9). Orsaken till den, sannolikt tillfälliga, uppgången är inte klarlagd [7].

Tandförluster, oberoende av orsak, associeras med ökad incidens av hjärt-kärlsjukdom, diabetes och dödsfall [8]. Orsaken till tandextraktioner redovisade i rapport 3 är i huvudsak karies och tillstånd som konsekvens av karies (frakturer och endodontiska komplikationer).

Förebyggande och sjukdomsbehandlande vård

Karies förebyggs genom att på individnivå begränsa syrabildningen i tandbeläggningarna och/eller genom att bromsa kariesprocessen genom tillförsel av fluorid. 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 fem intag per dag kan de allra flesta undvika nettoförlust av tand-mineral, om fluoridtandkräm används. Det totala intaget av socker är av stor betydelse för kariesutvecklingen i en population [9] och WHO [10] rekommenderar starkt att intaget av socker ska ligga under 10 energiprocent och ger en "conditional recommendation" på att intaget ska ligga under 5 energiprocent. Om vi drastiskt minskar sockerintaget, behöver vi inte fluorider eller munhygien för att stoppa karies, påpekar Sheiham och James [11].

Fluorid tillförs mest rationellt för de flesta människor genom fluoridtandkräm. Användning av fluoridtandkräm två gånger dagligen medför att tandytan oftare klara 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 fluoridfaktorer kan behandlingen riktas mot att försöka justera den, för individen i sin livssituation, mest relevanta faktorn. Orsaksinriktad behandling innefattar en beteendeförändring hos patienten i det att kost, munhygienvanor och fluoridanvändning ska optimeras.

Vid förhöjd kariesrisk eller kariesaktivitet används vanligen, som komplement till orsaksinriktad behandling, fluorid 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 på individnivå 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 inte initial karies. För att mäta initial karies används beteckningarna D1 (skada i yttre halvan av emaljen enligt röntgenbilden) och D2 (skada som når genom halva emaljtjockleken). Beteckningen D3 (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 D3 (se nedan). Diagnoserna kariesprevalens och karies-incidens används för att uttrycka befintliga skador respektive nytillkomna skador. Incidensen används ibland synonymt med kariesaktivitet (antal nytillkomna skador per tidsenhet).

De flesta patienter vet emellertid inte hur deras kariessituation ser ut i jämförelse med andra individer i samma ålder, eftersom genomsnittsvärden inte är tillgängliga och används på samma sätt som för sjukvården avseende till exempel Body Mass Index (BMI), blodtryck och blodsockernivåer. En sådan kunskap kan öka medvetenheten om karies och kariessjukdomen. Kommunikationen mellan patient och behandlare kan underlättas genom att patienten får reda på sin sjukdomsbelastning (DMFT) i jämförelse med andra.

SKaPa har därför tagit fram en graf (rapport 11) som visar medelvärde och standarddeviationer för individer i SKaPa's databas. I grafen kan patientens DMFT jämföras med andra individer i samma åldersgrupp och klassificeras avseende sin kariessjukdom [12].

Grafen är utgångspunkten i ett arbete med klassificering och prognosbedömning av kariessjukdom hos individen som startat inom Svensk Förening För Cariologi.

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 resurs-krävande 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 tredjedelen med mest sjukdom [12,13].

Kariesrisk

Bedömning av risk för karies på individnivå under den närmsta framtiden görs systematiskt, med eller utan datorstöd, i de flesta organisationer. Det innebär att med kännedom om riskfaktorerna för karies görs en sammanvägning och en bedömning av risk. Ibland kan laboratorietester behövas för att göra en säkrare bedömning. Risk-bedömningen 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 är operativ kariesbehandling/ lagning

aktuell ("restoration threshold"). 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 stanna av eller bromsas upp med hjälp av fluorid 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. Enbart diagnosen D3 innebär inte alltid att en lagning görs.

Djupa kariesskador

När en kariesskada fördjupas i dentinet föreligger risk att pulpan blottas och infekteras vid kariesexkavering, vilket föranleder rotbehandling i många fall. Genom stegvis exkavering, vilket innebär att kariesskadat dentin lämnas temporärt i den djupare delen av kariesangreppet, kan pulpainflammationen läka och skadat dentin delvis re-mineraliseras. Bakterier i karierat dentin avskils då från näringstillförsel och blir inaktiva eller dör. Irritationen i pulpan minskar och stimulering till dentinbildning kan ske. Efter expektans på minimum 3–6 månader görs en slutlig exkavering. Stegvis exkavering ökar tydligt pulpaöverlevaden, jämfört med direkt exkavering av djupa kariesangrepp.

Den goda behandlingseffekten vid stegvis exkavering vid djupa kariesangrepp har föranlett genomförande av flera studier som undersöker vad som händer om man enbart utför det första steget i stegvis exkavering, en partiell exkavering, det vill säga lämnar tydligt karierat dentin "permanent" under en tät fyllning [14].

Socialstyrelsen har i Nationella riktlinjer för tandvård, 2022, analyserat kunskapsläget och bedömt att en sådan åtgärd, partiell eller selektiv exkavering, är kostnadseffektiv och har samma prioritering som stegvis exkavering [15]. Det saknas dock ännu konsensus om kavitetsutformning och hur mycket karierad vävnad som är lämpligt att lämna i kaviteten.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för karies

Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen i vården inom sitt respektive område. Hösten 2023 startade NPO Tandvård en Nationell Arbetsgrupp (NAG) med uppdraget att ta fram ett Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för kariessjukdomen. Vårdförloppens syften är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården [16]. Trots att svensk tandvård har varit mycket framgångsrik, är kariessjukdomen fortfarande ett problem för många. Mindre än en procent av årets timmar ges vård på tandvårdskliniken – resten av tiden hanteras sjukdomen i vardagen av patienten. Vårdförloppet stödjer tandvårdens insatser för att stärka patientens möjligheter att förstå och hantera sin sjukdom där den faktiskt utspelar sig: hemma, i det dagliga livet.

I arbetet med vårdförloppet har SKaPa bidragit med värdefullt underlag till hälsoekonomiska beräkningar och därpå följande konsekvensbeskrivningar.

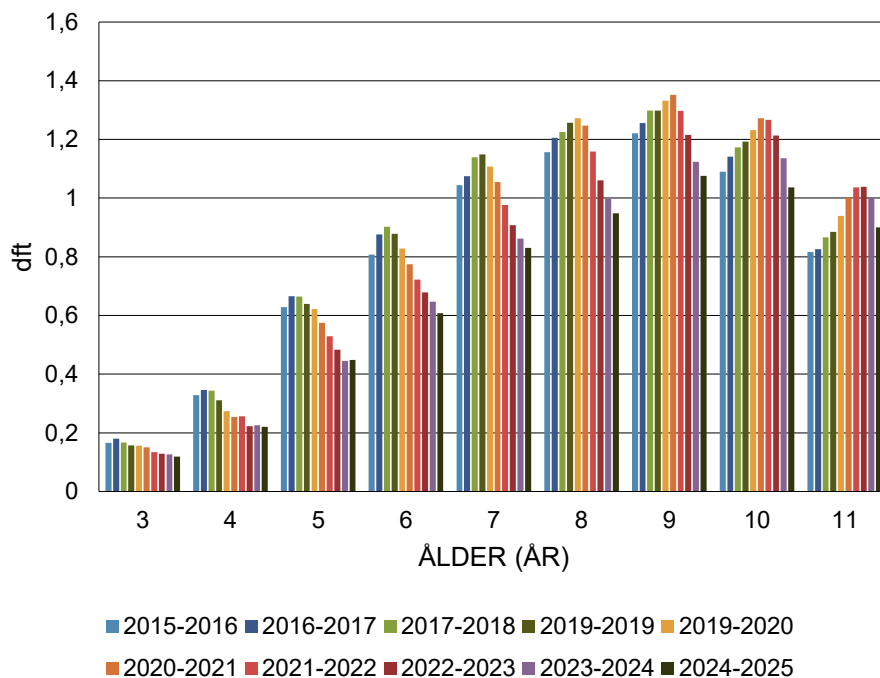
Referenser

1. <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
2. Nordström M, Hedenbjörk-Lager A, Hänsel Petersson G, Ericson D. Karies – världens vanligaste icke smittsamma sjukdom [Dental caries - the most common noncommunicable disease and its impact on general health and disease]. Lakartidningen. 2024 Mar 12; 121:23127. Swedish. PMID: 38470274.
3. https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/eixefp_-_time_to_put_money_where_mouth_is_addressing_inequalities_in_oral_health_white_paper_v2.pdf
4. Pitts, N., Twetman, S., Fisher, J. et al. Understanding dental caries as a non-communicable disease. Br Dent J 231, 749–753 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3775-4>
5. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E.(Eds) Dental caries. The disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford, Wiley Blackwell; 2015.
6. Socialstyrelsen, 2025. Statistik om tandhälsa 2024. Art. Nr. 2025-5-9596
7. Socialstyrelsen, 2022. Karies bland barn och ungdomar Art. Nr. 2022-5-79062021-12-7697
8. Liljestrand JM, Havulinna AS, Paju S, Männistö S, Salomaa V, Pussinen PJ. Missing Teeth Predict Incident Cardiovascular Events, Diabetes, and Death. J Dent Res. 2015;94:1055-62.

9. Sheiham A, James WP. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. BMC Public Health. 2014, 16;14:863
10. World Health Organization. 2015. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva (Switzerland): World Health Organization
http://who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en
11. Sheiham A, James WP. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. J Dent Res. 2015;94:1341-7.
12. <https://www.tandlakartidningen.se/kariologi/nytt-system-for-klassificering-av-karies/>
13. 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.
14. Schwendicke F, Walsh T, Lamont T, Al-Yaseen W, Bjørndal L, Clarkson JE, Fontana M, Gomez Rossi J, Göstemeyer G, Levey C, Müller A, Ricketts D, Robertson M, Santamaria RM, Innes NP. Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 19;7(7):CD013039. doi: 10.1002/14651858.CD013039.pub2. PMID: 34280957; PMCID: PMC8406990.
15. Socialstyrelsen, 2022. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Art. Nr. 2022-9-81142021-9-7549
16. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npotandvard/karies.68100.html>

Karies i mjölktdandsbettet fortsätter minska bland de flesta åldersgrupperna

RAPPORT 10 Karierade och fyllda primära tänder (medelvärde dft) 2016–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer 3–11 år med uppgift om status under aktuellt år eller närmast föregående år (för 3-åringar avses en ettårsperiod)

n = 888 319 (2025), n = 885 976 (2024), n = 892 639 (2023), n = 896 227 (2022), n = 883 374 (2021), n = 879 613 (2020), n = 891 345 (2019), n = 870 319 (2018), n = 850 942 (2017), n = 824 090 (2016)

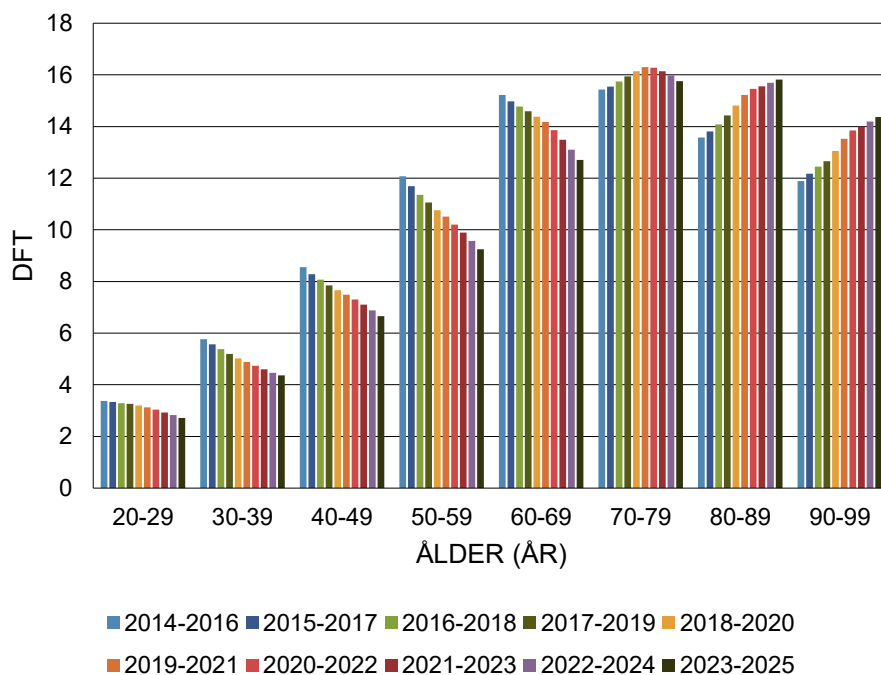
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Den ökning av kariesförekomst i mjölktdandsbettet som noterats mellan 2014–2023 är nu bruten i alla åldersgrupper.

Karies och fyllningar minskar tydligt för 30–79-åringar, men ökar för de allra äldsta grupperna

RAPPORT 11 Karierade och fyllda tänder (medelvärde DFT) vuxna 2016–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer i respektive åldersgrupp med minst en basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112) under respektive tidsperiod.

n-tal 2025:

n = 656 203 (20–29 år), n = 549 607 (30–39 år), n = 448 954 (40–49-år),
n = 503 064 (50–59 år), n = 472 713 (60–69 år), n = 423 948 (70–79 år),
n = 252 032 (80–89 år), n = 44 860 (90 år och äldre)

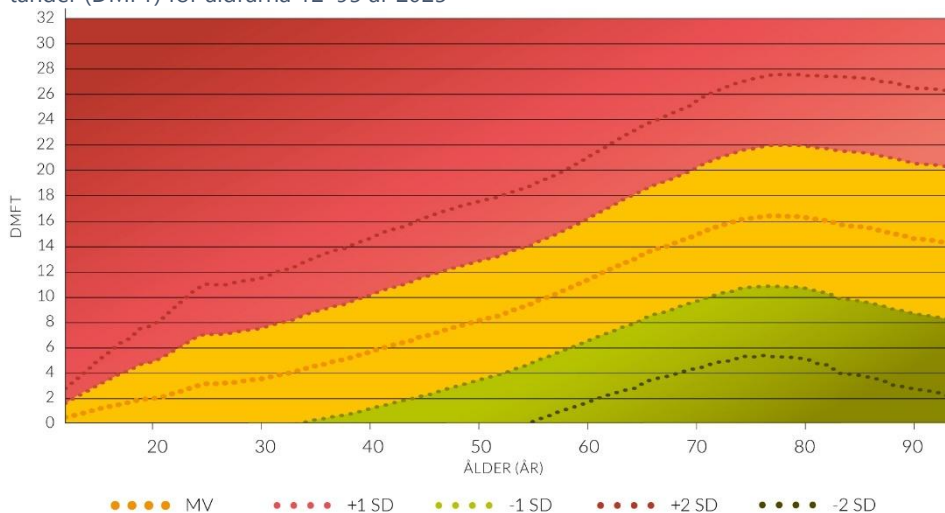
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Diagrammet visar medelvärde för karierade och fyllda tänder (DFT) från 20 år. Trenden tydligt minskande med åren, speciellt för grupperna mellan 30 och 79 år. Bland äldre över 80 år ses en tydlig ökning. Denna ökning kan till viss del förklaras av ökat antal kvarvarande tänder bland åldersgruppen och speglar sannolikt att antalet kariesriskfaktorer ökar med åldern.

Kariessjukdomens distribution över ålderspanoram

RAPPORT 12 Medeltal och standarddeviation DMFT karierade, fyllda eller saknade tänder (DMFT) för åldrarna 12–95 år 2025*



*Underlaget avser 2024–2025 för 12–17 åringar, respektive 2023–2025 för 18 år och äldre
OBS vid beräkning av M och F har samtliga orsaker till tandförlust eller fyllning inkluderats inte enbart på grund av karies. Visdomständer är inkluderade.

ANTAL PATIENTER: Unika individer 12–95 år med en eller fler basundersökningar⁵ under tvåårs period (12–17 åringar) alternativt treårs period (18 år och äldre).
n = 4 169 722 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

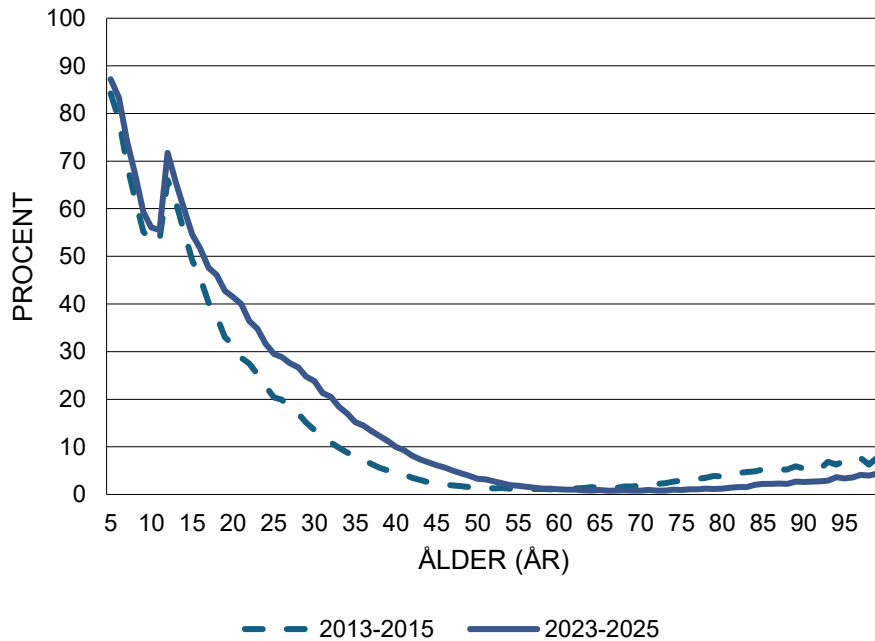
KOMMENTAR:

Grafen visar medelvärde för DMFT från 12 till 95 år, +/- 1 och 2 standarddeviationer (SD). Det gula fältet innefattar +/- 1 SD och den orange prickade linjen medelvärdet. I det röda fältet är de värden som avviker mer än + 1 SD och över den röda prickade linjen, de värden som avviker mer än + 2 SD. Motsvarande ses i det gröna fältet. - Grafen kan påvisa hur en patients DMFT-värde är i jämförelse med SKaPa-medelvärdena.

⁵ Med basundersökning avses TLV åtgärds-koder 101, 102, 111, 112

Störst ökning i andel kariesfria bland personer 15–45 år

RAPPORT 13 Andel kariesfria (DFT=0) per årsålder 5–99 år bland personer som kommit för basundersökning under en treårs period 2013–2015 respektive 2023–2025 (för 5–17 åringar gäller en tvåårs period).



OBS resultaten avser primära bettet för 5–6 åringar, växelbettet för 7–11 åringar, permanenta bettet för 12 år och äldre

ANTAL PATIENTER: Unika individer 5–99 år med en eller fler basundersökningar⁶ under tvåårs period (5–17 åringar) alternativt treårs period (18 år och äldre).
n = 3 876 463 (5 år och äldre, 2015), n = 4 882 582 (5 år och äldre, 2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

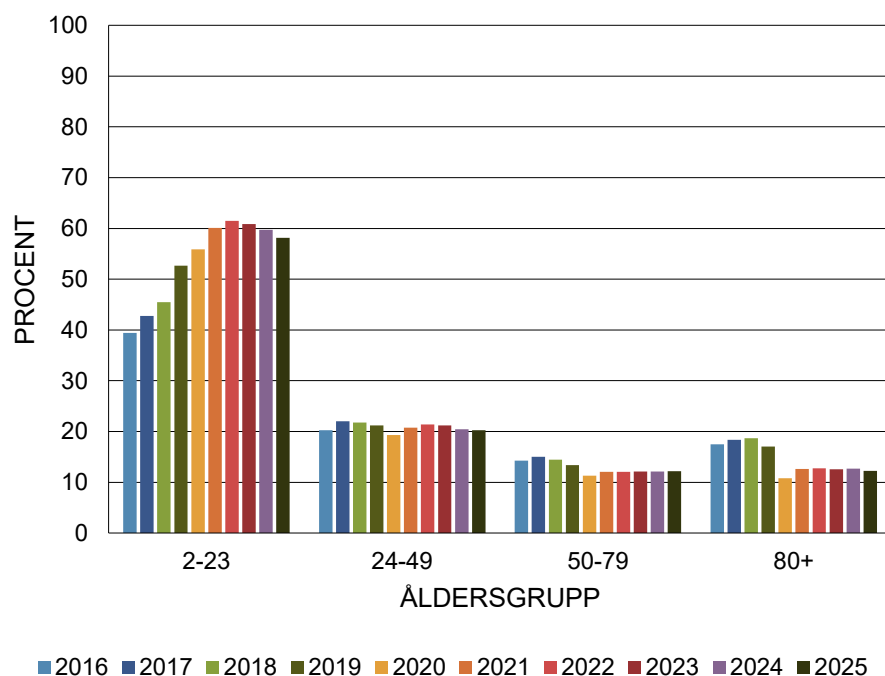
Figuren visar andelen kariesfria i permanenta bettet 2013–2015 jämfört med 2023–2025 i alla åldersgrupper. Vid 55–60 års ålder har i princip samtliga erfarenheter av kariessjukdomen. Andelen kariesfria ökar under den senare perioden mest mellan åldrarna 15 och 45 år, för att sedan minska bland de äldre.

⁶ Med basundersökning avses TLV åtgärds-koder 101, 102, 111, 112

Sjukdomsbehandlande insatser för yngre med karies minskar

Vid SKaPas Användarmöte i november 2016 diskuterades kvalitetsindikatorn "Sjukdomsbehandling vid karies". Från Folktandvården Skåne riktades en utmaning till alla: låt oss gemensamt arbeta för att fler patienter med karies också ska få sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder för karies.

RAPPORT 14 Andel patienter som får sjukdomsbehandling vid reparativ terapi motiverad av karies (2016–2025)



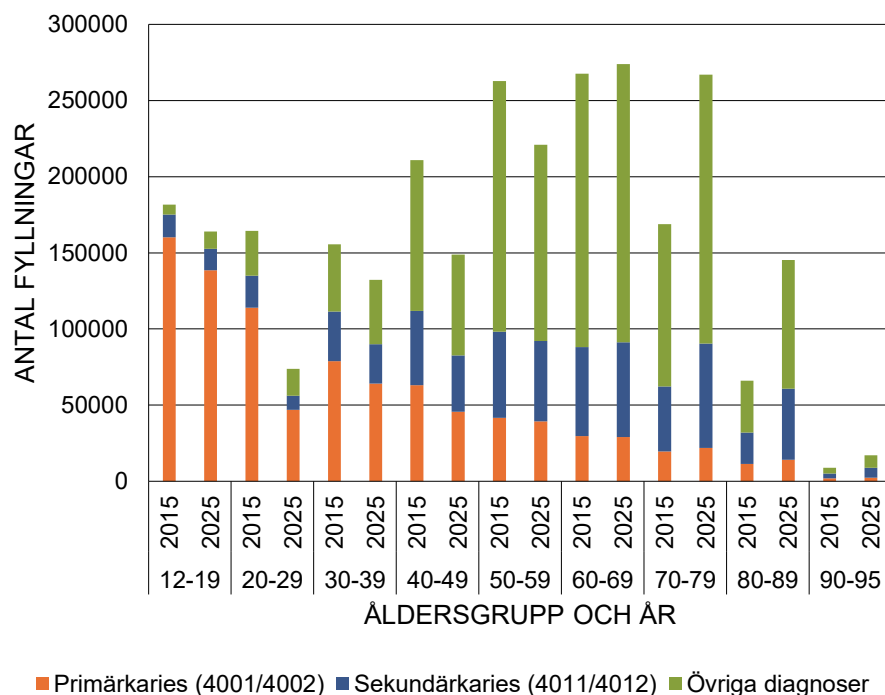
ANTAL PATIENTER: Unika individer som fått en eller flera reparativa/restaurativa åtgärder utförda (TLVs åtgärds-koder 701–707, 800, 801) motiverad av karies under respektive tidsperiod. Antal unika patienter 2025; n = 220 977 (2–23 år), n = 132 606 (24–49 år), n = 184 149 (50–79 år), n = 42 530 (80 år och äldre)
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Diagrammet visar fram till 2022 en ökande andel av de som fått reparativ terapi på grund av karies som också får sjukdomsbehandlande åtgärder dokumenterade i åldersgruppen 2–23 år. Därefter ses en tydlig minskning i åldersgruppen. I den äldsta åldersgruppen ses en minskning efter 2020. Notera att enbart c:a 20 % av patienterna 24 – 49 år får sjukdomsbehandling vid kariessjukdom. För de äldre är andelen ännu lägre.

Efter 49 år görs majoriteten av fyllningar av andra orsaker än karies

RAPPORT 15 Antal och fördelning av orsaker till utförda fyllningar, 2015 och 2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer (12–95 år) som fått minst en fyllning eller krona⁷ under respektive tidsperiod.

n = 979 670 (2015)

n = 982 055 (2025)

BEHANDLINGSÅTGÄRDER:

Alla fyllningar och kronor som gjorts under respektive tidsperiod.

n = 1 486 562 (2015, fyllningar och kronor)

n = 1 443 168 (2025, fyllningar och kronor)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Det totala antalet fyllningar som görs i åldersgrupperna 12 - 59 år har tydligt minskat mellan 2015 och 2025. I gruppen 70 - 95 år ses en tydlig ökning. Särskilt tydlig är andelen sekundärkaries och övriga diagnoser (bland annat frakturer av fyllning eller tand, lossnade fyllningar, tandslitage, mm)

⁷ Med fyllning avses TLVs åtgärds-koder 701–707 och krona 800–801

Det framgår tydligt att primärkaries är den vanligaste orsaken till att fyllningar görs på patienter mellan 12 och cirka 39 år. Andelen primärkaries som orsak minskar successivt till cirka 80 år, men ökar något igen med stigande ålder. Sekundärkaries som orsak ökar kontinuerligt genom åldersgrupperna, och efter 50-årsåldern är sekundärkaries vanligare än primärkaries. Andelen fyllningar med anledning av övriga diagnoser görs i en ökande utsträckning och från 50-årsåldern blir detta den vanligaste anledningen till att fyllningar utförs med kulmen i 60 - 79-årsåldern. Det är rimligt att anta att en stor del av dessa fyllningar har frakturerat eller bedömts som defekta. Skillnaden mellan 2015 och 2025 ses tydligast i åldersgrupperna 70 år och äldre, där primär karies minskat som fyllningsorsak och att frakturer mm ökat. Att andelen primär karies minskat (tydligast i den äldre gruppen), mellan åren kan indikera att äldre 2025 får mindre andel ny karies. Aktiv kariessjukdom leder till sekundärkaries och fyllningsfraktur är en senare konsekvens av sjukdomen.

RAPPORTER PARODONTIT OCH PERIIMPLANTIT

TEXT: TORD BERGLUNDH, SENIORPROFESSOR, SAHLGRENSKA
AKADEMIN, GÖTEBORGS UNIVERSITET

Parodontit (tandlossningssjukdom) är en infektionssjukdom som kännetecknas av inflammation i vävnaderna kring tänderna, progressiv förlust av tandfäste och benstöd, samt fördjupade tandköttsfickor och retraktion av tandköttskanten [1]. Orsaken till sjukdomen är bakterier i den normala munfloran som tillåts bilda beläggningar (bakteriell biofilm eller bakterieplack) på tänderna i anslutning till och under tandköttskanten. Det är dock inte bakterierna som bryter ned tandens stödjevävnad vid parodontit utan komponenter i den inflammation som induceras i mjukvävnaden i anslutning till den bakteriella biofilmen. Benägenhet för vävnadsnedbrytning varierar mellan individer, vilket förknippas med betydelsen av genetiska faktorer i styrandet av infektionsförsvaret. Faktorer som kan påverka sjukdomsprocessen är till exempel rökning och diabetes.

Vanligen har sjukdomen ett långsamt förlopp, men kan ha perioder av snabb utveckling som resulterar i varierande grad av stödjevävnadsförlust i bettet. 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 och förekomst av fördjupade tandköttsfickor beskrivs sjukdomen som mild/måttlig (stadie I/stadie II; stödjevävnadsförlust mindre än en tredjedel av tandens rotlängd och tandköttsfickor 4–5 mm) eller grav (stadie III/stadie IV: stödjevävnadsförlust motsvarande en tredjedel eller mer av tandens rotlängd och tandköttsfickor ≥ 6 mm). Mycket grav parodontit (stödjevävnadsförlust till apikala tredjedelen av tandens rotlängd) 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 inflammation. Vid tandimplantat benämns tillståndet periimplantit (bakteriellt orsakad inflammation i vävnaden runt tandimplantat som resulterat i förlust av benstöd kring implantatet) [2]. Erfarenhet av parodontit i den naturliga dentitionen medför ökad risk för periimplantit. Progressionsmönstret vid periimplantit utmärks av en icke-linjär och

accelererande process. Vid omfattande förlust av omgivande ben kan tandimplantatet förloras.

Definition av frisk och sjuk. Frisk med avseende på tillstånd i vävnader vid tänder och tandimplantat är man om det vid undersökning inte noteras några kliniska symptom på sjukdom (inga tänder/tandimplantat med fördjupade och inflammerade tandköttsfickor). Stödjevävnadsförlust kan dock föreligga p.g.a. 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 [1] Förutom förekomst av sjukdom beskrivs också dess svårighetsgrad (stadie I-IV baserat på grad av tandfästeförlust, ficksonderingsdjup och tandförluster) och utbredning (antal drabbade tänder) med måttet andel tänder med 4–5 mm (mild/måttlig parodontit) respektive ≥ 6 mm djupa tandfickor (grav/mycket grav parodontit).

Sjuk med avseende på periimplantit är en individ som uppvisar kliniska tecken på inflammation i mjukvävnaden (blödning/pus vid sondering), ökat sonderingsdjup och benförlust kring tandimplantat jämfört med tidigare undersökningar. [2] Vid avsaknad av tidigare undersökningsdata baseras diagnosen periimplantit på förekomst av (i) blödning/pus vid sondering, (ii) sonderingsdjup ≥ 6 mm och (iii) bennivå ≥ 3 mm apikalt om den mest koronala punkten av implantatets intra-osseösa del.

Förekomst/utbredning av parodontit och periimplantit i befolkningen

En majoritet av vuxna individer har gingivit (tandköttsinflammation) och stödjevävnadsförlust av varierande grad och utbredning i bettet. Såväl förekomst som svårighetsgrad av parodontit ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 50 år har drygt 60 procent stödjevävnadsförlust lokalt eller generellt i bettet, och cirka 20 procent en stödjevävnadsförlust som överstiger en tredjedel av rotlängden kring merparten av tänderna [3]. Vid 70 års ålder är motsvarande andel 30 procent. I ett globalt perspektiv är grav parodontit den sjätte vanligaste icke-överförbara sjukdomen som drabbar människan [4].

Andelen vuxna individer med tandimplantat inom svensk tandvård har ökat från 2,9 procent till 5,8 procent under senaste 10-årsperioden. Bland individer >70 år har idag drygt 10 procent tandimplantat. Av de personer som har haft tandimplantat i cirka 10 år indikerar data från svenska studier att nära 15 procent har inflammation och uttalad stödjevävnadsförlust (periimplantit) vid ett eller flera implantat [5].

Förebyggande och sjukdomsbehandlande vård

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

Behandling av parodontit har som mål att förhindra fortsatt stödjevävnadsförlust. Eftersom parodontit är en inflammationssjukdom som orsakas av bakterieansamling på tänderna inriktas behandlingen mot förbättrad egenvård och professionella insatser för att eliminera infektionen kring tänderna. Att öka individens sjukdomsmedvetenhet genom information och uppnå förbättrad egenvård genom munhygieninstruktioner är helt avgörande för ett lyckat behandlingsresultat.

Professionellt utförda åtgärder inkluderar icke-kirurgiska (depuration) och kirurgiska behandlingsåtgärder för att eliminera infektionen i tandfickorna. Vid omfattande stödjevävnadsförlust kan även tandextraktion utgöra ett behandlingsalternativ. Vidare krävs individuellt anpassad stödbehandling (sekundär prevention) för ett uppnått behandlingsresultat ska vara långsiktigt bestående.

Behandling vid periimplantit, som likt parodontit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom, 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 [5].

Att mäta sjukdomen

Sjukdom diagnostiseras genom att undersöka förekomst av inflammation (blödning vid ficksondering) och fördjupade tandköttsfickor (≥ 4 mm) kring tänder och tandimplantat. 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 tandtytor. Likaså skall samtliga tandimplantat inkluderas i den kliniska undersökningen. Även om andelen vuxna individer som erhållit fullständig parodontal undersökning har ökat jämfört med för 10 år sedan, visar data i föreliggande årsrapport att registrering av fickdjup utfördes endast hos drygt hälften av vuxna individer under senaste 3-årsperioden.

På röntgenbilder av tänder/tandimplantat kan graden av benförlust registreras som ett mått på sjukdomserfarenhet. Ställd i relation till patientens ålder utgör graden av benförlust kring tänder en metod att

värdera patientens sjukdomskänslighet. Genom att jämföra data från två kliniska registreringar och/eller röntgenundersökningar med visst tidsintervall kan förändring i sjukdomsstatus kring tänder och tandimplantat bedömas, till exempel incidens och grad av sjukdomsprogression men också effekt av genomförd behandling.

Riskbedömning

Inom tandvården används olika system för riskbedömning för parodontit. Det finns behov av en övergripande och mer homogen struktur för denna bedömning och som är gemensam för vårdorganisationer. Den nya klassificeringen för parodontit inkluderar en prognosgradering (A, B eller C) som speglar patientens risk för fortsatt sjukdom och hur patienten svarar på insatt terapi. Flera viktiga patientbaserade faktorer vägs in i prognosgraderingen. Utöver patientens anamnesuppgifter beträffande tobaksvanor och förekomst och svårighetsgrad av diabetes, analyseras sjukdomshistoria med avseende på sjukdomsdebut och progressionsmönster för parodontit. Därutöver relateras den kliniska bilden till omfattningen av stödjevävnadsförlust. Genom att använda prognosgradering enligt den nya klassificeringen skulle riskbedömning för parodontit göras heltäckande och enhetlig. Det är därför angeläget att den nya klassificeringen av parodontit med identifiering av sjukdomsstadier I–IV och bestämning av prognosgrad A, B eller C, tillämpas som rutin i tandvården.

I denna årsrapport kan särskilt noteras

- **Parodontala undersökningsdata saknas hos en tredjedel av vuxna (Rapport 15)**

Av individer >20 år som erhöll basundersökning 2023–2025 har 66 % ett parodontalt status med registrering av fickstatus. Även om denna andel har ökat över tid är det anmärkningsvärt att det saknas registrerade parodontala undersökningsdata hos en tredjedel av vuxna som besöker tandvården i Sverige. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård (SoS 2022) definieras basundersökning som en heltäckande undersökning där diagnostik av karies, gingivit och parodontit ingår. Parodontal undersökning är en förutsättning för diagnostik av parodontal sjukdom.

- **Andelen patienter med avancerad parodontit som inte behandlas ökar (Rapport 19)**

Av patienter med avancerad parodontit (fyra eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm) har andelen som ej behandlats ökat från 12 till 16

procent under senaste 10-årsperioden. Analyser visar även att en betydande andel av patienterna inte erhåller den behandling som bör vara indicerad. En detaljerad analys av bakomliggande orsaker bör göras av organisationerna som ett led i vårdkvalitetsarbetet.

- **Patienter med grav parodontit har ökad risk för periimplantit (Rapport 20)**

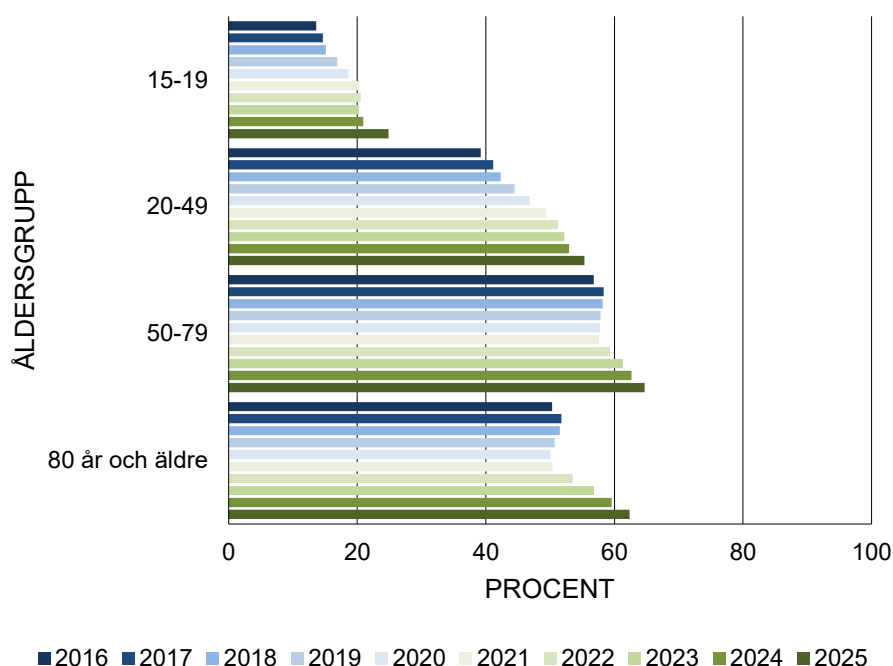
Bland de som behandlades för periimplantit 2023–2025 hade 81 procent av patienterna även parodontit med djupa tandköttsfickor. Observationen är i linje med etablerad evidens att patienter med pre-disposition för parodontit har ökad risk för periimplantit. Vården bör i samband med implantatbehandling och uppföljande kontroller vara uppmärksam på om parodontit föreligger i det naturliga bettet och genom adekvata behandlingsåtgärder etablera god parodontal/periimplantär infektionskontroll.

Referenser

1. Papapanou P, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol 2018;45(Suppl 20):S162–S170.
2. Berglundh T, Armitage G, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol 2018;45(Suppl 20):S286–S291.
3. SBU. Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] 2004;169.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: a systematic review and meta-regression. J Dent Res. 2014;93(11):1045–53.
5. Nationella riktlinjer för tandvård 2022. Socialstyrelsen

Andelen patienter som har en registrerad parodontal undersökning har ökat

RAPPORT 16 Andel patienter med parodontalt status av de med basundersökning, 15 år och äldre (2014–2016 till och 2023–2025)



ANTAL PATIENTER: Unika individer 15–99 år med registrerad parodontal undersökning (minst ett signerat fickstatus) bland personer med minst en basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112, 114) under en tvåårs period (15–17 år) respektive treårs period (18 år och äldre)

Patienter med parodontalt status:

n = 1 311 505 (2014–2016), n = 1 406 545 (2015–2017),
n = 1 494 645 (2016–2018), n = 1 646 238 (2017–2019), n = 1 751 374 (2018–2020)
n = 1 954 674 (2019–2021), n = 2 011 383 (2020–2022), n = 2 095 599 (2021–2023)
n = 2 125 440 (2022–2024), n = 2 213 424 (2023–2025)

Patienter med basundersökning:

n = 3 242 093 (2014–2016), n = 3 334 749 (2015–2017)
n = 3 472 873 (2016–2018), n = 3 684 538 (2017–2019), n = 3 782 608 (2018–2020)
n = 4 062 733 (2019–2021), n = 4 043 759 (2020–2022), n = 4 109 329 (2021–2023)
n = 4 083 334 (2022–2024), n = 4 066 840 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR

Andelen individer 15–99 år som fått parodontal undersökning med registrering av fickstatus har ökat från 40,5 procent till 54,4 procent mellan 2014–2016 och 2023–2025. Under den senaste tidsperioden fick 25 procent av patienterna i åldern 15–19 år och 55 procent i åldern 20–

49 år parodontal undersökning med registrering av fickstatus. I åldern 50–79 år utgör andelen 65 procent, medan motsvarande andel i åldern 80 år och äldre är 62 procent. Då parodontal undersökning utförs i mindre utsträckning inom åldersgruppen 15–19 år, är förändringen över tid mer tydlig i de övriga åldersgrupperna. Andelen individer >20 år som fått parodontal undersökning ökade från 46 procent till 66 procent mellan 2014–2016 och 2023–2025. I nästan alla organisationer har andelen vuxna individer som fått parodontal undersökning ökat mellan de två tidsperioderna, men andelen varierar stort mellan organisationerna.

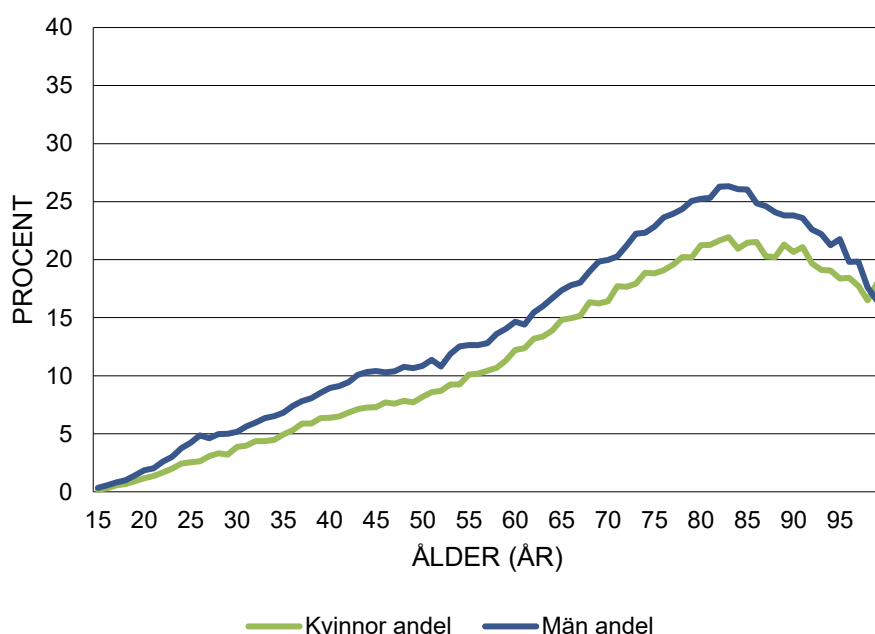
Rapporten inkluderar endast patienter som har fickstatus där minst en registrering gjorts i journalsystemet. I vilken utsträckning fickdjupsregistrering görs i journalen kan bero på skillnader i rutiner för parodontal undersökning mellan såväl organisationer som behandlare. Vidare kan det inte uteslutas att fler individer erhållit parodontal undersökning men att fynden endast noterats i en daganteckning.

Eftersom andelen individer som fått parodontal undersökning med registrering av fickstatus är en viktig kvalitetsindikator, är det önskvärt att säkerheten i data kan ökas genom att det i samtliga journalsystem införs en till fickstatus kompletterande registreringsruta som markeras om det inte finns några fördjupade tandköttsfickor (≥ 4 mm).

INDIVIDER MED PARODONTAL SJUKDOM

Andelen patienter med djupa tandköttsfickor ökar upp till 80 års ålder

RAPPORT 17A Andel individer med status Parodontitsjuk1 (minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm), ålders- och könssuppdelat. Avser individer med minst en basundersökning 2024–2025 (15–17 år), alternativt 2023–2025 (18 år och äldre).



RAPPORT 17B Antal individer med status Parodontitsjuk1 (minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm, 8: or och distalytor 7: or exkluderade), ålders- och könssuppdelat bland personer med minst en basundersökning under 2024–2025 (15–17 år) respektive 2023–2025 (18 år och äldre).

	15–19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	50–59 år	60–69 år	70–79 år	80–89 år	90–99 år
Kvinnor	1309	7339	14 685	17 657	26 008	35 372	42 255	29 752	5684
Män	2201	10 898	17 291	20 732	29 243	37 862	45 046	29 087	3739

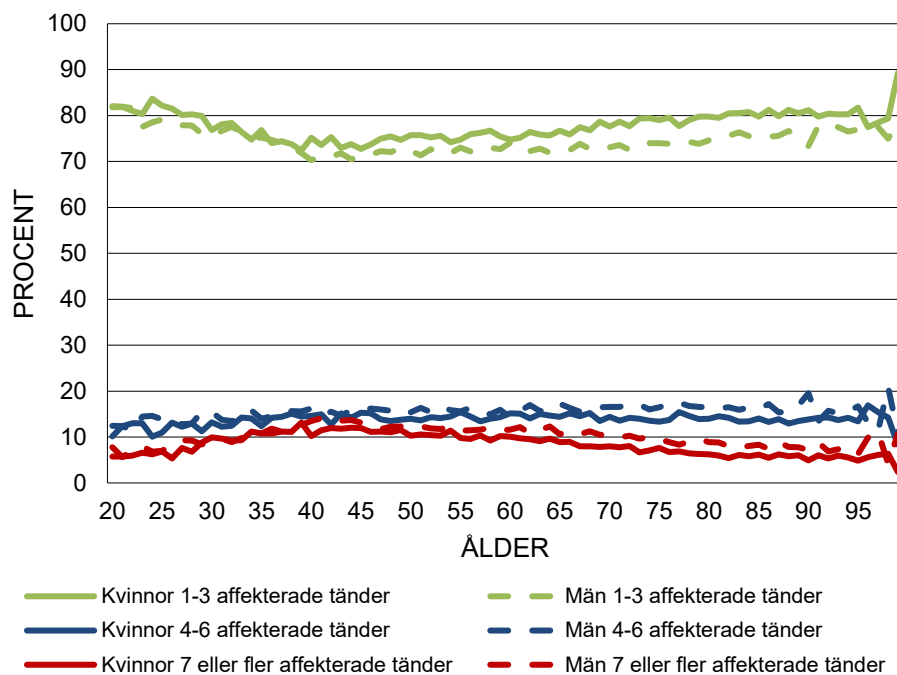
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Grafen i 16A visar att andelen patienter med status Parodontitsjuk1 (minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm) ökar kontinuerligt med stigande ålder för såväl män som kvinnor och når högsta andel vid omkring 83 års ålder. Andelen affekterade individer är något högre för män än kvinnor. Tabellen i 16B visar att antalet individer med status Parodontitsjuk1 är större bland män än kvinnor i åldersgrupperna 15–79 år medan det omvända gäller för de högsta åldersgrupperna 80–99 år.

Upp till 30 procent av patienter med djupa tandköttsfickor har minst fyra affekterade tänder

RAPPORT 18 Andel individer med status Parodontitsjuk1 grupperade efter antal affekterade tänder (fickdjup ≥ 6 mm), samt andel individer med status Parodontitsjuk1 av de med basundersökning 2023–2025, ålders- och könssupplikat



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20–99 år med basundersökning (TLV 101, 111, 112, 114) som har minst en tand med fickdjup ≥ 6 mm, 2: a molarens distalyta och visdomständer undantagna, (Parodontitsjuk1), under tidsperioden.

n = 461 333

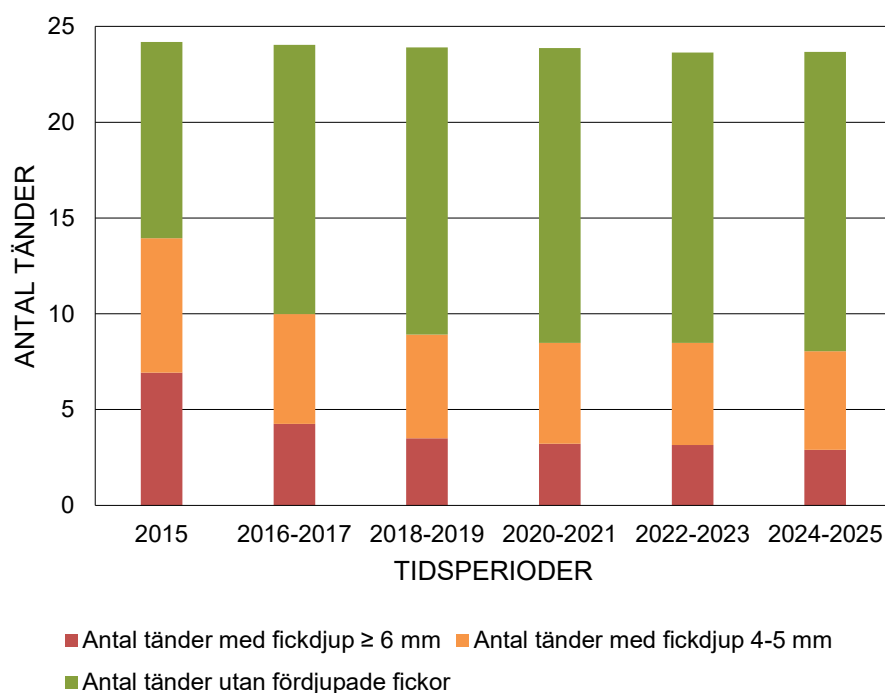
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Grafen redovisar den procentuella fördelningen av individer med status Parodontitsjuk1 med avseende på antal tänder med fickdjup ≥ 6 mm. I alla åldrar är andelen individer med 1–3 affekterade tänder dominerande. I åldersintervallet 35–75 år utgör andelen patienter med ≥ 4 affekterade tänder 25–30 procent, varav nära hälften har mer än 7 tänder med fickdjup ≥ 6 mm. Efter 75 års ålder minskar den senare andelen, vilket sannolikt beror på att tänder med uttalad sjukdom har förlorats. I åldrar över 45 år är andelen individer med omfattande sjukdom högre för män än kvinnor.

Patienter med avancerad parodontit har färre tänder med fördjupade tandköttsfickor efter 10 år

RAPPORT 19A Individer 20 år och äldre med basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112, 114), som har fyra eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm år 2015 och uppföljning år 2016–2025, allmäntandvård



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20 år och äldre med basundersökning (TLV 101, 111, 112, 114) som har fyra eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm 2015.
n = 36 062 (2015), n = 31 469 (2016–2017), n = 27 217 (2018–2019),
n = 22 088 (2020–2021), n = 17 060 (2022–2023), n = 16 267 (2024–2025)

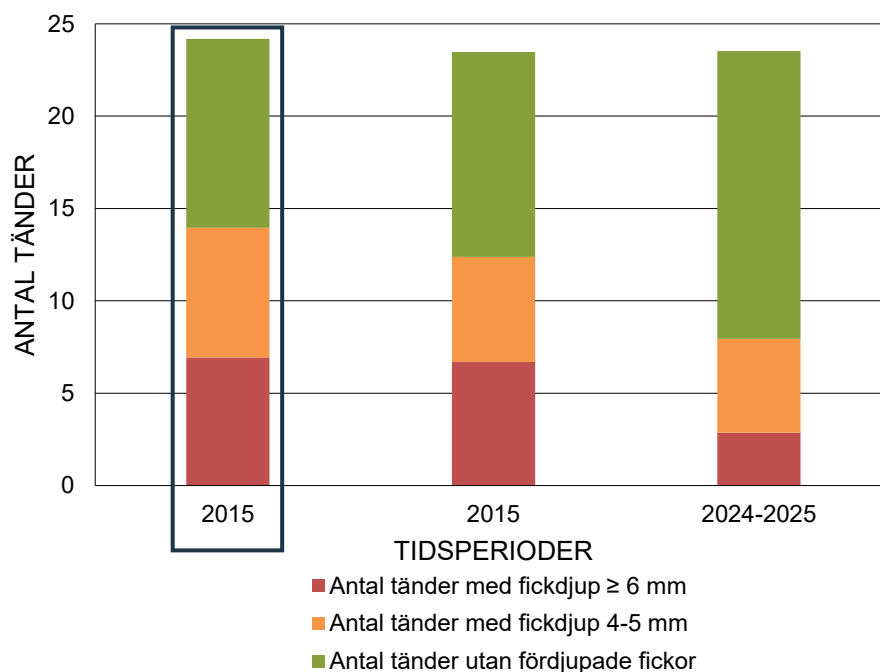
Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR

Figuren visar uppföljning av parodontalt status av vuxna patienter som 2015 hade 4 eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm, med avseende på genomsnittligt antal tänder med ficksonderingsdjup 4–5 mm respektive ≥ 6 mm och antal tänder utan fördjupade tandköttsfickor. Utveckling över tid efter diagnostiserad parodontit år 2015 visar att år 2016–2017 hade det genomsnittliga antalet tänder med fickdjup ≥ 6 mm minskat från 6,9 till 4,2 och antalet tänder med fickdjup 4–5 mm från 7,0 till 5,7. Därefter ses i stort oförändrat genomsnittligt status, med undantag för ytterligare minskat antal tänder med fickdjup ≥ 6 mm till 2,9 och reducerat totalantal

tänder från 24,1 till 23,6 år 2024–2025. I medeltal uppvisar 34 procent av tänderna fördjupade fickor den senaste tidsperioden jämfört med 58 procent vid startåret 2015.

RAPPORT 19B Individer 20 år och äldre med basundersökning (TLV 101, 102, 111, 112, 114), som har fyra eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm år 2015 och som har parodontalt status 2024–2025, allmäntandvård



ANTAL PATIENTER: Unika individer rapport 21A år 2024–2025
n = 16 267

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

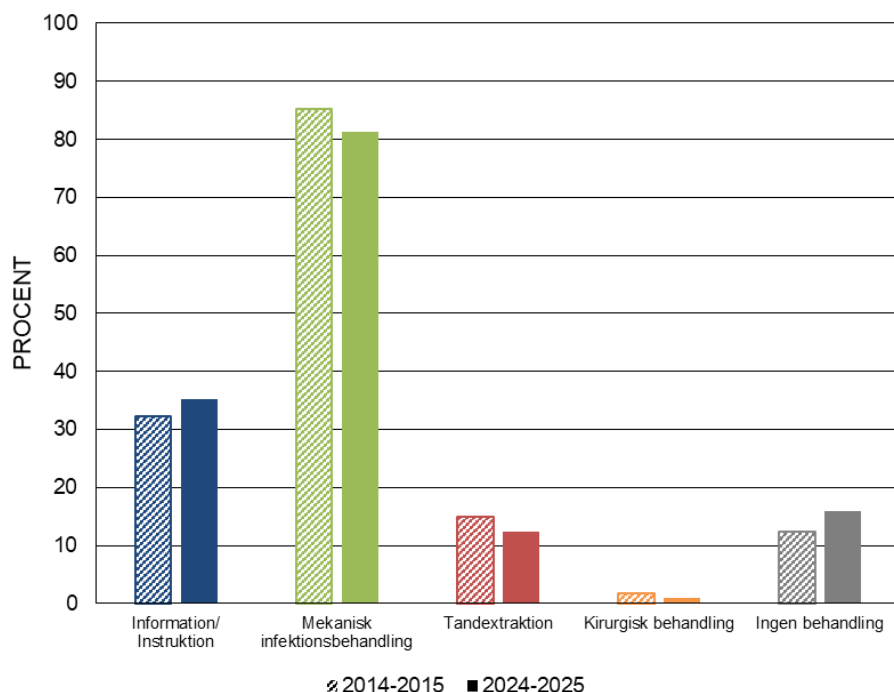
KOMMENTAR

Uppgift om fickdjupsdata saknas år 2024–2025 för 55 procent av den ursprungliga patientgruppen år 2015 i rapport 18A, vilket till viss del kan förklaras av att undersökning med registrering av fickstatus inte görs regelbundet. I rapport 18B redovisas därför en kompletterande retrospektiv analys av parodontalt status år 2015 för dels hela patientgruppen (inramad stapel till vänster, n=36062), dels den andel av patienterna som i rapport 21A är representerade år 2024–2025 (n=16267). Som framgår av figuren är genomsnittligt status för hela patientgruppen år 2015 i stort likvärdigt med status för delmängden av patienter, vilket ger validitet till beskrivningen av utvecklingen över tid efter diagnostiserad parodontit i rapport 18A.

Andelen patienter med avancerad parodontit som inte behandlats har ökat

För att se eventuell förändring över tid i parodontalt vårdomhändertagande av patienter med avancerad parodontit har vi denna rapport inkluderat patienter med basundersökning 2014 och 2024 och utvärderat andelen patienter som fått behandling 2014–2015 respektive 2024–2025.

RAPPORT 20 Andel (procent) av patienter med avancerad parodontit och basundersökning 2014 och 2024 som har registrerad behandling eller ingen behandling för parodontit under respektive uppföljningsperiod



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20 år och äldre med basundersökning 2014 respektive 2024 (TLV 101, 102, 111, 112, 114) och med fyra eller fler tänder med fickdjup ≥ 6 mm, åttor är exkluderade.
n = 44 349 (2014), n = 74 438 (2024)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR

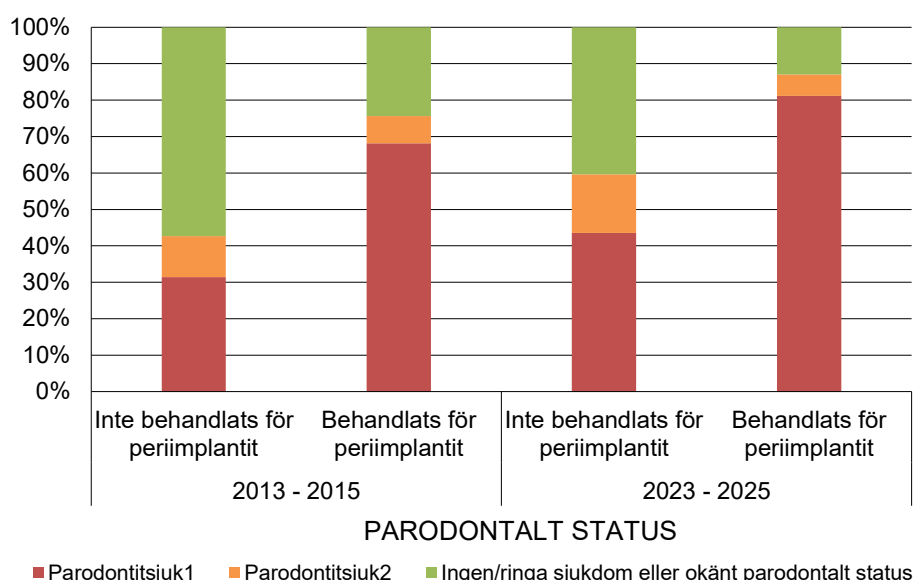
Figuren visar att andelen patienter som ej behandlats för sin avancerade parodontit har ökat i medeltal från 12,4 procent till 15,9 procent mellan perioderna 2014–2015 och 2024–2025. Andelen patienter som fått information/instruktion 2024–2025 har ökat jämfört med 2014–2015, medan andelarna som fått mekanisk infektionskontroll eller

tandextraktion motiverad av parodontit har minskat något. Andelen patienter som fått parodontalkirurgisk behandling är låg. Sammantaget visar analyserna att en betydande andel patienter med avancerad parodontit inte erhåller den behandling som bör vara indicerad. Det kan finnas många anledningar till detta och därför bör mer detaljerad analys göras, vilket är en viktig uppgift för organisationerna i vårdkvalitetsarbetet.

PERIIMPLANTIT I RELATION TILL PARODONTALT STATUS

Patienter med parodontit har ökad risk för periimplantit.

RAPPORT 21 Parodontalt status bland personer med implantat som fått behandling respektive inte fått behandling för periimplantit, 2013–2015 och 2023–2025



ANTAL PATIENTER: Unika individer 20 år och äldre med tandimplantat under respektive tidsperiod. n = 84 069 (2013–2015), n = 185 429 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1.

KOMMENTAR

Bland de som fick behandling för periimplantit 2013–2015 hade 68 procent även parodontit med djupa tandköttsfickor, en andel som är dubbelt så hög som den i gruppen av implantatpatienter som inte behandlats för periimplantit (31 procent). Motsvarande data för 2023–2025 visar en liknande fördelning. Av de som behandlats för periimplantit hade 81 procent även parodontit med djupa tandköttsfickor, jämfört med 44 procent i gruppen av implantatpatienter som inte behandlats för periimplantit. Denna observation är i linje med etablerad evidens att patienter med predisposition för parodontit har ökad risk för periimplantit, vilket bör uppmärksammas i organisationernas arbete för vårdkvalitetsutveckling. Vården bör i samband med implantatbehandling och uppföljande kontroller vara uppmärksam på om parodontit föreligger i det naturliga bettet och genom adekvata behandlingsåtgärder etablera och bibehålla god parodontal/periimplantär infektionskontroll.

Andelen patienter som förlorar implantat ökar

RAPPORT 22 Unika individer 20 år och äldre som fått tandimplantat avlägsnade

Tidsperiod	Antal (procent) unika individer som fått ett eller flera tandimplantat avlägsnade av totalantalet vuxna individer med tandimplantat	Antal (procent) individer av dem som fått tandimplantat avlägsnade, åtgärd 429	Antal (procent) individer av dem som fått tandimplantat avlägsnade, åtgärd 435 och 436
2013–2015	690 (0,8%)	343 (49%)	360 (51%)
2016–2018	1204 (1,0%)	575 (47%)	648 (53%)
2019–2021	1923 (1,0%)	830 (42%)	1147 (58%)
2023–2025	2675 (1,4%)	1290 (47%)	1464 (53%)

ANTAL PATIENTER: Unika individer med tandimplantat
 n = 84 069 (2013–2015), n = 121 718 (2016–2018), n = 190 198 (2019–2021)
 n = 185 429 (2023–2025)

Teknisk beskrivning redovisas i BILAGA 1

KOMMENTAR:

Antalet individer som fått ett eller flera tandimplantat avlägsnade har ökat mellan tidsperioderna. Under 2023–2025 fick 2675 individer (1,4 procent av alla med tandimplantat) ett eller flera implantat avlägsnade att jämföra med 1923 individer (1,0 procent) under 2019–2021, 1204 individer (1,0 procent) under 2016–2018, och 690 individer (0,8 procent) under 2013–2015. Andelen individer som fått implantat kirurgiskt avlägsnade är något lägre jämfört med andelen individer där implantat avlägsnats utan kirurgi. Implantat som inte läkt fast efter installation eller helt förlorat integration i benvävnaden, t.ex. på grund av avancerad periimplantit, kan oftast avlägsnas utan kirurgisk teknik (TLV kod 435/436). Valet av kirurgisk teknik för avlägsnade av implantat (TLV kod 429) bygger sannolikt på att implantatet delvis är integrerat i benvävnad.

Det kan föreligga viss grad av underrapportering för åtgärderna 429, 435, 436 då det saknas data från specialisttandvård inom flera stora regioner.

RAPPORTER SVENSKT

KVALITETSREGISTER FÖR

TANDIMPLANTAT (SKRI)

TEXT: SHARIEL SAYARDOUST, DOCENT OCH ÖVERTANDLÄKARE I
PARODONTOLOGI, REGION ÖSTERGÖTLAND/LINKÖPINGS UNIVERSITET

Tandimplantat har på kort tid gått från specialiståtgärd till en vanlig behandling som utförs i allmäntandvården. Samtidigt behåller allt fler sina egna tänder allt högre upp i åldrarna. Tillsammans innebär det en växande grupp individer som lever länge med sina implantat – och därmed också en växande grupp där komplikationer hinner utvecklas över tid.

Tandimplantat kan, liksom tänder, drabbas av infektion med förlust av stödjevävnad. Svenska studier indikerar att omkring 15 procent av dem som haft implantat i ungefär tio år utvecklar periimplantit, och tidigare parodontit är en etablerad riskfaktor. När den installerade implantatbasen åldras blir uppföljning över tid allt viktigare – men det är just långtidsuppföljningen, kopplad till vilket implantat som faktiskt sitter kvar, som svensk tandvård hittills saknat ett systematiskt sätt att hantera.

Behovet av spårbarhet förstärks dessutom av EU:s medicintekniska förordning (MDR), som genom unik produktidentifiering (UDI) syftar till att göra medicintekniska produkter spårbara genom vårdkedjan.

Den moderna implantatbehandlingen vilar på osseointegrationen – den direkta förbindelsen mellan ben och titanyta som Per-Ingvar Brånemark beskrev på 1950-talet – och behandlingen är i dag vanligt förekommande. Under 2025 registrerades drygt 89 000 implantatåtgärder (åtgärd 420 – implantat per tandposition) inom det statliga tandvårdsstödet i Sverige (Försäkringskassan). Det faktiska antalet installerade implantat är sannolikt något högre, eftersom statistiken inte omfattar de implantat som installeras inom käkkirurgi och faktureras som hälso- och sjukvård.

Trots dessa volymer saknas ett nationellt kvalitetsregister som följer implantatbehandlings materialval, behandlingsmönster och långtidsutfall – de befintliga registren fångar inte implantatkirurgin heltäckande. SKRI – ett delregister inom SKaPa – är utvecklat för att fylla

detta glapp. Genom digital spårbarhet via QR-/UDI-skanning direkt i journalsystemet fångas implantatdata strukturerat och utan att belasta det kliniska flödet, och ligger i linje med den ökade betoning på spårbarhet som MDR för med sig.

En utförligare genomgång av implantatens historik, kirurgiska tekniker, protetiska konstruktioner samt egenvård och stödbehandling återfinns i avsnittet *Parodontit och periimplantit* i denna årsrapport.

SKRI 2025 – underlag och omfattning

Sedan föregående årsrapport har underlaget vuxit väsentligt. Per registreringsperioden 2022–08 till och med 2026–03 omfattar SKRI 5 875 registrerade tandimplantat fördelade på 3 419 unika individer, jämfört med 1 802 implantat och 1 066 individer i Årsrapport 2024 – en ungefärlig tredubbling. Registreringarna kommer från fyra regioner: Skåne, Halland, Värmland och Norrbotten. Data har samlats in genom QR-skanning i journalsystemet Carita. Straumann var det fabrikat som integrerades först i journalsystemet och utgör därför den helt dominerande andelen av registreringarna; övriga system har anslutits successivt.

Observandum om representativitet

De data som presenteras är fortfarande pilotdata och är inte representativa för svensk implantatvård. Underlaget motsvarar en liten andel av de implantat som faktiskt installeras nationellt, kommer från fyra regioner (varav Norrbotten bidrar med mycket få registreringar), och speglar i hög grad vilka kliniker som använder Carita samt vilka implantatsystem som integrerats först. Fördelningar avseende fabrikat, ytor, material och dimensioner ska därför läsas som en beskrivning av vad som hittills registrerats – inte som mönster i vården. Inga slutsatser om klinisk praxis eller behandlingsutfall kan dras i detta skede.

TABELL 1 Registrerade implantat per kalenderår (notera att 2026 endast omfattar januari-mars)

Kalenderår	Antal implantat	Andel
2022 (från aug)	208	3,5 %
2023	1 083	18,4 %
2024	2 138	36,4 %
2025	1 797	30,6 %
2026 (jan-mars)	649	11,0 %
Totalt	5 875	100 %

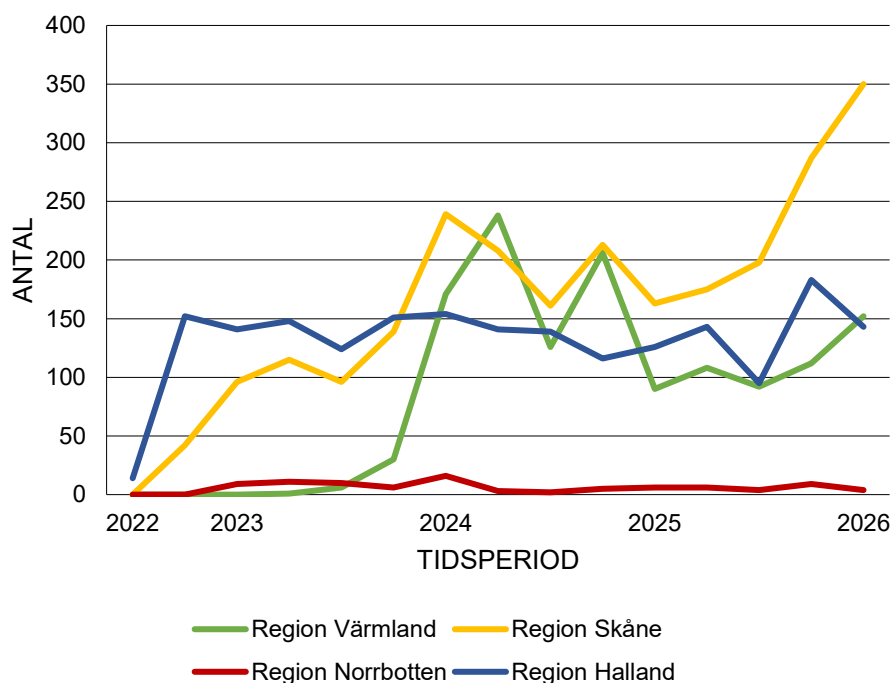
Referenser

1. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Scand J Plast Reconstr Surg Suppl. 1977.
2. Papapanou P, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S162–S170.
3. Berglundh T, Armitage G, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S286–S291.
4. Jepsen S, Berglundh T, Genco R, et al. Primary prevention of peri-implantitis: managing peri-implant mucositis. J Clin Periodontol. 2015.
5. Roccuzzo M, De Angelis N, Bonino F, Aglietta M. Ten-year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Clin Oral Implants Res. 2010.
6. Monje A, Aranda L, Diaz KT, et al. Impact of maintenance therapy for the prevention of peri-implant diseases: A systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2016.

Registreringstakt och regional fördelning

Registreringar inkommer kontinuerligt sedan starten i augusti 2022, med en tydligt stigande takt under 2024 i takt med att fler kliniker och regioner anslutits. Av de 5 875 implantaten kommer 2 482 (42,2 %) från Region Skåne, 1 970 (33,5 %) från Region Halland, 1 332 (22,7 %) från Region Värmland och 91 (1,5 %) från Region Norrbotten. Den ojämna regionala fördelningen avspeglar tidpunkten för anslutning och teknisk integration snarare än faktisk implantatvolym i respektive region.

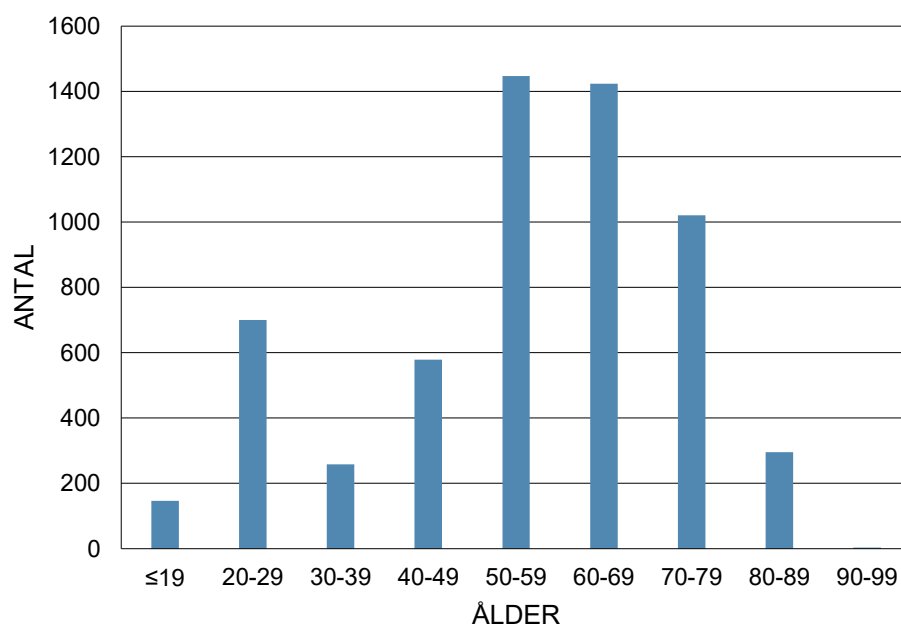
SKRI 1 Antal registrerade tandimplantat per kvartal, efter region (aug 2022-mars 2026)



Ålder, kön och antal implantat bland patientgruppen

Könsfördelningen bland patienter med registrerade implantat är jämn. Totalt registrerades 3 039 implantat hos 1 980 kvinnor (51,7 % av samtliga implantat) och 2 836 implantat hos 1 893 män (48,3 % av samtliga implantat). Åldersfördelningen bland patientgruppen har sin tyngdpunkt i åldrarna 50–79 år, som tillsammans står för 66 % av implantaten (medianålder 58 år). Liksom föregående år framträder en avvikande andel i den unga gruppen 20–29 år (11,9 %); andelen under 30 år uppgår till 14,4 %. Mönstret överensstämmer med den typiska implantatpopulationen men ska tolkas med försiktighet givet underlagets begränsningar.

SKRI 2 Åldersfördelning bland patienter med registrerade implantat



Av de 3 419 individerna har en majoritet (60,5 %) registrerats med ett implantat. Tabell 2 visar procentuell fördelning av individer efter antal implantat. Fördelningen ligger nära den som framträder i SKaPa:s implantatdata i övrigt och speglar en behandlingsbild som domineras av enstaka enskilda implantat snarare än omfattande rekonstruktioner.

T 2 Procentuell fördelning av individer efter antal implantat

Antal implantat pr patient	Antal patienter	Andel (%)
1	2069	60,5
2	858	25,1
3–4	351	10,3
≥5	141	4,1
Totalt	3419	100

Implantatyttytor, material och dimensioner

Bland de registrerade implantaten dominerar yttypen SLA® (79,9 %), följt av OsseoSpeed® (14,5 %) och SLActive® (4,9 %). Dessa tre yttyper står tillsammans för 99 procent av samtliga registrerade implantat. ProActive® (0,4 %) och TiU® (0,3 %) utgör endast en mycket liten andel (Tabell 3).

Avseende material består 68,4 % av implantaten av titan-zirkonium (TiZr), medan 31,6 % består av kommersiellt rent titan (Ti).

Fördelningen mellan fabrikat visar att Straumann dominerar bland registrerade implantat med 84,8 %, följt av Dentsply Sirona med 14,5 %. Neoss och Nobel Biocare står för en mycket liten andel, 0,4 % respektive 0,3 %.

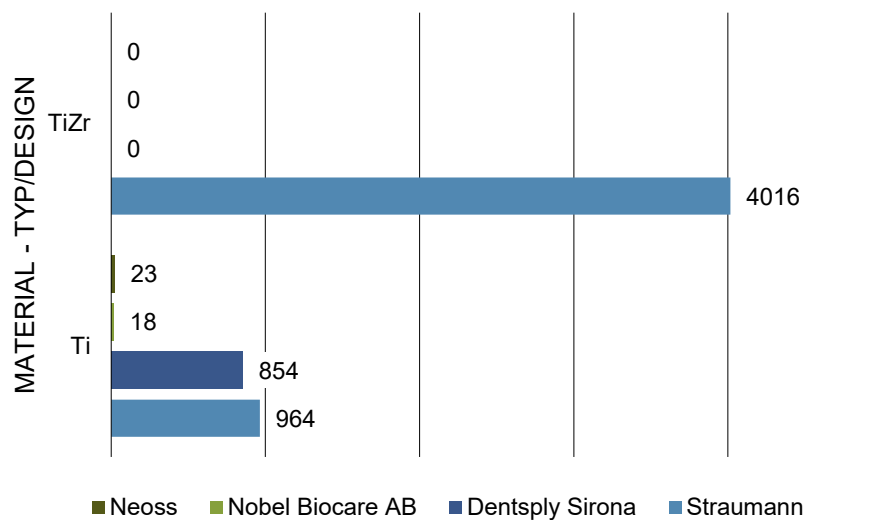
Av samtliga implantat, exklusive Straumann, består materialet uteslutande av titan (SKRI 3). Bland Straumann-implantaten utgör titan-zirkonium majoriteten (81 %), medan en mindre andel består av titan (19 %).

TABELL 3 Fördelning av tandimplantat efter typ och material

Tandimplantatytta	Antal	Andel (%)
SLA®	4692	80
SLActive®	288	5
OsseoSpeed®	854	15
TiU®	18	0
ProActive®	23	0

SKRI 3 Materialfördelning (Ti/TiZr) efter fabrikat

Antal tandimplantat avseende material och typ/design



Digitaliseringen som gav tandvården nya verktyg

Intervju med Anna-Karin Wagner, verksamhetschef för Specialisttandvården i Västmanland och ledamot i SKaPas styrgrupp

TEXT: HANS SANDBERG, SKAPAS VERKSTÄLLANDE UTSKOTT

Perioden 2006–2011 blev en tid av stora förändringar inom svensk tandvård. Den tandvårdsförsäkring som infördes 1974 hade inneburit en omfattande subvention av tandvården. Syftet var att göra nödvändig tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen på lika villkor.

I början av 2000-talet hade försäkringen dock urholkats så mycket att beslut fattades om att utveckla ett nytt statligt tandvårdsstöd. Arbetet inleddes 2006 och presenterades 2007 i utredningen Friskare tänder – till rimliga kostnader.

När det nya statliga tandvårdsstödet trädde i kraft 2008 var digital teknik en viktig förutsättning. Den digitala utvecklingen påverkade både vilka åtgärder som ersattes och hur utbetalningarna gjordes. Den skapade också nya möjligheter till uppföljning, där Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, SKaPa, fick en betydande roll.

En central fråga blev: vilken tandhälsa uppnåddes för de resurser som satsades? Precis som det nya tandvårdsstödet byggde SKaPa på digital teknik och digital kommunikation. Under samma period genomfördes också ett omfattande arbete som ledde fram till de nationella riktlinjerna för tandvård 2011.

En sommardag i början av juni 2026 träffar jag Anna-Karin Wagner i ett digitalt videomöte. Hon har under många år varit aktiv i de förändringar som präglat svensk tandvård. Hon började som nyexaminerad allmäntandläkare 1998, med arbete på Gotland och i Mora. Därefter följde klinikchefsuppdrag i Svea och i Västerås, Folktandvården Västmanland, dit hon kom 2009.

Anna-Karin utsågs 2012 till utvecklingschef och cheftandläkare vid Folktandvården Västmanlands kansli, en roll hon hade i tio år. Mellan 2022 och 2025 arbetade hon som chef för Hälsofrämjande utveckling vid Folktandvården Skåne. I dag är hon tillbaka i Västmanland, där hon är verksamhetschef för specialisttandvården i Region Västmanland.

Anna-Karin har varit allmäntandläkare och haft flera chefs- och utvecklingsuppdrag genom åren. I sina olika roller har hon befunnit sig mitt i den utveckling som tandvården genomgått. Hon har också haft flera nationella uppdrag, bland annat som ledamot i Svensk samhällsodontologisk förening, SSOF, och som ordförande för Nationellt programområde, NPO, Tandvård inom nationell kunskapsstyrning. I dag ingår hon bland annat i SKaPas styrgrupp.

När Anna-Karin kom tillbaka till Västmanland 2009 pågick implementeringen av det nya tandvårdsstödet. Samtidigt utvecklades journalsystemet T4. Det var då hon tidigt kom i kontakt med SKaPa, som ombud för sin organisation.

Anna-Karin lyfter särskilt fram åren 2010–2011, då hon gick en samhällsodontologisk utbildning vid Göteborgs universitet med Magnus Hakeberg och Ulla Wide. Utbildningen var mycket uppskattad och väckte hennes intresse för verksamhetsutveckling och samhällsodontologi. Efter utbildningen blev hon invald i SSOF.

När hon började arbeta som utvecklingschef kom SKaPa allt mer in i hennes kunskapssfär. Arbetet handlade i hög grad om att skapa kvalitet i journalsystemen, så att den data som samlades in skulle bli tillförlitlig.

Till en början var SKaPa fortfarande i ett tidigt skede. "Ska det här kunna bli något?" undrade man då, berättar Anna-Karin. "Det gällde att hålla i och hålla ut. Många av dem som gått samhällsodontologiutbildningen hamnade i positioner som handlade om utveckling, och vi arbetade tillsammans för att få mer struktur på SKaPa-data."

Det handlade inte bara om att ta fram bra rapporter, utan också om att tala med kollegor om vilken nytta SKaPa kunde göra. Journalsystemet T4 behövde kunna kopplas till SKaPa, och en grupp T4-användare drev på utvecklingen.

Hur ser du på SKaPas roll i tandvårdens förändringsarbete och utveckling?

"Jag sitter med i styrgruppen för SKaPas ledning. Där får vi hela tiden frågor från vårdgivare, till exempel privata kedjor som vill ansluta sig. Samtidigt får vi otroligt många forskningsförfrågningar. Det har exploderat det senaste året", säger Anna-Karin.

"SKaPa har blivit en aktör inte bara för tandvården, utan också utanför den. Många registeruttag görs nu från flera olika register. Det har gjort att tandvården har fått större betydelse

även för hälso- och sjukvården, där munhälsan uppmärksammas allt mer tack vare kunskapsstyrningen och SKaPa.”

Hon betonar att uppföljning blir särskilt viktig i samband med nya reformer. ”SKaPa är en verklig guldgruva där man kan se vad som händer. När de privata kedjorna nu ansluter sig blir registret allt mer heltäckande när det gäller patienterna. Det finns mer data i SKaPa än i Tandhälsoregistret, men båda behövs för referens och gemensam kvalitetssäkring. De nationella riktlinjerna blev en verklig skjuts för SKaPa”, säger hon.

En viktig fördel med SKaPa är att registret ställer krav på bra journalnoteringar. Om dokumentationen brister påverkas också kvaliteten i den data som förs över. Kraven bidrar därför till en kvalitetshöjning. Samtidigt betonar Anna-Karin att mer omfattande journaltext inte automatiskt innebär högre kvalitet.

En annan styrka är att SKaPa gör det möjligt att samla in fakta. Det leder till mindre tyckande och mer faktabaserade beslut. Anna-Karin lyfter också fram att SKaPa ger mindre organisationer möjlighet att följa upp och utvärdera sin verksamhet, även om de inte har samma resurser som en större region.

”Dessutom kan man jämföra sig med andra, till exempel Uppland, Sörmland och Örebro – de som är närmsta grannarna. Då kunde man se hur andra gjorde och få ett utbyte av varandra”, säger Anna-Karin. Åtkomligheten till data har varit betydelsefull.

Inom arbetet med kunskapsstyrning har SKaPa-data haft stor betydelse, bland annat i den konsekvensbeskrivning som togs fram i samband med Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – karies inom NPO Tandvård.

Anna-Karin var ordförande i NPO Tandvård under sin tid vid Folk tandvården Skåne och medverkade till att dra upp riktlinjerna för vad programområdet skulle fokusera på. ”Vården i siffror” hade använts som uppföljningsportal, där det fanns vissa data från SKaPa och Tandhälsoregistret. SKaPa blev sedan ett viktigt arbetsverktyg för att hitta uppgifter som var relevanta för tandvården.

Utmaningar och möjligheter framåt

En av de stora utmaningarna framåt handlar om tandvårdsregistrens långsiktiga förutsättningar. Finansieringen är central. Hur vill staten styra, och vilken roll ska registren ha? För att säkra framtiden behöver värdet

av registren bli tydligt. Det handlar om att visa att kvaliteten finns, att många vill vara med och att den automatiska överföringen av data är unik eftersom den minskar behovet av manuell registrering.

En annan utmaning är att utveckla rapportuttagen från SKaPa ytterligare. Under hösten ska kontaktpersoner från varje användarorganisation arbeta med vilka rapporter och sökningar som behövs. "Man vet nu vilken potential som finns", säger Anna-Karin.

En framtida möjlighet är att låta patienterna själva få insyn i hur det ser ut på deras kliniker, exempelvis genom rapporter som är öppna utåt. Det viktigaste just nu är dock att få fram användbara rapporter till verksamheterna. Sådana rapporter kan bidra till utveckling och samtidigt stärka förutsättningarna för att finansiera rapportsystemet.

En annan möjlighet, som kan vara större än många tror, är att fler professioner får upp ögonen för den kunskap som finns i SKaPa-registret.

Tandvården har under de senaste 10–15 åren fått en tydligare plats i olika sammanhang. Den nämns bland annat i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Genom kunskapsstyrningen har det skapats en öppning för tandvården, och utvecklingen går mot ett närmande till hälso- och sjukvården.

Anna-Karin säger: "Där jag sitter på specialisttandvården är vi helt anslutna till regionen och tillhör inte Folk tandvården. Jag sitter i en ledningsgrupp med 14 andra verksamhetschefer från hälso- och sjukvården." Ett gott kunskapsutbyte är till nytta för patienterna, och därför behöver vårdens olika delar kunna kommunicera med varandra.

Förra veckan fick Anna-Karin ett mejl från primärvården. De önskade ett samarbete med tandvården för att minska risken att patienter blir skickade fram och tillbaka mellan olika verksamheter. "Yes!" utropade Anna-Karin när hon läste mejlet.

Under den dryga halvtimme som samtalet varade hann vi gå igenom en stor del av de förändringar som digitaliseringen har medfört. Särskilt tydligt blev digitaliseringens betydelse för uppföljning, analys och utvärdering.

"Det som inte kan mätas kan inte ledas." – Peter Drucker

De grundläggande syftena med SKaPa är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat, både för sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder vid

tandsjukdomarna karies och parodontit. SKaPa ska också bidra till vårdutveckling inom tandvården, stödja vidareutvecklingen av nationella riktlinjer och ge underlag för forskning.

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa, är ett nationellt kvalitetsregister som är skapat av tandvården för tandvården. Initiativtagare till SKaPa var övertandläkare, odont.dr. Inger von Bültzingslöwen, övertandläkare, odont.dr. Jörgen Paulander samt tandvårdschef Hans Östholm, folktandvården region Värmland.

I första hand är SKaPa ett kvalitetsregister för tandvårdens utveckling. Den unika informationen om till exempel diagnoser, behandlingar och behandlingsresultat är också ovärderlig för forskning och strategisk planering.

Vid årsskiftet 2024–2025 hade SKaPa information om mer än 8,5 miljoner tandvårdspatienter.

Samtliga folktandvårdsorganisationer och Praktikertjänst AB är anslutna till SKaPa. Dessutom ansluter efter hand ytterligare privata tandvårdskliniker.

Genom att data överförs automatiskt från tandvårdsjournalen till SKaPa är deltagande i SKaPa ingen administrativ belastning för tandvårdsklinikerna och dessutom erhålls mycket hög datasäkerhet och kvalitet.



www.skapareg.se