

Det statliga tandvårdsstödet - en lägesrapport 2012



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Anna Arwidsson Hansen
010-116 90 38
anna.arwidsson.hansen@forsakringskassan.se

Carolin Sjöholm
010-116 91 76
carolin.sjoholm@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Rapporten är den första i sitt slag och planeras bli en regelbundet återkommande sammanställning av det statliga tandvårdsstödet och befolkningens tandvårdskonsumtion. Rapporten riktar sig till vårdgivare och andra intressenter som vill få lättillgänglig information om det statliga tandvårdsstödet. Rapporten är framtagen för att återföra resultaten av stödet och tydliggöra vikten av vårdgivarnas registeringsarbete.

Rapporten planeras innehålla ett fördjupningsområde per publicering. Denna gång är det protetik och implantat. En anledning till detta val är att det kommit signaler från tandvården om att dessa behandlingar minskat under senare år

Analytiker Anna Arwidsson Hansen på Försäkringskassans avdelning för Analys och prognos har tillsammans med Andreas Cederlund på Socialstyrelsen och Lars Sjödin på TLV genomfört analysen och skrivit rapporten.

Stockholm juni 2012

Jan Almqvist
Verksamhetsområdeschef
Analys och prognos

Innehåll

Sammanfattning	6
Summary	8
1 Bakgrund	10
1.1 Syfte.....	10
1.2 Disposition	10
1.3 Datakälla och avgränsningar	11
2 Besöksfrekvens	12
2.1 Besök i tandvården under två år 2010–2011	12
2.2 Besök i tandvården per år 2009–2011	12
2.3 Besök i tandvården år 2011.....	13
2.3.1 <i>Antal besök bland dem som besökt tandvården 2011</i>	15
2.4 Endast akuta besök de tre senaste åren.....	17
2.5 Inga besök de två senaste åren	20
3 Protetik och implantat	22
3.1 Behandling vid tandlöshet	22
3.2 Antal implantat	23
3.3 Antal tandstödda led.....	24
3.4 Behandling vid olika omfattning av tandlöshet	24
3.4.1 <i>Mindre tandförluster</i>	25
3.4.2 <i>Större tandförluster</i>	25
3.5 Behandling med avtagbar protetik vid partiell tandlöshet.....	26
3.6 Behandling av helt tandlösa käkar	27
3.7 Tandstött protetik vid annan rehabilitering	27
4 Tandskador och reparation av tänder	28
4.1 Orsaker till tandskador.....	28
4.2 Tandskadornas utbredning i munnen.....	29
4.3 Behandlingsåtgärder vid reparation av skadade tänder.....	30
4.4 Reparationer av tänder på grund av karies	31
4.5 Övriga åtgärder vid tandskador	32
5 Tandvårdsstödet nyttjande	33
5.1 Det allmänna tandvårdsbidraget åren 2010–2011	33
5.2 Högkostnadsskyddet åren 2010–2011	36
6 Vad kostar tandvårdsstödet?	38
6.1 Andel av befolkningens tandvårdskostnader som betalas av tandvårdsstödet	41
7 Aktuellt under året	43
7.1 Försäkringskassan	43
7.2 Socialstyrelsen.....	43

8	Efterhandskontroller	44
9	Studier myndigheterna utför under 2012.....	45
9.1	Socialstyrelsen.....	45
9.2	Försäkringskassan	45
10	TLV informerar om ändringar i föreskrifter och allmänna råd	46
	Referenser	47
	Bilaga 1. Population.....	48
	Bilaga 2. Definition av patienter med enbart akuta besök.....	49
	Bilaga 3 Tandskador och reparationer.....	50
	Bilaga 4. Tandvårdsstödet nyttjande och kostnader	54

Sammanfattning

Under år 2011 gjorde ungefär 4,2 miljoner personer som var 20 år eller äldre tandvårdsbesök som rapporterades in till Försäkringskassans register.

Siffran motsvarade 59,3 procent av befolkningen. Antalet personer som besökt tandvården ökade med 196 000 från år 2009 till 2011. Kvinnor hade en högre besöksfrekvens än män. Det fanns också skillnader mellan länen: högst besöksfrekvens hade Halland och Jönköping med 65 procent, medan Norrbotten hade lägst. Där gjorde 53 procent av befolkningen tandvårdsbesök under år 2011.

Individer med god tandhälsa och bra munhygien behöver vanligtvis inte besöka tandvården så ofta som en gång om året. Därför är det relevant att också mäta besöksfrekvensen över en tvåårsperiod. Andelen av den vuxna befolkningen som besökte tandvården under perioden 2010 och 2011 var 72,7 procent. Det är en hög andel jämfört med andra länder. Cirka 6 procent gjorde enbart akuta besök under treårsperioden 2009 till 2011.

Sammanlagt gjorde den vuxna befolkningen 10 miljoner besök under år 2011, en ökning med 3,2 procent sedan år 2009. Under besöken utfördes 16,9 miljoner åtgärder, en ökning med fem procent sedan år 2009.

Av de 5,2 miljoner som besökte tandvården under åren 2010–2011 fick 1,8 miljoner utbetalning från högkostnadsskyddet, vilket motsvarar 25,5 procent av befolkningen. De flesta utbetalningar var i ersättningsintervallet 3 000–15 000 kronor. Knappt 2,6 procent av befolkningen fick ersättning i den högsta subventionsnivån.

För alla utförda åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet debiterades patienterna 14,3 miljarder kronor av vårdgivarna. Allmänt tandvårdsbidrag betalades ut med 0,88 miljarder kronor och högkostnadsskydd betalades ut med 3,92 miljarder kronor under år 2011. Det var totalt en ökning med 350 miljoner kronor sedan år 2009. Att ersättningen från tandvårdsstödet motsvarar en tredjedel av den totala tandvårdskonsumtionen är dock inte det samma som att varje enskild patient fått en tredjedel av sina kostnader täckta av tandvårdsstödet. Sätts uppgifterna i relation till andelen av patienterna som får utbetalningar från högkostnadsskyddet i blir bilden annorlunda. 35 procent av dem som besökte tandvården under 2010–2011 fick ersättning från högkostnadsskyddet och 3,5 procent av patienterna nådde över det övre karensbeloppet om 15 000 kronor under en tvåårsperiod. Eftersom knappt hälften av den utbetalda ersättningen går till dessa 3,5 procent av patienterna är ersättningen för de flesta patienter betydligt mindre än den genomsnittliga ersättningen.

Störst andel av utbetalningarna från det statliga tandvårdsstödet, 24,7 procent, gick till Stockholms län, vars andel av totalbefolkningen var 21,5 procent. Gotland är dock det län som fick mest statligt tandvårdsstöd i förhållande till befolkningen: 0,8 procent av utbetalningarna gick till länet

vars andel av befolkning motsvarade 0,6 procent av totalbefolkningen. Lägst andel av stödet i förhållande till befolkningen gick till Södermanland, Värmland och Västerbotten. Skillnaderna mellan samtliga län är dock små.

Tandluckor behandlas med tandstödda eller implantatstödda kronor och broar eller avtagbara proteser. Sammantaget minskade antalet individer som åtgärdat stora tandluckor mellan åren 2009 och 2011 med cirka tolv procent. För mindre tandluckor var resultaten mera skiftande. Totalt minskade antalet utförda tandstödda kronor och hängande led till 281 000, en minskning med sju procent sedan år 2009. Antalet patienter som blev behandlade med avtagbara proteser var cirka 18 000, en minskning med sju procent under treårsperioden 2009 till 2011.

Cirka 24 400 patienter fick 63 900 implantat inopererade under år 2011. Privata vårdgivare utförde 74 procent av dessa åtgärder. Antalet behandlingar av patienter med helt tandlösa käkar med implantat förefaller vara oförändrat över åren. Eftersom det sannolikt fanns effekter av den tidigare tandvårdsförsäkringen och uppdämda vårdbehov år 2009 och 2010 är det för tidigt att avgöra om det finns en långsiktigt nedåtgående trend när det gäller implantatbehandling.

Förutom undersökningar och röntgen var åtgärder av skadade tänder de vanligaste åtgärderna år 2011. Det totala antalet åtgärder vid tandskador minskade dock svagt mellan åren 2009 och 2011. Det gjordes 3,3 miljoner fyllningar på 1,8 miljoner patienter under året. Vid stora tandskador behöver ibland kronor utföras, och cirka 278 000 kronor gjordes på 188 000 patienter år 2011. Det var en minskning med tolv procent sedan år 2009. Cirka en fjärdedel av de som besökte tandvården i åldern 40 till 70 år hade inrapporterade kariesskador.

Summary

Approximately 4.2 million people age 20 and older – 59.3% of the Swedish population – had dental appointments that were reported to Försäkringskassan's register in 2011. The number of people who had dental appointments rose by 196,000 from 2009 to 2011. Women had more appointments than men. Halland and Jönköping counties had the most appointments per capita (65 per cent of the population), while Norrbotten County had the fewest appointments per capita (53 per cent of the population) in 2011.

People with healthy teeth who practice good oral hygiene do not generally need to see a dentist every year. That's why it is also important to collect data for the frequency of appointments during a two-year period. Approximately 72.7 per cent (high compared to other countries) of adult Swedes had at least one dental appointment in 2010–2011. Six per cent had only emergency appointments in 2009–2011.

Adult Swedes had a total of 10 million appointments in 2011, which represented an increase of 3.2 per cent since 2009. The number of procedures performed at the appointments rose during that period by 5 per cent to 16.9 million.

High-cost protection was paid for 1.8 million (25.5 per cent of the Swedish population) of the 5.2 million people with dental appointments in 2010–2011. Most of the payments were between SEK 3,000 and SEK 15,000. Subsidies at the highest level were paid for less than 2.6 per cent of the population.

Care providers charged patients a total of SEK 14.3 billion for all procedures covered by government-subsidised dental care. A total of SEK 0.88 billion was paid for general dental care allowance and SEK 3.92 billion for high-cost protection in 2011. The overall increase since 2009 was SEK 350 million. Just because compensation for subsidised dental care represented one-third of all dental care consumption does not mean that one-third of the costs of each individual patient were covered by subsidised dental care. If the data are considered in relation to the percentage of patients for whom payments were made to cover high-cost protection, the situation looks very different. Thirty-five per cent of people who had dental appointments in 2010–2011 received compensation from high-cost protection, and 3.5 per cent were above the excess amount of SEK 15,000 over a period of two years. Given that less than half of the compensation went to this 3.5 per cent, most patients received considerably less than average.

The largest percentage (24.7 per cent) of payments from government subsidised dental care went to Stockholm County (whose inhabitants accounted for 21.5 per cent of the entire Swedish population). Gotland received more subsidised dental care per capita than any other county. The county obtained 0.8 per cent of the subsidies although only 0.6 per cent of all Swedes live

there. Södermanland, Värmland and Västerbotten counties received the lowest subsidies per capita. The differences among the various counties were small.

Gaps between teeth were treated with tooth-supported or implant-supported crowns and bridges or removable prostheses. Approximately 12 per cent fewer people were treated for gaps between teeth in 2011 than in 2009. The results varied more for small gaps.

The number of procedures for tooth-supported crowns and hanging pontics declined by 7 per cent to 281,000 between 2009 and 2011. Approximately 18,000 patients received removable prostheses in 2011, a 7 per cent decrease since 2009.

Approximately 24,400 patients received a total of 63,900 implants in 2011. Private caregivers performed 74 per cent of the implants. The number of implant treatments for people without any teeth appears to have remained unchanged through the years. Considering the probable effects of previous dental insurance and likely pent-up care needs in 2009 and 2010, it is too early to tell whether the frequency of implant treatments is trending downward over the long term.

Besides examinations and X-rays, procedures for tooth damage were the most common in 2011. However, the total number of procedures for tooth damage declined slightly from 2009 to 2011. A total of 1.8 million patients received 3.3 million fillings in 2011. Major tooth damage sometimes requires a crown – 188,000 patients received approximately 278,000 crowns in 2011, a 12% decrease since 2009. Caries damage was reported for approximately one-quarter of 40–70 year-olds who had dental appointments.

1 Bakgrund

Vårdgivare inom tandvården registrerar löpande information till Försäkringskassan om utförd ersättningsberättigande tandvård när de begär statligt tandvårdsstöd för utförda behandlingar. Det innebär att Försäkringskassan har tillgång till en stor mängd information om befolkningens tandvårdskonsumtion och utnyttjande av det statliga tandvårdsstödet. Denna information har stor betydelse för myndigheternas möjlighet att följa upp och utvärdera det statliga tandvårdsstödet. Därför är vårdgivarnas löpande rapportering och kvaliteten på de uppgifter som rapporteras in mycket viktig.

Vårdgivarna behöver dock återkoppling av resultat och statistik¹, och det har hitintills saknats ett samlat och lättillgängligt dokument om tandvårdsstödet och befolkningens tandvårdskonsumtion. Denna rapport har tillkommit för att fylla detta behov.

Rapporten kommer att ges ut regelbundet och innehålla ett fördjupningsområde per publikation. Denna gång är det protetik och implantat. Skälet till det är att det kommit signaler från tandvården om att behandling med protetik minskat under senare år

Rapporten är framtagen i samarbete mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Tandvårds och läkemedelsförmånsverket (TLV). Försäkringskassan är ansvarig för utgivningen av rapporten.

1.1 Syfte

Rapporten riktar sig till vårdgivare och andra intressenter som vill få lättillgänglig information om det statliga tandvårdsstödet.

1.2 Disposition

Rapporten innehåller information om tandvårdsbesök och besöksfrekvenser, utvecklingen av specifika diagnoser och åtgärder, samt utnyttjandet av det statliga tandvårdsstödet och kostnaden för detsamma. Resultaten presenteras i avsnitt två till sex.

Rapporten innehåller också en kortfattad beskrivning av de rapporter och studier som respektive myndighet publicerar under kommande år samt en kort sammanfattning av resultaten från Försäkringskassans efterhandskontroller. Aktuella regelförändringar kommer också att presenteras.

¹ Tandvårdsutredningen (SOU 2007:19) konstaterade att vårdgivarna är en viktig mottagare av återrapportering utifrån Försäkringskassans dataregister. Utredningen bedömde vidare att en återrapportering av relevant och anpassad statistik kan möjliggöra för vårdgivarna att i olika avseenden relatera den egna verksamheten till övrig tandvård på nationell nivå. Tandvårdsutredningen föreslog att information kring diagnos- och åtgärds-koder, besöksfrekvenser och genomsnittspriser ska ingå i Försäkringskassans återrapportering.

1.3 Datakälla och avgränsningar

När en behandlare inom tandvården slutför en åtgärd som är ersättningsberättigande enligt det statliga tandvårdsstödet rapporteras detta in till Försäkringskassans tandvårdsregister. Förutom besöksdatum, utförd tandvårdsåtgärd och åtgärdspris rapporteras också den diagnos eller det tillstånd som är orsak till behandlingen. Rapporteringen av diagnos eller tillstånd görs i form av koder enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd.

All rapportering sker elektroniskt. 95 procent av vårdgivarna rapporterar genom ett av de sex datorjournalssystem som finns på tandvårdsmarknaden och resterande fem procent direkt via en portal som Försäkringskassan har.

Aktuella registerdata kan innehålla fel som är kopplade till inrapporteringen. Socialförsäkringsrapporten ”Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet” redovisar en del av dessa fel. Observera att under det första halvåret med det nuvarande tandvårdsstödet förekom olika inrapporteringsproblem. Därför görs det i denna studie inte jämförelser med den perioden.

Det är osäkert i vilken omfattning användandet av det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) registreras för patienter som tecknat avtal om abonnemangstandvård. Detta problem blir särskilt stort eftersom det främst är unga patienter som tecknar avtal om abonnemang. Det resulterar i att det ser ut som om just dessa utnyttjat det allmänna tandvårdsbidraget i lägre utsträckning än vad som varit fallet. Felet är alltså systematiskt och inte slumpmässigt.

Rapporteringskoderna för vissa behandlingar har ändrats, vilket medför en ökad risk för registreringsfel. Det gäller implantat vid behandling i en- och tvåtandsluckor och implantat i helt tandlösa käkar. I det första fallet ändrades koderna under vid olika tillfällen under perioden 2009–2011, medan det för inplantat i tandlösa käkar bara gjordes ändringar under första halvåret 2009.

Information om EU-fördragstandvård har inte tagits med, eftersom de behandlas manuellt och rör en litet antal patienter. Statistik från år 2010 visar att inom EU-fördragstandvården ansökte 770 personer om ersättning från Försäkringskassan för planerad tandvård². De poster som saknar fullständigt personnummer och de som varit utvandrare minst 90 dagar under en tvåårsperiod är också exkluderade ur bearbetad data, vilket innebär att det kan finnas vissa skillnader vid jämförelse med andra registerutdrag.

Det finns även en grupp om cirka 150 000 vuxna som inte syns i registret. Det är sjuka och funktionshindrade, mestadels äldre, vars nödvändiga tandvård betalas av landstingen.

Tandvård för barn och ungdomar återfinns inte heller i tandhälsoregistret.

² Ds 2012:6.

2 Besöksfrekvens

Huvudsakligt resultat

Under de senaste två åren besökte totalt 5,2 miljoner personer tandvården, vilket motsvarar 72,7 procent av den vuxna befolkningen. Kvinnorna besökte tandvården i något större utsträckning än män. 6 procent av befolkningen besökte tandvården endast vid akuta behov. En något större andel av männen gjorde endast akuta besök.

Under 2011 besökte 59,3 procent av den vuxna befolkningen tandvården. 2009 var den siffran 58,9 procent.

2.1 Besök i tandvården under två år 2010–2011

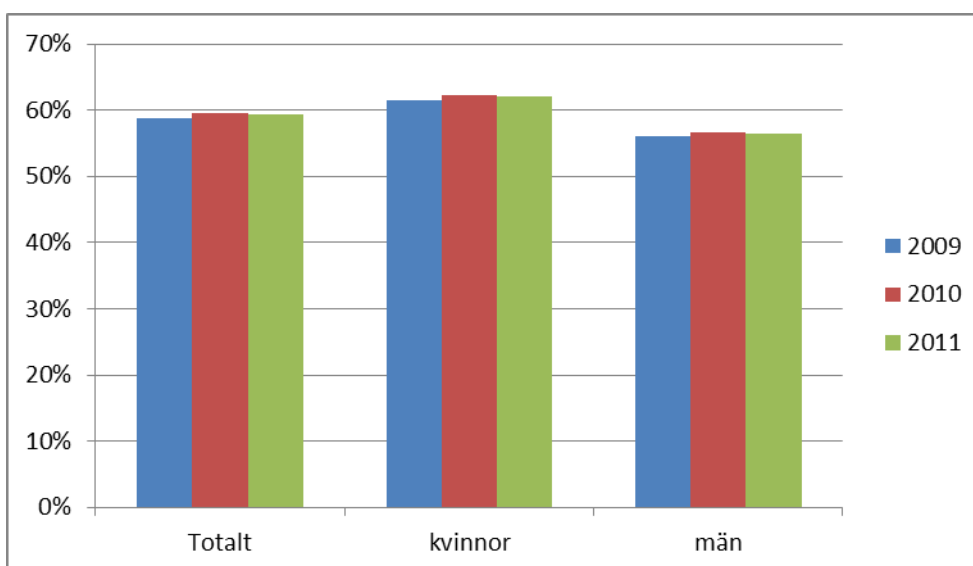
Av den vuxna befolkningen besökte 72,7 procent tandvården vid minst ett tillfälle under åren 2010 och 2011. Uppdelat på kön var det 75,9 procent av kvinnorna respektive 69,5 procent av männen. I antal var det 5,2 miljoner personer, varav 2,8 miljoner kvinnor och 2,5 miljoner män.

Regelbundna besök i tandvården innebär att förebyggande insatser kan göras liksom att karies och tandlossning upptäcks tidigt. För den stora andel av befolkningen som har friska tänder och god munhygien är det inte kostnadseffektivt att gå varje år. Många behandlare rekommenderar därför efter individuell bedömning ett besöksintervall på 1,5 till 2 år. Det är därför relevant att undersöka hur stor andel av befolkningen som besöker tandvården minst vartannat år.

2.2 Besök i tandvården per år 2009–2011

Det är också relevant att följa hur den årliga besöksfrekvensen utvecklar sig. Denna visar små skillnader, vilket framgår av diagram 1.

Diagram 1 Andel i procent av befolkningen som besökt tandvården under ett år, per år 2009–2011, totalt och uppdelat på kön



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

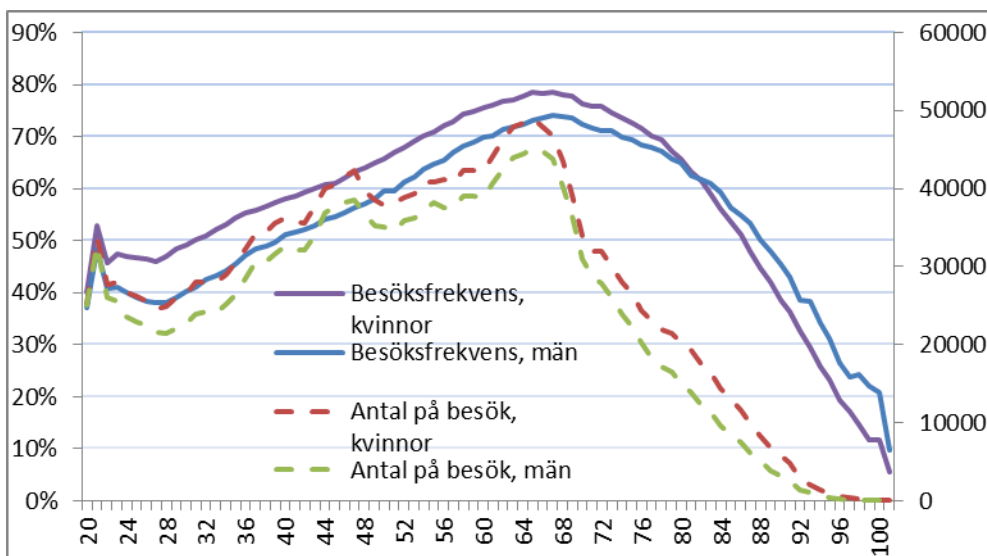
Diagrammet ovan visar att andelen är stabil från år till år. 58,9 procent av hela befolkningen besökte tandvården under 2009, medan motsvarande siffra för 2010 och 2011 var 59,5 procent respektive 59,3 procent. Utvecklingen är likartad även när kvinnor och män studeras separat.

Om man däremot ser på hur stor andel som besökte tandvården under ett år finns det en betydande skillnad mellan könen. Cirka 62 procent av kvinnorna gjorde det, men bara knappt 57 procent av männen. Totalt har antalet patienter som besökt tandvården ökat med 196 000 från år 2009 till 2011, men eftersom befolkningen också ökat blir andelen ungefär densamma.

2.3 Besök i tandvården år 2011

De 59,3 procent av den vuxna befolkningen som besökt tandvården år 2011 motsvarade 4,2 miljoner individer. Det var knappt 2,3 miljoner kvinnor och knappt 2,0 miljoner män.

Diagram 2 Andel av befolkningen och antal som besökt tandvården år 2011, uppdelat på ålder och kön, anges i procent och antal

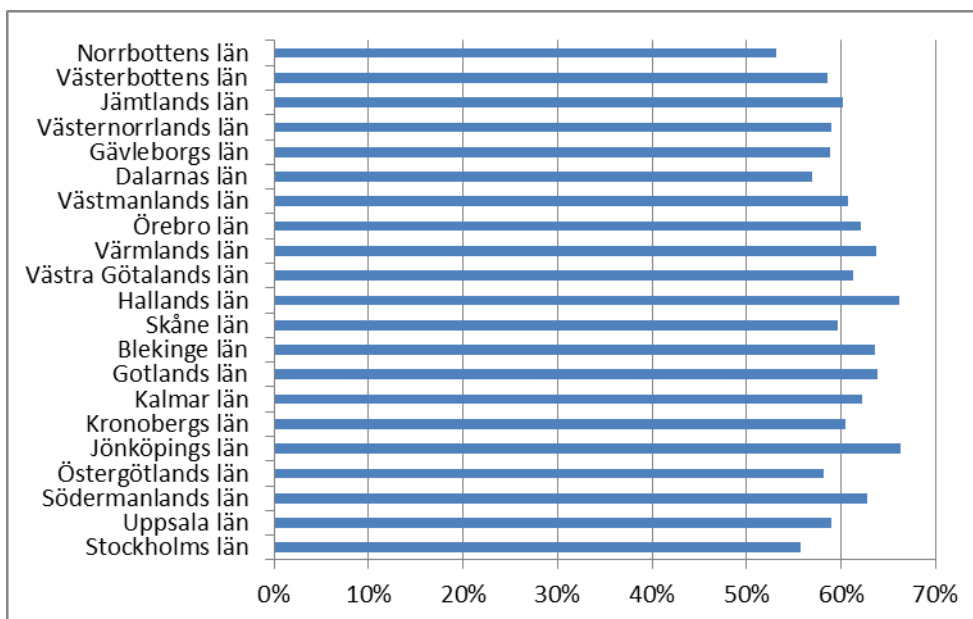


Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av diagram 2 framgår, precis som av diagram 1, att en större andel av kvinnorna besöker tandvården. Detta skiftar dock vid 83 års ålder. Vad gäller de yngre syns att de som var 21 år hade en markant högre besöksfrekvens, vilken sannolikt beror på den första kallelsen efter den avgiftsfria barn och ungdomstandvården. Resultaten i diagrammet ovan stämmer väl med tidigare resultat³.

³ Försäkringskassan 2011(a).

Diagram 3 Andel i procent av befolkningen i respektive län⁴ som besökt tandvården år 2011



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Norrbotten hade den lägsta andelen av befolkningen som besökte tandvården under år 2011. Där hade 53,1 procent av befolkningen gjort minst ett besök, jämfört med 59,3 procent för landet som helhet. Norrbotten låg lägst även under 2009 och 2010. Högst andel av befolkningen som gjort minst ett besök hos tandvården hade Halland och Jönköping, 66,2 procent av befolkningen. Dessa län har legat högt i mätningen under samtliga år 2009–2011. Dessa uppgifter kan jämföras med uppgifter om tandhygienist- och tandläkartäthet som presenteras i diagram 3 i bilaga 4.

2.3.1 Antal besök bland dem som besökt tandvården 2011

Antalet tandvårdsbesök som varje person gör under en viss tidsperiod kan spegla tandvårdsbehovet hos dem som besöker tandvården. Personer med stora tandvårdsbehov behöver många besök för att åtgärda behoven, medan de som är friska eller endast riskerar att få problem bara gör ett besök. Under år 2011 gjordes 10,0 miljoner besök⁵, vilket är en ökning sedan år 2009 med 3,2 procent.

⁴ Med län avses i denna rapport i vilket landsting eller region patienten är folkbokförd. Skälet till detta är att studien redovisar hur tandvårdsstödet fördelas bland befolkningen. Om en person besöker tandvården där hon eller han inte är bosatt blir resultatet därför missvisande.

⁵ Försäkringskassan 2012(b)

Tabell 1 Besöksfrekvenser för kvinnor, män år 2011 samt totalt under år 2009 och 2011 i procent och i miljoner

	1 besök, %	2-3 besök, %	4-7 besök, %	8 eller fler, %	Antal patienter, miljoner
Kvinnor år 2011	41,8	40,7	15,4	2,1	2,3
Män år 2011	41,1	40,8	15,8	2,2	2,0
Totalt år 2011	41,5	40,8	15,6	2,2	4,2
Totalt år 2009	43,4	40,5	14,5	1,7	4,0

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

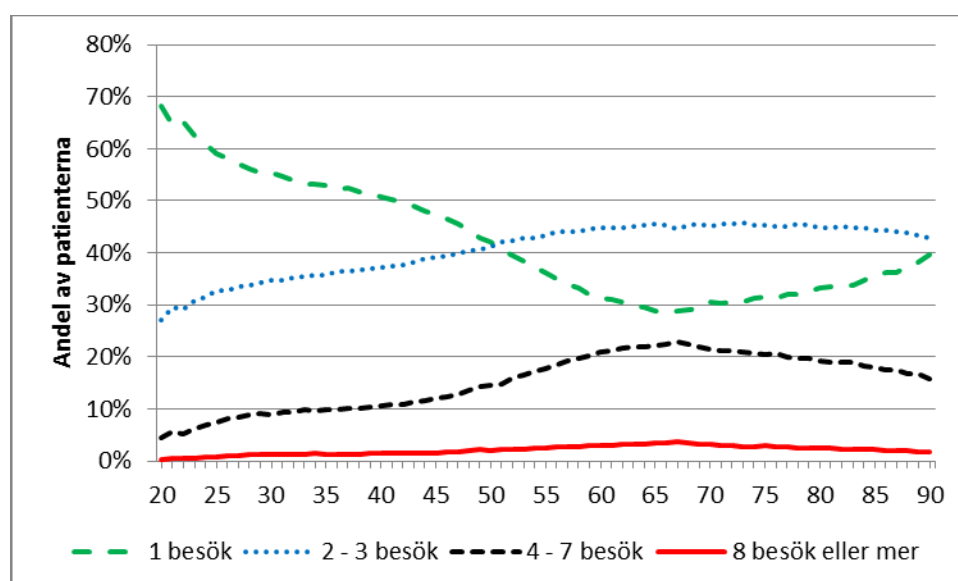
I tabellen syns att de flesta som besökte tandvården år 2011 gjorde få besök. 82,3 procent gjorde mellan ett och tre besök under året. Endast 2,2 procent gjorde åtta eller fler besök. Jämförs resultaten för år 2011 med år 2009 syns att andelen som gör ett besök har minskat och övriga grupper har ökat.

Tabell 2 Median av vårdgivarpriset per besök uppdelat på antalet besök år 2011, anges i kronor

1 gång	2-3 gånger	4-7 gånger	8+ gånger
820	850	966	1 100

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabell 2 ovan framgår att medianpriset per besök var högre för patienterna ju fler besök de gjorde. Från detta ska sedan eventuellt statligt tandvårdsstöd räknas bort för att få fram patientkostnaden. Resulteten indikerar sannolikt att patienter som besöker tandvården flera gånger per år har sämre tandhälsa och därför behöver mer komplicerade och omfattande behandlingar, inte bara totalt utan även vid de enskilda besöken.

Diagram 4 Andel av tandvårdsbesökarna år 2011 som gjorde 1-8 besök fördelat på åldersklass, anges i procent och i antal


Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

På den vertikala axeln visas hur stor andel av patienterna i olika åldersgrupper som gjorde ett visst antal besök under år 2011. På den horisontella axeln visas patienternas ålder. Diagrammet visar att bland 20-åringarna som besökt tandvården är det nästan 70 procent som gjort ett besök. För mer än hälften av de som är upp till 42 år räcker det med ett besök, vilket tyder på små vårdbehov. Bland 65-åringarna som besökt tandvården är det 30 procent som bara gjort ett besök.

Ändringarna i antalet besök var små under åren 2009–2010, vilket visas i diagram 1. Av diagram 4 framgår att de som var 67 år (födda år 1944) som hade den högsta besöksfrekvensen under år 2011. Det verkar vara något som följer årskullen. År 2009 uppvisade denna årskull också samma antal besök. Detta förklaras inte av storleken på årskullen, eftersom den största årskullen är från 1947.

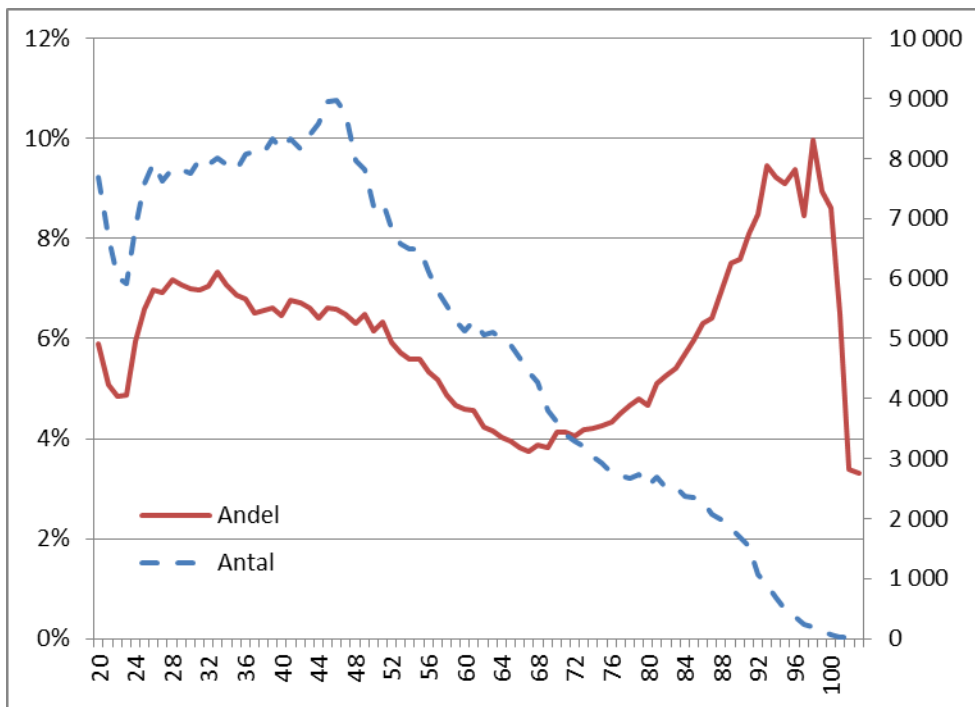
2.4 Endast akuta besök de tre senaste åren

Det finns patienter som endast gör akutbesök hos tandvården⁶. I denna studie har dessa definierats som de individer som under en treårsperiod (2009 till 2011) inte genomgått någon basundersökningsåtgärd. Även de patienter som inte genomgått någon undersökningsåtgärd över huvud taget utan enbart behandlande åtgärder har inkluderats. Tillstånd och behandlingar som kräver planering och flera besök har exkluderats. På så sätt har en patientgrupp tagits fram som förefaller att enbart besöka tandvården vid besvär som behöver åtgärdas omgående och som dessutom inte genomgår några andra åtgärder.

Drygt 408 000 personer gjorde enbart akuta besök hos tandvården under perioden 2009–2011. Det motsvarar 5,7 procent av hela den vuxna befolkningen, 5,5 procent av kvinnorna och 6,0 procent av männen. Det är således en något större andel av männen som endast besökt tandvården akut.

⁶ Vilka åtgärder som i denna rapport definierats som akuta anges i bilaga 3.

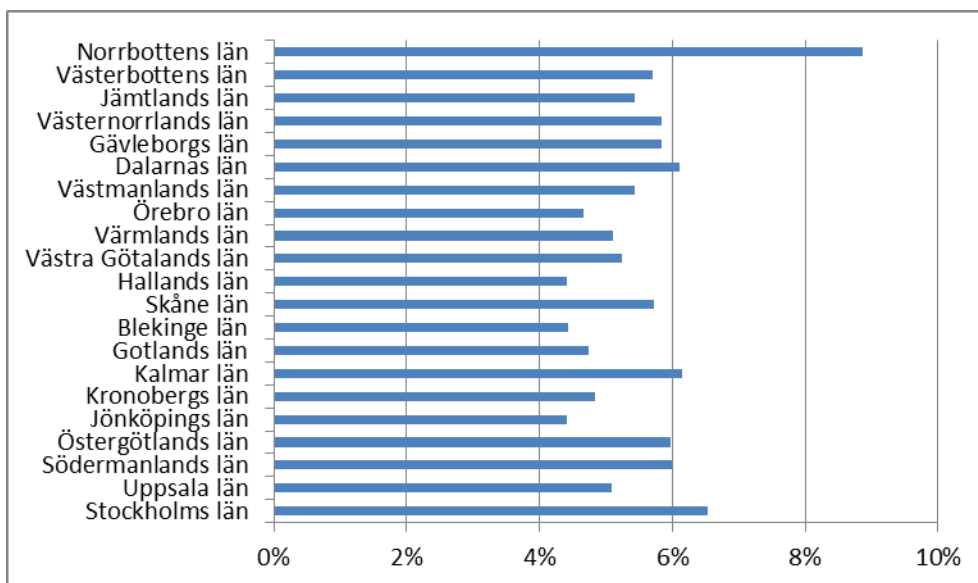
Diagram 5 Andel samt antal som besökt tandvården endast akut under perioden 2009–2011 per ålder, anges i procent och i antal individer



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Vid jämförelse med besöksfrekvensen totalt i tandvården framkom ett omvänt samband (se diagram 2). De åldersgrupper som hade hög besöksfrekvens totalt sett hade lägre andel akuta besök. Det gäller till exempel dem som är mellan 60 och 75 år. Högst andel akuta besök bland de yngre hade åldersgruppen 25–35 år. Resultaten för de som är äldre än 85 år påverkas av att det är få individer per åldersklass, vilket beror på medellivslängden men också på att många av de allra äldsta individerna får sin tandvård ersatt enligt landstingets tandvårdsstöd. Dessa ingår inte i det antal som redovisas här.

Diagram 6 Andel av befolkningen som besökt tandvården endast akut under perioden 2009–2011 per län, anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Jönköpings, Blekinge och Hallands län hade den lägsta andelen av befolkningen som endast besökt tandvården akut, 4,4 procent. Norrbottens län hade den högsta andelen med 8,9 procent och näst högst hade Stockholm med 6,5 procent. Norrbotten är också, som beskrivits tidigare, det län där lägst andel av befolkningen besökte tandvården 2011. I det glest befolkade Norrbotten kan det vara långa avstånd till tandvården och det kan dessutom vara svårt att rekrytera tandvårdspersonal, något som kan göra att invånarna i länet besöker tandvården mer sällan.

Behandlingsbehov och åtgärder vid akuta besök 2011

Patienternas behandlingsbehov exklusive behov av undersökning (diagnostik) framgår av tabell 3 nedan. Behandlingsbehoven har tagits fram genom att undersöka vilka diagnoser eller tillstånd som rapporterades under år 2011 bland de som enbart gått akut.

Tabell 3 Behandlingsbehov 2011 vid akuta besök (bland patienter som enbart besökt tandvården akut under åren 2009–2011), anges i procent

Behandlingsbehov (diagnos)	Andel av behandlingsbehoven, %
Karies	29,8
Tandvärk	25,8
Fyllnings-/kuspfraktur	21,7
Parodontal sjukdom	13,1
Trauma mot tänder	2,5
Övrigt	7,1

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Karies, tandvärk och fyllnings-/kuspfraktur⁷ motsvarar 77,1 procent av behandlingsbehoven år 2011 bland dem som endast besökt tandvården akut under den studerade perioden. I gruppen ”övrigt” finns bland annat tandluckor, ilningar, tandslitage, trasiga protetiska konstruktioner, käkfunktionsstörningar. Undersökningsdiagnos/tillstånd motsvarar 55,8 procent av samtliga diagnoser och tillstånd, men de har som nämnts inledningsvis inte inkluderats i beskrivningen av behandlingsbehoven.

De diagnostiska åtgärderna, undersökning och röntgen utgör 45,8 procent av utförda åtgärder vid akuta besök, vilket framgår av tabell 4 nedan.

Tabell 4 **Fördelning av utförda behandlingsåtgärder under år 2011 vid akuta besök (bland de patienter som enbart besökt tandvården akut under åren 2009–2011), anges i procent**

Åtgärdsgrupp	Andel av behandlingsåtgärderna, %
Undersökning	28,2
Röntgen	17,7
Fyllningar	17,7
Sjukdomsbehandlande	13,7
Extraktioner/operationer	11,5
Rotbehandling	5,4
Protetiska åtgärder	5,7
Bettskenor	0,2

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av de behandlande åtgärderna var fyllningar vanligast med nära 18 procent. Sjukdomsbehandling utgjorde 13,7 procent av de akuta behandlingsåtgärderna och innebär t.ex. temporära fyllningar, spolning, slipning eller mekanisk infektionsbehandling. Offentliga vårdgivare utförde 64,7 procent av samtliga akuta åtgärder, vilket nästintill var omvänt jämfört med all tandvård där privata vårdgivare utförde cirka 62 procent av åtgärderna.

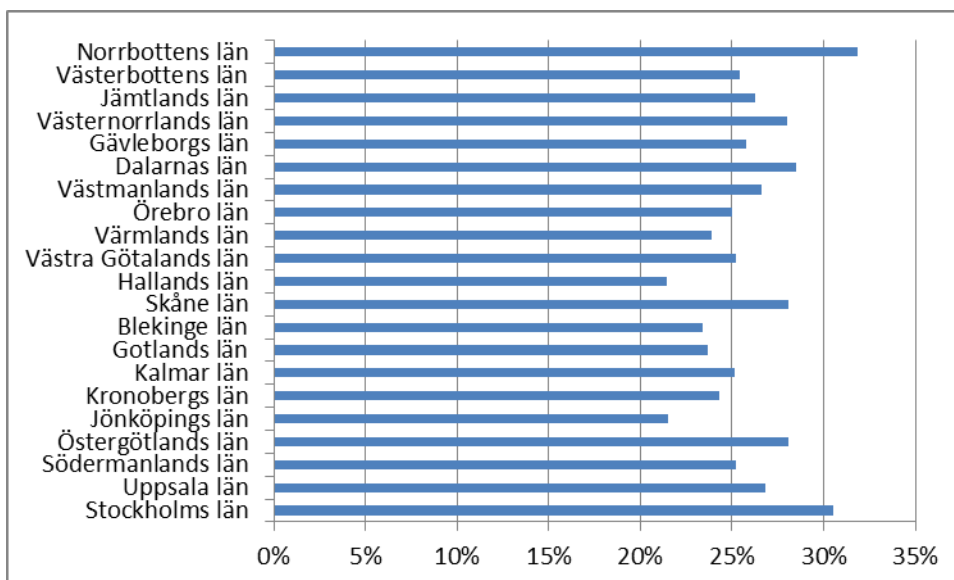
2.5 Inga besök de två senaste åren

Av den vuxna befolkningen har 27,3 procent inte besökt tandvården under de senaste två åren⁸ (2010–2011). En relativt stor skillnad fanns mellan könen: av kvinnorna var det 24,1 procent som inte besökt tandvården, medan det var 30,5 procent av männen. I absoluta tal var det drygt 1,9 miljoner personer över 20 år som inte besökt tandvården under de senaste två åren.

⁷ Fyllnings-/kuspfraktur avser här när tandsubstans eller fyllningsmaterial förlorats utan att det är karies i tanden. Ofta kallat ”bitit sönder en tand”.

⁸ Det är endast besök med åtgärder som är ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet som registreras hos Försäkringskassan. Det är alltså möjligt att dessa personer besökt tandvården, men att dessa besök inte varit ersättningsberättigande. En annan begränsning i resultaten är att vård utförd utomlands inte har tagits med.

Diagram 7 Andel av befolkningen i respektive län som inte besökt tandvården åren 2010 och 2011, anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Det län där störst andel avstått från att besöka tandvården under de senaste två åren (2010–2011) var Norrbottens län (31,8 procent). Eftersom tandvårdsbehoven ökar med ålders är det relevant att beakta ålderstrukturen i de olika länen. Norrbotten har en relativt stor andel av befolkningen över 50 år. Näst högst andel fanns i Stockholms län, 30,5 procent. Stockholm har i stället en relativt sett ung befolkning med en låg andel som har fyllt 50 år⁹. Lägst andel som avstått tandvård under de senaste två åren hade Halland och Jönköpings län med 21,4 respektive 21,5 procent. Resultaten för andelen som inte alls besökt tandvården för dessa fyra län var förväntade utifrån resultaten av tidigare beskrivningar av besöksfrekvenser i denna rapport. I övriga län var andelen som inte besökt tandvården under de senaste två åren mellan 24 och 29 procent.

Som tidigare skrivits kommer Försäkringskassan att under hösten 2012 publicera en rapport om de individer som inte besöker tandvården. Rapporten kommer att innehålla resultat som indikerar vilka faktorer som samvarierar med sannolikheten att avstå från att besöka tandvården. De faktorer som undersöks är bland annat inkomst, sysselsättning, försörjningsstöd, sjukersättning, utbildningsnivå och födelse land.

⁹ Andel i respektive län som är över 50 år presenteras i diagram B6 i bilaga 4.

3 Protetik och implantat

Huvudsakligt resultat

Under perioden minskade antalet patienter som fick tandvårdsstöd för rehabilitering av tandförluster. Även antalet patienter som utfört rehabiliterande behandling vid total tandlöshet och större tandluckor minskade, liksom antalet behandlingar med partiell protes. Däremot syns en svag ökning av antalet patienter som utförde behandling vid mindre tandförluster, såsom en- och tvåtandsluckor, medan antalet patienter som opererat in tandimplantat verkar vara i stort sett oförändrat

Under det första reformåret påverkades dock omfattningen av den inrapporterade protetiken av de övergångsregler som gällde när tandvårdsstödet infördes. Dessutom är den aktuella observationsperioden kort och sammanfaller med en lågkonjunktur. Därför är det för tidigt att avgöra om behovet av protetik vid tandförluster verkligen har minskat.

3.1 Behandling vid tandlöshet

Förlust av tänder leder till nedsättning av tuggförmågan och är utseendemässigt störande om tandluckorna syns.

Vid behandling av tandlöshet finns olika möjligheter att rehabilitera bettet med protetik: avtagbara proteser, tandstödda eller implantatstödda kronor och broar. Dessa behandlingar kan också kombineras.

Det har kommit signaler från tandläkare och tandtekniker om att behandling med protetik minskat under senare år. Orsakerna har sagts vara att patienterna tycker att behandlingen är dyr trots subventionen, att tandvårdsstödet regler är krångliga, att det sker en import av tandtekniskt arbete, att det varit lågkonjunktur och att det helt enkelt blivit färre tandluckor att fylla. Det är med anledning av denna utveckling inom protetikområdet som årets fördjupningsområde är protetik och implantat.

Ett sätt att ta reda på om det finns några tendenser för behandling med implantatstött protetik är att följa hur många implantat, ”skruvar”, som opereras in varje år. För att få en bredare uppfattning om protetikbehandlingarna behöver också orsakerna till tandlösheten beskrivas utifrån rapporterade diagnos/tillstånd och åtgärder.

Epidemiologiska studier¹⁰ har visat att total tandlöshet och även partiell tandlöshet har minskat betydligt de senaste fyra decennierna. På lång sikt kommer behovet av all protetik att minska om tandhälsan fortsätter att

¹⁰ 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.

förbättras ytterligare. Det finns därför anledning att följa den tandstödda protetiken som ersätter förlorade tänder. Det kan ske genom att ange hur många tandpositioner som varit involverade i rehabilitering av tandluckan. Tandlöshet kan också behandlas med avtagbar protetik. Detta är en billigare lösning än fastsittande protetik, vilket gör att utvecklingen av sådana behandlingar kan vara intressant att följa över flera ekonomiska cykler för att se om ekonomin spelar in vid val av behandling.

Det saknas tillförlitliga uppgifter om behandling av tandlöshet som gjordes före införandet av det nuvarande stödet den 1 juli 2008. Dessutom förekom det olika inrapporteringsproblem under första halvåret med det nuvarande stödet, varför det i denna studie inte görs jämförelser med tiden före 2009.

Tandvårdsförsäkringen före 1 juli 2008 hade generösa villkor för statligt stöd vid behandling med protetik för personer 65 år och äldre. Övergångsreglerna när det nya stödet infördes innebar att påbörjad eller förhandsprövad men ej påbörjad behandling kunde ersättas enligt de tidigare reglerna. Sådan behandling tog mycket av tandvårdens resurser under 2008 och 2009, men rapporterades inte till det register som ligger till grund för denna studie. Det är också en viktig anledning till att uppgifter om tandvårdstödet 1 juli 2008 till 31 december 2008 inte har tagits med i denna rapport.

Under tandvårdstödet första år (1 juli 2008–30 juni 2009) utbetalades tandvårdstöd enligt den tidigare tandvårdsförsäkringen med 1,8 miljarder kronor. Under det andra året (1 juli 2009–30 juni 2010) uppgick utbetalningarna till 314 miljoner kronor och under det tredje året uppgick de till 38 miljoner kronor. Ersättningen gick främst till protetiska åtgärder.

Att andelen personer 65 år och äldre är avsevärt lägre år 2009 jämfört med år 2011 i tabell 3 förklaras troligen av effekter av övergångsreglerna. Utfallet åren 2007–2009 kan ha påverkats av att ett extra stort antal personer fick vård utförd för att hinna få ersättning enligt det tidigare stödet, antingen innan det nuvarande stödet infördes 1 juli 2008 eller innan övergångsreglerna slutade gälla. Det går inte heller att bortse från att det kan ha funnits ett uppdämt tandvårdsbehov för personer yngre än 65 år som väntat in det nuvarande tandvårdstödet. De totala statliga subventionerna till tandvården var störst år 2008 och 2009, varav den största delen betalades ut för protetik och avsåg patienter som var 65 år eller äldre. Om jämförelser av utförd protetik görs med tiden 2008 och 2009 när ersättning utbetalades från både det tidigare och det nuvarande tandvårdstöden är det rimligen så att protetiska behandlingar har blivit mindre vanliga.

3.2 Antal implantat

Totalt fick cirka 24 400 patienter cirka 63 900 implantat inopererade under 2011. Privata vårdgivare utförde 74 procent av implantaten. Kvinnor och män fick 50 procent vardera av implantaten. Det är en minskning av antal patienter med drygt två procent sedan föregående år, men en ökning med 11 procent jämfört med 2009 (se tabell 5). Det är ännu för tidigt att avgöra om antal patienter och antal implantat har nått en långsiktigt stabil nivå.

Tabell 5 **Antal individer som behandlats med implantat, andel 65 år och äldre och antal implantat åren 2009–2011, anges i antal och i procent**

År	Antal patienter	Andel äldre än 65 år, %	Antal implantat
2009	21 769	40	54 233
2010	24 994	47	69 655
2011	24 373	49	63 856

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabellen ovan syns att det tidigare stödet fasats ut i och med att andelen patienter som är 65 år och äldre har ökat i det nuvarande stödet.

3.3 Antal tandstödda led

Av de cirka 281 000 tandstödda led¹¹ som utfördes under år 2011 gjordes 77 procent av privata vårdgivare. Kvinnornas andel av behandlingen var 51 procent. Av alla utförda led var 35 procent hängande led och två procent var emaljretinerade.

Tabell 6 **Antal tandstödda kronor, hängande led eller emaljretinerat stöd vid rehabilitering åren 2009–2011, anges i antal led**

År	Mindre tandförlust	Större tandförlust	Övrig orsak till protetiskt behov	Totalt
	Antal led	Antal led	Antal led	Antal led
2009	243 021	37 313	20 377	300 711
2010	228 151	35 183	26 497	289 831
2011	222 319	33 773	24 902	280 994

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabellen ovan framgår att antalet utförda led vid rehabilitering har minskat med cirka 7 procent från år 2009 till år 2011.

3.4 Behandling vid olika omfattning av tandlöshet

Behandling med tandstödd och implantatstödd protetik görs vid olika omfattning av tandlöshet. Behandling med tandstödd protetik kan också behövas när avtagbara proteser behöver stöd, när tänder med tandlossning behöver stabiliseras och när avvikelser i bettet medför att tuggförmågan behöver förbättras. Tandlöshet kan också behandlas med avtagbara proteser.

När tandstödd protetik utförs för att ersätta en förlorad tand eller tänder utförs broar, ibland kallade bryggor. Då behövs kronor på de tänder som gränsar till tandluckan, och de saknade tänderna ersätts med konstgjorda tänder kallade hängande led. Dessa fästs vid kronorna som gränsar till tandluckan. Omfattningen på rehabiliteringen anges med antal led. Varje del i bron, kronan eller det hängande ledet benämns vanligen som ett led, vilket

¹¹ Det utfördes dessutom ca 278 000 tandstödda kronor till följd av tandskador, se vidare kapitel 4.3 och bilaga 3 tabell B1. De ingår inte i de uppgifter som redovisas i detta kapitel.

blir ett mått på antalet tandpositioner som tagits i anspråk för att behandla tandlösheten.

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

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 och därför kan förekomma i olika typer av rehabilitering.

3.4.1 Mindre tandförluster

Med mindre tandförluster menas i detta sammanhang när ett eller två implantatstödda kronor framställts eller en tandstött bro som ersätter en eller två saknade tänder sätts in. Hit räknas också implantatstött krona eller tandstött bro vid friändstandlöshet när tänderna 4–8 saknas eller tandlucka när tänder 5, 6 och 7 saknas. Resultaten redovisas i tabell 7 nedan.

Tabell 7 Antal patienter och antal implantat vid mindre tandförluster

År	Mindre tandlucka			
	Behandling med implantatstött protetik		Behandling med tandstött protetik	
	Antal patienter	Antal implantat	Antal patienter	Antal led
2009	7 157	8 103	58 490	243 021
2010	9 371	10 699	56 835	228 151
2011	9 916	11 680	59 710	222 319

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av tabell 7 framgår att antalet patienter som valde behandling med implantat vid mindre tandluckor ökade med cirka 31 procent från år 2009 till år 2010. Mellan år 2010 till 2011 var ökningen cirka 6 procent. Effekten av övergångsreglerna för patienter som var 65 år och äldre torde ha betydelse för det lägre antal som rapporterades in år 2009.

Antalet patienter med mindre tandförluster som behandlats med tandstött protetik har varierat över de tre åren, medan antalet led har minskat med 10 procent sedan år 2009. Det kan tyda på att antalet patienter som har tandförluster med två bredvidliggande tänder (tvåtandsluckor) minskat. Det kan även vara en effekt av att ett uppdämt tandvårdsbehov åtgärdades de första åren.

3.4.2 Större tandförluster

Med större tandförluster avses protetiska åtgärder som ersätter tandförluster med tre eller fler tänder inom tandposition 5–5. Här inräknas också friändstandlöshet då tand 3–8 eller fler tänder saknas. Utfallet per år redovisas i tabell 8.

Tabell 8 **Antal patienter, antal implantat och antal tandstödda led vid större tandluckor**

År	Behandling med implantatstött protetik		Behandling med tandstött protetik	
	Antal patienter	Antal implantat	Antal patienter	Antal led
2009	11 385	31 671	7 225	37 313
2010	11 100	30 383	6 884	35 183
2011	9 760	25 276	6 611	33 773

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av tabell 8 framgår att antalet patienter som fått behandling vid större tandluckor minskade med cirka 12 procent från år 2009 till år 2011. Orsaken till det är sannolikt att många patienter som var yngre än 65 år väntade med att utföra åtgärder tills de kunde ta del av det nya tandvårdsstödet, som i deras fall innebar att de fick högre ersättning. Men det kan möjligen också bero på att antalet patienter med större tandluckor minskar. Det verkar inte ha skett ett skifte från tandstött protetik till implantatstött protetik, utan det handlar i så fall om en total minskning av antalet patienter med större tandluckor.

3.5 Behandling med avtagbar protetik vid partiell tandlöshet

Vid partiell tandlöshet, oavsett antalet förlorade tänder, är avtagbara delproteser¹² ofta ett alternativ. De kan för långtidsbruk utföras med gjutna metallskelett eller för kortare tids användning som temporära proteseser i enklare utförande. I tabell 9 redovisas enbart delproteser för långtidsbruk.

Tabell 9 **Antal patienter och delproteser**

År	Antal delproteser	Antal patienter
2009	23 046	19 733
2010	22 138	19 114
2011	21 371	18 411

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabell 9 framgår att såväl antalet patienter som antalet slutförda avtagbara delproteser har minskat under treårsperioden. Minskningen är cirka 7 procent. Orsakerna är sannolikt desamma som gäller för större tandluckor.

Delprotes löser tandlöshetsproblem till lägre kostnad än implantat- och tandstött protetik. Det gäller särskilt vid mer omfattande tandlöshet. Med lågkonjunktur och osäkert ekonomiskt läge har det funnit antaganden om att denna behandling skulle väljas av fler. Resultaten visar dock att användandet varit stabilt.

¹² Delproteser kan även användas temporärt under inläkning.

3.6 Behandling av helt tandlösa käkar

Helt tandlösa käkar innebär att alla tänder saknas i en käke, vilket kan behandlas med implantatstödda broar eller med avtagbara proteser.

Antalet personer med helt tandlösa käkar bör enligt epidemiologiska studier¹³ minska. För personer 65 år och äldre bör behovet av sådan protetik i stort sett ha varit tillgodosett i den försäkring som gällde före 1 juli 2008, eftersom just denna behandling fick särskilt kraftiga subventioner. Detta avspeglas tydligt i antalet patienter och antalet utförda åtgärder under år 2009, se tabell 10.

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

År	Implantbehandling		Total plattprotetik	
	Antal patienter	Antal implantat	Antal patienter	Antal proteser
2009	4 458	14 459	13 501	17 555
2010	6 068	28 573	15 963	20 742
2011	6 010	26 900	15 837	20 172

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Den ökning som fanns år 2010 kan förklaras av det uppdämda behandlingsbehovet hos patienter yngre än 65 år. Dessa inväntade troligen det nya tandvårdsstödet, som är förmånligare för dem. Nivån år 2011 visar små förändringar jämfört med 2010, men även inom detta rehabiliteringsområde är det för tidigt att avgöra om det finns några långsiktiga trender.

3.7 Tandstött protetik vid annan rehabilitering

Det förekommer att tandstött protetik behöver utföras även utan att det 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 behandling med protetik för att tuggningen ska fungera tillfredsställande.

Tabell 11 **Antal patienter och tandstött protetik vid övrig rehabilitering, anges i antal patienter och i antal led**

År	Antal patienter	Antal led
2009	4 725	20 377
2010	5 671	26 497
2011	5 353	24 902

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av tabell 11 förefaller antalet patienter minska svagt mellan år 2010 och 2011. År 2009 påverkades sannolikt av övergångsreglerna från den tidigare tandvårdsförsäkringen. En ytterligare förklaring till det lägre antalet behandlade år 2009 kan sökas i att protetik vid bettavvikelser blev ersättnings-

¹³ 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.

berättigande först den 1 juli 2009. Den korta observationstiden, tre år, innebär dock att man måste vara försiktig med att dra slutsatser om långsiktiga trender när det gäller denna typ av rehabilitering.

4 Tandskador och reparation av tänder

Huvudsakligt resultat

Under 2011 utfördes cirka 3,3 miljoner fyllningar, vilket var ungefär lika mycket som under åren 2009 respektive 2010. Antalet utförda laboratorieframställda kronor år 2011 var 278 000, vilket innebär en minskning med tolv procent sedan år 2009.

Av samtliga reparativa åtgärder som utfördes under år 2011 hade 48 procent någon annan orsak än karies.

Tandskador kan bero på karies, fyllnings-/kuspfrakturer¹⁴, tandslitage¹⁵, bristande kontaktpunkter, sprickbildning, trauma m.m. De repareras med komposit¹⁶ eller med laboratorieframställda kronor. Skadorna kan också innebära att tänder behöver rotbehandlas, förses med stift eller pelare eller tas bort (extraheras).

Av de 4,2 miljoner personer som besökte tandvården år 2011 behandlades, 2,3 miljoner, drygt hälften på grund av tandskador. Fördelat på kön gällde det 51 procent av kvinnorna och 55 av männen.

4.1 Orsaker till tandskador

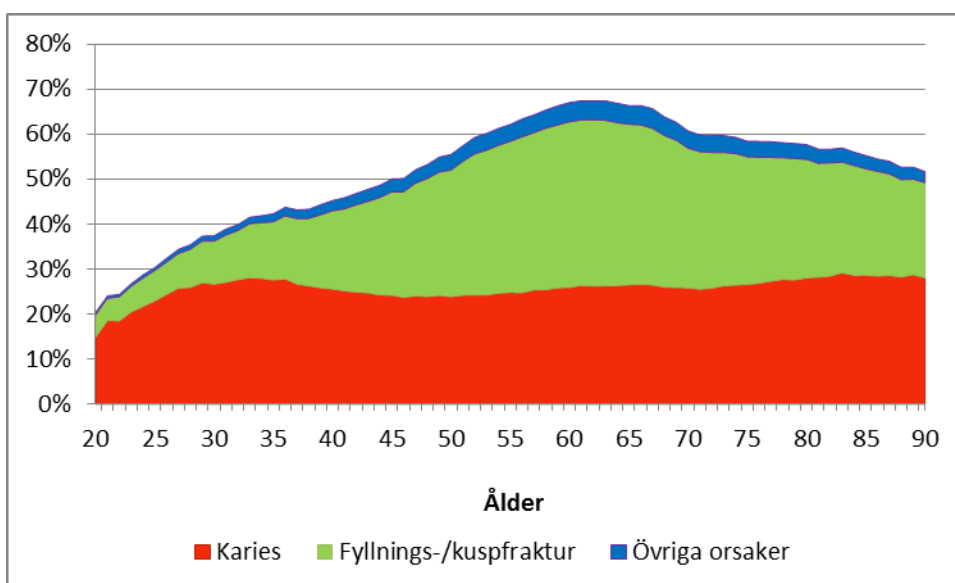
Andelen av alla som besökt tandvården och som fått reparera tänder på grund av karies, fyllnings-/kuspfraktur eller övriga orsaker framgår av diagram 7. Med övriga orsaker avses tandslitage, trauma, sprickbildning m.m.

¹⁴ Fyllnings-/kuspfraktur avser här när tandsubstans eller fyllningsmaterial förlorats utan att det är karies i tanden. Ofta kallat "bitit sönder en tand".

¹⁵ Abrasion, attrition, erosion.

¹⁶ Amalgam är inte ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet.

Diagram 7 Andel patienter med karies, fyllnings-/kuspfraktur eller andra orsaker som åtgärdats per åldergrupp år 2011, anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

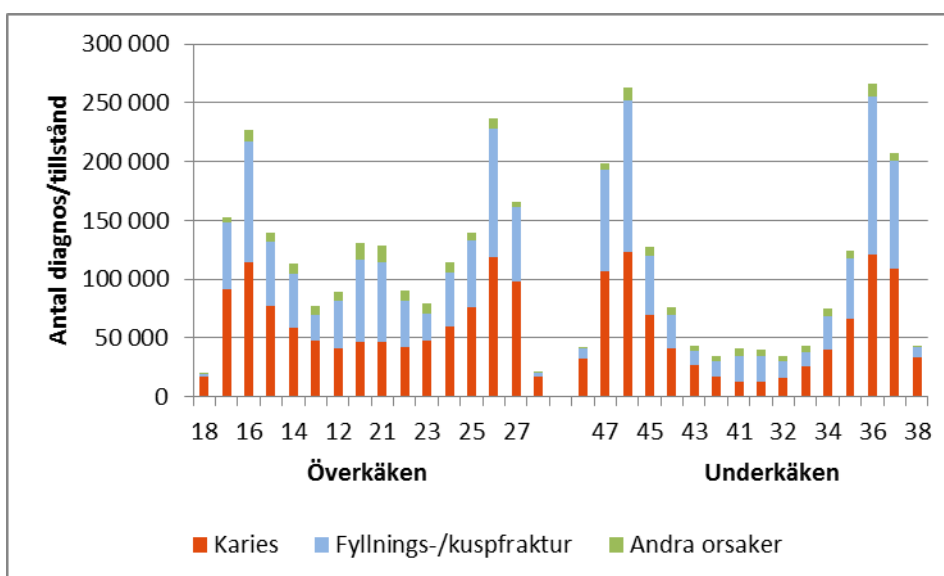
Drygt 25 procent av patienterna i åldersgruppen 25–75 år fick behandling till följd av karies. Efter 75 års ålder ökade andelen patienter med karies ytterligare. Högst andel fanns bland 83-åringarna där 29 procent hade karies. Karies var den vanligaste orsaken till behandling bland patienter mellan 25 och 40 år.

Fyllnings- eller kuspfraktur dominerade som tandskada för patienter från 47 till 77 års ålder. Det är redan lagade tänder som inte går sönder av karies, utan på grund av att fyllningar och tänder drabbas av utmattning med tiden. Övriga orsaker (det blå fältet i diagram 7) tandslitage, trauma, sprickbildning m.m. var vanligast bland patienter i åldrarna 55 till 75 år, där cirka 4 procent av patienterna uppvisade sådana skador.

Det fanns inga skillnader i utfallet mellan åren 2009 och 2011.

4.2 Tandskadornas utbredning i munnen

Tandskadorna är inte jämt fördelade på tänderna i munnen. Första molaren tand 6 är mest drabbad, se diagram 8 som visar tändernas position i munnen.

Diagram 8 Antal tandskador per tandposition under år 2011


Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Att tand 6 är den som drabbas mest av karies, och med tiden även av fyllnings-/kuspfrakturer beror på att det är den första permanenta tanden; den kommer fram redan i 6-årsåldern. Underkäakens framtänder har minst andel karies, vilket är ett resultat linje med tidigare forskning. Det är vanligare att tänderna på patienternas vänstra tuggsida har tandskador.

4.3 Behandlingsåtgärder vid reparation av skadade tänder

Det utfördes drygt 3,3 miljoner fyllningar inklusive 81 000 kompositkronor, på 1,8 miljoner individer under år 2011. Dessutom cementerades cirka 278 000 laboratoriefremställda tandstödda kronor¹⁷ på 188 000 patienter. Övriga behandlingar utgjordes av 213 000 rotbehandlingar, stift eller pelare. 178 000 tänder extraherades till följd av tandskador. Temporära åtgärder är inte inkluderade i detta.

Antalet utförda kompositfyllningar ökade med 1 procent från år 2009 till år 2011, medan kompositkronor minskade med 22 procent och antalet rotbehandlingar med åtta procent. Antalet extraktioner minskade med fyra procent. Antalet laboratoriefremställda kronor på grund av tandskador minskade med nära tolv procent (36 900). Totalt minskade antalet åtgärder på grund av tandskador med 1 procent från år 2009 till år 2011.

Privata vårdgivare utförde 62 procent av fyllningsåtgärderna under år 2011, vilket motsvarar deras andel av det totala antalet utförda åtgärder i tandvården. När det gäller de cirka 278 000 rapporterade laboratoriefremställda kronorna, hade de en högre andel, 79 procent. Det kan förklaras av att privata vårdgivare har större andel äldre patienter.

¹⁷ Det utfördes också 177 000 tandstödda kronor till följd av rehabilitering av tandluckor m.m. som redovisas i kapitel 3. De ingår inte i de uppgifter som redovisas i detta kapitel.

Hälften av tandreparationerna utfördes på patienter som var i åldern 50 till 70 år. Det finns ett tydligt samband mellan ålder och sannolikheten att få reparera en tand. Se diagram B1 i bilaga 3.

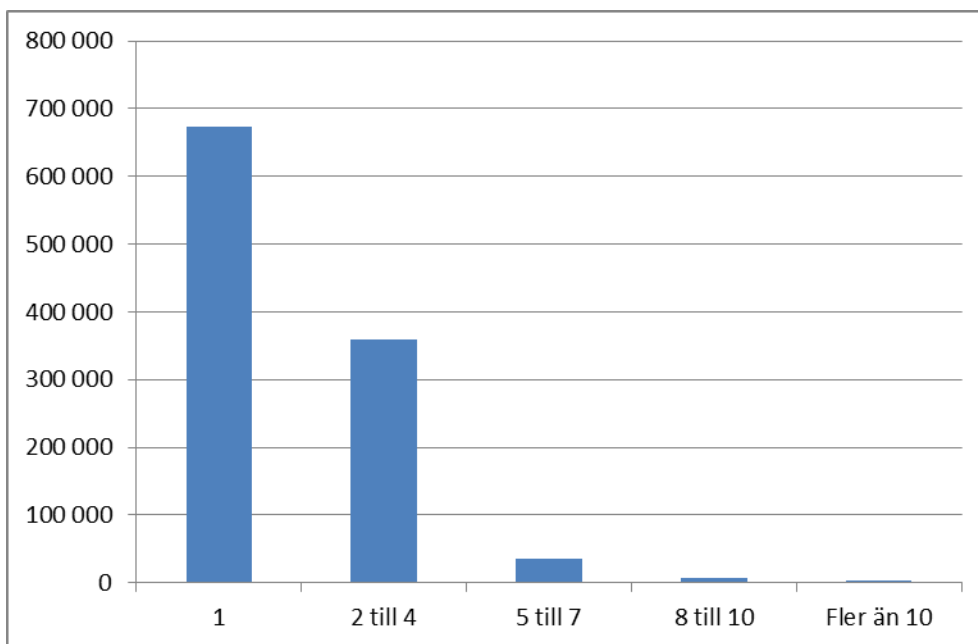
Eftersom tandskadorna fördelade sig olika över tandpositionerna varierade också den behandling som utfördes år 2011 mellan tandpositionerna. Kompositfyllningar dominerade som reparationsmetod. Laboratorieframställda kronor var vanligast på tandposition 6 och 5. Kompositkronor utgjorde 2,3 procent av reparationsåtgärderna och var vanligast i tandposition 5. Laboratorieframställda kronor utgjorde 7,7 procent av samtliga reparationsåtgärder år 2011. Av dem utfördes 60 procent på tänder i överkäken. Tand 46 och 36 var de tandpositioner som fick flest laboratorieframställda kronor.

4.4 Reparationer av tänder på grund av karies

Av de 4,2 miljoner personer som besökte tandvården år 2011 hade drygt 25 procent någon kariesskada i tänderna som krävde reparation. Således var det nästan 75 procent som inte hade karies som krävde åtgärd. I medeltal utfördes 0,4 fyllningar orsakade av karies per person. Det fanns således personer som fick två eller flera åtgärder orsakade av karies (diagram 13). Denna grupp var år 2011 drygt 404 000 personer.

Vid epidemiologiska undersökningar om karies hos barn och ungdomar har det blivit tydligt att medelvärden för antalet karierade eller lagade tänder (DFT= decayed and filled teeth) ofta ger en skev bild av tandhälsoläget. Generellt sett minskar förekomsten av karies samtidigt som en allt mindre del av befolkningen uppvisar ett större antal skadade tänder. Personer med många kariesskador döljs därmed i statistiken. För att ge en bild av hur antalet reparationer orsakade av karies fördelar sig per person bland dem som besöker tandvården redovisas i diagram 9 frekvensfördelningen för dessa åtgärder år 2011.

Diagram 9 Fördelning av reparationer, orsakade av karies, hos de individer som fick reparationer utförda år 2011, anges i antal individer (lodrät axel) och antal fyllningar (vågrät axel)



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Av de 1,1 miljoner individer som gjorde minst en fyllning på grund av karies år 2011 gjorde 58,3 procent en fyllning. 4,2 procent av individerna gjorde fem eller fler fyllningar.

I den tredjedel av befolkningen med flest antal reparationer orsakade av karies fick varje person i snitt 1,3 fyllningar. Detta är mer än tre gånger fler än genomsnittet i befolkningen, som var 0,4 fyllningar per person.

4.5 Övriga åtgärder vid tandskador

Tandskador åtgärdas inte enbart med komposit eller kronor. Det behövs förbehandling i form av rotfyllningar, pelare eller rotkanalsstift innan de kan repareras med fyllning eller krona. Detta anges 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.

Det var vanligast att extrahera tänder i position 8 på grund av tandskador, särskilt i överkäken. Därefter är molarerna i position 7 och sedan 6 vanligast att extrahera. Rotbehandling och stift¹⁸ som förbehandling innan reparationer var vanligast i tandposition 6 i underkäken. Tand 26 och 27, i överkäken på patientens vänstra sida, behandlades i högre grad för tandskador än motsvarande tänder på patientens högra sida.

För den intresserade finns diagram och tabeller med fler uppgifter presenterade i bilaga 3.

¹⁸ Med stift avses rotkanalsstift, klinikframställd pelare eller laboratoriefremställd pelare.

5 Tandvårdsstödet nyttjande

Huvudsakligt resultat

4,7 miljoner personer använde det allmänna tandvårdsbidraget vid minst ett tillfälle under 2010 och 2011. Det motsvarade 65,9 procent av befolkningen och 90,6 procent av de som besökt tandvården under perioden. Skillnaden mellan kvinnor och män var liten. Däremot fanns skillnader mellan olika åldersgrupper.

25,5 procent av befolkningen fick ersättning från högkostnadsskyddet vid minst ett tillfälle under åren 2010–2011. De utgjorde 35 procent av det totala antalet som besökte tandvården. Av dem som fick ersättning från högkostnadsskyddet var det 3,5 procent som kom över 15 000 kronor i ersättningsgrundande belopp. Sett till hela befolkningen var det en marginellt större andel av kvinnorna som fick utbetalning från högkostnadsskyddet. Ser man enbart till den del av befolkningen som besökte tandvården var det däremot en större andel av männen som fick ersättning.

5.1 Det allmänna tandvårdsbidraget åren 2010–2011

Andelen av befolkningen fyllda 20 år som vid minst ett tillfälle använt det allmänna tandvårdsbidraget under 2010–2011 är 65,9 procent, vilket motsvarar 4,7 miljoner individer. Uppdelat på kvinnor och män var andelen 68,9 respektive 62,9 procent.

Tabell 12 **Andel av befolkningen inom respektive åldersgrupp som besökte tandvården samt använde ATB under åren 2010 och 2011, anges i procent**

Åldersgrupp	Andel av befolkningen som besökt tandvården, %	Andel av befolkningen som använt ATB, %
20–29	60,3	45,9
30–49	70,2	62,8
50–64	80,7	75,8
65–74	83,2	80,2
75+	68,6	66,1

Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Försäkringskassan (2011) har tidigare visat att de flesta som besöker sin tandläkare eller tandhygienist använder sitt allmänna tandvårdsbidrag. Tabell 12 ovan indikerar dock att när det gäller personer i åldersgruppen 20–29 år var det en betydande skillnad mellan andelen som besökte tandvården och andelen som använde det allmänna tandvårdsbidraget under perioden. Skillnaden gällde i viss mån även åldersgruppen 30–49 år. Skillnaderna var betydligt mindre i övriga åldersgrupper. Till viss del skulle det lägre användandet av tandvårdsbidraget för yngre patienter kunna förklaras med att det var vanligare bland dessa att endast besöka tandvården akut, vilket visats

i avsnitt två om besöksfrekvenser. Men det har också framkommit att det kan förekomma underrapportering av det allmänna tandvårdsbidraget för patienter som har tecknat avtal om abonnemangstandvård (tandvård till ett fast pris under ett visst antal år). När Försäkringskassan tidigare har undersökt tecknandet av abonnemang har det visat sig att knappt hälften av abonnemangspatienterna är 20–29 år och 85 procent är under 50 år¹⁹.

Av samtliga patienter som besökte tandvården under de senaste två åren (2010–2011) använde 90,6 procent det allmänna tandvårdsbidraget vid minst ett tillfälle. Det fanns här ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Tabellen nedan visar att användandet av det allmänna tandvårdsbidraget skiljer sig mycket mellan olika åldersgrupper, något som indikerades redan i tabellen ovan. Dock bör man även här vara medveten om den påverkan som underrapporteringen av abonnemangstandvård kan ha haft.

Tabell 13 **Andel av de individer som *besökte tandvården* inom respektive åldersgrupp som använde ATB under åren 2010 och 2011, anges i procent**

Åldersgrupp	Andel av patienter som använt ATB, %
20–29	76,0
30–49	89,5
50–64	93,9
65–74	96,3
75+	96,3

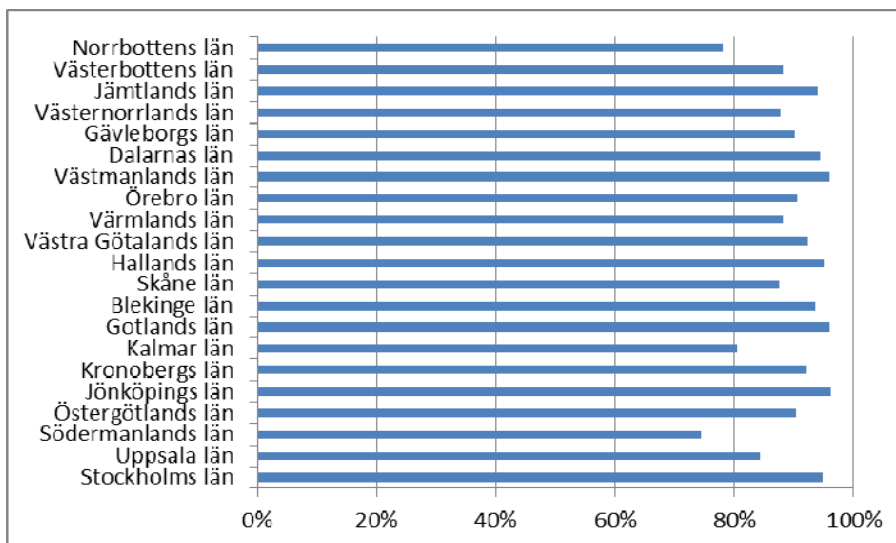
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I tabell 13 syns att en mindre andel av patienterna i åldersgruppen 20–29 år använde det allmänna tandvårdsbidraget vid besök i tandvården. Detta trots att det är denna åldersgrupp som tandvårdsbidraget är särskilt riktat mot; de får dubbelt tandvårdsbidrag, dvs. 300 kronor per år i stället för 150 kronor per år. Tabellen visar också att skillnaden mellan åldersgruppen 30–49 och äldre minskar när andelen av patienterna studeras i stället för andelen av befolkningen (tabell 12). Det är dock viktigt att ta hänsyn till att förekomsten av abonnemang bland personer under 50 år kan påverka inrapporteringen av användandet av tandvårdsbidraget.

Det är inte känt i vilken utsträckning de yngre patienternas lägre användande av det allmänna tandvårdsbidraget kan förklaras av underrapportering i samband med abonnemang. Detta bör undersökas vidare. Om det visar sig att denna åldersgrupp använder tandvårdsbidraget i lägre utsträckning än andra åldersgrupper bör skälet till det studeras vidare. Om det visar sig att det statistiska skillnaderna beror på underrapportering bör det undersökas hur denna rapportering kan förbättras. För att kunna utvärdera effekterna av tandvårdsbidraget är det nödvändigt med korrekt inrapporterade uppgifter om användandet för samtliga patienter.

¹⁹ Försäkringskassan 2012 (a).

Diagram 10 Andel av de individer som besökte tandvården i respektive län som fått del av ATB under två år (2010 och 2011), anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I Södermanlands län använde 74,4 procent av besökarna hos tandvården det allmänna tandvårdsbidraget. Den siffran var lägst i landet, medan Norrbotten låg näst lägst med 78,1 procent. I Norrbotten var det också en relativt låg andel av befolkningen som besökte tandvården under perioden. Norrbotten var därför det län där lägst andel av befolkningen använde tandvårdsbidraget (53,3 procent). Även i Södermanlands läns var det en relativt sett liten andel av befolkningen som använde tandvårdsbidraget (55,6 procent), liksom i Kalmar och Uppsala län, där det registrerade användandet av tandvårdsbidraget var relativt lågt med 80,4 respektive 84,4 procent av tandvårdsbesökarna.

Eftersom det är osäkert hur registreringen av användandet av det allmänna tandvårdsbidraget påverkas av avtal om abonnemang, är det relevant att undersöka om förekomsten av dessa avtal skiljer sig åt mellan länen. Sveriges kommuner och landstings har undersökt hur vanligt det var med abonnemangstandvård inom de olika länen den 1 april 2011. Enligt denna undersökning var Södermanlands län det län där störst andel av befolkningen hade avtal om abonnemangstandvård, knappt 18 procent. Även Uppsala, Kalmar och Norrbottens län hade relativt höga andelar med avtal om abonnemang, mellan 11,4 och 12,9 procent av befolkningen i länen.²⁰ Det betyder att de län som uppvisade ett lågt registrerat användande av tandvårdsbidraget också har många tecknade abonnemangsavtal.

De län där den relativt sett största andelen av tandvårdsbesökarna använde det allmänna tandvårdsbidraget var Gotland, Västmanland och Jönköpings län, där 96 procent fick bidraget. I Halland hade 95 procent fått tandvårdsbidrag. I dessa län hade även en relativt stor andel av befolkningen besökt tandvården under de senaste åren, och det var relativt få som tecknat avtal om abonnemangstandvård²¹.

²⁰ Uppgift om antal avtal om abonnemang i respektive län är hämtad ur SKL 2011, Kartläggning av frisktandvården 2011.

²¹ SKL 2011.

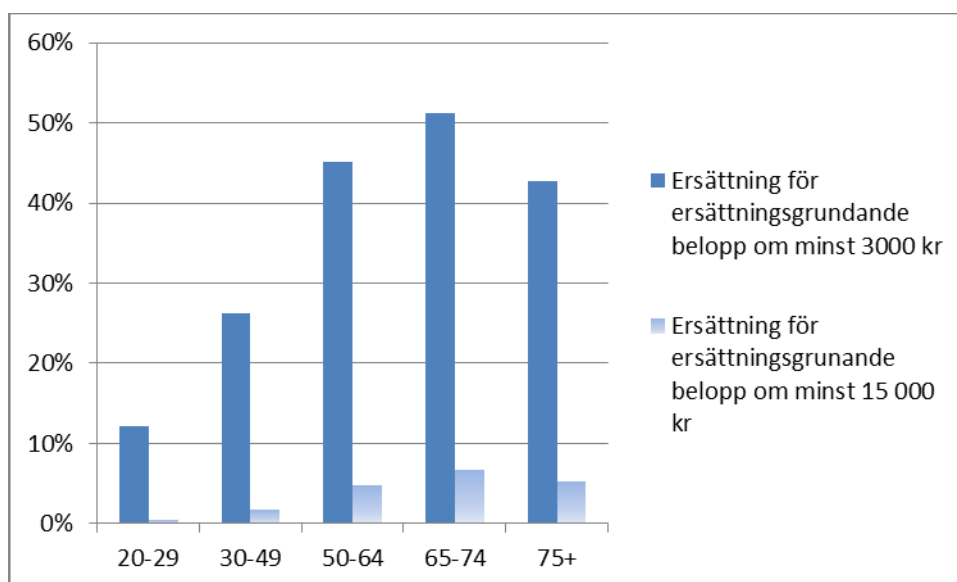
5.2 Högkostnadsskyddet åren 2010–2011

Andelen av befolkningen som hade fyllt 20 år och fått ersättning från högkostnadsskyddet²² vid minst ett tillfälle under 2010–2011 var 25,5 procent. Av kvinnorna var det 25,9 procent, medan det av männen 25,0 procent. I absoluta tal var det strax över 1,8 miljoner personer, varav cirka 940 000 kvinnor och 880 000 män. Andelen av befolkningen som nådde upp till ersättning över 15 000 kronor var knappt 2,6 procent. Även här var det mycket jämt mellan kvinnor och män, knappt 2,6 procent respektive drygt 2,5 procent.

Av dem som besökte tandvården fick 35,0 procent ersättning från högkostnadsskyddet. Av kvinnorna var det 34,1 procent och av männen 36,0 procent. Sett till hela befolkningen var det således en något större andel av kvinnorna som fick ersättning från högkostnadsstödet, medan det bland dem som besökte tandvården i stället var en större andel av männen. Kvinnornas större andel sett till hela befolkningen kan förklaras av att det bland kvinnorna var det en större andel som besökte tandvården än bland männen. Männen större andel sett till dem som besökte tandvården kan möjligen förklaras av större tandvårdsbehov.

Av de som besökte tandvården var det 3,5 procent som fick den högre ersättningen på grund av att behandlingarnas samlade referenspris översteg 15 000 kronor. För kvinnorna var andelen 3,4 procent och för männen 3,6 procent.

Diagram 11 Andel av de individer som besökt tandvården i respektive åldersgrupp som fick ersättning från högkostnadsstödet över 3 000 respektive 15 000 kronor åren 2010–2011, anges i procent

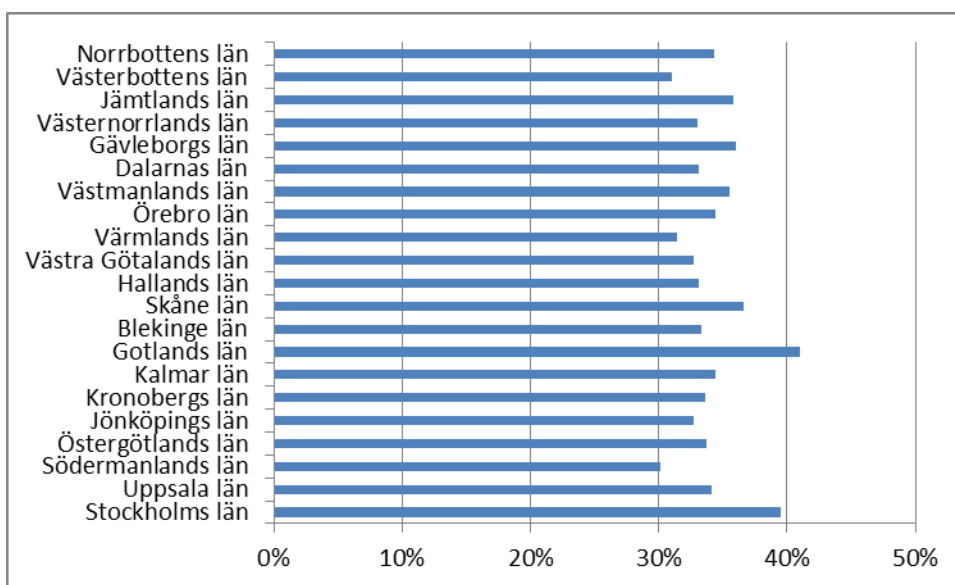


Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

²² Under avsnittet "Vad kostar högkostnadsskyddet" finns uppgifter just om statens utgifter för tandvårdsstödet.

Det är tydligt i diagrammet ovan att det var stora skillnader mellan de olika åldersgrupperna i hur stor andel som fick ersättning från högkostnadsskyddet. Skillnaderna var dock förväntade utifrån tidigare kunskap om tandvårdsbehov i olika åldrar. I diagrammet syns också att det var en liten andel av befolkningen, i samtliga åldersgrupper, som kom upp i ett ersättningsgrundande belopp om 15 000 kronor och därmed fick ersättning i det övre intervallet.

Diagram 12 Andel av tandvårdsbesökarna i respektive län som fått del av utbetalning från högkostnadsskyddet under två år (2010 och 2011), anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Diagrammet ovan visar att det var i Gotlands och Stockholms län som störst andel av tandvårdsbesökarna fick ersättning från högkostnadsskyddet, 41,0 respektive 39,5 procent. Lägst andel återfanns i Södermanlands, Västerbottens och Värmlands län med mellan 30,1 och 31,4 procent av tandvårdsbesökarna. I detta sammanhang bör man ta hänsyn till åldersstrukturen i de olika länen eftersom behovet av tandvård ökar med åldern. I nästa avsnitt sätts användandet av tandvårdsstödet i relation till åldersfördelningen i respektive län. I bilaga 4 diagram B6 finns en fördelning av andelen av befolkningen som fyllt 50 år i de olika länen.

I svaret på det regeringsuppdrag som Försäkringskassan fick att utvärdera tandvårdsstödet har en registerbaserad studie av användandet av tandvårdsstödet genomförts²³. Studien visade att användandet av högkostnadsskyddet skiljer sig åt beroende på socioekonomisk tillhörighet. Det finns en betydande skillnad mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare. Det är bland individer med de högsta inkomsterna som störst andel fått del av högkostnadsskyddet. För de med låg inkomst gällde dock att den andel som använt högkostnadsskyddet också fick högre ersättningsbelopp jämfört med övriga grupper.

²³ Försäkringskassan 2011(a).

Samtidigt visade det sig att det fanns stora skillnader i åldersstrukturen mellan de olika inkomstgrupperna, vilket sannolikt kan påverka tandvårdsbehoven. Liknande mönster visade sig vid en analys av högkostnadsskyddet utifrån födelseland. En hög andel av de svenskfödda hade använt högkostnadsskyddet medan en låg andel av personer födda i exempelvis Europa utanför EU hade använt det. Ersättningen fördelade sig på samma sätt som för hög- och låginkomsttagare. Mellan individerna från olika födelseländer fanns dock inga betydande skillnader i åldersstruktur.

6 Vad kostar tandvårdsstödet?

Huvudsakligt resultat

Totalt har 4,8 miljarder betalats ut i statligt tandvårdsstöd under 2011. Det allmänna tandvårdsbidraget motsvarade 880 miljoner och högkostnadsskyddet 3,92 miljarder. Totalt sett motsvarar 2011 års utbetalningar en ökning om 350 miljoner sedan 2009.

De län som fått de största utbetalningarna från tandvårdsstödet i förhållande till befolkningens storlek är Gotlands och Stockholms län. De län som fått de minsta utbetalningarna är Södermanland, Värmlands och Västerbottens län.

Under året konsumerade den vuxna befolkningen tandvård till en kostnad av 14,3 miljarder kronor. Utbetalningarna från högkostnadsskyddet motsvarade i kronor en tredjedel av detta. Högkostnadsstödet innebär dock att de flesta som besöker tandvården inte får någon ersättning från högkostnadsskyddet.

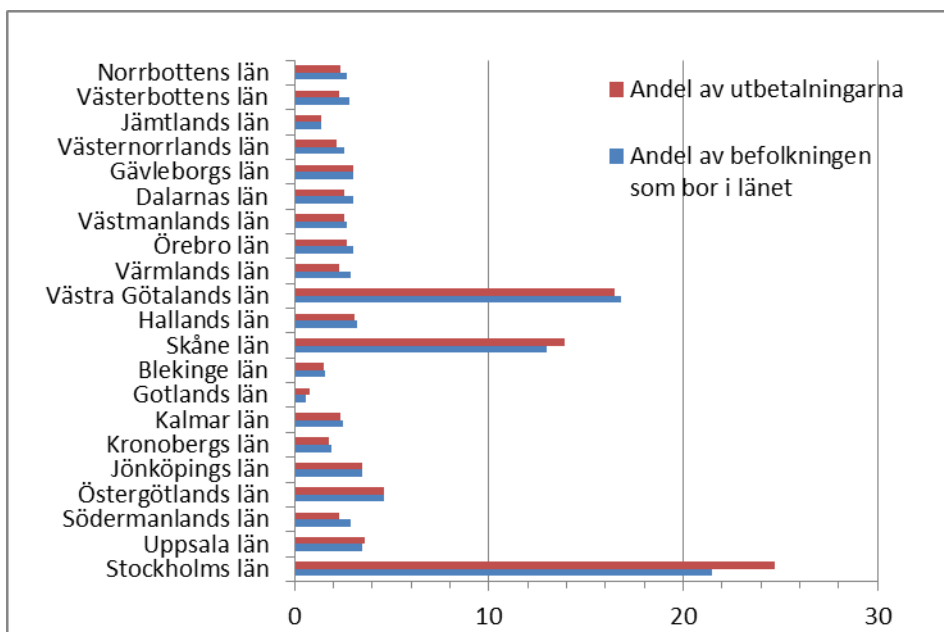
Tabell 14 Utbetalningar allmänt tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd åren 2009–2011, anges som miljarder kronor respektive andel

	År 2009	År 2010	År 2011
Allmänt tandvårdsbidrag (ATB)	0,75	0,86	0,88
Ersättning högkostnadsskydd	3,70	3,90	3,92
Total utbetald ersättning	4,45	4,76	4,80
Andel som utbetalats till kvinnor	51,2	50,8	50,8

Försäkringskassans egna beräkningar.

Under de studerade åren 2009 till och med 2011 har utbetalningarna från tandvårdsstödet ökat. För utbetalningarna av det allmänna tandvårdsbidraget är ökningen cirka 17 procent och för högkostnadsskyddet är den cirka 8 procent. Under 2009 var dock fortfarande utbetalningarna från det tidigare tandvårdsstödet relativt omfattande, vilket inte syns i tabellen ovan. Första året med tandvårdsstödet (1 juli 2008–30 juni 2009) betalades 1,8 miljarder ut i det tidigare tandvårdsstödet. Året därpå hade dessa utbetalningar minskat till 314 miljoner kronor.

Diagram 13 Respektive läns andel av totala utbetalningar²⁴ av tandvårdsstöd²⁵ år 2011 i förhållande till andel av befolkningen som bor i respektive län, anges i procent



Försäkringskassans egna beräkningar.

I diagram 13 ovan syns att generellt sett stämmer andelen av det statliga tandvårdsstödet som betalas ut till respektive län relativt väl överens med den andel av befolkningen som bor i respektive län. Några få län avvek dock något genom att antingen ha använt en större eller mindre andel av tandvårdsstödet i förhållande till befolkningsstorleken. Ålder påverkar tandhälsan, och därför har det bedömts relevant att ta fram uppgifter om hur stor andel av befolkningen som är över 50 år i respektive län, vilket presenteras i bilaga 4 i diagram 2. Länen där störst andel har fyllt 50 år är Gotland, Dalarna, Västernorrland och Norrbotten, där 43 procent av invånarna passerat 50 år. Det är dock hela nio län där andelen över 50 år är minst 40 procent. Det län som har lägst andel över 50 år är Stockholms län med 32 procent.

Gotlands län fick en större andel av utbetalningarna från tandvårdsstödet än sin andel av Sveriges befolkning – 0,8 procent av utbetalningarna mot 0,6 procent av befolkningen. Detta kan sannolikt åtminstone delvis förklaras av åldersstrukturen hos befolkningen. Även Stockholm fick en större andel av utbetalningarna än befolkningens andel av totalbefolkningen motsvarade. Stockholms län representerar 21,5 procent av befolkningen, men erhöll 24,7 procent av tandvårdsstödet samtidigt som befolkningen är relativt ung.

De län där minst tandvårdsstöd betalats ut i förhållande till befolkningen är Södermanlands och Värmlands län, där respektive län motsvarar 2,9 procent av befolkningen, men använde 2,3 procent var av stödet. Västerbotten

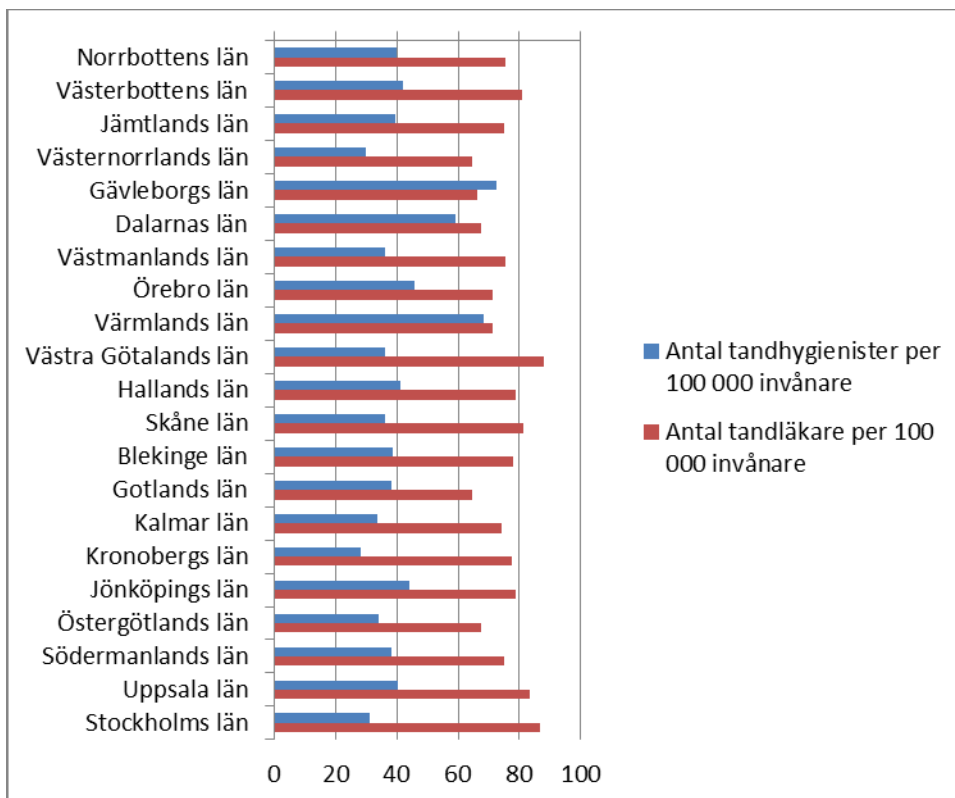
²⁴ Utbetalningar är här beräknade utifrån patientens bosättningslän. I diagram B5 i bilaga 4 presenteras andel av utbetalningarna både utifrån vårdgivarens placering och utifrån patienternas bosättningslän.

²⁵ ATB och högkostnadsskydd.

motsvarar 2,8 procent av befolkningen och använde 2,3 procent av tandvårdsstödet. Andelen som fyllt 50 år i dessa tre län varierar (se bilaga 4, diagram B2). Som tidigare angetts var dock skillnaderna mellan samtliga län små.

Något annat som kan vara relevant att beakta är tandhygienist- och tandläkartätheten i respektive län.

Diagram 14 Tandhygienist- och tandläkartäthet per 100 000 invånare i respektive län år 2009, anges i antal



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar utifrån uppgifter från Socialstyrelsen register över tandläkare och tandhygienister.

Tandläkartätheten i Stockholms län är näst högst i riket – 86 tandläkare per 100 000 invånare. Spridningen är dock stor inom länet, vilket gör att beräkningen kan vara något missvisande. Räknas i stället tandläkartätheten²⁶ fram genom att se till medianen (utifrån tandläkartätheten per 100 000 invånare) i de olika kommunerna blir resultatet betydligt lägre. Stockholm hamnar då i stället på en mellannivå, 65 tandläkare per 100 000 invånare. Det förklaras sannolikt av att till exempel Stockholms kommun hade ett högt antal tandläkare per 100 000 invånare, 111 stycken. Värmdö hade i stället bara 35 tandläkare per 100 000 invånare. Samtidigt kan det noteras att Västra Götalands län hade den högsta tandläkartätheten med 89 tandläkare per 100 000 invånare. Skillnaden inom denna region är dock inte lika stor som för Stockholms län. Det betyder att även när hänsyn tas till spridningen i tandläkartäthet har länet en relativt hög tandläkartäthet.

²⁶ Se diagram B7 i bilaga 4. Uppgifter från 2008.

Den lägsta tandläkartätheten per 100 000 invånare finns på Gotland och i Västernorrlands län (65 tandläkare per 100 000 invånare). Även beräknad på det alternativa sättet har Västernorrland en relativt låg tandläkartäthet, medan Gotlands²⁷ relativa placering förändras, och länet får då i stället en medelhög tandläkartäthet.

Flest tandhygienister per innevånare finns det i Gävleborgs län med 72 stycken per 100 000 invånare och lägst i Kronobergs län med 28 stycken per 100 000 invånare. För denna yrkeskategori uppvisar Stockholm en relativt lågt med 31 tandhygienister per 100 000 invånare.

Det är svårt att analysera användandet av tandvårdsstödet i förhållande till tandläkartäthet, beroende på att tandläkartätheten skiljer sig åt mellan olika kommuner inom ett län. Möjligen skulle en framtida analys både av tandhygienist- och tandläkartäthet såväl som nyttjandet av tandvårdsstödet på kommunnivå möjliggöra detta. Detta kommer att göras i den rapport som utifrån socioekonomi och demografi beskriver de individer som inte besöker tandvården respektive endast gör akuta tandvårdsbesök. Försäkringsklassan kommer att publicera denna rapport under andra halvan av 2012.

Uppgifter om andel tandläkare och tandhygienister i privat respektive offentlig regi i olika län presenteras i diagram B8 och B9 i bilaga 4.

6.1 Andel av befolkningens tandvårdskostnader som betalas av tandvårdsstödet

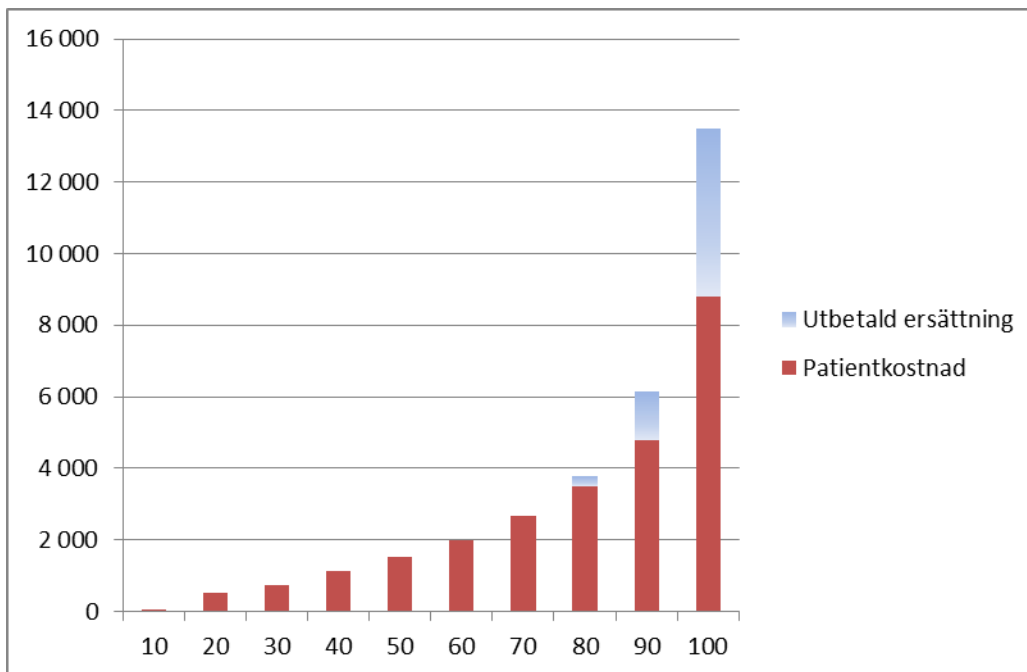
Under 2011 konsumerade den vuxna befolkningen tandvård till en kostnad av 14,3 miljarder kronor. Samma år betalades 4,8 miljarder kronor ut i ersättning från tandvårdsstödet. Det betyder att tandvårdsstödet i genomsnitt betalar en tredjedel av befolkningens kostnader för tandvård.

Att i genomsnitt en tredjedel betalas av tandvårdsstödet betyder dock inte att varje enskild patient fått en tredjedel av sina kostnader täckta av tandvårdsstödet. Om man sätter uppgifterna i relation till uppgifterna om hur stor andel av patienterna som får utbetalningar från högkostnadsskyddet blir bilden annorlunda. I avsnitt fyra om användandet av tandvårdsstödet visades att cirka 35 procent av dem som besökte tandvården fick ersättning från högkostnadsskyddet och 3,5 procent av patienterna nådde över det övre karensbeloppet om 15 000 kronor under en tvåårsperiod. Eftersom knappt hälften²⁸ av den utbetalda ersättningen från högkostnadsskyddet gick till de 3,5 procent av patienterna som fick ersättning över det högre karensbeloppet om 15 000 kronor är medianersättningen per patient betydligt lägre än det genomsnittliga tredjedelen av kostnaderna. Detta illustreras i diagrammet nedan.

²⁷ Gotlands län består av en kommun (Gotlands kommun), varför tandläkartätheten är densamma (65 stycken per 100 000 invånare) oavsett om det beräknas utifrån län eller kommun. Däremot förändras andra län beroende på hur beräkningen görs och då ändras Gotlands relativa placering.

²⁸ Försäkringskassan 2011(a).

Diagram 15 Median av patientkostnad och utbetald ersättning från högkostnadsskyddet i ersättningsperioder som avslutats under år 2011. Patienterna har delats upp och redovisas i grupper med en tiondel av patienterna i varje. Patientkostnad anges i antal kronor



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

I diagrammet ovan redovisas medianen av patientkostnader och ersättning från högkostnadsskyddet i ersättningsperioder som avslutades under år 2011. Det allmänna tandvårdsbidraget ingår inte i de redovisade beloppen. Således kan inte patientkostnad och ersättning summeras för att få fram vårdgivarens pris.

Alla patienter har delats in i grupper som var och en innehåller en tiondedel av patienterna. Sedan har medianen av patientkostnad och utbetald ersättning tagits fram. Som synes är det först i den åttonde högsta gruppen som ersättning betalats ut. Diagrammet illustrerar hur ersättningen från högkostnadsskyddet är konstruerad; en liten andel av patienterna får merparten av det utbetalda beloppet.

Inför svaret²⁹ på det regeringsuppdrag som Försäkringskassan fick om att utvärdera tandvårdsstödet lät Försäkringskassan intervjua fokusgrupper. Dessa gjordes både med personer som besökt tandvården och personer som inte gjort det. Intervjuerna kan inte antas säga något om befolkningen i stort, men är ett komplement till den registerbaserade delen i svaret på regeringsuppdraget. Resultatet av intervjuerna indikerar att vissa personer i socioekonomiskt svaga grupper inte har råd med tandvård. Högkostnadsskyddet som träder in vid 3 000 kronor upplevs ha liten betydelse för de patienter som inte ens anser sig ha råd med en undersökning. Vidare framkom att flera av deltagarna upplevde att kostnaderna i samband med ett tandläkarbesök är svåra att förutsäga, samt att de saknar kontroll över dem.

²⁹ Försäkringskassan 2011(a).

7 Aktuellt under året

Den 1 januari 2013 träder ett nytt tandvårdsstöd i kraft, det så kallade tredje steget i tandvårdsstödet från 2008. Detta innebär att två nya ekonomiska stödformer för tandvård införs:

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) till förebyggande tandvårdsåtgärder för personer som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning löper risk att utveckla munsjukdomar. Detta stöd har Försäkringskassan som huvudman och ska administreras av myndigheten.

Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till personer som har stora behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Detta stöd har landstingen som huvudman och ska administreras av landstingen. Statistik om den tandvård som administreras av landstingen ska skickas till Socialstyrelsen via Försäkringskassans elektroniska system.

7.1 Försäkringskassan

I oktober 2011 inledde Försäkringskassan en förstudie för att kartlägga de krav som det nya tandvårdsstödet ställer på utveckling av Försäkringskassans IT-stöd, samt kostnaden för denna utveckling. Förstudien övergick i januari 2012 till ett genomförandeprojekt. Projektets uppgift är att utveckla Försäkringskassans IT-stöd och göra det möjligt för vårdgivarna att rapportera in uppgifter genom sina journalsystem eller via tandvårdsportalen, och få ersättning för den tandvård som ingår i det särskilda tandvårdsbidraget. I projektet ingår också att skapa ett ändamålsenligt handläggarstöd för de handläggare som ska arbeta med det särskilda tandvårdsbidraget. Det nya IT-stödet kommer att sättas i drift i november 2012 och ska sedan kunna användas från den 1 januari 2013, när det särskilda tandvårdsbidraget börjar gälla.

Parallellt med IT-utvecklingen kommer projektet att ta fram en produktionsprocess som beskriver hur Försäkringskassan ska handlägga det nya tandvårdsstödet och hur de nya bestämmelserna ska tolkas. Vidare kommer projektet att ta fram informationsmaterial för patienter och vårdgivare och utbildningsmaterial för de behandlare och handläggare som kommer att arbeta med det särskilda tandvårdsbidraget.

För att projektet ska bli framgångsrikt är Försäkringskassan beroende av flera andra aktörer som på olika sätt berörs av förändringarna. Försäkringskassan har därför kontinuerlig kontakt med Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och representanter för vårdgivarnas journalsystemsleverantörer.

7.2 Socialstyrelsen

Innan det nya stödet träder i kraft kommer Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om avgränsningar av de sjukdomar och funktionsnedsättningar

som ger rätt till särskilt tandvårdsbidrag respektive tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift i det nya tandvårdsstödet. Socialstyrelsen kommer även att meddela föreskrifter om de underlag som krävs vid bedömningen, samt ta fram enhetliga formulär och intyg för ändamålet.

8 Efterhandskontroller

Försäkringskassan kontrollerar i efterhand ersättning som betalas ut från det statliga tandvårdsstödet. Dessa efterhandskontroller består av såväl slumpmässiga³⁰ som riktade³¹ efterhandskontroller. Tidigare kontrollerades behandlingsåtgärder vid enstaka patientbesök under en period där tandvårdsersättning hade betalats ut, men under 2011 kontrollerade Försäkringskassan hela ersättningsperioder. Skälet till denna förändrade strategi var en önskan att dels få en tydligare bild av hur vårdgivarna tillämpar tandvårdsstödet, dels utöka kontrollen till att gälla samtliga rapporterade åtgärder under ersättningsperioden. Samtidigt som antalet kontrollerade patientbesök härigenom ökade blev vårdgivarnas debiteringsmönster tydligare vilket gjorde det möjligt att identifiera avvikelser från mönstret.

Försäkringskassan har också tagit emot iakttagelser om och synpunkter på tillämpningen av regelverket från de handläggare som arbetar med tandvårdsärendena. Det har förbättrat möjligheterna att initiera förändringar i regelverket såväl som möjligheterna att skapa ändamålsenliga och effektiva framtida efterhandskontroller.

De skäl som legat till grund för återkrav av utbetald tandvårdsersättning har kategoriserats för att möjliggöra återkoppling, såväl externt till tandvårdens företrädare och andra berörda myndigheter inom tandvården som internt till dem som är involverade i administrationen av det statliga tandvårdsstödet inom Försäkringskassan.

De efterhandskontroller som gjorts under 2011 visar att de vanligaste skälen till återkrav av utbetald tandvårdsersättning är att åtgärden inte är ersättningsberättigande enligt åtgärdsbeskrivningen i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter, eller att felaktig diagnos eller felaktigt tillstånd har angetts för den rapporterade vården. Detta innebär att behandlaren har utfört åtgärder som enligt villkoren i regelverket inte är ersättningsberättigande, eller att behandlaren angett en diagnos eller ett tillstånd som gjort den utförda behandlingen ersättningsberättigande, trots att underlaget i ärendet visar att patientens inte hade en sådan diagnos eller ett sådant tillstånd.

³⁰ Slumpmässiga kontroller väljs ut utan att urvalet riktas mot någon specifik behandlingsåtgärd eller diagnos/tillstånd. Det enda kriteriet för urvalet är att tandvårdsersättning har betalats ut.

³¹ En riktad kontroll innehåller någon av de förutbestämda behandlingsåtgärder eller diagnoser/tillstånd som beslutats i årets kontrollplan. Under 2011 gjordes nio olika riktade kontroller i enlighet med den beslutade kontrollplanen.

Arbetet med 2011 års efterhandskontroller har dessutom visat att patientjournalerna i flera fall inte styrker att den rapporterade behandlingen har utförts. Det har också framkommit att det är relativt vanligt att den dokumentation som Försäkringskassan begär in för att kunna bedöma rätten till ersättning i samband med en efterhandskontroll inte skickas in av behandlaren. En jämförelse mellan de olika efterhandskontrollerna utförda under 2011 visar att i ärenden där den försäkrade nått upp till en 85-procentig ersättningsnivå inom högkostnadsskyddet är det vanligare att tandläkaren inte skickar in begärt underlag i samband med efterhandskontrollen, eller inte journalför den rapporterade behandlingen korrekt.

9 Studier myndigheterna utför under 2012

9.1 Socialstyrelsen

I början av 2013 kommer Socialstyrelsen att publicera en rapport som syftar till att öppet jämföra kvalitet och effektivitet i svensk tandvård. Rapporten baseras på de indikatorer som publicerades i *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011* samt de indikatorer som 2010 publicerats i rapporten *Övergripande nationella indikatorerna för god tandvård*. Arbetet innefattar också en uppföljning av implementeringen av riktlinjerna hos vårdgivarna.

9.2 Försäkringskassan

Under 2012 gör Försäkringskassan en studie om dem som inte besöker tandvården. Studien syftar till att undersöka hur socioekonomiska och demografiska faktorer samvarierar, dels med individens benägenhet att besöka tandvården, dels med benägenheten att endast göra akuta besök. Fokus ligger på hur variabler som ålder, utbildning, sysselsättning, inkomst och allmän hälsa korrelerar med sannolikheten att besöka tandvården samt att göra akuta besök.

Studien ger dels en deskriptiv beskrivning av de som inte besöker tandvården och dels belyser specifika egenskaper hos denna grupp, till exempel på vilket sätt de skiljer sig från dem som besöker tandvården. På samma sätt ska rapporten beskriva den grupp som endast efterfrågar akuta åtgärder.

Följande punkter och frågeställningar är intressanta:

- Vilka socioekonomiska och demografiska faktorer skiljer sig mellan den grupp som besöker tandvården och den som inte gör det?
- Vad karakteriserar de patienter som endast besöker tandvården vid akuta behov?
- Hur samvarierar beslutet att besöka tandvården med socioekonomiska och demografiska (sociodemografiska) variabler, såsom ålder, inkomst, födelseort, utbildning och sysselsättning?
- Hur samvarierar beslutet att endast besöka tandvården vid akuta behov med socioekonomiska och demografiska variabler?

10 TLV informerar om ändringar i föreskrifter och allmänna råd

Ändringar till den 1 september 2011.

I den föreskrift som gäller nu gjordes mindre språkliga ändringar i texten och mindre ändringar i ersättningsreglerna och åtgärdslistan. Dessutom räknades referenspriserna om.

Ändringar till den 1 januari 2013 delas in fem områden:

1. Diagnos/tillstånd ändras till *tillstånd*

2. Ändringar med anledning av nationella riktlinjer för vuxentandvård

Fler åtgärder är ersättningsberättigande inom området för sjukdomsförebyggande vård. Två nya åtgärder har tillförts: Uppföljande information och Stegvis exkavering. Fler behandlingar vid friändstandlöshet har blivit ersättningsberättigande, bland annat är implantat nu ersättningsberättigande även i position 5 vid d/t 5011.

3. Ändringar med anledning av införandet av ett särskilt tandvårdsbidrag

En ny 6 § tillförs i föreskriften som anger för vilka tandvårdsåtgärder särskilt tandvårdsbidrag kan användas. Ingen ändring sker i åtgärdslistan, redan befintliga åtgärder i föreskriften tillämpas.

4. Utökning av den ersättningsberättigande tandvården där följande blir ersättningsberättigande

- referenspriser för specialisttandvård
- åtgärder för tomografiska undersökningar
- tandstödd protetik vid entandslucka position 6
- långtidstemporära och semipermanenta konstruktioner på implantat
- rebasering efter protesframställning när tänderna extraherats inom ett år innan att protesen slutförts
- ny åtgärd vid blödningsproblem vid extraktioner och kirurgiska ingrepp
- ny diagnos/tillstånd för övertalig tand samt ny åtgärd för extraktion av övertalig tand.

5. Övriga ändringar i ersättningsregler och åtgärdslista

Språkliga justeringar av rubrik och villkor, bland annat inom diagnos/tillstånd 5071 och 5072 och åtgärd 301–303. Andra justeringar har skett bland annat inom undersökningsåtgärderna, nya åtgärder för konsultation, kostnaden för proteständer inkluderas nu i alla protesåtgärder.

På webbplatsen finns ytterligare information och föreskriften att ladda ner. www.tlv.se

Referenser

Försäkringskassan, 2011 (a), Socialförsäkringsrapport 2011:9, Nyttjandet av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008, Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv.

Försäkringskassan, 2011(b), Socialförsäkringsrapport 2011:2, Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet.

Försäkringskassan, 2012 (a), Socialförsäkringsrapport 2012:2, Abonnemangstandvård, En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal.

Försäkringskassan, 2012 (b), Anslagsbelastning och prognos (Dnr 308-2012).

Regeringen 2012, Ds 2012:6, Patientträrlighet, en ny lag.

Socialstyrelsen, 2012, Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad.

Sveriges kommuner och landsting, 2011, Kartläggning av frisktandvården år 2011.

Pihlgren, Forsberg, Sjödin, Lundgren, Wänman. Changes in tooth mortality between 1990 and 2003 among adults in Västerbottens County. *Swed Dent J* 2011;2 :77–88.

Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin S-Å, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973–2003). I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 2005; 29:125–38.

Bilaga 1. Population

Definition av populationen:

Befolkning 2011: personer bosatta i Sverige den 31 december 2011, fyllda minst 20 år den dagen och som under senaste 2 åren var utvandrade högst 90 dagar. Det innebär att personer som invandrade t.ex. i december 2010 inte ingår i 2011 års population. Liknande gäller för befolkning 2009 och 2010.

Vid redovisning av personer som vid slutet av 2011 inte besökt tandvården under de senaste två åren ingår personer enligt ”befolkning 2011”. Patientens län och ålder redovisas per den 31 december 2011.

Uppgifterna om populationen hämtas från MIDAS: befolkning, samt från invandring- och utvandringsfiler.

”Annan” vårdgivare ingår i kategorin offentlig vårdgivare, medan besök där vårdgivarkategori saknas flyttades till privata tandvården (efter kontroll mot SAP-portalen).

Begränsningar för besök:

- Bara patientbesök (arende_typ='ZRVO'): det innebär att studien missar vård utförd på svenskar utomlands och på turister i Sverige. Hänsyn tas inte till att en del åtgärder kan korrigeras bort.
- Besök inrapporterade inom 60 dagar efter besöket för besök efter 2009, för besök under 2009 ingår alla inrapporterade t.o.m. 2010.
- Uppgifter om ”Annan åtgärd” för utbytespaket (921, 926 osv) har inte funnits i Försäkringskassans filer.
- Besöksdatum är ett fritt fält, tandläkare kan rapportera in ett besök med dagens datum trots att besök utfördes för 2 dagar sen.
- Vårdgivarpris är ett fritt fält och behöver inte vara det pris som verkligen gällde vid besökstillfället (felaktiga registreringar). Därför redovisas medianpriser per besök, inte medelvärde.

Flera besök kan vara kopplade till en person och under ett besök kan flera åtgärder utföras.

Bilaga 2. Definition av patienter med enbart akuta besök

Följande urval gjordes för att få fram gruppen som enbart gör akuta besök i tandvården:

Patienter som gjort någon av följande åtgärder under perioden 2009–2011

103	Akut undersökning, mindre
104	Akut undersökning, större
300	Sjukdomsbehandlande åtgärder
401–405	tanduttagning, kirurgisk avlägsnande
435	avlägsnande av implantat
436	avlägsnande av implantat, enkel
441	enklare parodontalkirurgi
500	rotbehandlingar
600	bettfysiologiska åtgärder
701–708	fyllning/krona/stifförankring
801	laboratoriefremställd krona
805	laboratoriefremställd emaljretinerad konstruktion
807, 809	semipermanent kronor el. hängande led
811–814	Reparativa åtgärder vid tandstödd protetik
822, 823	avtagbar protetik
827–829	avtagbar protetik
831–839	reparation av avtagbar protes
881–890	reparation av implantat och implantatstödd protetik

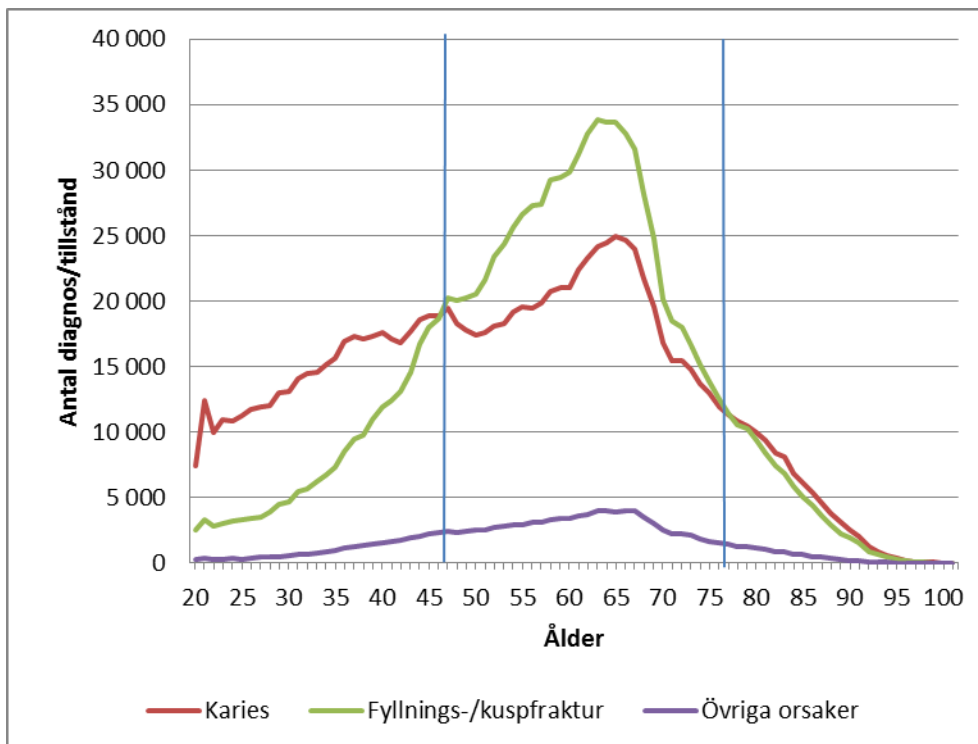
Från dessa patienter ovan sorterades de som även gjort en eller flera av följande åtgärder bort:

101	Basundersökning tandläkare
102	Basundersökning tandhygienist
105	Kompletterande åtgärd tandhygienist
106	Konsultationsåtgärd specialist
123	Helstatus
126	Helstatus och OPG
141	Studiemodeller
161	Salivsekretionsmätning
162	Labkostnader vid mikrobiologisk undersökning
163	Biopsi
191	Konsultationsåtgärd radiolog

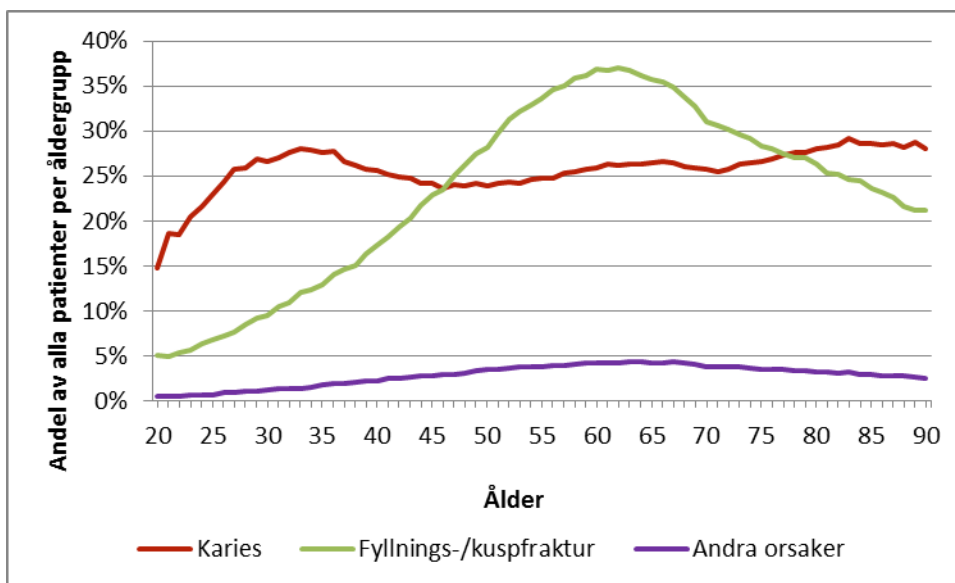
För den uppkomna gruppen undersöktes de besök, de diagnoser eller tillstånd och åtgärder som gällde gruppen år 2011.

Bilaga 3 Tandskador och reparationer

Diagram B1 Fördelning av antal karies, fyllnings-/kuspfraktur och övriga orsaker per åldersgrupp år 2011



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Diagram B2 Andel patienter och orsak till tandskador per åldersgrupp år 2011


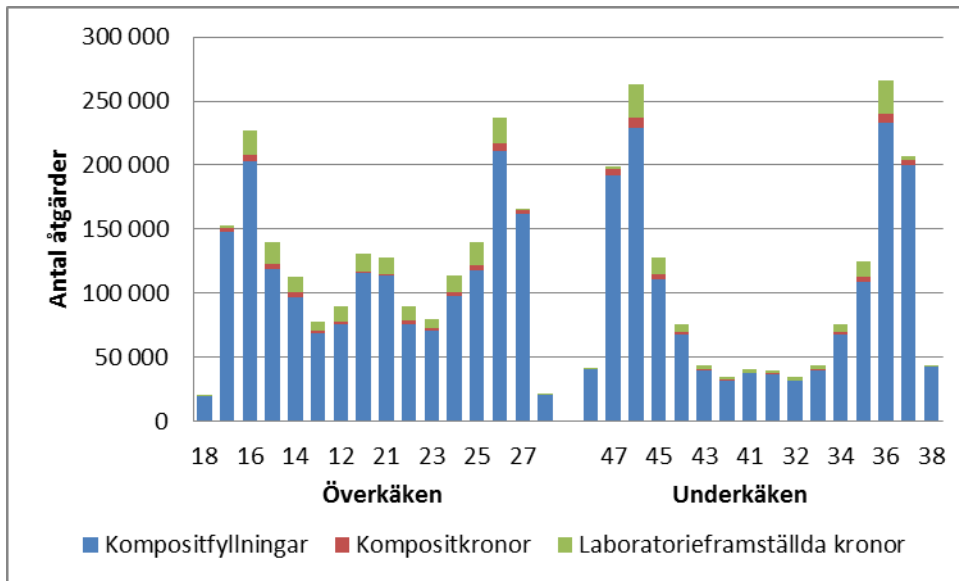
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Tabell B1 Antal utförda åtgärder vid tandskador fördelade på offentliga och privata vårdgivare år 2011

Behandlings- åtgärder	År	Totalt Antal	Offentlig Antal	Privat Antal	Offentlig %	Privat %
Fyllningar	2009	3 196 913	1 204 571	1 992 342	37,7	62,3
	2010	3 254 330	1 207 933	2 046 397	37,1	62,9
	2011	3 228 781	1 207 464	2 021 317	37,4	62,6
Kompositkronor	2009	93 870	34 092	59 778	36,3	63,7
	2010	87 666	29 788	57 878	34,0	66,0
	2011	81 418	26 426	54 992	32,5	67,5
Laboratoriefremställda kronor	2009	314 474	63 911	250 563	20,3	79,7
	2010	285 768	60 069	225 699	21,0	79,0
	2011	277 580	57 825	219 755	20,8	79,2
Rotbehandling och pelare	2009	230 551	68 250	162 301	29,6	70,4
	2010	220 556	64 830	155 726	29,4	70,6
	2011	212 849	63 223	149 626	29,7	70,3
Tanduttagning	2009	184 809	112 799	72 010	61,0	39,0
	2010	182 008	107 429	74 579	59,0	41,0
	2011	177 639	103 632	74 007	58,3	41,7
Samtliga åtgärder	2009	4 020 617	1 483 623	2 536 994	36,9	63,1
	2010	4 030 328	1 470 049	2 560 279	36,5	63,5
	2011	3 978 267	1 458 570	2 519 697	36,7	63,3

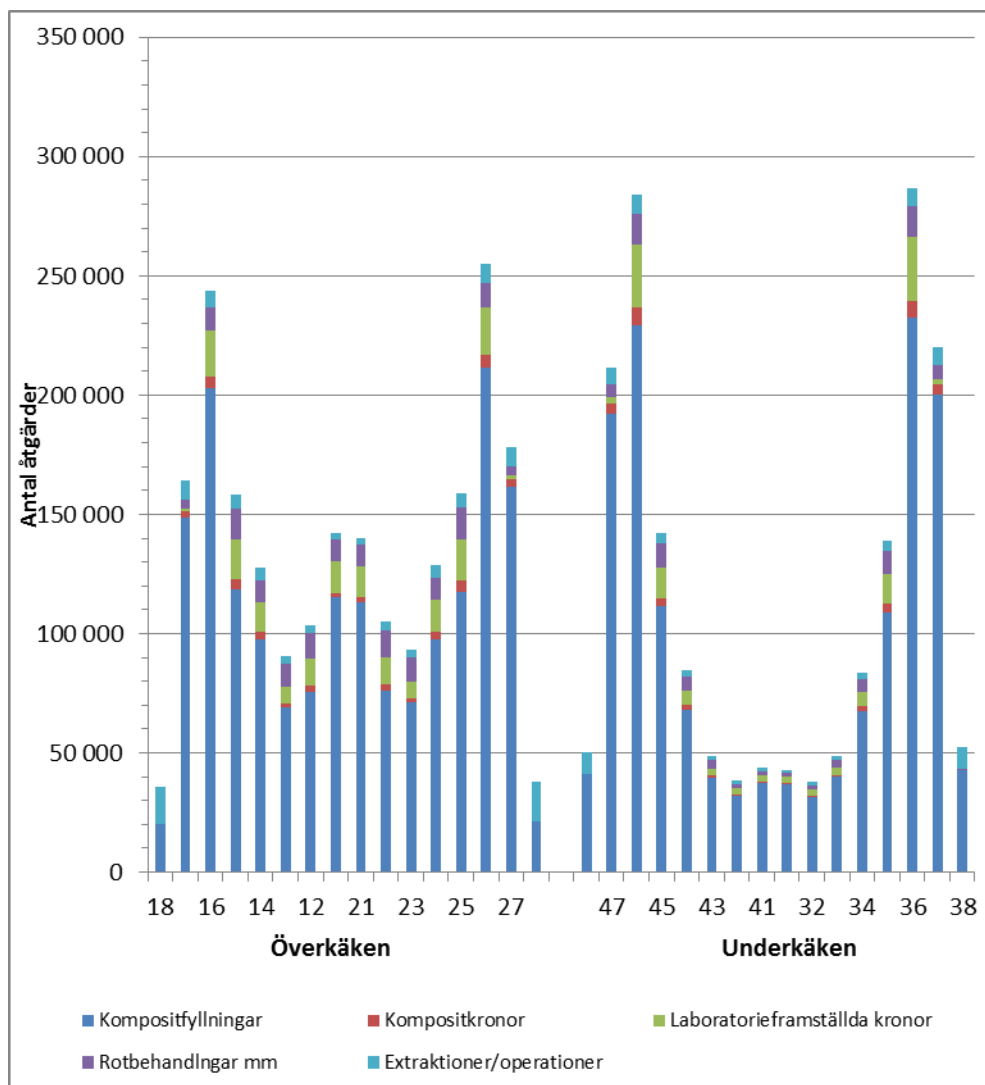
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Diagram B3 Antal reparativa åtgärder p.g.a. tandskador fördelat per tandposition under år 2011



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

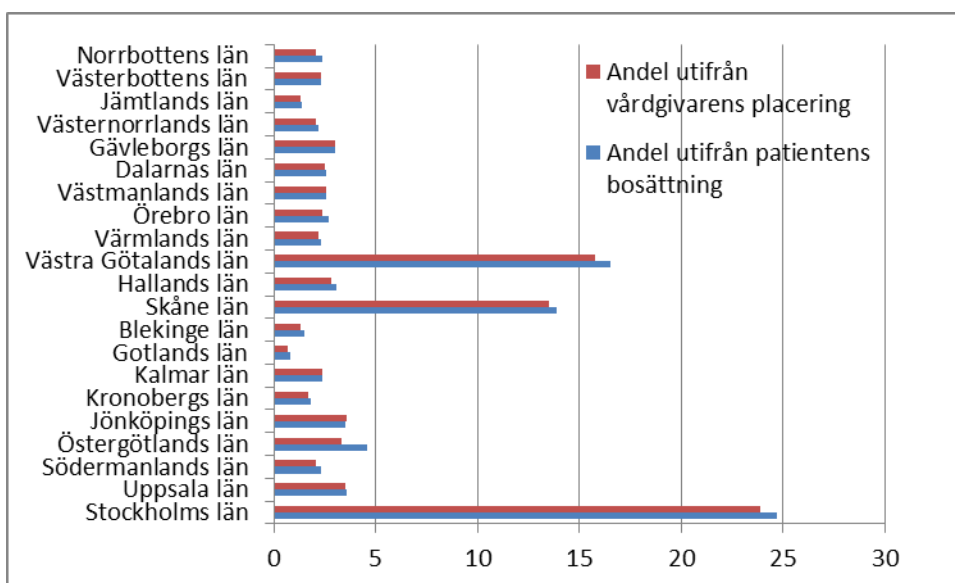
Diagram B4 Antal och typ av utförda åtgärder totalt vid tandskador, per tandposition år 2011



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

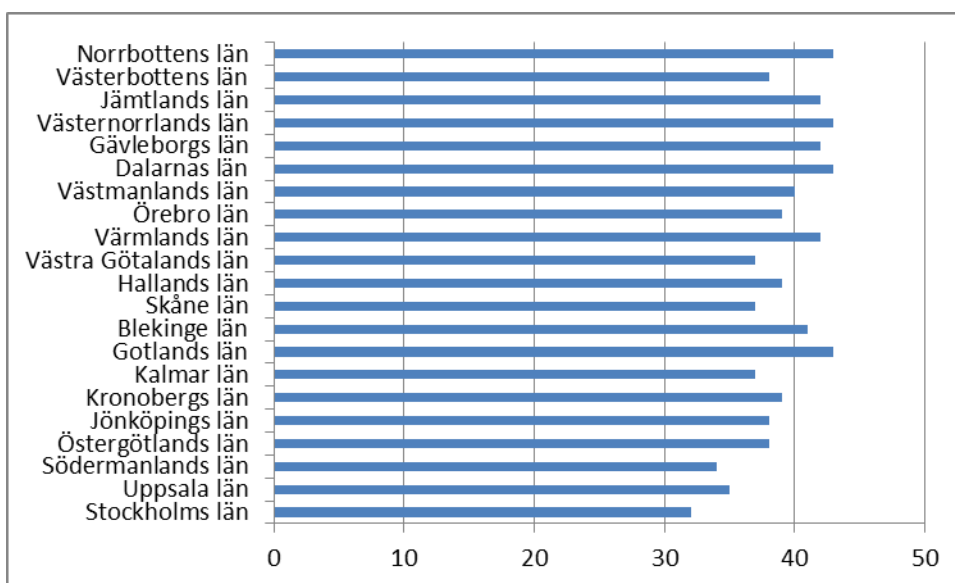
Bilaga 4. Tandvårdsstödet nyttjande och kostnader

Diagram B5 Andel av tandvårdsstödet (högekostnadsskydd och ATB) som utbetalats 2011 i länen utifrån patienternas bosättning respektive utifrån vårdgivarnas placering, anges i procent



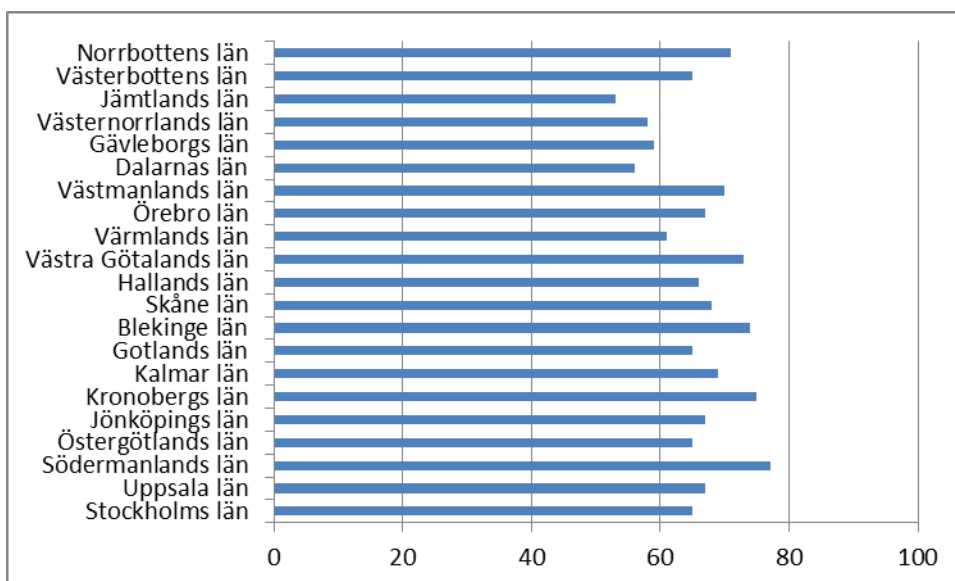
Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Diagram B6 Andel av befolkningen i respektive län som är 50 år fyllda, anges i procent



Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Diagram B7 Mediantandläkartäthet i respektive län (2008)³²

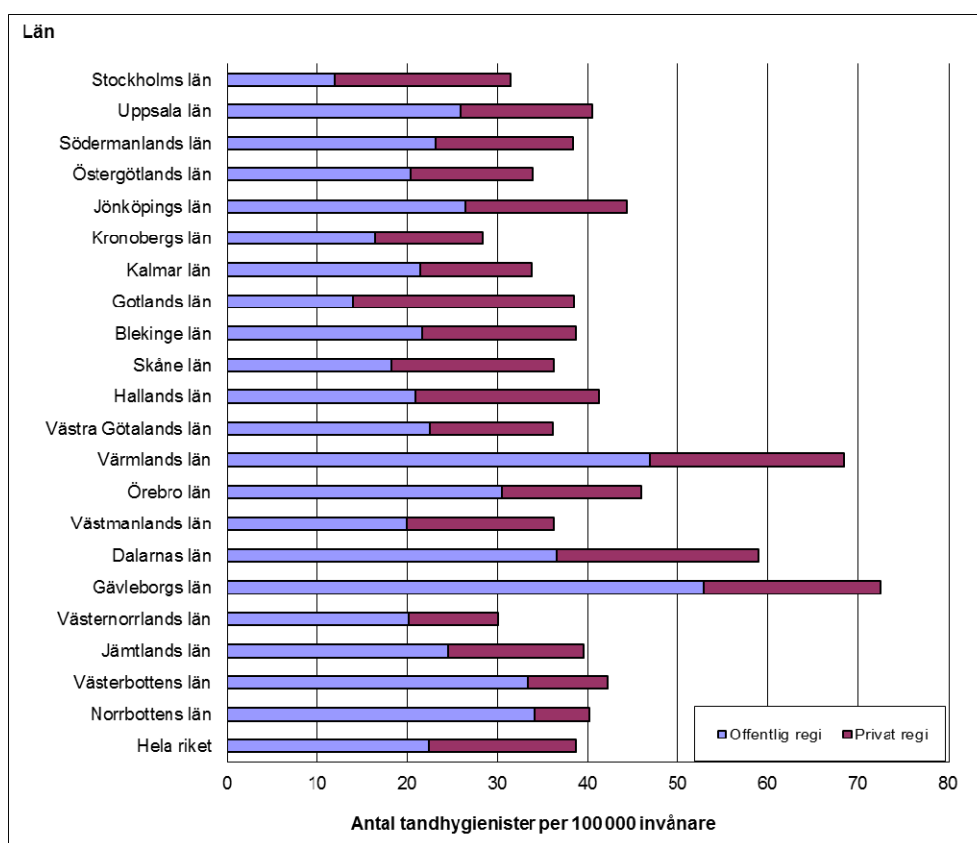


Källa: Försäkringskassans egna beräkningar.

Mediantandläkartäthet är beräknad på tandläkare som är aktiva i yrket. Tandläkare som arbetar som lärare eller på andra jobb eller är pensionerade räknas inte in. Beräkningen är gjord på hela befolkningen oavsett ålder. Mediantandläkartätheten i länen har beräknats utifrån tandläkartätheten per 100 000 invånare i respektive läns kommuner.

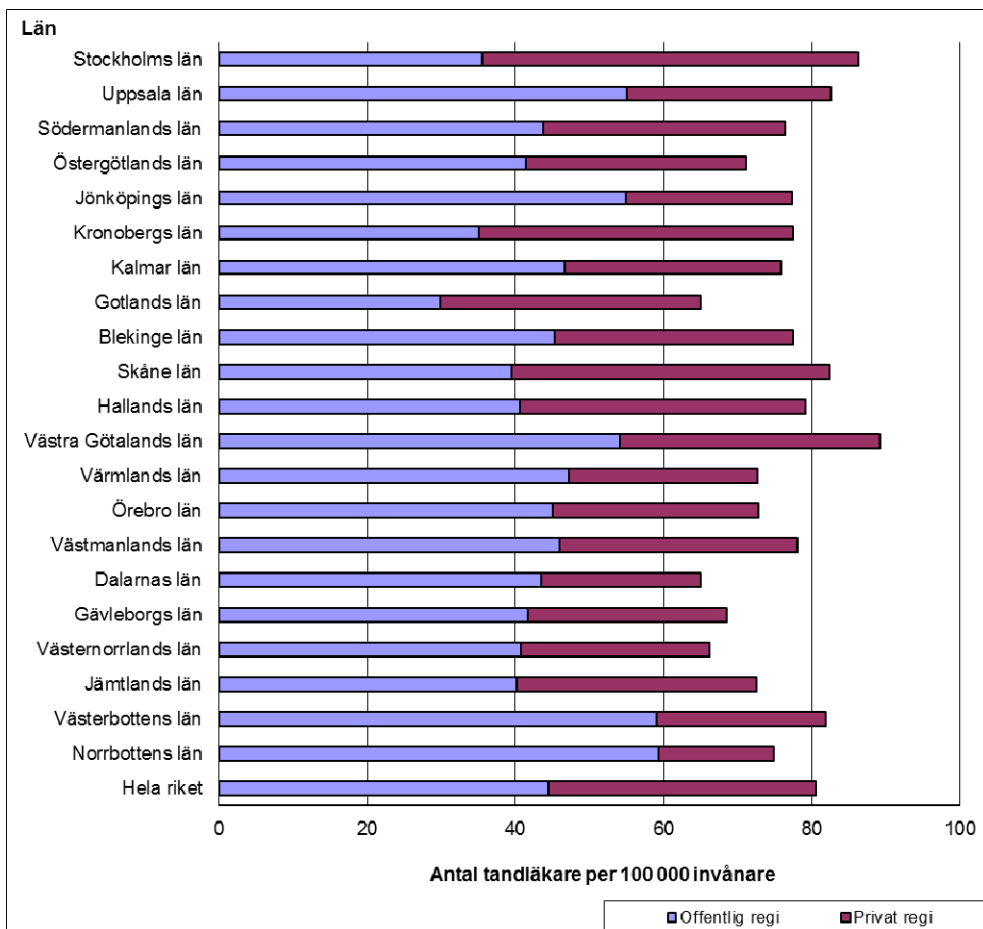
³² Uppgift från Socialstyrelsen.

Diagram B8 Andel tandhygienister sysselsatta i offentlig respektive privat regi (2009)



Källa: Socialstyrelsen (2012).

Diagram B9 Andel tandläkare sysselsatta i offentlig respektive privat regi (2009)



Källa: Socialstyrelsen (2012).

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2012:

- 2012:1 Med bristande känsla av sammanhang. De försäkrades upplevelse av tiden innan, under och efter programmet arbetslivsintroduktion
- 2012:2 Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal
- 2012:3 Med målet i sikte. Analys av Försäkringskassans handläggningstider 2006–2010
- 2012:4 Kön, klass och etnicitet. Jämlikhetsfrågor i socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2012
- 2012:5 Ohälsoskulden 2010
- 2012:6 Försäkrad inkomst i socialförsäkringen 1991–2010. Inkomster över taken samt individer som saknar sjukpenninggrundande inkomst i olika grupper av befolkningen
- 2012:7 Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012