



Folktandvården

Odontologiskt hälsobokslut



Region Uppsala

Folktandvården 2017

Foto: Staffan Claesson, Magnus Laupa och Katja Lundgren

Grafisk produktion: Byrå4

Tryck: ?????????? ??????????

Förord odontologiskt hälsobokslut

Folktandvården är en förvaltning inom Region Uppsala med kärnuppgift att leverera tandvård till befolkningen i Uppsala län med visionen ”Ditt bästa val”. Tandvården ska ha hög kvalitet inom alla Socialstyrelsens God vård-områden, det vill säga den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, inom rimlig tid samt hälsoinriktad. Kvalitetskraven ska vara kända och accepterade av medarbetare samt upplevda av de patienter som besöker Folktandvården.

Verksamhetens uppdag är att stödja länsinnevanorna till en förbättrad munhälsa och ge individuellt anpassad vård på ett patientsäkert och kostnadseffektivt sätt. Folktandvården ska vara en resurs för äldre och personer med funktionsnedsättning samt för personer med

eftersatt vårdbehov. Vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet.

I det odontologiska hälsobokslutet redovisas ett antal kvalitetsresultat från tandvårdens kärnområden. Bokslutet ska inte enbart redovisa vad som gjorts och vilka hälsomål som uppnåtts utan ska också vara ett underlag för djupare analyser och kommande utvecklingsarbete. Data som används i bokslutet är i huvudsak hämtade från Folktandvårdens interna journaldatabas T4.

Rapporten har tagits fram med inspiration från Folktandvårdens Västra Götalandsregionens odontologiska bokslut 2015.

Innehåll

Förord odontologiskt hälsobokslut	3
Sammanfattning	5
Befolkningen	7
Patienterna	7
Specialiststandvården	8
Tillgänglighet	9
Hälsa, sjukdom och sjukdomsbehandling	11
Hälsofrämjande populationsinsatser	11
Riskbedömning	11
Karies	12
Parodontal sjukdom	14
Förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder	14
Behandling	16
Fyllningar	16
Endodontiska behandlingar	16
Tandstödda kronor	16
Implantatstödda kronor	17
Avtagbar protetik	17
Bettfysiologiska problem	18
Tandextraktioner	18
Patienternas upplevelse av tandvård	21
Säker vård	22
Vårdskador och risk för vårdskador	22
Vårdrelaterade infektioner	22
Referenser	23

Sammanfattning

Befolkningen i länet har ökat med 19 % sedan 2005.

Folktandvården behandlade 131 620 patienter vid 326 686 besök.

94 % i åldrarna 7–19 år är revisionspatienter hos Folktandvården.

Av 20–70-åringar har 50 % av befolkningen behandlats i Folktandvården.

96,4 % av äldre och personer med funktionsnedsättning med stort behov av omvårdnad som tackat ja fick en munhälsobedömning.

Kariesförekomsten har minskat i alla befolkningsgrupper utom 3–6 år.

Kariesförekomsten är 2,5 gånger högre på den klinik som har mest karies jämfört med den klinik som har minst.

Antalet förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder har ökat med 114 % under perioden 2007–2016 och allra störst är ökningen hos patienter 70 år och äldre.

Under perioden 2007–2016 har:

- Antalet fyllningar minskat med 17 %
 - Antalet rotbehandlingar minskat med 20 %
 - Antalet tandstödda kronor ökat med 105 %
 - Avtagbar protetik minskat med 15 %
 - Antalet bettskenor ökat med 67 %
 - Antalet extraherade tänder ökat med 5 %
-

98 % av patienterna känner sig respektfullt bemötta.

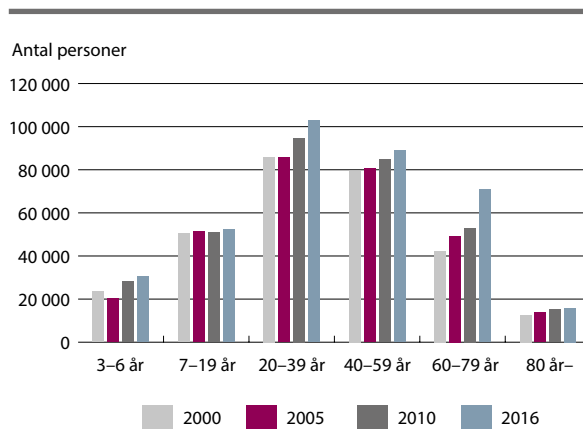
Antibiotikaföreskrivningarna minskade med 25 % under perioden 2013–2016.



Befolkningen

Uppsala län består av åtta kommuner och den totala folkmängden var 361 373 personer år 2016. Befolkningen har sedan 2005 ökat i samtliga åldersgrupper, men särskilt stor är ökningen i åldrarna 20–39 år och 60–79 år. Totalt har befolkningen ökat med cirka 67 000 personer under perioden, dvs. en ökning med 22,8 % varav 19 % sedan 2005.

Figur 1. Befolkningsökning i Uppsala län 2000–2016.



Källa: SCB

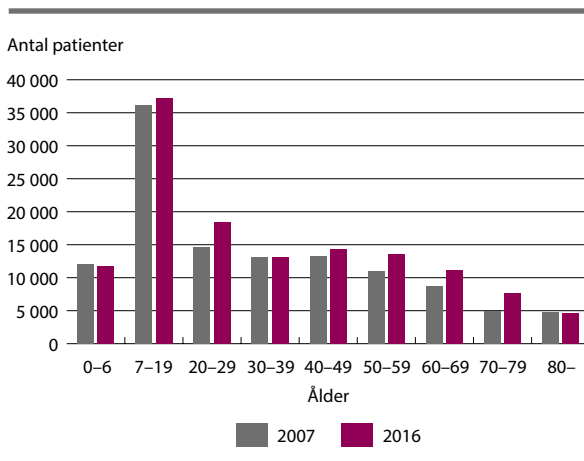
Patienterna

Patienterna i Folktandvården är de som fått behandling på någon av våra kliniker. Behandlade patienter är de som fått minst en åtgärd registrerad under den studerade perioden. Revisionspatienter är de som under de senaste tre åren fått en fullständig undersökning på Folktandvården, dvs. någon av åtgärderna 101, 102B, 11, och 112. Jämförelser är gjorda mellan 2006/2007 och 2015/2016.

Elva procent fler patienter har behandlats 2016 jämfört med 2007. Under 2016 behandlades totalt 131 620 patienter i Folktandvården (figur 2).

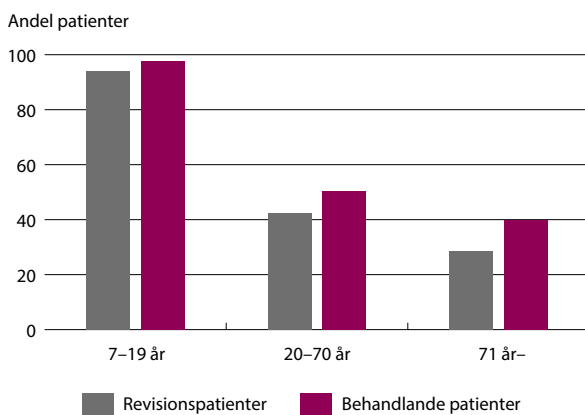
Andelen av befolkningen 7–19 år som fått en fullständig undersökning hos Folktandvården är hög, 94,1 %. Om alla behandlade i åldersgruppen räknas in blir andelen 97,7 %. Folktandvårdens andel av den vuxna befolkningen är cirka hälften i åldersgruppen 20–70 år och knappt 30 % över 70 år (figur 3). Socialstyrelsen rapporterar 2013 att 64 % av befolkningen besöker tandvården inom en tvåårsperiod och drygt 70 % inom en treårsperiod (Socialstyrelsen, 2013).

Figur 2. Antal behandlade patienter 2007 respektive 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar det totala antalet patienter som fått behandling i Folktandvården 2007 respektive 2016. En individ anses ha fått behandling om det finns minst en åtgärd registrerad i T4 under aktuellt kalenderår.

Figur 3. Andelen av Folk tandvårdens patienter i relation till länets totala befolkning.



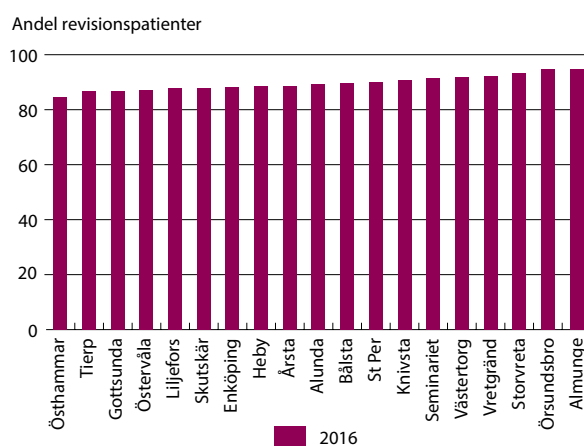
Beskrivning: Diagrammet visar andelen patienter som fått behandling i Folk tandvården 2016. Revisionspatienter är de som den senaste treårsperioden fått en fullständig undersökning, dvs. minst en av åtgärderna 101, 102B, 111 och 112 finns registrerad. En behandlad patient är en individ med minst en åtgärd registrerad i T4 under aktuellt kalenderår. Uppgifter om länets befolkning är hämtade från SCB.

Flest besök görs i åldersgruppen 50–60 år och kvinnor besöker tandvården oftare än män. Från 80-årsåldern går besöksfrekvensen ner.

Socialstyrelsen rapporterar även att knappt 30 % av invånare i Uppsala län inte besöker tandvården under en treårsperiod. De som inte får sin tandvård hos Folk tandvården, men ändå besöker tandvården, använder privattandvårdens tjänster eller får tandvård i annat län.

Folk tandvårdens fasta kundkrets är främst revisionspatienterna och detta definieras som de individer som den senaste treårsperioden fått en fullständig undersökning. I slutet av 2016 hade Folk tandvården 180 773 revisionspatienter. Under året hade 11 179 personer upphört att besöka Folk tandvården samtidigt som 13 970 nya patienter tillkommit. Prioriteringsordningen som Folk tandvården tillämpar innebär att individer med akuta problem får tid först. Under 2016 behandlades 26 000 patienter som inte fick en fullständig undersökning och majoriteten av dessa fick en akutbehandling. Diagrammet nedan visar relationen mellan andelen revisionspatienter och det totala antalet behandlade patienter på klinikerna. Andelen varierar mellan 85 och 95 %. En låg andel indikerar att kliniken tar emot förhållandevis många akuta patienter (figur 4).

Figur 4. Andelen revisionspatienter i relation till klinikkens totala antal behandlade patienter.



Beskrivning: Diagrammet visar andelen patienter som fått en fullständig undersökning 2014–2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad, i relation till antalet individer med minst en åtgärd registrerad i T4.

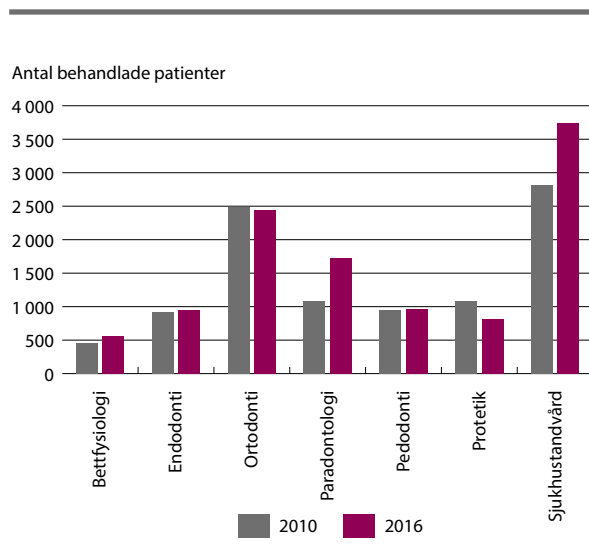
Specialisttandvården

Specialisttandvården tar emot patienter från både Folk tandvården och privattandvården i länet. Det krävs remiss från tandvården eller hälso- och sjukvården för att bli behandlad i specialisttandvården. Undantag från remisskravet finns för vissa patienter med svåra funktionsnedsättningar som får all tandvård på den specialiserade barntandvården eller sjukhustandvården. Antalet patienter som får specialisttandvård har ökat mellan 2010 och 2016 i de flesta specialistområden. När antalet behandlade patienter relateras till befolkningsunderlaget är inte bilden entydig. Andelen som fått vård har ökat inom bettfysiologi, parodontologi och sjukhustandvård medan andelen minskat för endodonti, protetik, tandreglering och specialiserad barntandvård.

Vid årsskiftet 2015/2016 startade en mobil klinik med syftet att kunna erbjuda tandvård i hemmet för äldre. Kliniken har haft sin hemvist på sjukhustandvården Seminarieriet. Ett av uppdragen har varit att genomföra den uppsökande verksamheten, ett uppdrag som tilldelats Folk tandvården från och med 2016 i hela länet. I den uppsökande verksamheten ingår munhälsobedömningar och utbildning av vårdpersonal.

Av de som tackat ja till munhälsobedömning har 96,4 % fått en bedömning, att jämföra med 74 % år 2014. Totalt ökade antalet personer som fick en munhälsobedömning med 22 % under 2016 och särskilt stor var ökningen hos de som bor kvar i sin bostad, dvs. i ordinärt boende (tabell 1).

Figur 5. Antal behandlade patienter i specialisttandvården 2010 och 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar antalet patienter som fått behandling på specialisttandvården 2010 och 2016, dvs. minst en åtgärd finns registrerad i T4.

Tabell 1. Antal personer som fått munhälsobedömning i särskilt och ordinärt boende.

Kommun	Särskilt boende	Ordinärt boende
Heby, Tierp, Älvkarleby, Östhammar	739	339
Enköping, Håbo, Knivsta, Uppsala	2 349	483
Totalt	3 086	822
Förändring jmf 2014	+ 11 %	+ 89 %

Tillgänglighet

Folktandvården har stor tillströmning av patienter samtidigt som rekrytering av tandvårdspersonal är svår. Detta har gjort att Folktandvården inte kunnat uppfylla uppdraget att patienterna inte ska behöva vänta längre än tre månader på att få vård. Inom allmäntandvården fanns i början av 2016 totalt 13 000 vuxna patienter som fått vänta längre än tre månader. Totalt har Folktandvården 112 000 vuxna patienter som får regelbunden tandvård. I slutet av 2016 hade antalet vuxna som fått vänta mer än tre månader minskat till 9000 patienter. Barn och ungdomar har inte väntetider som överstiger tre månader.

Inom specialisttandvården fanns inga väntetider längre än tre månader inom tandreglering, parodontologi och sjukhustandvård vid årets slut. Inom övriga specialiteter fanns väntetider på 4-11 månader. Antalet patienter i specialisttandvården som väntat mer än tre månader var 393 i början av 2016 och 380 i slutet av 2016, dvs. en liten minskning.

Av Folktandvårdens 180 769 patienter som får regelbunden tandvård fick 94,8 % kallelse inom tre månader.



Hälsa, sjukdom och sjukdomsbehandling

Hälsofrämjande populationsinsatser

Folktandvården har uppdraget att genom populationsinriktade insatser stödja barns och ungas tandhälsa. Genom basprofilaxverksamheten i skola och förskola når vi barn i åldrarna 2 till 16 år. Genom samarbete med BVC får även föräldrar ta del av det hälsofrämjande arbetet. Under 2016 besökte Folktandvården 795 skolklasser i länet. Dessutom har munhälsainformation getts vid 51 besök på asylboenden och 69 besök i förberedelseklasser.

Förstärkt basprofilax

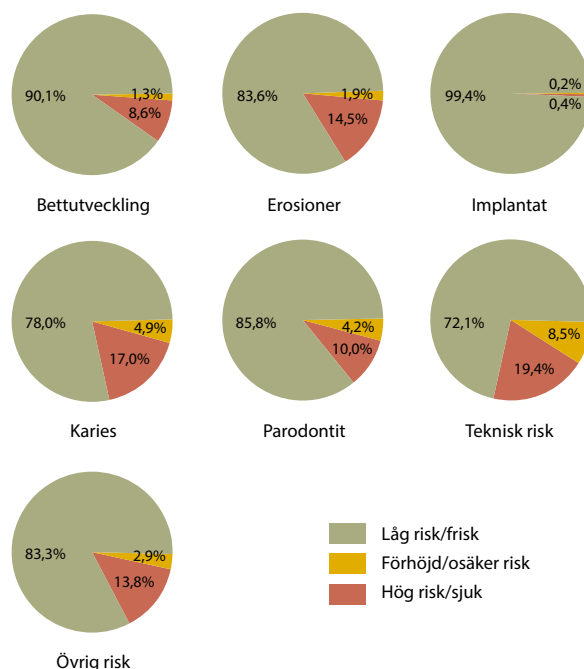
I områden och till grupper med sämre munhälsa genomförs utökade insatser för att främja tandhälsan. Under 2016 genomfördes:

1. Gottsunda. Ett projekt för att nå fler barn och föräldrar i riskområden senast vid 2 års ålder för att tidigt identifiera barn med risk för karies. Tidig identifiering av barn/familjer med förhöjd kariesrisk möjliggör adekvata förebyggande insatser.
2. Enköping. Sedan 2011 har fluorlackning genomförts i skolan inom vissa områden med förhöjd kariesrisk. En utvärdering gjordes under våren 2016 som visar att kariesförekomsten minskat med 25 % i de områden där fluorlackning införts jämfört med 9 % i övriga delar av länet. Projektet fortsätter i valda skolor.
3. Heby. De goda resultaten i Enköping har gjort att likande arbetssätt införts i andra delar av länet med högre kariesförekomst. I Heby har fluorlackning i årskurs 5–9 genomförts under hösten 2016 och kommer fortsättningsvis erbjudas var 6:e månad.
4. Alunda. Fluorlackning planeras enligt samma modell som i Enköping och Heby. Under hösten 2016 har information getts till skolor och föräldrar. Fluorlackningarna startar i januari 2017.

Riskbedömning

Som grund för behandlingsplanering använder Folktandvården en individuell riskbedömning. Bedömningen görs i beslutsstödet R2 och riskbedömningen görs inom sju områden. I varje område bedöms risken i en tregradig skala, grön, gul och röd, i enlighet med förutbestämda kriterier. I Folktandvården riskbedömdes

Figur 6. Fördelningen av risknivåer bland Folktandvårdens patienter 2016.

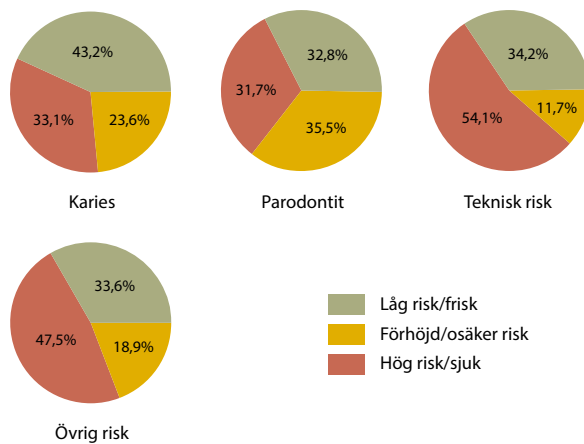


Beskrivning: Diagrammet visar andelen patienter, av det totala antalet som riskbedömts i beslutsstödet R2, i respektive risknivå 2016.

96,8 % av de patienter som genomgått en fullständig undersökning 2016. Andelen patienter med hög risk för sjukdom är liten men antalet riskpatienter och deras vårdbehov blir ändå stort. År 2016 fanns till exempel cirka 7 000 patienter med hög risk för att få karies och 18 000 patienter med hög teknisk risk, dvs. de har komplicerade konstruktioner i munnen som medför stor risk för stora och avancerade nya behandlingar.

Den patientgrupp som har störst andel individer med förhöjd risk för att drabbas av munsjukdomar och stora behandlingsbehov är de med stort omvårdnadsbehov och som har rätt till subventionerad tandvård i enlighet med reglerna för nödvändig tandvård. Cirka en tredjedel av individerna har hög risk för att drabbas av karies och parodontit i den här gruppen (figur 7).

Figur 7. Fördelningen av risknivåer hos patienter med stort behov av omvårdnad 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar andelen patienter, av det totala antalet som riskbedömts i beslutsstödet R2, i respektive risknivå 2016.

Karies

Sjukdomen karies har minskat de senaste decennierna men fortfarande drabbas en stor del av befolkningen. Allt eftersom äldre personer har fler egna tänder har gruppens risk för karies ökat. Äldres frekventa användning av läkemedel och försämring av den allmänna hälsan har också bidragit till den ökade förekomsten av karies.

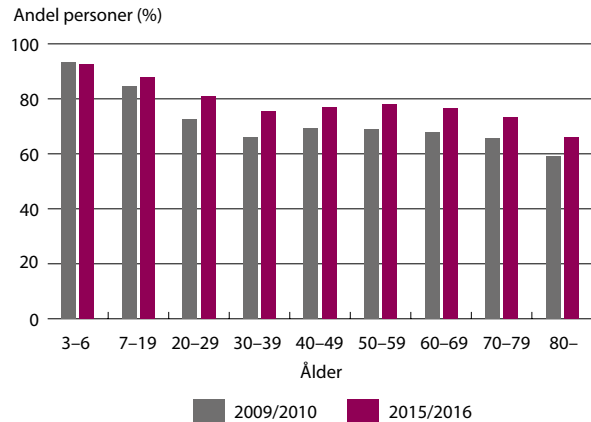
Kariesförekomsten bland barn i Uppsala län är lägre än genomsnittet i Sverige. Kunskapen om kariesförekomst bland vuxna saknas till stor del även om det finns viss kunskap om de vuxna patientgrupper som regelbundet går till tandvården. Karies är en sjukdom som är starkt relaterad till socio-ekonomiska faktorer. Låg utbildningsnivå, låg inkomst och invandrabakgrund är associerat med högre kariesförekomst. Detta gör att kariesförekomsten varierar i landet, men även inom länet.

Figur 8 visar andelen individer som inte hade några tandytor med dentinkaries, dvs. ds/DS är noll. I alla åldersgrupper utom 3–6 år har andelen kariesfria individer ökat under sexårsperioden mellan mätningarna.

Även om andelen kariesfria individer ökat de senaste sex åren ses en ökning av medelvärdet för ds/DS bland barn och ungdomar. Detta kan tyda på att de som har karies har blivit sjukare (figur 9).

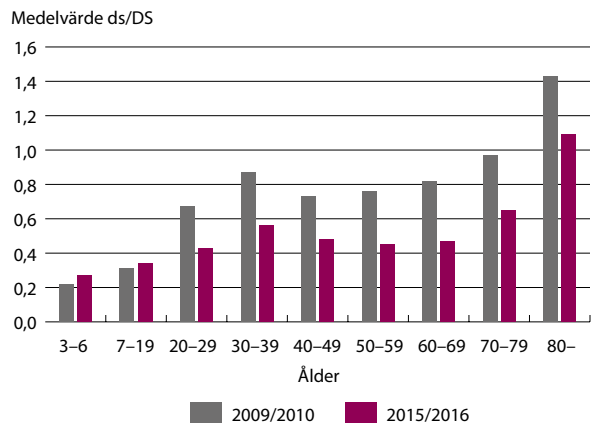
År 2009/2010 hade 93,4 % av 3–6-åringar ds=0 och sex år senare var andelen 92,4 %. Barn med kariesade ytor >1 har ökat (figur 10). Trenden att karies har ökat hos förskolebarn är nationell, men kan inte ses hos äldre barn.

Figur 8. Andel personer utan dentinkaries (manifest karies) 2009/2010 och 2015/2016.



Beskrivning: Diagrammet visar andelen patienter som inte hade någon tandyta med manifest karies av de som fått en fullständig undersökning 2009/2010 och 2015/2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4. Manifest karies noteras i T4 som D3, S (sekundär karies) eller RK (rotkaries).

Figur 9. Medelvärde för ds/DS (manifest karies) 2009/2010 och 2015/2016 i olika åldersgrupper.



Beskrivning: Diagrammet visar medelvärdet för ds/DS av de som fått en fullständig undersökning 2009/2010 och 2015/2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4. Manifest karies noteras i T4 som D3, S (sekundär karies) eller RK (rotkaries).

Karies är en sjukdom som är starkt associerad med socio-ekonomiska faktorer. Figur 11 visar antal tänder med dentinkaries (manifest karies) per 1000 behandlande individer i alla åldrar. Antal kariesade tandytor varierar mellan klinikerna, från 275 per 1000 behandlade individer till 667. Måttet kan sägas vara klinikens kariesbelast-

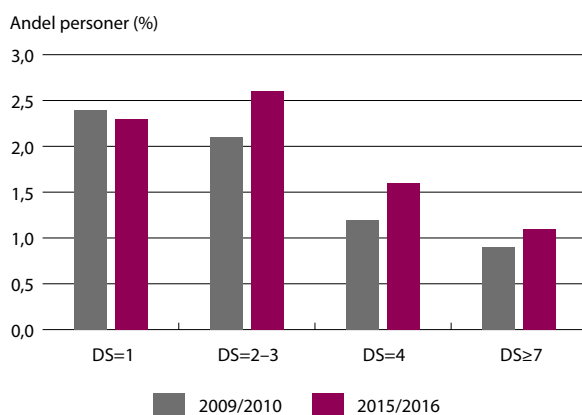
ning. Skillnaden mellan klinikerna speglar att karies är en sjukdom som är relaterad till socio-ekonomiska faktorer. Klinikerna på landsbygden har ofta en högre kariesförekomst och det är också där som särskilda populationsinsatser för att förbättra barnens tandhälsa genomförs.

Risken för att drabbas av karies varierar i olika betalmodeller. Lägst risk har Frisktvårdspatienter. Barn och vuxna som betalar enligt styckepris (FK 08) har en andel med hög kariesrisk mellan 7 och 10 %. Högst

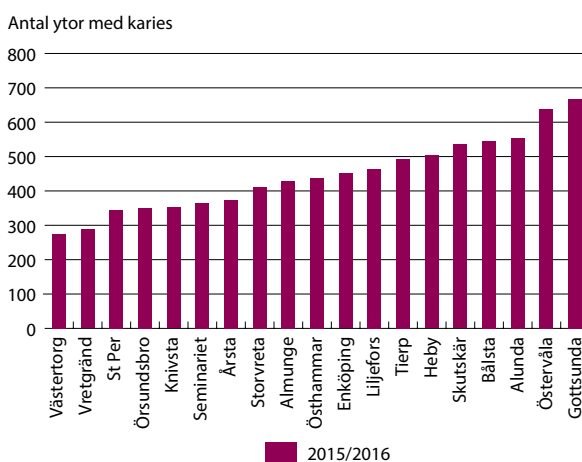
kariesrisk har patienter med rätt till nödvändig tandvård där 38 % bedömts ha hög risk (figur 12).

Patienter med hög kariesrisk bör få sjukdomsbehandlande åtgärder. Figur 13 visar andelen patienter i de olika kariesriskprofilerna som fått minst en sjukdomsbehandlande åtgärd sex respektive 12 månader efter undersökningen. Skillnaderna mellan riskgrupperna är liten vilket indikerar att friska patienter får för många insatser och sjuka patienter för få.

Figur 10. Fördelning individer 3–6 år med olika antal nya kariesangrepp (ds).

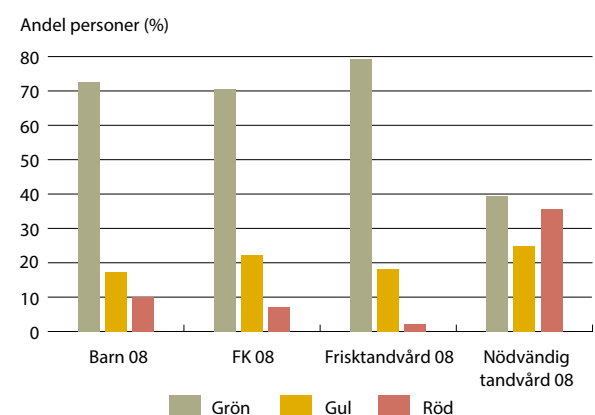


Figur 11. Antalet kariesade tandtor (ds/DS) per 1 000 behandlade patienter 2015/2016 per klinik.



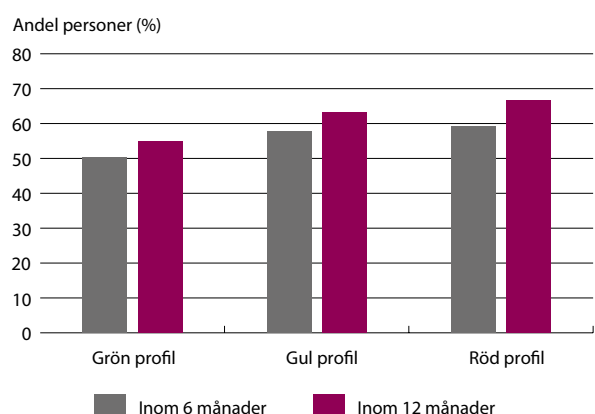
Beskrivning: Diagrammet visar antalet kariesade tandtor (ds/DS) per 1000 behandlade patienter i alla åldrar hos de som fått en fullständig undersökning 2015/2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4. Manifest karies noteras i T4 som D3, S (sekundär karies) eller RK (rotkaries).

Figur 12. Andel patienter i olika kariesriskgrupper för olika betalmodeller 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar andel patienter med olika kariesriskprofil hos de som fått en fullständig undersökning 2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4.

Figur 13. Andelen patienter som fått sjukdomsbehandlande åtgärder i samband med eller efter undersökningen.

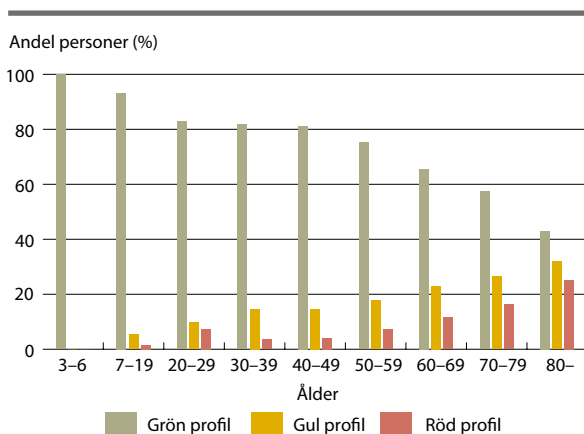


Beskrivning: Diagrammet visar andel patienter som fått minst en sjukdomsförebyggande åtgärd (300-serien) i olika kariesriskprofil hos de som fått en fullständig undersökning 2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4.

Parodontal sjukdom

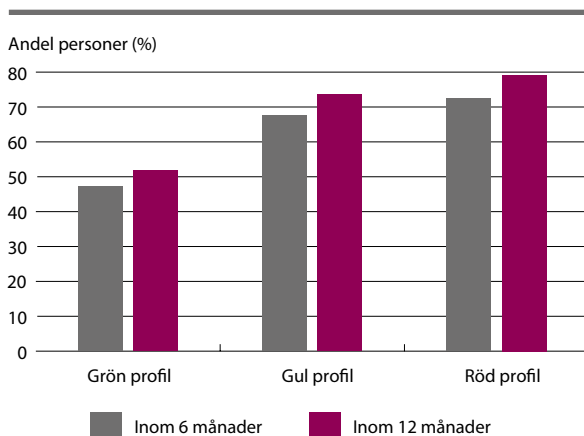
Parodontal sjukdom drabbar en stor del av befolkningen. De flesta vuxna har tandköttinflammation och drygt 60 % av 50-åringar har förlust av stödjevävnad runt tänderna medan ca 7–15 % drabbas av svår tandlossning, parodontit (SBU 2004). Figur 14 visar hur riskprofilerna för parodontal sjukdom fördelar sig i olika åldergrupper hos patienter undersökta i Folk tandvården i Uppsala län. Förutom en större andel med hög risk i åldern 20–29 år ökar risken linjärt med stigande ålder.

Figur 14. Andelen patienter med grön, gul och röd parodontal riskgrupp.



Beskrivning: Diagrammet visar andel patienter som bedömts tillhöra olika riskprofiler för parodontal sjukdom hos de som fått en fullständig undersökning 2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4.

Figur 15. Andelen patienter som fått sjukdomsbehandlande åtgärder i samband med eller efter undersökningen.



Beskrivning: Diagrammet visar andel patienter som fått minst en sjukdomsförebyggande åtgärd (300-serien) i olika parodontala riskprofiler hos de som fått en fullständig undersökning 2016, dvs. minst en åtgärd 101, 102B, 111 eller 112 finns registrerad i T4.

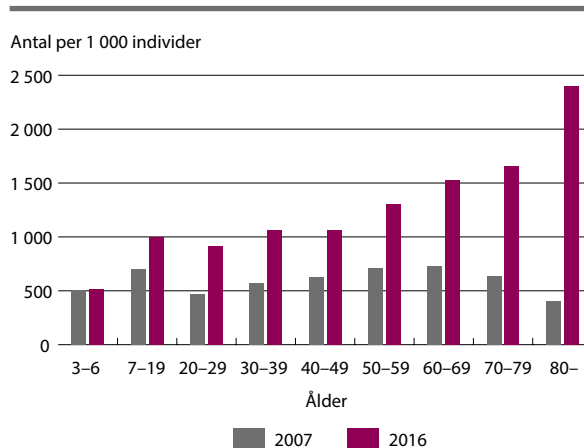
Totalt finns 4 400 patienter med hög risk för att drabbas av parodontit eller som redan har sjukdomen. Socialstyrelsen har gjort beräkningen att en patient med parodontal sjukdom kräver 8–10 timmar behandlingstid per år.

Patienter med hög risk för parodontal sjukdom bör få sjukdomsbehandlande åtgärder. Figur 15 visar andelen patienter med olika parodontal risk som fått minst en sjukdomsbehandlande åtgärd sex respektive 12 månader efter undersökningen. Skillnaderna mellan riskgrupperna är måttlig vilket indikerar att friska patienter får för många insatser och sjuka patienter för få.

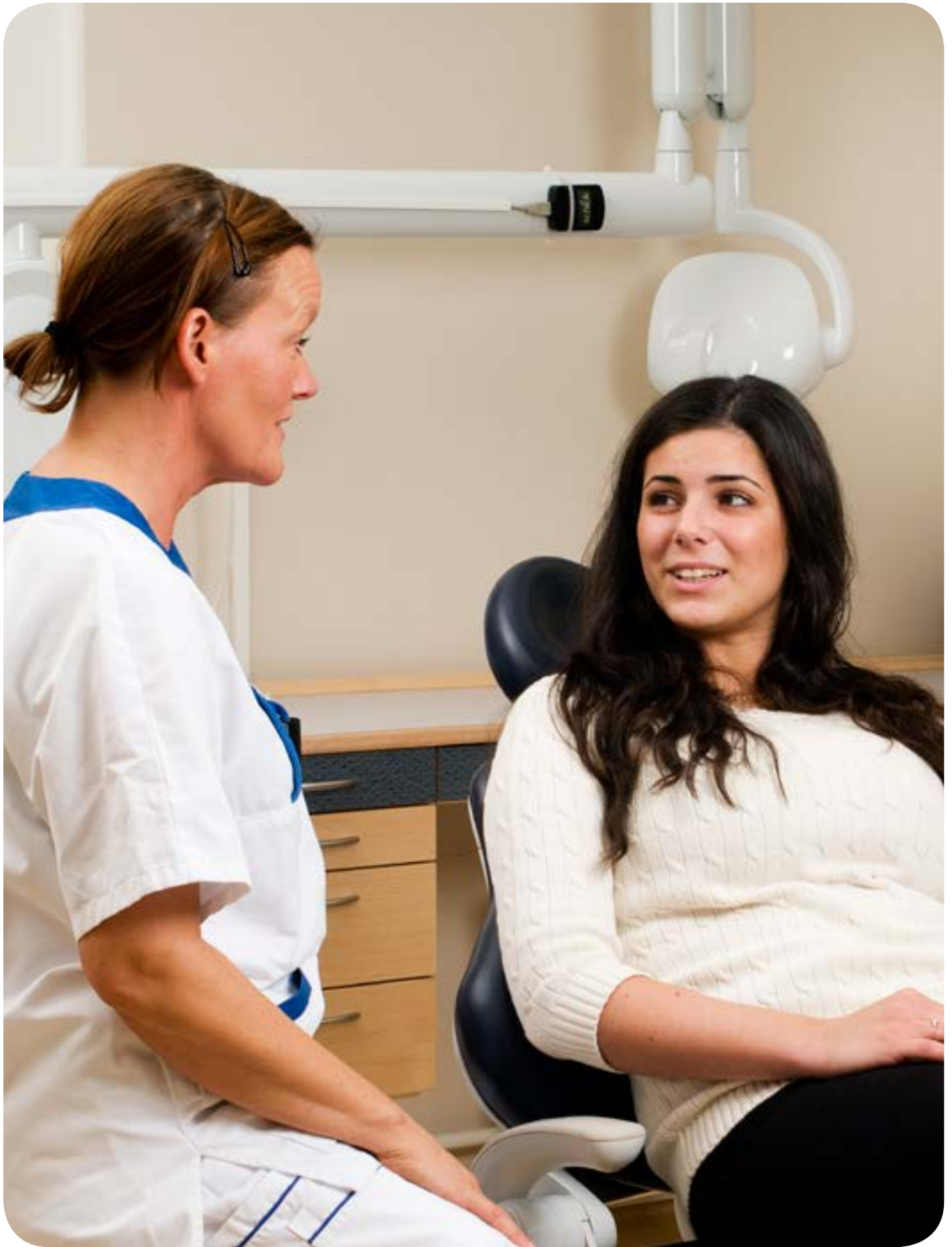
Förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder

Förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder (200- och 300-serien) används när det finns risk för sjukdom eller då sjukdom diagnostiserats, men fortsatt progression ska förhindras. I figur 16 visas antalet åtgärder som registrerats per 1000 behandlade patienter. Ökningen mellan 2007 och 2016 är stor och kan vara en av orsakerna till att sjukdomsförekomsten minskat under perioden. Särskilt stor är ökningen i de äldre åldersgrupperna vilket tyder på att de förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärderna riktar till de patienter som har störst behov. I figurerna 7, 12 och 14 visas att hög ålder medför större risk för att drabbas av munsjukdomar och särskilt stor är risken om man är beroende av omvårdnad, dvs. har rätt till nödvändig tandvård.

Figur 16. Antalet förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar antalet förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder (åtgärds kod 22–24, 201, 204, 205, 206, 301–303, 311–314, 321, 341–343) per 1000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



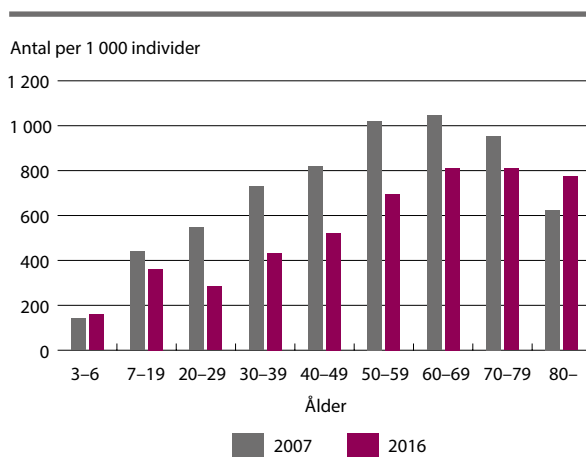
Behandling

I avsnittet beskrivs ett urval av de behandlingar som utförs i tandvården. Förutom patienternas vårdbehov påverkas behandlingspanoramat av flera faktorer. Samhällets stöd till tandvård, behandlarnas kompetens och utvecklingen av behandlingsmetoder är några av de faktorer som bestämmer vilka behandlingar som utförs.

Fyllningar

Antalet fyllningar per 1 000 behandlade patienter har minskat i de flesta åldrar. En liten ökning kan ses i förskoleåldern medan för patienter som är 80 år eller äldre ses en stor ökning av antalet fyllningar. Ökningen i den äldsta befolkningsgruppen beror dels på att antalet tänder ökat men även på att risken för att drabbas av karies är högre hos äldre. Totalt utfördes 61 808 fyllningar år 2016, en minskning med nästan 17 % jämfört med 2007.

Figur 17. Antalet fyllningar per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



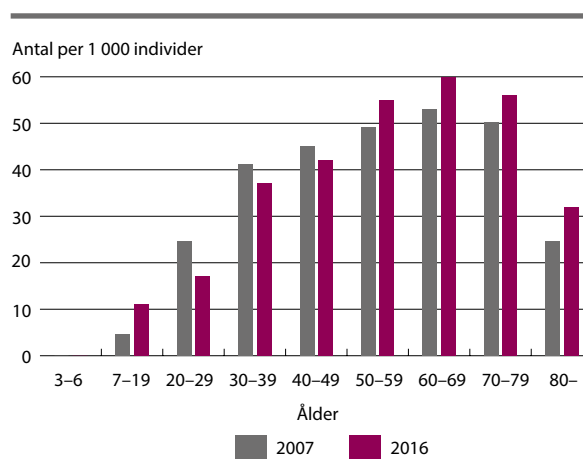
Beskrivning: Diagrammet visar utförda fyllningsåtgärder per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Fyllningsåtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 54, 55, 56, 701, 702, 703, 704, 705, 706 och 707. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

Endodontiska behandlingar

Antalet rotbehandlingar har minskat i åldrarna 20–50 år medan de har ökat i åldrarna över 50 år. Dessutom har fler rotbehandlingar utförts på barn i skolåldrarna. Totalt utfördes 3 166 rotbehandlingar i allmäntandvården

år 2016 och 621 i specialist- och sjukhustandvården. År 2007 utfördes totalt 3 028 rotbehandlingar. Minskningen av antalet rotbehandlingar i åldrarna under 50 år beror troligen på den minskade kariesförekomsten. I äldre åldrar har patienterna numera flera tänder och detta kan vara orsaken till att fler rotbehandlingar utförs.

Figur 18. Antalet rotbehandlingar per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



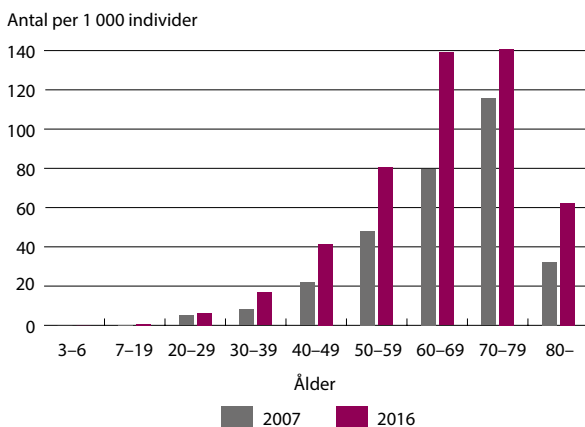
Beskrivning: Diagrammet visar utförda endodontiska åtgärder per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 41, 42, 43, 501, 502, 503, 504, 501S, 502S, 503S, 504S. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

Tandstödda kronor

I allmäntandvården utfördes 2016 3 938 tandstödda kronor och i specialist- och sjukhustandvården 1 021 kronor vilket innebär att antalet tandstödda kronor totalt ökat med 105 % sedan 2007. I allmäntandvården år 2016 var det 82 % av patienterna som enbart fått en krona utförd medan i specialisttandvården cirka 5 % av patienterna fick enbart en krona, dvs. i 95 % av fallen fick samma patient flera kronor utförda. Flest kronor gjordes i betalmodell FK08 (76 per 1000 behandlade patienter) följt av betalmodell Frisktandvård med 33 kronor per 1 000 behandlade patienter. Totalt gjordes 21 kronor inom barn och ungdomstandvården.

Orsaken till att antalet utförda kronor har ökat kraftigt kan vara att nyttan med att göra kronor i stället för omfattande fyllningar har uppvärderats eller att önske-

Figur 19. Antalet tandstödda kronor per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar utförda tandstödda kronor per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 61, 62, 800, 801, 800S, 801S. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

mål från patienterna förändrats. Förklaringen kan även ligga i tandvårdsstödet som infördes 2008 där stödet till omfattande behandlingar stärktes.

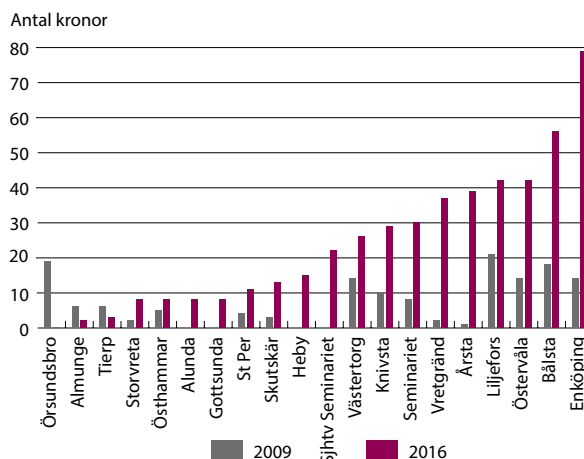
Implantatstödda kronor

Antalet kliniker i allmäntandvården som gör implantatstödda kronor har ökat från 16 till 19 mellan 2009 och 2016. Under samma period har antalet kronor som utförts ökat från 147 till 478. Implantatstödda kronor görs även inom specialist- och sjukhustandvården. År 2009 gjordes 167 implantatstödda kronor i specialisttandvården, men antalet har minskat till 141 år 2016. Minskningen beror på att kompetensen inom allmäntandvården har ökat och färre patienter behöver remitteras till specialisttandvården för att få implantatstöd protetik. Detta har dock samtidigt inneburit att specialisttandvården fått en högre koncentration av svårare patientfall.

Avtagbar protetik

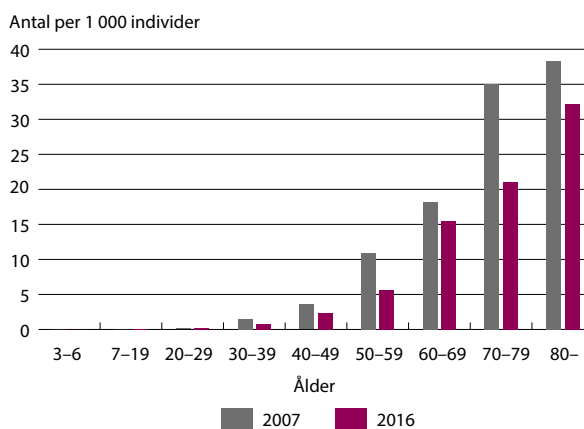
Avtagbar protetik, dvs. delproteser och helproteser, utförs mer sällan i alla åldersgrupper. År 2007 gjordes totalt 699 avtagbara proteser och antalet minskade till

Figur 20. Antalet implantatstödda kronor utförda på allmäntandvårdens kliniker 2009 och 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar antalet utförda implantatstödda kronor på allmäntandvårdens kliniker 2009 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 850, 852, 926, 929.

Figur 21. Avtagbar protetik per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



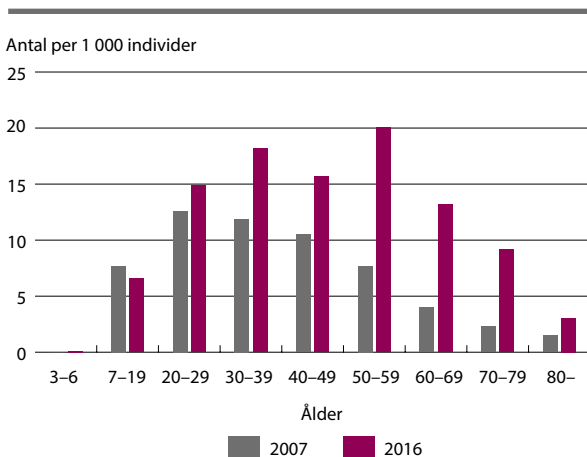
Beskrivning: Diagrammet visar utförd avtagbar protetik per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 73, 74, 75, 824, 825, 827, 828, 829, 824S, 825S, 827S, 828S, 829S. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

608 år 2016. I absoluta tal är inte minskningen stor men samtidigt har antalet behandlade ökat i antal och det gör att avtagbar protetik per 1000 behandlade patienter minskat (figur 21). Utöver den avtagbara protetiken som redovisas i figuren har 353 temporära proteser utförts år 2016. Att antalet patienter som får avtagbara proteser minskar beror på att allt fler har egna tänder och att patienterna mer efterfrågar fastsittande tandersättningar.

Bettfysiologiska problem

Fler patienter har behandlats med bettskena 2016 än 2007. År 2007 fick 892 patienter en bettskena medan 1486 patienter fick bettskena 2016. Av dessa fick 284 patienter behandlingen i specialist- och sjukhustandvården. Antalet behandlingar med bettskenor har ökat i alla åldersgrupper utom i gruppen 7–19 år. Störst ökningen i åldersgruppen 50–80 år och i gruppen 50–59 år utförs allra flest bettskenor – 20 bettskenor på 1000 behandlade. Att behandlingar med bettskenor har ökat kan bero på att befolkningen har mer bettfysiologiska problem. Förklaringen kan även vara att tandvården blivit bättre på att diagnostisera problemen och föreslå behandling.

Figur 22. Antal utförda bettskenor per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



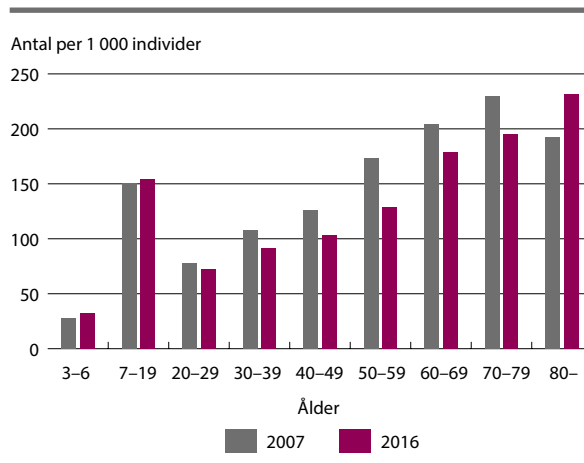
Beskrivning: Diagrammet visar antalet bettskenor per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 77, 93, 601, 602, 603, 604, 601S, 602S, 603S, 604S. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

Under senare år har Folk tandvården använt en undersökningsmall som inkluderar två frågor om bettfysiologiska problem, "Gör det ont i tinning, ansikte, käke eller käkled en gång i veckan eller oftare?" och "Gör det ont när du gapar eller tuggar, en gång i veckan eller oftare?". Att behandlarna använt ett mer strukturerat sätt att uppmärksamma bettfysiologiska problem kan ha bidragit till att mer bettfysiologisk behandling utförts.

Tandextraktioner

Tandextraktioner i relation till antalet behandlade patienter har ökat något bland barn och ungdomar men minskat i alla vuxna åldersgrupper utom för de som är 80 år eller äldre (figur 23). År 2007 extraherades 15 659 tänder och antalet hade ökat till 16 430 tänder år 2016. Flest tänder extraherades inom barn och ungdomstandvården och andelen av alla extraherade tänder var 36,6 % år 2007 och 37,0 % år 2016. Av de tänder som togs bort inom barn- och ungdomstandvården extraherades nästan 60 % mellan 0 och 12 år, vilket indikerar att majoriteten av tandextraktionerna utfördes på mjölk-tänder.

Figur 23. Antal utförda extraktioner per 1 000 behandlade patienter år 2007 och 2016.



Beskrivning: Diagrammet visar antalet tandextraktioner per 1000 behandlade patienter inom varje åldersgrupp år 2007 och 2016. Åtgärderna definieras med följande åtgärds-koder: 31, 32, 34, 401, 402, 403, 404, 405, 401S, 402S, 403S, 404S, 405S. I de fall latituder fanns tillgängliga har samtliga inkluderats.

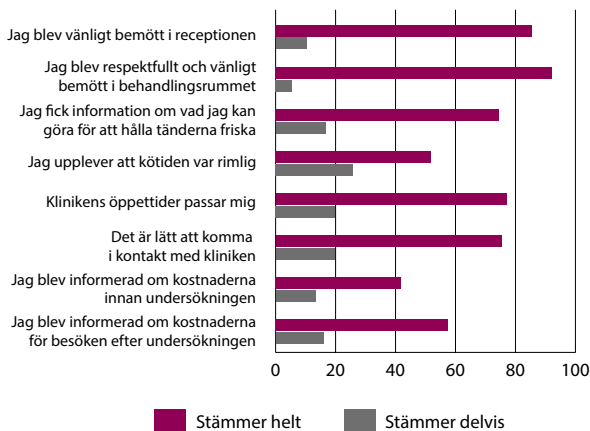




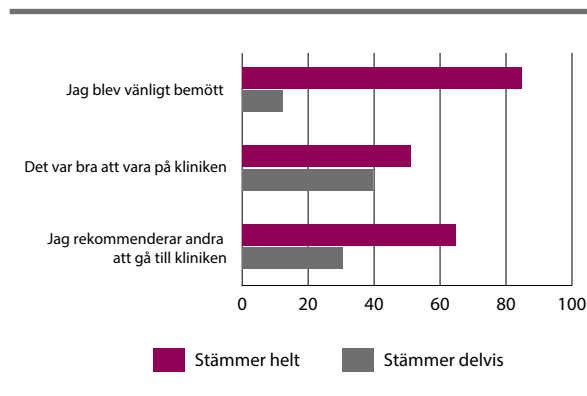
Patienternas upplevelse av tandvård

En viktig kvalitetsaspekt är hur patienterna upplever besöken och vården som utförs. Under 2016 har patienternas uppfattning mätts genom flera enkäter och intervjuer. I april 2016 genomfördes en patientenkät riktad till barn från 7 år och vuxna. Enkäten distribuerades via mobiltelefon till alla patienter som varit på besök hos Folk tandvården under samma vecka som enkäten skickades. Totalt svarade 1925 personer på enkäten vilket motsvarar 25,4 % av de som fick enkäten. En stor majoritet, 98 %, ansåg att de blivit respektfullt bemötta. Tre av fyra patienter uppgav att de fått kostnadsinformation före behandlingen. Detta var en stor förbättring jämfört med den senaste enkäten som genomfördes 2013 då 47 % av patienterna uppgav att de fått kostnadsinformation.

Figur 24. Vuxna patienters svar på frågor i enkäten.



Figur 25. Hur barn 7–16 år svarade på frågor i enkäten.



Folk tandvården har under 2015–2016 utvecklat en metod för att förskolebarn ska kunna själva beskriva hur de upplever besöket. Via pekskärmar i väntrummet kan barnen genom att peka på glada eller ledsna ansikten ge betyg i direkt anslutning till tandvårdsbesöket. Sju av tio barn tyckte att besöket gått bra och av föräldrarna uppgav 82 % att de var nöjda med besöket. Barn och ungdomar som fått tandreglering får efter avslutad behandling beskriva sin uppfattning om behandlingen. Resultatet visade att 98–99 % var nöjda med bemötandet och behandlingsresultatet.

Under 2016 har äldre personer via intervjuer inom ramen för Kunskapscentrum för äldretandvård fått beskriva sin uppfattning om tandvård. En grupp äldre med invandrabakgrund beskrev att kostnader, språkproblem och bristande förtroende för tandvården var barriärer för att få tandvård. I ett annat projekt intervjuades äldre om förutsättningarna för att kunna behålla regelbundna tandvårdskontakter när man blir äldre. Hinder för att besöka tandvården var praktiska svårigheter, höga kostnader, komplicerat ekonomiskt tandvårdsstöd och att man inte såg någon nytta med tandvård vid deras höga ålder. Munhälsa ansågs dock som viktigt och dålig munhälsa som något att skämmas över.

Säker vård

Folk tandvården strävar efter att öka patientsäkerheten genom ett kontinuerligt, strukturerat förbättringsarbete. Strategin är att arbeta proaktivt genom tydlig ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet, genom riskanalyser, säkra arbetssätt samt riktlinjer och rutiner för hur vården ska utföras. När oönskade händelser inträffar ska det finnas en tillåtande kultur och öppenhet inför fel och misstag som begås. Vi fokuserar på allvarliga händelser och händelser som sker frekvent. Genom att använda avvikelserapporter, händelseanalyser, patientskadeförsäkringen, patientnämnden och förslag från patienterna kan vi förbättra kvaliteten på vården.

Vårdskador och risk för vårdskador

Det främsta redskapet för att uppmärksamma att oönskade händelser inträffat är det elektroniska avvikelshanteringssystemet Medcontrol. Enligt Patientsäkerhetslagen måste all vårdpersonal anmäla händelser som lett till vårdskador eller risk för vårdskador. I oktober 2016 togs en uppdaterad version av Medcontrol i bruk. Även patienter och anhöriga har möjlighet att anmäla att en vårdskada inträffat eller att de upplevt att vården av annan anledning haft dålig kvalitet. Patienterna kan anmäla till patientnämnden eller till den statliga myndigheten IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg. Allvarliga händelser ska vårdgivaren anmäla till IVO som en Lex Maria-anmälan. I tabell 2 visas antalet anmälningar under perioden 2013–2016.

Tabell 2. Antalet anmälningar från vårdpersonal, patienter och anhöriga 2013–2016.

År	Antalet anmälningar			
	Medcontrol	Patientnämnden	IVO	Lex Maria
2013	176	48	0	0
2014	170	48	4	2
2015	201	56	4	2
2016	235	51	7	0

De vanligaste händelserna som rapporterats av vårdpersonal redovisas i tabell 3. En ökning respektive minskning mellan åren kan bero på en verklig förändring i förekomsten av en händelsetyp eller på att anmälningsbenägenheten varierar över tid.

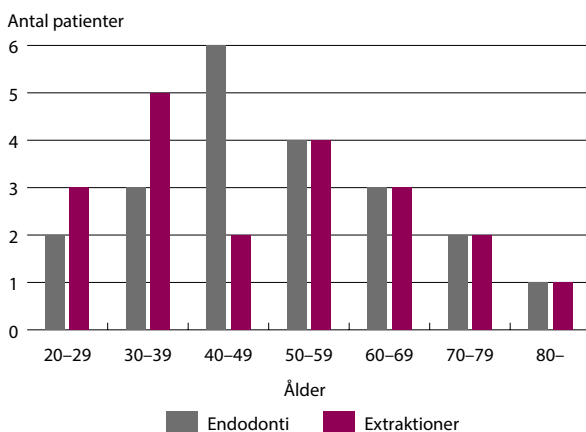
Tabell 3. De vanligaste händelserna som anmäls av vårdpersonal.

Händelse	2012	2014	2016
Kommunikationsproblem	15	31	33
Filfraktur	13	11	20
Diagnos, försenad	19	14	17
Diagnos, bettutveckling, försenad	18	24	15
Röntgenrelaterad	24	22	16
Remissrutiner	11	7	12
Svalt föremål	4	3	9
Medicinsk reaktion	5	22	7
Förväxling	7	7	6
Material-utrustning-relaterad	24	17	6

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) definieras av Socialstyrelsen som ”en infektion som uppkommer hos en person under slutenvården eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”. VRI är ett vanligt förekommande problem i slutenvården där infektionerna orsakar stort lidande och ökade vårdkostnader. Kunskapen om hur ofta VRI förekommer inom den öppna vården är starkt begränsad både för primärvård och tandvård. För att få en bild av förekomsten i tandvården har Folk tandvården genomfört en journalstudie av det postoperativa förloppet vid tandextraktioner och rotbehandlingar. Totalt har 400 journaler granskats som inkluderade 483 behandlingar. VRI definierades som en oplanerad åtgärd som vidtagits postoperativt för att underlätta läkning eller minska symtombild. VRI registrerades i 9,2 % av fallen efter en rotbehandling och i 7,8% av fallen efter en tandextraktion. De positiva fallen jämfördes med en rad bakgrundsfaktorer som ålder, kön, ASA-klass, läkemedelsanvändning, tandvårdsrädsla, regelbunden tandvård och tobaksbruk. För endodontiska behandlingar ökade risken för postoperativa infektioner genom att vara man och att inte ha regelbunden tandvård. För extraktioner kunde inga statistiskt säkerställda samband hittas. I figur 26 visas fördelningen av postoperativa infektioner relaterad till ålder.

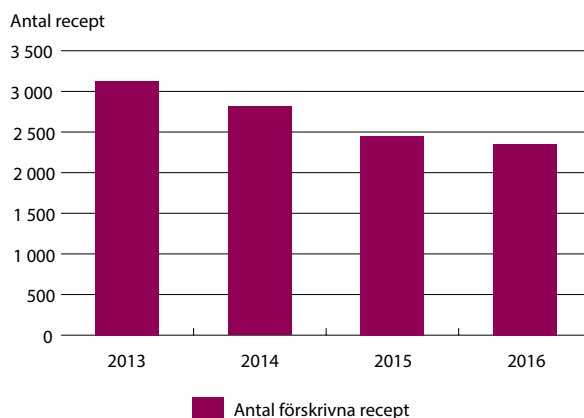
Figur 26. Fördelningen av postoperativa infektioner i åldersgrupper.



Antibiotika

En viktig del för att minska VRI är att begränsa förskrivningen av antibiotika. Folktandvården har under en rad år minskat förskrivningen av antibiotika. Under perioden 2013–2016 minskade antalet förskrivna recept från 3127 till 2353, en minskning med 24,8 %, samtidigt som antalet behandlade patienter ökade (figur 27).

Figur 27. Antalet förskrivna antibiotikarecept i Folktandvården.



Beskrivning: Diagrammet visar data från landstingets statistik över förskrivna läkemedel.

Referenser

- Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – tandvård. Art nr 2013-4-1. ISBN: 978-91-7555-040-4
SBU. Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. SBU 2004;169
Socialstyrelsen. Vårdrelaterade infektioner. <http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/varhygieno-chantibiotikaresistens/varhygien/varrelateradeinfektioner> 2015-05-15

