

# Ett tandvårdsstöd för alla

– fler och starkare patienter



BETÄNKANDE AV  
UTREDNINGEN OM  
ETT FÖRBÄTTRAT  
TANDVÅRDSSTÖD



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

SOU 2015:76



# Innehåll

<b>Bilaga 2 Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.....</b>	<b>3</b>
<b>Bilaga 3 Vad tycker du om det statliga tandvårdsstödet – rapport från en enkätundersökning till behandlare i tandvården .....</b>	<b>81</b>
<b>Bilaga 4 Sammanfattning av enkätstudie om tandvårdsmarknadens funktionssätt och människors kunskaper om det statliga tandvårdsstödet .....</b>	<b>115</b>



## Bilaga 2

Den vuxna befolkningens  
tandvårdskonsumtion och  
tandhälsa m.m.

**Lägesrapport för åren 2009 till 2014**

Lars Sjödin  
Umeå 2015-04-30

Beställare: Rapporten har tagits fram på uppdrag av utredningen (S 2014:6) om ett förbättrat tandvårdsstöd.

Författare: Lars Sjödin, legitimerad tandläkare, Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting. Resultat och slutsatser är författarens egna.

Statistisk bearbetning: Jaroslava Lafih, statistiker, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Finansiering: Utredningen (S 2014:6) om ett förbättrat tandvårdsstöd, Socialdepartementet, har finansierat arbetet.

Författarens bindningar och jäv: Inga

Nyckelord: Tandhälsa, besöksfrekvens, tandskador, karies, tandfyllningar, protetisk behandling, tandluckor, förebyggande behandling, munhygien, parodontit

Korrespondens: Lars Sjödin, [lars.j.sjodin@forsakringskassan.se](mailto:lars.j.sjodin@forsakringskassan.se), [lj.sjodin@gmail.com](mailto:lj.sjodin@gmail.com)

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>7</b>
<b>1    Analys av tandvårdstödet kopplat till tandhälsa.....</b>	<b>14</b>
1.1   Uppdraget.....	14
1.2   Syfte och huvudmål .....	14
1.2.1    Aktuella frågeställningar .....	15
1.3   Datakällor och avgränsningar.....	15
1.4   Tandhälsa och tandvårdsbehov i denna rapport.....	17
1.5   Populationen .....	18
<b>2    Tandhälsan och dess utveckling.....</b>	<b>19</b>
2.1   Tandhälsoutveckling mätt som antal tänder .....	20
2.2   Viktiga orsaker till den uppkomna tandhälsoutvecklingen .....	23
<b>3    Besök i tandvården .....</b>	<b>25</b>
3.1   Besöksfrekvens per år .....	25
3.2   Besöksfrekvens per åldersklass .....	26
3.3   Viktiga orsaker till ändrad besöksfrekvens .....	27
<b>4    Tandskador och reparation av tänder .....</b>	<b>29</b>
4.1   Orsaker till tandskador.....	31
4.2   Åtgärder vid reparation av tandskador .....	34
4.3   Andra åtgärder vid tandskador.....	37

4.4	Detaljerade uppgifter om åtgärder vid tandskador.....	38
<b>5</b>	<b>Tandförluster och protetik.....</b>	<b>39</b>
5.1	Behandling vid tandlöshet.....	41
5.1.1	Tidigare tandvårdsförsäkring och övergångsregler .....	42
5.2	Antal implantat .....	42
5.3	Antal tandstödda led .....	45
5.4	Behandling vid olika omfattning av tandlöshet .....	46
5.4.1	Mindre tandlucka .....	47
5.4.2	Större tandlucka .....	48
5.4.3	Tandluckor som behandlas med avtagbar protes .....	49
5.4.4	Helt tandlösa käkar.....	50
5.4.5	Tandstödd protetik vid annan rehabilitering.....	52
<b>6</b>	<b>Förebyggande åtgärder vid tandvård.....</b>	<b>53</b>
6.1	Bakgrund till förebyggande tandvård.....	54
6.1.1	Karies .....	55
6.1.2	Tandköttsinflammation och tandlossning.....	55
6.1.3	Käkfunktionsstörning och tandslitage.....	56
6.2	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.....	57
6.2.1	Undersökning som förebyggande åtgärd .....	58
6.2.2	Behandling vid kariesrisk och nonoperativ kariesbehandling.....	61
6.2.3	Antal patienter, tillstånd och åtgärder vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat .....	67
<b>7</b>	<b>Figur och tabellförteckning .....</b>	<b>76</b>
7.1	Figurförteckning.....	76
7.2	Tabellförteckning .....	78
<b>Bilaga 1</b>	<b>.....</b>	<b>80</b>



# Sammanfattning

När det statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes den 1 juli 2008 tillkom bl.a. ett ansvar för vårdgivare inom tandvården att rapportera samtliga ersättningsberättigande åtgärder och orsaken, tillståndet hos patienten, som föranledde behandlingen. När allmänt tandvårdsbidrag nyttjas ska också patienternas tandhälsa, i form av antal kvarvarande och intakta tänder rapporteras. Delar av dessa data avseende åren 2009 till 2014 har analyserats i denna rapport.

## Viktigaste resultat för åren 2009 till 2014

- Bättre tandhälsa - antalet intakta tänder har ökat med 17 procent och antal skadade tänder har minskat med 5 procent i befolkningen
- Andelen av befolkningen som besökte tandvården har minskat och kan minska ytterligare till följd av tandhälsförbättringar.
- Personer yngre än 29 år och äldre än 68 år har ökat sin besöksfrekvens
- Andelen patienter som behöver reparera sina tänder har minskat från 54 till knappt 50 procent
- Andel patienter med karies som lagas har minskat från 27 procent till 23 procent
- Antal tandreparationer har minskat med nära 9 procent. 363 000 färre reparationsåtgärder behövde utföras 2014 jämfört med 2009
- Antal tanduttagningar på grund av karies och andra tandskador har minskat med 12 procent.

- Antalet patienter som behöver behandla stora tandluckor har minskat med nära 10 procent
- Antalet patienter med mindre tandluckor har ökat med drygt 6 procent. Antalet patienter som behandlats med implantat har ökat 45 procent men antalet implantat per patient har minskat på grund av att tandluckorna nu är mindre.
- Antalet patienter som behandlas med avtagbara proteser har minskat med 21 procent
- Antal basundersökningar utförda av tandhygienister har ökat med 31 procent och de som är utförda av tandläkare har minskat med nära 5 procent.
- Andel patienter som fick non-operativa åtgärder vid karies har ökat, från 2,6 till 4,2 procent.
- Antal patienter som fått förebyggande behandling på grund av parodontit (tandlossning) har ökat med 24 procent. Ökningen skedde huvudsakligen bland dem som är äldre än 65 år.
- Antal tanduttagningar på grund av parodontit har minskat med 12 procent

## Tandhälsan

Tandhälsan, mätt som antal tänder, har förbättrats under perioden 2009 till 2014. Medianantalet tänder var relativt stabilt - 28 eller fler kvarvarande tänder bland de som var yngre än 61 år. Andelen intakta tänder har ökat för samtliga åldergrupper; en sammantagen ökning med 17 procent. Det finns tydliga tecken på att etablerad tandhälsa kvarstår för varje åldersgrupp under perioden. Det finns ett starkt samband mellan antal intakta tänder och besöksfrekvens som innebär att det är lägre besöksfrekvens bland de som har många intakta tänder. Ett stort antal ej intakta tänder innebär ökad risk för att behöva göra ett tandvårdsbesök. Nittiotre procent av besöksfrekvensen kan förklaras av antal intakta och ej intakta tänder.

## Besöken

Mellan åren 2009 och 2014 har cirka 87 procent av den vuxna befolkningen gjort ett eller flera tandvårdsbesök. 2014 var det 173 000 fler patienter som hade gjort besök, men besöksfrekvensen sjönk, mätt som andel av befolkningen, till 57,3 procent. Som mest var den 58,9 procent 2011 och 2012.

Besöksfrekvensen mätt som andel av befolkningen per år varierar mycket mellan olika åldersklasser och har ändrats beroende på ålder under perioden. Besöksfrekvensen 2009 var knappt 40 procent för de som var 28 år och yngre; en andel som ökat till 42 procent 2014. Den ligger mellan 40 till 75 procent för de som var mellan 29 och 66 år, vilket var knappt fyra procent färre. För de som är 67 år och äldre har det varit en ökning av besöksfrekvensen med 5 procent när hänsyn tas till befolkningsförändringar.

Orsaken till förbättrad tandhälsa och sjunkande besöksfrekvens är sannolikt en långsiktig effekt av ökad fluoranvändning samt ökade satsningar på munhygieninformation och -instruktion i skolan och tandvården sedan slutet på 1950-talet, då nära 100 procent av befolkningen hade karies eller karieserfarenhet. Det finns sedan 1950- och 1960-talen en ökad medvetenhet hos befolkningen om hur och varför tandsjukdomar uppkommer. Hälsomedvetenheten har ökat allmänt i samhället. En ökad tilltro till att förbättringar i munhygien och ökad fluortillförsel kan behandla karies, har medfört en gradvis förändrad inställning hos behandlare när tänder med karies ska lagas med tandfyllningar.

## Tandskador

Andelen patienter av de som besökte tandvården och som fick reparera sina tänder på grund av tandskador under perioden 2009 till 2014 har sjunkit från 54,1 procent till 49,7 procent. Sammantaget har det skett en minskning med nära 9 procent av antalet utförda åtgärder till följd av tandskador mellan 2009 och 2014. Det är cirka 137 000 färre patienter och 363 000 färre åtgärder.

Antalet utförda fyllningar har minskat successivt under perioden, från cirka 3,3 miljoner per år till 3,0 miljoner per år - en minskning med 8 procent mellan 2009 och 2014.

Antalet laboratoriefremställda kronor har minskat med 11 procent, från 320 000 till 285 000 under perioden 2009 till 2014. Från 1 september 2014 utökade TLV den tandvård som är ersättningsberättigande för tand i position 7. I annat fall skulle antalet utförda kronor sannolikt ha varit ännu lägre under perioden.

Antal rotbehandlingar och stift minskade med 18 procent och antal tanduttagningar på grund av tandskador minskade med 12 procent under perioden.

Besök för att reparera tandskador samvarierar med antalet ej intakta tänder och är vanligast för dem mellan 60 till 70 år där de utgör mer än 40 procent av orsakerna till besöken. För drygt 23 procent av patienterna 2014 reparerades tänder på grund av karies; en andel som sjunkit från drygt 27 procent 2009. Minskningen var relativt jämnt fördelad mellan olika ålderklasser. Andra orsaker än karies till tandreparationer har minskat från cirka 28 procent 2009 till drygt 26 procent 2014. Minskningen finns bland de som är födda 1949 och senare.

Minskningen av karies bedöms bero på långsiktiga och pågående effekter av förebyggande insatser hos befolkningen. Minskningen av fyllnings- eller kuspfrakturer kan framförallt kopplas till det ökande antalet intakta tänder, som indirekt beror på minskad kariesförekomst.

## **Behandling vid tandlöshet**

Det har under perioden 2009 till 2014 skett både en ökning och en minskning av det totala antalet patienter som fått tandvårdsstöd för rehabilitering av tandförluster. 2009 var det cirka 116 000 patienter som åtgärdade tandförluster, vilket minskade till 104 000 patienter 2012 för att sedan bli cirka 112 000 patienter 2014 – en sammantagen minskning med drygt tre procent. De som åtgärdade större tandförluster - tre eller fler tänder - med tandstödd och implantatstödd protetik har minskat med tio procent. Minskningen bedöms bero på bättre tandhälsa. Antalet patienter som fått behandling vid mindre tandförluster, såsom en- och tvåtandsluckor, har ökat sju procent. Ökningen bedöms bero på att den tandvård som är ersättningsberättigande har utvidgats vid denna typ av skada till följd av TLV:s beslut.

Antal patienter som opererade in tandimplantat ökade med 45 procent från 21 700 till 31 500 mellan 2009 och 2014. Ökningen bedöms bero på effekter av övergångsregler i den förra tandvårdsförsäkringen, vilka gjorde att efterfrågan var låg 2009 – 2010 för de som var äldre än 65 år. Implantatstödd protetik har också i högre utsträckning blivit ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet under åren 2011 till 2014 till följd av TLV:s beslut.

Antal implantat per behandlad patient har blivit färre på grund av att tandluckorna som åtgärdats kommit att omfatta allt färre tandpositioner.

Antal tandstödda led anger hur många tandpositioner som engageras vid en tandförlust. Antalet led minskade mellan 2009 och 2012 från 289 000 till 242 000 (-16 %) för att 2013 öka till 299 000. Redan 2014 minskade det igen till 280 000 led, det vill säga sammantaget en minskning för perioden i sin helhet med tre procent. Minskningarna bedöms bero på bättre tandhälsa, det vill säga färre stora tandförluster att fylla ut, och ökningen beror sannolikt på ändrade ersättningsregler.

Ändringar i tandvårdsstödet som TLV har beslutat under perioden, med en utvidgning av vilken tandvård som är ersättningsberättigande vid tandförluster, har haft direkt genomslag på antal patienter och utförd vård. Utan dessa ändringar hade antalet patienter och antal utförda protetiska åtgärder sannolikt minskat.

## Förebyggande behandling

Förebyggande åtgärder avser, för personer med risk för tandsjukdomar, att förebygga att dessa uppkommer och för personer som drabbats av sjukdom, att förhindra deras utveckling till ännu större skador eller för att hålla tandsjukdomen i ett inaktivt tillstånd.

Basundersökningar utförda av tandläkare minskade med 4 procent under perioden medan basundersökningar utförda av tandhygienist ökade med 31 procent. Sammantaget var det en ökning av antalet basundersökningar med nära 5 procent, vilket berodde både på ett ökat antal patienter och på en ökning av befolkningen. Antalet undersökningar per patient som besökte tandvården var i stort sett oförändrat under perioden.

Förbyggande åtgärder vid *risk för karies* - behandlingar med fluor och professionell tandrengöring - minskade med 41 procent, från cirka 480 000 till under 300 000 fr.o.m. 2013. Minskningen av förebyggande åtgärder vid risk för karies bedöms vara relaterat till rekommendationer i Nationella riktlinjer för vuxentandvård (NR) och ändringar i TLV:s ersättningsregler.

Andel patienter som fick non-operativa åtgärder vid karies har ökat, från 2,6 till 4,2 procent under perioden. Det var patienter yngre än 30 år som fick de flesta non-operativa åtgärderna.

Förekomsten av åtgärden *information* vid risk för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat har minskat för de med risk och ökat (76 %) för de som är sjuka. Ökningarna bedöms bero på rekommendationer i NR och ändringar i TLV:s ersättningsregler. Resultaten visar att behandlare bytte tillstånd från *risk för parodontit* till *gingivit* (tandköttsinflammation).

Åtgärder för avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid *risk* för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat upphörde att vara ersättningsberättigande vid årsskiftet 2012/2013 p.g.a. ändringar i TLV:s ersättningsregler efter rekommendationer i NR. Antalet av dessa åtgärder har därefter ökat från 2 130 000 till 2 600 000 åtgärder vid *sjukdomar* i vävnaderna kring tänder och tandimplantat. Behandlare har bytt från tillstånd *risk för parodontit* till alla typer av sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat.

Förekomsten av åtgärden Avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar har minskat med sammanlagt 330 000 åtgärder under perioden när byte av tillstånd och övriga ändringar tas med i beräkningarna. Orsaken bedöms vara rekommendationerna i NR och TLV:s ändringar.

Antalet patienter med behandling på grund av parodontit har ökat med cirka 160 000 (24 %) under perioden. De allra flesta var över 65 år. Antal tanduttagningar på grund av tandlossning har minskat från 211 000 till 185 000 (-12 %) under samma period.

Orsaken till minskningen av antalet tanduttagningar trots fler patienter och fler tänder totalt bedöms vara de satsningar på förbättrad munhygien som gjorts och på en ökad medvetenhet om orsakssambanden när det gäller tandlossning.

## Sammanfattande konklusion

Analysen har visat att det finns tydliga tecken på en förbättrad tandhälsa hos befolkningen under perioden och att förbättringarna kommer att fortsätta. Fler intakta tänder och lägre kariesfrekvens leder till minskade behov av tandreparationer och protetik. 2014 behövde till exempel mindre än hälften av 4,3 miljoner patienter reparera tandskador och antalet som behövde omfattande protetik är i avtagande. Detta är åtgärder som kräver mycket av tandläkarnas tid.

Bättre tandhälsa bör leda till att befolkningens besöksvanor gradvis ändras till längre intervall för regelbundna besök. Intervallen för undersökningsbesök hos tandläkare och tandhygienist kan förmodligen sträckas ut ännu längre än dagens intervall, särskilt för patienter med goda vanor, god tandhälsa och låg risk för tandsjukdomar.

Längre livslängd hos befolkningen medför att det blir fler äldre med fler tänder kvar. Detta behöver dock inte automatiskt leda till större behov av omfattande reparativ tandvård. Snarare har de som nu blir äldre bättre förutsättningar än tidigare, med fler intakta tänder. De äldre kommer dock att behöva regelbundna besök med undersökningar samt förebyggande åtgärder. Tidig upptäckt av risk för tandsjukdomar eller diagnostik av pågående tandsjukdomar innebär att insatser kan sättas in och reducera omfattningen av eventuella skador.

Det är tydligt att ändringar i den ersättningsberättigande tandvården påverkade patienternas och behandlarnas val av tillstånd och åtgärder i tandvårdsstödet.

# 1 Analys av tandvårdstödets kopplat till tandhälsa

## 1.1 Uppdraget

Utredningen (S 2014:6) om ett förbättrat tandvårdsstöd har uppdragit åt tandläkare Lars Sjödin att granska och analysera konsumtionen av tandvård sedan 2009 och sätta utvecklingen i förhållande till utvecklingen av tandhälsan. En av utgångspunkterna för analyserna är utvecklingen av tandhälsan sedan 2009.

## 1.2 Syfte och huvudmål

Åtgärder för att behandla tandlöshet utgör den största kostnads-posten för patienter som får del av den högsta subventionsgraden på 85 procent. Vården innebär stora kostnader för både patienterna och staten. Det är känt att antalet kvarvarande tänder, både intakta och ej intakta, har ökat mätt som median för befolkningen. Det borde ha medfört en minskad efterfrågan på tandvård som kompenserar för tandlöshet. Med ökat antal intakta tänder bör också efterfrågan på tandvård som åtgärdar tandskador minska medan efterfrågan på tandvård som minskar risken för tandskador, tandköttsinflammation, tandlossning och tandförluster borde öka.

För att följa utvecklingen under åren som nuvarande tandvårdsstöd varit ikraft behöver därför orsakerna till tandlöshet och tandskador beskrivas för att få en uppfattning om utvecklingen.



### 1.2.1 Aktuella frågeställningar

**Orsaker till tandskador:** Antalet intakta tänder har ökat för nästan samtliga åldersgrupper sedan reformen trädde ikraft vilket borde innebära – allt annat lika – att skador orsakade av karies samt fyllnings- eller kuspfrakturer också har minskat. Finns det förändringar i antal patienter med tandskador och antalet utförda fyllningar per år sedan reformen trädde ikraft?

**Mindre och större tandförluster:** Hur ser utvecklingen ut åren 2009–2014 och har det skett någon åldersförskjutning?

**Antal implantat:** Hur har antalet patienter som behandlas med implantat och antal implantat utvecklats åren 2009–2014. Finns det förskjutning av vid vilken ålder som behandling med implantat sker. Har populationens förändrade demografi, att folk lever friskare liv längre och att vi får fler personer i befolkningen påverkat efterfrågan under perioden.

**Antal tandstödda led:** Har det skett någon förändring av antalet patienter och antal utförda led mellan 2009–2014. Har det skett någon åldersförskjutning och kan den ha påverkats av den förbättrade tandhälsan?

**Behandling av tandlösa käkar:** I Socialförsäkringsrapport 2012:7 framgår att behovet av protetik för helt tandlösa käkar för personer 65+ syntes vara nästan tillgodosett som en följd av 65+reformen. Finns det en ökning i takt med att gruppen som var yngre än 65 år 2008 nu behöver ersätta tänder med protetik. Hur ser utvecklingen åren 2009–2014?

**Förebyggande behandling:** Har det skett förändringar av antal patienter med risk att få tandsjukdomar och hur har förebyggande åtgärder tillämpats åren 2009–2014?

## 1.3 Datakällor och avgränsningar

Analyserna i föreliggande studie baseras på data från Socialstyrelsens tandhälsoregister och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) tandvårdsregister avseende ersättningsberättigande tandvård för personer 20 år och äldre. I underlaget för analyserna ingår också uppgifter från Försäkringskassans statistik och publikationer avseende tandvård.

Uppgifter om befolkningen avser registrerade bosatta den 31 december respektive år.

I underlaget ingår samtliga besök när en patient fått en slutförd tandvårdsåtgärd som är ersättningsberättigande enligt det statliga tandvårdsstödet. Förutom personuppgifter, besöksdatum, utförd tandvårdsåtgärd och åtgärdspris rapporteras också tandposition och de tillstånd som är orsak till behandlingen med mera. Åtgärder och tillstånd rapporteras i form av koder enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2008:1) och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd.

Alla resultat baseras på totala data vilket medför att de är signifikanta.

I denna rapport har helår valts som utgångspunkt eftersom många jämförelser görs per åldersklass och eftersom data är samlade och avstämda helårsvis.

All rapportering till tandvårdsregistren sker elektroniskt. Nittiofem procent av behandlarna rapporterar genom ett av de sex datorjournalssystem som finns på tandvårdsmarknaden och resterande fem procent direkt via en portal som Försäkringskassan tillhandahåller.

Aktuella registerdata kan innehålla fel som är kopplade till inrapportering av den insamlade datamängden. Det förekom olika inrapporteringsproblem under första halvåret varför det inte görs jämförelser med tiden före 2009.

I denna rapport finns uppgifter om implantat som kan innehålla registreringsfel. Under åren har rapporteringskoder och villkor för implantat, implantatstödd protetik vid behandling i en- och tvåtandsluckor och friändstandlöshet ändrats. Första halvåret 2009 hade även implantat i helt tandlösa käkar en annan rapporteringskod vilket kan ha påverkat uppgifterna om implantat år 2009.

Information om EU-fördragstandvård har inte tagits med eftersom de behandlas manuellt och rör ett litet antal patienter som inte bedöms påverka resultaten i denna rapport.

De poster som saknar fullständiga personnummer är exkluderade ur bearbetad data, vilket innebär att det kan finnas vissa skillnader vid jämförelse med andra registerutdrag. Det rör sig också om ett litet antal poster.

Uppgifter ingår inte om den landstingsfinansierade tandvården för barn och ungdomar upp till och med det år då de fyller 19 år och övrig landstingsfinansierad tandvård för vuxna.

## 1.4 Tandhälsa och tandvårdsbehov i denna rapport

En av begränsningarna när konsumtion av tandvårdsstödet utvärderas är att det är komplicerat att mäta tandhälsa och tandvårdsbehov, vilka är viktiga variabler att ta hänsyn till när konsumtion av tandvård studeras. Dessutom saknas nyare nationella heltäckande epidemiologiska studier om befolkningens tandhälsa vilket gör att det är svårt att hitta jämförbara referenser. Det finns dock regionala studier som kan användas som referenser.

Som ett övergripande antagande om tandhälsa används i analysen de uppgifter om antal kvarvarande och intakta tänder som rapporterats in till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Antalet kvarvarande och intakta tänder måste registreras och rapporteras till registret varje gång patienter i tandvården använder allmänt tandvårdsbidrag (ATB).

Som ett antagande om vårdbehov används i denna analys de uppgifter om tandvårdskonsumtionen som rapporterats in till TLV:s och Försäkringskassans tandvårdsregister. Det kan innebära en viss osäkerhet att relatera den faktiska konsumtionen till patientens verkliga vårdbehov som innehåller patienternas egna preferenser. En person som till exempel saknar många tänder kan anse sig ha stora vårdbehov medan en annan person med exakt samma tandförluster och ekonomisk status kan anse sig inte ha några vårdbehov, upplevelsen är beroende på individens egna preferenser.

Den aktuella perioden sammanfaller med en global finanskris och en svag tillväxt i den svenska ekonomin. Det är rimligt att tro att samhällsekonomisk oro påverkar befolkningens socioekonomiska ställning på kort sikt och även deras uppfattning om vårdbehov och därmed faktisk tandvårdskonsumtion.

Under perioden 2009 till 2014 bör dock de biologiska behoven ha gjort sig gällande särskilt vad gäller bastandvård som undersökning, lagningar, tanduttagningar med mera. Det bör medföra att befolkningen trots svag ekonomisk tillväxt inte kunnat avstå från grundläggande tandvårdsbehov under de 6,5 år som tandvårdsstödet

varit i kraft. Den granskade perioden kan därför anses var tillräckligt lång för att antagandet om att tandvårdskonsumtionen är tämligen representativ för verkliga vårdbehov.

## 1.5 Populationen

Populationen i föreliggande analys består av de mellan 4,15 till 4,35 miljoner unika individer per år under perioden 1 januari 2009 till 31 december 2014 som besökte tandvården en eller flera gånger. Under hela perioden har sammanlagt cirka 6,6 miljoner (6 601 029<sup>1</sup>) unika individer, cirka 87 procent av den vuxna befolkningen, gjort besök i tandvården.

Kvinnor utgjorde 53 procent av de som gjort besök medan deras andel var 51 procent av befolkningen under samma period.

---

<sup>1</sup> Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

## 2 Tandhälsan och dess utveckling

### Sammanfattning

Tandhälsan var god mätt som antal tänder och den har förbättrats mellan åren 2009 till 2014. Medianantalet tänder var relativt stabilt, 28 eller fler kvarvarande tänder bland de som var yngre än 61 år. Andelen intakta tänder har ökat för samtliga åldergrupper, sammantaget var det en ökning med 17 procent. Det fanns tydliga tecken på att etablerad tandhälsa kvarstår för varje åldersgrupp under perioden. Det fanns ett starkt samband mellan antal intakta tänder och besöksfrekvens som innebär att det var lägre besöksfrekvens bland de som har många intakta tänder. Ett stort antal ej intakta tänder innebar ökad risk för att behöva göra ett tandvårdsbesök. Nittiotre procent av besöksfrekvensen kunde förklaras av antal intakta och ej intakta tänder.

Orsaken till förbättrad tandhälsa och sjunkande besöksfrekvens är sannolikt en långsiktig effekt av ökad fluoranvändning, satsning på munhygieninformation och -instruktion i skola och tandvård sedan slutet på 1950-talet och därefter. Till det kommer en ökad medvetenhet hos befolkningen om hur och varför tandsjukdomar uppkommer sedan 1950 och 1960-talen då nära 100 procent av befolkningen hade karies. Dessutom har det tillkommit en ökad hälsomedvetenhet allmänt i samhället. En ökad tilltro till att förbättringar i munhygien och ökad fluortillförsel kan behandla karies har medfört en gradvis förändrad inställning hos behandlare när tänder med karies ska lagas med tandfyllningar.

Ett av målen med tandvårdstödet är bättre tandhälsa hos befolkningen. För att kunna utvärdera detta var ett av kraven att det skulle

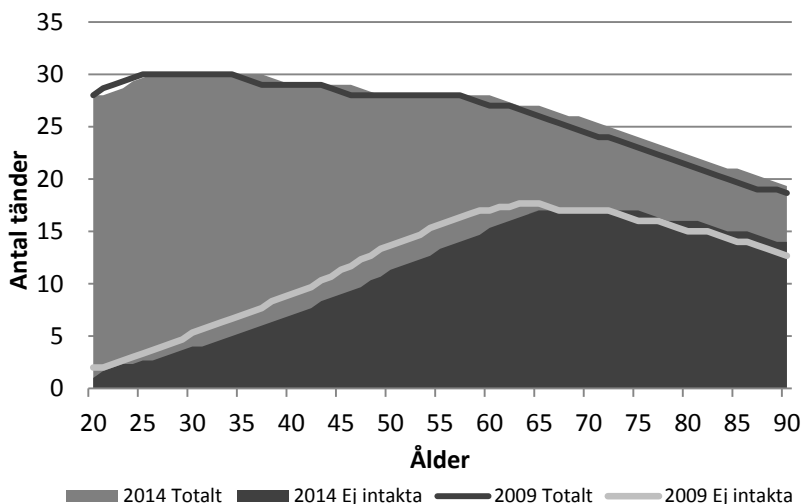
vara möjligt att kunna följa tandhälsan hos befolkningen över tid, när tandvårdsstödet infördes. Två mått för att mäta tandhälsan infördes; totalt antal kvarvarande tänder och antalet intakta tänder per individ. Även om måtten är enkla är de viktiga att följa eftersom de ger en bild av hur det står till med befolkningens tandhälsa bland dem som går till tandvården.

När Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) ska betalas ut måste vårdgivaren rapportera uppgifter om hur många kvarvarande tänder patienten har totalt i munnen och hur många av dem som är intakta. Med intakta tänder menas tänder utan karies, andra synliga skador eller fyllningar.

## 2.1 Tandhälsoutveckling mätt som antal tänder

Uppgifterna från tandhälsoregistret om totalt antal tänder och ej intakta tänder har relaterats till åldersklasserna 20 till 90 år. De värden som används är medianerna för varje åldersklass, se figur 1. Totalt antal tänder år 2013 anges med det gröna fältets övre streckade svarta gräns. Antal ej intakta tänder år 2013 visas med det röda fältets övre streckade svarta gräns. Antalet intakta tänder kan utläsas i figuren genom skillnaden mellan kvarvarande tänder och ej intakta tänder, vilket i figuren är markerat som det gröna fältet. Den streckade blå linjen markerar totalt antal tänder år 2009 och den streckade röda linjen markerar antalet ej intakta tänder år 2009. Personer över 90 år har exkluderats i figuren eftersom andelen som besökt tandvården är låg. Den sjunker från cirka 45 procent av 90 åringar till 10 procent av 100 åringarna.

**Figur 1** Medianantal tänder totalt och medianantal intakta tänder per åldersklass åren 2009 och 2014.



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det ljusgråa fältet, intakta tänder, har blivit större under de gångna sex åren. Ytan mellan den ljusa linjen och det mörka fältet markerar ökningen av intakta friska tänder i befolkningens munnar under perioden 2009 till 2014. Totalt antal tänder har också ökat vilket motsvaras av den ljusgråa ytan mellan den svarta linjen och det ljusgråa fältets övre gräns.

Vid en överslagsberäkning av data från tandhälsoregistret hade den vuxna befolkningen år 2009 cirka 190 miljoner tänder varav 108 miljoner intakta. år 2014 hade tandantalet ökat till 204 miljoner varav 126 miljoner intakta, se tabell 1. Befolkningen hade under samma tid ökat med drygt fem procent, knappt 390 000 fler innevånare.

En ökning av antalet intakta tänder och en minskning av antalet skadade bör ha haft påverkan på besöksfrekvens och utförd vård under perioden, vilket ska belysas längre fram.

Det kan också beskrivas som att tandvårdsmarknaden ökat totalt i och med att fler bor i Sverige som har många tänder i munnen. Tandhygienisterna har fått en större marknad med 17 procent fler intakta tänder som de ska hjälpa patienterna att hålla friska, medan tandläkarna fått se sin marknad, skadade/lagade tänder, minska med minus 5 procent.

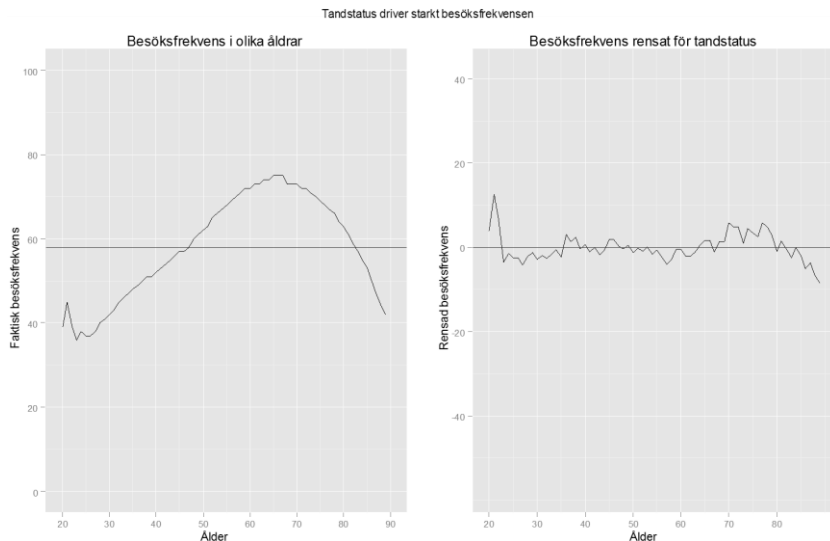
**Tabell 1** Överslag antal tänder i befolkningen 2009 och 2014

	2009	2014	Förändring
Totalt antal tänder	190 000 000	204 000 000	+ 7 %
Varav intakta	108 000 000	126 000 000	+17 %
Varav lagade/skadade	82 000 000	78 000 000	-5 %

*Källa:* Socialstyrelsens tandhälsoregister

Tandstatus mätt som antalet tänder totalt och antal intakta tänder per åldergrupp påverkade besöksfrekvensen. I figur 2 nedan har besöksfrekvensen i figur 4 i kapitel 3 relaterats till totalt antal tänder och antal ej intakta tänder i figur 1. Med en statistisk metod kallad linjär multipel regression kunde 93 procent av besöksfrekvensen förklaras av tandstatus.

**Figur 2** Besöksfrekvens, procentuell andel av befolkningen per åldersklass och besöksfrekvens relaterad till tandhälsan (högra figuren). Röd linje markerar besöksfrekvensen för hela befolkningen.



*Källa:* Socialstyrelsens tandhälsoregister, TLV:s tandvårdsregister, beräkningar gjorda av Mikael Moutakis.



Det förefaller vid en sådan koppling som om ett jämviktsförhållande rådde mellan besöken och tandstatus. Med ytterligare förbättrad tandhälsa kan trenden förstärkas så att besöken hos tandvården glesas ut ännu mer och en lägre andel av befolkningen kommer att göra årliga tandvårdsbesök. Minskningen till 57,3 procent besöksfrekvens för befolkningen år 2014 kan vara ett tecken på det.

Ur samhällsekonomisk synvinkel är det en önskvärd utveckling eftersom det leder till lägre totala kostnader, både direkta kostnader för tandvård och indirekta som resor, produktionsbortfall, lidande med mera.

## 2.2 Viktiga orsaker till den uppkomna tandhälsoutvecklingen

Vetenskapliga studier<sup>2</sup> visar att de viktigaste generella faktorerna för att ha en god tandhälsa och att minska risken för tandskador är att borsta tänderna med fluortandkräm två gånger om dagen i minst två minuter och att minska frekvensen av intag av kolhydratrika födoämnen. Omfattande insatser på att informera och introducera ett sådant synsätt startade i slutet av 1950-talet och framåt vilket verkar ha haft effekt på dagens befolkning. De första som fick tidiga förebyggande insatser med instruktion i munhygien med tandborstning, ”fluortant” och fluorsköljningar i skolan är numera i 60–65 års ålder. Föräldrarna till de som nu är i 45–50 års ålder fick tidigt information och instruktion på BVC i hur de skulle sköta sina småbarns tänder och etablera goda kostvanor. Lördagsgodis är ett begrepp som kom på 1960-talet i breda befolkningslager som en följd av omfattande odontologisk forskning. Även om sockerkonsumtionen ökat kraftigt de senaste 50 åren framförallt i livsmedel och läsk förefaller resistensen mot karies ha ökat vilket i flera studier tillskrivits ökad fluorexponering.<sup>3</sup>

En annan viktig faktor till bättre tandhälsa kan vara tandvårdens ökande tilltro till förebyggande insatser, som att bättre munhygien och fluor är bra sätt att hindra kariesutvecklingen. Sedan många år har tandläkarna i Sverige en avvaktande hållning innan tänder med

---

<sup>2</sup> Att förebygga karies, SBU 2002.

<sup>3</sup> Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling, SBU 2007.

karies lagas, information om och instruktion i egenvård, fluor och kost uppmuntras i stället för att göra lagningar.

Erfarenheter visar att en tand som en gång har fått en lagning har mycket större benägenhet att drabbas av nya skador än en tand som inte lagas varför det är viktigt att behandla karies framför att göra lagningar. Nya material har medfört att när tänder med karies måste lagas tas så lite naturlig tandsubstans som möjligt bort för att minska risken för nya skador.

Både vetenskapliga studier och erfarenheter har således bidragit i denna utveckling. Det har medfört ett vävnadsbesparande synsätt på när en tand ska lagas. Detta synsätt sprids med vetenskapliga artiklar, på kurser och i undervisningen på tandvårdsutbildningarna i Sverige och även i övriga Norden.

För generationerna födda före 1950 lagades tänderna nästan när det fanns en antydning till kariesangrepp och lagningarna gjordes stora enligt det rådande kunskapsläget. Att vård föder vård visar sig i dag, de som är mellan 65 till 75 år har högst antal ej intakta tänder, högst besöksfrekvens i tandvården och den största tandvårdskonsumtionen.

Även om tandhälsan generellt blir allt bättre enligt ovan gjorda analyser som utgår från medianvärden finns det enskilda individer som har stora och omfattande tandvårdsbehov. För dem är det viktigt med ett fortsatt bra högkostnadsskydd så att de, om det inträffar omfattande tandskador, har möjlighet att få tandvård till rimliga kostnader.

## 3 Besök i tandvården

### Sammanfattning

Mellan åren 2009 till 2014 har cirka 87 procent av den vuxna befolkningen gjort ett eller flera tandvårdsbesök. År 2014 var det 173 000 fler patienter som hade gjort besök, men besöksfrekvensen har sjunkit mätt som andel av befolkningen till 57,3 procent. Som mest var den 58,9 procent år 2011 och 2012.

Besöksfrekvensen mätt som andel av befolkningen per år varierade mycket mellan olika åldersklasser och har ändrats beroende på ålder under perioden. Besöksfrekvensen var knappt 40 procent år 2009 för de som var 28 år och yngre, en andel som ökat till 42 procent. Den ligger mellan 40 till 75 procent för de som var mellan 29 till 66 år vilket var knappt fyra procent färre. För de som var 67 år och äldre har det varit en ökning med 5 procent av andelen som gjorde tandvårdsbesök när hänsyn tas till befolkningsförändringarna.

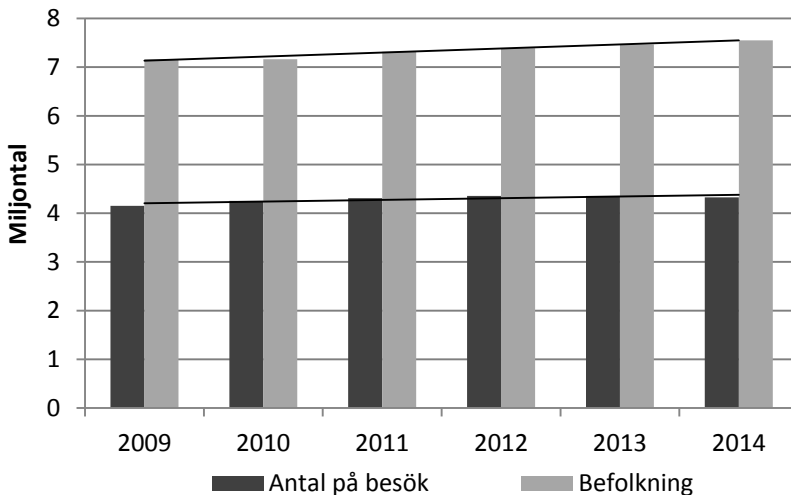
Det finns tecken på att besöksfrekvensen kommer att sjunka mätt som andel av befolkningen som gör besök per år. Bättre tandhälsa bör medföra längre tidsintervall mellan besöken

### 3.1 Besöksfrekvens per år

Besöksfrekvensen, mätt som andel individer i befolkningen som gjort minst ett besök i tandvården per år, har varit som mest 58,9 procent under perioden 2009–2014. I faktiska tal har antalet individer med besök i tandvården ökat med 4,2 procent men samtidigt har den vuxna befolkningen ökat 5,4 procent varför besöksfrekvensen

minskade till 57,3 procent år 2014. Det betyder att cirka 173 000 fler individer besökte tandvården 2014 jämfört med 2009.

**Figur 3** Totalt antal med besök och befolkningen åren 2009 till 2014



*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Kvinnor har högre besöksfrekvens, 61 procent mot männens som varit 56 procent, andelar som varit relativt stabila under åren.

Antalet besök har minskat från 2,34 till 2,32 besök i snitt per individ under perioden.

### 3.2 Besöksfrekvens per åldersklass

När utvecklingen för besöksfrekvensen följs per åldersklass fanns det tydliga tecken på att den besöksfrekvens som etablerats efter en viss ålder fortsatte över tid, här kallat åldersförskjutning. Innan besöksfrekvensen har etablerats, vilket förefaller ske efter 28–29 års ålder varierade den betydligt, men efter det följde den respektive åldersklass besöksfrekvens relativt tydligt.

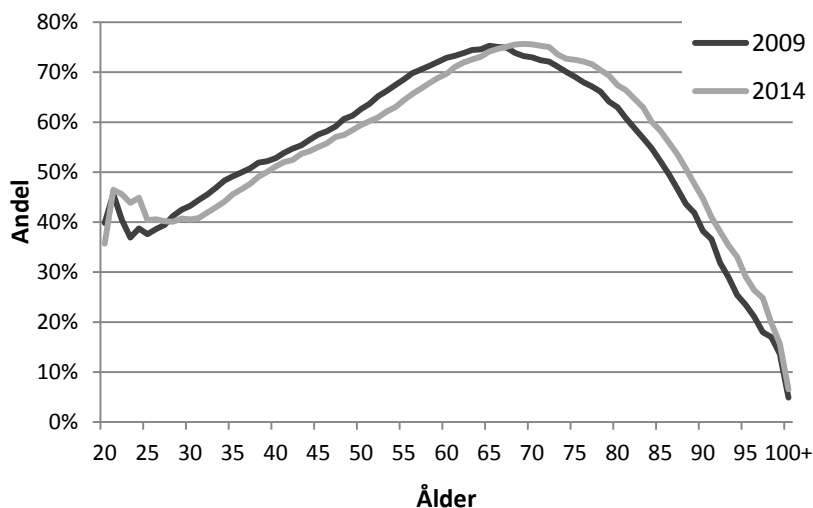
Under perioden 2009–2014 har besöksfrekvensen för de som är yngre än 28 år ökat (82 000 fler patienter). En liten topp fanns för 21- och 22-åringarna vilken tolkas som att de har gjort besök efter en första kallelse efter den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården.

Åldersförskjutningen medförde att besöksfrekvensen för de mellan 29 till 66 års ålder har minskat (113 000 färre patienter). Till exempel hade 50-åringar år 2009 en besöksfrekvens på 62,4 procent medan 50-åringar år 2014 hade 59,4 procent besöksfrekvens.

För de som var 67 år och äldre har den ökat (204 000 fler patienter). Till exempel hade 70-åringar år 2009 en besöksfrekvens på 73,0 procent, medan 70-åringar år 2014 hade en besöksfrekvens på 75,9 procent. De som var födda runt mitten på 1940-talet har haft den högsta besöksfrekvensen under alla åren 2009–2014.

För 90 åringar har besöksfrekvensen ökat från 40 procent till 45 procent vilket tolkas som ett uttryck för förbättrad hälsa och levnadsförhållanden. Det var förmodligen fler bland de allra äldsta som fått tandvårdsåtgärder utförda, men som betalat enligt landstingets tandvårdsstöd.

**Figur 4** Besöksfrekvens, andel av befolkningen per åldersklass år 2009 och 2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

### 3.3 Viktiga orsaker till ändrad besöksfrekvens

En förbättrad tandhälsa med fler intakta tänder se 2.1 bedöms enligt resultaten påverka besöksfrekvensen i tandvården. För personer med de flesta tänderna intakta behövs inte besök varje år i tand-

vården och besöken behöver inte vara hos tandläkare utan tandhygienister är väl lämpade att stötta den viktiga egenvården.

Det är numera vanligt med besöksintervall på vartannat år eller längre för patienter med god tandhälsa vilket styrks av resultaten. Det finns tecken på att en lägre besöksfrekvens kommer att bestå för de yngre, särskilt tydligt framkommer det under år 2014 i figur 4 där en oförändrad besöksfrekvens ses mellan 27 och 32 års ålder.

Riskgruppering, det vill säga att behandlare i tandvården grupperar patienterna i t.ex. hög, medium och låg risk att få skador innebär att intervallen mellan tandvårdsbesöken individualiseras. För de med låg risk är det långa intervall. För de med medium risk sätts lite kortare intervall och uppmuntran till egenvård samt förebyggande behandling. För den allt mindre högriskgruppen sker besöken oftare och med mer intensiva informations- och förebyggande insatser. Många vårdgivare har numera som standard två år mellan besök för undersökning och modifierar intervallen kortare eller längre beroende på risken för tand- och munsjukdomar.

För de som besöker tandvården förefaller inte ekonomisk nedgång eller uppgång ha påverkat besöksfrekvensen eftersom det är enbart den åldersmässiga förskjutningen som kan noteras. Under perioden har skattelättnader gjorts för de som har arbete, pensionärer inte fått lika stor skattereduktion, men det är bland pensionärerna som besöksfrekvensen ökat. Ökningen bland de yngre än 30 år är inte analyserad i detalj men vissa landsting har gradvis infört kostnadsfri tandvård för de som är 20 år och äldre t.ex. Västra Götaland, som kan ha påverkat besöksfrekvensen nationellt.

Enligt många studier är den viktigaste orsaken till ett besök i tandvården att patienten har blivit kallad. Gjorda hälsovinster bör utmynna i att kallelseintervall anpassas efter patienternas tandhälsa och risk för munsjukdomar.

## 4 Tandskador och reparation av tänder

### Sammanfattning

Andelen patienter som fick reparera sina tänder på grund av tandskador under perioden 2009 till 2014 har sjunkit från 54,1 procent till 49,7 procent. Sammantaget har det skett en minskning med nära 9 procent av antalet utförda åtgärder till följd av tandskador per år mellan åren 2009 till 2014. Det är cirka 137 000 färre patienter och 363 000 färre åtgärder.

Antalet utförda fyllningar minskade successivt under perioden, från cirka 3,3 miljoner/år till 3,0 miljoner/år en minskning med 8 procent från år 2009 till 2014.

Antalet laboratoriefremställda kronor minskade 11 procent, från 320 000 till 285 000 under åren 2009 till 2014. Från och med 1 september 2014 ökade TLV den tandvård som var ersättningsberättigande för tand i position 7, annars skulle antalet utförda kronor varit ännu lägre under perioden.

Antal rotbehandlingar och stift minskade med 18 procent och antal tanduttagningar på grund av tandskador minskade med 12 procent.

Besök för att reparera tandskador samvarierade med antalet ej intakta tänder och var vanligast för dem mellan 60 till 70 år där de utgjorde mer än 40 procent av orsak till besöken. För drygt 23 procent av patienterna år 2014 reparerades tänder på grund av karies, en andel som sjunkit från drygt 27 procent år 2009. Minskningen var relativt jämnt fördelad över ålderklasserna. Andra orsaker till tandreparationer än karies har minskat från cirka 28 procent år 2009 till drygt 26 procent år 2014. Minskningen fanns bland de som var födda 1949 och senare.

Minskningen av karies bedöms bero på långsiktiga och pågående effekter av förebyggande insatser hos befolkningen. Minskningen av fyllnings- eller kuspfraktur kopplas framförallt till det ökande antalet intakta tänder som indirekt beror på minskad kariesförekomst.

Förutom undersökning och röntgen är tandfyllningar på grund av tandskador en av de vanligaste åtgärderna inom tandvården. Orsakerna till tandskadorna kan bero på karies, fyllnings- /kuspfrakturer<sup>4</sup>, tandslitage<sup>5</sup>, bristande kontaktpunkter, sprickbildning, trauma m.m. De repareras med komposit<sup>6</sup> eller med laboratorieframställda kronor när tändernas skador är mycket omfattande. Skadorna kan också innebära att tänder behöver rotbehandlas, förses med stift/pelare<sup>7</sup> men även tas bort (extraheras).

Tandskador åtgärdas av de allra flesta som drabbas eftersom det är obekvämt och kan orsaka smärtor. Tandfyllningar och enstaka kronor utförs relativt standardiserat. Det har inte skett någon omfattande teknik-, material eller metodutveckling under perioden. Konsumtionen bör därför spegla verkliga vårdbehov i befolkningen relativt bra. I detta kapitel analyseras efterfrågan och på vilket sätt TLV:s beslut påverkat.

Av de cirka 4,32 miljoner personer som besökt tandvården år 2014 behandlades cirka hälften, 2,15 miljoner, på grund av tandskador. Lika många kvinnor och män fick behandling på grund av karies, det var en något större andel kvinnor, 52 procent, som fick åtgärda fyllnings- eller kuspfrakturer och andelen kvinnor var 56 procent bland dem som fick åtgärda övriga tandskador.

<sup>4</sup> Fyllnings-/kuspfraktur avser här när tandsubstans eller fyllningsmaterial förlorats utan att det är karies i tanden. Ofta kallat "bitit sönder en tand" eller "tappat en plomb".

<sup>5</sup> Abrasion, attrition, erosion ingår i gruppen Övriga skador.

<sup>6</sup> Ett slags plastmaterial. Amalgam är inte ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet.

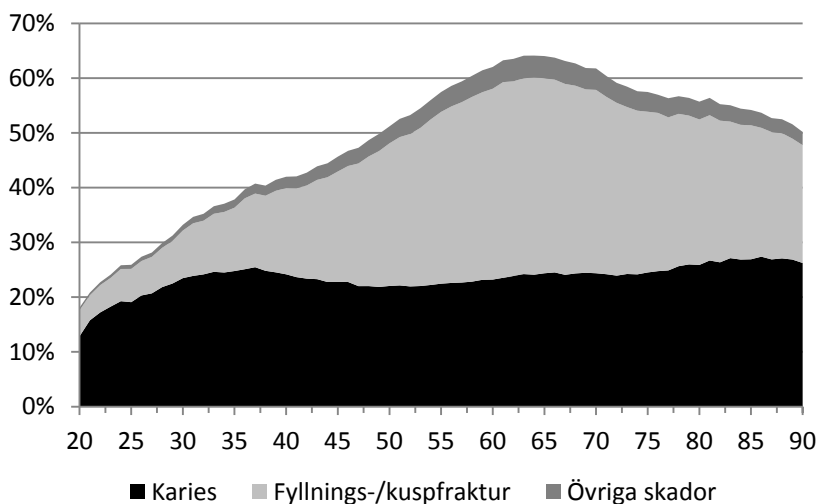
<sup>7</sup> Med stift avses rotkanalsstift, klinikframställd pelare eller laboratorieframställd pelare.



## 4.1 Orsaker till tandskador

Andelen av alla som besökte tandvården år 2014 och som fått reparera tänder på grund av karies, fyllnings- eller kuspfraktur, eller övriga tandskador framgår av figur 5. Med övriga skador avses tandslitage, trauma, sprickbildning med mera.

**Figur 5** Andel patienter med karies, fyllnings-/kuspfraktur eller övriga skador som åtgärdats per åldergrupp år 2014, anges i procent av de som gjort besök.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Av de 4,2 miljoner personer som besökte tandvården år 2014 var det cirka 23 procent av dem mellan 30 till 77 års ålder som fick behandling till följd av karies. Karies var vanligaste orsaken till behandling för patienter mellan 20 till 45 års ålder. Efter 78 års ålder ökade andelen med karies. Högst andel fanns bland de som var 80 år och äldre där 26 till 27 procent hade karies.

Av alla som besökte tandvården år 2014 utfördes i medeltal 0,4 fyllningar per person orsakad av karies. Det fanns således personer som fick behandling med två eller flera åtgärder orsakade av karies. Denna grupp var år 2009 cirka 436 000 personer och hade år 2014 minskat till cirka 363 000 personer, en minskning med 17 pro-

cent sedan år 2009. De som enbart behövde laga en tand minskade med 7 procent i antal.

Fyllningar och tänder drabbas av utmattning med tiden, vanligast är att redan lagade tänder går sönder, så kallade frakturer. Fyllnings- eller kuspfraktur var dominerade som tandskada för patienter från 45 till 77 års ålder.

Andra orsaker till reparationer t.ex. tandslitage, trauma, sprickbildning m.m. var vanligast bland patienter mellan 55 års till 75 års ålder, där cirka 4 procent av patienterna uppvisade sådana skador.

Under perioden har andelen patienter som behandlades för tandskador minskat. Av Tabell 1 framgår att karies minskat från 27,1 procent år 2009 till 23,2 procent år 2014. En minskning noterades av fyllnings- eller kuspfraktur från 24,9 procent till 23,7 procent medan övriga orsaker till tandskador också uppvisade en minskning från 3,1 procent till 2,8 procent. Minskningen av fyllnings- eller kuspfraktur kopplas framförallt till det ökande antalet intakta tänder. Minskningen av karies bedöms bero på bättre förebyggande insatser hos befolkningen, en ändring i tandläkares uppfattning när en kariesskada ska repareras och en ökning av non-operativa<sup>8</sup> åtgärder.

**Tabell 2** Andel patienter med karies, fyllnings-/kuspfraktur eller övriga tandskador som åtgärdats åren 2009–2014 anges i procent

Orsak/år	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Karies	27,1%	26,3%	25,4%	24,7%	23,9%	23,2%
Fyllnings-/Kuspfraktur	24,9%	25,0%	24,7%	24,3%	24,0%	23,7%
Övrigt	3,1%	3,0%	3,0%	3,0%	2,9%	2,8%

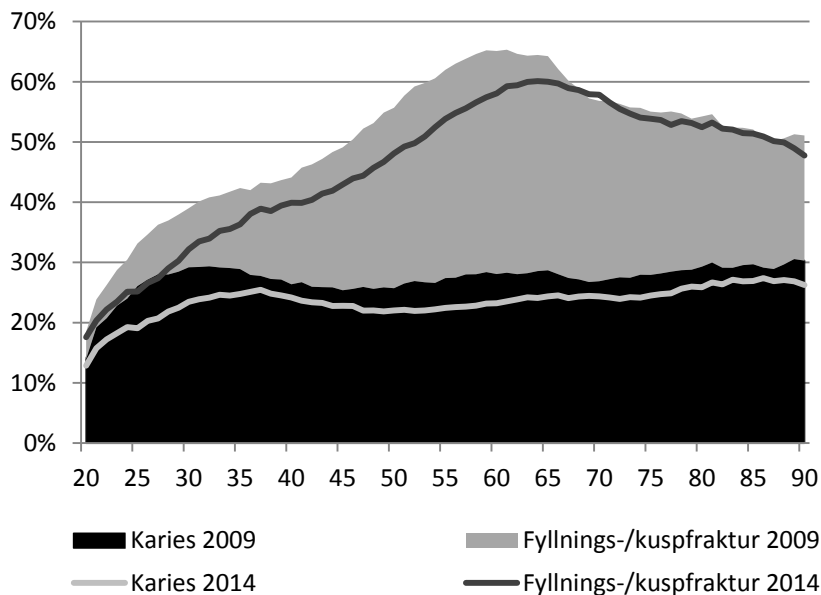
Källa: TLV:s tandvårdsregister

Det fanns tydliga tecken på att tandskadorna följer ålderklassen där personer födda i mitten av 1940 talet är de som har mest tandskador på grund av fyllnings-/kuspfrakturer. Av Figur 6 framgår åldersförskjutningen tydligt för fyllnings-/kuspfrakturer, se den streckade svarta linjen som visar år 2014 och det ljusgrå fältets övre begränsning som visar situationen år 2009. I figuren har *övriga*

<sup>8</sup> När en kariesskada åtgärdas med munhygieninformation/-instruktion/fluorbehandling.

skador utlämnats för att öka tydligheten i bilden men även där fanns en minskning som sammanfaller med ålderförskjutningen.

**Figur 6** Andel patienter med karies och fyllnings-/kuspfraktur per åldergrupp år 2009 och 2014, anges i procent av de som gjort besök.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Minskningen av kariesförekomst bland de som besökt tandvården förefaller ha varit en mera generell minskning oavsett ålderskategori. I Figur 6 framgår av den streckade svarta linjen att minskning av karies har varit störst bland de som är yngre än 35 år och minst bland äldre än 80 år. I kapitel 6.2.2.2, Figur 14 redovisas att det har varit en ökning av antal nonoperativa åtgärder vid karies vilket kan vara en delförklaring till reduktionen av kariesförekomsten.

Fyllnings- och kuspfrakturer har haft en åldermässig förskjutning som tydligt sammanfaller med den förändringen av antalet intakta tänder som framgår av Figur 1 i kapitel 2.1. Efter 70 års ålder ses inte någon minskning av denna typ av tandskador vilket sammanfaller med att andelen ej intakta tänder var störst i denna åldersgrupp, i vissa sammanhang kallade "heavy metal generation"

eftersom de har mycket lagade tänder framförallt med amalgam och andra metaller.

Särskilt positivt var den relativt sett större minskningen av karies bland de som var yngre än 35 år eftersom det på sikt kommer att ytterligare minska risken för fyllnings- eller kuspfrakturer.

## 4.2 Åtgärder vid reparation av tandskador

Det utfördes drygt 3,1 miljoner kompositfyllningar inklusive 68 000 kompositkronor, på 1,7 miljoner patienter under år 2014. Dessutom cementerades cirka 285 000 laboratorieframställda tandstödda kronor<sup>9</sup> på 197 000 patienter. Övrig behandling utgjordes av 196 000 rotbehandlingar, stift eller pelare och 172 000 tänder extraherades till följd av tandskador.

Antalet utförda kompositfyllningar hade minskat 8 procent från år 2009 till år 2014, antal rotbehandlingar minskat med 17 procent och antal extraktioner minskat med 11 procent. Antalet laboratorieframställda kronor på grund av tandskador minskade med drygt 11 procent. Sammantaget har det skett en minskning med 8,8 procent av antalet utförda åtgärder till följd av tandskador under åren 2009 till 2014. Minskningarna har varit större bland privata vårdgivare. Temporära åtgärder är inte inkluderade i dessa beräkningar men uppvisade en liknande minskning.

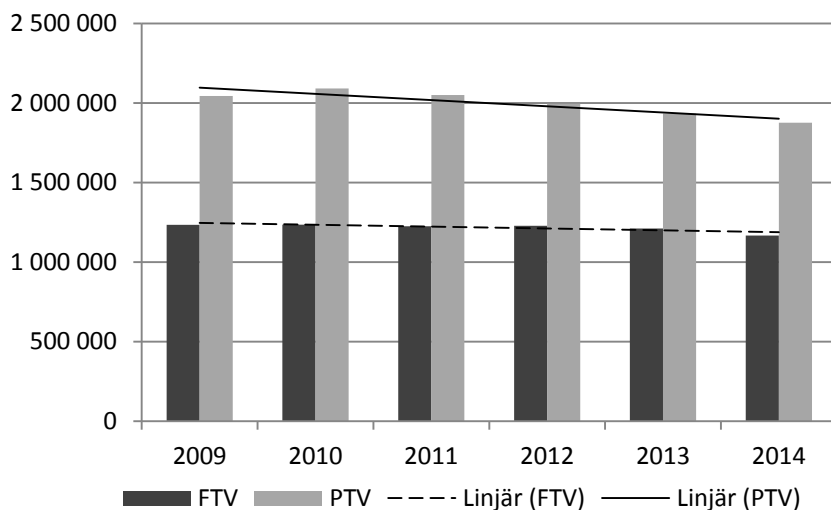
Medianpriset för tandfyllningar har ökat med mellan 8 till 12 procent beroende på åtgärd under perioden 2009 till 2014. Bruttokostnaden för alla fyllningar år 2009 var cirka 3 miljarder och hade ökat med cirka 3 procent till cirka 3,1 miljarder kronor år 2014. Om antalet fyllningar varit oförändrat hade bruttokostnaden varit cirka 3,3 miljarder kronor, det vill säga cirka 200 miljoner kronor högre år 2014.

Hälften av tandreparationerna utfördes bland patienter som var i åldern 55 till 75 år. Det fanns en tydlig korrelation mellan ålder/tandstatus och att behöva reparera en tand.

---

<sup>9</sup> Det utfördes också 184 000 tandstödda kronor till följd av rehabilitering av tandluckor m.m. som redovisas i kapitel 6. De ingår inte i de uppgifter som redovisas i detta kapitel.

**Figur 7** Antalet fyllningsåtgärder åren 2009 till 2014 fördelade på privata och offentliga vårdgivare.

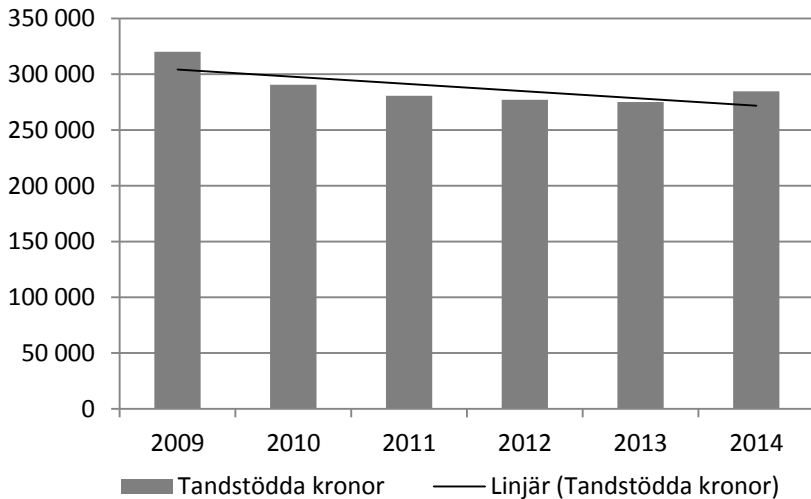


Källa: TLV:s tandvårdsregister

Privata vårdgivare utförde 62 procent av fyllningsåtgärderna vilket motsvarar deras andel av totalt antal utförda åtgärder i tandvården. Deras andel var 78 procent av de cirka 285 000 rapporterade laboratoriefremställda kronor år 2014. De angivna andelarna har varit lika stora hela perioden. Privata vårdgivare har större andel äldre patienter vilket kan förklara att fler kronor utförs av dem.

Utvecklingen över åren, se figur 8, av antal tandstödda kronor visar att inledningsvis fanns ett uppdämt behov, patienterna hade väntat in det nya förmånligare stödet varefter en nedåtgående efterfrågan sågs fram till och med år 2013.

**Figur 8** Antal tandstödda kronor utförda på grund av skadade tänder åren 2009 till 2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

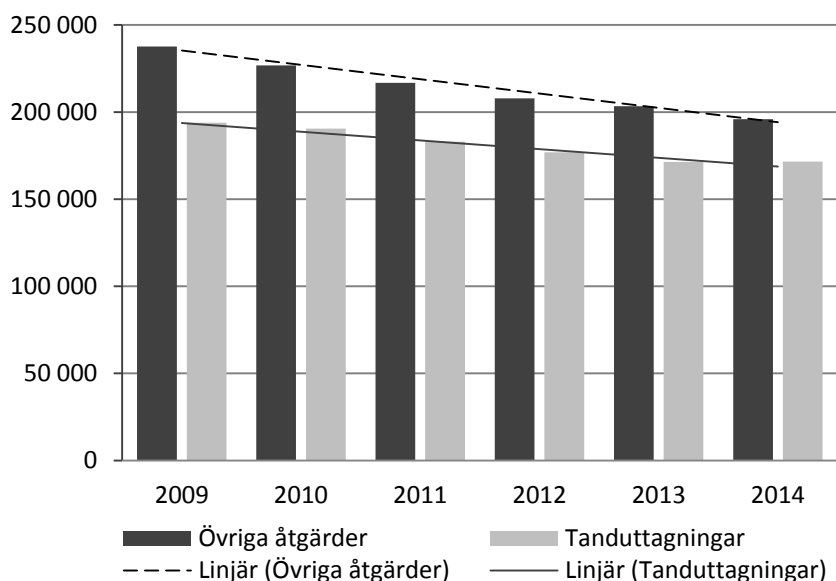
Ökningen år 2014 berodde på att TLV utökade den ersättningsberättigande tandvården för tandposition 7. Nära tre gånger så många kronor (cirka 15 000 fler) gjordes i tandposition 7 år 2014 jämfört med tidigare år trots att utökningen av den ersättningsberättigande tandvården trädde i kraft så sent som 1 september 2014.

Trots utökningen av den ersättningsberättigande tandvården utfördes 11 procent färre tandstödda kronor år 2014 jämfört med 2009. De första åren med tandvårdsstödet karakteriserades av ett uppdämt vårdbehov bland dem som var yngre än 65 år varför år 2009 inte bedöms vara helt representativt för vårdbehov avseende kronor och år 2014 är inte heller det på grund av att patienter och behandlare väntat in förmånligare ersättningsregler. Trots ökningen av ersättningsberättigande tandvård år 2014 är bedömningen att färre tandstödda kronor behöver framställas på grund av tandskador under kommande år. Minskningen bör fortsätta i takt med tandhälsoförbättringarna som visats tidigare.

### 4.3 Andra åtgärder vid tandskador

Tandskador åtgärdas inte enbart med komposit eller kronor. Det behövs förbehandling i form av rotfyllningar eller stift innan de kan repareras med fyllning eller krona vilket anges här som övriga åtgärder. Extraktion är också ett behandlingsalternativ när skadan är så omfattande att reparation inte är lämplig eller när tanden saknar värde för bettet. Även beträffande dessa behandlingar noterades en nedåtgående trend se Figur 9.

**Figur 9** Antalet tanduttagningar och övriga åtgärder<sup>10</sup> på grund av tandskador åren 2009–2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Det var vanligast att extrahera tänder i position 8, visdomständerna, särskilt i överkäken på grund av tandskador. Därefter var molarerna i position 7 och 6 vanligast att extrahera. Rotbehandling och stift som förbehandling innan reparationer var vanligast i tandposition 6 i underkäken.

<sup>10</sup> Rotfyllningar och extraktioner utförda av andra orsaker än tandskador redovisas inte här.

#### 4.4 Detaljerade uppgifter om åtgärder vid tandskador

Detaljerade uppgifter om utförda åtgärder vid tandskador presenteras i tabell 3 nedan. I bilaga 1 finns ytterligare uppgifter om antal åtgärder per patient och antal åtgärder fördelade på offentliga och privata vårdgivare. Temporära åtgärder ingår inte redovisningen.

Tabell 3 Antal åtgärder vid tandskador åren 2009 till 2014.

Åtgärd	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Kompositfyllningar	3 280 020	3 328 387	3 276 515	3 226 599	3 146 804	3 044 589	-7 %
Kompositkronor	96 652	89 954	82 656	80 984	75 400	68 264	-29 %
Tandstödda kronor	320 103	290 557	280 655	277 144	275 077	284 662	-11 %
Övriga åtgärder	237 661	226 792	216 757	207 834	203 312	195 953	-18 %
Tanduttagningar	193 916	190 494	182 972	176 929	171 348	171 564	-12 %
Summa	4 125 536	4 124 260	4 037 823	3 967 701	3 869 729	3 763 384	-9 %
Antal åtgärder per patient som besökt tandvården	0,994	0,969	0,937	0,911	0,888	0,870	-12%

Källa: TLV:s tandvårdsregister



## 5 Tandförluster och protetik

### Sammanfattning

Det har under perioden år 2009 till 2014 varit både en ökning och en minskning av totala antalet patienter som fått tandvårdsstöd för rehabilitering av tandförluster. Inledningsvis var det cirka 116 000 patienter år 2009 som åtgärdade tandförluster, vilket minskade till 104 000 patienter år 2012 för att vara cirka 112 000 patienter år 2014. Sammantaget en minskning med 3,4 procent. De som åtgärdade större tandförluster, tre eller fler tänder, med tandstödd och implantatstödd, protetik minskade 9,5 procent. Minskningen bedöms bero på bättre tandhälsa. Antal patienter som utfört behandling vid mindre tandförluster, såsom en- och tvåtandsluckor ökade 6,5 procent. Ökningen bedöms bero på att den tandvård som är ersättningsberättigande har ökat vid denna typ av skada till följd av TLV:s beslut. Antalet patienter som åtgärdade tandlöshet med proteser minskade 20 procent.

Antal patienter som opererade in tandimplantat ökade från 21 700 till 31 500 patienter (45 %) år 2014. Ökningen bedöms bero på effekter av övergångsregler i förra tandvårdsförsäkringen som gjorde att efterfrågan var låg år 2009–2010 för de som var 65 år och äldre samt att mer implantatstödd protetik blivit ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet under åren 2010 till 2014 på grund av TLV:s beslut.

Antal implantat per patient som behandlas var sjunkande på grund av att tandluckorna som åtgärdades omfattade färre tandpositioner.

Antal tandstödda led anger hur många tandpositioner som engageras vid en tandförlust. Antalet led minskade år 2009 till 2012 från 289 000 till 242 000 (-16 %) år 2012 för att år 2013

öka till 299 000 men redan år 2014 sjunka till 280 000 led, det vill säga en minskning under perioden i sin helhet. Minskningarna bedöms bero på bättre tandhälsa med färre stora tandluckor att fylla ut, och ökningen på grund av ändrade ersättningsregler.

Ändringar i tandvårdsstödet som TLV har beslutat under perioden med utökning av den tandvård som är ersättningsberättigande vid tandförluster har haft direkt genomslag på antal patienter och utförd vård. Utan dessa ändringar hade det varit minskningar av antalet patienter och antal utförda protetiska åtgärder.

Förlust av tänder leder till nedsättning av tuggförmåga och är utseendemässigt störande om de förlorade tänderna är synliga. Tandförlusterna behandlas med tandstödda eller implantatstödda kronor och broar eller avtagbara proteser.

Epidemiologiska studier<sup>11</sup> har visat att total tandlöshet och även partiell tandlöshet minskat betydligt de senaste fyra decennierna. När den utveckling som redovisas i kapitel 2.1 Figur 1 med ett ökat antal kvarvarande och intakta tänder granskas, bör långsiktigt behovet av alla typer av protetik ha minskat när tandhälsan förbättras. I Socialförsäkringsrapport 2012:7 fanns indikationer på att behandling med protetik minskade åren 2008 till 2011. Orsaken bedömdes då vara att det var färre tandluckor att fylla ut. I detta kapitel analyseras om det var en tillfällig eller långsiktig trend och på vilket sätt TLV:s beslut påverkat konsumtionen. Teknik- och metodutveckling bör även påverka vilken typ av protetik som utförs varför det blir viktigt att följa utvecklingen av implantatbehandling.

För att få en bredare uppfattning om protetikbehandling behöver, förutom granskning av utförda åtgärder också orsaken till tandlöshet beskrivas.

---

<sup>11</sup> Pihlgren, Forsberg, Sjödin, Lundgren, Wänman, 2011 och Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin S-Å, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K, 2005.

## 5.1 Behandling vid tandlöshet

Vid behandling av tandlöshet finns olika möjligheter att rehabilitera bittet med protetik. Det kan ske med avtagbara proteser, tandstödda eller implantatstödda kronor och broar. Det finns också kombinationer av dessa behandlingar som åtgärdar avsaknad av tänder hos patienter.

Behandling med avtagbar, tandstödd eller implantatstödd protetik görs vid olika omfattning av tandlösheten. Behandling med tandstödd protetik kan också behövas när avtagbara proteser behöver stöd, när tänder med tandlossning behöver stabiliseras och när avvikelser i bittet medför att tuggförmågan behöver förbättras.

När tandstödd protetik utförs för att ersätta en förlorad tand/tänder utförs broar, ibland även kallade bryggor. Då utförs kronor på de tänder som gränsar till tandluckan och de saknade tänderna ersätts med konstgjorda tänder kallade *hängande led*, som fästs vid kronorna som gränsar till tandluckan. Varje del i bron, kronan eller hängande ledet, benämns vanligen som ett *"led"* vilket blir ett mått på antalet tandpositioner som tagits i anspråk för att behandla tandlösheten. När *en* tand ska ersättas behöver vanligen tre *"led"* tas i anspråk. Omfattningen på rehabiliteringen anges därför med *"antal led"* för att kunna följa utvecklingen under åren 2009 till 2014 i denna analys.

När implantatstödd protetik används för att behandla mindre tandförluster utförs vanligen en implantatstödd krona på implantaten, vid större tandförluster en bro och vid total tandlöshet en fastsittande protes som ersätter cirka 10 tänder per käke. Det förekommer även implantatstödda avtagbara konstruktioner.

Ett sätt att analysera om det finns några tendenser vad avser behandling med implantatstödd protetik är att följa hur många implantat, *"titanskruvar"*, det opereras in varje år.

Tandlöshet kan också behandlas med avtagbar protetik som ofta är en billigare lösning än fastsittande protetik varför utvecklingen av sådan behandling är av intresse att följa om ekonomi spelar in vid val av behandling.

### 5.1.1 Tidigare tandvårdsförsäkring och övergångsregler

Tandvårdsförsäkringen före 1 juli 2008 hade generösa villkor för statligt stöd vid behandling med protetik för personer 65 år och äldre. Övergångsregler fanns som innebar att påbörjad men ej slutförd behandling eller förhandsprövad men ej påbörjad behandling kunde ersättas enligt tidigare regler. Sådan behandling tog mycket av tandvårdens resurser under 2008 och 2009, men rapporterades inte till det register som ligger till grund för denna granskning.

Under tandvårdsstödet första år (1 juli 2008–30 juni 2009) utbetalades tandvårdsstöd enligt tidigare tandvårdsförsäkring med 1,8 miljarder kronor, 1 juli 2009–30 juni 2010 med 314 miljoner kronor för att under tiden 1 juli 2010–30 juni 2011 uppgå till 38 miljoner kronor. Ersättningen gick främst till protetiska åtgärder. Åren 2011 och framåt bör kunna betraktas vara opåverkade av tidigare tandvårdsstöd och övergångsregler. För personer yngre än 65 år var subventionen liten varför det fanns ett uppdämt tandvårdsbehov inför de generösare reglerna i det nya tandvårdsstödet.

Det saknas heltäckande uppgifter om behandling vid tandlöshet före införandet av nuvarande tandvårdsstöd den 1 juli 2008. Dessutom förekom det olika inrapporteringsproblem under första halvåret i nuvarande stödet varför det i denna granskning av tandvårdsregistren inte görs jämförelser med tiden före 2009.

## 5.2 Antal implantat

Implantatbehandling utfördes hos en liten del, cirka 0,7 procent av alla som besökte tandvården år 2014. Totalt fick cirka 31 500 patienter cirka 78 000 implantat inopererade under 2014. Privata vårdgivare opererade 72 procent av implantaten. Kvinnor fick 51 procent av implantaten. Det var en ökning av antal patienter med 15 procent sedan år 2013, men en ökning med 45 procent jämfört med 2009, se tabell 4. Antal implantat har ökat med 23 procent sedan år 2009. I dessa uppgifter ingår även de som fått implantat ersatta med så kallade utbytesåtgärder enligt TLV:s ersättningsregler.

**Tabell 4** Antal patienter som behandlats med implantat, andel 65 år och äldre och antal implantat åren 2009–2011, anges i antal och i procent.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Antal patienter	21 730	26 750	27 180	26 870	27 330	31 480	45%
Antal implantat	62 940	72 480	73 100	75 470	70 030	77 700	23%
Andel äldre än 65 år	40%	45%	46%	47%	48%	47%	
Antal implantat per individ	2,9	2,7	2,7	2,8	2,6	2,5	-14%

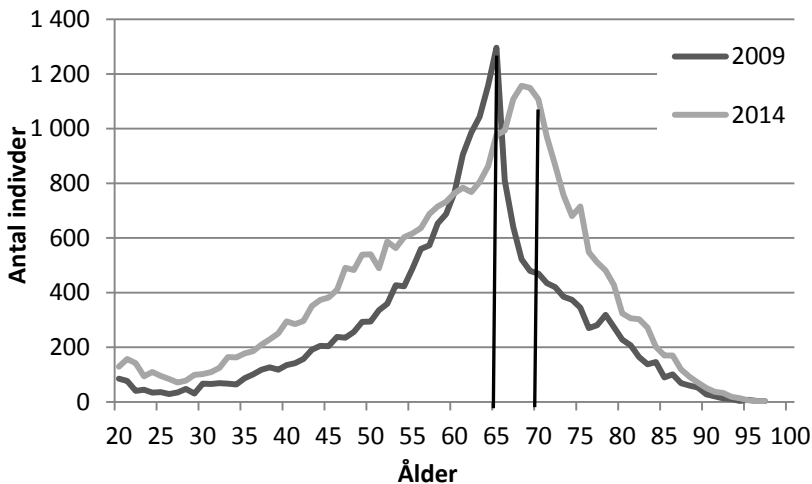
*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Av tabell 4 framgår att effekterna av det tidigare stödet för personer äldre än 64 år fasats ut i och med att andelen patienter som är 65 år och äldre stabiliserats på en nivå runt 48 procent sedan 2012. Att andelen personer 65+ är avsevärt lägre år 2009 jämfört med senare år i tabell 4 förklaras av effekter från övergångsregler.

TLV har utökat den tandvård som är ersättningsberättigande år 2013 och 2014, vilket bedöms vara orsaken till ökningarna dessa år. Utbytesregler togs bort för friändstandlöshet den 1 januari 2013 och den 1 september 2014 togs utbytesåtgärder bort för tvåtandsluckan och det infördes utbytesåtgärd med implantat i entandslucka i position 6. Det har ökat efterfrågan på implantatbehandling i mindre tandluckor, vilket i sin tur medförde att antal implantat i genomsnitt per person minskat.

Vid granskning av ålderklasser och antal patienter var det också tydligt att TLV:s regeländringar haft effekt. Figur 10 visar enbart åren 2009 och 2014 men det har varit en gradvis åldersförskjutning för patienterna över 65 år under perioden. Att äldre individer satsar på implantat tolkas som ett friskare åldrande. För de mellan 20 till 60 år var konsumtionen relativt oförändrad fram till 2013 och 2014 då TLV ändrade reglerna för implantatbehandling vilket visade sig framförallt år 2014. För dem mellan 60 till 65 år har det varit en åldersförskjutning och en minskning av antal patienter fram till år 2014 då det blev en liten ökning.

**Figur 10** Antal patienter som fått ett eller flera implantat inopererade per ålderklass åren 2009 och 2014. Lodräta streck markerar individer med födelseår 1944.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Utfallet år 2009 var sannolikt påverkat av att ett extra stort antal 65+ personer "passade på" att få behandling enligt tidigare regler innan det nuvarande stödet infördes 1 juli 2008 och innan övergångsreglerna inte längre var tillämpningsbara. Deras utförda vård finns inte med i tandvårdsregistrens data vilket medför att det var betydligt fler 65+ som fick implantatbehandling än figuren visar.

Det var också tydligt att det fanns ett uppdämt tandvårdsbehov för personer yngre än 65 år som väntade in det nu gällande tandvårdsstödet. De totala statliga subventionerna till tandvården var störst år 2008 och 2009 varav det mesta avseende 65+ utbetalades för protetik enligt gamla stödet plus det som betalades enligt nya stödet. Om jämförelser avseende mängden utförd protetik totalt i Sverige görs med tiden 2008 och 2009 är det rimligen så att protetisk behandling har minskat betydligt mer än vad som framgår här.

### 5.3 Antal tandstödda led

Av cirka 281 000 tandstödda led<sup>12</sup> utfördes 77 procent av privata vårdgivare, kvinnor behandlades med 53 procent av de tandstödda leden under år 2014. Av alla utförda led var 38 procent hängande led och tre procent av leden var emaljretinerade. Det har varit i stort sett oförändrade förhållanden beträffande dessa fördelningskarakteristika under åren.

**Tabell 5** Antal tandstödda kronor, hängande led och emaljretinerade stöd vid rehabilitering åren 2009–2011, anges i antal led.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
En- och tvåtandslucka	224 100	205 010	191 730	179 050	236 130	222 670	-1 %
Större tandlucka	43 880	41 780	41 110	39 430	39 190	36 180	-18 %
Övriga orsaker	20 610	26 710	25 000	23 780	23 350	21 900	6 %
<b>Summa</b>	<b>288 590</b>	<b>273 500</b>	<b>257 840</b>	<b>242 270</b>	<b>298 670</b>	<b>280 750</b>	<b>-3 %</b>

Källa: TLV:s tandvårdsregister

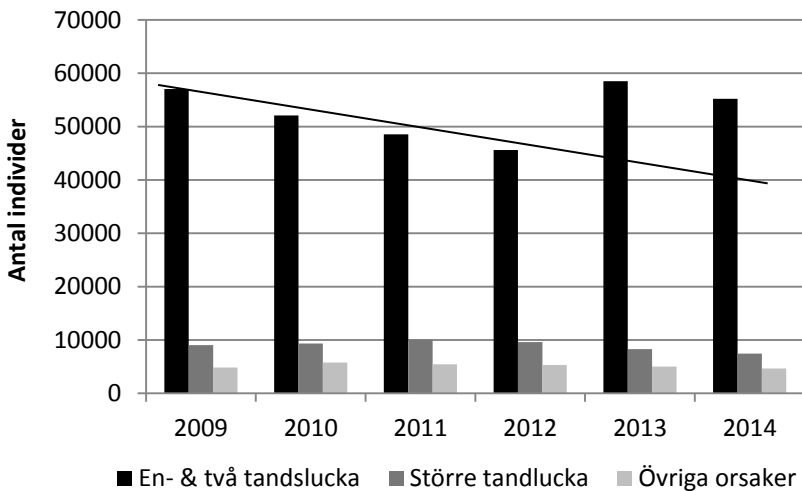
Tabell 5 visar att antalet utförda led vid rehabilitering minskade med cirka 16 procent mellan 2009 och 2012. År 2009 fanns ett uppdämt behov som förefaller ha snabbt tillfredsställts. År 2013 införde TLV en ny ersättningsregel som innebar att tandlucka i position 6 också blev ersättningsberättigande. Det innebar en kraftig ökning av antalet tandstödda led och sannolikt avvaktade många patienter med att åtgärda en tandlucka i position 6 till år 2013 när de gynnsammare reglerna började gälla. Hela ökningen år 2013 och 2014 hänförs till entandslucka i position 6 men det eftersatta behovet verkar dock redan 2014 ha tillfredsställts då antalet patienter var lägre. För tvåtandslucka och större tandluckor har en minskning skett sedan 2009 både av antalet åtgärder och av antalet patienter med sådana behov.

Med övriga orsaker avses när ytterligare tandstödd protetik måste utföras för att få fullgod tuggfunktion eller när tänder med tandlossning ska stabiliseras. Av figur 11 nedan framgår att det var

<sup>12</sup> Det utfördes dessutom cirka 285 000 tandstödda kronor år 2014 till följd av tandskador, se kapitel 4. De ingår inte i de uppgifter som redovisas i detta kapitel.

en minskning av antalet personer som behandlats vid tandluckor bortsett från entandslucka i position 6. Utan TLV:s regeländring skulle antalet vara mycket mindre än det var år 2013 och 2014 vilket trendlinjen visar. Den främsta anledningen till minskningen torde vara att det finns färre individer med tandluckor och att tandluckornas storlek förfaller minska, det vill säga att trenden från Socialförsäkringsrapport 2012:7 stärks.

**Figur 11** Antal patienter som behandlats med tandstödd protetik vid olika typer av tandlöshet åren 2009 till 2014. Linjen visar trend utan TLV:s regeländring 2013.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

## 5.4 Behandling vid olika omfattning av tandlöshet

Om hänsyn inte tas till vilken typ av tandförlust som åtgärdades minskade antal patienter med protetiskt behov med 3,4 procent under perioden. I Tabell 6 redovisas det antal åtgärder som behövs för slutlig konstruktion. Bland de redovisade åtgärderna ingår inte protes-tänder som hade en egen åtgärd en tid, inte implantat, rotkanalsstift och annan förbehandling som behövs innan den slutliga protetiska konstruktionen kommer på plats.



**Tabell 6** Antal patienter, åtgärder och åtgärder per patient samt procentuell förändring åren 2009 till 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Antal patienter	116 170	112 750	108 040	103 910	114 740	112 250	-3,4%
Antal åtgärder	427 150	415 080	366 350	378 400	403 460	391 470	-8,4%
Antal åtgärder per patient	3,68	3,68	3,39	3,64	3,52	3,49	

Källa: TLV:s tandhälsoregister

Det går inte att summera antal patienter i varje delgrupp som redovisas i fortsättningen eftersom det finns patienter som kan ha behandlat mindre tandluckor, större tandluckor och total tandlöshet i olika kombinationer. Samma patient kan därför förekomma i olika typer av rehabilitering varför en summering inte kommer att stämma med ovan redovisade resultat.

#### 5.4.1 Mindre tandlucka

Med mindre tandlucka menas i detta sammanhang när en eller två bredvidliggande tänder saknas och ersatts med tandstödd bro eller ett eller två implantatstödda kronor.

Av tabell 7 framgår att antalet patienter som valde behandling med implantat vid mindre tandluckor ökade med cirka 31 procent mellan 2009 och 2010. Det var sannolikt en effekt av övergångsreglerna för 65+ tandvården som medförde att omfattande tandvårdsbehov hanterades i det tidigare systemet. Åren 2011 till 2012 var det en stabil nivå på antal patienter och implantat. TLV:s utökning av ersättningsberättigande tandvården den 1 januari 2013 för entandslucka i position 6 innebar en ökning med cirka 30 procent av antalet patienter jämfört med år 2012.

**Tabell 7** Antal patienter och antal implantat vid mindre tandlucka, en till två tänder

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Behandling med implantatstött protetik, mindre tandlucka	Antal patienter	6 590	10 480	9 480	9 340	9 890	12 610
	Antal implantat	7 300	11 570	10 360	10 200	10 710	14 850
	Antal per patient	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
Behandling med tandstött protetik, mindre tandlucka	Antal patienter	57 040	52 100	48 560	45 610	58 520	55 200
	Antal led	224 100	205 010	191 730	179 050	236 130	222 670
	Antal per patient	3,9	3,9	3,9	3,9	4,0	4,0

Källa: TLV:s tandvårdsregister

Utökningen den 1 september 2014 som innebar att utbytesåtgärder togs bort för tvåtandsluckan och det infördes utbytesåtgärder för implantat i tandposition 6 har medfört en total ökning sedan år 2013 med drygt 4 000 fler patienter. Effekterna var tydliga av regeländringarna vilket också kan utläsas av antal implantat per patient, som ökade till 1,2 p.g.a. tvåtandsluckan. Antal led ökade till 4,0 p.g.a. entandslucka i position 6 år 2013. Utan dessa ändringar i den ersättningsberättigande tandvården skulle det sannolikt varit en minskning av antal implantat och led vid mindre tandluckor åren 2013 och 2014.

#### 5.4.2 Större tandlucka

Med större tandlucka avses när tre eller fler bredvidliggande tänder inom tandposition 6-6 saknas. Här inräknas också implantatstött krona eller tandstött bro vid frändstandlöshet, det vill säga när minst tänderna 6-8 (molarerna) saknas.

Av tabell 8 framgår att det fanns en minskning av antal patienter med 10 procent från 2009 till 2014 som utfört behandling vid större tandluckor. Det fanns ett uppdämt behandlingsbehov år 2009 och 2010 hos personer yngre än 65 år eftersom de inväntat ett förmånligare tandvårdsstöd, vilket framgår av antalet implantat och led per patient. TLV tog 2013 bort en del utbytesåtgärder för implantat och förtydligade stödet avseende stora tandluckor vilket ökade den ersättningsberättigande tandvården vid viss större tand-

löshet. Det verkar ha haft effekt eftersom antalet patienter vid implantatstött protetik har en långsammare minskning, medan den har minskat snabbare för tandstött protetik.

**Tabell 8** Antal patienter och antal implantat vid större tandlucka tre eller fler saknade tänder

År		2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 200/2014
Behandling med implantatstött protetik, större tandlucka	Antal patienter	12 210	12 850	12 410	12 070	11 530	11 780	-4%
	Antal implantat	32 660	32 740	29 530	28 260	26 480	28 230	-14%
	Antal per patient	2,7	2,5	2,4	2,3	2,3	2,4	-11%
Behandling med tandstött protetik, större tandlucka	Antal patienter	9 040	9 350	10 050	9 600	8 280	7 440	-18%
	Antal led	43 880	41 780	41 110	39 430	39 190	36 180	-18%
	Antal per patient	4,9	4,5	4,1	4,1	4,7	4,9	0%
Större tandlucka totalt	Antal patienter	21 250	22 200	22 460	21 670	19 810	19 220	-10%
	Antal led	76 540	74 520	70 640	67 690	65 670	64 410	-16%
	Antal per patient	3,6	3,4	3,1	3,1	3,3	3,4	-7%

Källa: TLV:s tandvårdsregister

Den viktigaste orsaken till att antalet patienter med större tandluckor är avtagande måste sökas i bättre tandhälsa. Det förefaller inte heller vara ett skifte från tandstött protetik till implantatstött protetik vid större tandluckor utan det är en total minskning av antal patienter med större tandluckor.

### 5.4.3 Tandluckor som behandlas med avtagbar protes

Vid tandluckor, oavsett antal förlorade tänder, är avtagbara delproteser ofta ett alternativ. Oftast framställs de när det är stora tandluckor och få tänder kvar i en käke men de kan också användas när endast en tand saknas. De kan för långtidsbruk utföras med gjutna metalldelar eller i enklare utförande som temporära delproteser huvudsakligen i plast för kortare tids användning. Det sistnämnda är vanligt till exempel när käken ska läka efter tanduttagningar. I tabell 9 redovisas enbart delproteser för långtidsbruk.

Av tabellen framgår att det skett en minskning av antalet patienter och antalet slutförda avtagbara delproteser under perioden. Minskningen är cirka 17 procent. Orsakerna till minskningen är sannolikt desamma som gäller för större tandluckor, nämligen bättre tandhälsa.

**Tabell 9** Antal patienter och antal delproteser åren 2009–2014.

År	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Antal patienter	20 710	19 970	18 830	18 330	17 800	17 050	-18%
Antal delproteser	23 950	22 990	21 740	21 320	20 890	20 050	-16%
Antal per patient	1,16	1,15	1,15	1,16	1,17	1,18	2%

*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Delprotes är en behandling som till lägre kostnad löser tandlöshetsproblem än kostnaden för implantat- och tandstödd protetik. Det gäller särskilt vid mer omfattande tandlöshet. Med lågkonjunktur och osäkert ekonomiskt läge har det funnits antaganden om att denna terapi skulle väljas av fler. Resultaten visar dock att efterfrågan på denna terapi varit stabilt sjunkande och liknar den vid större tandluckor och tandstödd protetik.

#### 5.4.4 Helt tandlösa käkar

Helt tandlösa käkar innebär att alla tänder saknas i en käke vilket kan behandlas med implantatstödda broar eller med total plattprotetik, oftast kallat helprotes eller löständer. En implantatstödd konstruktion fäst till käken på 4 till 6 implantat.

Förekomst av personer med helt tandlösa käkar bör enligt epidemiologiska studier<sup>13</sup> vara i starkt avtagande vilket också bekräftas i denna del av analysen. För personer 65 år och äldre bör behovet av protetik i tandlösa käkar i stort sett ha varit tillgodosett i den försäkring som gällde före 1 juli 2008, eftersom just denna behandling fick särskilt mycket subvention. Detta syns tydligt vad avser antalet

<sup>13</sup> Pihlgren, Forsberg, Sjödin, Lundgren, Wänman, 2011 samt Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin S-Å, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. 2005.

patienter och antalet utförda åtgärder under år 2009, se tabell 10. Behandling med implantat i helt tandlösa käkar förefaller sedan dess ha legat på en relativt jämn men svagt avtagande nivå.

Behandling med avtagbar protes i helt tandlösa käkar hade en mycket kraftig minskning (24 %), vilket stämmer väl överens med epidemiologiska studier. Det var också ovanligt att framställa helproteser, det vill säga helprotes i både över- och underkäke samtidigt, eftersom det i snitt framställdes cirka 1,2 protes per patient, en nivå som varit oförändrad under perioden. För många som numera blir helt tandlösa är helprotes en övergångslösning i väntan på att implantat ska läka in. Mycket talar för en fortsatt minskning av denna behandling eftersom data från tandhälsoregistret visar på bättre tandhälsa mätt som antalet kvarvande tänder. Inom detta område har inte några regeländringar förekommit som ökat eller minskat den ersättningsberättigande tandvården.

**Tabell 10** Antal patienter, implantat och avtagbara proteser vid behandling av helt tandlös käke åren 2009–2011.

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Implant- behandling vid helt tandlös käke	Antal patienter	3 950	4 580	4 610	4 260	4 130	4 200	6 %
	Antal implantat	21 160	23 870	22 420	21 400	20 570	20 930	-1 %
	Antal per patient	5,4	5,2	4,9	5,0	5,0	5,0	
Total plattprotetik vid helt tandlös käke	Antal patienter	16 640	15 400	14 480	13 780	13 310	12 640	-24 %
	Antal proteser	20 160	18 620	17 590	16 680	16 190	15 420	-24 %
	Antal per patient	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	

Källa: TLV:s tandvårdsregister

Den ökning av implantatbehandling som fanns särskilt åren 2010 till 2011 förklaras av att det fanns tandlösa patienter med uppdämda behandlingsbehov hos personer yngre än 65 år som inväntade det nya, för dem förmånligare, tandvårdsstödet. Den nivå som framkommer år 2012 visar små förändringar och bedöms vara oförändrat framgent.

### 5.4.5 Tandstödd protetik vid annan rehabilitering

Det förekommer tillfällen då tandstödd protetik behöver utföras även om det inte har direkt samband med tandlöshet. Det kan förekomma när tänder är mobila på grund av tandlossning och behöver stabiliseras med protetik, när tänder ska ingå som stöd för delproteser eller när bettavvikelser behöver behandlas med protetik för att tuggningen ska fungera tillfredsställande.

**Tabell 11** Antal patienter och antal led eller implantat vid annan rehabilitering åren 2009–2011.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring
Antal patienter	4 840	5 780	5 430	5 320	5 020	4 670	-4 %
Antal led	20 610	26 710	25 000	23 780	23 350	21 900	6 %
Antal per patient	4,3	4,6	4,6	4,5	4,6	4,7	

*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Av tabell 11 framgår ett liknande mönster som vid tandlösa käkar och vid delproteser. år 2009 var sannolikt påverkat av övergångsregler från tidigare tandvårdsförsäkring. Ytterligare förklaring till det lägre antalet behandlade år 2009 kan sökas i att protetik vid bettavvikelser blev ersättningsberättigande först den 1 juli 2009 och det har skett en del förtydliganden även senare. Trenden är dock tydlig, det är ett sjunkande antal patienter som behandlas på grund av dessa tillstånd. Med stor sannolikhet kommer det även här finnas en svagt minskad efterfrågan på grund av att antalet ej intakta tänder minskar.

## 6 Förebyggande tandvård

### Sammanfattning

Förebyggande åtgärder avser att för dem med risk för tandsjukdomarna förebygga att de uppkommer och för de som drabbats av sjukdom att förhindra deras utveckling till ännu större skador eller för att hålla tandsjukdom i ett inaktivt tillstånd.

Basundersökning hos tandläkare minskade med 4 procent medan basundersökning utförd av tandhygienist ökade med 31 procent under perioden 2009-2014. Under samma period ökade antalet basundersökningar med nära 5 procent vilket berodde på ökat antal patienter i och med en ökad befolkning. Antal undersökningar per patient som besökte tandvården var i stort sett oförändrat under perioden.

Sammantaget minskade förebyggande åtgärder vid *risk* för karies med 44 procent. Behandlingar med fluor och professionell tandrengöring minskade med 41 procent, från cirka 480 000 till under 300 000 per år, från och med år 2013. Minskningen av förebyggande åtgärder vid risk för karies bedöms vara relaterat till rekommendationer i Nationella riktlinjer för vuxentandvård (NR) och ändringar i TLV:s ersättningsregler.

Andel patienter som fick non-operativa åtgärder vid karies ökade från 2,6 till 4,2 procent under perioden, det gjordes cirka 86 000 fler åtgärder år 2014. Det var patienter yngre än 30 år som fick de flesta non-operativa åtgärderna. Den sjunkande andelen som fick reparera tänder (operativa åtgärder) på grund av karies kan ha samband med denna ökning.

Informationsåtgärder vid risk för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandkött har minskat för de med *risk* och ökat med 76 procent för de som var *sjuka*. Resultaten visade att

behandlare bytte tillstånd från *risk för parodontit* till *sjukdomsbehandling av gingivit*. Ökning av informationsåtgärderna var dock större än byte av tillstånd vilket tyder på att rekommendationerna i NR har haft effekt. Det var framförallt den mindre informationsåtgärden som TLV tillförde år 2013 som stod för ökningen.

Åtgärder för avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid *risk* för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandkött upphörde vid årsskiftet 2012/2013 på grund av ändringar i TLV:s ersättningsregler och rekommendationer i NR. De har däremot ökat från 2 130 000 till 2 600 000 åtgärder vid *sjukdomar* i vävnaderna kring tänder och tandkött. Behandlare har bytt från tillstånd *risk för tandlossning* till alla typer av sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandkött.

Avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar har minskat med 330 000 åtgärder sammanlagt under perioden. Orsaken bedöms bero på rekommendationer i NR och TLV:s ändringar.

Antal patienter som behandlats för tandlossning har ökat med cirka 160 000 (24 %) De allra flesta var över 65 år. Antal tanduttagningar på grund av tandlossning har minskat från 211 000 till 185 000 (-12 %) under samma period.

Orsaken till minskningarna av tanduttagningar trots fler patienter och fler tänder totalt bedöms bero på satsningar på förbättrad munhygien och på en ökad medvetenhet om orsakssambanden till tandlossning.

## 6.1 Bakgrund till förebyggande tandvård

Tandborstning med fluortandkräm två gånger per dag är den viktigaste förebyggande åtgärden för att ha en god tandhälsa<sup>14</sup>. Det är de enskilda individerna i befolkningen som är de viktigaste tandhälsoarbetarna i landet, som dagligen utför jobbet i hemmet. De kan behöva stöd (utvecklingssamtal) av tandvårdspersonal vid regelbundna basundersökningar och de med behov särskilda förebyggande insatser. Att sluta med tobak förebygger alla tandsjukdomar, vilket är ett vanligt råd som tandvårdspersonal ger.

<sup>14</sup> Att förebygga karies, SBU 2002.



Den ersättningsberättigande tandvården har hälsofrämjande insatser som ska erbjudas de patienter som har risk att få tandsjukdomar. De utgår ifrån att patienterna har fått sin risk att utveckla tandsjukdomar bedömd av tandläkaren/tandhygienisten och att effektiva åtgärder sätts in anpassade till den enskilde patientens risk.

Efter det att tandvårdsstödet trädde i kraft har en granskning av tandvårdens metoder och åtgärder gjorts av Socialstyrelsen som givit ut rekommendationer i Nationella riktlinjer för tandvård (NR) som publicerades år 2011. TLV har mot bakgrund av dessa rekommendationer i NR genomfört förändringar i den ersättningsberättigande tandvården av vissa förebyggande åtgärder åren 2013 och 2014. Det har inneburit att några åtgärder inte längre är ersättningsberättigande eftersom de enligt nationella riktlinjerna inte har effekt. Det har även tillförts nya åtgärder medan andra har modifierats något, till exempel avseende hur många gånger de är ersättningsberättigande under en period.

Socialstyrelsen och vårdgivare har haft omfattande utbildningsinsatser år 2011–2012 riktade till tandvårdspersonal för att implementera NR som kan ha påverkat tillämpningen av tandvårdsstödet.

### 6.1.1 Karies

Tandvårdspersonalen bör alltså identifiera de patienter som har en förhöjd risk att få karies eller tecken på en aktiv kariessjukdom. De bör erbjudas munhygieninformation och -instruktion samt få förslag om fluortillägg. De med högt sockerintag bör motiveras att ändra ogynnsamma matvanor. Man kan också erbjuda fluorlackning.

### 6.1.2 Tandköttsinflammation och tandlossning

God munhygien är också viktig för att förebygga de sjukdomar som förekommer i vävnaderna kring tänder och tandimplantat. Ofta benämnd tandköttsinflammation och tandlossning. Kallas inom tandvården för gingivit eller parodontit om det är runt tänder och mukosit eller periimplantit om det är runt implantat. De benämningarna och *sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat* kommer att användas i fortsättningen.

Sjukdomarna beror på bakteriell infektion vilket betyder att tidig diagnos och behandling som leder till infektionskontroll är viktiga för att förebygga, hindra och även behandla sjukdomarna. Målet är att få kontroll över infektionen för att förhindra att framtida behandlingsbehov och lidande för patienter med sjukdom.

En god munhygien har således stor betydelse för tandhälsan. När det finns brister i munhygien bör tandvårdspersonal erbjuda munhygienundervisning både till patienter med risk för dessa sjukdomar och också de som är drabbade av sjukdomarna. Till de förebyggande åtgärderna hör också att avlägsna hårda och mjuka beläggningar på tänder och implantat som finns ovanför och i tandköttsfickor. Det kallas att ta bort tandsten och polera tänderna, mekanisk infektionsbehandling eller depuration. Även om det är en sjukdomsbehandlande åtgärd räknas de in i de förebyggande åtgärderna eftersom de bidrar till infektionskontrollen. Uppföljning av insatta åtgärder med upprepad information och instruktion är också förebyggande insatser.

Parodontit och periimplantit kan också behandlas med operationer av olika typer. De kan också innebära att tänder och implantat måste tas bort. Detta räknas inte in i de förebyggande åtgärderna. Detta kommer därför att beröras i korthet i denna del av rapporten.

Parodontit och perimplantat har vanligen ett långsamt förlopp som hos en stor andel av befolkningen ger symtom först i högre åldrar. Det medför att med högre livslängd och fler kvarvarande tänder bör behandlingsbehoven öka. Denna del av analysen begränsas av den i sammanhanget korta tidsperioden om sex år varför en lägre observationstid rekommenderas för att analysera de långsiktiga trenderna.

Det finns patienter med karies eller parodontit som har ett snabbt förlopp som kräver omfattande vårdinsatser, men det är så få individer att de inte påverkar de data som presenteras här på befolkningsnivå.

### **6.1.3 Käkfunktionsstörning och tandslitage**

Det finns tillstånd när käkmuskler och käkled utsätts för överbelastning vilket kan leda till smärtor i käkarna samt olika former av huvudvärk. Tänderna kan också slitas ner av tandgnissling, bristande tandborstteknik och av ofta förekommande sura uppstötningar,

kräkningar och intag av sura drycker och födoämnen. För dem är det viktigt med tidig diagnos så att patienterna kan ändra sina (o)vanor, få träningsprogram för sina käkmuskler och skenor av olika typer som kan skydda tänderna och ge avslappning åt käkmuskler och vila åt käkleden. Det finns också inom detta område personer med risk för dessa skador där förebyggande insatser kan sättas in. Detta område kommer dock inte att beröras i denna rapport.

## 6.2 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Förebyggande besök definieras här som de besök då minst en förebyggande åtgärd har genomförts. De förebyggande åtgärderna är definierade enligt Försäkringskassans tidigare rapport<sup>15</sup> om besöksfrekvenser i förebyggande syfte.

**Tabell 12** Åtgärder definierade som förebyggande åtgärder

Åtgärdskod	Åtgärdsbenämning
101	Basundersökning, utförd av tandläkare
102, 111, 114	Basundersökning, utförd av tandhygienist
201	Information och instruktion vid risk för karies, gingival/parodontal sjukdom och käkfunktionsstörning
202, 205	Fluorbehandling och professionell tandrengöring kortare
203, 206	Fluorbehandling och professionell tandrengöring längre
204	Profylaxskena, per skena
311, 312,	Information och instruktion + uppföljning
313, 314	Beteendemedicinsk behandling + uppföljning
321	Icke-operativ behandling av karies
341, 342, 343	Behandling av gingivit, mukositis, parodontit eller periimplantit,

<sup>15</sup> Försäkringskassan 2010. Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008, s. 10.

Ett besök där någon av åtgärderna i tabell 11 har utförts definieras som ett förebyggande besök. Vid en sådan definition har 53 procent av drygt 10 miljoner besök haft någon förebyggande åtgärd år 2014. De förebyggande åtgärderna utgjorde 44 procent av det totala antalet åtgärder som uppgick till knappt 17 miljoner åtgärder år 2014.

Eftersom åtgärder har upphört och tillkommit i stödet på grund av anpassning till nationella riktlinjer gäller ovan angivna resultat endast år 2014. Jämförelser med hela perioden görs därför när tillstånd och åtgärder kopplas samman. Om undersökningsåtgärderna undantas har antalet patienter som fått de övriga förebyggande åtgärderna ökat från 47,5 procent till 49 procent.

Det finns risk för under- /överskattning och felrapportering när åtgärder ska tillämpas och data tyder på att det kan ha skett vid förebyggande åtgärder i högre utsträckning än när det gäller tandreparationer och åtgärder vid tandförluster.

### **6.2.1 Undersökning som förebyggande åtgärd**

Basundersökning hos tandläkare och tandhygienist innebär att patienten, förutom undersökningen, ska informeras om sin tandhälsa och sitt behov av eventuella åtgärder. Patienterna ska också få hälsoinformation och rekommendationer om egenvård samt förebyggande åtgärder i form av enklare instruktion i munhygien. Det ingår också borttagande av mindre mängd tandsten och mindre omfattande fluorbehandling.

Det finns intressanta trender avseende vilka som utför undersökningarna under perioden. Antalet basundersökningar hos tandläkare och tandhygienist har ökat totalt sett under perioden med cirka 4,6 procent vilket ungefär motsvarar ökningen av antalet besökare i tandvården.

Tabell 13 Antal basundersökningar åren 2009–2014

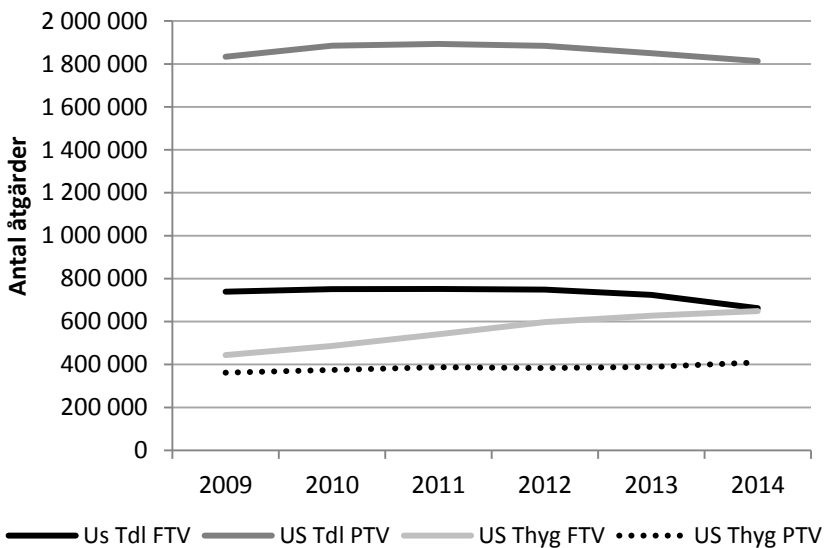
Åtgärd	Benämning	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring
101	Basundersökning, tandläkare	2 574 520	2 637 520	2 646 350	2 634 500	2 575 450	2 477 560	-3,8 %
102	Basundersökning, tandhygienist	806 800	861 820	928 870	981 600	1 017 520	1 059 910	31,3 %
	Summa basundersökning	3 381 330	3 499 340	3 575 220	3 616 100	3 592 970	3 537 470	4,6 %
	Antal basundersökning per patient som besökt tandvården	0,814	0,824	0,831	0,832	0,826	0,818	

Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Undersökning hos tandhygienister har ökat med drygt 31 procent, cirka 250 000 åtgärder medan de har sjunkit hos tandläkare med 3,8 procent, cirka 100 000 åtgärder.

Det var inom folktandvården ökningen av undersökningarna utförda av tandhygienist har varit störst. År 2014 var det lika vanligt att tandhygienister gjorde basundersökning som tandläkare inom folktandvården i Sverige, vilket framgår av figur 14 nedan. Tendensen med färre basundersökningar utförda av tandläkare och fler utförda av tandhygienister fanns också bland privata vårdgivare.

**Figur 12** Antal basundersökningar utförda av tandhygienist och tandläkare åren 2009 till 2014 fördelade på offentlig och privat vårdgivare



Källa: Försäkringskassans tandvårdsregister

Mot bakgrund av den förbättring av tandhälsan med ett ökande antal intakta tänder som redovisats tidigare i denna rapport var det en förväntad utveckling och som sannolikt kommer att fortsätta.

Enligt 13§ förordningen(2008:193) om statligt tandvårdsstöd ska vårdgivare erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning inom lämplig tid. För många innebär det en basundersökning varje eller vartannat år hos tandläkare eller tandhygienist. Intervallen för besök hos tandläkare kan förmodligen utsträckas ännu längre än dagens för patienter med goda vanor och låg risk. Det kan ske genom att göra ytterligare grupperingar av patienter där de med mycket goda vanor, intakta tänder och stabila bett kan besöka tandhygienister för regelbunden basundersökning vartannat eller vart tredje år för kontroll och stöttning av egenvård och basundersökning hos tandläkare vart femte–sjätte år.

## 6.2.2 Behandling vid kariesrisk och nonoperativ kariesbehandling

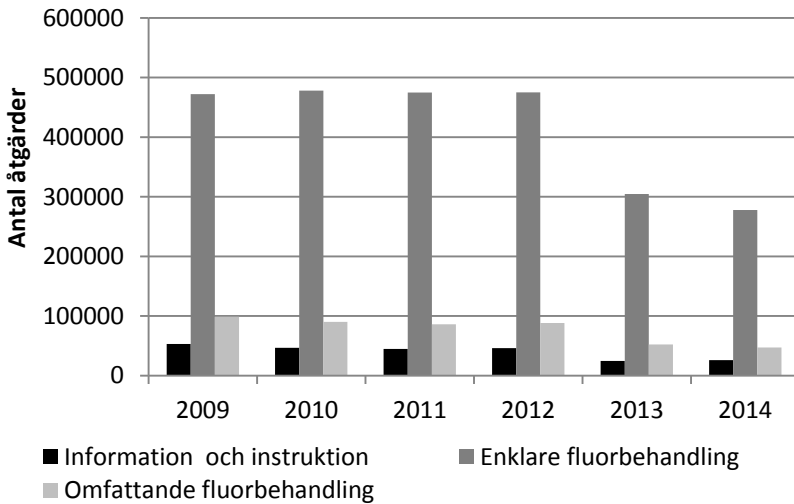
Vid kariesrisk är som tidigare nämnts viktiga åtgärder att förbättra munhygien, ändra kostvanor och öka fluortillförsel. När en person har en förhöjd risk att få karies eller tecken på en aktiv kariessjukdom bör därför information om beteendeförändringar och fluoråtgärder vara aktuella. Uppföljning av insatta åtgärder och upprepad information och instruktion är också förebyggande insatser.

### 6.2.2.1 Resultat vid kariesrisk

Under perioden har det skett en minskning av antal åtgärder till följd av kariesrisk från 2009 till 2014 med 41 procent. Under åren 2009–2012 var det dock en relativt stabil nivå. Antal åtgärder per patient var 1,1 år 2014 vilket var en liten minskning (4 %) sedan år 2009.

När TLV anpassade åtgärder och tillstånd till rekommendationer i NR upphörde två vanligt förekommande åtgärder som innebar *professionell tandrengöring och fluorbehandling*. Åtgärderna användes också vid risk för parodontit där den var verkningslös. Två nya åtgärder tillfördes vid kariesrisk som i princip innebar samma moment, men fluorbehandling betonades och åtgärderna kunde utföras utan att samtidigt utföra en undersökning. Trots det minskade antalet behandlingar med fluor och professionell tandrengöring från cirka 480 000 till under 300 000 per år från och med år 2013.

Minskning berörde inte bara åtgärderna med fluor utan samtliga åtgärder vid kariesrisk minskade, se figur 15. Privata vårdgivare hade största minskningen, mer än en halvering (-53 %) av antal åtgärder medan offentliga vårdgivare hade en minskning med 4 procent.

Figur 13 Antal sjukdomsförebyggande åtgärder vid risk för karies.

Källa: TLV:s tandvårdsregister

Det är inte troligt att antalet patienter med kariesrisk minskat plötsligt vid ett årsskifte utan det beror på TLV ändringar i den ersättningsberättigande tandvården till följd av rekommendationerna i NR.

En orsak till minskningen förefaller ha varit registreringsfel, behandlarna valde slentrianmässigt tillstånd *kariesrisk* när det var *sjukdomar* som karies, gingivit eller parodontit man behandlade med professionell tandrengöring och fluor. En ökning av antal åtgärder/behandling vid framförallt sjukdomsbehandling av gingivit talar för att det är en del av minskningen. En ökning av antal förebyggande åtgärder när det är *kariessjukdom* svarade för en mindre del av minskning av förebyggande åtgärder vid risk för karies.

En annan orsak till minskningen kan bero på att åtgärderna utfördes vid basundersökningen och numera är inbakad i åtgärdspriset. Det har dock inte ändrats utan medianpriset vid undersökningar följer som tidigare referenspriset varför den förklaringen är mindre trolig.

Eftersom det totalt sett rapporteras färre åtgärder med professionell tandrengöring kan många behandlare ha slutat utföra åtgärderna till följd av rekommendationerna i NR. De kan också ha fortsatt utföra åtgärderna, men helt korrekt inte rapporterat dem



eftersom de inte var ersättningsberättigande från och med 1 januari 2013.

### 6.2.2.2 Resultat vid nonoperativ behandling av karies

Vid behandling av kariessjukdom är förebyggande åtgärder med information, instruktion i munhygien, råd om kostvanor och fluor-tillskott aktuella, ofta kallat nonoperativ behandling. Skadan i tanden kan fås att stanna av och ibland läka ut. Under perioden har detta ökat, från 2,6 procent av patienterna år 2009 till 4,2 procent år 2014. Nivån var låg i förhållande till andelen som får sina tänder reparerade på grund av karies som var 27,1 procent av samtliga patienter år 2009 och 23,2 procent år 2014.

Av tabell 14 framgår att antalet patienter som fått nonoperativ behandling har ökat med 70 procent och även antalet åtgärder per patient. En lite större ökning har skett år 2013 och 2014 när TLV ändrade åtgärderna för kariesförebyggande och tillförde informationsåtgärderna.

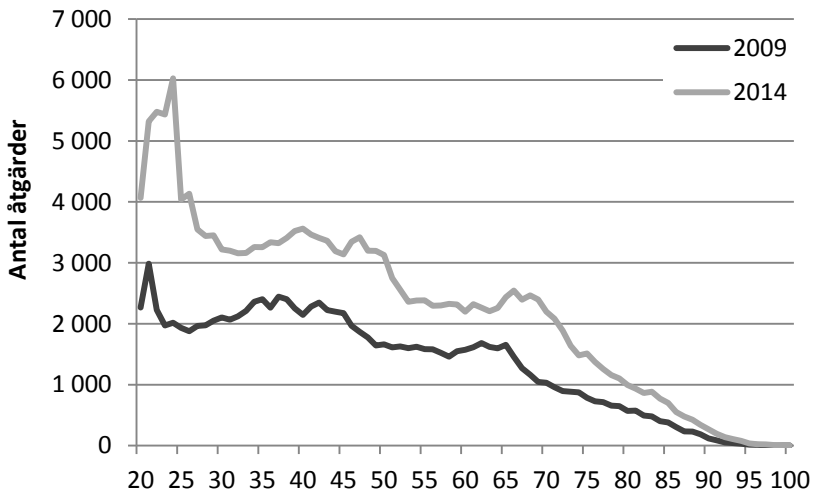
**Tabell 14** Antal patienter som fått en eller flera nonoperativa åtgärder under åren 2009–2014

Typ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Emaljkaries	88 990	101 980	109 070	115 710	134 450	141 860	59%
Dentinkaries	18 420	17 530	19 150	26 180	35 240	41 030	123%
Summa	107 410	119 500	128 220	141 890	169 680	182 890	70%
Antal åtgärder per patient	1,30	1,27	1,28	1,34	1,39	1,43	10%

*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Åldersfördelningen av nonoperativ behandling av karies visade på en annorlunda åldersfördelning än den som annars varit vanlig. Behandlingen utfördes på patienter som var yngre och denna ökning av nonoperativa åtgärder kan vara en delförklaring till den kariesminskning som ses för de yngre i Figur 6. Den tidigare observerade åldersförskjutningen fanns också inom detta område.

Figur 14 Antal nonoperativa åtgärder vid karies per åldersklass år 2009 och 2014



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Det är positivt att de flesta non operativa åtgärder sätts in bland yngre vilket medför att tandhälsan på sikt förbättras.

I kapitel 4.1 framgick att karies som krävde reparation hade minskat under perioden. Minskningen av andelen med karies förklaras dock inte helt av att det skett en ökning av kariesförebyggande åtgärder eftersom det är så pass få som får sådan behandling. Sannolikt är befolkningens egenvård med tandborste, fluortandkräm och andra fluortillskott viktigast.

Behandling vid risk och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat

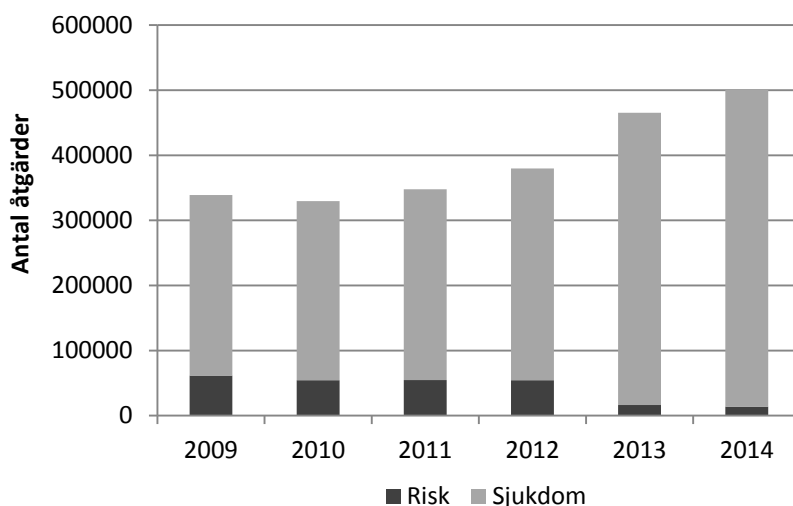
Det finns som tidigare nämnts förebyggande åtgärder som sätts in vid tandsjukdomar som dels behandlar sjukdomen men också fungerar förebyggande. Sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat (gingivit, mukositet, parodontit och periimplantit) både förebyggs och behandlas med beteendeändringar av munhygienvanor samt med professionellt borttagande av hårda och mjuka beläggningar. Uppföljning av insatta åtgärder med upprepad information och instruktion är också förebyggande men ingår också i de sjukdomsbehandlande åtgärderna.

Information och instruktion i egenvård rekommenderades tydligt av NR. TLV tillförde år 2013 en ny mindre uppföljande informationsåtgärd, vissa restriktioner togs bort för den tidigare informationsåtgärden och 1 september år 2014 tillfördes en omfattande och en uppföljande åtgärd för beteendeförändring. Som redan nämnts gjordes också omfattande utbildningsinsatser åren 2011 och 2012 om rekommendationerna som gavs i NR som kan ha påverkat behandlarna vid val av åtgärder.

### 6.2.2.3 Informationsåtgärder vid risk för och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat

Effekterna av TLV:s ändringar avspeglade sig tydligt i antal utförda åtgärder. Det har skett en ökning med 77 procent av antal utförda informationsåtgärder från 330 000 per år till drygt 500 000 år 2014. I figur 15 nedan kan noteras att informationsinsatserna vid risk för sjukdom har minskat men vid pågående sjukdom har de ökat betydligt.

Figur 15 Antal informationsåtgärder totalt vid risk för och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat åren 2009 till 2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

En stor del av förklaringarna till ökningen får sökas i att det finns fler informationsåtgärder att välja bland och att behandlarna bytt tillstånd från risk för parodontit till sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat. Den nya mindre informationsåtgärden ökade mest. Den största ökningen av informationsinsatserna har skett vid sjukdomen gingivit. Gingivit kan betraktas som en riskfaktor till parodontit så det är ett konsekvent handlande av behandlarna. Ökningen åren 2012–2013 bedöms därför bero på de tydliga rekommendationerna i NR om mer informationsinsatser samt på ändringarna i TLV:s ersättningsregler.

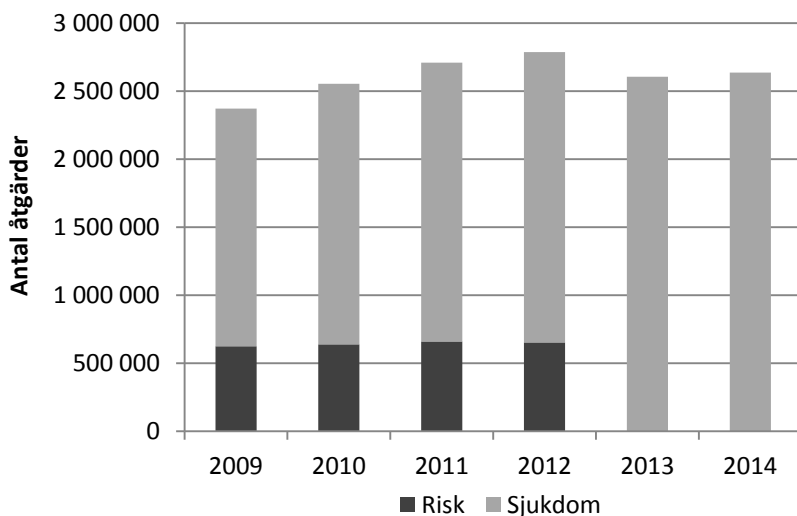
#### 6.2.2.4 Avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid risk och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat

Två åtgärder i tandvårdsstödet som innebar professionell tandrengöring och fluorbehandling hade enligt rekommendationerna i Nationella riktlinjer för tandvård (NR) inte effekt vid risk för parodontit. Mot bakgrund av dessa rekommendationer beslutade TLV att de inte skulle var ersättningsberättigande från och med 1 januari 2013 och tog bort dem ur stödet.

Resultaten visade att en del av de borttagna åtgärderna med professionell tandrengöring vid *risk* för parodontit ersattes dels med informationsåtgärder och dels med åtgärder som innehåller avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid *sjukdomar* i vävnaderna kring tänder och tandimplantat.

Av Figur 16 framgår att det år 2012 gjordes cirka 550 000 åtgärder vid risk och 2 130 000 åtgärder vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat har ökat till cirka 2 600 000 åtgärder. Den största ökningen var gingivit i samband med TLV:s regeländringar.

**Figur 16** Antal åtgärder med avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid risk för och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat åren 2009 till 2014



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Det utfördes cirka 400 000 färre åtgärder professionell tandrengöring, depuration eller mekanisk infektionsbehandling år 2013 när alla byten av tillstånd från risk till sjukdom tas med i beräkningarna. år 2014 var det en svag ökning med cirka 2 procent, cirka 70 000 fler åtgärder totalt. Den bättre tandhälsan med fler kvarvarande tänder och fler patienter som besöker tandvården bör innebära att fler sådana åtgärder kommer att utföras kommande perioder.

### 6.2.3 Antal patienter, tillstånd och åtgärder vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat

Det har varit en ökning av antal patienter som fått behandling på grund av sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat. Den mesta ökningen har berott på att behandlarna ändrat tillstånd och åtgärd från risk till sjukdomsbehandling som nämnts tidigare.

**Tabell 15** Antal patienter med sjukdomar i vävnader kring tänder och implantat åren 2009–2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Gingivit	793 170	876 900	907 190	914 010	1 238 490	1 308 480	65%
Parodontit	673 220	689 670	741 500	785 880	836 330	834 730	24%
Mukosit	38 660	32 240	21 430	12 090	13 080	14 440	-63%
Periimplantit	59 720	66 950	63 970	64 710	80 330	77 560	30%

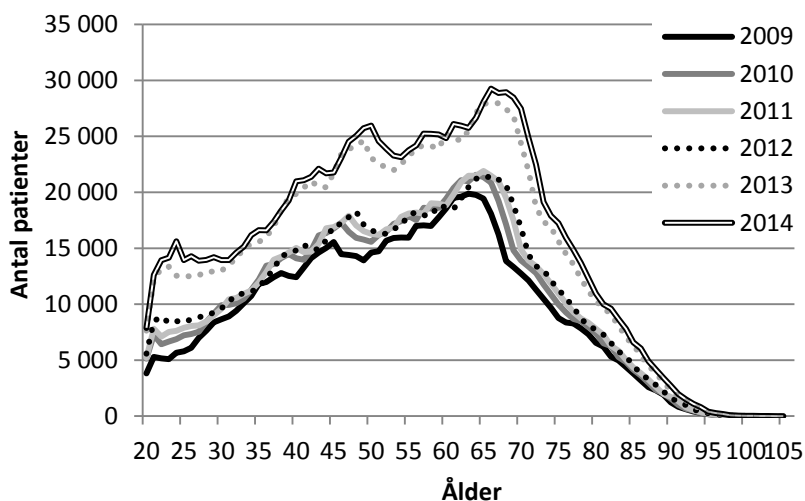
*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

Det fanns en åldersförskjutning som innebar att antalet patienter och åtgärder ökade med stigande ålder. Ett samband med antalet kvarvarande tänder fanns också vilket kommer att framgå av de följande avsnitten.

### 6.2.3.1 Gingivit

Av figur 17, som visar samtliga patienter som fått en eller flera åtgärder vid gingivit, ökade med cirka 50 procent för alla ålderklasser 2013 och som kvarstod 2014. Det är inte sannolikt att antalet patienter med gingivit ökat plötsligt ökat år 2013 utan förklaringen får sökas i att TLV följde rekommendationerna i NR vid beslut om ändringar i ersättningsreglerna. Information och professionell tandrengöring rapporterades tidigare utförda till följd av *risk* för parodontit. Behandlarna har bytt till sjukdomsbehandlande åtgärder sedan år 2013 vid *sjukdomar* i vävnaderna kring tänder och tandimplantat framförallt vid gingivit. Detta är något som tidigare antytts i analysen se figur 15 och 16. Av Figur 17 där varje år 2009–2014 är redovisade framgår att det var en åldersklassförskjutning vid gingivit vilken bedöms ha starkt samband tandstatus och stigande ålder.

Figur 17 Antal patienter med tillstånd och åtgärd vid gingivit åren 2009 till 2014.



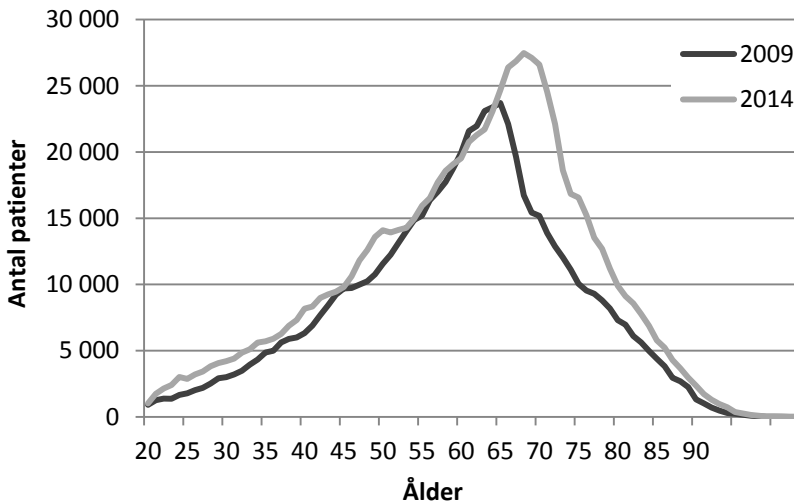
Källa: TLV:s tandvårdsregister

Behandlingsbehoven vid gingivit mätt som antal åtgärder per patient har inte ökat utan det utfördes i genomsnitt 1,29 åtgärder per patient och år och något fler för dem över 60 år,

### 6.2.3.2 Parodontit

Vid parodontit har det skett en tydlig åldersförskjutning i ökning av antalet patienter för de som är äldre än 65 år. Antalet patienter med parodontit har ökat med cirka 160 000, en ökning med 24 procent sedan år 2009.

**Figur 18** Antal patienter som fått behandling på grund av parodontit åren 2009 och 2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Antalet åtgärder per individ har ökat svagt från 1,78 år 2009 till 1,83 år 2014.

Vid sjukdomen parodontit har ändringarna i TLV:s föreskrifter haft påverkan. År 2010 tillfördes en mycket omfattande åtgärd för avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar. Den ändringen hade begränsad påverkan på antalet patienter som fått sådan åtgärd utförd, år 2014 gjordes cirka 6000 av denna åtgärd.

De åtgärder som står för de största ökningarna är informationsinsatserna där en ökning ses redan år 2012 som bör hänföras till rekommendationer i NR och TLV:s ändringar åren 2013 och 2014.



Tabell 16 Antal utförda åtgärder vid parodontit åren 2009–2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014	Ändring %
Information	112 420	112 800	119 930	130 980	182 700	204 040	91 620	82 %
Depuration*	777 070	821 780	917 530	991 450	1 074 250	1 083 100	306 030	39 %
Tanduttagning	210 740	192 510	188 370	188 040	189 550	185 720	-25 020	-12 %
Operationer	9 160	9 610	9 500	9 670	9 770	9 730	570	6 %

Källa: TLV:s tandvårdsregister \*Annat ord för avlägsnande av mjuka och hårda beläggningar

Andelen patienter som fick behandling på grund av parodontit har ökat vilket överensstämmer med prediktioner gjorda i epidemiologiska studier. Ökningen skedde bland de som var äldre än 65 år vilket framgår av figur 19. Det stämmer med sjukdomens karakteristika, den har vanligen pågått lång tid innan den ger symptom. Sambandet med tandstatus och ökat antal kvarvarande tänder bör föreligga även här. Värt att notera är att antal tanduttagningar sjunkit med 12 procent sedan år 2009. Ett uppdämt behov verkar dock ha funnits år 2009 varför det året inte verkar representativt.

Trots fler patienter och fler tänder förefaller dock inte extraktionerna på grund av parodontit ha ökat utan de har minskat. Orsaken får sannolikt tillskrivas bättre tandhälsa och bättre munhygien bland befolkningen.

Personer med intakta tänder har ett bättre utgångsläge om de får parodontit eftersom de inte har fyllningsskarvar och protetiska konstruktioner vilka gör att bakterier lättare får fäste på tänderna och att de blir svårare att rengöra.

**Figur 19** Andelen patienter med behandling på grund av parodontit år 2009 och 2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Bland de som är 50 år och yngre motsvarar de som får behandling till följd av tandlossning prevalensen i en epidemiologisk studie från 2008<sup>16</sup>. Vid 65 år ålder anges prevalensen i den studien vara cirka 40 procent. Andelen som genomgått behandling år 2014 uppgår till nära 30 procent varav de allra flesta gjort ett besök. I en rapport från Folkhälsoinstitutet från år 2008<sup>17</sup> om självskattad hälsa anger sju procent att de upplever besvär med tandlossning

### 6.2.3.3 Periimplantit

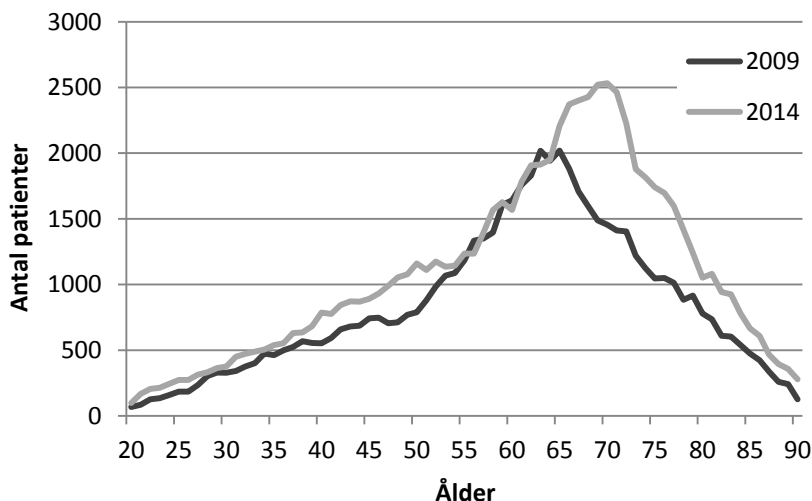
Antal patienter med periimplantit (inflammation i käkbenet runt implantat) som fick informationsinsatser ökade från en låg nivå år 2009 på 1400 per år till 4900 patienter per år 2014. Av figur 20 framkommer att det varit en ökning av antal patienter med periimplantit

<sup>16</sup> Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård EpiWux 2008 Nordström B, Edman K Landstinget Dalarna s. 21.

<sup>17</sup> Folkhälsoinstitutet, Rapport A 2008:06 sidan 25.

på 30 procent, från cirka 60 000 till 77 500. Ökningen hänförs framförallt till de som är över 65 år.

**Figur 20** Antal patienter med en eller flera åtgärder på grund av periimplantit år 2009 och 2014



Källa: TLV:s tandvårdsregister

Ökningarna bör vara en följd av att det tillkommit cirka 25 000–30 000 patienter med implantat per år och att det stora antal som fick implantat installerade med 65+ stödet nu behöver behandling för inflammationer runt implantaten.

Antal åtgärder visar en ökning för samtliga åtgärdstyper som utförs vid periimplantit. Åtgärder för att ta bort implantat fanns inte i TLV:s ersättningsregler inledningsvis utan tillfördes år 2010 samtidigt som vissa operationsåtgärder också tillfördes.

**Tabell 17** Antal utförda åtgärder till följd av perimplantit åren 2009 till 2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring 2009/2014
Information	1 430	1 720	1 950	2 140	4 060	4 890	184%
Depuration	65 740	75 500	72 220	73 530	91 120	88 540	17%
Ta bort implantat	40	240	630	670	840	1 050	335%
Operation	1 760	2 160	2 390	2 370	2 670	2 670	24%

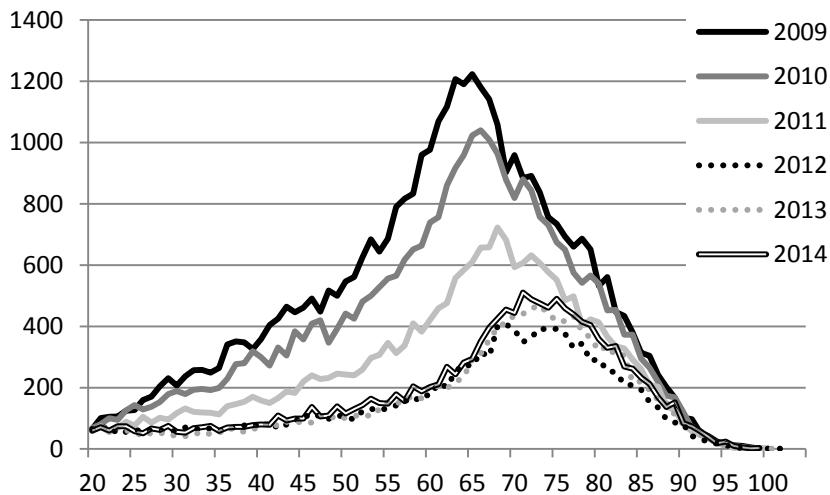
*Källa:* TLV:s tandvårdsregister

#### 6.2.3.4 Mukosit

Vid mukosit, inflammation i slemhinnan runt implantat, fanns en kraftig minskning av antal patienter fram till år 2012. Från cirka 39 000 patienter år 2009 till 12 000 år 2012 se figur 21. Därefter har antalet patienter legat på en svagt ökande nivå och antalet åtgärder per patient har ökat från 1,28 år 2009 till 1,35 år 2014. Bedömningen är att det fanns registreringsfel de första tre åren som står för minskningen eftersom den inte sammanfallit med TLV:s ändringar i föreskriften.

Eftersom det rör sig om ett så litet antal patienter påverkas inte sjukdomsområden som gingivit eller parodontit av en mera korrekt registrering. Sannolikt är dock att det rapporterats som mukosit när det var perimplantitbehandling som utfördes. Det kan stå för en del av ökningen av antal patienter med perimplantit, särskilt bland de som var under 55 år. På grund av risken för felregistrering analyseras inte åtgärderna för mukosit ytterligare.

Figur 21 Antal patienter med mukositis per ålderklass åren 2009–2014.



Källa: TLV:s tandvårdsregister

## 7 Figur och tabellförteckning

### 7.1 Figurförteckning

Figur 1	Medianantal tänder totalt och medianantal intakta tänder per åldersklass åren 2009 och 2014. ....	20
Figur 2	Besöksfrekvens, procentuell andel av befolkningen per åldersklass och besöksfrekvens relaterad till tandhälsan (högra figuren). Röd linje markerar besöksfrekvensen för hela befolkningen.....	21
Figur 3	Totalt antal med besök och befolkningen åren 2009 till 2014.....	25
Figur 4	Besöksfrekvens, andel av befolkningen per åldersklass år 2009 och 2014. ....	26
Figur 5	Andel patienter med karies, fyllnings-/kuspfraktur eller övriga skador som åtgärdats per åldergrupp år 2014, anges i procent av de som gjort besök.....	30
Figur 6	Andel patienter med karies och fyllnings-/kuspfraktur per åldergrupp år 2009 och 2014, anges i procent av de som gjort besök.....	32
Figur 7	Antalet fyllningsåtgärder åren 2009 till 2014 fördelade på privata och offentliga vårdgivare. ....	34
Figur 8	Antal tandstödda kronor utförda på grund av skadade tänder åren 2009 till 2014. ....	35
Figur 9	Antalet tanduttagningar och övriga åtgärder på grund av tandskador åren 2009–2014. ....	36

Figur 10	Antal patienter som fått ett eller flera implantat inopererade per ålderklass åren 2009 och 2014. Lodräta streck markerar individer med födelseår 1944.....	43
Figur 11	Antal patienter som behandlats med tandstött protetik vid olika typer av tandlöshet åren 2009 till 2014. Röd linje visar trend utan TLV:s regeländring 2013. ....	45
Figur 12	Antal basundersökningar utförda av tandhygienist och tandläkare åren 2009 till 2014 fördelade på offentlig och privat vårdgivare .....	59
Figur 13	Antal sjukdomsförebyggande åtgärder vid risk för karies. ....	61
Figur 14	Antal nonoperativa åtgärder vid karies per åldersklass år 2009 och 2014.....	63
Figur 15	Antal informationsåtgärder totalt vid risk för och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat åren 2009 till 2014. ....	64
Figur 16	Antal åtgärder med avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid risk för och vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat åren 2009 till 2014 .....	66
Figur 17	Antal patienter med tillstånd och åtgärd vid gingivit åren 2009 till 2014. ....	68
Figur 18	Antal patienter som fått behandling på grund av parodontit åren 2009 och 2014.....	69
Figur 19	Andelen patienter med behandling på grund av parodontit år 2009 och 2014.....	70
Figur 20	Antal patienter med en eller flera åtgärder på grund av periimplantit år 2009 och 2014 .....	71
Figur 21	Antal patienter med mukositet per ålderklass åren 2009–2014. ....	73

## 7.2 Tabellförteckning

Tabell 1	Överslag antal tänder i befolkningen 2009 och 2014.....	21
Tabell 2	Andel patienter med karies, fyllnings-/kuspfraktur eller övriga tandskador som åtgärdats åren 2009–2014 anges i procent .....	31
Tabell 3	Antal åtgärder vid tandskador åren 2009 till 2014. ....	37
Tabell 4	Antal patienter som behandlats med implantat, andel 65 år och äldre och antal implantat åren 2009–2011, anges i antal och i procent. ....	42
Tabell 5	Antal tandstödda kronor, hängande led och emaljretinerade stöd vid rehabilitering åren 2009–2011, anges i antal led. ....	44
Tabell 6	Antal patienter, åtgärder och åtgärder per patient samt procentuell förändring åren 2009 till 2014 .....	46
Tabell 7	Antal patienter och antal implantat vid mindre tandlucka, en till två tänder .....	47
Tabell 8	Antal patienter och antal implantat vid större tandlucka tre eller fler saknade tänder .....	48
Tabell 9	Antal patienter och antal delproteser åren 2009–2014.....	49
Tabell 10	Antal patienter, implantat och avtagbara proteser vid behandling av helt tandlös käke åren 2009–2011. ....	50
Tabell 11	Antal patienter och antal led eller implantat vid annan rehabilitering åren 2009–2011. ....	51
Tabell 12	Åtgärder definierade som förebyggande åtgärder .....	56
Tabell 13	Antal basundersökningar åren 2009–2014 .....	58
Tabell 14	Antal patienter som fått en eller flera nonoperativa åtgärder under åren 2009–2014 .....	62
Tabell 15	Antal patienter med sjukdomar i vävnader kring tänder och implantat åren 2009–2014. ....	67



Tabell 16	Antal utförda åtgärder vid parodontit åren 2009–2014 .....	69
Tabell 17	Antal utförda åtgärder till följd av perimplantit åren 2009 till 2014. ....	72
Tabell 18	Antal utförda åtgärder till följd av tandskador fördelade på privata och offentliga vårdgivare åren 2009–2014 .....	78
Tabell 19	Antal utförda åtgärder till följd av tandskador och antal åtgärder per patient åren 2009–2014 .....	78

## Bilaga 1

**Tabell 18** Antal utförda åtgärder till följd av tandskador fördelade på privata och offentliga vårdgivare åren 2009–2014

Åtgärd		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009/2014
Komposit- fyllningar	FTV	1 234 120	1 235 920	1 225 350	1 229 030	1 211 140	1 166 790	-5,5%
	PTV	2 044 360	2 091 310	2 050 060	1 996 370	1 933 900	1 876 490	-8,2%
Kompositkronor	FTV	35 050	30 600	26 850	25 200	23 460	19 820	-43,5%
	PTV	61 590	59 350	55 800	55 780	51 930	48 430	-21,4%
Kronor	FTV	64 520	60 790	58 170	58 880	60 290	62 080	-3,8%
	PTV	255 200	229 580	222 310	218 080	214 600	222 480	-12,8%
Övriga åtgärder	FTV	70 310	67 070	64 560	63 110	63 100	60 700	-13,7%
	PTV	167 120	159 640	152 130	144 630	140 130	135 180	-19,1%
Tanduttagningar	FTV	117 970	112 390	106 510	102 040	96 700	97 470	-17,4%
	PTV	75 310	77 630	76 080	74 590	74 470	73 960	-1,8%
<b>Summa</b>		<b>4 125 540</b>	<b>4 124 260</b>	<b>4 037 820</b>	<b>3 967 700</b>	<b>3 869 730</b>	<b>3 763 380</b>	<b>-8,8%</b>

Källa: TLV:s tandvårdsregister

**Tabell 19** Antal utförda åtgärder till följd av tandskador och antal åtgärder per patient åren 2009–2014

Åtgärd	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009/2014
Kompositfyllningar	3 376 670	3 418 340	3 359 170	3 307 580	3 222 210	3 112 850	-7%
Antal/patient	1,86	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	
Kompositkronor	96 650	89 950	82 660	80 980	75 400	68 260	-29%
Antal/patient	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	1,12	
Tandstödda kronor	320 100	290 560	280 660	277 140	275 080	284 660	-11%
Antal/patient	1,61	1,52	1,47	1,46	1,45	1,45	
Övriga åtgärder	237 660	226 790	216 760	207 830	203 310	195 950	-18%
Antal/patient	1,34	1,34	1,33	1,32	1,32	1,32	
Tanduttagningar	193 920	190 490	182 970	176 930	171 350	171 560	-12%
Antal/patient	1,41	1,40	1,37	1,36	1,35	1,35	

## Bilaga 3

Vad tycker du om det statliga tandvårdsstödet – rapport från en enkätundersökning till behandlare i tandvården

## Inledning

Som ett led i arbetet med utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd (dir 2014:28), som fått regeringens uppdrag att göra en utvärdering av 2008 års tandvårdsreform, har genomförts en enkät till aktiva tandläkare och tandhygienister.

Syftet med enkäten har varit att få en bättre kunskap om hur verksamma behandlare inom tandvården, med daglig kontakt med tandvårdspatienter, ser på de möjligheter och problem som det nya tandvårdsstödet har inneburit. Bl.a. hur stödet bidrar till målen om att bibehålla tandhälsan resp. att ge personer med stora behov en tandvård till rimlig kostnad.

Enkätundersökningen har genomförts i samarbete med Privat-tandläkarna, Tjänstetandläkarna och Tandhygienistföreningen, som bidragit med adresser till sina medlemmar. Till vår hjälp för att genomföra undersökningen har utredningen anlitat Markör Marknad och Kommunikation AB, som är ett fristående undersökningsföretag som upphandlats av Regeringskansliet.

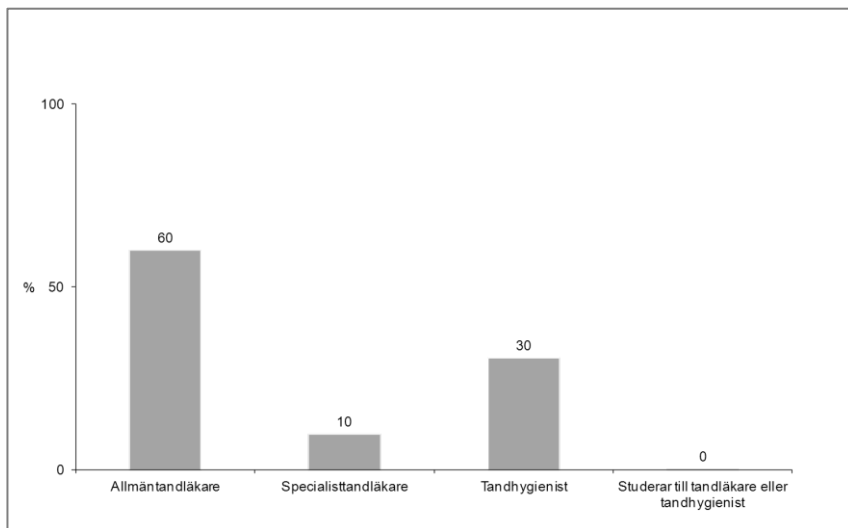
## Beskrivning av undersökningens innehåll

- Om undersökningen
- Förklaring av diagram
- Resultat
  - Bakgrundsfrågor
  - Besöksbenägenhet
  - Hur stärka patienten?
  - Regelverket ”ersättningsberättigande tandvård”
  - Förebyggande tandhälsa
  - Det statliga tandvårdsstödet

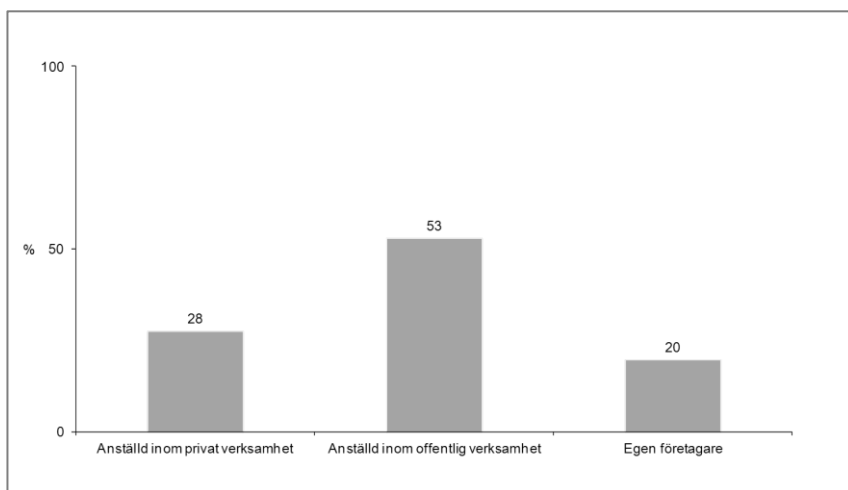
## Om undersökningen

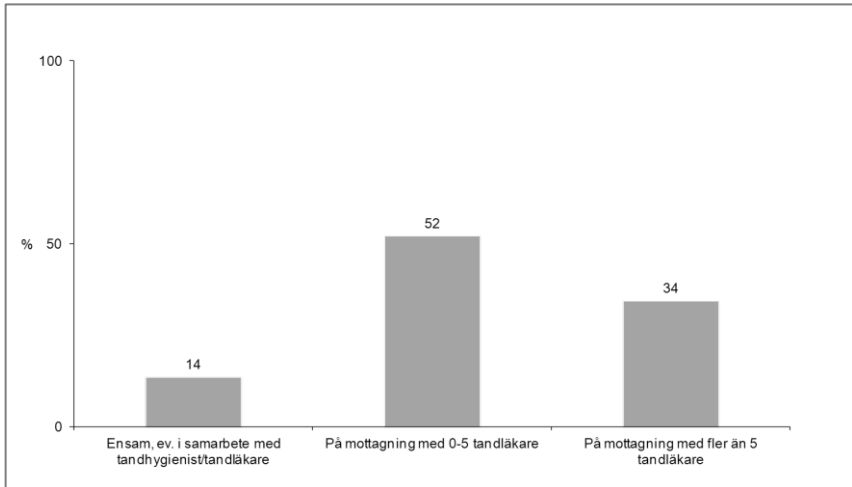
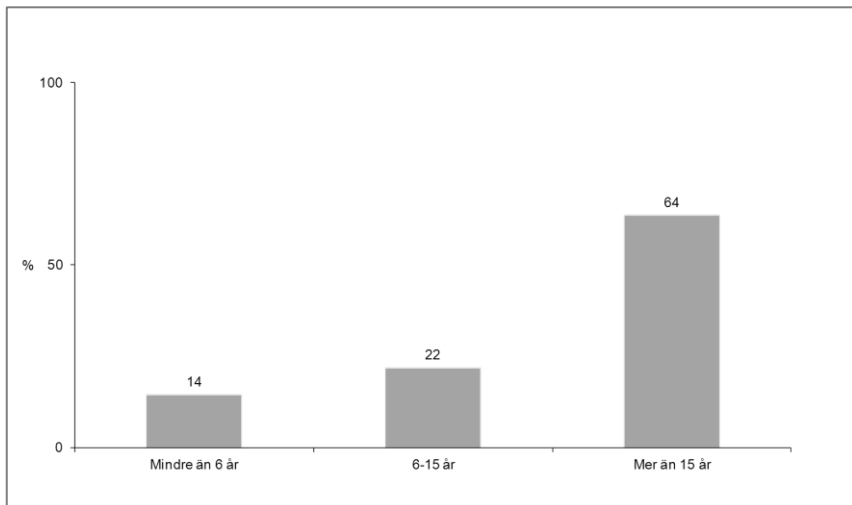
- Syftet med denna enkät har varit att få en bättre kunskap om hur verksamma behandlare inom tandvården, med daglig kontakt med tandvårdspatienter, ser på de möjligheter och problem som det nya tandvårdsstödet har inneburit.
- Enkätundersökningen har genomförts i dialog med Privattandläkarna, Tjänstetandläkarna och Tandhygienistföreningen, som bidragit med adresser till sina medlemmar.
- Medlemsregistren innehåller bl.a. dubletter i form av att flera personer angivit såväl en privat som en professionell mailadress. Det är därför svårt att beräkna en exakt svarsfrekvens. Baserat på urval och inkomna svar är antal svar, svarsfrekvensen och en beräknad felmarginal enligt nedan:
  - Totalt urval, 8 467 personer. Antal svar 2 926.
  - Svarsfrekvens 35 procent. Felmarginal + - 1,5 procentenheter.
  - Privattandläkarna: 2 597 urval. Svar 951 st, 37 procent.
  - STHF: 2 783 urval. Svar 893 st, 32 procent.
  - Tjänstetandläkarna: 3 087 urval. Svar 1 082 st, 35 procent.
- En genomgång av resultaten baserat på befintlig information ger oss ingen anledning att befara att någon grupp skulle vara kraftigt över/underrepresenterad och därmed bidra till en skev bild av totalresultatet. Svartsfördelningen mellan de olika medlemsorganisationerna är jämn.
- Undersökningen genomfördes via webbenkät. Ett mail med kort information om undersökningen och en personlig länk till enkäten skickades till medlemmarna. Totalt genomfördes tre påminnelser till dem som inte svarat.
- Undersökningen genomfördes mellan den 16 mars och den 2 april 2015.

**Figur 1** Bakgrundsfråga "Är du ..."



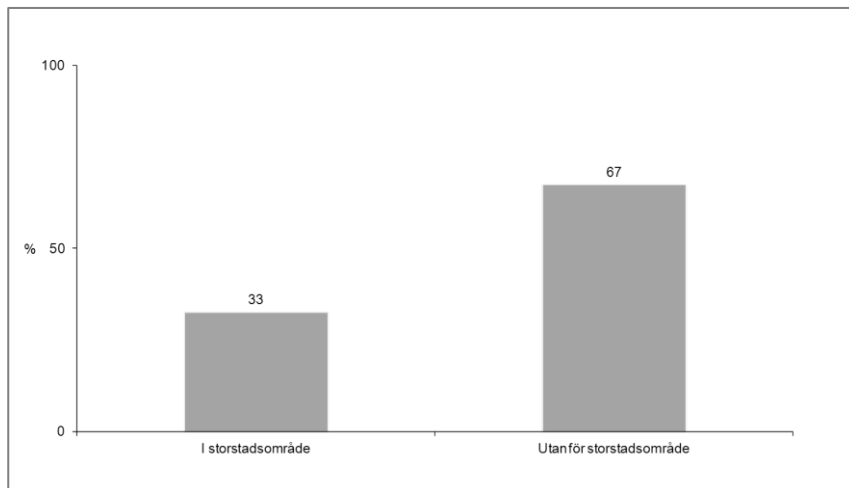
**Figur 2** Bakgrundsfråga "Arbetar du som ..."



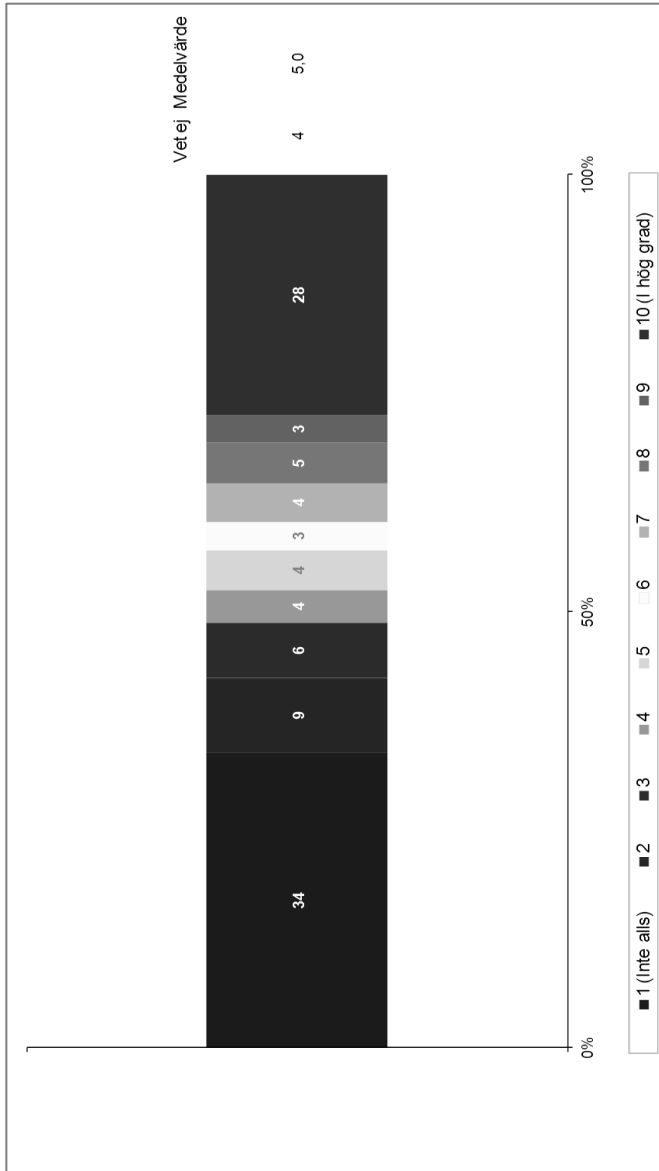
**Figur 3** Bakgrundsfråga "Arbetar du ..."**Figur 4** Bakgrundsfråga "Jag har varit verksam i yrket ..."



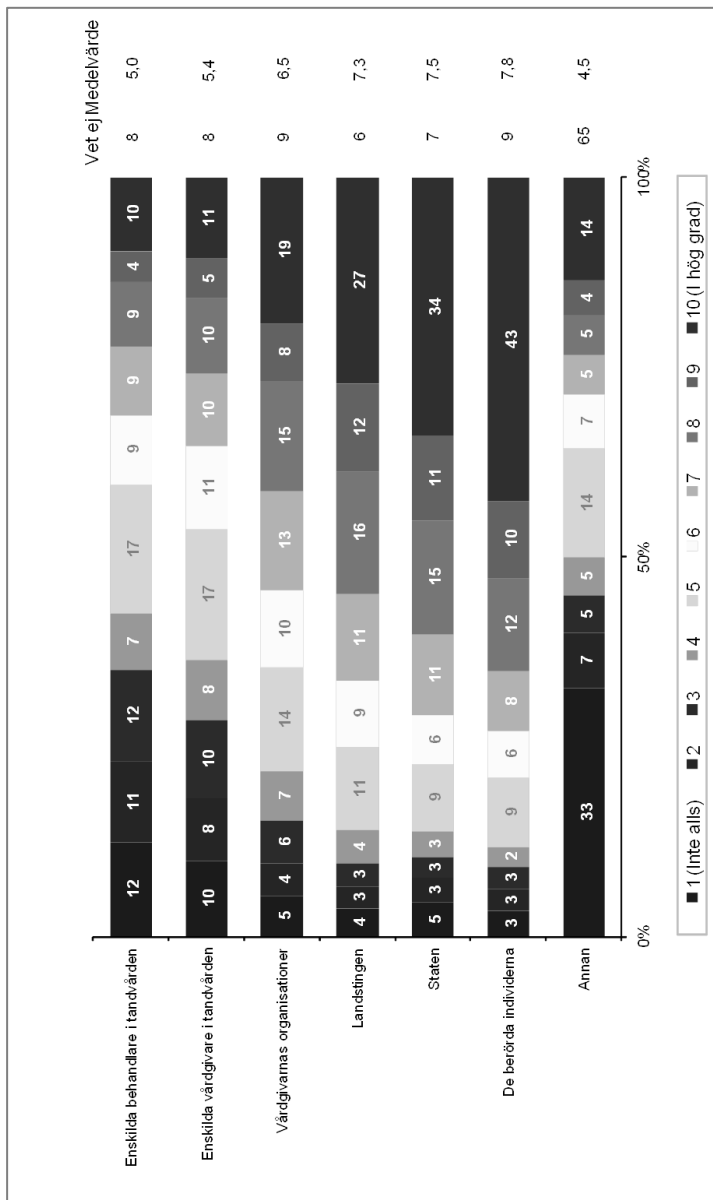
Figur 5 Bakgrundsfråga "Min verksamhet finns ..."



**Figur 6** I vilken utsträckning påverkar du beslut på din mottagning där det t.ex. handlar om priser, marknadsföring, verksamhetens inriktning och om mottagningen ska delta i prisjämförelsetjänsten på 1177?

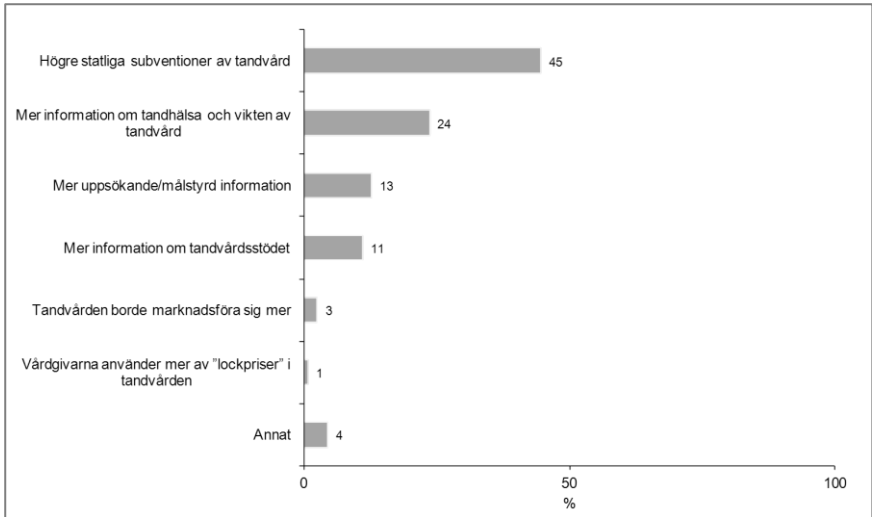


**Figur 7** En del människor kommer inte till tandvården i den utsträckning som de kanske skulle behöva. Vilka aktörer anser du borde kunna bidra för att bättre fånga upp de som inte kommer till tandvården trots behov?



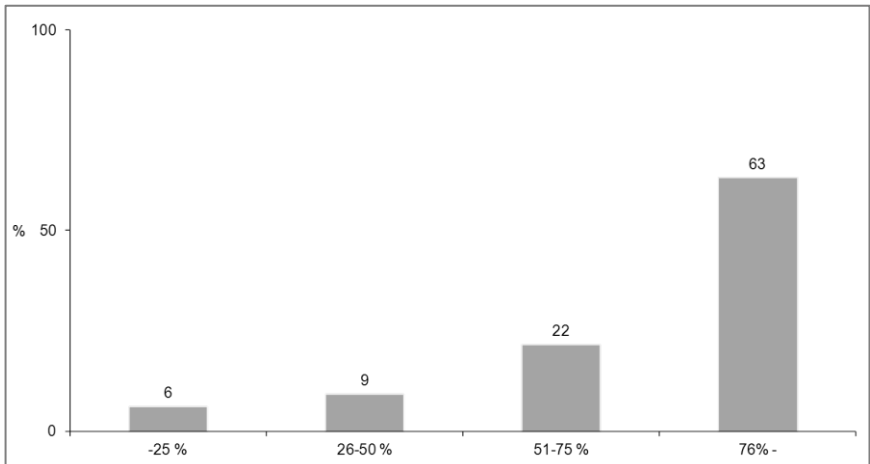
Anm. Omkring 400 öppna svar/kommentarer. Vanliga svar: att rättsla och ekonomi är viktigaste orsakerna till att människor inte besöker tandvården. En del säger att de är specialist (dvs. arbetar inte med "kontinuerlig" tandvård). I några fall anges att man inte har tillräcklig kapacitet.

**Figur 8** Vilken metod anser du är mest framgångsrik för att få fler människor, som har behov, att komma till tandvården?

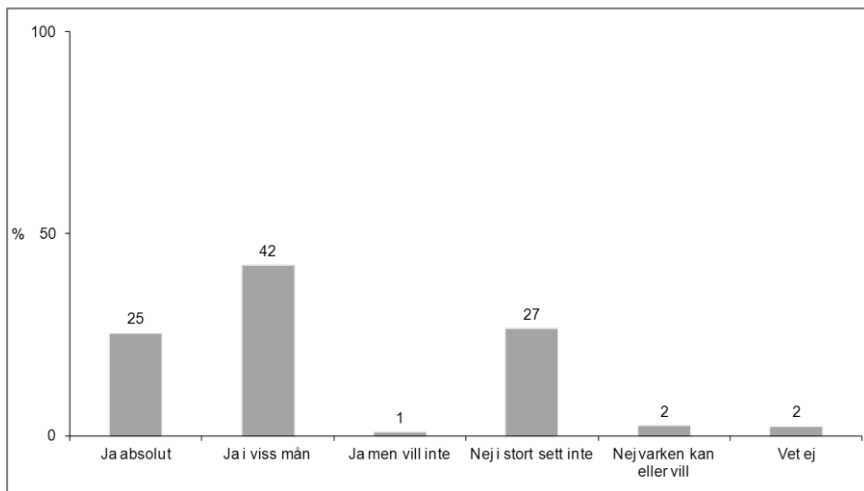


Anm: Totalt ett 80-tal kommentarer i öppna svar, ett vanligt svar är att man borde erbjuda en undersökning till hälso- och sjukvårdstaxa.

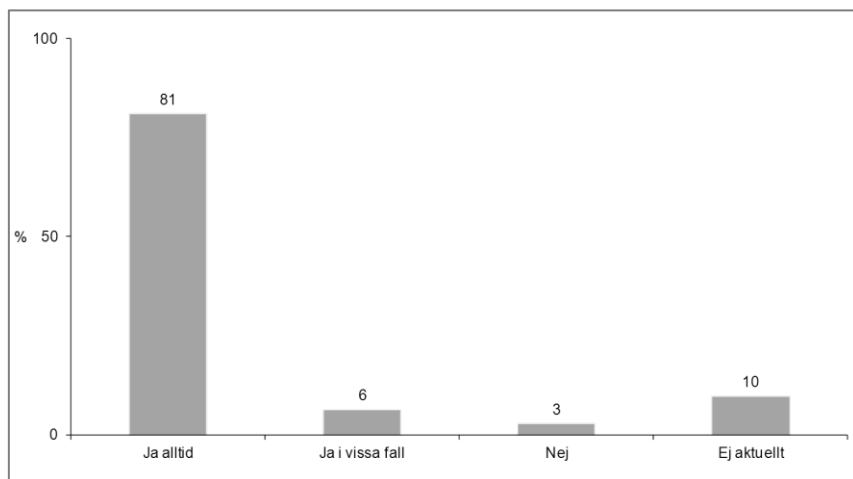
**Figur 9** Ungefär hur stor andel av de patienter som du behandlar under en månad är revisionspatienter, dvs. de blir regelbundet kallade till en undersökning

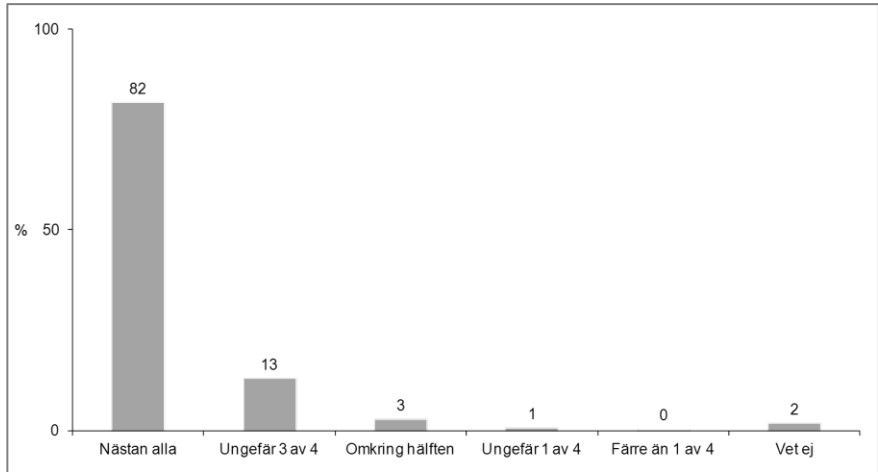


**Figur 10** Skulle du kunna ta emot fler patienter?



**Figur 11** Får alla dina patienter ett erbjudande om kallelse till ny undersökning?



**Figur 12** Hur stor andel antar detta erbjudande

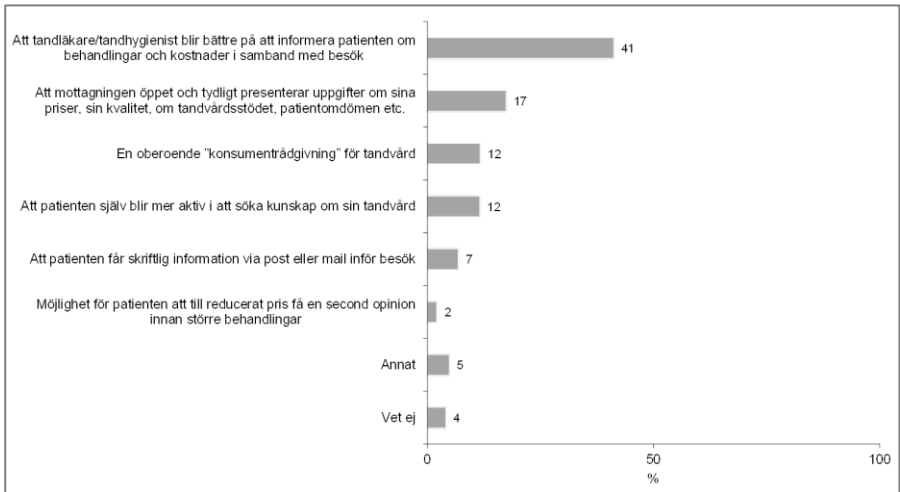
## Sammanfattning besöksbenägenhet

- Två av tre verksamma uppger att de skulle kunna ta emot fler patienter.
- Respondenterna uppger att ansvaret för att söka tandvård vid behov främst ligger på individen själv (73 procent). I andra hand kan stat, landsting och vårdgivarnas organisationer bidra.
- Knappt var tredje (32 procent) upplever att enskilda behandlare inom tandvården borde kunna bidra för att bättre fånga upp de som inte besöker tandvården trots behov.
- Den metod som enligt flest respondenter (45 procent) skulle ha bäst effekt för att få människor att vid behov besöka tandvården är högre statliga subventioner. Även mer information om tandhälsa och vikten av tandvård bör vara en framgångsrik metod enligt 24 procent av respondenterna.

Ingen skillnad mellan professionerna, anställningstid och verksamhetstyp vad gäller synen på besöksbenägenheten.

Privata behandlare, små mottagningar och storstadsverksamma uppger i högre grad att de kan ta emot fler patienter jämfört med offentliga och stora mottagningar.

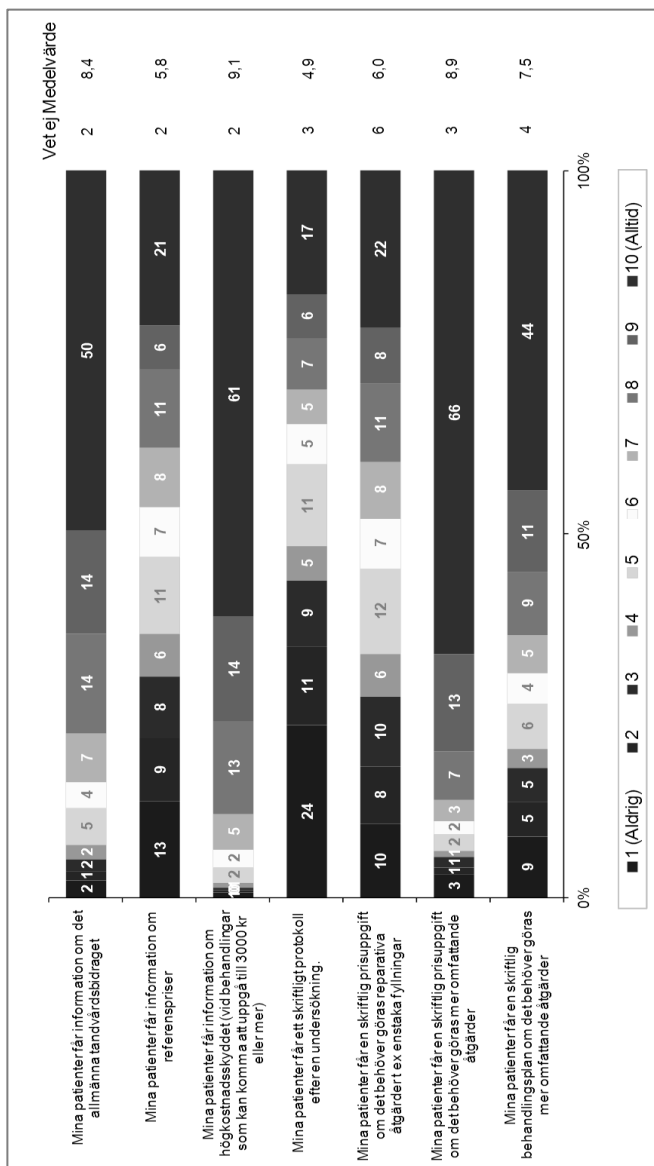
**Figur 13** Vilken typ av åtgärd anser du är viktigast för att stärka patienten i tandvården



Anm. Ett 100-tal öppna svar/kommentarer. Vanliga synpunkter är t.ex. att reglerna måste förenklas och att det måste ges mer allmän och anpassad information till olika grupper.

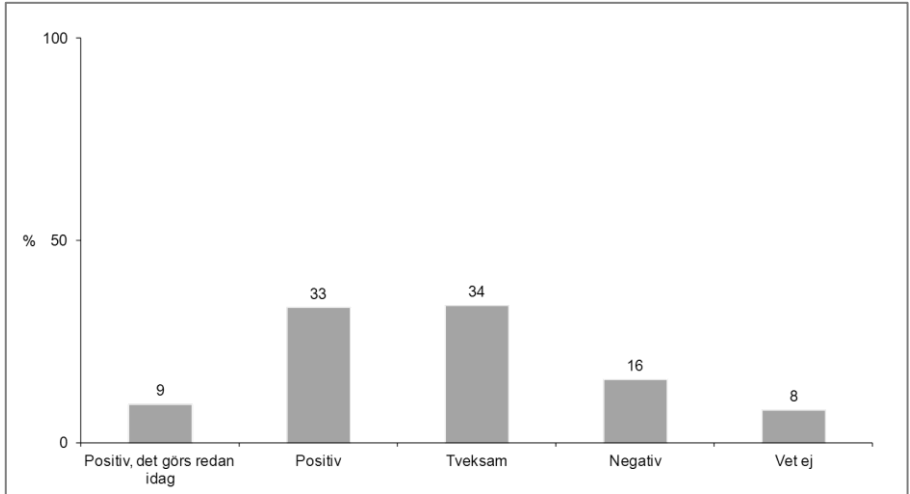


Figur 14 Hur man kan stärka patienten



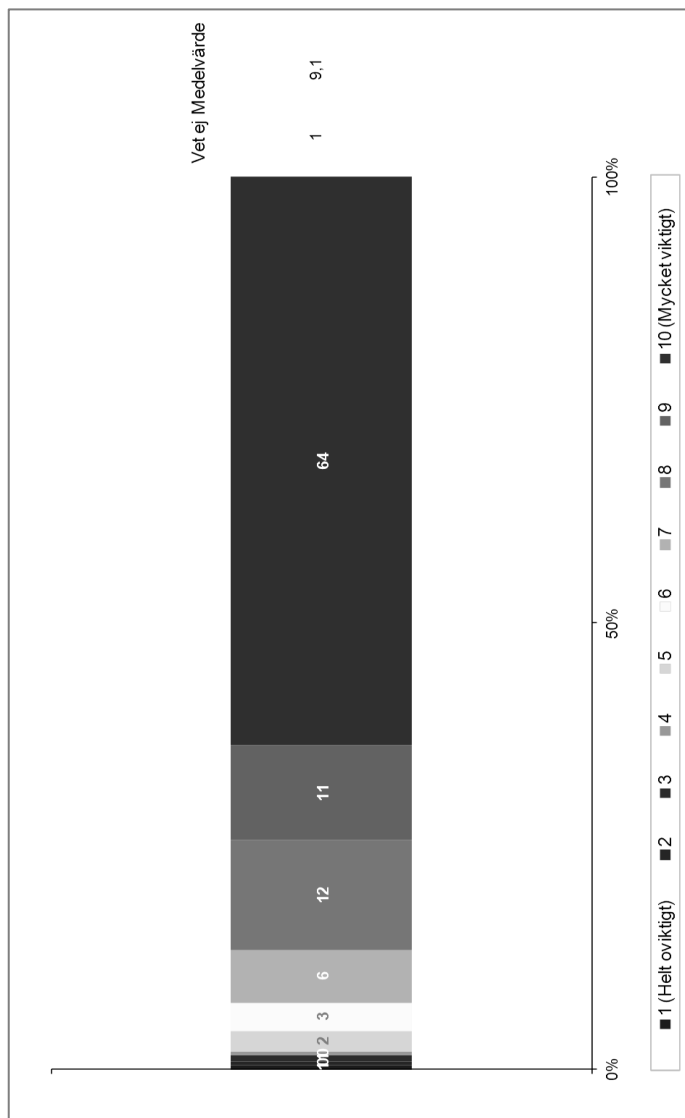
Ann: De som arbetat länge uppger i större utsträckning att de ger info om referenspriserna och de ger skriftliga protokoll efter en undersökning. De som arbetat i privat regi (inkl legna) uppger att de lämnar info om referenspriserna och de ger skriftliga protokoll efter en undersökning i större utsträckning än offentligt anställda. Storstadsbehandlare uppger i högre grad att de lämnar info om referenspriserna jämfört med övriga landet.

**Figur 15** Hur skulle du ställa sig till att uppgifter om din mottagning läggs ut på webben t.ex. patientomdömen, priser, din åtgärdsprofil etc. för att dina patienter ska kunna jämföra med andra mottagningar?

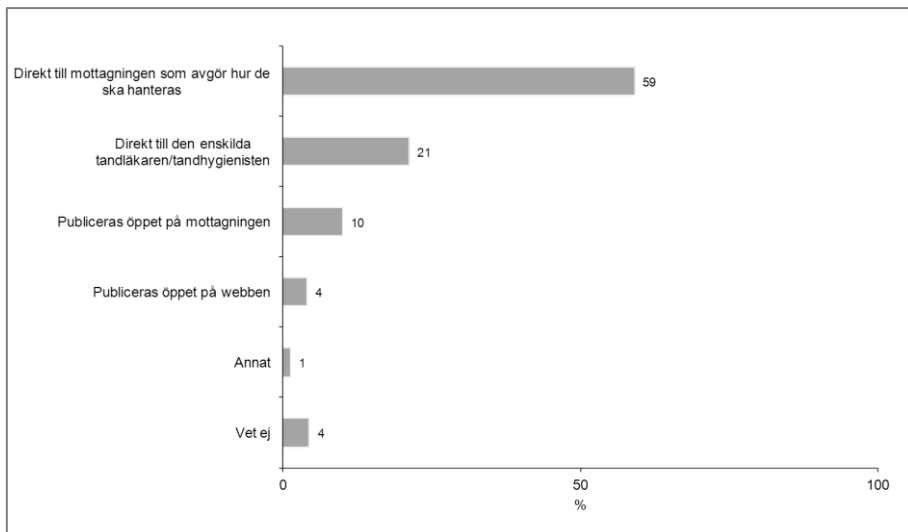


Anm. Tandhygienisterna är mer positiva än tandläkarna till att information om mottagningen läggs ut på webben.

Figur 16 Hur viktigt tycker du att det är att inhämta patienternas synpunkter på din mottagnings bemötande och kvalitet

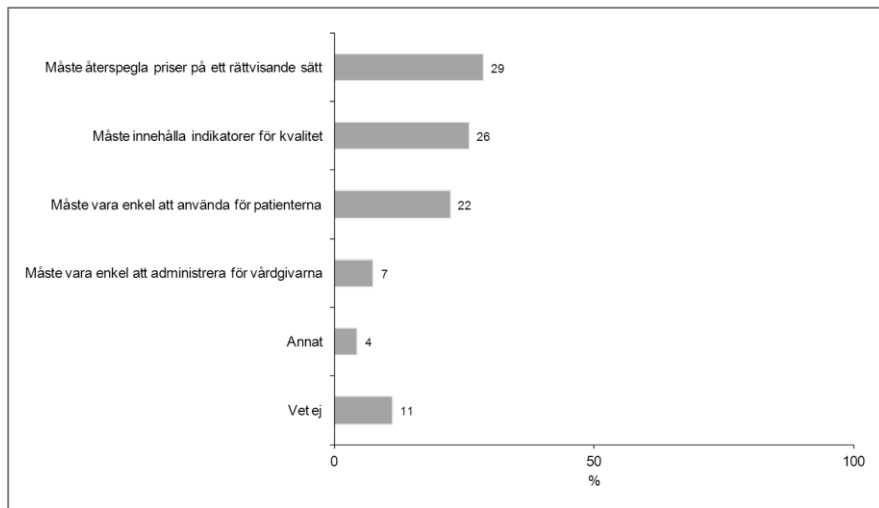


**Figur 17** Om patienternas synpunkter inhämtas; hur tycker du att de ska redovisas för att bäst komma patienterna till nytta?



Anm. Anställda i offentlig verksamhet tyckte i större utsträckning att uppgifterna skulle redovisas direkt till mottagningen som avgör hur de ska hanteras.

**Figur 18** Vad är viktigast för en bra jämförelsetjänst på webben, där patienter ska kunna jämföra priser och kvalitet mellan olika tandläkare



Anm: De som arbetat länge tyckte i större utsträckning att det är viktigt att priserna återspeglas på ett rättvisande sätt. För de som inte jobbat så länge (mindre än 15 år) var det viktigare att tjänsten var enkel för patienterna jämfört med de som arbetat längre än 15 år.

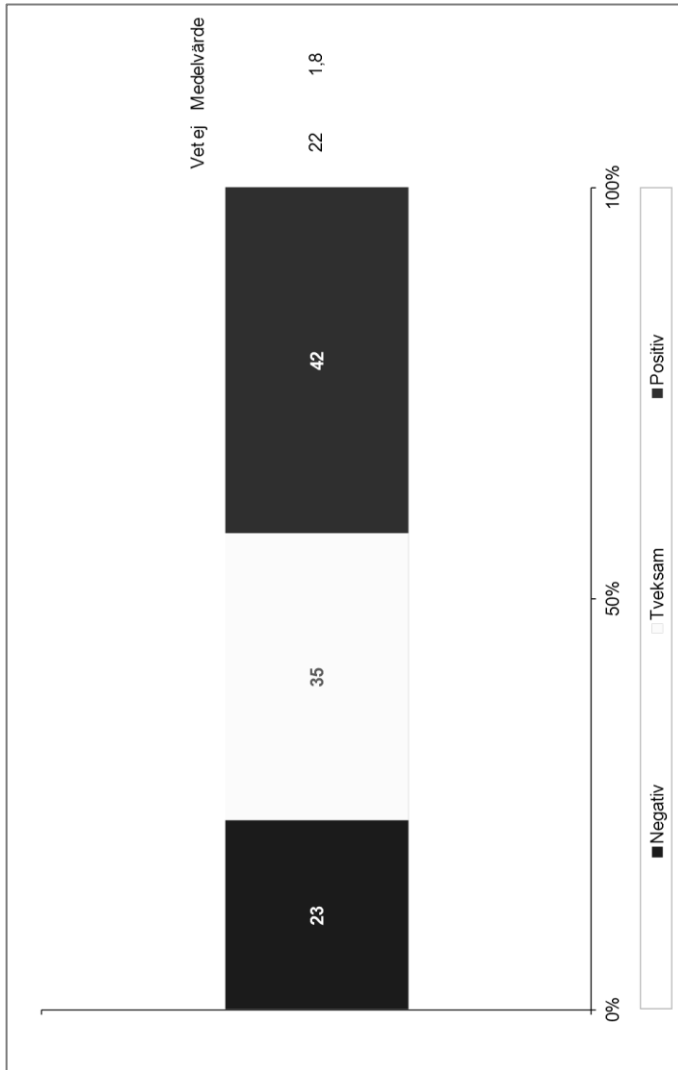
Mottagningar med färre än 6 tandläkare tycker i större utsträckning att det är viktigare att priserna återspeglas på ett rättvisande sätt.

Offentligt anställda tycker i betydligt större utsträckning att det är viktigt att tjänsten är enkel för patienterna. På motsvarande sätt är rättvisa återspeglningar av priset mindre viktigt för offentligt anställda.

Hygienister anser i betydligt större utsträckning att det är viktigt att tjänsten är enkel för patienterna och specialisterna tycker i större utsträckning att det är viktigt att tjänsten innehåller indikatorer för kvalitet.

Cirka ett 100-tal öppna svar/kommentarer till denna fråga, varav många ställer sig väldigt frågande och kritiska till möjligheten att på ett bra sätt jämföra priser och kvalitet på webben.

**Figur 19** Hur skulle du ställa dig till att det statliga stödet förenas med villkor om rapportering av priser till en jämförelsetjänst?



Anm. Tandhygienisterna är betydligt mindre negativa men också något mindre positiva (många tandhygienister har svarat vet ej på denna fråga).

Offentlig anställda är betydligt mer positiva och betydligt mindre negativa än privata och egna.

Stora mottagningar är betydligt mer positiva och betydligt mindre negativa än privata och egna. OBS (det finns en korrelation mellan stora mottagningar och offentlig driftsform).

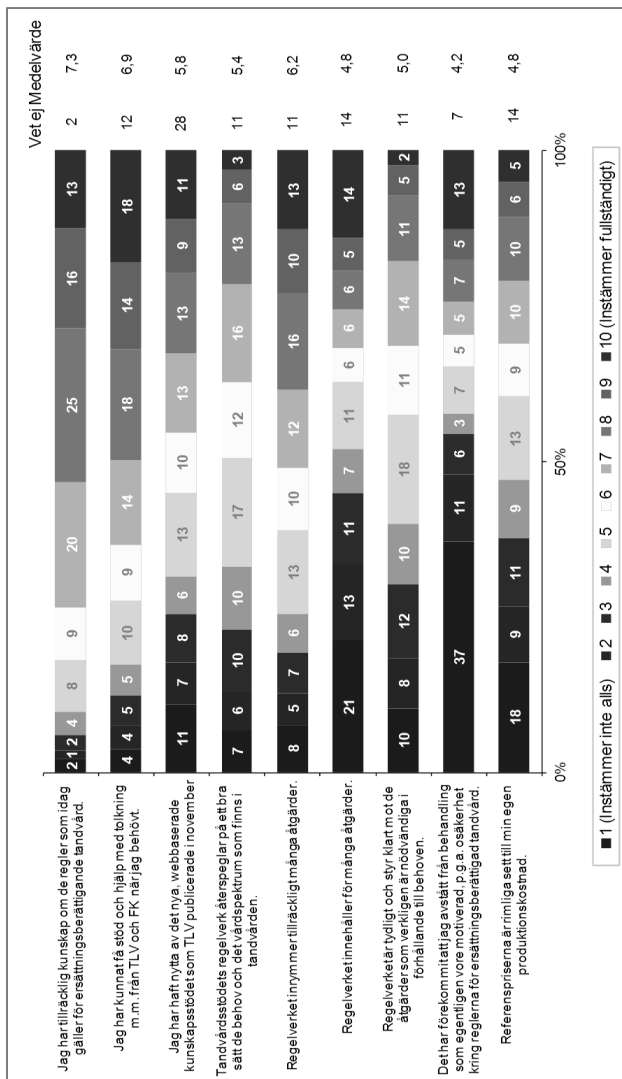
Något större skepsis för att villkora stödet bland storstadsregionerna än utanför storstäderna.

## Sammanfattning ”stärka patienten”

- Den åtgärd som enligt respondenterna är viktigast för att stärka patienten inom tandvården är att tandläkare/tandhygienister blir bättre på att informera patienten om behandlingar och kostnader i samband med besök (41 procent).
- Av undersökningen framgår att aktörerna i hög utsträckning informerar om det allmänna tandvårdsbidraget, högkostnads-skyddet samt att de ger en skriftlig prisuppgift om mer omfattande åtgärder behövs.
- Av undersökningen framgår också att aktörerna i lägre utsträckning informerar om referenspriser, att man i relativt låg utsträckning ger skriftliga protokoll efter en undersökning eller ger skriftlig prisuppgift vid reparativa uppgifter t.ex. enstaka fyllningar.
- Respondenterna tycker i hög grad att det är viktigt att inhämta patienternas synpunkter på mottagningens bemötande och kvalitet (93 procent). Åsikterna bör redovisas direkt till mottagningen (59 procent) och/eller direkt till enskilda tandläkare/tandhygienister (21 procent). Få tycker att resultaten bör redovisas öppet på mottagningen (10 procent) eller på webben (4 procent).
- Det råder delade meningar om det statliga stödet bör förenas med ett villkor om rapportering av priser till en jämförelsetjänst. 42 procent är positiva, 35 procent är tveksamma och 23 procent är uttalat negativa av dem som haft en åsikt. 22 procent uppger att de inte vet.

Omkring 400 öppna svar/kommentarer har lämnats när det gäller hur man kan stärka patienten. Även här finns det många som är kritiska framför allt till hur man skulle mäta kvalitet på ett bra sätt. Fler har förståelse för att jämföra priser men även här finns skepsis. Vissa kommentarer andas rädsla för att ”hängas ut” på ett okontrollerat sätt. Kommentarer om att jämförelser måste styras upp så att de blir rättvisande.

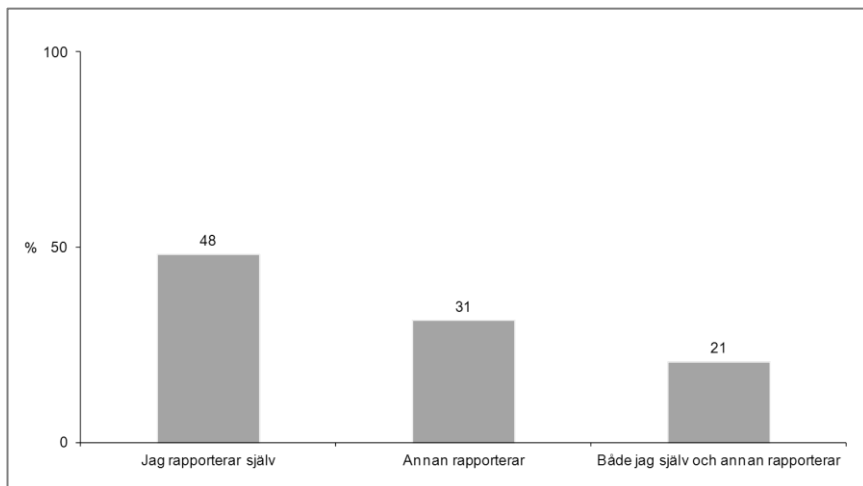
Figur 20 Regelverket för ersättningsberättigande tandvård



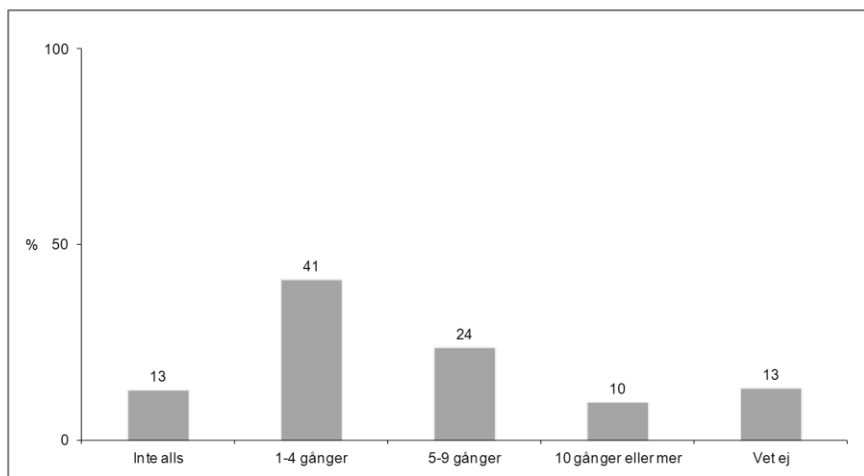
- Fråga 1: Inga stora skillnader
- Fråga 2: Specialisterna mindre nöjda. (6,4)
- Fråga 3: Specialisterna har haft minst nytta (5,0)
- Fråga 4: Specialisterna håller med minst (4,5)
- Fråga 5: Specialisterna håller med minst (5,5)
- Fråga 6: Små mottagningar (mindre än 6 tandläkare) tycker i större utsträckning att regelverket innehåller för många åtgärder. Det gäller även de som arbetat långt.
- Fråga 7: Specialisterna håller med minst (4,3)
- Fråga 8: AT (4,9); ST (3,7); Hygienist (3,0). Egen (5,2); Privat (4,6); Offentligt (3,6)
- Fråga 9: Offentliga tycker att ref-priset är rimligt i större utsträckning. AT (4,4); ST (3,7); Hygienist (5,9)

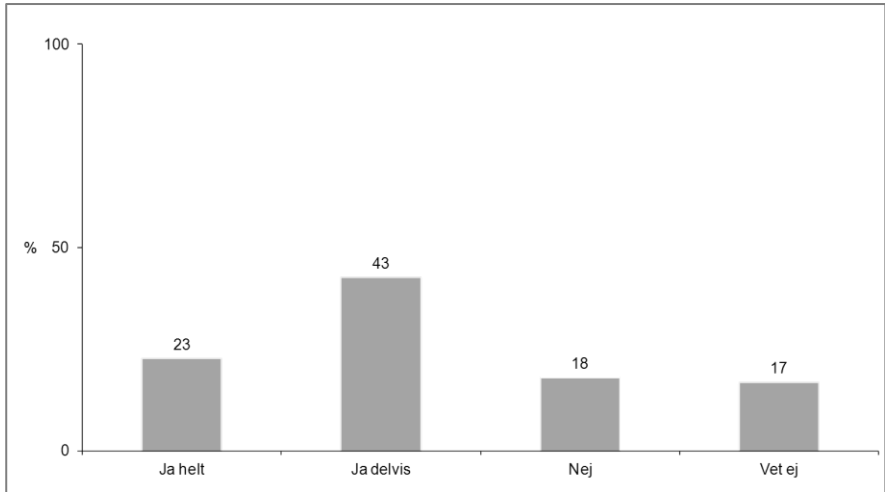


**Figur 21** Rapporterar du själv in uppgifter om dina patienter och dina behandlingar till Försäkringskassan, eller sköts detta av administratör eller annan?



**Figur 22** I vilken utsträckning har du (dina patienter, dina behandlingar) blivit föremål för Försäkringskassans efterkontroller under den senaste 12-månadersperioden?



**Figur 23** Uppfattade du kontrollen som relevant?

Anm. "Vet ej" var högst bland offentligt anställda (24 %), annars inga större skillnader.

Ungefär 250 personer, som inte uppfattade kontrollen som relevant, har lämnat öppna svar/kommentarer. En inte obetydlig del handlar om att man tycker att kontrollerna har gällt enkla behandlingar och väldigt små ersättningar – "sila mygg och svälja kameler". Det är också ganska många som anger att kontrollerna aldrig har lett till någon åtgärd och därför känns mindre meningsfull. En del gillar helt enkelt inte att bli kontrollerade. Några tar upp att det kräver mycket administration m.m.

## Öppna svar från dem som inte uppfattade kontrollen som relevant

Den mest frekventa kommentarerna från dem som inte uppfattade kontrollen som relevant är att den görs på mindre vårdinsatser för små belopp. Exempel på citat nedan:

Det är kontroller på behandlingar som kanske kostat under 1 000 kr. Det måste kosta mkt mer i arbetstid än vad det ger.

Flera kontroller gällde mindre behandlingar under 3 000:-. Mkt tidsödande för ingenting!!!!

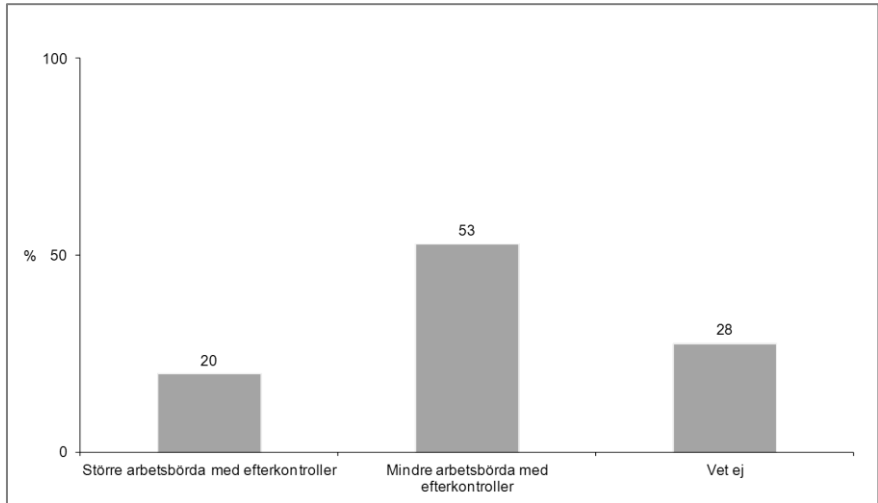
För att de var enkla behandlingar som bara ställde till mer jobb.

Flera uppger även att de aldrig får några anmärkningar. Det känns därför tidsödande att trots detta bli kontrollerad vid flera tillfällen. Exempel på citat nedan:

I mitt enskilda fall följs allt till punkt och pricka och det finns inga behov av s.k. efterhandskontroller.

Har aldrig fått ett nedslag och har alldeles för många kontroller i förhållande till antalet patienter, känner mig trakasserad.

**Figur 24** Hur ser du på den administrativa arbetsbördan i ett system med direktutbetalning och efterkontroller jämfört med ett system där mer omfattande tandvård ska förhandsprövas?

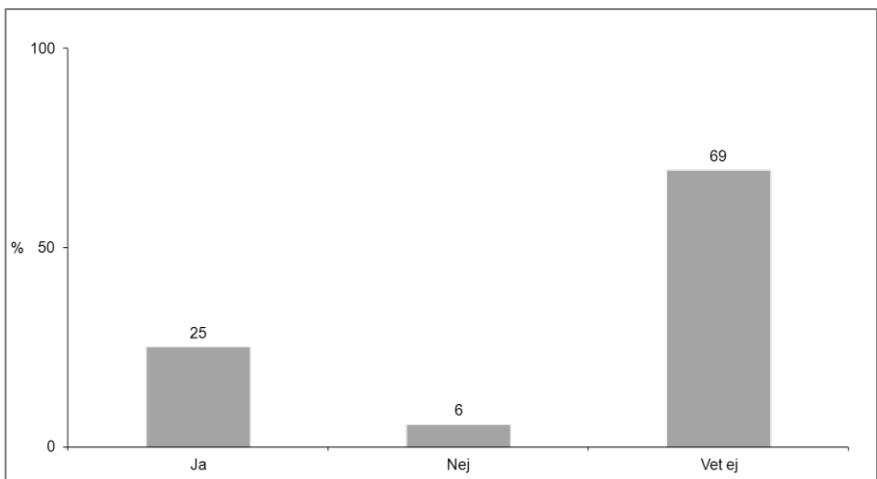


Anm. De som arbetat längre än 15 år ansåg i större utsträckning att det är en mindre arbetsbörda med direktutbetalning + efterhandskontroll (59 %) jämfört med 41 % och 44 %.

Mindre arbetsbörda anser AT (65 %), ST (50 %), Hygienist (30 %) OBS många hygienister svarade "Vet ej".

Mindre arbetsbörda anser "egna" 65 % jämfört med offentliga 46 % och privata 57 %.

**Figur 25** Anser du att de sanktioner som Försäkringskassan kan vidta när de upptäcker oegentligheter är tillräckliga effektiva?



## Öppna svar från dem som inte uppfattar sanktionerna effektiva

Den mest frekventa kommentarerna från dem som inte uppfattar sanktionerna som effektiva är att de vill se hårdare ”straff” för dem som fuskar medvetet:

De borde inrikta in sig på de som fuskar och samarbeta med socialstyrelsen för att få bort de tandläkarna som fuskar. Om man kan bevisa att tandläkare medvetet fuskar borde de bli av med legitimationen.

De som frekvent fuskar borde Försäkringskassan kunna utesluta ur systemet.

De som fuskar regelbundet skall straffas hårdare. Skadar för övriga i kåren.

De som fuskar, eller är för frikostiga, med åtgärderna borde straffas hårdare så att vi alla inte får dåligt rykte.

De som missbrukar regelverket verkar inte få tillräckligt hårda konsekvenser av det felaktiga handlandet. Kanske ett lite snabbare system som snabbare kan fånga upp de som använder stödet felaktigt?

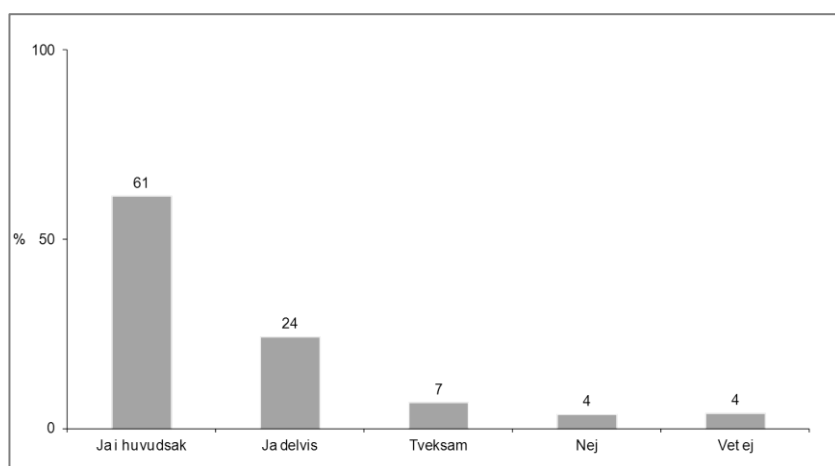
## Sammanfattning "ersättningsberättigande tandvård"

- De verksamma inom tandvården tycker i hög utsträckning att de har tillräcklig kunskap om de regler som gäller för ersättningsberättigande tandvård i dag (74 procent). 9 procent instämmer inte i att de har tillräcklig kunskap.
- En majoritet (65 procent) upplever att de fått stöd och hjälp med tolkning från TLV och FK när de behövt det.
- 28 procent uppger att de inte kan besvara frågan om de haft nytta av det nya webbaserade kunskapsstöd som TLV publicerade i november. Av dem som kunnat bedöma påståendet uppger 46 procent att de haft nytta av stödet medan 32 procent inte upplever sig haft nytta av stödet. 23 procent är tveksamma.
- Det råder delade meningar hos respondenterna om huruvida tandvårdsstödet regelverk på ett bra sätt återspeglar behovet och det vårdspektrum som finns i tandvården. Detsamma gäller om regelverket är tydligt och om det styr mot de åtgärder som är nödvändiga i förhållande till behoven. Ungefär var tredje respondent instämmer i påståendena medan drygt var tredje inte instämmer.
- Ungefär 80 procent av respondenterna uppger att de blivit föremål för Försäkringskassans efterkontroller under de senaste 12 månaderna. 23 procent upplever kontrollerna som relevanta medan 43 procent uppfattade dem som delvis relevanta. 18 procent tyckte inte att kontrollerna var relevanta och 17 har besvarat påståendet om relevans med alternativet "vet ej".
- Av de som inte upplevde kontrollerna som relevanta anges främst att kontroller görs på små insatser. Många känner också att de utsätts för kontroller löpande trots att de aldrig får några "nedslag".
- De respondenter som inte upplever att Försäkringskassans sanktioner vid upptäckt fusk är tillräckliga är överens om att de vårdgivare som fuskar bör straffas hårdare och snabbare än vad som sker i dag.
- En majoritet (53 procent) uppger att det är en mindre arbetsbörda med efterkontroller jämfört med ett system där mer

omfattande tandvård ska förhandsprövas. 20 procent uppger att det är mer arbetsbörda med efterkontroller och 28 procent uppger att de inte vet.

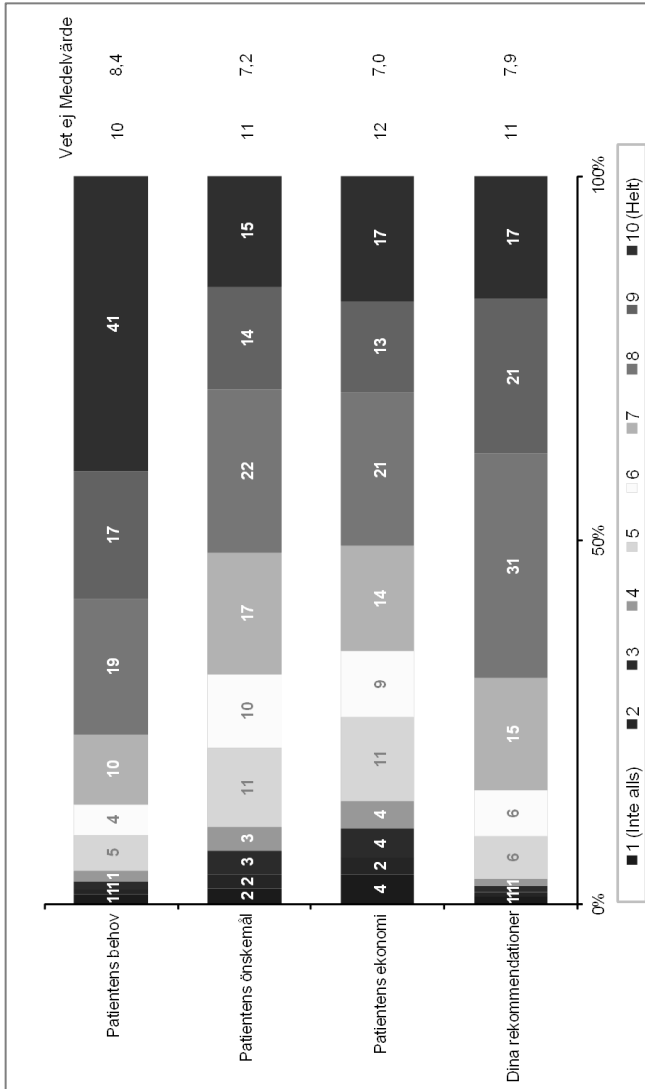
Mer än 300 öppna svar/kommentarer har lämnats om regelverket. Ganska många anser att regelverket är krångligt och komplicerat, att det är svårt göra rätt och att det borde kunna förenklas – men några anser också att regelverket är bra. Tas upp en del frågor t.ex. att man borde kunna förhandspröva, och att åtgärder och referenspriser inte alltid är bra.

**Figur 26** Är de förebyggande inslagen i din tandvård rimligt avvägda i dag sett till behoven hos dina patienter?



Anm. Specialisterna instämmer i mindre utsträckning.  
Offentligt anställda instämmer i något mindre utsträckning.

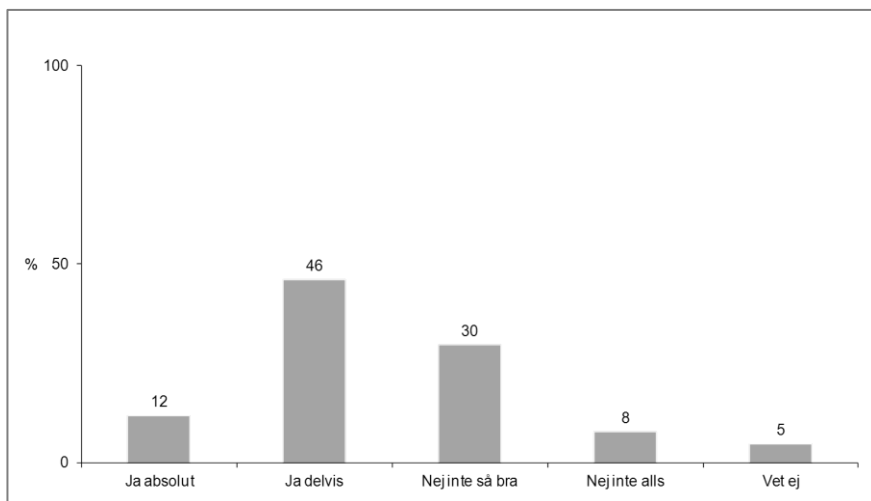
**Figur 27** I vilken utsträckning styrs innehållet i den tandvård du ger i dag, dvs. fördelningen mellan förebyggande (100–300) respektive reparativ/rehabiliterande tandvård av olika faktorer?



Anm. Inga signifikanta skillnader när man studerar resultat på bakgrund.



**Figur 28** Anser du att tandvårdsstödet i dag bidrar tillräckligt till att tandvården arbetar förebyggande och uppmuntrar en bra egenvård hos sina patienter



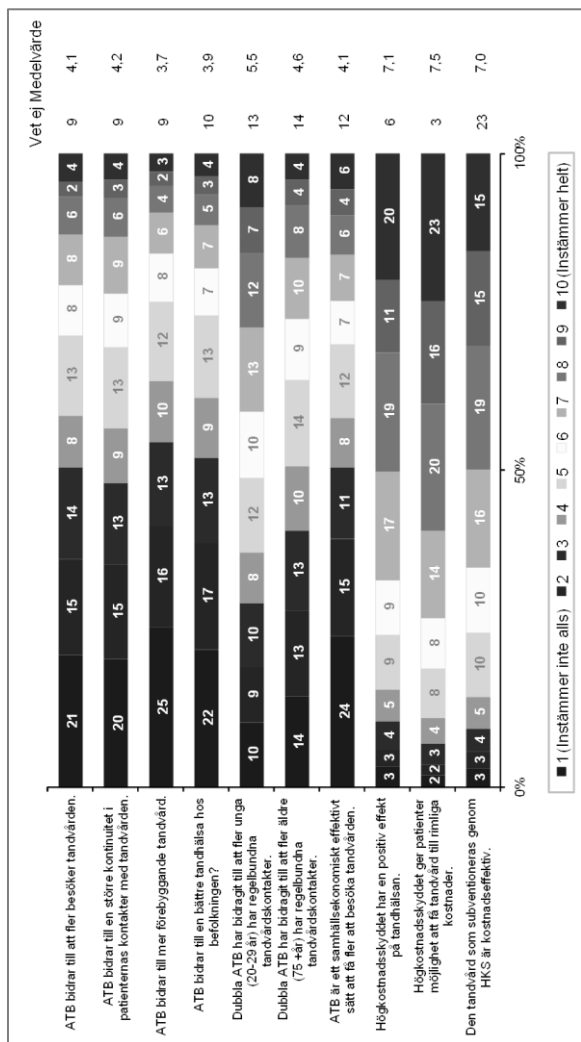
Anm. Specialisterna instämmer inte lika mycket som AT och hygienisterna.  
Offentliga instämmer inte lika mycket som övriga.  
Antal verksamma år påverkar inte resultatet

## Sammanfattning förebyggande tandhälsa

- En majoritet (85 procent) upplever att de förebyggande inslagen i deras tandvård är rimligt avvägda sett till behovet hos patienten.
- Tandvården som ges styrs framför allt av patientens behov och den verksammans rekommendationer (cirka 85 procent).
- 65 procent av respondenterna instämmer i att tandvården även styrs av patientens ekonomi.
- 58 procent uppger att tandvårdsstödet som finns i dag bidrar tillräckligt till att tandvården arbetar förebyggande och uppmuntrar en bra egenvård hos patienterna. 8 procent tycker inte alls att så är fallet medan 30 procent uppger att det ”inte uppmuntrar så bra”.

Närmare 400 öppna svar/kommentarer om tandhälsa m.m. Många vill ha mer stöd till förebyggande insatser. Många framhåller att patienterna inte vill eller kan betala för förebyggande insatser och information.

**Figur 29** I dag betalar staten ut omkring en miljard kronor i allmänt tandvårdsbidrag (ATB). Högkostnadsskyddet (HKS) kostar omkring fem miljarder kronor. Hur ser du på effektiviteten i stöder i olika avseenden?



Fråga 1: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 2: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 3: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 4: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 5: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 6: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva  
 Fråga 7: De som jobbat länge är mer tveksamma. Hygienisterna mer positiva. "Egna" mer skeptiska.  
 Fråga 8: Offentliga mer skeptiska. De som jobbat länge är något mer tveksamma. "Små mottagningar" mer positiva.  
 Fråga 9: Offentliga mer skeptiska.  
 Fråga 10: "Små mottagningar" mer positiva. Privata och "egna" mer positiva än offentliga. Specialisterna mer skeptiska.

## Sammanfattning "det statliga tandvårdsstödet"

- En majoritet av respondenterna (cirka 70 procent) upplever att det statliga högkostnadsskyddet har en positiv effekt på tandhälsan och att det ger patienter möjlighet att få tandvård till rimliga kostnader. De flesta upplever också tandvården som subventioneras via HKS som kostnadseffektiv.
- De verksamma är generellt mer negativa till effekterna av ATB. Det upplevs inte bidra till bättre tandhälsa och upplevs inte vara samhällsekonomiskt effektivt för att få fler att besöka tandvården.

Mer än 700 öppna svar/kommentarer har lämnats när det gäller hur stödet bättre än i dag skulle kunna bidra till en inriktning mot förbättrad tandhälsa. Exempel på vanliga kommentarer:

- ATB är för lågt (vissa vill ta bort och andra höja)
- Tandvård borde subventioneras mer (beloppsgränsen sänkas eller tas bort)
- Bastandvård eller undersökning borde erbjudas till hälso- och sjukvårdstaxa.
- Ersättningen för förebyggande insatser borde bli bättre.

Andra exempel som tas upp av en del är att frisktandvården borde få mer stöd, att informationen om stödet borde förbättras och att det borde finnas stöd för de grupper som har svag ekonomi.

## Bilaga 4

Sammanfattning av enkätstudie om tandvårdsmarknadens funktionssätt och människors kunskaper om det statliga tandvårdsstödet

## Bakgrund och syfte

Det råder fri prissättning och fri etablering på den svenska tandvårdsmarknaden. Patienterna kan fritt välja vilken vårdgivare de vill gå till. Målet med en fri tandvårdsmarknad är att genom patientens aktiva val skapa konkurrens mellan vårdgivarna. Därmed kan patienterna få nödvändig tandvård till god kvalitet och till ett rimligt pris.

Förutsättningen för att marknaden ska fungera är att patienterna har kunskap och vilja att utnyttja valfriheten.

I slutet av 2014 genomförde TLV och utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd<sup>1</sup> en enkätstudie av tandvårdsmarknadens funktionssätt och befolkningens kunskaper om det statliga tandvårdsstödet. Syftet med enkätstudien var att undersöka patienternas beteende, kunskaper och makt som konsumenter, samt vilka hinder som kan finnas för tandvårdskonsumenten att göra medvetna val. Fokus var på områden där staten har tydlig möjlighet att påverka: genom storleken på tandvårdsstödet, genom information till patienterna om vårdgivarnas priser och genom tandvårdsstödet konstruktion.

Frågeställningarna var:

1. Hur stor andel av befolkningen hade besökt tandvården, och hur samvarierade detta med inkomst, kön, mm
2. I vilken utsträckning känner allmänheten till det statliga tandvårdsstödet, det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) och högkostnadsskyddet samt att det råder fri prissättning i tandvården?
3. I vilken utsträckning känner allmänheten till priset på vanligt förekommande åtgärder i tandvården?
4. Hur vanligt är det att byta vårdgivare och vilka faktorer påverkar benägenheten att byta vårdgivare?
5. Vilket värde sätter patienterna på att ha kunskap om sin behandlare?

---

<sup>1</sup> Direktiv 2014:28 2008 år tandvårdsreform

## Metod

4 002 individer rekryterades från en bred nätpanel till enkätstudie. Sammansättningen av individerna var jämförbar med tidigare enkätstudier på tandvårdsområdet.<sup>2</sup> Enkäten testades på fokusgrupper innan den skickas ut

Enkätundersökningen genomfördes mellan 2014-12-04 och 2015-01-07. En inbjudan till enkätundersökningen skickades ut per mejl till nya deltagare fram till dess att ett önskat antal svar hade uppnåtts.

Av de som fick e-postinbjudan till enkäten påbörjade 24 procent enkäten. Enligt uppgift från Userneeds är en normal svarsfrekvens 10–30 procent. Av de som påbörjade enkäten avslutade 88 procent den.

Antal enkätfrågor var som mest 34, varav 12 frågor behandlar bakgrundsinformation såsom ålder och kön. Delar av enkäten var villkorad utifrån svaren på tidigare frågor.

Enkättagarna var mellan 20 och 70 år och bosatta i Sverige. Insamlingen gjordes för att få ett representativt urval av befolkningen med hänsyn till kön, ålder (tre åldersgrupper) och geografisk spridning (tre regioner i landet).

Logistisk (logit) och linjär regression (OLS) användes för att analysera hur individernas bakgrund samvarierade med svaren från de enskilda frågorna.

## Resultat

### *Majoriteten är regelbundna konsumenter med god tandhälsa*

75 procent ansåg att de hade bra eller mycket bra tandhälsa, och 9 procent upplevde sig ha dålig tandhälsa.

87 procent av enkättagarna hade besökt tandvården de senaste två åren. Personer med högre inkomst och bra tandhälsa besökte tandvården mer nyligen än genomsnittet.

Enbart 7 procent av enkättagarna, som sade sig ha haft behov av tandvård, hade avstått av ekonomiska skäl. Den höga besöks-

---

<sup>2</sup> TLV har i tidigare studie jämfört svar från Userneeds webbpanel med svar från samma fråga ställd till ett slumpmässigt urval ur befolkningen. Se Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. (2014). *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*. Bilaga 2.

frekvensen och den relativt låga andel som avstår tandvård av ekonomiska skäl är viktiga parametrar för effektiviteten i tandvårdsstödet. Om tandvårdsstödet utökas från nuvarande nivå, skulle det, grovt skattat, krävas att 15 personer får ökat ekonomiskt stöd för att en person som tidigare hade avstått, inte ska avstå från nödvändig tandvård.

*Enkätdeltagarna visste vad tandvård kostar i snitt trots låg kunskap om tandvårdsstödet konstruktion*

Drygt en tredjedel upp till hälften av enkätdeltagarna var inte bekanta med tandvårdsstödet konstruktion. Detta resultat är i linje med tidigare undersökningar.

Trots det hade enkätdeltagarna en mycket god uppfattning om vad några vanliga tandvårdsbehandlingar<sup>3</sup> kostar. Vad enkätdeltagarna gissade i snitt avvek med bara några procent från de faktiska genomsnittliga patientpriser som svensk tandvård rapporterar in till Försäkringskassan.<sup>4</sup>

En möjlig förklaring till att vissa inte går regelbundet, kunde ha varit att de tror att det kostar mer än vad det gör för att de underskattar hur mycket de kan få i tandvårdsstöd, men så verkar inte vara fallet. Personer som inte hade besökt tandvården på minst två år gissade patientpriser som var 2 procent högre än inrapporterade genomsnittspriser (10 procent om man exkluderar tandblekning). Felaktiga uppfattningar av patientpriset verkar således inte vara kopplad till om man går regelbundet eller inte.

En tolkning av resultat är att det finns utrymme för att öka konsumentens kunskap om tandvårdsstödet, men att det inte skulle ha väsentlig effekt på tandvårdskonsumtionen.<sup>5</sup> Denna slutsats stärks av det faktum att de enkätdeltagare som var bekanta med tandvårdsstödet inte besökte tandvården oftare än de som inte kände till tandvårdsstödet, när man kontrollerar för andra faktorer såsom ålder och kön m.m.

---

<sup>3</sup> Tandläkarundersökning, ytlagning, utdragning visdomstand och tandblekning.

<sup>4</sup> I genomsnitt underskattade enkätdeltagarna det verkliga patientpriset med 1,5 procent om man inkluderar tandblekning och 8 procent om man exkluderar tandblekning.

<sup>5</sup> Detta betyder dock inte att påminnelser om vikten av tandvård inte är effektivt, men eftersom de flesta redan vet vad det kostar riskerar ytterligare information om tandvårdsstödet att ge dåligt genomslag.



*Källor till kunskap om priser*

Enbart 4 procent av enkättagarna hade jämfört priser på tandvård de senaste 12 månaderna. När de jämförde priser, använde 65 procent internet.

63 procent frågade inte i förväg vad det skulle kosta när de gick till tandläkaren.

96 procent av alla enkättagare var inte bekanta med någon prisjämförelsetjänst för tandvård. Bland de som sökt priser de senaste 12 månaderna var andelen 75 procent.

*Patienterna sätter stort värde på rekommendationer av tandläkare*

För att kunna jämföra vårdgivare med varandra måste tandvårdskonsumenten både jämföra pris och kvalitet. Kvalitet är dock svårare att avgöra än pris.

För att kunna mäta patientvärdet av att kunna jämföra kvaliteten hos olika behandlare fick enkättagarna välja mellan ett hypotetiskt erbjudande från sin nuvarande tandläkare och en tandläkare de inte gått till tidigare.

Den nya tandläkaren kunde antingen vara helt okänd eller rekommenderad av annan person.

Genom att slumpmässigt variera priset kunde TLV mäta hur stor del av patienterna som valde en viss vårdgivare beroende på vilket pris den tog.

En vårdgivare som man fått rekommenderad kunde hypotetiskt sett ta i snitt 3,5 gånger mer för samma vård som en helt okänd tandläkare och ändå bli vald av lika många patienter.

Detta resultat kan tolkas på följande sätt:

- a) Det kan vara mycket lönsamt för en vårdgivare att ha ett gott renommé.
- b) Det stora värdet enkättagarna satte på att få tandläkaren rekommenderad ger en indikation på hur svårt det är för patienten att på förhand avgöra kvalitet på vården.
- c) Denna enkät visar att allmänheten har god kännedom om priser, men behöver mer hjälp med att avgöra vilken kvalitet vårdgivarna erbjuder.

### *Möjlighet och incitament till byte av tandvårdsklinik*

Drygt 25 procent av deltagarna i enkätstudien hade bytt tandläkare eller tandhygienist de senaste tre åren. 21 procent av de som bytt, angav skälet att de inte var nöjda eller att de hittat ett bättre alternativ. Det var vanligare att enkätdeltagaren tvingades byta för att de hade flyttat för långt från sin tidigare behandlare, för att mottagningen lade ner, för att behandlaren bytte arbetsplats etc. Av enkätdeltagarna som hade bytt, hade drygt 55 procent sökt information inför bytet av vårdgivare.

Äldre hade i högre utsträckning bytt eller funderat på att byta behandlare än yngre. Andra socioekonomiska faktorer såsom inkomst, arbete, utbildningsnivå och födelseland samvarierade inte med benägenhet att byta behandlare.

Drygt 47 procent trodde inte att det gick att hitta en tandläkarmottagning som erbjuder *lägre pris och samma kvalitet* jämfört med den mottagning där de gick senast. Drygt 55 procent trodde inte att det gick att hitta en mottagning som erbjöd *bättre vård för samma pris*. Äldre tenderade i lägre utsträckning än yngre tro sig kunna hitta en bättre behandlare. De som var bekanta med den fria prissättningen trodde sig i högre grad kunna hitta en bättre vårdgivare.

### **Sammanfattande slutsatser**

Få påstår sig ha avstått från tandvård av strikt ekonomiska skäl. Likväl, personer med högre inkomst och bra tandhälsa hade i snitt besökt tandvården mer nyligen än genomsnittet.

Drygt hälften av enkätdeltagarna var obekanta med tandvårdsstödet och den fria prissättningen och en stor majoritet kände inte till någon prisjämförelsetjänst för tandvård.

Enkätdeltagarna hade dock en god bild av vad deras tandvård kostar när de går till tandläkaren. Konsekvensen av att allmänheten inte är bekant med tandvårdsstödet konstruktion verkar inte vara ett hinder för att avgöra kostnaden för vanliga behandlingar.

Drygt 25 procent hade bytt behandlare de senaste tre åren. Detta ska ställas mot att drygt 87 procent besökt tandvården de senaste två åren. Patienterna är beredda att betala betydligt mer för att få gå till en rekommenderad tandläkare.

## Tabeller

**Tabell 1 Tandhälsa**

	Antal	Procent
Mycket dålig	92	2
Ganska dålig	288	7
Varken bra eller dålig	606	15
Ganska bra	1 954	49
Mycket bra	1 038	26
Vill ej svara	7	0
Vet ej	16	0
<b>Total</b>	<b>4 001</b>	<b>100</b>

**Tabell 2 Ej sökt vård trots behov**

	Antal	Procent
Ja	677	17
Nej	3 304	83
Vill ej svara	20	0
<b>Total</b>	<b>4 001</b>	<b>100</b>

**Tabell 3 Anledning till att inte ha sökt vård**

	Antal	Procent
Annat skäl, nämligen:	47	7
Besvären gick över	57	8
Har dragit mig för att gå (till exempel på grund av obehag/rädsla)	135	20
Jag hade inte råd	282	42
Jag hade råd men prioriterade annat	77	11
Jag har inte haft tid	73	11
Jag har lång väg till närmaste tandläkarmottagning	6	1
<b>Total</b>	<b>677</b>	<b>100</b>

**Tabell 4** Haft Frisktandvård inom senaste 12 månaderna

	Antal	Procent
Ja	763	19
Nej	3 175	79
Vet ej	54	1
Vill ej svara	9	0
<b>Total</b>	<b>4 001</b>	<b>100</b>

**Tabell 5** Känner till tjänst för att jämföra tandvårdspriser

	Antal	Procent
Ja	155	4
Nej	3 846	96
<b>Total</b>	<b>4 001</b>	<b>100</b>

**Tabell 6** Tid sedan vårdbesök

	Antal	Procent
Mindre än sex månader	1 665	42
Sex–tolv månader	1 197	30
Ett till två år	602	15
Mer än två år	507	13
Aldrig besökt	5	0
Vet ej	25	1
<b>Total</b>	<b>4 001</b>	<b>100</b>

**Tabell 7** Totala utgifter för tandvård senaste 12 månaderna

	Antal	Procent
Under 3 000 kronor	2 862	83
Mellan 3 000 och 15 000 kronor	477	14
Mer än 15 000 kronor	49	1
Vet ej	76	2
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 8** Senaste tandvårdsbesök betalades med stöd från staten

	Antal	Procent
Ja, men vet ej hur mycket	1 196	35
Ja. Antal kronor i stöd (ungefärlig siffra)	637	18
Nej	1 213	35
Vet ej	418	12
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 9** Fick veta i förväg vad senaste behandling kostade

	Antal	Procent
Ja, muntligt	564	16
Ja, muntligt och skriftligt	128	4
Ja, skriftligt	118	3
Jag kände redan till priset	329	9
Nej, jag frågade aldrig	2 182	63
Nej, jag frågade men fick inte svar	36	1
Vet inte	107	3
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 10** Fick stöd från ATB vid senaste besök

	Antal	Procent
Ja	1 291	70
Nej	168	9
Vet ej	374	20
<b>Total</b>	<b>1 833</b>	<b>100</b>

**Tabell 11** Fick stöd från HKS vid senaste besök

	Antal	Procent
Ja	280	15
Nej	1 037	57
Vet ej	516	28
<b>Total</b>	<b>1 833</b>	<b>100</b>

**Tabell 12** Fick annan form av stöd vid senaste besök

	Antal	Procent
Ja	63	3
Nej	1 270	69
Vet ej	500	27
<b>Total</b>	<b>1 833</b>	<b>100</b>

**Tabell 13** Kan hitta vårdgivare med lägre pris för lika bra vård

	Antal	Procent
Instämmer fullständigt	226	7
Instämmer till stor del	320	9
Tveksam	1 166	34
Instämmer till viss del	510	15
Instämmer inte alls	460	13
Vet ej	782	23
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 14** Kan hitta vårdgivare med bättre vård för samma pris

	Antal	Procent
Instämmer fullständigt	173	5
Instämmer till stor del	203	6
Tveksam	1 285	37
Instämmer till viss del	368	11
Instämmer inte alls	636	18
Vet ej	799	23
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 15 Bytt tandläkare/tandhygienist**

	Antal	Procent
Har bytt de senaste 12 månaderna	323	9
Har bytt för mer än 12 månader och mindre än 3 år sedan	550	16
Har inte bytt eller funderat på att byta senaste 3 åren	2 186	63
Har inte bytt senaste 3 åren. Funderat på att byta	405	12
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 16 Viktigste skäl för genomfört byte av vårdgivare**

	Antal	Procent
Annat skäl	164	19
Den tandläkarmottagning där jag gick tidigare lades ned	44	5
En annan tandläkare/tandhygienist var billigare	43	5
En annan tandläkare/tandhygienist verkade bättre	52	6
Jag flyttade	278	32
Jag var missnöjd med min tandläkare/tandhygienist	131	15
Tandläkaren/tandhygienisten som jag gick till bytte arbetsplats	142	16
Vet ej	19	2
<b>Total</b>	<b>873</b>	<b>100</b>

**Tabell 17 Sökte info inför byte av vårdgivare**

	Antal	Procent
I mycket stor utsträckning	27	3
I stor utsträckning	111	13
I liten utsträckning	342	39
Inte alls	382	44
Vet ej	11	1
<b>Total</b>	<b>873</b>	<b>100</b>

**Tabell 18** Har jämfört pris för tandvård senaste 12 månaderna

	Antal	Procent
Ja	146	4
Nej	3 305	95
Vet ej	13	0
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 19** Jämfört pris på webb

	Antal	Procent
Ja	95	65
Nej	51	35
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

**Tabell 20** Jämfört pris med vänner

	Antal	Procent
Ja	29	20
Nej	117	80
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

**Tabell 21** Känner till Högkostnadsskyddet

	Antal	Procent
Ja	2 123	61
Nej	1 341	39
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 22** Känner till fri prissättning

	Antal	Procent
Ja	1 741	50
Nej	1 723	50
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>



**Tabell 23** Känner till Allmänna tandvårdsbidraget

	Antal	Procent
Ja	2 305	67
Nej	1 159	33
<b>Total</b>	<b>3 464</b>	<b>100</b>

**Tabell 24** Kunskap om tandvårdsstödet, jämförelse med tidigare undersökningar

Känner till ...	Socialstyrelsen (2009)	Försäkringskassan (2011)	Riksrevisionen (2012)	Denna studie
ATB	50 %	50 %	61 %	67 % (58 %)*
HKS	60 %	67 %	48 %	61 % (53 %)*
Fri prissättning	46 %	78 %	-	50 % (44 %)*
Kommentar	5 141 resp postenkät	1 564 resp telefonintervju	1 140 resp postenkät eller telefonintervju	4 000 resp 3 464 st besvarade denna fråga. Webbenkät

\* Procent i parentes, inklusive de som ej besvarade dessa frågor.

**Tabell 25** Patientpris (kr) på marknaden och respondenternas uppskattning

	Patientpris				Respondenterna				Skillnad	
	Mv.	P25	Med.	P75	Mv.	P25	Med.	P75	Mv.	Med.
Undersökning	804	550	740	945	740	600	700	800	-8 %	-5 %
Lagning, ytfyllning kindtand	1 507	933	1 320	1 830	1 294	800	1 200	1 500	-14 %	-9 %
Utdragning visdomstand	1 710	850	1 290	1 980	1 697	1 000	1 500	2 000	-1 %	16 %
Blekning, en käke	1 914	1 710	1 879	2 095	2 237	1 000	2 000	3 000	17 %	6 %

*Källa:* Patientpriser avser debiterat pris till patient med hänsyn till eventuell subvention, beräknade av TLV utifrån inrapporterade uppgifter till Försäkringskassans databas TANDEN, allmäntandvård, januari till september 2014. Pris för tandblekning från Folktandvården.

## Enkätfrågorna

Fråga 1: Är du man eller kvinna? ("Man", "Kvinna")

Fråga 2: Hur gammal är du? (Fritt svar. Endast svar mellan 20–70 fick gå vidare i enkäten)

Fråga 3: I vilket län bor du? (21 län att välja mellan samt alternativ "utlandet" och "vill ej svara". Endast svar med län fick gå vidare i enkäten)

Fråga 4: Var är du född? ("Sverige", "Övriga Norden", "Övriga Europa", "Utanför Europa", "Vill ej svara")

Fråga 5: [Om Fråga 4 svar annat än "Sverige"] Hur länge har du bott i Sverige? ("Mindre än 3 år", "3–9 år", "10 år eller längre", "Vill ej svara")

Fråga 6: Vad är din huvudsakliga sysselsättning? ("Jobbar", "Arbetslös", "Föräldraledig", "Studerande", "Pensionerad", "Sjukskrivnen", "Annat, nämligen:", "Vill ej svara")

Fråga 7: Vilken är din högsta avslutade utbildning? ("Grundskola, gymnasium eller kortare", "Yrkesutbildning efter gymnasium", "Högskola/universitet", "Vet ej", "Vill ej svara")

Fråga 8: Vilken inkomst har du per månad före skatt (bruttoinkomst)? Räkna med alla typer av inkomster. ("Mindre än 8 500 kr", "8 500–16 499 kr", "16 500–24 999 kr", "25 000–33 499 kr", "33 500–49 999 kr", "50 000 kr eller mer", "Vet ej", "Vill ej svara")

Fråga 9: Skulle du/ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 10 000 kr utan att låna eller be om hjälp? ("Ja", "Nej", "Vet ej", "Vill ej svara")

Fråga 10: Använder du regelbundet rabatterbjudanden i din matbutik? ("Ja", "Nej", "Vill ej svara")

Fråga 11: Hur tycker du att din munhälsa är? ("Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dålig", "Ganska dålig", "Mycket dålig", "Vet ej", "Vill ej svara")

Fråga 12: Har du någon gång under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandvård men ändå avstått från att söka vård? ("Ja", "Nej", "Vill ej svara")

Fråga 13: [Om Fråga 12 svar "Ja"] Varför har du inte sökt vård? ("Har dragit mig för att gå", "Jag har lång väg till närmaste tandläkarmottagning", "Jag har inte haft tid", "Besvären gick över", "Jag

hade råd men prioriterade annat”, ”Jag hade inte råd”, ”Annat skäl, nämligen:”)

Fråga 14: Har du någon gång under de senaste 12 månaderna haft avtal med din tandläkare om så kallad frisktandvård/abonnemangstandvård? (”Ja”, ”Nej”, ”Vet ej”, ”Vill ej svara”)

Fråga 15: Hur mycket tror du man får betala för följande behandlingar? (Ett fritt svar alternativt ”Vet ej” per alternativ: ”En vanlig undersökning”, ”En vanlig lagning såsom vid tandskada”, ”Utdragning av visdomstand”, ”Tandblekning, en käke”)

Fråga 16: Känner du till någon webbsida, mobilapp eller liknande, där du kan jämföra priser för olika tandvårdsmottagningar? (”Ja”, ”Nej”)

Fråga 17: Tänk följande: Du har bitit i något hårt, har lite ont och behöver besöka en tandläkare. Du kommer göra en vanlig lagning på en kindtand (ytfyllning). Vilken mottagning väljer du?

Respondenterna ställdes inför två svarsalternativ där två egenskaper (”pris” samt ”kunskap om tandläkaren”) varierades med tre alternativ för vardera egenskap. Totalt skickades nio olika kombinationer av svarsalternativ ut. De priser som erbjöds i svaren: 900, 2 400 alternativt 3 500 kronor. Kunskap om tandläkare varierade mellan följande tre alternativ: ”Du har gått hos denna tandläkare”, ”Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig”, ”Du har inte gått hos denna tandläkare. Du känner inte till denna tandläkare sedan tidigare”)

Fråga 18: Hur säker kände du dig på ditt svar när du svarade på förra frågan? (”Mycket säker”, ”Lite säker”, ”Lite osäker”, ”Mycket osäker”)

Fråga 19: När var du senast hos tandläkare eller tandhygienist? (”Mindre än 6 månader sedan”, ”6–12 månader sedan”, ”1–2 år sedan”, ”Mer än två år sedan”, ”Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist”, ”Vet ej”)

Om svar annat än ”Mindre än 6 månader sedan”, ”6–12 månader sedan” eller ”1–2 år sedan” hoppade respondenterna över Fråga 20–Fråga 30.

Fråga 20: Hur mycket har du sammanlagt betalat för tandvårdsbesök de senaste 12 månaderna? (”0–3 000 kr”, ”3 001–15 000 kr”, ”Mer än 15 000 kr”, ”Vet ej”)

Fråga 21: Ditt senaste besök i tandvården. Varför gjorde du detta besök? ("Akuta besvär", "Blev kallad", "Fortsatt behandling efter akutvård", "Fortsatt behandling efter vanlig undersökning", "Behandling av tandhygienist", "Vanlig undersökning", "Annat skäl, nämligen:", "Vet ej", "Vill ej svara")

Fråga 22: Ditt senaste besök i tandvården: Betalades hela eller delar av ditt besök av myndighet/staten/skattemedel? ("Ja, men vet ej hur mycket", "Ja. Antal kronor stöd:", "Nej", "Vet ej")

Fråga 23: [Om Fråga 22 svar "Ja"] Du uppgav att du fick ekonomiskt stöd. Fick du ekonomiskt stöd från... .. det allmänna tandvårdsbidraget? ... det statliga högkostnadsskyddet? Annat ekonomiskt stöd från staten? (Varje alternativ besvarades med "Ja", "Nej", "Vet ej")

Fråga 24: Vid ditt senaste besök i tandvården: Fick du veta hur mycket behandlingen skulle kosta innan behandlingen utfördes? ("Ja, muntligt", "Ja, skriftligt", "Ja, muntligt och skriftligt", "Nej, jag frågade aldrig", "Nej, jag frågade men fick inte svar", "Jag kände redan till priset", "Vet inte")

Fråga 25: Utgå ifrån den tandläkarmottagning där du utförde ditt senaste besök: Hur väl stämmer följande påståenden? Jag tror att jag skulle kunna hitta en annan mottagning i mitt närområde som kan erbjuda... .. lägre pris för lika bra vård? ... bättre vård för samma pris? (Varje alternativ besvarades med "Instämmer fullständigt", "Instämmer till stor del", "Instämmer till viss del", "Tveksam", "Instämmer inte alls", "Vet ej")

Fråga 26: Vilket av följande påståenden stämmer bäst på dig? Jag har... .. bytt tandläkare/tandhygienist de senaste 12 månaderna. ... bytt tandläkare/tandhygienist för mer än 12 månader men mindre än 3 år sedan. ... inte bytt tandläkare/tandhygienist de senaste 3 åren. Har funderat på att byta. ... inte bytt tandläkare/tandhygienist de senaste 3 åren. Har inte funderat på att byta. (Respondenterna valde något av dessa)

Fråga 27: [Om Fråga 26 svar "har bytt"] Vilket var det viktigaste skälet till att du bytte? ("En annan tandläkare/tandhygienist verkade bättre", "Den tandläkarmottagning där jag tidigare gick lades ned", "En annan tandläkare/tandhygienist var billigare", "Jag flyttade", "Jag var missnöjd med min tandläkare/tandhygienist", "Tandläkaren/tandhygienisten som jag gick till bytte arbetsplats", "Annat skäl:", "Vet ej")

Fråga 28: [Om Fråga 26 svar "har bytt"] I vilken utsträckning har du sökt information inför ditt byte av tandläkare/tandhygienist? ("I mycket stor utsträckning", "I stor utsträckning", "I liten utsträckning", "Inte alls", "Vet ej")

Fråga 29: Har du under de senaste 12 månaderna jämfört priser mellan olika tandläkare/tandhygienister? ("Ja", "Nej", "Vet ej")

Fråga 30: Hur jämförde du priserna? ("Tidning", "Frågade vänner", "Ringde runt", "Webbsida/mobilapp", "Annat, nämligen:")

Fråga 31: Den 1 juli 2008 började det nya tandvårdsstödet att gälla. Känner du till att det... .. finns ett högkostnadsskydd för tandvård? ... råder fri prissättning på tandvård? ... finns ett allmänt tandvårdsbidrag? (Varje alternativt besvarades med "Ja", "Nej")

Fråga 32: Jobbar du, någon i din familj eller någon du känner inom tandvården? ("Ja", "Nej")

Fråga 33: Har du några övriga kommentarer? (Fritt svar)

**Tabell 26** De totalt nio olika kombinationer av svarsalternativ som respondenterna kunde välja vid fråga 17

Kombination nr	Svarsalternativ 1	Svarsalternativ 2
1	Pris: 2 400 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.
2	Pris: 2 400 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.
3	Pris: 3 500 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.
4	Pris: 3 500 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 2 400 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.
5	Pris: 3 500 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.
6	Pris: 3 500 kr. Du har gått hos denna tandläkare.	Pris: 2 400 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.
7	Pris: 2 400 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.
8	Pris: 3 500 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.	Pris: 900 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.
9	Pris: 3 500 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du har fått den rekommenderad för dig.	Pris: 2 400 kr. Du har inte gått hos denna tandläkare. Du vet inget om denna tandläkare i övrigt.

## Regressionstabeller

**Tabell 27** Regressionsresultat ord. logit. Sambandet mellan tid sedan senaste besök och olika faktorer

	Tid sen besök	Tid sen besök	Tid sen besök	Tid sen besök	Tid sen besök	Tid sen besök	Tid sen besök
Tid sen besök							
Tandhälsa	-0.60 <sup>000</sup> (17.92)	-0.59 <sup>000</sup> (17.73)	0.56 <sup>000</sup> (16.35)	-0.54 <sup>000</sup> (14.30)	-0.54 <sup>000</sup> (14.28)	-0.54 <sup>000</sup> (14.27)	-0.53 <sup>000</sup> (14.16)
Man		0.21 <sup>000</sup> (3.53)	0.26 <sup>000</sup> (4.27)	0.33 <sup>000</sup> (4.83)	0.33 <sup>000</sup> (4.78)	0.34 <sup>000</sup> (4.91)	0.34 <sup>000</sup> (4.98)
Ålder			-0.03 <sup>000</sup> (-15.49)	-0.04 <sup>000</sup> (-14.58)	-0.04 <sup>000</sup> (-14.43)	-0.03 <sup>000</sup> (-13.17)	-0.03 <sup>000</sup> (-13.24)
Inkomst				-0.10 <sup>00</sup> (-3.22)	-0.10 <sup>00</sup> (-3.17)	-0.13 <sup>00</sup> (-3.52)	-0.13 <sup>00</sup> (-3.48)
Utb.nivå					0.01 (0.35)	0.02 (0.46)	0.01 (0.29)
I arbete						0.14 (1.55)	0.14 (1.52)
Född utomlands							0.26 (1.92)
Cut 1							
Constant	-2.73 <sup>000</sup> (-19.71)	-2.60 <sup>000</sup> (-18.23)	-3.97 <sup>000</sup> (-23.20)	-4.20 <sup>000</sup> (-21.67)	-4.17 <sup>000</sup> (-20.43)	-4.07 <sup>000</sup> (-19.10)	-4.06 <sup>000</sup> (-19.04)
Cut 2							
Constant	-1.38 <sup>000</sup> (-10.34)	-1.26 <sup>000</sup> (-9.06)	-2.55 <sup>000</sup> (-15.53)	-2.79 <sup>000</sup> (-14.98)	-2.75 <sup>000</sup> (-13.99)	-2.66 <sup>000</sup> (-12.87)	-2.65 <sup>000</sup> (-12.81)
Cut 3							
Constant	-0.33 <sup>000</sup> (-2.53)	-0.20 (-1.47)	-1.46 <sup>000</sup> (-9.06)	-1.69 <sup>000</sup> (-9.28)	-1.66 <sup>000</sup> (-8.55)	-1.56 <sup>000</sup> (-7.67)	-1.55 <sup>000</sup> (-7.60)
Cut 4							
Constant	4.75 <sup>000</sup> (9.26)	4.89 <sup>000</sup> (9.50)	3.65 <sup>000</sup> (7.00)	3.23 <sup>000</sup> (6.14)	3.26 <sup>000</sup> (6.14)	3.36 <sup>000</sup> (6.28)	3.37 <sup>000</sup> (6.30)
Observations	3 960	3 960	3 960	3 349	3 337	3 337	3 337
Pseudo $R^2$	0.033	0.034	0.058	0.062	0.061	0.062	0.062

*t* statistics in parentheses

<sup>0</sup>  $p < 0,05$ , <sup>00</sup>  $p < 0,01$ , <sup>000</sup>  $p < 0,001$

Tabell 28 Regressionsresultat, logit. Samband mellan kunskap

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Vet AB	Vet AB	Vet AB	Vet AB	Vet AB	Vet AB	Vet AB	Vet AB
Vet AB								
Tid sedan vårdbesök	-0.740 <sup>000</sup> (-21.72)	-0.0892 (-1.79)	-0.0874 (-1.76)	-0.0878 (-1.73)	-0.0827 (-1.62)	-0.0709 (-1.34)	-0.0728 (-1.38)	-0.0711 (-1.34)
T. konsumtion kr		0.109 (-1.22)	0.110 (-1.23)	0.110 (-1.22)	0.113 (-1.25)	0.0845 (-0.91)	0.0867 (-0.94)	0.0838 (-0.90)
Utb.nivå		0.114 <sup>00</sup> (2.81)	0.114 <sup>00</sup> (2.81)	0.114 <sup>00</sup> (2.81)	0.100 <sup>00</sup> (2.44)	0.122 <sup>00</sup> (2.85)	0 ( )	0 ( )
Ålder				-0.0000858 (0.03)	-0.0000556 (0.21)	-0.0000439 (0.16)	-0.0000920 (0.31)	-0.0000933 (0.32)
Man					-0.340 <sup>000</sup> (-4.62)	-0.315 <sup>000</sup> (-4.14)	-0.308 <sup>000</sup> (-4.04)	-0.314 <sup>000</sup> (-4.11)
Inkomst						-0.0738 <sup>00</sup> (-2.83)	-0.0666 <sup>00</sup> (-2.83)	-0.0666 <sup>00</sup> (-2.81)
I arbete							-0.156 (-1.76)	-0.158 (-1.78)
Född utomlands								-0.204 (-1.33)
Constant	1.815 <sup>000</sup> (23.54)	0.984 <sup>000</sup> (6.48)	0.738 <sup>000</sup> (4.22)	0.742 <sup>000</sup> (3.48)	0.909 <sup>000</sup> (4.19)	1.058 <sup>000</sup> (4.52)	1.206 <sup>000</sup> (4.83)	1.204 <sup>000</sup> (4.82)
Observations	4 001	3 388	3 388	3 388	3 388	3 235	3 235	3 235
Pseudo R <sup>2</sup>	0.101	0.001	0.003	0.003	0.008	0.010	0.010	0.011

f statistics in parentheses

° p &lt; 0,05, °° p &lt; 0,01, °°° p &lt; 0,001



Tabell 29 Regressionsresultat, logit. Sambandet mellan bytesbenägenhet och olika faktorer

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat	Bytt/Funderat
Bytt/Funderat								
Storstad	-0.300 <sup>00</sup> (-2.80)	-0.302 <sup>00</sup> (-2.82)	-0.302 <sup>00</sup> (-2.79)	-0.298 <sup>00</sup> (-2.76)	-0.290 <sup>00</sup> (-2.66)	-0.287 <sup>0</sup> (-2.55)	-0.288 <sup>0</sup> (-2.56)	-0.271 <sup>0</sup> (-2.40)
Vet prissätt		0.0435 (0.41)	0.0640 (0.60)	0.0491 (0.46)	0.0839 (0.76)	0.111 (0.98)	0.110 (0.97)	0.0978 (0.86)
T. konsumtion kr			-0.0772 (-0.61)	-0.0764 (-0.60)	-0.231 (-1.78)	-0.239 (-1.82)	-0.237 (-1.81)	-0.237 (-1.81)
Man				0.164 (1.52)	0.152 (1.40)	0.172 (1.54)	0.166 (1.48)	0.147 (1.30)
Ålder					0.0236 <sup>000</sup> (5.92)	0.0249 <sup>000</sup> (5.97)	0.0254 <sup>000</sup> (6.06)	0.0255 <sup>000</sup> (6.09)
Inkomst						0.0147 (0.44)	0.00957 (0.28)	0.0189 (0.55)
I arbete							0.101 (1.80)	0.114 (0.90)
Utb.nivå								-0.107 <sup>00</sup> (-1.65)
Född utomlands								
Constant	2.185 <sup>000</sup> (27.01)	2.164 <sup>000</sup> (22.80)	2.245 <sup>000</sup> (12.78)	2.173 <sup>000</sup> (11.97)	1.364 <sup>000</sup> (6.11)	1.266 <sup>000</sup> (5.16)	1.190 <sup>000</sup> (4.55)	1.373 <sup>000</sup> (4.81)
Observations	3 464	3 464	3 388	3 388	3 388	3 235	3 235	3 235
Pseudo R <sup>2</sup>	0.003	0.003	0.003	0.004	0.019	0.021	0.021	0.022

t statistics in parentheses

<sup>0</sup>  $p < 0,05$ , <sup>00</sup>  $p < 0,01$ , <sup>000</sup>  $p < 0,001$

Tabell 30 Regressionsresultat, logit. Sambandet olika faktorer

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Kan hitta	Kan hitta	Kan hitta	Kan hitta	Kan hitta	Kan hitta	Kan hitta
Kan hitta							
Storstad	0.293 <sup>000</sup> (3.34)	0.297 <sup>000</sup> (3.38)	0.297 <sup>000</sup> (3.37)	0.293 <sup>000</sup> (3.32)	0.275 <sup>00</sup> (2.85)	0.273 <sup>00</sup> (2.82)	0.262 <sup>00</sup> (2.70)
Vet prissätt		0.418 <sup>000</sup> (4.69)	0.419 <sup>000</sup> (4.69)	0.477 <sup>000</sup> (5.22)	0.469 <sup>000</sup> (4.71)	0.461 <sup>000</sup> (4.62)	0.463 <sup>000</sup> (4.64)
Man			0.0308 (0.35)	0.0399 (0.46)	-0.0196 (-0.20)	-0.00684 (-0.07)	-0.000827 (-0.01)
Ålder				-0.00944 <sup>00</sup> (-3.01)	-0.0128 <sup>000</sup> (-3.52)	-0.0127 <sup>000</sup> (-3.50)	-0.0128 <sup>000</sup> (-3.54)
Inkomst					0.151 <sup>000</sup> (3.49)	0.141 <sup>000</sup> (3.13)	0.143 <sup>000</sup> (3.17)
Utb.nivå						0.0418 (0.74)	0.0348 (0.61)
Född utomlands							0.295 (1.61)
Constant	1.839 <sup>000</sup> (-27.92)	2.078 <sup>000</sup> (-24.32)	2.094 <sup>000</sup> (-21.49)	1.703 <sup>000</sup> (-10.62)	1.927 <sup>000</sup> (-9.65)	1.990 <sup>000</sup> (-9.01)	1.992 <sup>000</sup> (-9.00)
Observations	4 002	4 002	4 001	4 001	3 373	3 361	3 361
Pseudo R <sup>2</sup>	0.003	0.010	0.010	0.012	0.018	0.018	0.019

t statistics in parentheses  
<sup>0</sup> p < 0.05, <sup>00</sup> p < 0.01, <sup>000</sup> p < 0.001

och tron att kunna hitta bättre vårdgivare

Tabell 31 Regressionsresultat, OLS. Samband olika faktorer och tvivlar att de kan hitta bättre vårdgivare

	(1) Tvivlar	(2) Tvivlar	(3) Tvivlar	(4) Tvivlar	(5) Tvivlar	(6) Tvivlar	(7) Tvivlar
Storstad	-0.0467 (-1.18)	-0.0456 (-1.15)	-0.0472 (-1.19)	-0.0453 (-1.15)	-0.0324 (-0.76)	-0.0292 (-0.69)	-0.0260 (-0.61)
Vet prissätt		0.0433 (1.05)	0.0472 (1.15)	0.0114 (0.27)	0.00101 (0.02)	0.000955 (0.02)	0.000753 (0.02)
Man			-0.113 <sup>0</sup> (-2.85)	-0.129 <sup>00</sup> (-3.26)	-0.110 <sup>0</sup> (-2.53)	-0.113 <sup>0</sup> (-2.56)	-0.115 <sup>0</sup> (-2.61)
Ålder				0.00824 <sup>000</sup> (5.90)	0.00852 <sup>000</sup> (5.51)	0.00845 <sup>000</sup> (5.46)	0.00849 <sup>000</sup> (5.49)
Inkomst					-0.0277 (-1.48)	-0.0270 (-1.38)	-0.0276 (-1.41)
Utb.nivå						-0.00745 (-0.30)	-0.00441 (-0.18)
Född utomlands							-0.116 (-1.26)
Constant	3.349 <sup>000</sup> (117.47)	3.321 <sup>000</sup> (84.85)	3.377 <sup>000</sup> (77.35)	3.024 <sup>000</sup> (40.93)	3.082 <sup>000</sup> (34.28)	3.099 <sup>000</sup> (31.26)	3.098 <sup>000</sup> (31.26)
Observations	2 566	2 566	2 566	2 566	2 210	2 207	2 207
Pseudo R <sup>2</sup>	0.000	0.000	0.003	0.016	0.015	0.015	0.015

t statistics in parentheses

<sup>0</sup>  $p < 0.05$ , <sup>00</sup>  $p < 0.01$ , <sup>000</sup>  $p < 0.001$

Tabell 32 Regressionsresultat, logit. Samband olika faktorer och betalningsvilja för tandläkare som respondent gått till tidigare (scenario 1–6)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja	Betal.vilja
Pris vanliga	0.0000500 (-0.45)	0.0000647 (-0.57)	0.0000638 (-0.56)	0.0000110 (-0.09)	0.0000300 (-0.25)	0.0000221 (-0.18)	0.0000183 (-0.15)	0.0000117 (-0.10)
Pris okänd	0.000813 <sup>00</sup> 0	0.000843 <sup>00</sup> 0	0.000866 <sup>00</sup> 0	0.000879 <sup>00</sup> 0	0.000891 <sup>00</sup> 0	0.000896 <sup>00</sup> 0	0.000904 <sup>00</sup> 0	0.000907 <sup>00</sup> 0
Pris rek.	(8.98) 0.000196 <sup>0</sup> (2.24)	(9.16) 0.000208 <sup>0</sup> (2.35)	(9.34) 0.000219 <sup>0</sup> (2.46)	(9.25) 0.000237 <sup>00</sup> (2.59)	(9.09) 0.000247 <sup>00</sup> (2.64)	(9.12) 0.000254 <sup>00</sup> (2.69)	(9.16) 0.000257 <sup>00</sup> (2.73)	(9.19) 0.000258 <sup>00</sup> (2.73)
Kunskap om stöd	0.875 <sup>000</sup> (6.49)	0.922 <sup>000</sup> (6.78)	0.922 <sup>000</sup> (6.78)	0.648 <sup>000</sup> (4.58)	0.600 <sup>000</sup> (4.12)	0.578 <sup>000</sup> (3.95)	0.578 <sup>000</sup> (3.95)	0.574 <sup>000</sup> (3.92)
Kan hitta	-0.498 <sup>000</sup> (-3.49)	-0.498 <sup>000</sup> (-3.49)	-0.498 <sup>000</sup> (-3.49)	-0.388 <sup>00</sup> (-2.65)	-0.367 <sup>0</sup> (-2.45)	-0.372 <sup>0</sup> (-2.48)	-0.373 <sup>0</sup> (-2.49)	-0.384 <sup>0</sup> (-2.55)
Ålder	0.0350 <sup>000</sup> (9.17)	0.0350 <sup>000</sup> (9.17)	0.0350 <sup>000</sup> (9.17)	0.0350 <sup>000</sup> (9.17)	0.0344 <sup>000</sup> (8.56)	0.0349 <sup>000</sup> (8.65)	0.0370 <sup>000</sup> (8.66)	0.0371 <sup>000</sup> (8.68)
Inkomst	0.154 <sup>000</sup> (4.65)	0.154 <sup>000</sup> (4.65)	0.154 <sup>000</sup> (4.65)	0.154 <sup>000</sup> (4.65)	0.162 <sup>000</sup> (4.86)	0.162 <sup>000</sup> (4.86)	0.149 <sup>000</sup> (4.34)	0.145 <sup>000</sup> (4.20)
Man	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.324 <sup>000</sup> (-2.97)	-0.330 <sup>000</sup> (-3.02)
I arbete	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.203 (1.57)	0.205 (1.58)
Storstad	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)	0.28 (1.17)
Constant	-0.915 <sup>00</sup> (-2.95)	-1.363 <sup>000</sup> (-4.23)	-1.334 <sup>000</sup> (-4.13)	-3.098 <sup>000</sup> (-7.98)	-3.624 <sup>000</sup> (-8.63)	-3.472 <sup>000</sup> (-8.20)	-3.666 <sup>000</sup> (-8.28)	-3.703 <sup>000</sup> (-8.33)
Observations	1 782	1 782	1 782	1 782	1 695	1 695	1 695	1 695
Pseudo R <sup>2</sup>	0.060	0.078	0.083	0.119	0.125	0.129	0.130	0.131

t statistics in parentheses

<sup>0</sup>  $p < 0,05$ , <sup>00</sup>  $p < 0,01$ , <sup>000</sup>  $p < 0,001$





**Fritzes**

ett Wolters Kluwer-företag

106 47 Stockholm Tel 08-598 191 90 Fax 08-598 191 91 order.fritzes@nj.se www.fritzes.se

ISBN 978-91-38-24342-8 ISSN 0375-250X