

Kvalitetsindikatorer innen tannhelse i Norge og Norden

Maren Mathiesen Wilberg

Helsedirektoratet

Korrespondanse: Maren Mathiesen Wilberg, Helsedirektoratet, Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

E-post: MarenMathiesen.Wilberg@helsedir.no Telefon: 810 20 050

SAMMENDRAG

Mål for kvalitetsindikatorerne er å belyse kvaliteten av tjenestene, gi styringsinformasjon og bidra til forbedring. Kvalitetsindikatorerne som er i bruk i Norge publiseres på fylkesnivå med god kvalitet på dataene. Denne statistikken gir også mulighet for epidemiologisk forskning. De nordiske kvalitetsindikatorerne gir mindre mulighet for sammenlignbarhet og analysing da de er basert på ulike datakilder og innsamlingsmetoder. Det er fotnote til hver indikator om hvordan dataene er fremskaffet i hvert land, og her fremkommer ulikheter i datakildene. Arbeidet med utvikling og forbedring av både de norske og de nordiske kvalitetsindikatorerne er kontinuerlig. Det er ønskelig med flere indikatorer som kan måle eller gi en indikasjon på kvalitet på tannhelsetjenester. Mange punkter kan per i dag ikke måles på grunn av mangelfull datakvalitet og få rapporteringskrav for privat tannhelsetjeneste.

Wilberg MM. **Quality indicators in dental health in Norway and the Nordic countries.** *Nor J Epidemiol* 2012; 22 (1): 55-58.

ENGLISH SUMMARY

Quality indicators are used to provide management information and contribute to improvement. The quality indicators used in Norway are based on sound data and published at the county level. This statistic allows for epidemiological research. The Nordic quality indicators provide less opportunity for comparability and analysis because there are a lot of different data collection methods. The footnote to each indicator on how the data is provided in each country shows the differences in data sources. Development and improvement of both the Norwegian and Nordic quality indicators is a continuous process. More indicators that can measure or give an indication of the quality of dental services are desirable. Many items can not currently be measured due to sub-optimal data quality and little reporting requirements for private dental services.

NYTTE AV KVALITETSINDIKATORER

Kvalitetsindikatorer benyttes for å belyse kvaliteten av tjenestene. Viktigheten av at helsetjenester som utføres er av god kvalitet er udiskutabel. Ansvaret ligger hos helsepersonell som en del av forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven (1). Det er også viktig å ha statistikk som kan vise til status og utvikling på en tilfredsstillende måte. Ansvaret for å ha dokumentasjon som viser dette, ligger også hos helsepersonell, jfr. Internkontrollforskriften (2). Helsemyndighetene har ansvaret for å følge med, og å ha oversikt over både lokal, regional og nasjonal informasjon. Som dokumentasjon på kvalitet tilstrebes det å lage kvalitetsindikatorer som det samles inn og publiseres data på. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) skrev i 2005 et oppdragsbrev til den gang Sosial- og Helsedirektoratet at målet for kvalitetsindikatorerne er at de skal gi: 1. Forbedring for brukerne, 2. Styringsinformasjon for lokal og sentral ledelse, 3. Lokalt forbedringsarbeid, og 4. Informasjon til innbyggere og pasienter (3).

NORGE

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig organisert sektor forankret i fylkeskommunene, og en privat sektor. Privat sektor utgjør om lag 70% av tjenesten og den fylkeskommunale om lag 30%. Privat sektor har fri etableringsrett. Tannlegenes priser er ikke regulert. Ca ¾ av befolkningen får tannhelsetjenester i privat sektor som et privatrettslig forhold. Dette

omfatter de fleste i alderen over 20 år. De har ikke rettigheter til tannhelsetjenester, og må i utgangspunktet betale alle utgifter selv. Fra folketrygden gis det for spesifikke diagnoser og behandlingsformer stønad fra trygden til delvis dekning av utgifter til nødvendig tannbehandling. Stønad vil variere, avhengig av diagnose og behandlingsform. Pasientens egenbetaling vil også variere ettersom det er fri prissetting i markedet for tannhelsetjenester til voksne (7).

Som første land i Norden ble det etablert kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten i 2008. Dette skal bidra til mer søkelys på kvalitet, i første omgang primært i den offentlige tannhelsetjenesten. Ulikhet i tannhelse og samhandlingskrav er blant det som vektlegges (3).

Prosessen

Arbeidet med kvalitetsindikatorer i tannhelsetjenesten har pågått siden 2005. En bredt sammensatt gruppe med fagfolk har deltatt i arbeidet med å utvikle de nåværende indikatorerne. Helsedirektoratet har ledet arbeidet. Det ble sett til definisjoner som kunne gi en retning for arbeidet. Det er tatt utgangspunkt i følgende definisjoner fra Norsk Standard (NS-EN ISO 9000: 2000): "Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav". "Kvalitetsindikator er en målbar variabel som brukes til å overvåke og evaluere kvalitet". Arbeidet ble også forankret i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helse-tjenesten (2005-2015) kalt «...og bedre skal det bli!». Der står det at helsetjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

På bakgrunn av myndighetenes ønsker og arbeidet med prosessen, kom arbeidsgruppen frem til følgende basis for valg av kvalitetsindikatorer:

- Vi ønsker fokus på personer som faller ut av den offentlige tannhelsetjenesten.
- Vi ønsker best mulig sikkerhet for at tilbudet går ut til dem som har krav på det.
- Vi ønsker søkelys på hvordan brukeren ser på oss.
- Vi ønsker søkelys på ulikhet i tannhelse for å oppnå mer resultatlikhet.
- Vi ønsker et tidlig søkelys på uheldige tannhelsevaner og relasjoner til omsorgssvikt og overgrep.
- Vi ønsker best mulig tannhelsefaglig kompetanse jevnt fordelt i landet.
- Vi ønsker en dreining mot flere tannpleiere sett i lys av generelt bedre tannhelse i befolkningen.
- Vi ønsker mer konkurranse i fagmiljøet basert på kvalitet.
- Vi ønsker at 18-åringer går ut av den offentlige tannhelsetjenesten med færrest mulig tenner med karieskader og reparasjoner.
- Vi ønsker å kunne se til de andre nordiske land for sammenlikning der det er mulig.
- Vi ønsker å se til Verdens helseorganisasjon for målsettinger innen tannhelsefaget.

Utfall

Det er per i dag ni kvalitetsindikatorer for tannhelsefeltet:

1. Andel undersøkt i den offentlige tannhelsetjenesten siste tre år
2. Brukertilfredshet
3. Andel 2-åringer henvist fra helsestasjon til tannhelsetjeneste
4. Signifikant kariesindeks 12-åringer (Sic-indeks)
5. 18-åringer undersøkt/behandlet med feilfrie tenner (DMFT=0)
6. 18-åringer undersøkt/behandlet med mange hull (DMFT>9)
7. Antall innbyggere per tannlege
8. Antall innbyggere per tannpleier
9. Antall tannlegespesialister

Det publiseres data på syv av disse. For indikator nummer 2 og 3 må det utvikles registreringsmetoder før de kan tas i bruk og publiseres. De syv kvalitetsindikatorer publiseres sammen med en rekke andre indikatorer på nettsidene til Statistisk sentralbyrå (SSB) (4). Helsedirektoratet og arbeidsgruppen arbeider med utvikling av de to siste for å kunne publisere data på disse. Arbeidet kan følges på www.helsedirektoratet.no.

Figur 1 viser oversikt over kvalitetsindikator 5 og 6 i gjennomsnitt for landet fra 2001 til 2010: Andel 18-åringer undersøkt/behandlet med feilfrie tenner

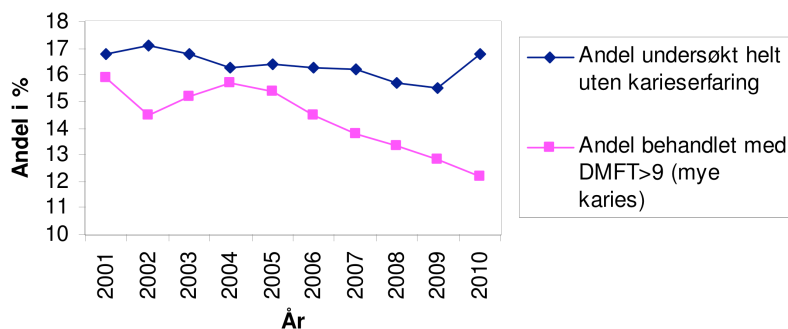
(DMFT=0) og andel 18-åringer undersøkt/behandlet med mange hull (DMFT>9). Figuren illustrerer epidemiologiske tannhelsesdata vi har som sier noe om tannhelsesituasjonen blant 18-åringer over tid (5). Figuren forteller at kariesituasjonen hos 18-åringer er forbedret fra 2001 frem til 2010 ved at andelen med mye hull (nederste linje) har sunket. Andelen 18-åringer uten nye hull har vært ganske stabilt de siste ti år. Det er en antydning til at den noe dårligere situasjonen i 2007-2009 ble forbedret igjen i 2010 (øverste linje).

Datainnsamling, kvalitet og kontroll

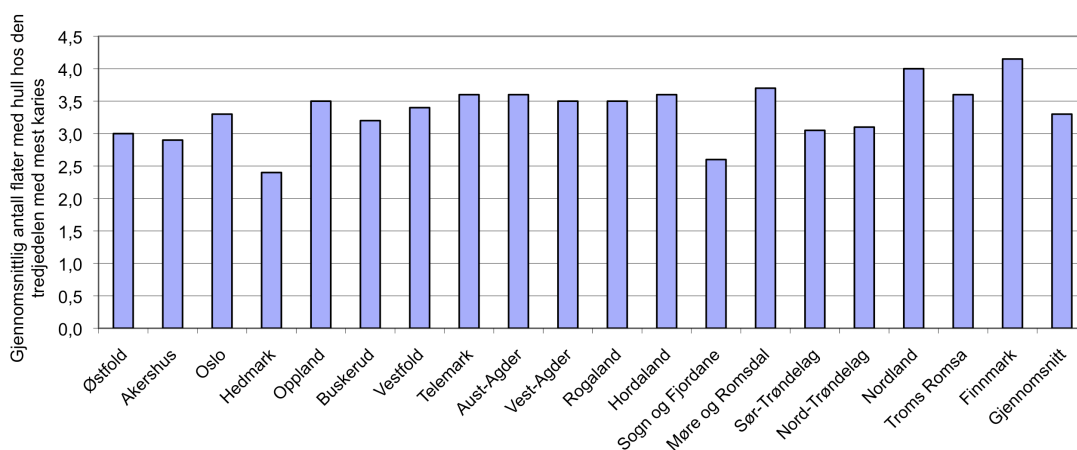
Kvalitetsindikatorer er en del av den årlige publiseringen av statistikk fra SSB på tannhelsefeltet. Innhentning av alle statistikkopplysningene, med unntak av de fleste personellopplysningene og enkelte befolkningstall, finner sted en gang i året gjennom KOSTRA (kommune-stat-rapportering). Fylkestannlegene fyller ut skjema som sendes inn via fylkeskommunene elektronisk. KOSTRA-skjemaet omfatter opplysninger om omfang, tannhelseresultater, personell og økonomidata i den offentlige tannhelsetjenesten. Kvaliteten på statistikken er avhengig av korrekte opplysninger fra oppgavegiverne. SSB gjennomfører kontroller av data-materialet. Statistikken for den offentlige tannhelsetjenesten antas å ha lite feil idet den rapporteres av fylkestannlegene som har kontakt med de enkelte tannklinikker i fylkene. Det kan leses mer om statistikken hos www.ssb.no (6).

Fremtiden

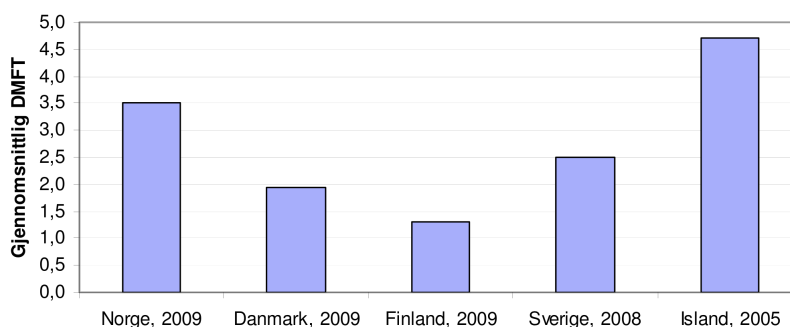
Arbeidet med utvikling og forbedring er kontinuerlig. Det er i dag ni indikatorer, og det er ønskelig med flere indikatorer som kan måle eller gi en indikasjon på kvalitet på tannhelsetjenester. Mange punkter kan per i dag ikke måles på grunn av mangel på datakvalitet, rapporteringskrav og IKT-system. Det er behov for en entydig journalføring, funksjonelle pasientjournalssystemer, signifikant innrapportering av data, rapporteringskrav og et eller flere registre til å oppbevare, analysere og publisere data (5,6). Det finnes i dag ikke gode data som beskriver befolkningens tannhelse, med unntak av data fra offentlig tannhelsetjeneste for barn og rekrutter. Det kan imidlertid være vanskelig å få tilgang til data fra Forsvarets helseregister for den sistnevnte gruppen. Etter folketrygdloven § 5-6 ytes det stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege ved enkelte tilstander og tilfeller. Opplysninger om slik behandling finnes som refusjonskrav i KUHR. Disse dataene er imidlertid også mangelfulle. Det er for eksempel ikke mulig å finne antall personer som benytter seg av trygderefusjon, hvem disse er, hvilke refusjoner og hvor stor andel av refusjonene som utbetales til eksempelvis privat sektor, fylkeskommunene og sykehus. Det er per i dag ikke mulig å benytte uttrekk fra private tannklinikkers journalsystemer. Dette skyldes både manglende lovhjemmel til å innhente slike data fra privat tannhelsetjeneste, men også at journalregistreringen ikke er optimal (8). Avtaler mellom det offentlige og private tannleger vil kunne legge til rette for at myndighetene kan få opplysninger om tannhelsen i befolkningen (9).



Figur 1. Andel 18-åringer undersøkt/behandlet med feilfrie tenner (DMFT=0) og andel 18-åringer undersøkt/behandlet med mange hull (DMFT>9). Gjennomsnitt for landet fra år 2001-2010 (5).



Figur 2. Gjennomsnitt antall tenner med karieserfaring hos tredjedelen av 12- åringer med mest karies (SiC-indeks), etter fylke. År 2010 (11).



Figur 3. Gjennomsnitt antall tenner med karieserfaring hos tredjedelen av 12- åringer med mest karies (SiC – Signifikant Caries Indeks), Landsgjennomsnitt for hvert land, ulike år (12,13).

Mulighet for epidemiologisk forskning

Den årlige tannhelsestatistikken som publiseres av SSB har god datakvalitet. I tillegg er den sammenlignbar på tvers av fylker og mellom ulike år. Statistikken gir mulighet for epidemiologisk forskning med data fra 2001 (for de fleste indikatorene). Noen data gir i tillegg sammenlignbarhet siden 1970-årene. Statistikken gir styringsinformasjon om fylkeskommuner, til bruk for organisasjoner og forskere, media og allmennhet. Videre er kommuner og fylkeskommuner, og statlige styringsorganer slik som Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn viktige brukere av statistikken (6).

En indikator som brukes nasjonalt, nordisk og inter-

nasjonalt, er SiC-indeks. SiC står for Signifikant Caries Indeks, og definisjonen er: gjennomsnittlig DMFT (antall tenner med karieserfaring) på den tredjedel av gruppen 12-åringer med mest karies. SiC-indeks kan forenklet sies å være et tall på de med mest karies, og belyser slik hvor mange som har dårligst tannhelse. Se figur 2 og 3: Jo høyere verdi på søylen, jo flere 12-åringer er det med mye karies i fylket. Figur 2 viser at Finnmark har flest 12-åringer med mye karies, og Hedmark har færrest. Figur 3 viser at Norge har en gjennomsnittlig SiC-indeks på 3,5, noe som er høyere enn Finland, Sverige og Danmark, men lavere enn Island (12,13). Det er foreslått et globalt måltall for SiC-indeks på 3 eller lavere for 2015 (10).

NORDEN

Finland hadde formannskapet for Nordisk ministerråd i 2007, og tok i den sammenheng på seg oppgaven med å lede prosjektet «Samnordiska kvalitetsindikatorer för mun- och tandvården». Deltagende land har vært: Danmark, Færøyene, Island, Finland, Sverige og Norge. Målsetting for arbeidet har vært å kartlegge hvilke indikatorer som finnes i de ulike land, utrede behov for indikatorer og forsøke å utarbeide forslag til samnordiske kvalitetsindikatorer for munn- og tannhelse-tjenesten.

Prosessen

Det ble dannet et bilde av hvordan tannhelsestatistikk og -informasjon publiseres i de nordiske land. Det kom frem at det er forskjellige innsamlingsmetoder for indikatorer som tidligere hadde fremstått som sammenlignbare. Disse indikatorene ble således ikke valgt som samnordiske, mens andre ble valgt med kommentarer om ulikhetene i datakildene.

Utfall

Høsten 2010 ble rapporten A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care publisert (12). Rapporten inneholdt en rekke kvalitetsindikatorer felles for Norden. For flere av indikatorene var det ulike år for datainnsamling og ulike datakilder, slik at sammenlignbarhet mellom landene ble vanskelig. Det ble likevel synliggjort tendenser til likheter og ulikheter

mellom de nordiske landene, men med merknader om at det var forskjell i datakilder og innsamlingsmetoder. Selv om noen indikatorer har lav utsagnskraft, gir de en antydning om tilstandene og forskjeller på tannhelseområdet i Norden. Arbeidet har og fortsetter å lede til spørsmål som fører til konstruktiv diskusjon og som bidrar til å fremme utviklingen. Arbeidet skaper mulighet til å lære av hverandre og til å utarbeide mer sammenlignbare indikatorer i fremtiden. I internasjonal sammenheng gir arbeidet også mulighet for en felles nordisk profilering.

Mulighet for epidemiologisk forskning

Dersom kvaliteten på dataene er tilstrekkelig god, kan de brukes i et epidemiologisk perspektiv. Mange av indikatorene som ble publisert høsten 2010 hadde ulike år for datainnsamling og baserte seg på ulike datakilder, slik at sammenlignbarhet mellom landene ble vanskelig. Således kan mange av indikatorene ikke brukes i epidemiologisk forskning. Det er likevel noen av indikatorene som er statistisk signifikante og kan brukes i forskning. Dette gjelder særlig de internasjonale indikatorene som det ble hentet data på fra WHO. Det nordiske samarbeidet kan følges på nettstedet <http://info.stakes.fi/norden>.

Jeg takker Lise Lund Håheim for verdifulle råd ved utarbeiding av dette manuskriptet, gjennomlesing av manuskriptets ulike versjoner og for gode tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Marit Sissel Kise og Trond Ekornrud for gjennomlesing og gode innspill.

REFERANSER

1. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64.
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, FOR-2002-12-20-1731.
3. Helsedirektoratet, http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/tannhelsepersonell/kvalitetsmaling/kvalitetsindikatorer_i_tannhelse-tjenesten_297814, lest 14.20.2011.
4. Statistisk Sentralbyrå, Statistikkbanken, http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=tannhelse, lest 14.20.2011.
5. Statistisk Sentralbyrå, Statistikkbanken, tabell 07148: G. Tannhelse-tjenesten – kvalitet (F), 18-åringer, andel undersøkt helt uten karieserfaring og 18-åringer, andel behandlet med DMFT>9, AFK Gj.snitt alle fylkeskommuner, http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=tannhelse, lest 05.12.2011.
6. Statistisk Sentralbyrå, <http://www.ssb.no/tannhelse/>, fanevalget "Om statistikken", lest 14.20.2011.
7. Helse- og omsorgsdepartementet, netthøring i forbindelse med departementets arbeid med Nasjonal helse- og omsorgsplan, departementets tekst. <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/tannhelse-tjenesten/detalj/>, lest 05.12.2011
8. Folkehelseinstituttet, Rapport, "Utredningsprosjekt 2011: Fra EPJ-data til tannhelseregister?", 2011, <http://www.fhi.no/dokumenter/09d99675de.pdf>.
9. Helse- og omsorgsdepartementet, netthøring i forbindelse med departementets arbeid med Nasjonal helse- og omsorgsplan, Helsedirektoratets høringsuttalelse om tannhelse-tjenesten. <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/tannhelse-tjenesten/svar/>, lest 05.12.2011.
10. Helsedirektoratet, http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/tannhelsepersonell/kvalitetsmaling/kvalitetsindikatorer_i_tannhelse-tjenesten_297814, Vedlegget "Kvalitetsindikator tannhelse 4 SiC-indeks 12-åringer", lest 14.20.2011.
11. Statistisk Sentralbyrå, Statistikkbanken, Tabell 07148: G. Tannhelse-tjenesten – kvalitet (F), indikator "SiC-indeks for 12-åringer", http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=tannhelse, lest 23.09.2011.
12. Authors and National Institute for Health and Welfare, 2010, "A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care. Ett nordiskt projekt om kvalitetsindikatorer för mun- och tandhälsövården.", Annex 8, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a389b3ed-a262-44c5-bad0-b9d3eedf089>.
13. Widström E. Caries prevalence and use of dental services in Finnish children and adolescents in 2009. OHDM, Vol. 10, No. 4, Dec 2011.