

A decorative background consisting of a 3x2 grid of colored squares. The top row has a light green square on the left and a light gray square on the right. The middle row has a medium gray square on the left and a white space on the right containing the title. The bottom row has a dark green square on the left, a light gray square in the middle, and a medium gray square on the right.

Från pilot till praxis – en uppföljning av granskningen av nödvändig tandvård

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Avdelningen för specialiserad vård

Tandvårdsenheten

tandvardsenheten.hsf@regionstockholm.se

Förord

Under 2019-2020 genomförde hälso- och sjukvårdsförvaltningen en pilotstudie i syfte att kontrollera vårdgivarnas följsamhet till gällande regelverk och anvisningar inom nödvändig tandvård. Pilotstudien baserades på uppgifter som vårdgivarna själva rapporterat in till Region Stockholm och som analyserats. I och med detta startade förvaltningen ett rutinbaserat granskningsarbete inom nödvändig tandvård som över gått till att bli en permanent del av verksamheten. I denna rapport redovisas resultatet av en uppföljande granskning, som ägt rum under år 2024 med samma upplägg som pilotstudien.

Stockholm 2025-05-28

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	4
1 Definitioner	5
2 Nödvändig tandvård i Region Stockholm	7
2.1 Introduktion till nödvändig tandvård	7
2.2 Mottagningsbaserad och mobil tandvård	7
2.3 Vad omfattar nödvändig tandvård?	8
2.4 Det statliga tandvårdsstödet och tandhälsoregistret	9
2.5 Region Stockholms regelverk avseende nödvändig tandvård	9
2.5.1 Förändringar i regelverk under åren 2021–2024	9
2.6 Kontroll och uppföljning	12
2.6.1 Uppföljning efter granskning	12
2.7 Vårdgivarnas ersättning och regionens kostnader	14
2.7.1 Ersättning till vårdgivarna	14
2.7.2 Patientavgift	14
2.7.3 Regionens kostnader	14
2.8 Vårdgivare som utför nödvändig tandvård	16
3 Syfte, urval och metod vid granskningen 2024	18
3.1 Granskningens syfte	18
3.2 Urval	18
3.3 Metod för granskning	18
4 Resultat	19
4.1 Återkrav för felaktig fakturering	19
4.2 Effekter på kostnadsutvecklingen	19
4.3 Fakturerade åtgärds-koder	20
4.3.1 Undersökningsåtgärder	20
4.3.2 Röntgenåtgärder	21
4.3.3 Förebyggande åtgärder	22
4.3.4 Sjukdomsbehandlande åtgärder	23
4.3.5 Kirurgiska åtgärder	25
4.3.6 Rotbehandlingsåtgärder	26
4.3.7 Reparativa åtgärder	27
4.3.8 Protetiska åtgärder	28
4.4 Skäl för avslag på fakturerade åtgärds-koder	29
4.4.1 Jämförelse mellan åren 2020 och 2024 avseende skäl för avslag	29

4.4.2	Skäl för avslag och andra brister i granskningen 2024	31
4.5	Granskningens effekter	33
5	Diskussion	34
Referenser.....		35

Sammanfattning

Resultatet från den uppföljande granskningen av *nödvändig tandvård* visar att de granskade vårdgivarna blivit bättre på att följa regelverk som omgärdar tandvård i allmänhet och nödvändig tandvård specifikt. Av alla fakturerade åtgärds-koder som granskats i 2024 års granskning avslogs 33 procent jämfört med 56 procent vid granskningen 2020.

Granskningen och ett skärpt regelverk har lett till minskade kostnader för nödvändig tandvård. Både den totala kostnaden och medelbehandlings-kostnaden har minskat något. Den reala kostnadsutvecklingen sedan 2019 visar att regionens arbete haft stor betydelse för att bromsa kostnadsutvecklingen. Den reala kostnadsminskningen uppskattas till 51 miljoner kronor.

Jämförelsen med granskningen från år 2020 visar att även om följsamheten till regelverken blivit bättre används åtgärds-koder fortfarande felaktigt. Journaldokumentation överensstämmer ibland inte med TLV:s beskrivning och krav för fakturerad åtgärds-kod. Vårdgivare väljer också en mer omfattande åtgärd för att få en högre intäkt, till exempel *omfattande undersökning* i stället för *basundersökning* eller rotfyllning av fler rotkanaler än som faktiskt rotfylles.

Vidare kan konstateras att omfattande undersökningar och till viss del omfattande behandlingar fortfarande utförs på patienter i livets slutskede. Den så kallade vårdambitionsnivån, som ska ange nivån förbättra, bevara, fördröja eller lindra, saknas ibland i dokumentationen och inte sällan anges två olika vårdambitionsnivåer. Individuella behandlingsplaner saknas många gånger i patientjournalerna. Ofta saknas parodontal utvärdering av behandlings-resultatet trots att omfattande parodontala undersökningar och behandlingar utförs och faktureras.

Vid den senaste granskningen uppmärksammas återkommande fall av underbehandling. Patienten behandlas inte trots pågående infektion eller risk för infektion samtidigt som patienten är tillräcklig frisk för att klara av en behandling. Ibland lämnas tänder obehandlade med hänvisning till kommande uppföljning (exspektans), men där regelbunden uppföljning och kontroll uteblir.

Granskningen visar att regelverket ständigt behöver anpassas till nationella riktlinjer och nya föreskrifter. En viktig slutsats är att den ständiga granskningen behöver fortsätta som en del i regionens arbete med att motverka oegentligheter och välfärdsbrott.

1 Definitioner

Begrepp	Definition
Anvisningar för nödvändig tandvård	Region Stockholm tillhandahåller anvisningar avseende tandvårdsstöd till vuxna där tillämpningen av tandvårdsreform 1999/2013, tandvårdslag (1985:25 och tandvårdsförordning (1998:1338) regleras för vårdgivare. Revideras årligen.
Bastandvård	Grundläggande tandvård som undersökning, lagningar och tandborttagningar, men inte större ingrepp som kronor, broar och implantat.
Behandlingsåtgärd	Tandvårdsbehandling, kan vara del av en behandling
Kvadrant	Käkens indelning i fjärdedelar, benämns första, andra, tredje och fjärde kvadranten.
Käke	Munhållans skelett i två delar, över- och underkäke
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Personer som ingår i personkretsen för LSS är berättigade till tandvårdsstödsintyg om de har en beviljad insats.
Mobil tandvård	Tandvård som utförs vid hembesök. Hemmet kan vara egen bostad eller särskilt boende (SÄBO), t.ex. äldreboende.
Mottagningsbaserad tandvård	Tandvård som utförs på tandvårdsklinik med fast adress
Nödvändig tandvård, N-tandvård	Regionfinansierad tandvård till personer med varaktigt och omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser. Patienten betalar samma avgift som för öppen hälso- och sjukvård. Besöksavgiften räknas in i patientens högstkostnadsskydd. Kräver tandvårdsstödsintyg.
Odontologi	Läran om tänder och dess sjukdomar
Parodontal sjukdom	Samlingsnamn för tillstånd som påverkar tandens fäste. De vanligaste formerna är gingivit (inflammation i tandköttet) och parodontit (tandlossning).

Begrepp	Definition
Primärvårdsnämnden, PVN	Nämnd i Region Stockholm som beställer den regionfinansierade tandvården. Utgörs av förtroendevalda politiker.
Regionens tandvårdsstöd för vuxna	Regionfinansierad tandvård inom kategorierna nödvändig tandvård, tandvård som ett led i en sjukvårdsbehandling och tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt uppsökande verksamhet.
Särskilt boende, SÄBO	Bostäder som är anpassade för äldre och personer med funktionsnedsättning. Förmedlas efter beslut enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
Tandvårdsstödsintyg	Intyg som visar att en person är berättigad till nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet. Kan utfärdas av t.ex. bistånds- och LSS-handläggare i en kommun eller chef för SÄBO.
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV	Myndighet som föreskriver om regelverket för det statliga tandvårdsstödet
Uppsökande verksamhet	Munhälsobedömning av personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Innehåller även munvårdsutbildning till personal som arbetar med målgruppen.
Vårdambitionsnivå	Nivåerna <i>förbättra</i> patientens munhälsa, <i>bevara</i> den befintliga hälsan, acceptera viss sjukdom men <i>fördröja</i> förloppet eller <i>lindra</i> symtomen, utifrån bästa tillgängliga kunskap samt patientens situation, erfarenheter och önskemål.
Vårdgivare	Juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård.
Åtgärdskod	Kod som representerar en behandlingsåtgärd. Inkluderar en beskrivning av vilken tandvård som är ersättningsberättigande i den aktuella åtgärden. Används vid journalföring och fakturering.

2 Nödvändig tandvård i Region Stockholm

2.1 Introduktion till nödvändig tandvård

Nödvändig tandvård ges inom ramen för regionens särskilda tandvårdsstöd för vuxna. Verksamheten regleras främst genom tandvårdslagen och tandvårdsförordningen. Berättigade till nödvändig tandvård är personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, till stor del de så kallade sköra äldre, samt personer som omfattas av LSS. Med omfattande behov menas personlig omvårdnad under större delen av dygnet. Med varaktigt behov menas ett behov som förväntas kvarstå minst ett år

Vad den nödvändiga tandvården ska innehålla beskrivs i tandvårdsförordningen (1998:1338, §9). Där anges att behovet av nödvändig tandvård ska bedömas med utgångspunkt i patientens allmäntillstånd. Tandvården ska i det enskilda fallet syfta till att förbättra förmågan att äta eller tala. Om patientens inte klarar av en mer omfattande behandling ska behandlingen i stället inriktas på att motverka smärta och obehag. Vårdgivaren ska välja den mest kostnadseffektiva behandlingen.

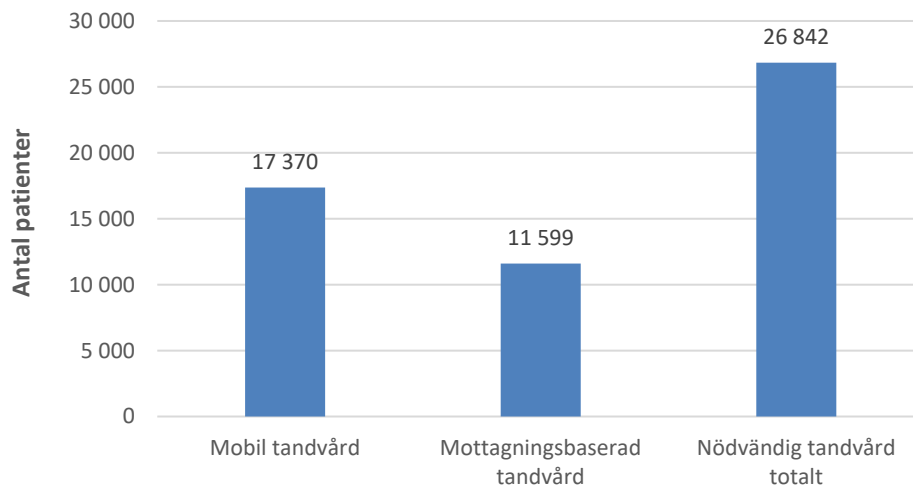
Relationen mellan regionen och vårdgivaren som utför nödvändig tandvård är helt avtalslös. Enligt Tandvårdslag (1985:125, §15a) har patienten rätt att välja om behandlingen ska utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare. Enda kravet är att vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet via Försäkringskassan.

2.2 Mottagningsbaserad och mobil tandvård

I Region Stockholms tillåts nödvändig tandvård utföras både på tandvårdsmottagning och i mobil form, vanligen i patientens hem. För att tandvårdsbesöket ska räknas som ett mottagningsbesök ska det antingen utföras på en tandvårdsmottagning eller i ett fullt utrustat behandlingsrum som monteras upp på annan plats. Om behandlingen utförs i mobil form ställer regionen ett antal krav på utrustning. Även de behandlingsåtgärder som berättigar till ersättning är begränsade jämfört med mottagningsbaserad tandvård.

År 2024 fick knappt 27 000 patienter nödvändig tandvård. Det är samtliga av de som är berättigade till tandvårdsstödet. Figur 1 visar antalet patienter som fick tandvård i mobil form respektive vid ett mottagningsbesök.

Figur 1: Antal patienter som fått nödvändig tandvård i mobil form respektive mottagningsbaserad samt totala antalet patienter i Region Stockholm 2024. Unika patienter. Observera att samma patient kan ha fått både mobil och mottagningsbaserad tandvård.



Betydligt fler patienter får nödvändig tandvård i mobil form jämfört med mottagningsbaserad tandvård (figur 1). Av alla som fick nödvändig tandvård fick 65 procent mobil tandvård. 43 procent fick tandvård vid ett mottagningsbesök.

2.3 Vad omfattar nödvändig tandvård?

Den tandvård som ersätts inom ramen för nödvändig tandvård utgörs framför allt av bastandvård. Behandlingsåtgärder som normalt inte ingår i nödvändig tandvård är tandstödda kronor och broar. Implantatstödd behandling godkänns endast i mycket sällsynta fall. Beställaren har också satt upp så kallade restriktioner, vilket innebär en begränsning för hur många åtgärder och hur ofta en åtgärd får utföras för de ska ge rätt till ersättning. Restriktioner har kontinuerligt införts i regelverket i syfte att stärka patientsäkerhet och kvalitet.

Vissa behandlingsåtgärder kräver alltid förhandsbedömning av regionens bedömningstandläkare. Den behandlande tandläkaren fyller i patientuppgifterna i regionens webbaserade IT-system. Bedömningstandläkaren bedömer sedan om föreslagen behandling är odontologiskt motiverad och anpassad till patientens hälsotillstånd samt om behandlingen omfattas av ersättningsregler för den nödvändiga tandvården. Bedömningstandläkaren kan anlita utomstående odontologisk och medicinsk expertis till hjälp vid bedömningen. Detta förekommer dock sällan vid nödvändig tandvård.

Behandlingsåtgärder som inte kräver förhandsbedömning är undersökningsåtgärder och de flesta sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder. Behandlingsåtgärder som kräver förhandsbedömning är mer

avancerade utredningar, kvalificerat rådgivande samtal, fast protetik och avancerade, avtagbara (delproteser gjorda av metall (skeletterade) samt till antalet omfattande åtgärder vid svår tandlossning.

2.4 Det statliga tandvårdsstödet och tandhälsoregistret

Det statliga tandvårdsstödet är en socialförsäkring, som administreras av Försäkringskassan. Alla som är försäkrade i Sverige har rätt till statligt tandvårdsstöd från och med det år de fyller 20 år. En vårdgivare som är ansluten till det statliga tandvårdsstödet är skyldig att bedöma om en behandlingsåtgärd ger rätt till ersättning och att rapportera in all tandvård till Försäkringskassan. Skyldigheten att rapportera vissa uppgifter till Försäkringskassan omfattar även nödvändig tandvård, som är en del av regionens tandvårdsstöd¹. Uppgifterna lämnas sedan vidare till Socialstyrelsens tandhälsoregister inom två veckor från det att behandlingsåtgärden slutfördes. Därför ska vårdgivare som utför nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125, §15a) vara anslutna till det statliga tandvårdsstödet via Försäkringskassan.

Till Socialstyrelsens tandhälsoregister lämnas uppgift om vilka personer som fått nödvändig tandvård samt deras antal kvarvarande och intakta tänder. Vårdgivarna rapporterar uppgifterna till Försäkringskassan som för över uppgifterna till tandhälsoregistret.

2.5 Region Stockholms regelverk avseende nödvändig tandvård

Region Stockholm tillhandahåller anvisningar avseende tandvårdsstöd till vuxna där tillämpningen av tandvårdsreform 1999/2013, tandvårdslag (1985:25) och tandvårdsförordning (1998:1338) regleras för vårdgivare. Anvisningarna revideras årligen, i större eller mindre omfattning.

2.5.1 Förändringar i regelverk under åren 2021–2024

Här beskrivs de förändringar som Region Stockholm fört in i regelverket avseende nödvändig tandvård sedan den första granskningen, pilotstudien.

¹ Vårdgivarnas skyldighet att rapportera till tandhälsoregistret regleras i 11 a § tandvårdsförordning (1998:1338), 2 och 3 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret (SOSFS 2008:13) och i Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna om (SOSFS 2008:13) uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret (SOSFS 2012:18).

2021

Begränsningar införs för vissa förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder. Ersättning för dessa åtgärder begränsas till högst fyra åtgärder per patient och år. Åtgärderna kan användas i kombination av högst två åtgärder, förutom åtgärd 321 (icke-operativ behandling av kariessjukdom) som inte kan kombineras med åtgärderna 341 respektive 342, som avser infektionsbehandling vid tandköttsinflammation och tandlossning eller vid implantat.

Information eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem (åtgärd 311, numera rådgivande samtal) kan ges högst en gång per patient under en tolv månaders period. Av journalen ska det framgå till vem informationen har givits.

Begränsningar införs avseende tandvård i mobil form, som får inriktningen mot enklare tandvård. Vissa åtgärder tas bort eftersom de används felaktigt.

De åtgärder som inte längre ersätts inom mobil tandvård är:

- Samtliga specialiståtgärder. Behandling utförd enligt prislstan för specialisttandvård ska utföras på tandvårdsmottagning.
- Samtliga rotfyllningsåtgärder som får utföras i mobil form.
- Omfattande fyllningsterapier. Inom mobil tandvård tillåts nu endast fyllning av en tandyta (enyttsfyllningar).
- Omfattande tandstensborttagning
- Vissa kirurgiska åtgärder, såsom kirurgiskt avlägsnande av tänder.
- Komplicerade tandborttagningar
- Bettinslipning och motorisk aktivering

Begränsningar införs avseende akut tandvård i mobil form. Valet att utföra behandlingen vid tandvårdsmottagning, i mobil form eller som akut tandvård i mobil form ska tydligt framgå av journalanteckningar och motiveras ur patientsäkerhetssynpunkt. Vem som initierat tandvårdsbesöket ska också journalföras.

Omgörningstider ersätter garanti. Samtidigt införs en omgörningstid på 1 år för permanenta fyllningar. Under vårdgivarens omgörningstid har vårdgivaren kostnadsansvar om fyllningen behöver göras om.

2022

Begränsningar införs avseende åtgärdskoderna 301–303, som avser sjukdoms- eller smärtbehandling. Dessa åtgärder kan inte användas när det finns ett specifikt tillstånd för sjukdomen eller skadan.

Åtgärder för tandstensborttagning kan inte kombineras med åtgärd 321, som avser fluorlackning och fördjupad kostrådgivning.

I de fall Beställaren har skälig anledning att anta att en vårdgivare eller legitimerad behandlare inte följer regionens anvisningar har Beställaren rätt att kräva att all tandvård ska förhandsbedömas som utförs av vårdgivaren eller behandlaren inom Region Stockholms tandvårdsstöd till vuxna.

2023

Förtydliganden görs gällande vårdambitionsnivåer i enlighet med Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för tandvård*. Behandlaren ska för varje patient dokumentera och motivera valet av vårdambitionsnivå (förbättra, bevara, fördröja eller lindra).

Kvalificerade rådgivande samtal (åtgärdskoderna 213 och 214) som avser mottagningsbesök kräver nu förhandsbedömning.

2024

Kravet på dokumentation av samtycke till val av vårdgivare förtydligas.

För personer som ingår i personkretsen för LSS, krävs en beviljad insats för att vara berättigad till tandvårdsstödsintyg och nödvändig tandvård. Tidigare har samtliga inom LSS haft rätt till tandvårdsstödsintyg. Förändringen görs för att ska svara mot tandvårdsstödet syfte och för att bedömningen ska bli mer enhetlig över landet.

Sedan 1 mars finns två prislistor för nödvändig tandvård, en för mottagningsbesök och en för mobil tandvård. Tandvård som utförs vid mottagningsbesök får en höjning av prispåslaget från 15 till 20 procent. För tandvård i mobil form tas prispåslaget bort helt.

Akut tandvård i mobil form tas bort som egen kategori. För all mobil nödvändig tandvård, inklusive akut tandvård, gäller nu samma krav på utrustning som vid ordinarie tandvård.

Undersökningsåtgärder utförda av tandhygienist (åtgärdskoderna 111 och 112) ersätts inte längre vid mobil tandvård. För att tandhygienistbehandling vid hembesök ska ersättas krävs att tandläkarundersökning (åtgärdskoderna 101 eller 107) utförts dessförinnan, inom de senaste 24 månaderna. Tandhygienister i egen verksamhet kan samverka med tandläkare hos annan vårdgivare och ska då redovisa detta för att Beställaren ska kunna kontrollera att tandläkarundersökning är utförd.

2.6 Kontroll och uppföljning

Vårdgivare är enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) skyldiga att på begäran av regionen lämna uppgifter om utförd tandvård för regionens uppföljning och utvärdering.

Förutom två bedömningstandläkare som förhandsbedömer planerad vård inom de regionfinansierade tandvårdsstöden, arbetar två granskningstandläkare med att efterhandsgranska fakturerad vård inom framför allt *nödvändig tandvård* (N-tandvård), men till viss del även fakturerad vård inom *tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning* (F-tandvård).

Granskningstandläkarfunktionen inrättades 2019. Funktionen utökades under perioden 2023–2025. Se vidare punkt 3.3, *Metod för granskning*.

Granskningen är i huvudsak inriktad på fakturerad vård, men Beställaren kontrollerar även att vårdgivarna har den utrustning som krävs för att bedriva mobil tandvård, att tandtekniska laboratorier är registrerade hos Läkemedelsverket, att anmälan och tillstånd för röntgenutrustning finns hos Strålskyddsmyndigheten och att vårdgivarna är anslutna till Försäkringskassan. Vårdgivarnas behandlare kontrolleras mot *Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska* (HOSP) hos Socialstyrelsen.

2.6.1 Uppföljning efter granskning

När granskningstandläkarna upptäcker stora brister i den fakturerade tandvården kallas vårdgivarens representanter till möte. Vårdgivarna får då information om vilka förbättringar som krävs. Här beskrivs några fall där Beställaren följt upp verksamheter efter genomförda efterhandsgranskningar av fakturerad tandvård och/eller förhandsbedömningar av planerad tandvård.

Vårdgivare A är verksam inom mobil nödvändig tandvård, ensam tandhygienist. Efterhandsgranskning visar många fel. Beställaren kontaktar särskilda boenden där tandhygienisten utfört nödvändig tandvård samt den aktuella kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) för att få mer information och för att föra en dialog om förutsättningarna för den nödvändiga tandvården. Vårdgivare A kallas till flera uppföljningsmöten om den utförda vårdens brister. Beställaren beslutar om obligatorisk förhandsbedömning av vårdgivarens behandlingar. Vårdgivare A skaffar rätt utrustning och tillstånd för sin verksamhet samt anställer en tandläkare. Därefter tas kravet på obligatorisk förhandsbedömning bort. Uppföljningen har resulterat i bättre journalföring och högre kvalitet på patientbehandlingarna.

Vårdgivare B är verksam inom mottagningsbaserad och mobil nödvändig tandvård, ensam tandläkare. Beställaren uppmärksammar brister i patientsäkerheten och att vårdgivaren saknar den utrustning som krävs för mobil nödvändig tandvård. Beställaren kallar Vårdgivare B till möte för att informera om innehållet i Beställarens anmälan till Inspektionen för vård och

omsorg (IVO). Beställaren beslutar också att Vårdgivare B ska omfattas av obligatorisk förhandsbedömning. Vårdgivare B slutar att utföra mobil nödvändig tandvård. Beställaren ser fortfarande brister i dokumentation och kunskap avseende patientsäkerhet och kvalitet i den mottagningsbaserade verksamheten och kommer att fortsätta den riktade granskningen av vårdgivaren.

Vårdgivare C är verksam inom mottagningsbaserad och mobil nödvändig tandvård, företag med flera anställda. Beställaren har under åren 2020--2024 flertalet möten med Vårdgivare C:s ledning och odontologiskt ansvariga, bland annat gällande:

- Långtidsuppföljning av flertal patienter som visar att bristfälligt omhändertagande leder till stora behandlingsbehov och att behandling behöver utföras under narkos. Beställaren inleder en dialog med Vårdgivare C, som upprättar en handlingsplan. Detta leder till att vårdgivaren startar ett arbete med samtliga behandlare för höjd kvalitet.
- Uppföljning av ett fall av underlåtenhet att behandla en patient med behandlingsbehov leder till att Beställaren upprättar en anmälan till IVO avseende tandläkaren. Fallet tas upp med Vårdgivare C i arbetet med att höja tandvårdens kvalitet.
- Återkommande uppföljning kring systematisk avsaknad av röntgenbilder där Vårdgivare C menar att indikation saknas, trots att vårdgivaren identifierar behandlingsbehov och utför behandlingar.

Vårdgivare D är verksam inom mottagningsbaserad och mobil nödvändig tandvård, företag med flera anställda. Beställaren har flera möten med Vårdgivare D:s ledning och odontologiskt ansvariga, bland annat om:

- Granskning visar stora brister hos en enskild tandläkare, vilket leder till att Beställaren upprättar en IVO-anmälan. Även Vårdgivare D upprättar en anmälan till IVO och säger upp tandläkaren. Vårdgivare D betalar på eget initiativ tillbaka cirka 200 000 kronor i felaktigt utbetald ersättning.
- Granskning av omfattande undersökningar och röntgen, där skäl saknas till att röntgenbilder ska tas och där identifierade behov inte leder till lämplig behandling. Vårdgivare D får skarp kritik, vilket leder till att vårdgivaren påbörjar insatser för att höja kvaliteten i verksamheten och stärka kompetensen i ledningen samt erbjuder sina behandlare utbildning.
- Granskning visar att konsultationsåtgärder används på fel sätt samt att dubbla undersökningar utförs, först vid ett besök i mobil form och sedan, efter remiss, vid vårdgivarens mottagning. Beställaren uppmärksammar Vårdgivare D på hur regelverket ser ut och hur åtgärds-koder ska användas.

Vårdgivare E och F är verksamma inom mobil nödvändig tandvård. Båda företagen utgörs av ensamarbetande tandhygienister. Efter Beställarens granskning får Vårdgivare E återkrav på all utbetald ersättning. Det leder till att Vårdgivare E väljer att lägga ner sin verksamhet. Vårdgivare F får efter granskning stora återkrav och väljer att lägga ner sin verksamhet. Tandhygienisten får därefter anställning på ett större tandvårdsföretag.

2.7 Vårdgivarnas ersättning och regionens kostnader

2.7.1 Ersättning till vårdgivarna

Ersättningen till vårdgivarna för den regionfinansierade tandvården är produktionsrelaterad – ersättning per fakturerad åtgärd - och bygger till stor del på det statliga tandvårdsstödet beskrivningssystem med tillstånds- och åtgärds-koder. Enligt Tandvårdslag (1985:125, §15b) ska regionens ersättning till vårdgivarna ges med belopp som motsvarar folktandvårdens priser. Region Stockholm ersätter dessutom vårdgivarna för den nödvändiga tandvården med ett påslag om 20 procent utöver priserna i Folktandvården Stockholms län AB:s prislista, förutsatt att tandvården utförs på tandvårdsmottagning. Vid mobil tandvård ges ingen extra ersättning. Påslaget för den mottagningsbaserade tandvården syftar dels till att stimulera vårdgivarna till att i så stor utsträckning som möjligt omhänderta patienten vid en tandvårdsmottagning och inte i patientens hem, dels till att kompensera för att patientgruppen som sådan är mer tidskrävande.

2.7.2 Patientavgift

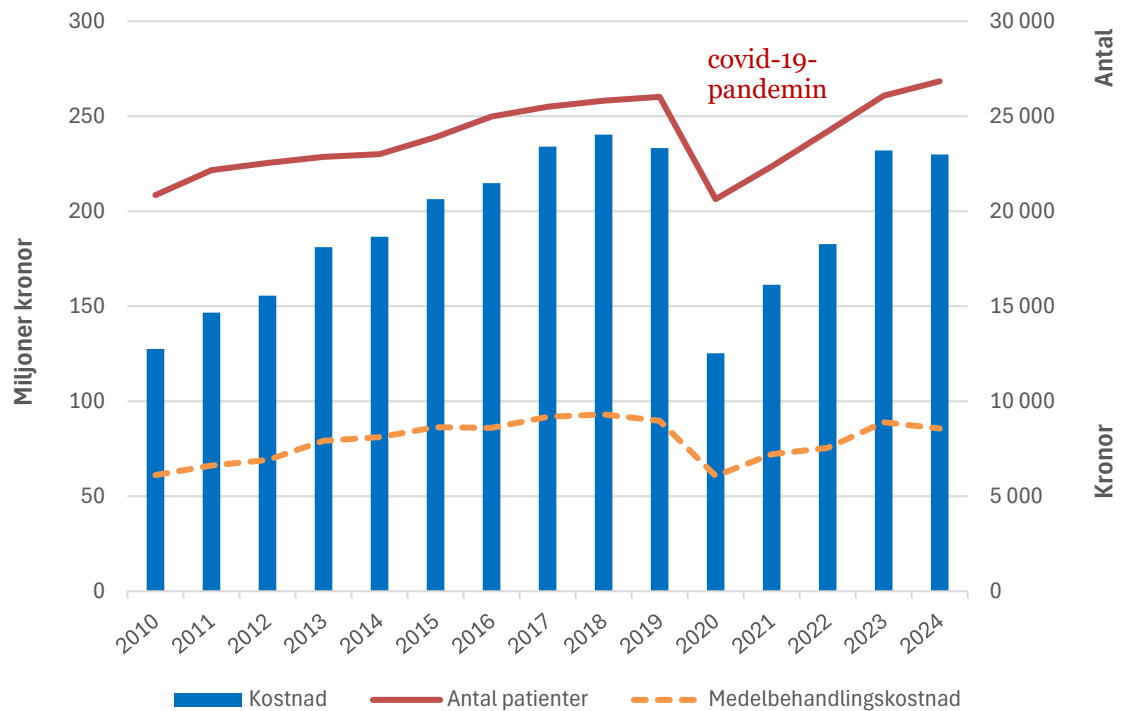
Nödvändig tandvård ska enligt Tandvårdslag (1985:125, §15a) ges till samma patientavgift som gäller för öppen hälso- och sjukvård och inkluderar även ett högkostnadsskydd som 2025 är 1 450 kronor under en period om tolv månader. Personer över 85 år betalas ingen patientavgift inom öppen hälso- och sjukvård och inte heller inom nödvändig tandvård.

Den avgift som patienten betalar räknas av från ersättningen till vårdgivaren.

2.7.3 Regionens kostnader

Efterhandsgranskning av fakturerad vård inom nödvändig tandvård och begränsningar för vilken tandvård som regionen ersätter har införts för att stävja kostnadsutveckling samt stärka kvalitet och patientsäkerhet. En omfattande revidering gjordes 2018, och efter det minskade kostnaderna något, se figur 2. Inför 2021 infördes begränsningar avseende den mobila nödvändiga tandvården i syfte att stärka patientsäkerhet och kvalitet. Covid-19-pandemins smittskyddsrestriktioner påverkade tandvården, och framför allt den nödvändiga tandvården, genom minskad produktion under åren 2020 och 2021.

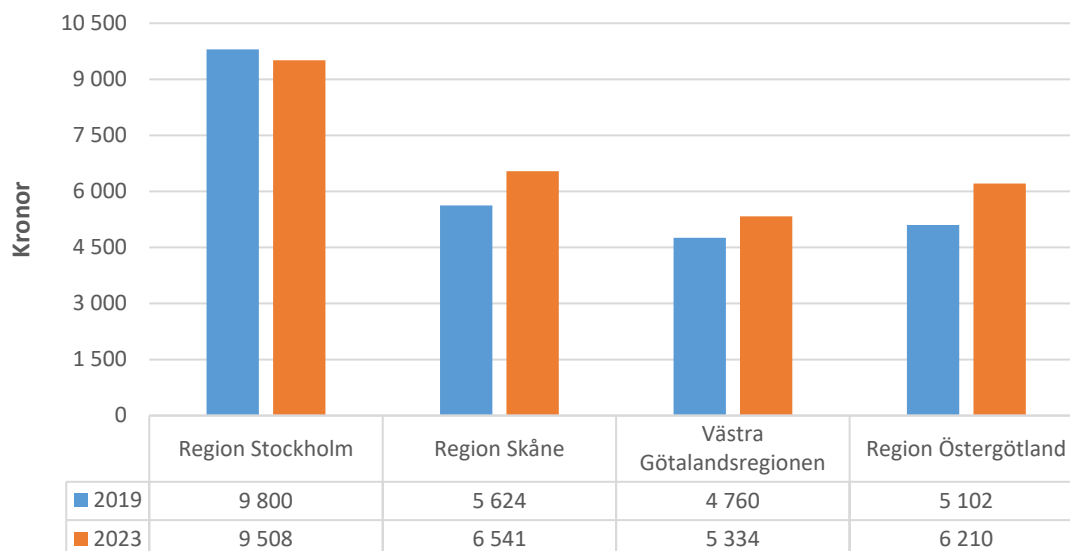
Figur 2: Kostnadsutveckling inom nödvändig tandvård: total kostnad (exkl. moms), antal unika patienter samt medelbehandlingskostnad (kostnad per patient), Region Stockholm, åren 2010–2024



Figur 2 visar att kostnadsutvecklingen var mycket stark under perioden 2010-2018. Medelbehandlingskostnaden 2018 var 9 308 kronor per behandlad patient. En inbromsning av kostnaderna sågs 2019, som följdes av tre år med covid-19-pandemins effekter, först med restriktioner i verksamheten och sedan av att målgruppen minskade till följd av pandemin. Åren 2023 och 2024 redovisas kostnader i nivå med tiden före pandemin samtidigt som antalet patienter ökade, vilket i sin tur lett till en något lägre medelbehandlingskostnad, 8 565 kronor per behandlad patient.

En jämförelse mellan Region Stockholm och tre andra regioner visar skillnader i kostnadsutvecklingen mellan åren 2019 och 2023, figur 3.

Figur 3: Jämförelse avseende medelbehandlingskostnad (inkl. moms) för nödvändig tandvård i Region Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland åren 2019 och 2023.



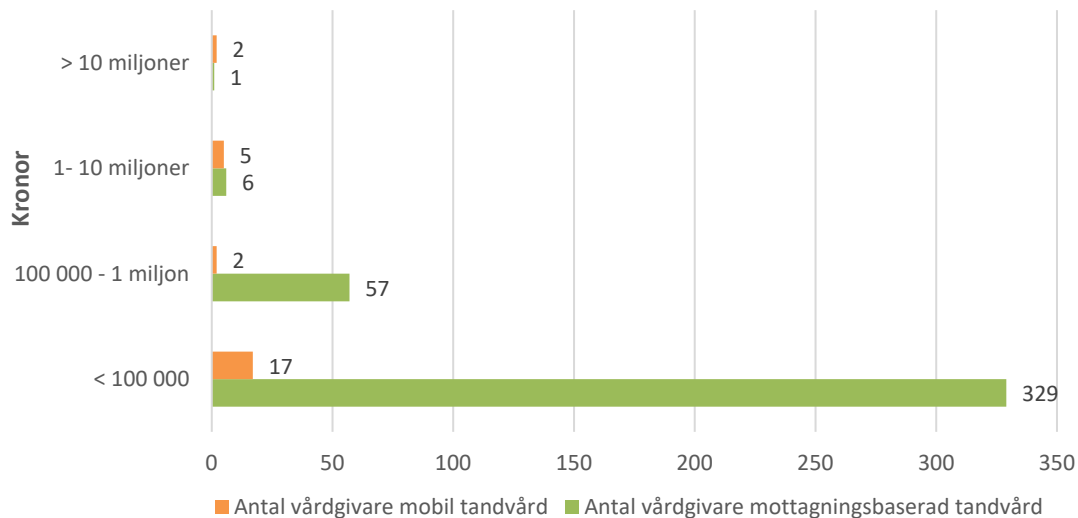
Källa: Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020; Regionernas tandvårdsstöd - Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2023, Sveriges Kommuner och Regioner, 2024

I Region Stockholm har medelbehandlingskostnaden minskat medan den ökat i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland (figur 3). Region Stockholms kostnader ligger dock på en betydligt högre nivå jämfört med de övriga tre regionerna.

2.8 Vårdgivare som utför nödvändig tandvård

Antal vårdgivare som utförde nödvändig tandvård under 2024 var totalt 395. Av dessa utförde 26 nödvändig tandvård i mobil form. Av de vårdgivare som fakturerade för över en miljon kronor var det två som enbart utfört nödvändig tandvård i mobil form. I figur 4 redovisas fördelningen av antalet vårdgivare inom respektive kategori uppdelat på kostnadsintervall.

Figur 4: Antal vårdgivare som utfört och fakturerat mobil nödvändig tandvård respektive mottagningsbaserad nödvändig tandvård under 2024, uppdelat på kostnadsintervall. Observera att en och samma vårdgivare kan ha utfört både mottagningsbaserad och mobil tandvård.



Figur 4 visar att en övervägande majoritet av vårdgivarna som utförde nödvändig tandvård under 2024 fakturerade regionen för relativt låga belopp. 329 vårdgivare fakturerade för under 100 000 kronor för mottagningsbaserad tandvård och 17 vårdgivare utförde mobil tandvård inom samma kostnadsintervall. Två vårdgivare utförde mobil tandvård till en kostnad över 10 miljoner kronor, och en vårdgivare utförde mottagningsbaserad tandvård för över 10 miljoner kronor.

De båda vårdgivare som utförde mobil tandvård för 10 miljoner kronor eller mer stod för 85 procent av kostnaden för mobil tandvård och den vårdgivare som utförde mottagningsbaserad tandvård i samma intervall stod för 52 procent av kostnaden för den mottagningsbaserade tandvården.

3 Syfte, urval och metod vid granskningen 2024

3.1 Granskningens syfte

Granskningen av nödvändig tandvård syftar till att identifiera felaktiga utbetalningar av offentliga medel. En naturlig följd av granskningen är att regionen identifierar tandvård som inte utförs med god kvalitet och på ett patientsäkert sätt, även om tillsynen av verksamheten inte ligger inom regionens ansvarsområde. Syftet med en jämförande studie är att kunna dra slutsatser om granskningens effekter på följsamheten till regionens regelverk, kostnadsutvecklingen samt behandlingarnas kvalitet och patientsäkerhet.

3.2 Urval

Ett slumpmässigt urval av fakturor inom nödvändig tandvård har valts ut för granskning. Granskningsperioden är 1 mars 2024 till och med 7 oktober 2024, det vill säga drygt 7 månader. Antalet granskade fakturor är 720, ungefär lika många som i pilotstudien från 2020.

3.3 Metod för granskning

Vårdgivare som ska granskas får en begäran via IT-systemet Symfoni. Vårdgivaren skickar in alla journalhandlingar som avser utvald faktura samt underlag 12 månader bakåt i tiden. Med journalhandlingar avses journal-anteckningar, tandstatus, parodontal status, hälsodeklaration, foton och röntgen-bilder, teknikerfakturor, samtliga remisser och remissvar. Åtgärds-koder och diagnos/tillståndskoder ska tydligt framgå av underlaget. En vårdgivare har inte möjlighet att komplettera ärendet i efterhand.

Underlaget för efterhandsgranskningen hämtar granskningstandläkarna digitalt från IT-systemet Symfoni och i undantagsfall per post. Underlaget ska styrka att den vård som ersatts är utförd i enlighet med gällande regelverk, *Anvisningar för Region Stockholms tandvårdsstöd till vuxna*, TLV:s föreskrifter om statligt tandvårdsstöd och *Nationella riktlinjer för tandvård*. Granskningen kan resultera i att en åtgärd blir godkänd eller får avslag (blir underkänd). Det innebär att i en och samma faktura kan vårdgivaren få både godkända och underkända åtgärds-koder.

4 Resultat

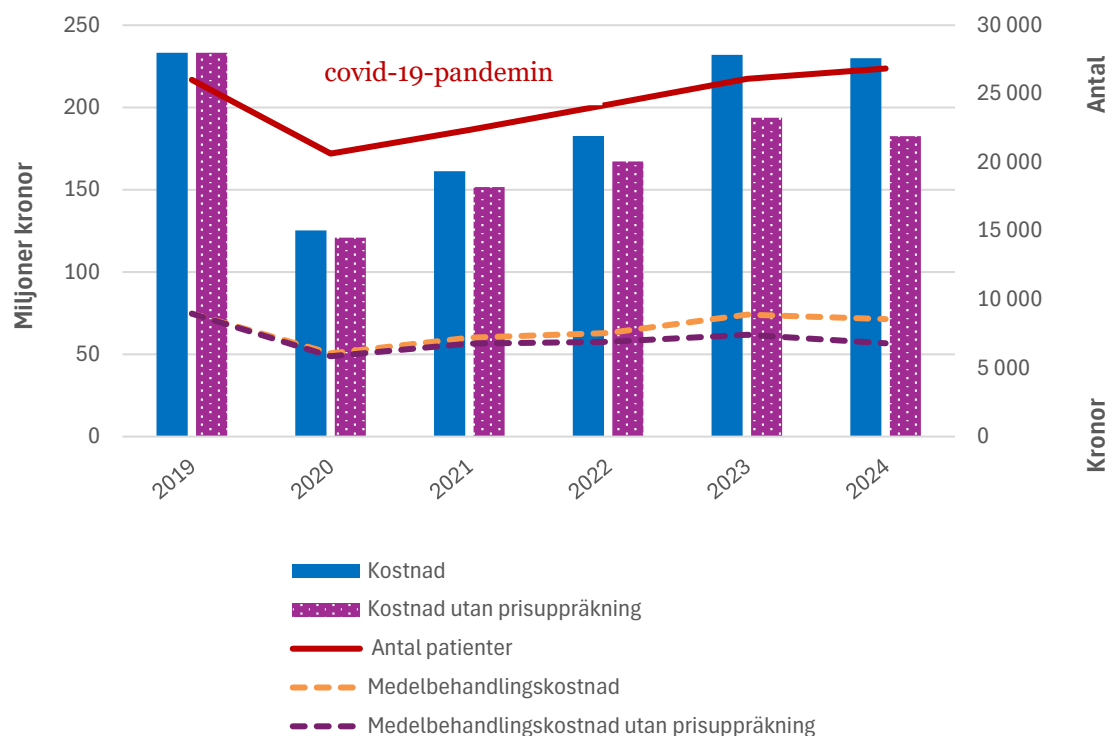
4.1 Återkrav för felaktig fakturering

Vid 2024 års granskning har totalt 2 281 fakturerade åtgärds-koder i 720 fakturor granskats. Det motsvarar ett värde om drygt 2,6 miljoner kronor. Återkrav har gjorts om knappt 1 miljon kronor, vilket motsvarar 37 procent av det granskade värdet. Av alla åtgärds-koder som granskats i 2024 års granskning avslogs 33 procent jämfört med 56 procent vid granskningen 2020.

4.2 Effekter på kostnadsutvecklingen

Granskningsarbetet och arbetet med att tydliggöra och skärpa regelverket för nödvändig tandvård har gett effekter som kan mätas i kostnader. Figur 5 visar utvecklingen över en sexårsperiod med år 2019 som basår.

Figur 5: *Kostnad exkl. moms, kostnad utan prisuppräknings, antal unika patienter, medelbehandlingskostnad med och utan prisuppräknings. Region Stockholm, åren 2019–2024 med 2019 som basår².*



² Här redovisas uppräkningsen av Folk tandvården Stockholms läns prislista. Den var särskilt stor 2023, som en följd av den starka kostnadsutvecklingen. 2019: 2,5%; 2020: 3,5%, 2021: 2,5%; 2022: 2,5%; 2023: 8,0%; 2024: 4,1%

Figur 5 visar att skillnaden är stor mellan den verkliga (nominella) kostnaden och kostnaden om priserna inte räknats upp (reala kostnaden). Skillnaden är tydlig både vad gäller regionens totala kostnad och medelbehandlingskostnaden.

Den verkliga förändringen mellan åren 2019 och 2024 är en minskad kostnad om 1,4 procent (3,4 miljoner), minskningen av den reala kostnaden är 22 procent, vilket motsvarar 50,7 miljoner kronor, om man drar bort de årliga prishöjningarna (inflationen). En slutsats är att efterhandsgranskning av fakturerad vård och begränsande faktureringsregler kan tillmätas stor betydelse i arbetet med att hålla tillbaka kostnadsutvecklingen.

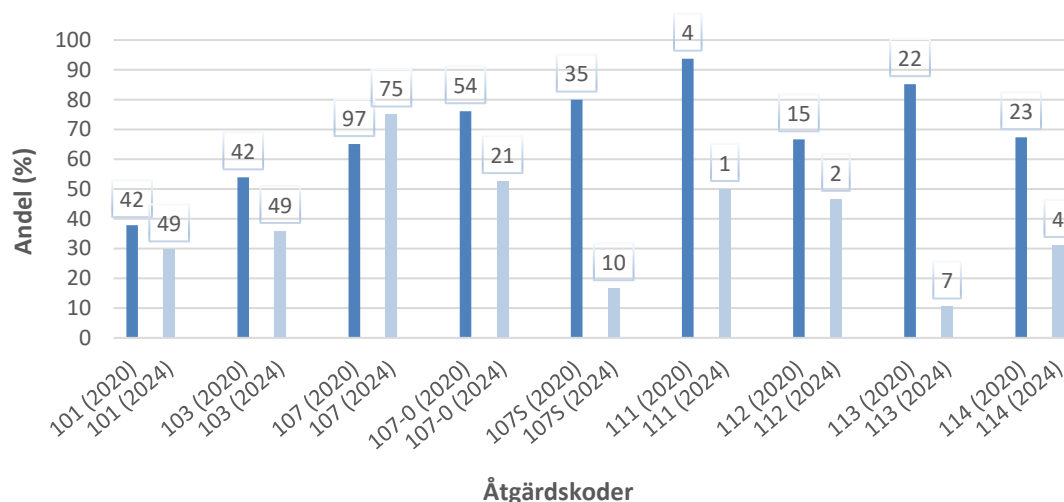
4.3 Fakturerade åtgärds-koder

Under denna rubrik jämförs 2020 och 2024 års granskningar avseende fakturerade åtgärds-koder. En osäkerhet vid jämförelsen är att covid-19-pandemin pågick under granskningen som ägde rum 2020. Pandemin har troligen påverkat resultatet så att antalet fakturerade åtgärds-koder var förhållandevis lågt under 2020. Möjligheten att jämföra regelefterlevnaden bedöms inte ha påverkats av denna omständighet.

4.3.1 Undersökningsåtgärder

Undersökningsåtgärder utgörs av åtgärder för undersökning och diagnostik inklusive inhämtande av anamnes- och statusuppgifter samt riskbedömning.

Figur 6: Andel (%) avslagna undersökningsåtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



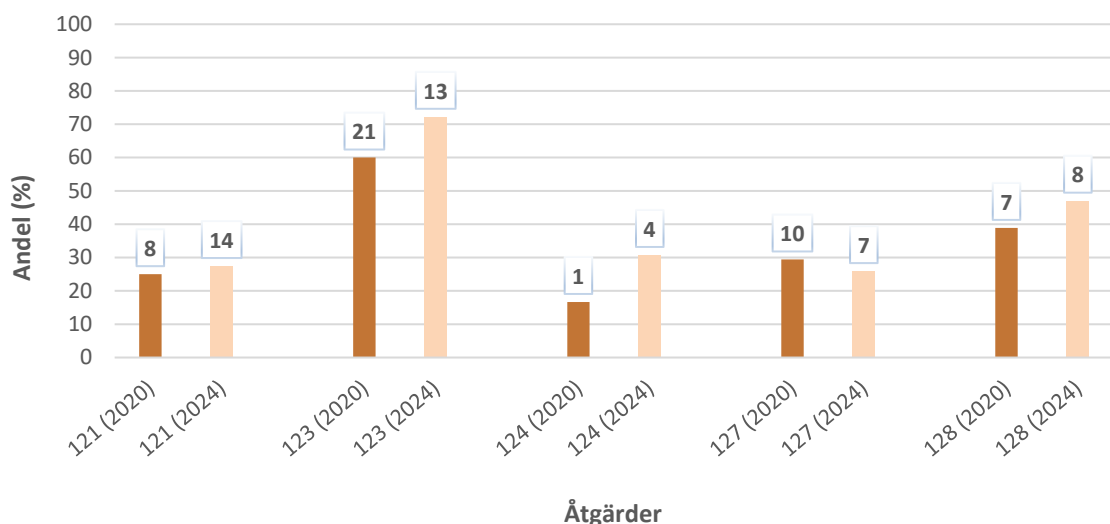
Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
101	Undersökning utförd av tandläkare	165
103	Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	209
107	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	28
107-0	Omfattande undersökning, utförd av tandläkare. En lägre latitud av åtgärd 107 som kan användas vid omfattande utredning.	19
107S	Omfattande undersökning, utförd av specialisttandläkare	6
111	Undersökning utförd av tandhygienist	4
112	Undersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	15
113	Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist	38
114	Fullständig parodontal undersökning eller fördjupad kariesutredning, utförd av tandhygienist	109

Figur 6 visar att andelen undersökningsåtgärder som avslås fortfarande är hög, undantaget åtgärds-kod 113 som minskat med 74 procentenheter. Andelen avslag avseende åtgärds-kod 114 har minskat avsevärt.

4.3.2 Röntgenåtgärder

Röntgenåtgärder utgörs av röntgenundersökningar utöver de intraorala röntgenbilder som ingår i en basundersökning.

Figur 7: Andel (%) avslagna röntgenåtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



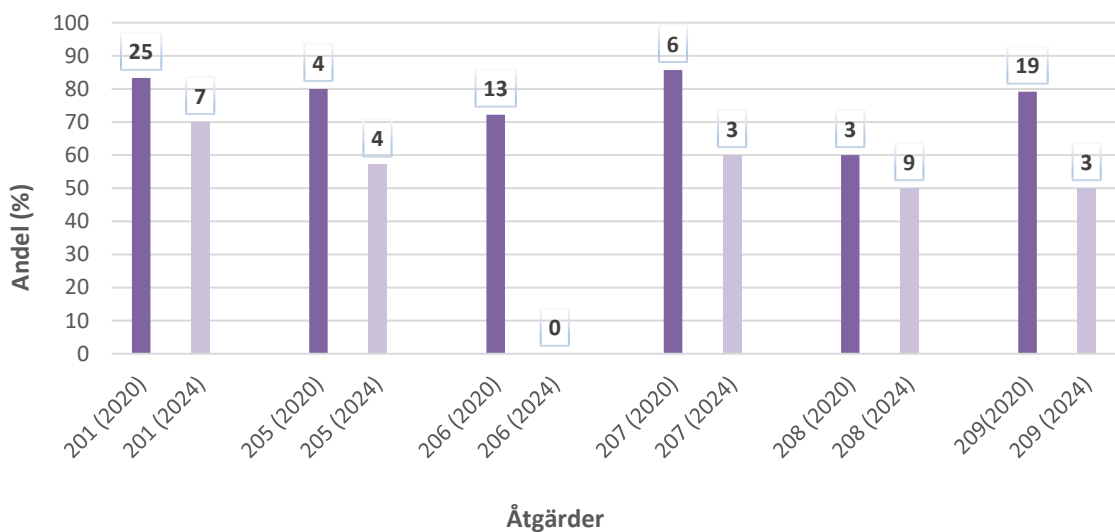
Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
121	Röntgenundersökning en bild, eller flera bilder, av en tandposition	51
123	Röntgenundersökning, helstatus	18
124	Panoramaröntgenundersökning	13
127	Röntgenundersökning, delstatus (2-6 intraorala röntgenbilder)	27
128	Röntgenundersökning, större delstatus (≥ 7 intraorala röntgenbilder)	17

Genomgående ses en viss försämring avseende avslag för röntgenåtgärder (figur 7). En större andel fakturerade åtgärds-koder avslås, framför allt åtgärds-koderna 123 och 124. Villkoren för åtgärds-kod 123 är sällan fullständigt uppfyllda. Skäl till att röntgenbild ska tas är ofta bristfälligt beskrivet. Detsamma gäller dokumentationen av analysen. Det kan noteras att en enskild vårdgivare står för en stor del av det totala antalet avslag av åtgärds-kod 123.

4.3.3 Förebyggande åtgärder

De sjukdomsförebyggande åtgärder utgörs av åtgärder vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar eller problem.

Figur 8: Andel (%) avslagna förebyggande åtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



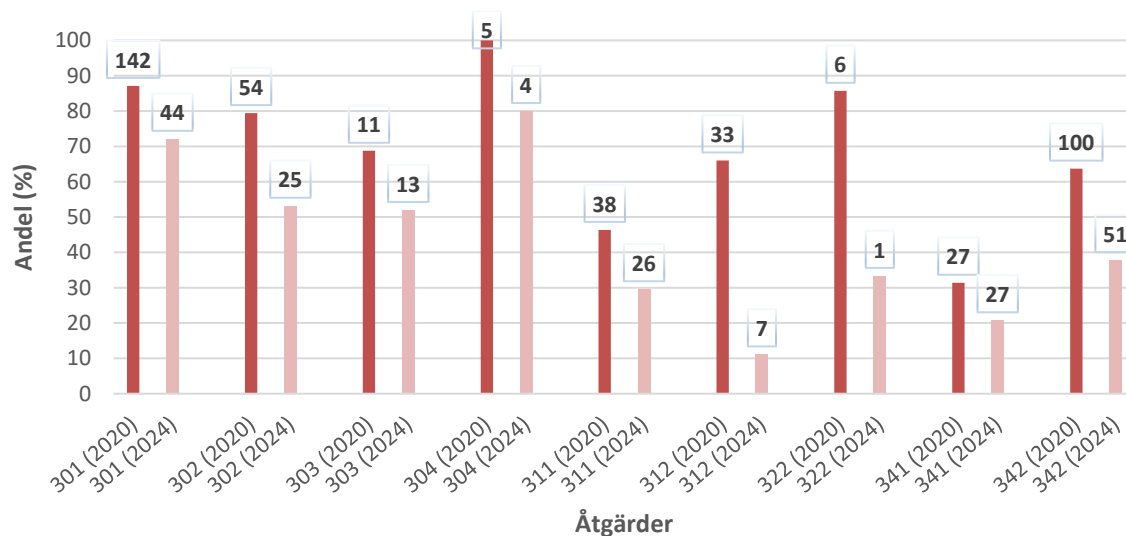
Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
201	Rådgivande samtal eller instruktion vid risk för munhälsorelaterade sjukdomar/problem	10
205	Fluorbehandling, kortare behandlingstid	7
206	Fluorbehandling	1
207	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, åtgärden omfattar ≤ 15 min behandlingstid	5
208	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, åtgärden omfattar > 15 min behandlingstid	18
209	Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, åtgärden omfattar ≥ 40 min behandlingstid	6

Figur 8 visar att andelen avslag för förebyggande åtgärder minskat genomgående med i genomsnitt 15 procentenheter. Andelen avslag är dock fortfarande hög. De förebyggande åtgärderna används ofta felaktigt på patienter med uttalad tandlossnings- och/eller kariessjukdom.

4.3.4 Sjukdomsbehandlande åtgärder

De sjukdomsbehandlande åtgärderna avser tillfälliga lagningar, infektions- och smärtbehandling.

Figur 9: Andel (%) avslagna sjukdomsbehandlande åtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
301	Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	61
302	Sjukdoms- eller smärtbehandling	47
303	Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	25
304	Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	5
311	Rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem	88
312	Uppföljande rådgivande samtal eller instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar/problem	63
322	Stegvis exkavering (kvarlämnade av viss karies vid djupa kariesangrepp och avvaktan på permanent fyllning när tanden är symtomfri)	3
341	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattning (infektionsbehandling vid tandköttsinflammation eller tandlossning eller vid implantat)	130
342	Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande (infektionsbehandling vid tandlossning eller vid implantat)	135

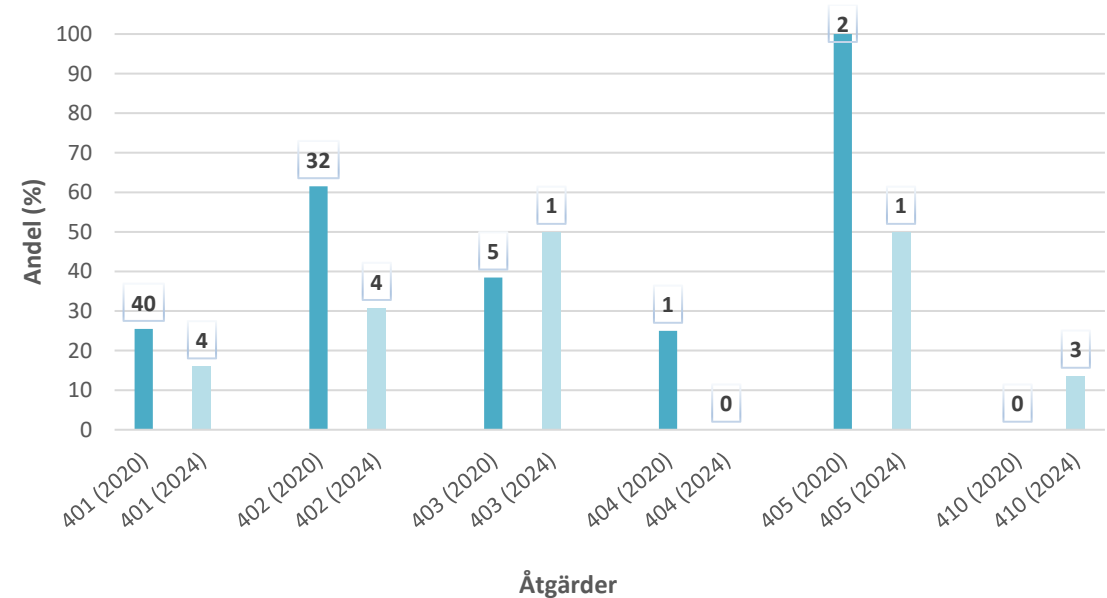
Andelen fakturerade åtgärds-koder som avser sjukdoms- eller smärtbehandling som avslås är fortfarande hög, men andelen har minskat jämfört med 2020 (figur 9). Åtgärderna används fortfarande felaktigt i det avseendet att vårdgivarna väljer en åtgärds-kod som ger en för hög ersättning i förhållande till vad som utförts. Som exempel faktureras åtgärds-koderna 302 eller 303 när en eller flera tänder putsats, men där den korrekta åtgärds-koden är 301. Åtgärder används ibland felaktigt då det finns en annan åtgärd som är korrekt för den behandling som utförts, exempelvis tandstensborttagning.

Övriga fakturerade sjukdomsbehandlande åtgärder visar genomgående ett bättre resultat, det vill säga en lägre andel avslag jämfört med 2020 (figur 9). Avseende åtgärds-kod 342 har vårdgivarna blivit bättre på att utföra fickstatus så som anvisningarna beskriver. Ibland kan dock kvaliteten och trovärdigheten för fickstatus ifrågasättas då många fickstatus är identiska eller mycket lika tidigare fickstatus. De utförs också upprepat med eller utan tydlig indikation.

4.3.5 Kirurgiska åtgärder

Med kirurgiska åtgärder avses här tandborttagning och dentoalveolär kirurgi, det vill säga kirurgisk tandborttagning.

Figur 10: Andel (%) avslagna kirurgiska åtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



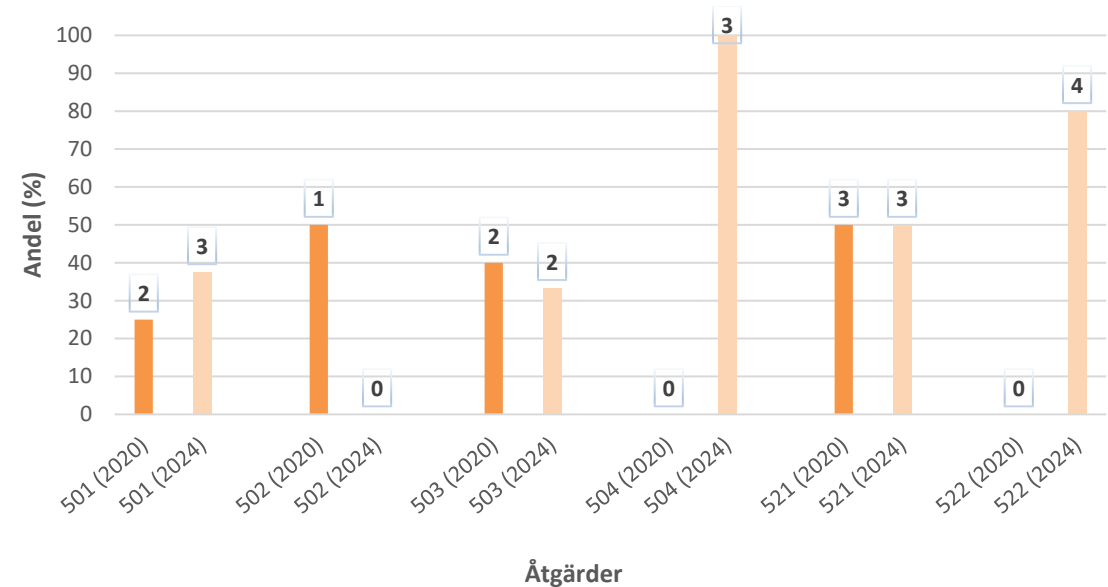
Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
401	Tandextraktion (tanduttagning), en tand	25
402	Tandextraktion, när separation eller friläggning krävs, en tand	13
403	Tandextraktion enkel	2
404	Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder eller annan vävnad i samma kvadrant, per operationstillfälle	11
405	Dentoalveolär kirurgi vid komplicerade förhållanden	2
410	Tanduttagning, ytterligare när flera tanduttagningar utförs under samma dag eller i samband med lambåoperation, tilläggsåtgärd	22

Figur 10 visar att andelen avslagna åtgärds-koder är lägre 2024 jämfört med 2020. Antalet fakturerade tandextraktioner är få i det granskade materialet 2024 och det är därför svårt att dra några slutsatser.

4.3.6 Rotbehandlingsåtgärder

Rotbehandlingsåtgärder avser åtgärder för rensning och fyllning av rotkanaler.

Figur 11: Andel (%) avslagna rotbehandlingsåtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



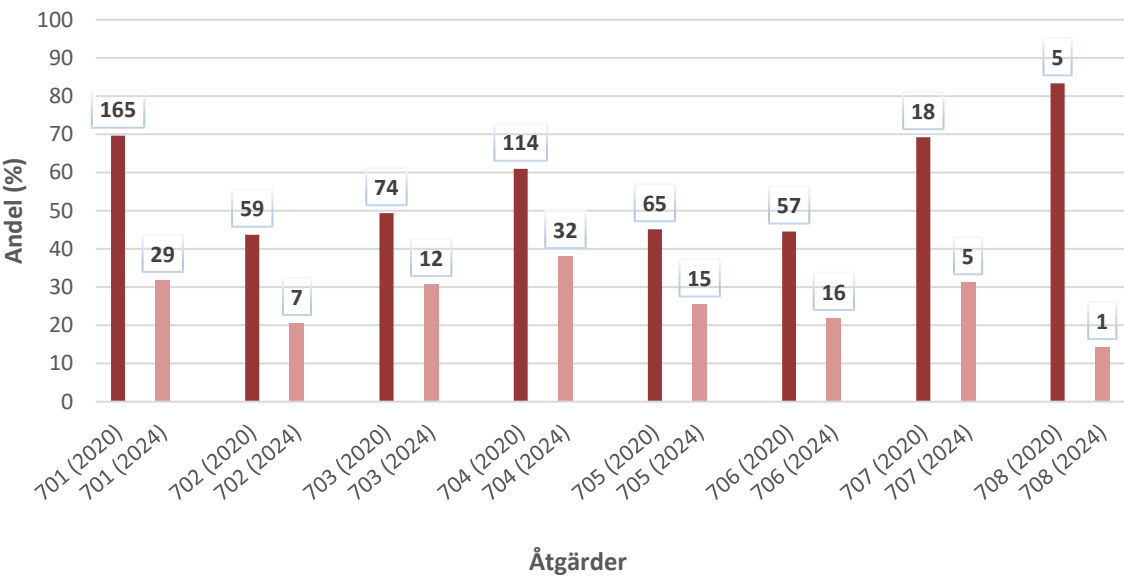
Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
501	Rensning och rotfyllning, en rotkanal	8
502	Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	1
503	Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	6
504	Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	3
521	Akut trepanation och kavumextirpation	6
522	Komplicerad kanallokalisation och fastställande av rensdjup	5

Figur 11 visar att det är mycket få fakturerade rotbehandlingsåtgärder i det granskade underlaget, vilket gör det svårt att dra någon slutsats.

4.3.7 Reparativa åtgärder

Reparativa åtgärder avser lagning av tänder med fyllningsåtgärder.

Figur 12: Andel (%) avslagna reparativa åtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
701	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	91
702	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	34
703	Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand	39
704	Fyllning av en yta på molar eller premolar	84
705	Fyllning av två ytor på molar eller premolar	59
706	Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar	73
707	Krona i plastiskt material, klinikframställd	16
708	Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi (kan kombineras med åtgärd 707 alt 811)	7

Andelen fakturerade åtgärds-koder som avser reparativa åtgärder och som avslagits är genomgående lägre 2024 jämför med 2020, vilket tyder på en förbättring (figur 12). En reflektion är att resultatet kan bero på att vårdgivarnas journalanteckningar nu stämmer bättre med vad som krävs för uppfyllnad av åtgärds-koderna.

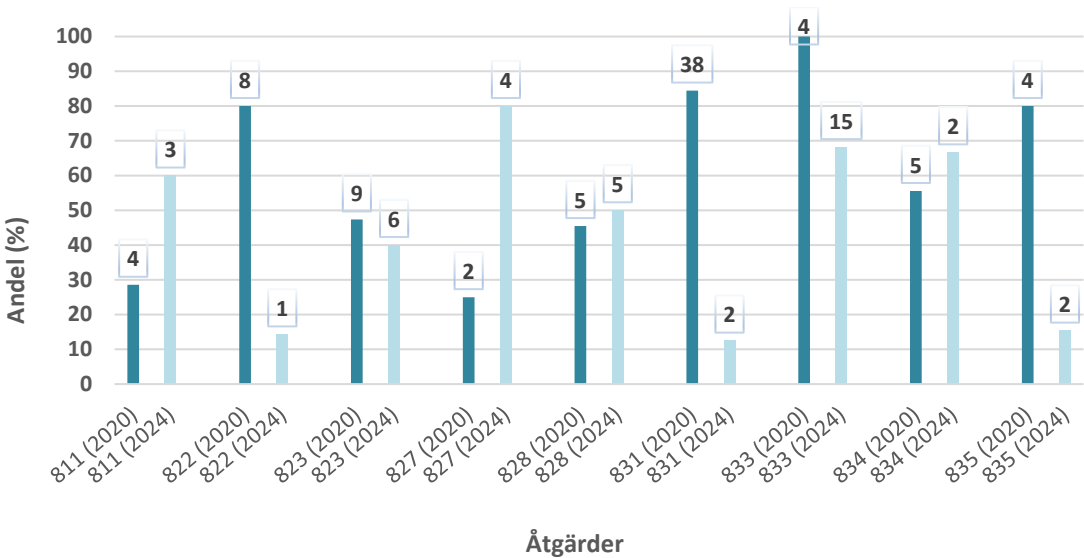
I den tidigare granskningen avslogs många fakturerade åtgärder som avsåg enytsfyllningar inom kategorin mobil tandvård. Skälet var att vårdgivarna utfört fyllning av två eller flera ytor men fakturerat fyllning av en yta, eftersom endast

enrytsfyllning (inte flerytsfyllning) ersätts inom mobil tandvård. Antalet fakturerade enrytsfyllningar är lägre i det granskade underlaget från 2024, vilket kan indikera att fler fyllningar utförs inom kategorin sjukdomsbehandlande åtgärder (tillfälliga fyllningar). Åtgärdskoderna 702, 703, 705 och 706, som avser fyllning av två eller flera ytor, ersätts inte längre inom mobil tandvård, vilket förklarar varför antalet granskade flerytsfyllningar är betydligt färre i granskningen 2024. Av fyllningsåtgärderna har åtgärdskoderna 701 och 704 de högsta procentuella avslagen. Utvecklingen tyder på att fler fyllningar görs inom rätt åtgärdsserie enligt TLV:s klassifikation, det vill säga *permanent* respektive *temporära* lagningar.

4.3.8 Protetiska åtgärder

Protetiska åtgärder avser avtagbar protetik och reparation av tandstöd och avtagbar protetik.

Figur 13: Andel (%) avslagna protetiska åtgärder åren 2020 respektive 2024. Antal avslag i absoluta tal redovisas i rutan vid respektive stapel.



Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
811	Cementering av lossnad tandstöd eller implantatstöd protetisk konstruktion, per stöd	5
822	Partiell protes, utan metalskelett eller för temporärt bruk, en till tre tänder	7
823	Partiell protes, utan metalskelett för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	15
827	Hel underkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	5
828	Hel överkäksprotes inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	10
831	Justering av avtagbar protes	16

Åtgärd	Förklaring	Antal fakturerade åtgärds-koder i granskningen 2024
833	Rebasering av protes (utbyte av material i protes för förbättrad passform)	22
834	Lagning av protes där avtryck krävs	3
835	Rebasering och lagning av protes	13

De protetiska åtgärderna är få i det granskade materialet och det är svårt att dra några tydliga slutsatser (figur 13).

4.4 Skäl för avslag på fakturerade åtgärds-koder

4.4.1 Jämförelse mellan åren 2020 och 2024 avseende skäl för avslag

Under denna rubrik jämförs 2020 och 2024 års granskningar avseende skäl till avslag på fakturerade åtgärds-koder utifrån journalanteckningar, som ska styrka att åtgärds-koderna utförts enligt gällande regelverk.

Felaktig användning av åtgärds-koder

I granskningen från 2020 konstaterades att åtgärds-koder användes felaktigt. Journaldokumentation överensstämde inte med TLV:s beskrivning och krav för fakturerad åtgärds-kod. Som exempel användes den sjukdomsbehandlande åtgärds-koden 302 när tandsten tagits bort. Slutsatserna efter 2024 års granskning är desamma. Det finns specifika åtgärds-koder för tandstens-borttagning och då ska dessa användas. Åtgärds-kod 301–303 kan inte användas när annan ersättningsberättigande åtgärds-kod finns för aktuellt tillstånd.

Mer omfattande åtgärd för en högre intäkt

Ofta tas fel sjukdomsbehandlande åtgärd, exempelvis åtgärds-koden 303 när en långtidstemporär fyllning utförts, trots att den korrekta åtgärds-koden är 302. För åtgärd 303 ska två långtidstemporära fyllningar utförts. Den högre åtgärds-koden genererar en högre intäkt.

En slutsats i 2020 års granskning var att vårdgivarna fakturerade åtgärds-kod 107 (omfattande undersökning), men dokumentationen styrkte endast diagnos enligt åtgärds-kod 101 (basundersökning). Slutsatsen gäller även för 2024 års granskning. Det förekommer fortfarande att den mer omfattande undersök-ningsåtgärden inte är styrkt alternativt att undersökningen som utförts inte kan anses som omfattande. Beträffande rotbehandlingsåtgärder görs avslag bland

annat på grund av att vårdgivarna fakturerat för fler kanaler än som faktiskt rotfyllets.

Fickstatus troligen inte korrekt utförd vid parodontal behandling

För åtgärds kod 342, omfattande behandling av parodontal sjukdom, kunde inte diagnosen parodontit med flertalet fördjupade och blödande tandköttsfickor verifieras i 2020 års granskning. I 2024 års granskning konstateras en förbättring, men att slutsatsen stämmer till viss del. Däremot finns skäl att ifrågasätta hur korrekta de fickstatus som skickas in vid granskning är, då det ofta förekommer upprepade, identiska fickstatus för samma patient trots att flera månader passerat mellan tidpunkterna för registreringen av dessa fickstatus.

Dokumentation av diagnos blivit bättre

Åtgärds koder för tandlagningar (701–707) saknade dokumenterad diagnos i 2020 års granskning. Det saknades även uppgifter om vilket fyllningsmaterial som använts vid lagningar. Slutsatsen efter 2024 års granskning är att vårdgivarna blivit bättre på att dokumentera diagnos och att fyllningsmaterialet numera finns utskrivet i journalhandlingen.

Många undersökningsåtgärder utan skäl och utan ny diagnostik

Många olika undersökningsåtgärder (åtgärds koderna 101–114) faktureras av samma vårdgivare avseende samma patient är en slutsats från båda granskningarna. Generellt utförs många undersökningsåtgärder, trots planerade besök där ingen ny diagnostik ställs och skäl för undersökningsåtgärd saknas.

Fakturering för rengöring av tänder

I 2020 års granskning konstaterades att vårdgivare fakturerade åtgärds kod 301 (sjukdomsbehandlande åtgärd) för smörjning av slemhinnor med sesamolja alternativt tandborstning, dvs egenvård som inte ersätts inom något tandvårdsstöd. I 2024 års granskning konstateras att åtgärd 301 fortsatt används felaktigt vid rengöring av tänder inför undersökning, så kallad PTR – professionell tandrengöring, vilket inte ersätts.

Fakturering inte längre för rengöring av proteser

I granskningen från 2020 konstaterades att vårdgivare fakturerade åtgärds kod 831 (justering av avtagbar protes) för rengöring av proteser, vilket motsvarar egenvård som inte ersätts inom något tandvårdsstöd. Detta förekom inte i granskningen från 2024.

Ibland fyllningar utan kariesfrihet

Permanent fyllningar fakturerades trots att inte kariesfrihet förelåg, var en slutsats i granskningen från 2020. Vårdgivare använde handinstrument och tog inte bort all sjuk vävnad. I 2024 års granskning konstaterades att det sker ibland, men att det inte är vanligt förekommande i det granskade underlaget att karies kvarstår.

De utvecklingsområden som identifierades 2020 är fortfarande aktuella:

- Fortfarande noteras att flera vårdgivare behandlar samma patient, även om problemet inte är lika omfattande som tidigare, vilket leder till risk för överbehandling. Patienterna påverkas negativt om åtgärds-koder med antalsbegränsning förbrukas i onödan. Även risk för onödig strålning finns om röntgenbilder tas av samma tänder och av flera vårdgivare inom samma tidsperiod.
- Omfattande undersökningar, parodontal behandling och till viss del omfattande behandling sker fortfarande på patienter i livets slutskede.
- Vårdambitionsnivå saknas ibland och inte sällan anges två olika vårdambitionsnivåer.
- Individuell behandlingsplan saknas. Ofta saknas parodontal utvärdering trots att omfattande parodontala undersökningar och behandlingar frekvent utförs och faktureras. Vid en parodontal utvärdering ska behandlingsresultatet utvärderas, det vill säga om patientens tandlossning stannat av, tandköttsfickor läkt ut, huruvida tandköttet blöder och i vilken utsträckning. Vårdgivarna undersöker tandköttsfickor och tandkött, men utan jämförelse med patientens status innan behandlingen och reflektion kring positiva/negativa resultat. Behandlingsplanen justeras inte heller därefter.

4.4.2 Skäl för avslag och andra brister i granskningen 2024

Under rubriken redovisas skäl för avslag av åtgärds-koder och andra brister i 2024 års granskning som inte redovisats i den tidigare granskningen. Avslagen rör framför allt mobil nödvändig tandvård.

Brister i dokumentation och journalföring

Omfattande röntgenundersökningar av samtliga tänder utförs utan tydlig indikation/skäl för detta. Det saknas också ofta skriftlig dokumentation av bilderna som tagits. Kravet på dokumentation, utöver vad som framgår av patientdatalagen, härrör från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, och krav på berättigande från Strålskyddsmyndighetens föreskrifter och allmänna råd om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5).

Daganteckningarna innehåller ofta stora mängder text, är i regel otydliga och inte sällan motsägelsefulla. Det är svårt att följa behandlingsförloppet. Inte sällan förekommer kopierade daganteckningar där enstaka ord/namn på personal ändrats.

Även identiska fickstatus förekommer där flera månader passerat sedan senaste fickstatus registrerades.

Infektionsrisk vid rotbehandling

I granskningen noteras att rotbehandling ibland utförs utan gummiduk som skydd mot saliv och bakterier (kofferdam), som vid rotbehandling är standard. Det innebär en ökad infektionsrisk och att tandens prognos försämras avsevärt.

Underbehandling trots risk för försämring

Journalanteckningar anger att det inte finns indikation för röntgen, trots att patienten är tydligt kariesaktiv och notering om god Kooperation finns.

Permanent fyllningar utförs på tänder med apikal parodontit (lokal inflammation vid tandens rotspets), vilket inte är lämpligt när patienten har en infektion i tanden.

Rotrester, dvs där endast roten finns kvar efter tand där tandkronan förlorats, lämnas utan att röntgenbilder tas. Dessa rotrester behandlas sedan regelbundet av tandhygienister trots att tandroten många gånger borde tas bort då den är en risk för infektion eller redan hade en infektion.

Underbehandling med hänvisning till exspektanstid

Patienter (eller anhörig till patienten) med extraktionsmässiga tänder, rotrester med infektioner, parodontalt gravt skadade/mobila (rörliga) tänder med mera informeras sällan om sin tandstatus eller om riskerna med att bibehålla extraktionsmässiga tänder och vilka behandlingsalternativ som finns. Ofta tar tandläkaren beslut om att avvakta med hänvisning till att patienten inte har några besvär. Som regel är dessa tänder svåra att hålla rent och källa för matansamling och ökad karies- eller infektionsrisk. Dessa tänder behandlas inte sällan regelbundet av tandhygienister trots att de borde tas bort.

Extraktionsmässiga tänder lämnas med hänvisning till avvaktan med behandling (exspektans) och återbesök (revision) om 12 månader, men där man sedan inte ger en regelbunden uppföljning och kontroll. Detta även på patienter där notering om god Kooperation finns och patienterna är tillräckligt friska för att genomgå en behandling. Avvaktan med behandling är främst för patienter med vårdambitionsnivåerna *lindra* symtomen och, till viss del, *fördröja* förloppet.

Förskjutning mot specialisttandvård

När behandling blir aktuell ses en viss förskjutning mot att denna utförs hos tandläkare med specialistkompetens, som fakturerar enligt prislistan för specialisttandvård där priserna är högre, vilket innebär högre kostnader för regionen.

4.5 Granskningens effekter

Granskningen har, tillsammans med ett skärpt regelverk, haft effekter på regionens kostnader. Både den totala kostnaden och medelbehandlingskostnaden har minskat något. Följer man den reala kostnadsutvecklingen sedan 2019 ser man en tydlig förändring och att regionens arbete haft stor betydelse för att bromsa kostnadsutvecklingen.

Analysen visar också att fakturerade åtgärds-koder i större utsträckning uppfyller uppställda villkor. Granskningen, och gemensamma uppföljningsmöten har haft effekten att vårdgivarna blivit bättre på att följa regionens anvisningar.

Granskningen har troligen också haft betydelse för patientsäkerheten. Granskningen från 2024 visar att antalet vårdgivare som behandlar samma patient har minskat något, vilket är positivt för patientsäkerheten. Om flera vårdgivare behandlar samma patient kan det leda till överbehandling och att vårdgivarkontinuiteten inte upprätthålls. Risk finns även att patienter utsätts för onödigt strålning vid upprepad exponering vid röntgenundersökningar.

I granskningen syns en liten förskjutning från mobil tandvård till mottagningsbaserad tandvård, vilket troligen är en konsekvens av regionens skärpta krav på den mobila tandvården i syfte att stärka patientsäkerheten. Mottagningsbaserad tandvård är alltid att föredra framför tandvård i mobil form, sett ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Inga vårdgivare har anmälts till IVO inom ramen för 2024 års granskning.

Resultatet från granskningen 2024 visar att färre vårdgivare än tidigare behandlar samma patient. Det kan vara en konsekvens av regionens begränsningar för hur många åtgärder av en viss typ som får faktureras under ett år. Även förändringar på marknaden kan ha haft betydelse då det skett en koncentration av vårdgivare inom mobil nödvändig tandvård. Minskningen av antalet vårdgivare kan tyda på en minskning i antalet överbehandlingar, vilket är positivt. Den tidigare granskningen visade att vårdgivarna fakturerade för rengöring av proteser, en insats som betraktas som egenvård och som för de flesta motsvaras av tandborstning. Det är positivt att åtgärds-koden som avser justering av avtagbar protes inte längre används för detta.

Det är också positivt att vårdgivarna inte i samma utsträckning som i den tidigare granskningen verkar utföra permanenta fyllningar utan att först ta bort all karies. Beträffande fyllningsterapier uppfyller vårdgivarna bättre i den senaste granskningen villkoren för respektive åtgärds-kod. Beställarens styrning bort från flerytsfyllningar och till mottagningsbaserad tandvård framför mobil tandvård har också gett resultat. Fler fyllningar görs inom rätt åtgärds-serie och mer komplicerad tandvård utförs på mottagning.

5 Diskussion

Granskningsarbetet och arbetet med att tydliggöra och skärpa regelverket för nödvändig tandvård har gett effekter, både på regelefterlevnaden och på kostnadsutvecklingen. Andelen åtgärds-koder som fått avslag var betydligt lägre i granskningen 2024 jämfört med granskningen 2020, 33 procent jämfört med 56 procent, en minskning med 23 procentenheter. Den verkliga, nominella kostnaden minskade med 3,4 miljoner kronor mellan åren 2019 och 2024. Den reala kostnaden, om priserna för åtgärderna i prislistan inte räknats upp med inflationen, minskade med 50,7 miljoner kronor, vilket är bra effektmått. Granskningen visar dock på att arbetet måste fortsätta, också som en viktig del i regionens arbete med att motverka oegentligheter och välfärdsbrott.

Granskningen visar att den mobila tandvårdens regelverk behöver revideras fortlöpande. Regelverket behöver ständigt anpassas till nationella riktlinjer och nya föreskrifter, men framför allt behöver diskussionen fortsatt föras om vilken tandvård som är lämplig att utföras i människors hem och på sköra äldre personer.

Vårdgivarna behöver ta ansvar för att behandlarna har kunskap om val av behandlingsåtgärder kopplat till vårdambitionsnivå samt hur valen dokumenteras och motiveras i varje patients journal. Granskningen visar att vårdgivarna i större utsträckning behöver arbeta efter Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård, som betonar att särskilt vuxna i behov av särskilt stöd behöver få rehabiliterande insatser i relation till patientens situation, erfarenheter och önskemål samt bästa tillgängliga kunskap. Vårdambitionsnivån ska sättas tillsammans med patienten eller dennes närstående.

Granskningen visar också brister i dokumentationen vid röntgenundersökningar. Skälet till att en viss röntgenbild tas och den efterföljande analysen är ofta bristfälligt beskrivna i patientjournalen. Avsikten med dokumentationen är att vårdgivaren ska beakta information om diagnostik från tidigare röntgenundersökningar i syfte att undvika onödig röntgen. Vårdgivarna skulle kunna avhjälpa bristen på dokumentation med en enkel checklista.

Beställaren planerar att utveckla ett nytt IT-system för vuxentandvården. Detta avser minska vårdgivarnas och regionens administration avsevärt. Samtidigt är tanken att direktkoppling mot vårdgivarnas journalsystem kommer leda till färre fel såsom fel datum och att inskickade handlingar saknar personuppgifter. På så sätt underlättar beställaren för vårdgivarna att göra rätt från början.

Referenser

Nationella riktlinjer för tandvård - Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2022

Region Stockholms tandvårdsstöd till vuxna – Anvisningar, 2021 (och senare års utgåvor)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40), 2016

Strålskyddsmyndighetens föreskrifter och allmänna råd om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5), 2018

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd (och senare omtryck till och med HSLF-FS 2024:11).