

Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning

Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-3-8945

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2023

Reviderad 2024-03-13: Sida 4, punkt 4. Sidan 5, två första strecksatserna.

Innehåll

Sammanfattning delrapport 3	4
Inledning	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Användningsområden.....	8
Rapportens logiska grund och upplägg	10
Geografiska förutsättningar och befolkningsändringar	16
Tandvårdens finansieringssystem	19
Privatekonomi och tandvård	20
Regionala skillnader i kostnad för tandvården.....	20
Munhälsa.....	24
Tandvårdskonsumtion	25
Munhälsan blir bättre hos befolkningen	26
Självskattad munhälsa.....	27
Befolkningens sammansättning.....	29
Ålderssammansättning	29
Utbildningsnivå.....	29
Socioekonomi	30
Tandvårdens organisation och infrastruktur	32
Folktandvårdens anpassning	38
Tandvårdspersonal och regional fördelning.....	44
Tillgängliga personalresurser	48
Specialisttandvård.....	53
Utbildning, forskning och utveckling	54
Söktryck, antal examinerade och antal utfärdade legitimationer	55
Forskningens genomslag.....	55
Policy, strategier och levnadsförhållanden	56
Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden..	58
Referenser.....	61

Sammanfattning delrapport 3

För 2024 års nationella planeringsstöd (NPS) har Socialstyrelsen valt att göra en resurs- och planeringskarta för tandvården som ger en fördjupad bild av tandvårdens kapacitet utifrån olika län. Rapporten synliggör även vilka faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster utifrån olika perspektiv. Rapporten ska ses som en startpunkt för fortsatta analyser baserade på regionala data som kan ge mer finmaskiga analyser.

Rapporten visar att vårdbehoven och personalens arbetsuppgifter förändras över tid och att det är många samverkande faktorer som påverkar förutsättningar för att tandvårdens aktörer ska kunna nå tandvårdslagens målsättningar. Nedan presenteras en kort översikt över de statistiska uppgifter som presenteras i delrapportens olika delar.

- Utgifter och tandvårdskostnader
 - År 2020 utgjorde utgifterna för tandvård närmare sju procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården, exklusive utgifter relaterade till omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning.
 - Regionernas nettokostnader för tandvården varierar stort. Storstadsregionernas kostnader är lägst. Högst kostnader har Blekinge, Västerbotten och Kronoberg.
 - Invånare som får regionalt tandvårdsstöd per 1000 invånare varierar mellan regionerna. I regionerna Gotland, Dalarna och Norrbotten fick flest invånare per 1 000 regionalt tandvårdsstöd.
- Munhälsa
 - Andelen kariesfria 6 åringar varierar över landet. Högst andel kariesfria barn hade Jämtland. Lägst andel kariesfria barn hade Jönköping, Värmland och Västernorrland.
 - Andelen invånare som skattade sin munhälsa varierade över landet. Högst självskattad munhälsa hade Halland och Jönköping. Lägst självskattad munhälsa hade Norrbotten och Gävleborg.
 - Barn och ungas andel av patienterna inom Folktandvården var cirka en tredjedel 2012 och har ökat till att närma sig hälften 2022.
- Tandvårdens organisation
 - Tandvårdens organisation skiljer sig mellan regionerna. Störst procentuell andel av tandvård som regionerna köper från privata aktörer hade Stockholm. Lägst andel Västra Götaland.
- Tillgång till personal
 - Tillgång till tandvård i form av personal och kliniker varierar över landet. Högst tillgång till tandvårdspersonal (tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor) per 1000 invånare hade Västmanland och Värmland. Lägst antal hade Gävleborg.

- Från ett urval av fyra grupper av examinerade tandhygienister mellan åren 1989–2021 minskade andelen som utförde 100 åtgärder eller mer med 34 procent.
- Från ett urval av fyra grupper av examinerade tandläkare mellan åren 1989–2021 ökade andelen som utförde 100 åtgärder eller mer med 38 procent.
- Personalens erfarenhet och yrkesbana
 - Cirka 15 procent av tandläkare slutar att arbeta efter att ha varit yrkesverksamma i 10 år. 12–13 procent av tandläkarna immigrerar varje år.
 - Närmare 90 procent av tandläkarna börjar sin yrkesbana i Folk tandvården. Trenden är att fler tandläkare lämnar Folk tandvården tidigare.
 - Tandläkare och tandhygienister med längre erfarenhet är i större grad verksamma i storstadslänen. De med kortare arbetslivserfarenhet arbetar i högre grad i utflyttningslän.

Delrapporten är en del av en större utveckling av Socialstyrelsens arbete med det nationella planeringsstödet. Socialstyrelsens avsikt är att fortsätta ta fram datadrivna analyser som stödjer utvecklingen på systemnivå med syfte att främja patientnyttan. Denna delrapport är ett led Socialstyrelsens arbete med att göra en förflyttning från att beskriva tillgänglig personal utifrån uppgifter om antalet sysselsatta till att ge ett mer samlat stöd som fokuserar på arbetskraftens och tandvårdens samlade kapacitet och förmåga i ett större sammanhang. Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta bygger på datadrivna sammanställningar som tar hänsyn till följande faktorer:

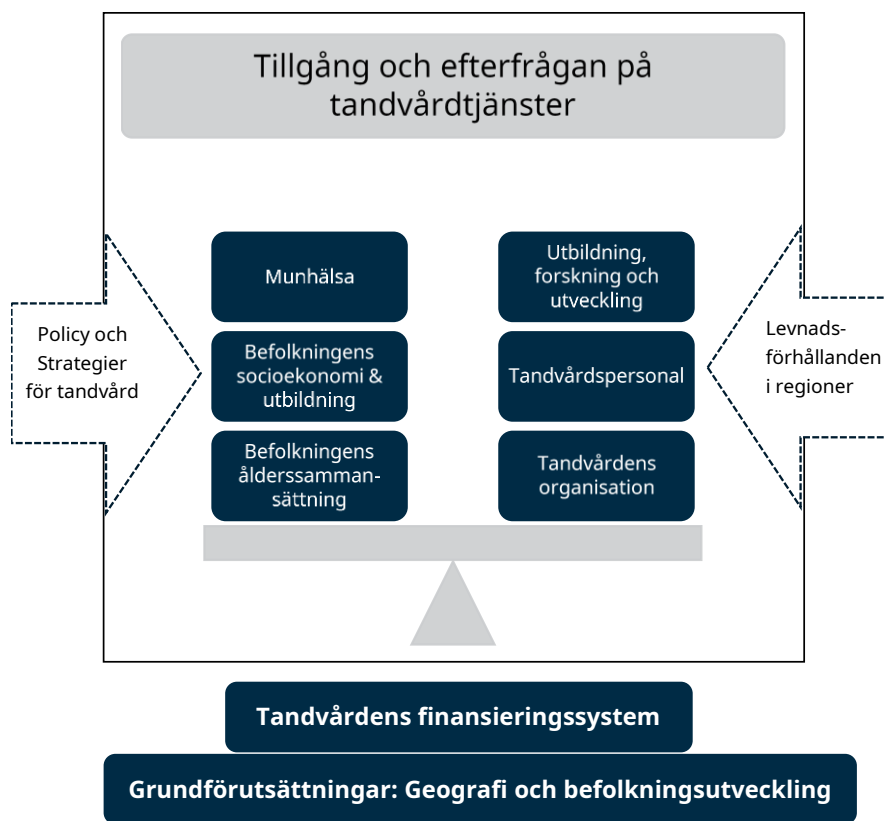
- Geografiska avstånd och befolkningstäthet
- Tandvårdens finansieringssystem
- Befolkningens ålderssammansättning, utbildningsnivå, socioekonomi, samt skillnader i tandhälsa
- Tandvårdens organisation
- Personalens sammansättning, antal som är klinisk aktiva, flyttmönster, karriärprogression, könsskillnader i behandlingspanorama och arbetstid
- Utbildningens innehåll, forskning och utveckling som bidrar till att utveckla tandvården.

Inledning

En av de viktigaste uppgifterna för Socialstyrelsens nationella planeringsstöd för tandvården är att undersöka hur tandvårdens personalresurser används på aggregerad nivå för att nå Sveriges målsättningar med tandvård. Bedömningar över tillgång och efterfrågan på personalresurser bör baseras på datadrivna underlag. Det gör det möjligt att spegla tillgång till personalresurser i relation till Sveriges målsättningar med tandvård. Tandvården och hälso- och sjukvården styrs av olika regelverk. Det påverkar hur tandvården respektive hälso- och sjukvården organiseras. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen valt att analysera tandvården i en egen rapport inom ramen för det nationella planeringsstödet.

Målet för tandvården i Sverige är enligt 2 § tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. För att kunna göra en bedömning över tillgång och efterfrågan på legitimerad tandvårdspersonal behöver dimensioneringen av tandvårdens personal ställas i relation till dagens- och framtidens tandvårdsbehov. Vidare behöver hänsyn tas till Sveriges olika geografiska förutsättningar. Dessa typer av analyser ställer krav på prognoser om vårdbehov, en genomlysning av personalresurser och dess kunskap, erfarenhet och skicklighet på en samlad nivå. Andra områden som behöver belysas är tandvårdens organisation samt utbildning, forskning och utveckling och dess roll både för försörjning av personal och dess roll för utveckling av tandvården. Figur 1 nedan visar på de faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster. Socialstyrelsen har tillskapat modellen för att bättre kunna fånga tillgång och efterfrågan utifrån ett helhetsperspektiv.

Figur 1. Faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster



Syfte

Socialstyrelsens resurs- och planeringskarta syftar till att kartlägga tandvårdens resurser och kapaciteter utifrån olika län. Den visar på olika geografiska förutsättningar och faktorer som tillsammans påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal. Ett annat syfte med resurs- och planeringskartan är att använda den som stöd till att identifiera strategiska framtidsfrågor som påverkar tandvårdens personalförsörjning.

Rapporten ger en ögonblicksbild över tandvårdens kapaciteter samtidigt som den presenterar uppgifter som visar hur tandvården har utvecklats under de senaste 20 åren. Det ger en fördjupad analys och visar att tandvårdens dimensionering och resurser behöver planeras utifrån förändrade förutsättningar.

Metod

Socialstyrelsen har valt att utforma resurs- och kapacitetskartan utifrån prognoser om befolkningsutveckling eftersom det kommer att påverka befolkningens vårdbehov. En längre tidshorisont är också något som är viktigt utifrån ett personalförsörjningsperspektiv. Detta beror på att insatser

på utbildningsområdet får effekt efter 3–5 år. Forskningen har ännu längre tidshorisont, vilket betonar vikten av en strategisk och långsiktig planering inom frågor som rör utveckling av personalresurser.

Användningsområden

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för tandvården riktar sig till olika aktörer på nationell, regional och kommunal nivå. Utifrån den information som presenteras i rapporten föreslår Socialstyrelsen att, i fortsatt samarbete och samverkan med tandvårdens olika aktörer¹, stimulera till dialoger och lösningar som kan bidra till att ta till var främja utvecklingen av tandvårdens verksamheter, effektivitet och tillgänglighet.

Regionerna är enligt 8 § tandvårdslagen (1985:125) ansvariga för planering av tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Utifrån det perspektivet är Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för tandvården av särskild betydelse för de som är ytterst ansvariga för att det finns tillräckliga resurser för att möta befolkningens behov av tandvård.

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för tandvården ger en översikt över tandvårdens resurser och kapaciteter utifrån ett geografiskt och regionalt perspektiv. Den kan användas för att identifiera likheter och skillnader mellan olika regioner och därmed stimulera till analyser som har förmåga att ta in flera parametrar för att främja hållbara personalförsörjningskedjor i Sveriges samtliga regioner.

Socialstyrelsen ser ett behov av att tandvårdens olika aktörer gemensamt samlas i dialog för att diskutera vilka konsekvenser de ser för sina verksamheter utifrån de uppgifter som presenteras i denna resurs- och kapacitetskarta för tandvården. En ambition ifrån myndighetens sida är att sådana dialoger kan stimulera till uppstart av utvecklingsarbeten som kan ledas av relevanta aktörer som är av betydelse för tandvårdens utveckling i Sverige. Socialstyrelsen avser att vara en samlande resurs i en sådan process

Begräsningar och möjliga fördjupningsområden

Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för tandvården formar en bas för att förstå regioners olika förutsättningar utifrån olika perspektiv. Samtidigt ger resurs- och kapacitetskartan endast en översiktlig bild. För fördjupade analyser behöver ytterligare arbete göras för att förstå framtidens tandvårdsbehov. Vidare behöver tandvårdens olika aktörer involveras för att

¹ Exempel på aktörer är huvudmän, myndigheter, regionala tandvårdsstrukturer, privattandvården, yrkes- och professorsförbunden, Sveriges kommuner och regioner (SKR), och lärosätena.

ge sina olika perspektiv utifrån sina respektive uppdrag, mandat och verksamheter.

Denna resurs- och kapacitetskartan ska ses som ett steg i Socialstyrelsens utveckling mot att ge ett samlat stöd för planering av personalresurser. Socialstyrelsen är medveten om att det finns dubbelriktade samband mellan tandvård och munhälsa. Befolkningens munhälsa påverkar planering av tandvård, och tillgången till tandvård påverkar befolkningens munhälsa. I denna rapport presenteras faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan till tandvårdstjänster, men den gör ingen djupare analys över orsakssamband. Istället kan denna rapport främja diskussioner om likheter och skillnader mellan olika geografiska län och därmed stimulera till analyser som har förmåga att ta in flera parametrar för att främja hållbara personalförsörjningskedjor i Sveriges samtliga län.

Framtida utvecklingsområden

Utifrån de uppgifter som Socialstyrelsen samlat i denna resurs- och kapacitetskartan ser Socialstyrelsen behov av fortsatt dialog och utveckling av underlag av relevanta aktörer inom följande områden:

- Regionala prognoser över tandvårdsbehov
 - Utvecklade prognoser om tandvårdsbehov utifrån olika regioners förutsättningar för att bättre kunna dimensionera tandvården efter vårdbehov.
- Vårdbehov och innehåll i utbildningar
 - Stärkt koppling mellan vårdbehov och innehåll i utbildningarna för att tandvårdspersonal ska ha aktuell kunskap som gör att de kan möta dagens- och framtidens vårdbehov
- Utveckling av personalstatistik
 - Fortsatt utveckling av statistiska underlag som beskriver tandvårdspersonalens flyttmönster, arbetsuppgifter, karriärutveckling, arbetsvillkor och arbetsmiljö.
 - En samlad uppföljning av ST-tjänster inom tandvård och dess villkor.
- Förändrade attityder, organisation och arbetssätt
 - Fortsatta analyser över i vilken mån det finns förändringar i attityder till arbete bland studenter och tandvårdspersonal, framförallt under de 10 första åren i yrket. Detta för att förstå mekanismer som påverkar gruppernas benägenhet att stanna kvar i yrket, eller flytta till annan ort, eller byta arbetsgivare.
 - Fortsatta undersökningar av individer och grupper konsumtionsmönster av tandvård. Detta skulle till exempel kunna öka vår förståelse över i vilken mån val av vårdgivare och kontinuitet i vårdkontakter har någon betydelse för munhälsan på lång sikt.
 - Fortsatta analyser och diskussioner om organiseringen av tandvården. Detta kan till exempel handla om att utveckla multidisciplinära team

och arbetssätt där personal med olika kunskaper, erfarenheter och perspektiv samarbetar inom och mellan tandvården, hälso- och sjukvården och omsorgen.

- Synliggörande av behov av incitament som främjar att tandläkare och tandhygienister, oavsett om de arbetar i folktandvården eller privattandvården, har möjlighet att arbeta med ett brett behandlingspanorama.
- Fortsatt utveckling av stöd som främjar att personalresurser, organisationer och funktioner samverkar och främjar personcentrerade insatser som utgår från allmänhälsa och risk för sjukdomar i munhålan. Detta för att underlätta mer systematiska insatser mot de målgrupper som är i störst behov av tandvård, omvårdnad och hälso- och sjukvård.
- Genomförande av översikt av de viktigaste faktorerna som bidrar till en god arbetsmiljö och som stärker attraktiviteten till tandvårdsyrkena. Detta för att främja dialoger om arbetsvillkor, arbetskultur och ledarskap samt som tar hänsyn till individuella förhållanden.
- Introduktion till arbetsliv och bemanning
 - Synliggörande av behov att förbättra förutsättningarna för att introducera nyutexaminerade som börjar sin yrkesbana inom tandvården.
 - Genomförande av en kartläggning av insatser som har i syfte att påverka tandvårdspersonalens benägenhet att välja och stanna kvar på arbetsplatser i geografiska områden som det är svårt att rekrytera till. Detta för att främja lärande om effektiva insatser.
 - Genomförande av undersökningar för att synliggöra om det finns påverkbara faktorer som gör att en mindre andel än knappt 30 procent av tandläkare och cirka 50 procent av tandhygienister slutar arbeta kliniskt i Sverige efter 10 år.
- Forskning och utveckling
 - Fortsatta analyser över insatser som förbättrar förutsättningarna för att forskningen inom odontologi ska kunna bidra till utvecklingen av tandvården internationellt, och i Sverige.

Rapportens logiska grund och upplägg

I denna del beskriver vi vad som avses med de olika faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster utifrån de faktorer som vi inkluderat i figur 1. Detta gör vi utifrån exempel från ett nationellt perspektiv och genom regionala jämförelser. För att få en fördjupad förståelse för hur de olika faktorerna påverkar tandvårdens aktörer behöver de göra egna analyser utifrån som kan bli mer specifika än vad som presenteras i denna rapport.

Geografiska förutsättningar och befolkningsförändringar

Närhet till tandvården och utbudet av tandvårdstjänster skiljer sig mellan olika delar av Sverige. Geografiska avstånd och befolkningstäthet påverkar tandvårdens organisation. Sverige har stora ytor som är glest befolkade och samtidigt finns det områden med relativt hög befolkningstäthet. Geografi är en viktig faktor för att förstå regioners olika förutsättningar för att främja en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Förändringar i befolkningen både utifrån volym och befolkningsammansättning påverkar behovet av tandvård. Statistikmyndigheten (SCB) gör kontinuerligt prognoser över framtidens befolkningsutveckling. SCB:s prognos över demografisk och befolkningsutveckling bygger på historiska data. Utifrån det görs framskrivningar. Tillväxtverket framhåller att även om prognoser inte är sanningar har två faktorer historiskt påverkat de långsiktiga prognoserna för regionerna. Det är invandring och etablering av lärosäten. Historiskt har det varit utmanande att stimulera mobilitet från större städer till regioner som är glesare befolkade. Våra resultat tyder på att det har varit lättare tidigare än idag. [1].

Tandvårdens finansieringssystem

Finansieringen av tandvården är delad mellan patienterna, staten och regionerna. Den delade finansieringen gör att den påverkar både tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster. Ekonomin och finansieringen av tandvården skiljer sig från hälso- och sjukvården. Till exempel är patienternas andel av egenfinansiering högre inom tandvård än sjukvård. Vidare skiljer sig inriktningen på tjänster mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Tandvårdens verksamheter har förebyggande arbete som huvudfokus, bland annat genom basundersökningar och hälsofrämjande insatser. Till hälso- och sjukvården vänder sig framförallt patienter när de har hälsoproblem. Det förebyggande arbetet har mindre framträdande roll. Det handlar framförallt om insatser inom hälsosamma levnadsvanor och screeningprogrammen.

Munhälsa

Förändringar i befolkningens munhälsa över tid påverkar både hur tandvårdens yrkeskår behöver dimensioneras och vilka kunskaper som är viktiga för att möta förändrade vårdbehov.

Förändringar i befolkningens munhälsa över tid påverkar både hur tandvårdens yrkeskår behöver dimensioneras och vilka kunskaper som är viktiga för att möta förändrade vårdbehov. Samtidigt kan befolkningens

munhälsa se olika ut på olika platser i Sverige, beroende på exempelvis befolkningssammansättning, men lokala skillnader kan också förekomma som är kopplade till andra faktorer såsom specifika levnadsvillkor, levnadsvanor och förväntningar på tandvården.

Munhälsan har förbättrats hos den svenska befolkningen över tid. Detta avspeglas i vilka vårdbehov som finns. Statistisk från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar till exempel att det görs allt färre fyllningar, rotfyllningar och protetiska ersättningar. Detta indikerar att allt färre personer är i behov av den typen av tandvård. Vidare kan de bero på att patienter inte besökt tandvården eller att patienter väljer en annan billigare tandvård. Eller att man inte har besökt tandvården. Samtidigt har antalet äldre med fler kvarvarande tänder ökat. Det riskerar att öka vårdtyngden och då särskilt hos äldre som drabbas av flera kroniska sjukdomar som påverkar den övriga hälsan [2].

Befolkningssammansättning

Befolkningssammansättning har betydelse för att förstå tandvårdsbehov. Det har betydelse för dimensionering av såväl tandvårdspersonal som personal i verksamheter inom hälso- och sjukvård och omsorg där tandvård ingår som en viktig del.

Ålderssammansättning

Genom att analysera befolkningsdata och förekomst av sjukdomar i munhålan kan vårdbehov mätas på befolkningsnivå. Detta kan vara användbart för att planera tandvårdsresurser samt för att identifiera särskilda riskgrupper eller geografiska områden där befolkningen har särskilda tandvårdsbehov.

Regioner som har en hög och ojämn fördelning av äldre har flera hinder för att skapa en hållbar regional samhällsutveckling. Det beror bland annat på att tillgången till arbetsplatser har sjunkit i många delar av landet, vilket gör att det kan bli svårt att kombinera familjeliv och arbete. Att rekrytera högutbildad personal till kommuner med låg befolkningstäthet är särskilt utmanande [1].

Det finns ett samband mellan olika åldersgrupper, kön och olika tandvårdsbehov och hälsoproblem. Om det finns en stor andel äldre personer i befolkningen kan de till exempel ha mer omfattande tandvårdsbehov. Om det finns en större andel av yngre kommer verksamheterna inkludera en större andel av regionalt stöd till barntandvård. Om det finns en högre andel personer med funktionsnedsättning kan det krävas extra resurser för att ta hand om deras tandvårdsbehov. Om tandvården inte är tillgänglig kan också behoven öka.

Urbana områden har högre befolkningsdensitet och en större koncentration av resurser. I större patientpopulationer finns det också en större mångfald av sjukdomar i munhålan. Det bidrar ytterligare till att det finns behov av en större bredd av specialiseringar.

Socioekonomi och utbildningsnivå

Socioekonomiska skillnader och skillnader i utbildningsnivå är nära sammankopplade och påverkar munhälsan hos befolkningen [3]. Det är väldokumenterat att munhälsan varierar med utbildningsnivå, ju högre utbildningsnivå desto bättre munhälsa generellt. Grupper med högre utbildningsnivå har ofta hälsosammare levnadsvanor och lägre hälsorisker. Vidare är det också väldokumenterat att generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inte når alla grupper i lika stor omfattning. En grupp som tenderar att missgynnas är individer med låg utbildningsnivå. Några troliga förklaringar handlar om förtroende, fysisk tillgänglighet, bemötande, och hälsolitteracitet² [4].

Invånare med högre utbildning söker sig ofta till platser där det finns andra högutbildade. I Sverige har invånare i stora städer och storstadsnära kommuner högre utbildningsnivå jämfört med mindre städer och landsbygdskommuner. I storstadsområdena är knappt fyra av tio högutbildade medan andelen är hälften så stor i mindre städer och landsbygdskommuner. Förutom storstäder är utbildningsnivån ofta högre i städer med universitet eller högskolor [1].

Organisation och infrastruktur

Tandvårdens organisation och infrastruktur har betydelse för vilka tandvårdstjänster som är tillgängliga. Det handlar till exempel om fysisk infrastruktur i form av byggnader, utrustning, IT-system, professionell kompetens och organisationers förvaltning av kunskap och resurser. Tandvårdens organisation och infrastruktur är också nära sammankopplade med Sveriges förmåga att utbilda ny personal med kunskap som motsvarar förändrade vårdbehov och sjukdomspanorama och samtidigt säkerställa att det finns forskande och undervisande personal som understödjer utvecklingen av tandvården.

Tandvårdspersonal

För bäst patientnytta och resurseffektivitet behöver organisationen av tandvården främja att tandvårdspersonalens kombinationer av erfarenheter används på ett ändamålsenligt sätt i relation till de vårdbehov som finns.

² En definition av hälsolitteracitet är att den inkluderar den kunskap och kompetens som möjliggör för en individ, genom organisatoriska strukturer och resurser, att få tillgång till, förstå, värdera och använda information på ett sätt som både främjar och upprätthåller god hälsa och välbefinnande

Geografisk tillgång till vårdpersonal samt tandvårdspersonalens erfarenhet, skicklighet och kunskap påverkar både tillgång och efterfrågan av tandvårdstjänster. Tillgänglighet till tandvården och ett högt förtroende till tandvårdens personal hos befolkningen kan påverka befolkningens benägenhet att följa tandvårdspersonalens rekommendationer för hälsofrämjande åtgärder. Befolkningens benägenhet till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder påverkar i sin tur behovet och efterfrågan av akuttandvård [5].

Utifrån ett systemperspektiv behöver faktorer identifieras som påverkar förutsättningarna för att ta tillvara och utveckla tandvårdspersonalens kunskaper, erfarenheter och skicklighet under ett helt arbetsliv och som möter tandvårdspersonalens drivkrafter och karriärambitioner. Faktorer som har betydelse för detta bland annat arbetsmiljön, utrymme för reflektion, ledarskap, ekonomiska incitament, lön, möjligheter till kontinuitet i patientmöten, möjligheter till fördjupning, karriärutveckling samt specialisering inom olika områden. Det handlar vidare om organisatoriska förutsättningar för kunskapsöverföring mellan olika generationer och mellan olika professioner. I detta sammanhang kan geografin ha stor betydelse. Storstadskommuner och kommuner som ligger i närliggande områden till större städer kan till exempel uppfattas som mer attraktiva. I urbana områden finns det tillgång till större patientpopulationer och det gör att det finns bättre förutsättningar för egenetablering, specialisering, fördjupning och karriärutveckling inom olika områden [6].

Utbildning, forskning och utveckling

Tillgång till utbildnings-, forsknings- och innovationsmiljöer bidrar till att attrahera studenter, vilket får betydelse för befolkningssammansättningen. Tillgång till högre utbildning och forskningsinstitutioner ökar också möjligheterna för legitimerad tandvårdspersonal att delta och leda utbildning och forskningsprojekt. Samarbetsytorna mellan olika professioner kan också bli större mellan aktörer som till exempel arbetar med innovation av produkter och tjänster, tandvård, hälso- och sjukvård, omsorg och forskning. När det finns en koncentration av utbildning och forskning i ett område skapar det vidare större förutsättningar till företagande och entreprenörskap.

Utifrån ett utbildnings- och forskningsperspektiv är det viktigt att notera att tandvården, precis som sjukvården, i allt högre utsträckning möter patienter med kroniska och mer komplexa tillstånd. Detta förutsätter en hög grad av individanpassning. Denna utveckling beror bland annat på den medicinska utvecklingen men också på att patienter kräver en individanpassning. Den leder till ett ökat behov av organisationer som främjar kontextbaserad kunskapsutveckling och kräver ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Det framgår inte minst genom att många av Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom olika sjukdomsområden också

inkluderar tandvård. För att få genomslag av nationella riktlinjer och evidensbaserade kunskapsunderlag behövs en balans med mer klinisk kunskap och erfarenhetsbaserat lärande. I detta arbete har tandvårdspersonal tillsammans med utbildningen och forskningen en stor roll att spela. Det kräver att personalresurser frigörs och att det finns tidsutrymme i verksamheter för utvecklingsarbete. Dessa frågor påverkar också organisation och bemanning [7].

Policy, strategier och levnadsförhållanden

Utveckling av policy och strategier är grundläggande för en effektiv och hållbar tandvård. Det handlar om regleringar, prioriteringar, resursallokeringar av begränsade resurser i tillgång till personal, utrustning och ekonomiska resurser. Andra faktorer handlar om utveckling av standarder och nationella riktlinjer för att främja jämlikhet, patientsäkerhet, kvalitet och personcentrering.

I ett vidare perspektiv är hälso- och sjukvårdens behov av utveckling nära sammankopplad till Sveriges ekonomiska och sociala utveckling. Ett område som är intressant utifrån detta perspektiv är levnadsförhållanden. Det påverkar befolkningens hälsa. I tillägg kan levnadsförhållanden inverka på tandvårdspersonals val av bostadsort och arbetsplats. Mot bakgrund av att Sverige har stora områden som är glest befolkade med en äldre befolkningssammansättning kommer tandvårdens förmåga att kunna attrahera och behålla personal inom dessa områden att vara en av välvårdens viktigaste frågor.

Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden

Utifrån uppgifterna som sammanställts genom resurs- och kapacitetskartan kommer Socialstyrelsen identifiera strategiska områden för vidareutvecklingen som har betydelse för att både öka vår kunskap om personalförsörjningen av hälso- och sjukvården och identifiera strategiska utvecklingsområden som ökar Sveriges förmåga att kunna planera för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar på kort och längre sikt.

Geografiska förutsättningar och befolkningsändringar

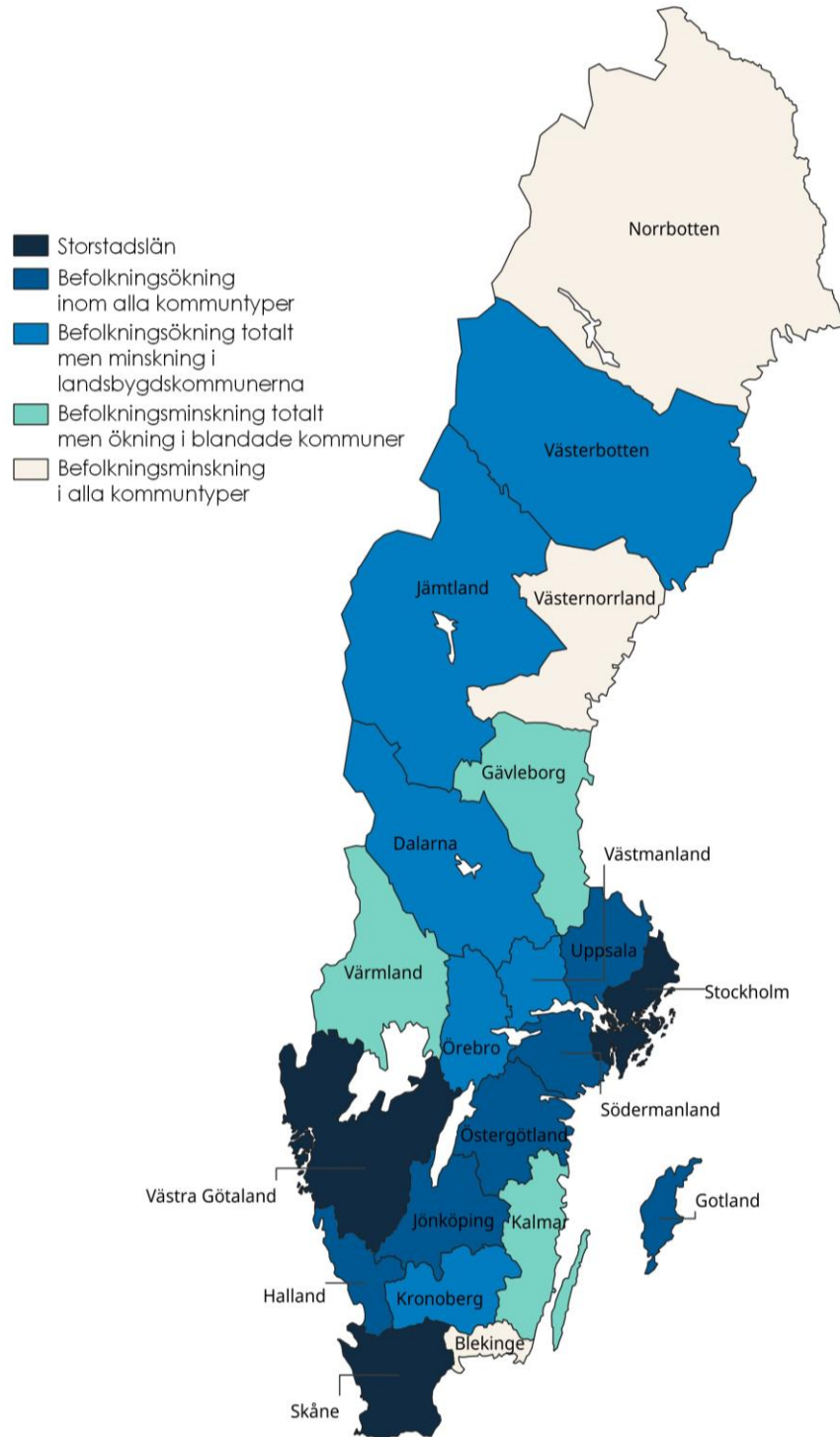
Av Sveriges 10,5 miljoner invånare bor 3,5 miljoner i storstadskommuner. Kommuner som präglas av landsbygd och långa avstånd till städer har 1,6 miljoner invånare. Utvecklingen mot en ökad urbanisering förväntas fortsätta i framtiden, dock med regionala skillnader. Sedan mitten av 1990-talet har befolkningen i landsbygdsområden fortsatt att minska samtidigt som tätortsområdena fortsatt att öka. Skogslänens inland har haft den största befolkningsminskningen, procentuellt sett [1].

Utifrån SCB:s uppgifter och Tillväxtverkets analyser går det att gruppera regioner utifrån förväntade demografiska förändringar. För tandvården och hälso- och sjukvården är detta en viktig faktor för att förstå och för att kunna möta upp kommande tandvårdsbehov. Framförallt blir detta en viktig fråga i ljuset av en åldrande befolkning och den pågående utflyttningen från landsbygdsområden i stora delar av Sverige.

Socialstyrelsens har valt att gruppera länen utifrån demografiska förändringar som tar hänsyn till länets befolkningstäthet och förväntad ökning eller minskning av befolkningen. Befolkningstäthet fångas in genom att gruppera länen utifrån hur kommunsammansättningen ser ut. Tillväxtverket definierar kommuner i kategorierna landsbygdskommuner, blandade kommuner och storstadskommuner. Utifrån Tillväxtverkets definition har Sverige tre storstäder, Stockholm, Göteborg och Malmö. Med blandade kommuner avses att reseavståndet inte ska vara längre än 50 minuter till en kommun med 50 000 invånare eller fler. Övriga som inte uppfyller dessa kriterier definieras som landsbygdskommuner.

Baserat på Tillväxtverkets definitioner har Socialstyrelsen grupperat Sveriges regioner i fem kategorier. Se kartan nedan.

Figur 2: Karta över grupper av län baserat på SCB:s befolkningsprognoser



Kategori 1: Län som omfattar storstäder. I denna grupp bor 53 procent av Sveriges invånare. Dessa län är Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län.

Kategori 2: Län som har en befolkningsökning i alla typer av kommuner. I dessa ingår länen Halland, Jönköping, Östergötland, Uppsala, Gotland och Södermanland. Där bor 19 procent av Sveriges invånare.

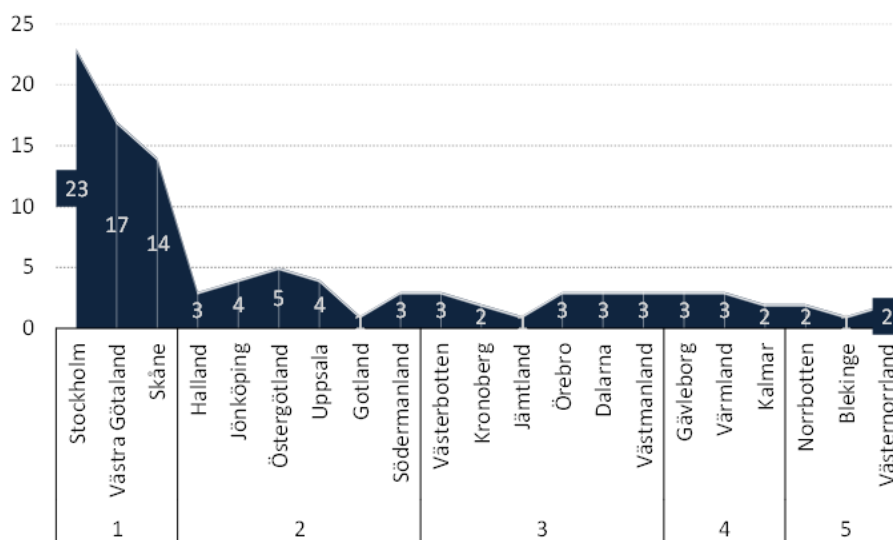
Kategori 3: Län som har en befolkningsökning totalt, men en minskning i landsbygdskommuner. De län som ingår i denna grupp kategori är Västerbotten, Kronoberg, Jämtland, Örebro, Dalarna och Västmanland. I dessa län bor 14 procent av Sveriges invånare.

Kategori 4: Län som har en befolkningsminskning totalt, men en ökning i blandade kommuner. I denna grupp ingår Gävleborg, Värmland och Kalmar. Där bor åtta procent av Sveriges invånare.

Kategori 5: Den sista gruppen av län har en befolkningsminskning i alla typer av kommuner. Där ingår länen Norrbotten, Västernorrland och Blekinge. Där bor sju procent av Sveriges befolkning.

Figur 3 illustrerar nuvarande befolkningssammansättning utifrån de fem länskategorierna ovan.

Figur 3. Fördelning av befolkningen enligt olika grupper av län år 2022



Källa: SCB:s befolkningsstatistik för 2022

Tandvårdens finansieringssystem

År 2020 utgjorde utgifterna för tandvård närmare sju procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården, exklusive utgifter relaterade till omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning. Enligt samma uppgifter svarade patienters egenavgifter för 56 procent av de totala kostnaderna för tandvård. Staten stod för cirka 18 procent och regionerna stod för cirka 26 procent av totalkostnaderna [6].

Vuxentandvården finansieras till stor del av de berörda individerna själva. Regionerna finansierar tandvården för barn och unga upp till 24 års ålder och för personer med behov av särskilt stöd.

I Sverige erbjuds vuxentandvård både offentliga och privata vårdgivare på en konkurrensutsatt marknad. Det råder fri prissättning och patienterna väljer själva vilken vårdgivare de vill besöka. Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) sätter ett årligt referenspris, vilket ska fungera som riktmärke för priset för ersättningsberättigade tandvårdstjänster. Överskjutande kostnader betalas av individen [8].

Regionerna bestämmer priset för barntandvården. Vården utförs främst av folktandvården. Denna ordning gör att det saknas ett uppföljningssystem i de fall barn flyttar mellan regioner [9].

De statliga och regionala tandvårdsstöden för vuxna medborgare innehåller olika typer av ekonomiska stöd. Det statliga tandvårdsstödet är tillgängligt för alla vuxna medborgare. I det ingår ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och ett högkostnadsskydd för tandvård. Vidare finns det ett specifikt ekonomiskt stöd för sjukdomsförebyggande insatser, ett så kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB) som riktar sig till personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som innebär en risk för försämrad munhälsa

Regionerna ansvarar för de regionala tandvårdsstöden. De riktar sig till vuxna patienter med behov av särskilt stöd. De omfattar oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer, utbyte av tandfyllningar, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade, Tandvårdsförordning (1998:1338).

Abonnemangstandvård är en avtalsform som erbjuds främst av Folktandvården. Abonnemangstandvård ger patienten tillgång till tandvård till ett fast pris baserat på en undersökning av munhälsa och riskprofil före avtalsteckning. I avtalet ingår undersökningar, utredningar, hälsofrämjande insatser samt behandling av sjukdoms och smärttillstånd såsom karies och

tandlossning. År 2019 hade nästan en tredjedel av alla vuxna patienter som besökte Folktandvården abonnemangstandvård, vilket motsvarar 13 procent av alla vuxna tandvårdspatienter i Sverige [8].

Privatekonomi och tandvård

Folkhälsomyndigheten undersöker regelbundet vilka som avstått från tandvård av ekonomiska skäl trots behov. Under 2022 uppgav 9,3 procent i gruppen 16–84 år att de avstått tandvård trots behov. Andelen män var 9,5 jämfört med 9,1 procent kvinnor [10]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Vården ur befolkningens perspektiv 2020* framgår det att andelen som avstått tandvård på grund av ökande kostnader har ökat sedan 2017 [11].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökte samma fråga i sin rapport *Tala om tänder* från 2022. Utifrån deras undersökning uppgav nästan 20 procent att de under de tre senaste åren avstått från att söka tandvård trots behov. I samma rapport uppgav en av fem patienter att de inte kände till det allmänna tandvårdsbidraget eller att priserna kan variera i tandvården. Rapporten visade i övrigt att kännedomen om att det finns särskilda tandvårdsstöd är låg bland patienter i allmänhet [12].

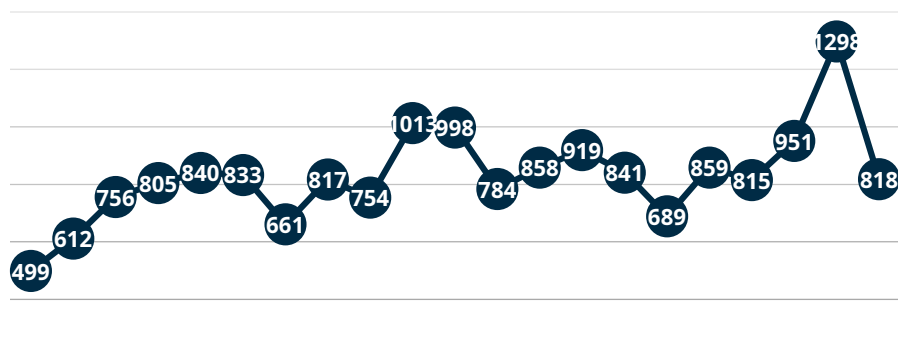
Mindre grupper med lägre inkomst- och utbildningsnivå samt utrikesfödda och äldre nyttjar det de statliga stöden i högre grad än övriga grupper. Vid införande av bidraget 2013 var det få som tog del av det statliga stödet i relation till det antal som beräknades vid införandet av bidraget 2013. Då uppskattades att målgruppen skulle uppgå till omkring 285 600 personer, under 2017 var det omkring 53 700 personer som tog del av STB. [6]. Den förklaring som brukar anges för den låga nyttjandegraden är låg kunskap bland vårdgivare och patienter [13]. Försäkringskassans statistisk visar att en kontinuerlig ökning av antal personer som nyttjar det särskilda tandvårdsbidraget, vilket kan tyda på att kunskapen om tandvårdsstödet har ökat över tid.

Regionala skillnader i kostnad för tandvården

Nettokostnaden för tandvården för Sveriges regioner per invånare varierar stort mellan olika regioner. Med nettokostnad avses regionernas bruttokostnad minus bruttointäkt för tandvården som regionerna ansvarar för (exklusive kostnader för läkemedel inom läkemedelsförmånen). Det områden som ingår är kollektiv tandhälsovård (inklusive barn och ungdomstandvård), specialisttandvård, sjukhustandvård inklusive tandvård som ges vid övriga vårdinstitutioner samt tandtekniska laboratorier. Under tandvård redovisas också tandvård för asylsökande.

Figur 4 visar regionala skillnader i nettokostnad för tandvård 2023 per invånare. Den visar bland annat att kostnaderna per invånare var 160 procent högre i Blekinge jämfört med Stockholm. Generellt var kostnaderna lägre i storstadslänen.

Figur 4. Nettokostnad för tandvård i regionerna per invånare år 2023

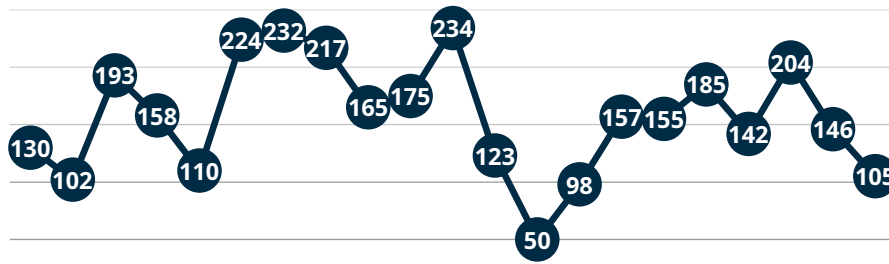


Stockholm				
Västra Götaland				
Skåne				
Halland				
Jönköping				
Östergötland				
Uppsala				
Gotland				
Södermanland				
Västerbotten				
Kronoberg				
Jämtland				
Örebro				
Dalarna				
Västmanland				
Gävleborg				
Värmland				
Kalmar				
Norrbottn				
Blekinge				
Västernorrland				
1		2	3	4
				5

Källa: SCB [14]

Nettokostnaden per vuxna invånare som använde regionens särskilda tandvårdsstöd varierade också stort mellan regionerna. Enligt SCB:s uppgifter 2023 hade till exempel Kronoberg 368 procent högre kostnad jämfört med Örebro för regionens tandvårdsstöd per invånare. Se figur 5 nedan.

Figur 5. Nettokostnad för regionens särskilda tandvårdsstöd per invånare 2023

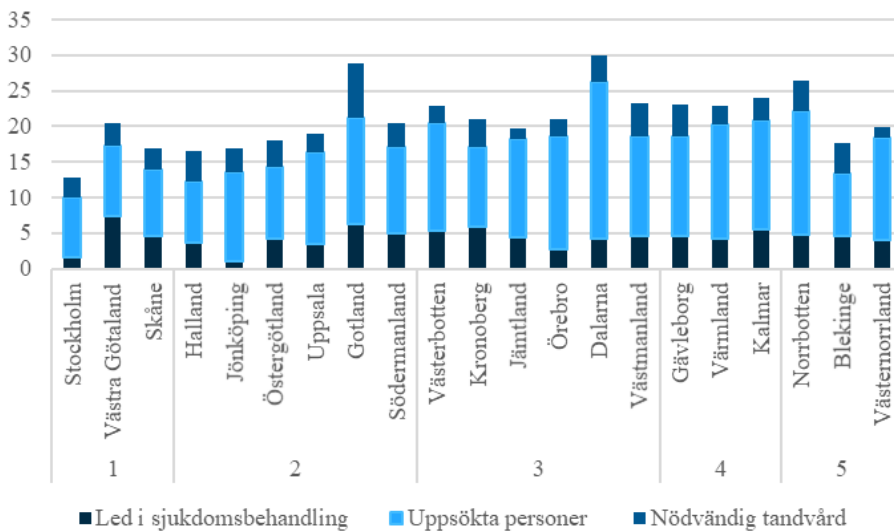


Stockholm
Västra Götaland
Skåne
Halland
Jönköping
Östergötland
Uppsala
Gotland
Södermanland
Västerbotten
Kronoberg
Jämtland
Örebro
Dalarna
Västmanland
Gävleborg
Värmland
Kalmar
Norrbottn
Blekinge
Västernorrland

Källa: SCB [14]

Antalet invånare per 1 000 som nyttjar tandvårdsstöden varierar också stort mellan de olika regionerna. Figur 6 visar bland annat att Dalarna och Gotland hade störst andel patienter per 1 000 invånare som nyttjade tandvårdsstöden. Lägst andel hade Stockholm.

Figur 6. Antal invånare per 1 000 som får regionalt tandvårdsstöd 2023



Källa: SKR:s verksamhetsstatistik och SCB:s befolkningsstatistik [14]

År 2018 utvärderade Socialstyrelsen de regionala tandvårdsstöden och det statliga särskilda tandvårdsbidraget [13]. Stöden regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338). Socialstyrelsens utvärdering lyfte fram att det fanns stora variationer i hur många personer som tar del av tandvårdsstöden. Vidare lyftes det fram att det finns svårigheter att följa upp

och utvärdera tandvårdsförordningen. Socialstyrelsen framhöll också att det fanns ett begränsat vetenskapligt underlag för de undersökta sjukdomar och tillstånd som ingår i tandvårdsstöden. Utvärderingen konstaterade också att det var färre män än kvinnor som nyttjar tandvårdsstöden.

Socialstyrelsen framhöll i utvärderingen att det fanns ett behov av en översyn och omfattande revidering av tandvårdsförordningen för att det ska bli lättare att tillämpa och följa upp tandvårdsbidragen mot en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv tandvård [13]. En följd av utvärderingen blev att den då pågående tandvårdsutredningen (SOU 2021:8) fick ett tilläggsuppdrag med instruktioner att göra en översyn av tandvårdsstöden. Utredningen lämnade flera förslag 2021 för att främja en mer jämlik och resurseffektiv tandvård för vidare beredning till regeringen [6].

Munhälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar munhälsa som ett tillstånd i munnen, tänderna och de orofaciala strukturerna, som gör det möjligt för individer att utföra väsentliga funktioner som att äta, andas och tala. Det omfattar psykosociala dimensioner som självförtroende, välbefinnande och förmågan att umgås och arbeta utan smärta, obehag eller förlägenhet. [14]. Munhälsa är integrerad i den allmänna hälsan och kan således betraktas som en del av WHO:s definition av hälsa. Utifrån dessa utgångspunkter har WHO infört programmet som kallas ”WHO Oral Health Programme”. Syftet är att integrera tandhälsa i det förebyggande arbetet mot kroniska sjukdomar och främjandet av folkhälsa [15].

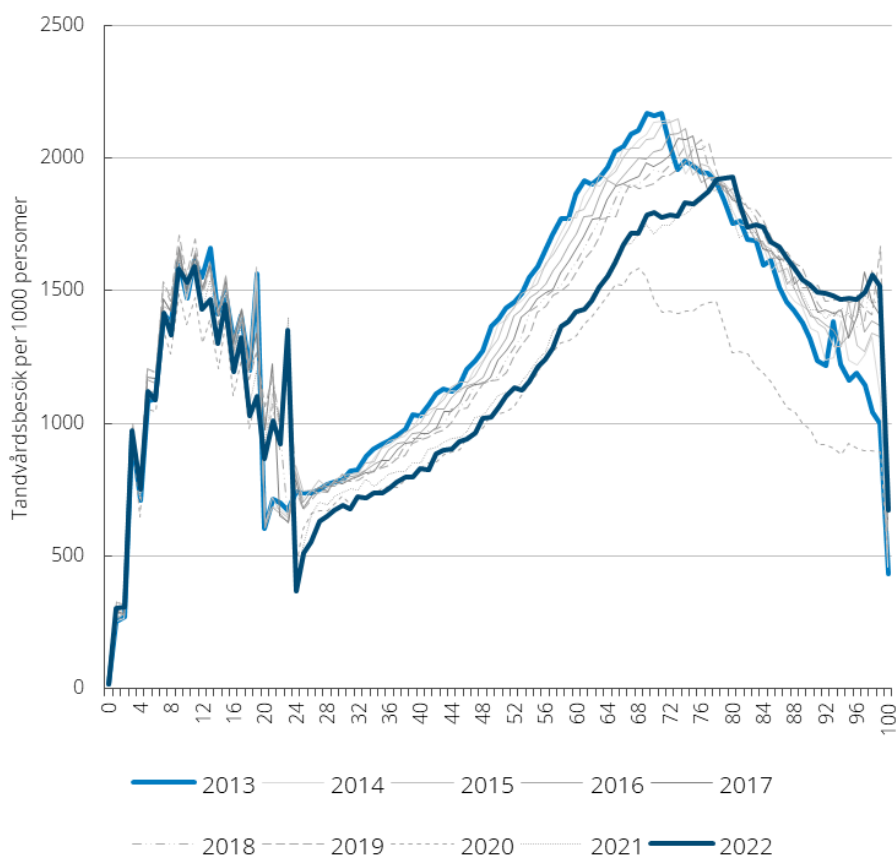
Munhälsa är en viktig del i Socialstyrelsens arbete som syftar till att förebygga sjukdom. I tillägg till Socialstyrelsens riktlinjer för tandvård ingår munhälsa i ytterligare sex nationella riktlinjer inom områdena levnadsvanor, diabetes, palliativ vård, schizofreni, stroke och obesitas. Gemensamt för alla nationella riktlinjer är att Socialstyrelsen framhåller att samverkan är viktigt och att mer insatser behövs för att förebygga sjukdomar i munhålan och stödja patienter med ohälsosamma matvanor. I riktlinjerna för tandvård framgår det också att patienter med hög risk för dålig munhälsa bör undersökas oftare än patienter med låg risk [16].

Under åren 2012–2022 minskade arbetet med reparativ tandvård med 7 procentenheter för tandläkare som varit i yrket i 1–3 år. Det kan delvis reflektera ett förändrat tandvårdsbehov. Tandhygienistföreningen framhåller till exempel i Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät att de ser att munhälsan ingår som en viktig faktor i ett mycket stort antal tillstånd och sjukdomar. De menar att utvecklingen mot att tandvård ingår i fler och fler av Socialstyrelsens riktlinjer betyder att det kommer att finnas behov av kompetent tandvårdspersonal på plats som en del av teamet kring patienten. De menar vidare att det är viktigt att driva ett utvecklat samarbete mellan tandvården, omsorgen och hälso- och sjukvården. De framhåller att praktiska och ekonomiska förutsättningarna för ett effektivt samarbete mellan tandvård, regioner och kommuner behöver utvecklas för att få till stånd en sådan utveckling.

Tandvårdskonsumtion

I figur 7 presenteras en översikt över hur besök till tandvården utvecklats i Sverige över tid. Figuren nedan visar att det är ett tvåårsintervall mellan undersökningar för barn. Vidare visar den att när åldern för avgiftsfria barn och ungdomstandvård höjdes från 19 år till 23 år, så ökade tandvårdskonsumtionen. Vidare visar figuren att antalet tandvårdsbesök har minskat mellan 2013 och 2022 för åldersgruppen 24 och 78 år. Andelen tandvårdsbesök har däremot ökat i gruppen som är 79 år och äldre.

Figur 7. Antal tandvårdsbesök per 1000 invånare 2013–2022



Källa: 0-23 år Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa), 24-100 år Socialstyrelsens tandhälsoregister, vilket inkluderar statligt tandvårdsstöd, nödvändigt tandvård och tandvård till personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

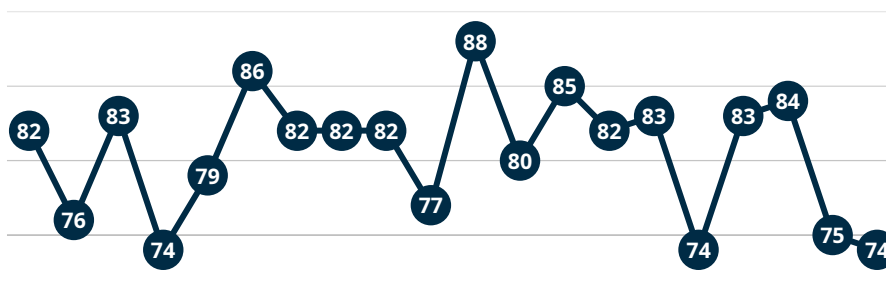
Förändringar i befolkningens munhälsa över tid påverkar både hur tandvårdens yrkeskår behöver dimensioneras och vilka kunskaper som är viktiga för att möta förändrade vårdbehov. Samtidigt kan befolkningens munhälsa se olika ut på olika platser i Sverige, beroende på exempelvis befolkningsammansättning, men lokala skillnader kan också förekomma som är kopplade till andra faktorer såsom specifika levnadsvillkor, levnadsvanor och förväntningar på tandvården.

Munhälsan blir bättre hos befolkningen

Den övergripande trenden under de senaste årtiondena har varit att munhälsan hos befolkningen stadigt har blivit bättre. Denna utveckling kan till exempel belysas genom att undersöka andelen kariesfria barn, antalet genomsnittligt kvarvarande tänder hos äldre samt självskattad munhälsa.

Socialstyrelsen följer regelbundet upp andelen kariesfria barn. Andelen kariesfria 6-åringar minskade kontinuerligt från 2011, med undantag för Jönköping mellan åren 2018 och 2022. I 2023 års rapport [17], med epidemiologiska siffror från 2022, redovisas dock att denna negativa trend tycks ha avstannat genom att de flesta regioner redovisar att andelen kariesfria 6-åringar har ökat. Rapporten visar dock på regionala skillnader i andelen kariesfria barn. Se figur 8. Uppgifter för Stockholm saknas för 2022 och uppgifter för Västernorrland saknas för 2018.

Figur 8. Andelen kariesfria 6-åringar i olika regioner år 2022

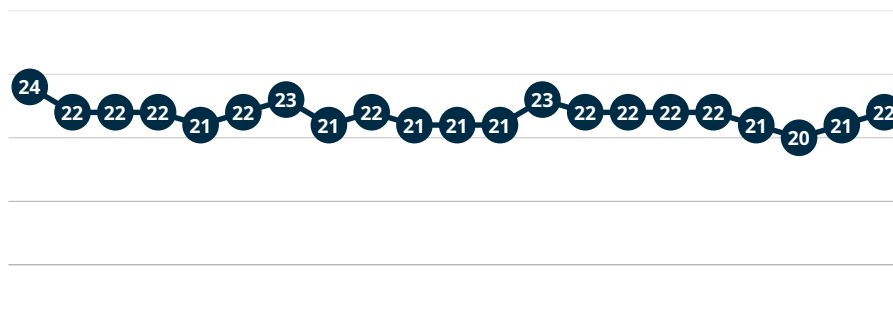


Västra Götaland	Skåne	Halland	Jönköping	Östergötland	Uppsala	Gotland	Södermanland	Västernorrland	Kronoberg	Jämtland	Örebro	Dalarna	Västmanland	Gävleborg	Värmland	Kalmar	Norrbottnen	Blekinge	Västernorrland
1				2						3				4				5	

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2022 (Uppgifter saknas från region Stockholm)

Medianen av antalet kvarvarande tänder i åldersgruppen 85–89 år varierade mellan regionerna år 2022. Regionerna Stockholm, Uppsala och Jämtland hade högst median av antal kvarvarande tänder bland äldre. I övrigt ser medianen relativt lika ut mellan regionerna. Se figur 9.

Figur 9. Kvarvarande tänder bland invånare 85–89 år i olika regioner 2022



Stockholm					
Västra Götaland	1				
Skåne					
Halland					
Jönköping					
Östergötland		2			
Uppsala					
Gotland					
Södermanland					
Västerbotten					
Kronoberg					
Jämtland			3		
Örebro					
Dalarna					
Västmanland					
Gävleborg				4	
Värmland					
Kalmar					
Norrbottn					5
Blekinge					
Västernorrland					

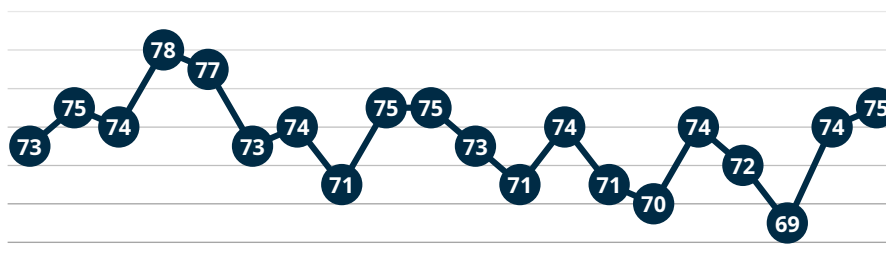
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister 2022

Självskattad munhälsa

Folkhälsomyndigheten och Liv och Hälsa³ undersöker en självskattad munhälsa hos befolkningen regelbundet. Folkhälsomyndigheten och Liv och Hälsas undersökningar har jämförbara resultat [14]. I respektive undersökning för 2022 synliggörs att det finns en variation mellan när det gäller självskattad munhälsa. Figur 10 visar att regionerna Norrbotten, Gävleborg och Södermanland hade lägst självskattad munhälsa. Halland och Jönköping hade högst självskattad munhälsa.

³ Liv och hälsa är en stor undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och kontakter med vården hos befolkningen i Mellansverige.

Figur 10. Procentuell andel som uppger självskattad god munhälsa hos befolkningen i olika regioner



Stockholm				
Västra Götaland	1			
Skåne				
Halland				
Jönköping		2		
Östergötland				
Uppsala				
Södermanland				
Västerbotten				
Kronoberg				
Jämtland			3	
Örebro				
Dalarna				
Västmanland				
Gävleborg				
Värmland				4
Kalmar				
Norrbottn				
Blekinge				5
Västernorrland				

Källa: Folkhälsomyndigheten och Liv och hälsa 2022.⁴

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde en egen undersökning 2022 som också undersökte den självskattade munhälsan hos befolkningen. Deras enkätundersökning nådde 5 200 personer. I den undersökningen uppgav två tredjedelar av patienterna att de hade god munhälsa. Lika många ansåg sig vara bra på att ta hand om sin munhälsa. Störst skillnad finns mellan patienter med olika utbildning, där patienter med en förgymnasial utbildning har sämre självskattad munhälsa än dem med längre utbildning [12].

⁴ Uppgifterna är hämtade från verktyget Jämföraren i Kolada som baseras på data från Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen har sedan jämfört dessa med uppgifter från Liv och Hälsa.

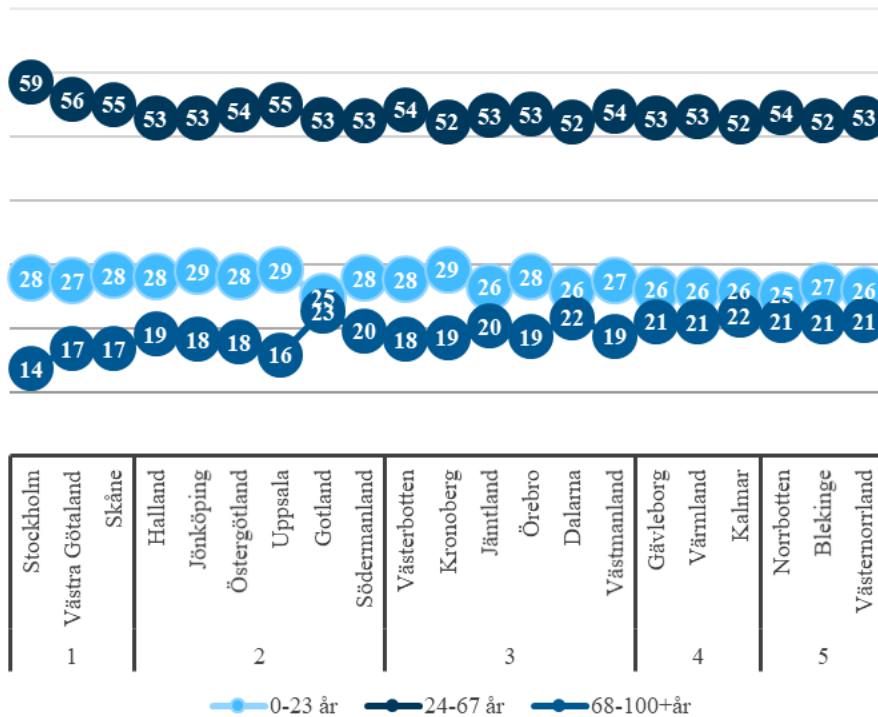
Befolkningens sammansättning

Faktorer som har betydelse för vilka tandvårdsbehov som finns hos befolkningen påverkas av regionernas befolkningssammansättning i avseende på ålderssammansättning, utbildningsnivå och socioekonomi [18].

Ålderssammansättning

Ålderssammansättningen har en stor påverkan på tandvårdsbehov. Figur 11 visar hur den procentuella fördelningen av åldersgrupper ser ut mellan olika län. Stockholm har till exempel lägst andel i åldersgruppen 68 år och äldre och störst andel invånare i gruppen 24–67 år. Gotland har störst procentuell andel i åldersgruppen 68 år och äldre. Länen som har en större utflyttning än inflyttning har också en större procentuell andel av äldre än övriga län. Det inkluderar länen Gävleborg, Värmland, Kalmar, Norrland, Blekinge och Västernorrland.

Figur 11. Ålderssammansättning av befolkningen enligt olika län år 2022



Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2022.

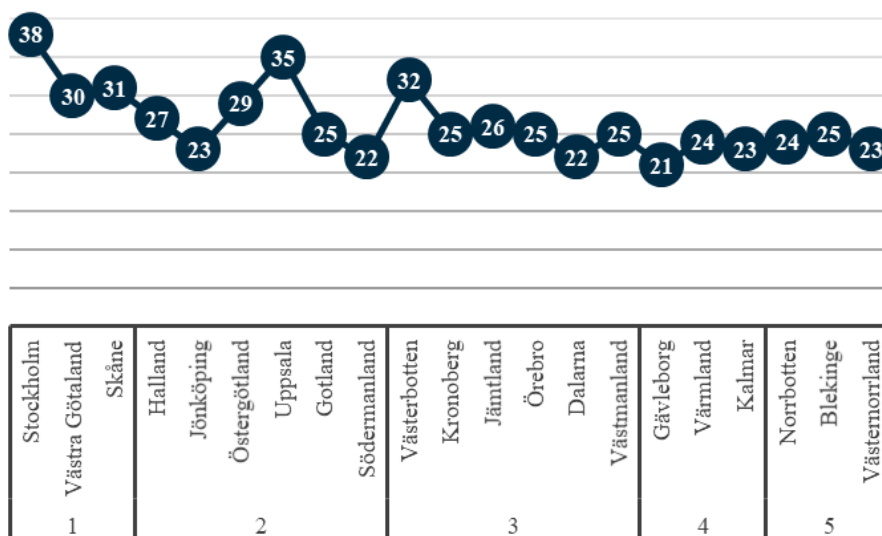
Utbildningsnivå

Munhälsa har en tydlig koppling till individers utbildningsnivå. De som har en högre utbildning tenderar att ha en bättre munhälsa. Denna skillnad

förstärks ytterligare med stigande ålder. Till exempel har de med högre utbildning ofta fler intakta tänder jämfört med dem med lägre utbildningsnivåer [19].

Utbildningsnivån varierar mellan olika städer och län. Figur 12 visar att Stockholms län följt av länen Uppsala och Västerbottens hade högst procentuell andel av invånare 25–64 år med minst tre års eftergymnasial utbildning. Gävleborg hade lägst andel med tre års eftergymnasial utbildning.

Figur 12. Utbildningsnivå i olika län år 2022



Källa: SCB:s befolkningsstatistik 2022.

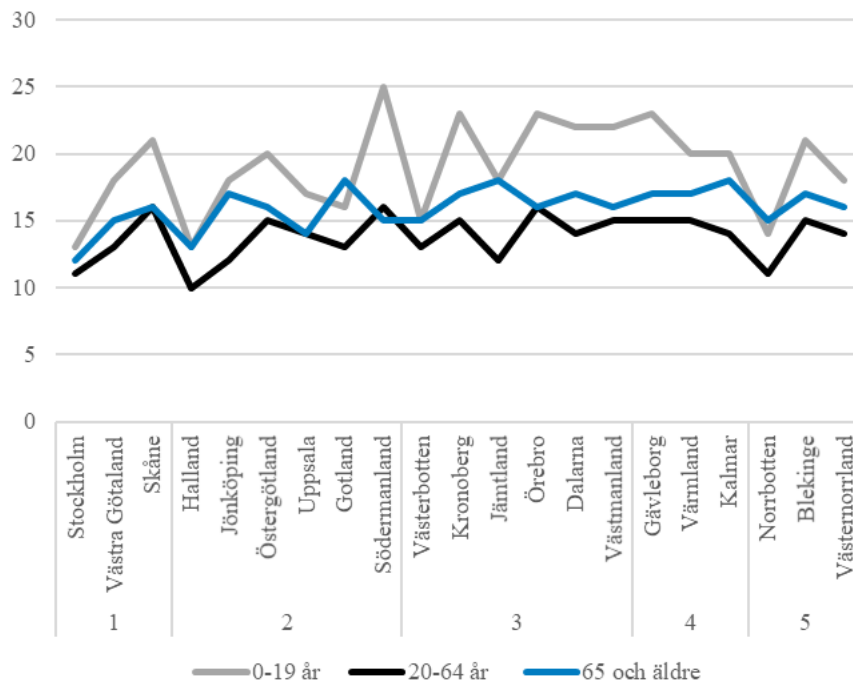
Socioekonomi

Munhälsa och hälsa i övrigt formas i samspelet mellan en persons livsvillkor över tid och hans eller hennes genetiska förutsättningar. Detta samspel är avgörande för att förstå hur hälsa utvecklas och underhålls under en persons hela livscykel. Om barn tidigt i livet utsätts för sociala och biologiska riskfaktorer har de högre risk för förekomst av karies både i tonåren och i vuxen ålder. Betydelsen av sociala och ekonomiska förhållanden under uppväxten är väl belagd och visar att barn till föräldrar med låg socioekonomisk status och barn till immigranter har högre kariesförekomst vilket påverkar både deras nuvarande och framtida munhälsa [20].

SCB definierar låg ekonomisk standard med att personer lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen [21]. Figur 13 visar att andelen med låg ekonomisk standard i olika åldersgrupper skiljer sig mellan länen i Sverige. I Södermanlands län bor flest i gruppen 0–19 år som har låg socioekonomisk standard, följt av länen Kronoberg och Dalarna.

De länen med lägst andel i gruppen 0–19 år som har ekonomisk låg standard var Stockholms län följt av länen Halland och Norrbotten. Skåne, Södermanland, och Örebro hade högst andel med låg ekonomisk standard i åldersgruppen 65 år och äldre. Lägst andel med låg ekonomisk standard i samma åldersgrupp hade länen Halland, Stockholm och Norrbotten.

Figur 13. Andel av befolkningen som lever med låg ekonomisk standard år 2022



Källa: SCB Inkomster och skatter 2022 [20].

Tandvårdens organisation och infrastruktur

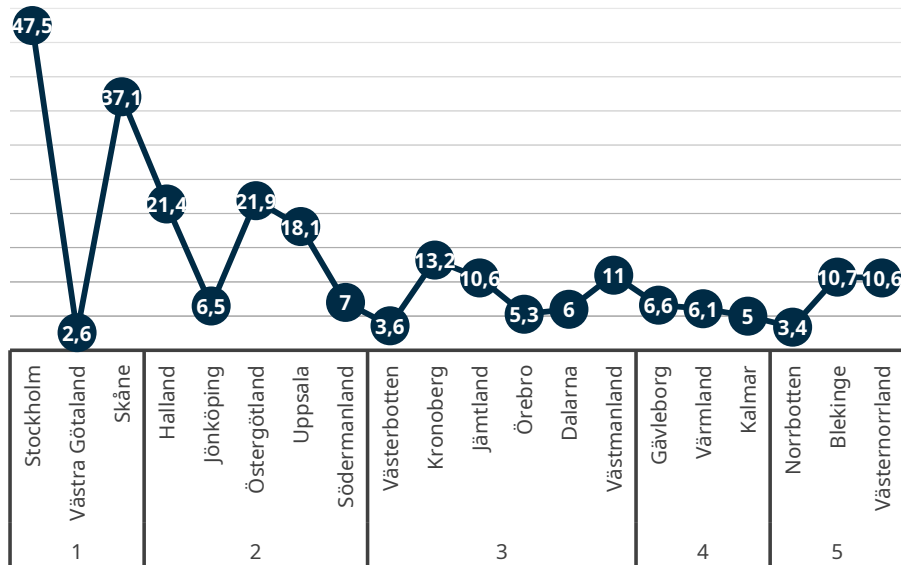
Tandvårdens organisation består av ett stort antal mindre och medelstora vårdgivare som drivs i privat regi samt av folktandvården. Praktikertjänst, som är ett producentkooperativ där tandläkarna själva driver sina mottagningar, är den största privata aktören. Fördelningen mellan offentliga och privata aktörer varierar i de olika regionerna.

Under de senaste åren har en ökad etablering skett av nya privata vårdgivare inom tandvården, särskilt i de större städerna. Denna ökning har resulterat i en ökad konkurrens både om patienter och kvalificerad personal. En trend inom den privata tandvårdssektorn pekar mot en minskning av antalet mindre tandvårdsmottagningar och en ökning av större vårdgivare jämfört med tidigare år [6].

Utifrån yrkes- och professionsorganisationernas perspektiv är tandvårdens organisation och möjlighet att främja en god arbetsmiljö med rimliga ekonomiska och praktiska förutsättningar en huvudfråga. De lyfter också fram att analyser över tandvården behöver inkludera samtliga aktörer för att få en samlad bild. Tandhygienistföreningen framhåller att ett långt och hållbart arbetsliv förutsätter en god arbetsmiljö med rimliga ekonomiska och praktiska förutsättningar. På individnivå behövs fortbildning, karriärvägar, god lön, påverkansmöjligheter.

Ett sätt att illustrera regionala skillnader är att visa på andelen tandvård som regionerna köper från privata vårdgivare. Köp av verksamhet är betalning för ett offentligt uppdrag (kärnverksamhet) som överlämnats till någon annan att utföra. Figur 14 visar att region Stockholm har högst andel av köpta tjänster från privata vårdgivare. Regionerna Västra Götalands, Norrbotten och Västerbotten har lägst andel.

Figur 14. Procentuell andel av tandvård som regionerna köpte från privata vårdgivare 2023



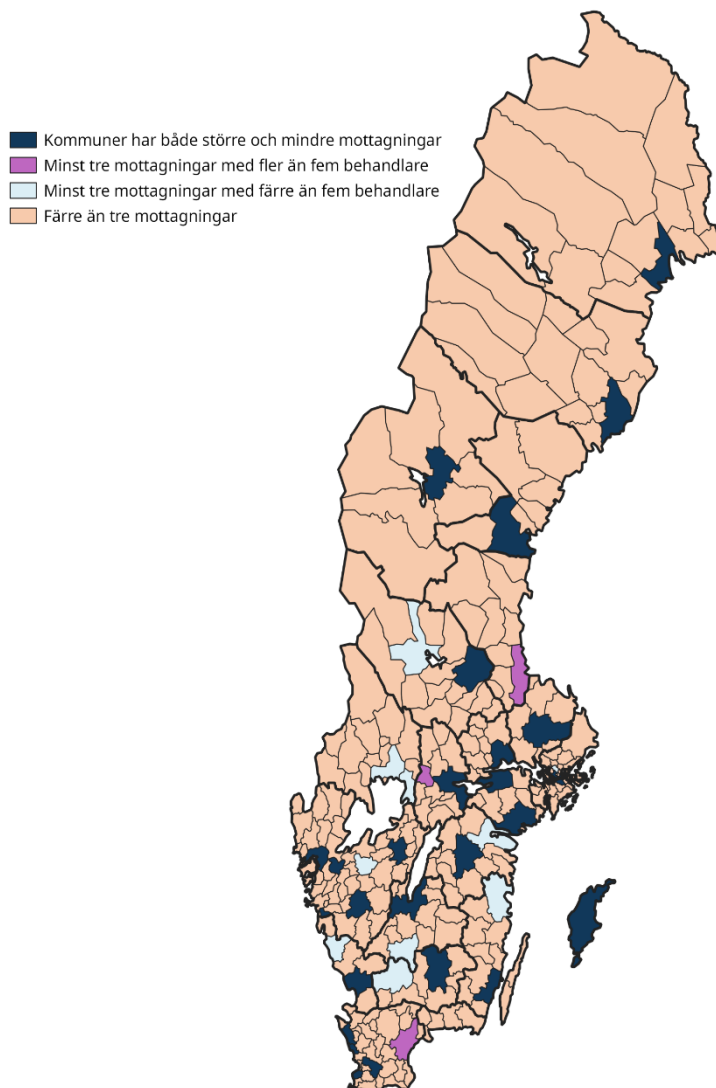
Källa: Kolada [14]

För att förstå tandvårdens organisation och kapacitet att bidra till den fortsatta utvecklingen av tandvården presenterar Socialstyrelsen en karta över Folk tandvården och privat tandvården.

Folk tandvården finns i Sveriges samtliga kommuner. Figur 15 visar fördelningen av olika folk tandvårdsmottagningar. Uppdelningen utgår från om kommuner har minst tre mottagningar med 5 behandlare eller fler, kommuner som har minst 3 mottagningar med färre än 5 behandlare. Utöver dessa två kategorier inkluderas kommuner som har minst tre mottagningar med både fler och färre behandlare än 5 samt kommuner som har färre än tre mottagningar.

Kartläggningen visar att de flesta residensstäder i länen har en koncentration av tre mottagningar eller fler i respektive kategori som rapporterade in åtgärder till det statliga tandvårdsstödet under 2022. Kartläggningen visar också att antalet behandlare varierade mellan en och 49 mellan olika mottagningar. Även om Folk tandvården kan uppfattas som en relativt enhetlig organisation, illustrerar denna karta att de organisatoriska förutsättningarna skiljer sig stort mellan olika mottagningar.

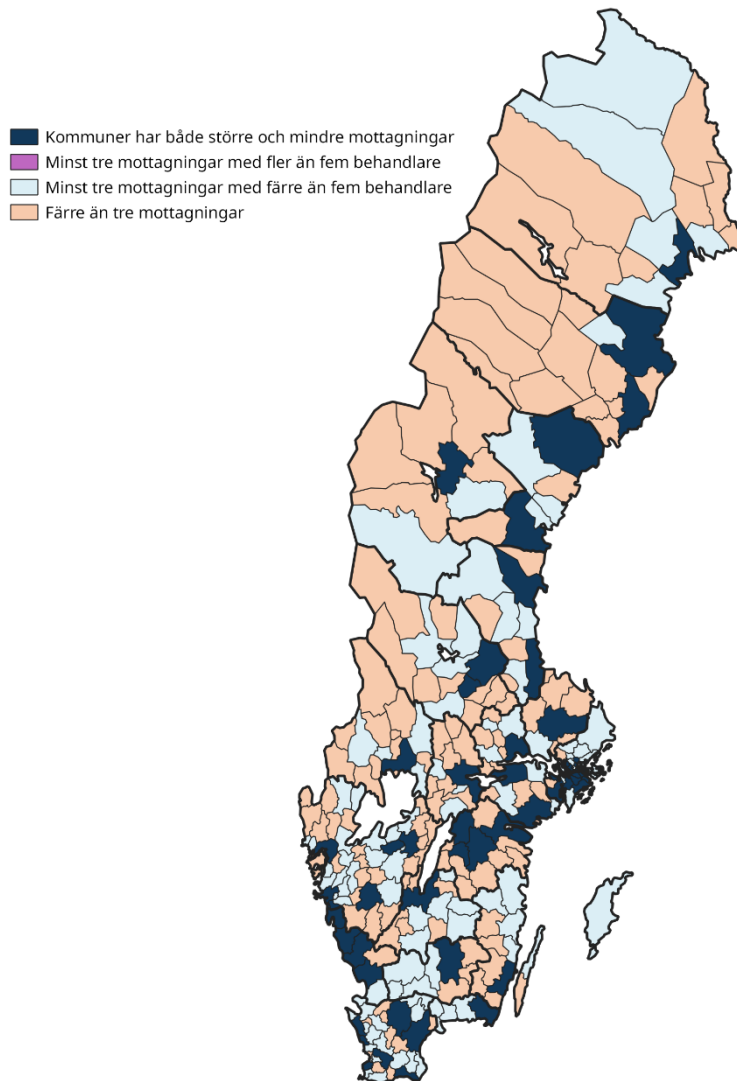
Figur 15. Folktandvårdens mottagningar i Sverige 2022



Källa: Försäkringskassans uppgifter om det statliga tandvårdsstödet 2022.

Privattandvården har likt Folktandvården en stor geografisk täckning i Sverige. Kommuner har delats upp utifrån om det finns tre mottagningar eller fler i kommunerna i respektive kategori om de har fler eller färre än 5 behandlare. Privattandvården är främst koncentrerad till större städer, se figur 16. Majoriteten av den privata tandvården har färre än fem behandlare som rapporterade in åtgärder till det statliga tandvårdsstödet 2022.

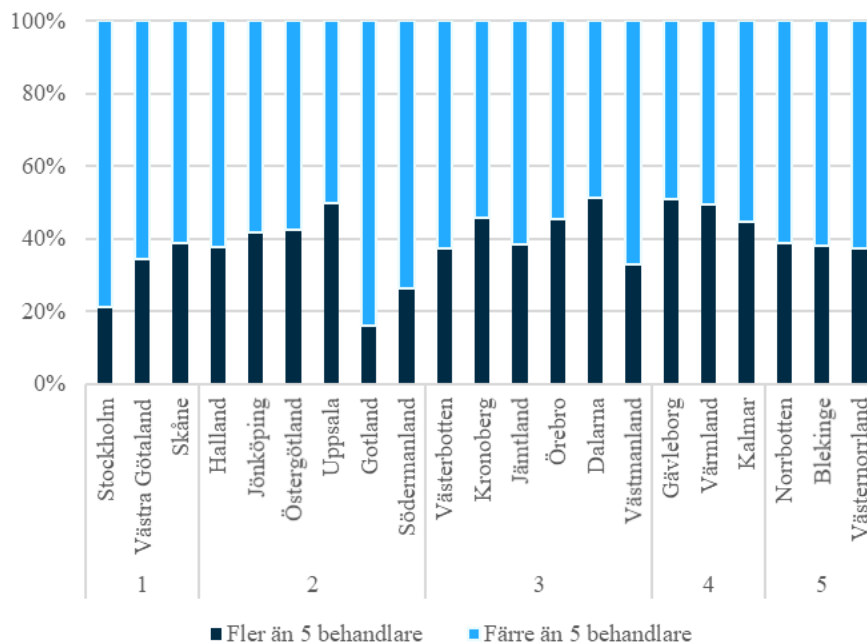
Figur 16. Privattandvårdens mottagningar i Sverige 2022



Källa: Försäkringskassans uppgifter om det statliga tandvårdsstödet 2022.

Figur 17 visar att högst andel kommuner som hade minst tre mottagningar med fem behandlare eller fler både i privat och offentlig regi hade Uppsala och Dalarna län. Lägst andel av kommuner med fler än 5 behandlare eller fler hade Stockholm, Södermanland och Gotland.

Figur 17. Procentuell fördelning av kommuner med större tandvårdsmottagningar enligt olika län



Källa: Försäkringskassans uppgifter om det statliga tandvårdstödet 2022.

Förflyttning från folktandvården till privattandvården

Socialstyrelsens statistik visar att av den totala andelen sysselsatta tandläkare inom tandvården var 51 procent anställda inom Folktandvården och 49 procent inom den privata tandvården i november 2021. Bland de sysselsatta tandhygienisterna inom tandvården i november 2021 var andelen anställda 54 procent inom Folktandvården och 46 procent inom den privata tandvården.

Socialstyrelsens undersökning av grupperna som examinerades mellan 1989 och 2022 visar att det sker en förflyttning av personal från Folktandvården till privattandvården (se bilaga 8). Vidare visar uppgifterna skillnader i antalet arbetade kliniska timmar mellan Folktandvården och den privata tandvården.

- År 2012 började 90 procent av tandläkarna sin yrkesbana i Folktandvården efter erhållen legitimation. År 2022 började 87 procent av tandläkarna sin yrkesbana i Folktandvården. Det visar på att ingen större förändring har skett under en tioårsperiod.
- Andelen som arbetar inom Folktandvården för hela gruppen med 1–3 års yrkeserfarenhet minskade från 84 procent till 75 procent mellan 2012 och 2022.
- En trend under de senaste åren är att fler tandläkare lämnar Folktandvården tidigare jämfört med tidigare år.
- År 2012 var det 71 procent av de aktiva tandhygienisterna som inledde sin yrkesbana inom Folktandvården. År 2022 var det 87 procent av tandhygienisterna som inledde sin yrkesbana i Folktandvården
- Den största rörligheten mellan vårdgivare skedde under de första tio åren i yrket hos tandläkare. Därefter sker en stabilisering.
- Efter 11–13 år i yrket är lite mer än hälften aktiva tandläkare verksamma inom privat tandvården
- Efter 20–23 år i yrket arbetar cirka två tredjedelar av de aktiva tandläkarna inom den privata tandvården.
- År 2012 var folktandvården arbetsgivare för två tredjedelar av tandhygienister som hade 1–3 års yrkeserfarenhet.
- Barn och ungas andel av patienterna inom Folktandvården var cirka en tredjedel 2012 och ökade till att närma sig hälften 2022
- Generellt behandlar tandläkare och tandhygienister i Folktandvården yngre patienter än de som är verksamma inom privattandvården.

Skillnad mellan timmar i kliniskt arbete mellan privat tandvård och folktandvård

Under vecka 4 år 2022 kan följande skillnader registreras mellan olika kohorter av examinerade tandläkare som arbetar i privat regi respektive i Folktandvården.

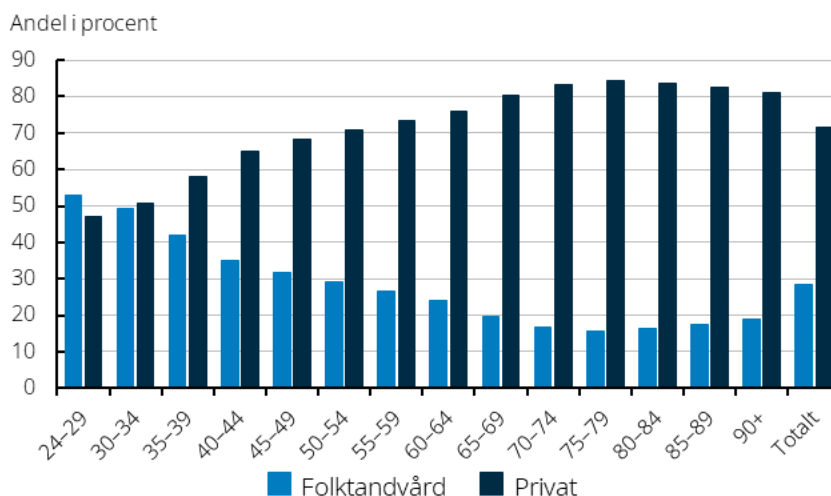
- Aktiva tandläkare som examinerades (1989–1991): De tandläkare som arbetade i privattandvården rapporterade 17,7 genomsnittliga arbetstimmar i kliniskt arbete. Det var 31 procent fler genomsnittliga timmar jämfört med dem som arbetade i Folktandvården.
- Aktiva tandläkare som examinerades (1999–2001): De tandläkare som arbetade i privattandvården rapporterade 18,1 genomsnittliga arbetstimmar i kliniskt arbete. Det var 14 procent fler genomsnittliga timmar jämfört dem som arbetade i Folktandvården.
- Aktiva tandläkare som examinerades (2009–2011): De tandläkare som arbetade i privattandvården rapporterade 19,2 genomsnittliga arbetstimmar i kliniskt arbete. Det var 57 procent fler genomsnittliga timmar jämfört med dem som var aktiva i Folktandvården.
- Aktiva tandläkare som examinerades (2019–2021): De tandläkare som arbetade i privattandvården rapporterade 14,0 genomsnittliga arbetstimmar i kliniskt arbete. Det var 10 procent färre genomsnittliga timmar i kliniskt arbete jämfört med dem som arbetade i Folktandvården.

Folktandvårdens anpassning

Ett ytterligare sätt att synliggöra skillnader mellan Folktandvården och den privata tandvården är att undersöka hur patientunderlaget har förändrats över tid. Det går att göra genom att undersöka andelen av patientbesök för en basundersökning inom det statliga tandvårdsstödet under 2022.

En sådan undersökning visar att Folktandvårdens andel har minskat med 8 procent på riksnivå sedan 2013 då Folktandvården svarade för 37 procent av patientbesök med basundersökningar. Fördelningen per ålderskategori visar att det är främst äldre personer som besöker tandvården privat för att genomföra en basundersökning jämfört med Folktandvården har större andel bland de yngre ålderskategorierna som figur 18 nedan visar.

Figur 18. Procentuell fördelning av senast utförda basundersökningar efter ålder och vårdgivarkategori, 2022

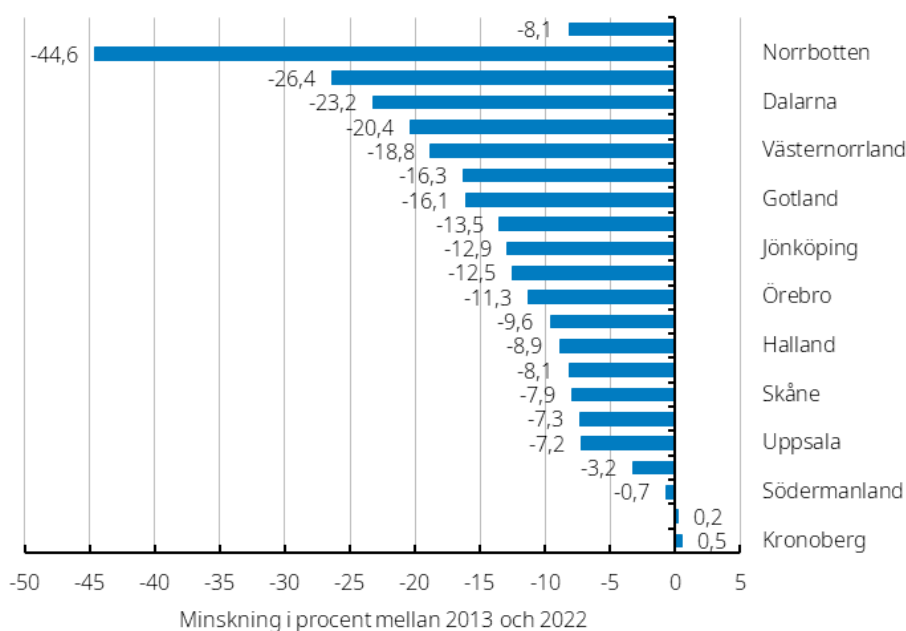


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Folktandvårdens andel av de återkommande basundersökningarna som genomförs med intervaller som är beroende på behov har också minskat över tid. Det finns skillnader i besök för en basundersökning som kan härledas till vilka resurser som Folktandvården har tillgång till. Dessa resurser verkar delvis vara beroende på närhet till tätorter, större städer och storstadsområden. På riksnivå har Folktandvårdens andel minskat med 8 procent under den senaste 10 årsperioden som figur 19 nedan visar. Det är stora skillnader mellan olika regioner. Region Norrbotten uppvisar en stor nedgång i andel av utförda basundersökningar, från 53 procent 2013 till endast 8 procent 2022.

Den privata tandvården levererar således 92 procent av alla basundersökningar inom Region Norrbotten under 2022. Det är endast två regioner som ökar sina andelar av basundersökningar under perioden och denna ökning är under 1 procent. Anpassningen över en 10 årsperiod kan förklaras av hur lagstiftaren sätter målet för Regionernas ansvar för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Det är således möjligt för en Region att prioritera annan vård vid resursbrister. Enligt 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska Folktandvården svara för övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Besök för en basundersökning är således möjligt att skjuta på, med ökade väntetider som följd, eller så kan en region hänvisa personer som behöver en basundersökning till den privata tandvården.

Figur 19. Procentuell förändring av Folktandvårdens andel av utförda basundersökning inom det statliga tandvårdsstödet mellan 2013 och 2022, efter region

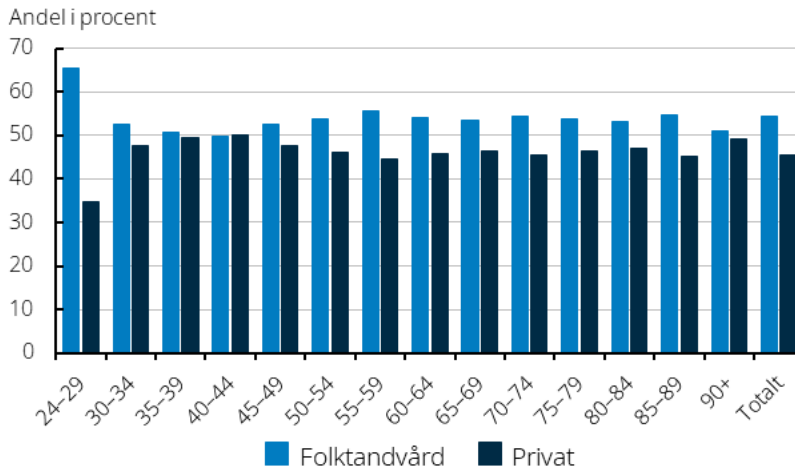


Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Akuttandvård kan definieras på olika sätt. Socialstyrelsens definition för statistik avser personer som endast besöker tandvård för tillfälliga besvär. Personer med plötsliga akuta tillstånd som uppstår under en pågående behandling efter en basundersökning är således inte inräknade. I tandvårdslagen är det tydligt att akuta patienter som söker tandvård, oavsett vårdgivare, ska prioriteras över andra patienter. Om någon som vistas i regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar tandvård, ska regionen erbjuda sådan tandvård.

Regionerna utser oftast Folktandvården som den aktör som ska svara för detta ansvar. Detta benämns som områdesansvar, befolkningsansvar eller sistahandsansvar och innebär att Folktandvården ansvarar för att akut tandvård kan erbjudas inom regionen. Privat tandvård kan samverka med regionens Folktandvård i detta uppdrag. Innebörden av detta ansvar är att Folktandvården svarar för övervägande andelen tandvård till personer som endast söker tandvården akut som figur 20 visar.

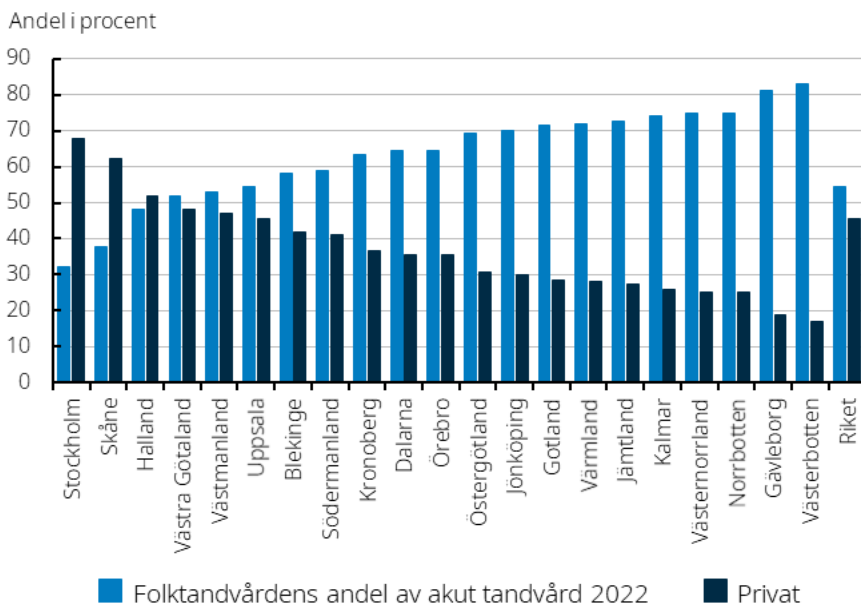
Figur 20. Procentuell fördelning av akuta tandvårdsbesök, efter ålder och vårdgivarkategori, 2022



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

Det finns också skillnader mellan olika regioner för hur stor andelen av tandvården för personer som endast söker tandvård akut som utförs inom Folk tandvården. Glest befolkade regioner har en större andel av den akuta tandvården jämfört med storstadslänen som figur 21 nedan visar.

Figur 21. Procentuell fördelning av Folk tandvård respektive privat tandvård bland personer, 24 år och äldre, som endast besökt tandläkare akut under 2022, sorterat efter regioner



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

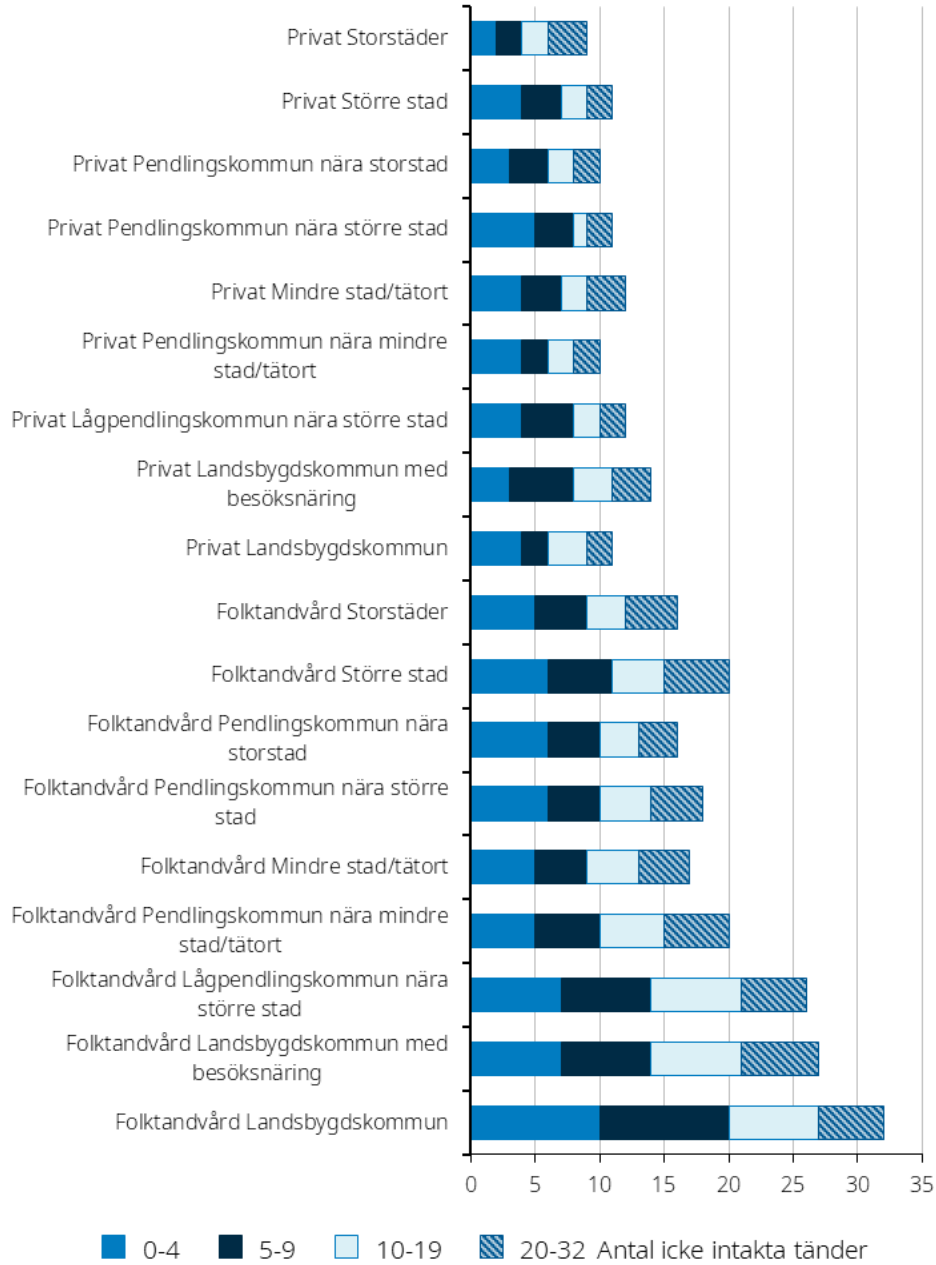
Besöksintervall

Socialstyrelsen har också undersökt besöksintervallen mellan två basundersökningar inom den privata tandvården och Folktandvården. Intervallet mellan två basundersökningar är kortare beroende på hur många icke intakta tänder man har. En icke intakt tand kan vara skadad av karies eller ha genomgått en behandling i tandvården där man ersätter den skadade tandsubstansen med en fyllning. Personer med många icke intakta tänder, från 20 till maximalt 32 tänder har ett kortare intervall mellan två basundersökningar jämfört med patienter med 0 till 4 tänder och detta är sannolikt kopplat till att dessa patienter har en högre risk för ytterligare tandvårdsbehov på populationsnivå och därför behöver besöka tandvården oftare än de som har få icke intakta tänder.

Intervallet mellan två basundersökningar är längre i landsbygdskommuner jämfört med storstäder vilket kan bero på olika tillgång till tandvård. Det finns också skillnader mellan socioekonomiskt starka respektive svaga områden inom en region och även inom olika kommuner i regionen. Intervallen mellan två basundersökningar har också ökat från 2019 till 2022. Socialstyrelsen har inte i detalj undersökt orsakerna till denna utveckling. En förklaring kan vara bristande resurser. En annan förklaring kan vara att friska patienter med mindre behov av täta intervall får längre intervall till förmån för patienter med högre risk för dålig munhälsa. Längre intervall kan också reflektera en anpassning vid resursbrister. Intervallet har ökat mer inom Folktandvården jämfört med privat tandvård oberoende på antal icke intakta tänder som figur 22 visar nedan.

Figur 22. Ökning av besöksintervall beroende på vårdgivarkategori, antal icke intakta tänder och tätort respektive glesbygd

Ökning i månader mellan två basundersökningar 2019-2022

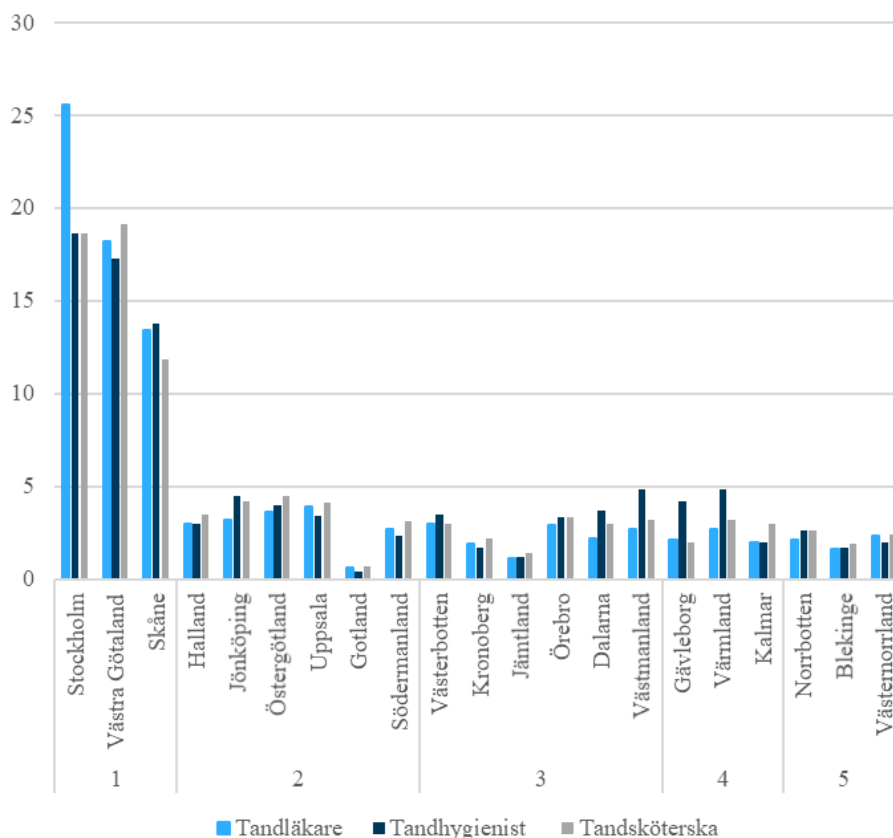


Källa: Socialstyrelsens tandhlsregister

Tandvårdspersonal och regional fördelning

I Sverige bor 53 procent av befolkningen i länen i Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Av Socialstyrelsens statistisk framgår det att 57 procent av legitimerade tandläkare, 50 procent av tandhygienisterna och tandsköterskorna är sysselsatta i dessa län, se figur 23.

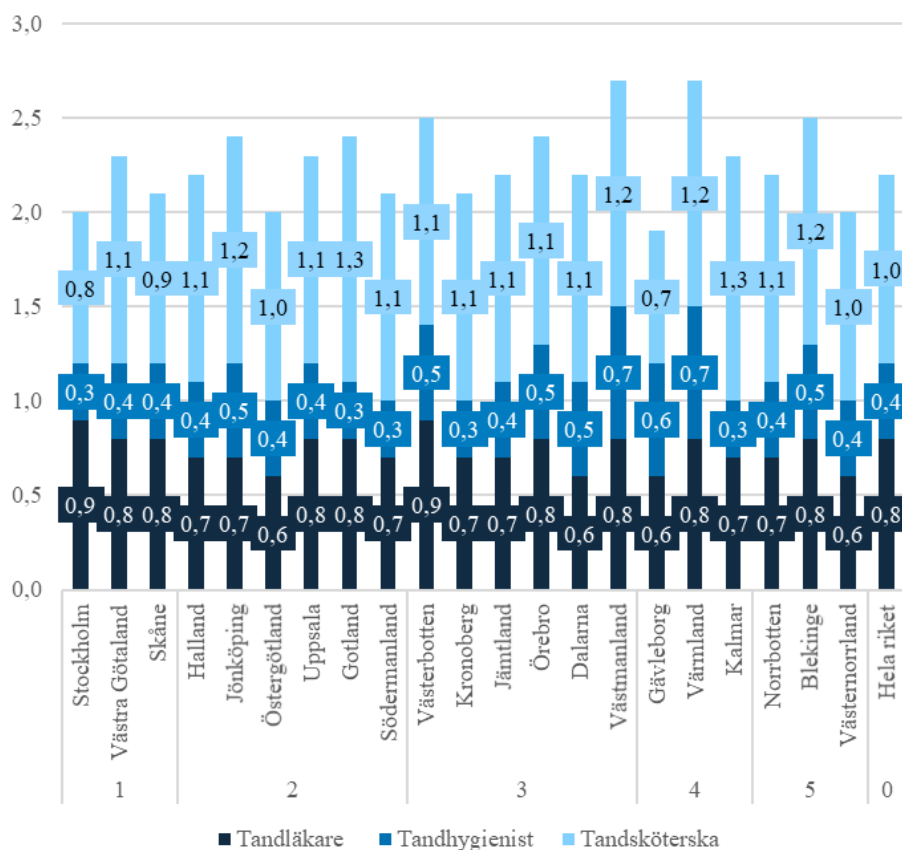
Figur 23. Procentuell fördelning av tandvårdspersonal enligt yrke och olika län, november 2021



Källa: Socialstyrelsens LOVA-förteckning, november 2021.

Figur 24 nedan visar att sammansättningen av tandvårdspersonal per 1 000 invånare i olika län enligt Socialstyrelsens statistiska sammanställning som bygger på uppgifter från november 2021. Högst täthet av sysselsatta tandläkare, tandhygienist och tandsköterska hade länen Västmanland och Värmland. Högst andel tandläkare per 1 000 invånare hade länen Stockholm och Västerbotten. Länen Värmland och Västmanland hade högst andel tandhygienister per 1 000 invånare.

Figur 24. Antal sysselsatt tandvårdspersonal per 1 000 invånare i olika län, november 2021

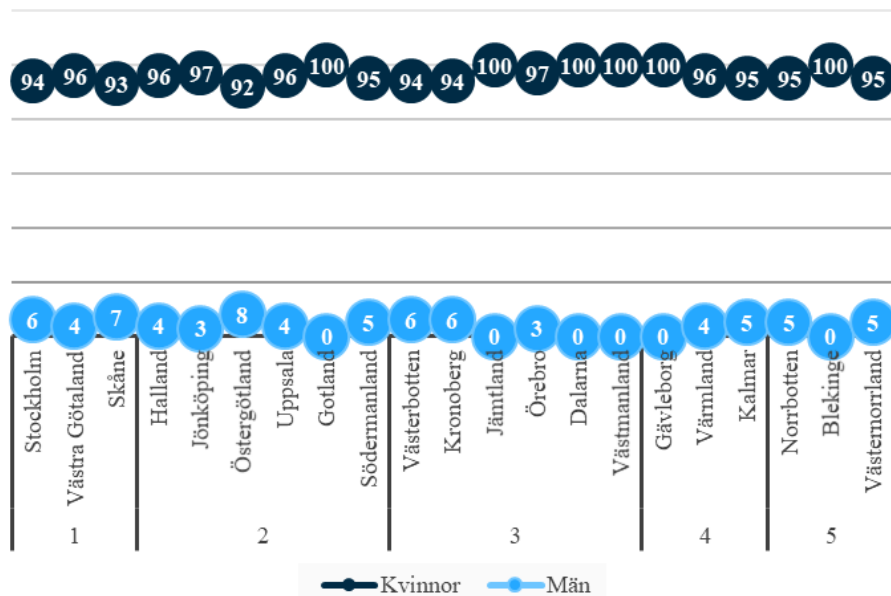


Källa: Socialstyrelsens LOVA-förteckning, november 2021.

Könsskillnader utifrån ett regionalt perspektiv

Av Socialstyrelsens statistisk framgår det att det finns könsskillnader i fördelningen av sysselsatta män och kvinnor utifrån olika län. I figur 25 nedan framgår det att i samtliga län var över 90 procent eller fler av de sysselsatta tandhygienisterna inom tandvården kvinnor.

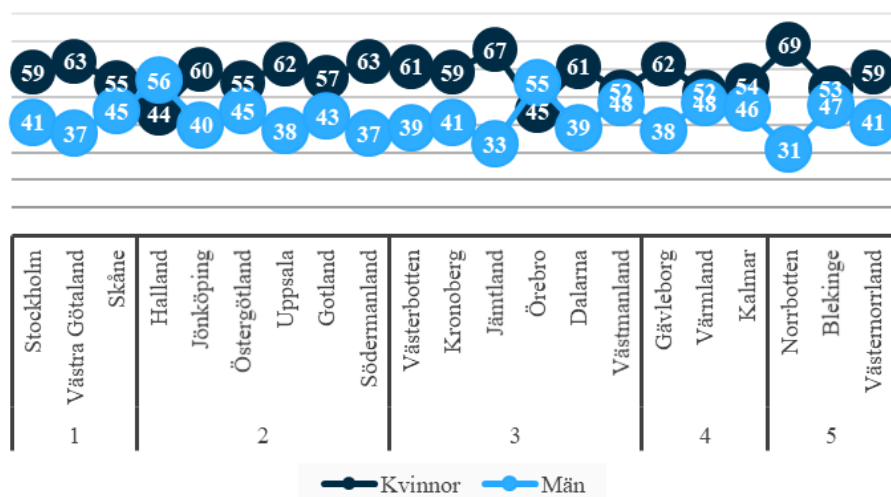
Figur 25. Procentuell andel av sysselsatta kvinnliga respektive manliga tandhygienister och län, november 2021



Källa: Socialstyrelsens LOVA-förteckning, november 2021.

Skillnaden i fördelningen mellan sysselsatta män och kvinnor i tandvården var betydligt större för tandläkare. Figur 26 visar att störst andel sysselsatta kvinnor i tandvården hade Norrbotten följt av Jämtland. Högst andel män hade Halland och Örebro.

Figur 26. Procentuell andel av sysselsatta kvinnliga respektive manliga tandläkare och län, november 2021



Källa: Socialstyrelsens LOVA-förteckning, november 2021.

Socialstyrelsens undersökning av grupperna som examinerades mellan 1989 och 2022 visar vidare att det finns könsskillnader bland tandläkare i arbetade timmar och behandlingspanorama [22].

Könsskillnader i arbetade timmar

Under vecka 4 år 2022 kan följande skillnader registreras mellan kvinnor och män utifrån olika kohorter av examinerade tandläkare:

- Av de aktiva tandläkare som examinerades (1989–1991) rapporterade män att de arbetade 18,1 genomsnittliga timmar i kliniskt arbete. Det var 16 procent fler genomsnittliga timmar i kliniskt arbete jämfört med kvinnor.
- Av de aktiva tandläkare som examinerades (1999–2001) rapporterade män att de arbetade 21,1 timmar i kliniskt arbete. Det var 2 procent färre genomsnittliga timmar i kliniskt arbete jämfört med kvinnor.
- Av de aktiva tandläkare som examinerades (2009–2011) rapporterade män att de arbetade 23,2 timmar i kliniskt arbete. Det var 73 procent fler genomsnittliga timmar i kliniskt arbete jämfört med kvinnor.
- Av de aktiva tandläkare som examinerades (2019–2021) rapporterade män att de arbetade 17,7 i kliniska arbete. Det var 16 procent fler genomsnittliga timmar i kliniskt arbete jämfört med kvinnor.

Könsskillnader i behandlingspanorama

Socialstyrelsens undersökning av grupperna som examinerades mellan 1989 och 2022 visar att det finns könsskillnader i behandlingspanorama [22].

Områden där könsskillnaderna är små

Det är en liten skillnad mellan manliga och kvinnliga tandläkare för åtgärder området undersökningar, röntgen och övriga tekniska undersökningar, informationsåtgärder, allmänna sjukdomsbehandlande åtgärder, sjukdomsförebyggande åtgärder, kirurgiska åtgärder vid skada, smärta och infektion i tand, rotbehandlingsåtgärder, bettfysiologiska åtgärder, repetitiva åtgärder, protetiska åtgärder tandstöd, preparation av tandstöd krona eller bro samt avtagbar protes/löständer.

Områden med större könsskillnader

- Sannolikheten för att män utför kirurgiska implantatåtgärder dubbelt så stor jämfört med kvinnor.
- Sannolikheten är 1,6 gånger större att män utför kirurgiska åtgärder inom tandkött och andra vävnader än kvinnor.
- Sannolikheten är 1,3 gånger större att män utför implantatstödda konstruktioner än kvinnor.
- Sannolikheten är 1,4 gånger större att män utför reparation av implantatstödd konstruktion
- Sannolikheten att män utför tandreglering och utbytesåtgärder är 0,52 gånger lägre än kvinnor

Tillgängliga personalresurser

Andelen sysselsatt tandvårdspersonal per 1 000 invånare ger endast en översiktlig bild över tillgången till legitimerad tandvårdspersonal. För att kunna göra en kartläggning över vilka personalresurser som finns tillgängliga i Sverige krävs det ytterligare information som fångar in faktorer som har betydelse för både tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster. Det har att göra med faktorer såsom geografisk tillgänglighet och erfarenhet.

Regional fördelning och erfarenhet

Socialstyrelsens undersökning av grupperna som examinerades mellan 1989 och 2022 visar att tandvårdspersonals patienter förändras med ökad arbetslivserfarenhet.

- År 2022 behandlade tandläkare och tandhygienister som varit kortare tid i yrket en större andel barnpatienter jämfört med de som haft sin legitimation längre.
- Tandläkare och tandhygienister som varit längst i yrket har störst andel patienter 70 år och äldre
- År 2022 bestod en högre andel av arbetet av undersökningar och hälsofrämjande åtgärder jämfört med 2012 för tandläkare som hade 1–3 års erfarenhet efter erhållen legitimation.
- Störst skillnad mellan grupperna är det avseende förändringen i behandlingsåtgärder som sker under de första tio åren efter att de erhållit tandläkarlegitimation.
- Tandhygienister arbetade under perioden 2012–2021 med en variation av undersökningar, hälsofrämjande åtgärder och olika typer av sjukdomsförebyggande insatser. Behandlingspanoramata har inte förändrats i någon större utsträckning i samband med att antalet år i yrket har ökat.
- Patientgruppens genomsnittsalder ökar med tandläkarens tid i yrket. Denna trend är tydligare i privattandvården än Folktandvården.

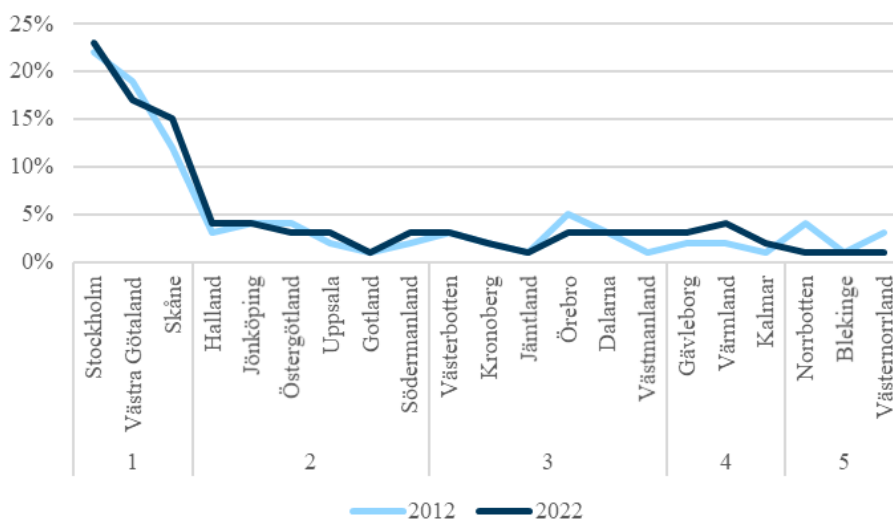
Samma undersökning visar vidare att Region Norrbotten och Västernorrland hade färre tandläkare år 2022 jämfört med 2012. Störst minskning skedde bland tandläkare med 21–23 års erfarenhet samt för tandläkare med 1–3 års erfarenhet. Region Värmland och Kalmar har största relativa ökningen av antal aktiva tandläkare. År 2022 arbetade cirka en tredjedel av de med 21–23 års yrkeserfarenhet i region Stockholm.

Samma undersökning visar att det var 575 färre aktiva tandhygienister år 2022 jämfört med 2012. Alla regioner hade ett minskat antal aktiva tandhygienister 2022 jämfört med 2012. Störst minskning hade Gotland. Ytterligare åtta regioner minskade med mer än 50 procent. En större andel av tandhygienister med 1–3 års yrkeserfarenhet sökte sig till regionerna Västra Götaland, Skåne och Stockholm.

Tandläkare med kortare yrkeserfarenhet arbetar i högre grad i mindre städer och landsbygdskommuner. Med stigande yrkeserfarenhet ökar andelen av aktiva tandläkare i storstäder och pendlingskommuner.

Figur 27 visar att gruppen aktiva tandläkare med 1–3 års erfarenhet delvis har omfördelats mellan olika län. År 2012 hade Örebro och Norrbotten en större andel anställda med kortare arbetslivserfarenhet jämfört med 2022. År 2022 har Värmland, Västmanland och Gävleborg en högre andel sysselsatta med kortare arbetslivserfarenhet jämfört med 2012.

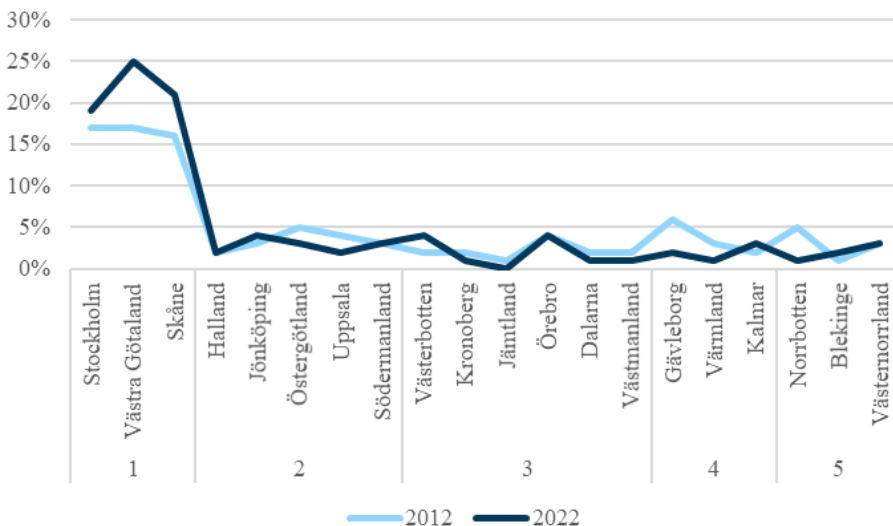
Figur 27. Tandläkare med 1-3 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, 2022.

Figur 28 visar att andelen aktiva tandhygienister med kortare yrkeserfarenhet ökade i länen Stockholm, Västra Götaland och Skåne 2022 jämfört med 2012. Länen Östergötland, Uppsala, Gävleborg och Norrbotten hade en minskning av andelen aktiva tandhygienister med kortare arbetslivserfarenhet 2022 jämfört med 2012.

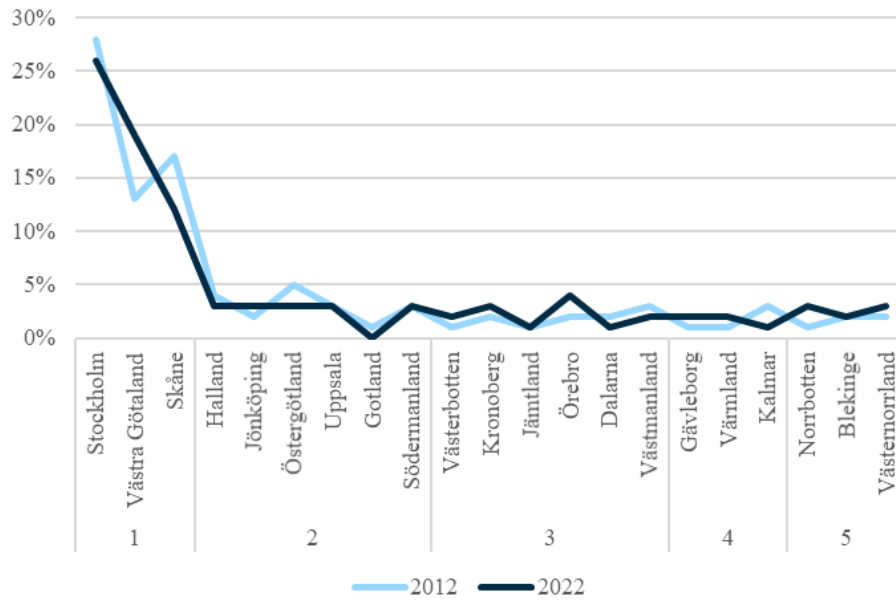
Figur 28. Tandhygienist med 1-3 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, avser år 2022.

Figur 29 visar att andelen aktiva tandläkare med 11-13 års erfarenhet minskade år 2022 jämfört med 2012 i länen Västra Götaland, Örebro, Norrbotten. Länen Stockholm, Västmanland och Kalmar. Örebro och Norrbotten hade den största ökningen av antalet aktiva tandläkare med 10-13 års erfarenhet.

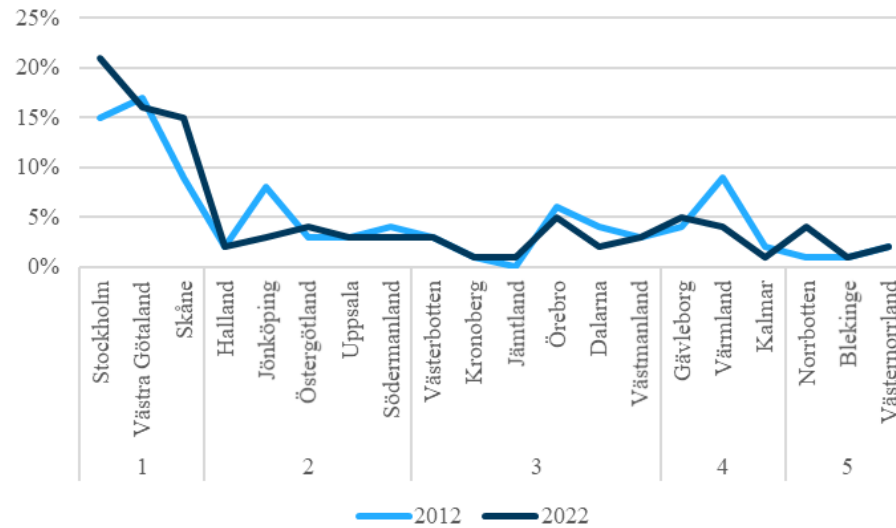
Figur 29. Tandläkare med 11–13 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, avser år 2022.

Figur 30 visar att länen i Stockholm, Skåne och Norrbotten hade en högre andel aktiva tandhygienister med 11–13 års erfarenhet 2022 jämfört med 2012. Länen i Värmland och Jönköping hade en färre andelar av aktiva tandhygienister 2022 jämfört med 2012.

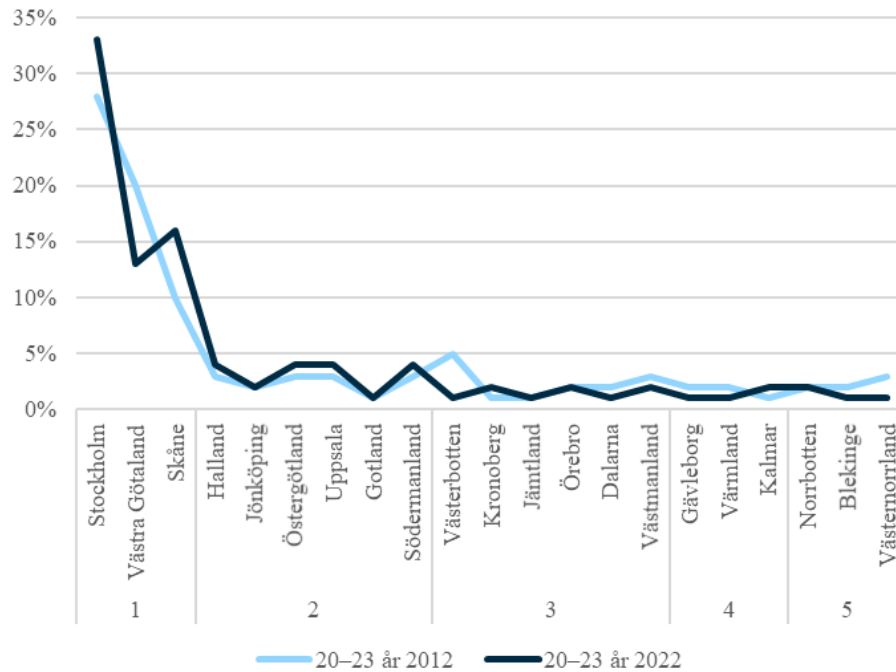
Figur 30. Tandhygienister med 11–13 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, avser år 2022.

Figur 31 visar att länen Stockholm och Skåne och Halland har en ökning av tandläkare med 20–23 års erfarenhet. Västernorrland och Västerbotten hade störst minskning i samma grupp.

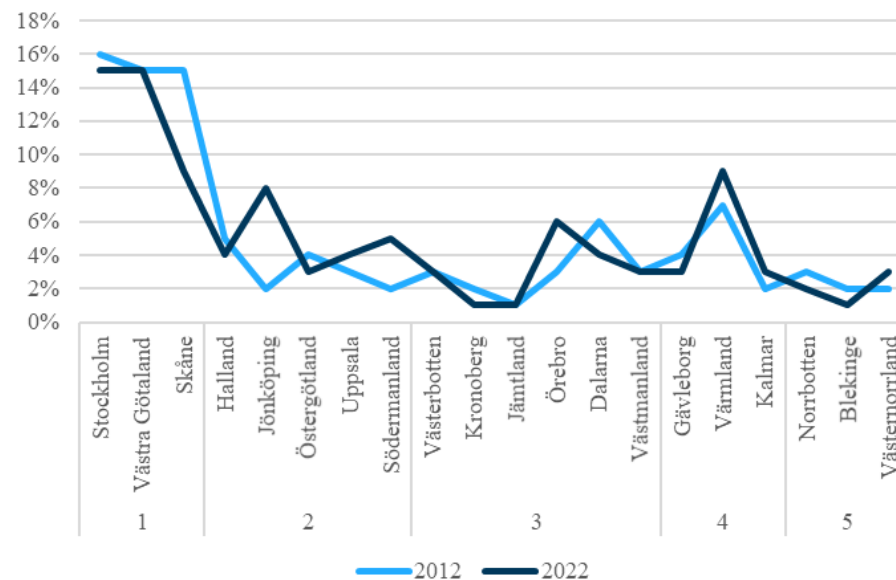
Figur 31. Tandläkare med 20–23 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, avser år 2022.

Figur 32 nedan visar att tandhygienister med 20–23 års erfarenhet framförallt ökade i länen Jönköping, Södermanland och Örebro. En minskning av antalet aktiva tandhygienister med 20–23 års erfarenhet minskade mest i Skåne och Dalarna.

Figur 32. Tandhygienister med 20–23 års erfarenhet



Källa: Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKaPa, avser år 2022.

Specialisttandvård

Specialisttandvården är precis som övrig svensk tandvård i förändring. Cirka 12 procent av legitimerade tandläkare är specialisttandläkare. Under senare år har specialisttandvården rapporterat om att de får fler och fler patienter som tidigare behandlades i allmäntandvården. Det gör att friskare patienter riskerar tränga undan de patienter som har störst tandvårdsbehov.

Det finns ingen samlad prognos över utvecklingen av framtidens tandläkarspecialister. Tandläkarförbundet anser att frågan om utbildning av nya specialisttandläkare behöver adresseras. De framhåller bland annat att det finns ett behov av en ordentlig behovsinventering utifrån de behov som finns av specialisttandläkare inom olika discipliner. Tandläkarförbunden har under senare tid fått rapporter om att ST- tjänstgörande tandläkare erbjuds kontrakt som förpliktigar ST-tandläkaren att kvarstå i anställning efter genomgången ST-utbildning. Om de lämnar anställningen blir de återbetalningsskyldiga. De menar att denna ordning belyser behovet av att göra en ordentlig genomlysning över tillsättning och organisation av specialisttandläkare.

En annan fråga som är viktig för framtiden är att följa i vilken mån specialisttandläkare väljer att stanna inom Folktandvården eller flytta till privata aktörer under sitt yrkesliv. Detta för att belysa hur koncentrationen av resurser utvecklar sig.

Utbildning, forskning och utveckling

Lärosätena har blivit ombudade av Socialstyrelsen att göra en lägesbeskrivning rörande utbildning och forskning till NPS 2024. Lärosätena framhåller att svensk tandvård och svensk tandvårdsutbildning har mycket högt anseende internationellt. Det totala antalet utbildningsplatser för tandläkare var 316 för 2023. För att kompensera för avhopp och studentmobilitet så görs ett icke resurssatt överintag på ytterligare 114 studenter.

Utbildning av tandläkare och tandhygienister förutsätter lärare med tandvårdsutbildning, forskarutbildning och pedagogisk kompetens. Lärosätena understryker att en långvarig underfinansiering av utbildningarna har bidragit till en personalförjningsproblematik. De menar att den riskerar att negativt påverka kvaliteten i såväl utbildning som forskning om inte åtgärder vidtas. Utbildningspengen för tandläkar- och tandhygieniststudenter har varit på samma nivå i flera år. Lärosätena anser att ersättningen per student är omotiverat låg jämfört med andra vårdutbildningar. Riktade forskningsmedel för odontologi saknas. Underfinansierad utbildning gör att Sveriges lärosäten inte kan erbjuda marknadsmässiga löner och personalens kompetensutveckling kan inte prioriteras.

Lärosätena understryker att över tid har lärarstaben påtagligt reducerats. En hög medelålder gör att närstående pensionsavgångar kommer att få stora konsekvenser, med risk att examenstillstånden för tandläkare och tandhygienister ifrågasätts om inget görs. Lärosätena framhåller att inom odontologin finns idag totalt 29 professorer fördelat på de fyra lärosätena Umeå, Stockholm, Göteborg och Malmö. Mer än en tredjedel av dessa är över 65 år medan endast tio är under 60. I två av de elva kliniska huvudämnena, varav nio är specialiteter, finns inte någon professor i hela landet. I ytterligare sex ämnen finns bara en till två professorer nationellt sett. Både professur och specialistutbildning har endast 17 lärare i hela landet, varav sju är över 65 års ålder. Utbildningens kvalitet säkras än så länge genom samverkan mellan lärosätena

Lärosätenas lyfter vidare fram att deras uppdrag är att utbilda vad som internationellt benämns ”*safe and confident beginners*”, redo att möta tandvårdens framtida utmaningar med reflekterande och vetenskapligt förhållningssätt, förmåga till kritiskt tänkande och ett eget ansvar för det livslånga lärandet. Lärosätena menar att det råder en diskrepans mellan lärosätenas utbildningsuppdrag och regionala aktörers förväntningar på den nyutexaminerade studenten. Lärosätenas uppfattar att de regionala aktörerna har förväntningar på en produktionsinriktad utbildning. Samtidigt framhåller

Lärosätena att det är svårt att möta deras förväntningar eftersom regeringen har givit lärosätena ett annat uppdrag. Lärosätena menar därför att tandvårdsaktörerna behöver ta ett gemensamt ansvar för att fylla gränssnittet mellan nyutexaminerad och tandläkare i full produktion. De anser att det bör ske genom en introduktionsperiod/bastjänstgöring som är rättvis, kvalitetssäkrad, resurssatt och som är regionalt fördelad och leds av olika aktörer över hela landet.

Lärosätena framhåller också att om det från ett nationellt perspektiv bedöms råda brist på tandläkare är lärosätena villiga att skala upp utbildningarna.

Tandläkarförbundet understryker, precis som lärosätena, att det är en utmaning att försörja lärosätena med personal som kan undervisa och forska vid Sveriges lärosäten. De framhåller att Tandläkarförbundet under flera år påtalat problemen kring utbildning och odontologisk forskning. De menar att underfinansieringen är kopplad till rådande utbildning- och forskningspolitik. De anser att fördelning av forskningsmedel är särskilt problematiskt, eftersom den inte är tillräckligt stabil för att locka till sig nya doktorander, lektorer och forskare.

Söktryck, antal examinerade och antal utfärdade legitimationer

Utifrån UKÄ:s uppgifter examinerades 105 tandhygienister 2022. De lärosäten som examinerade tandhygienister 2022 var Göteborgs universitetet, Högskolan i Kristianstad, Karolinska institutet och Högskolan i Jönköping. För 2023 var söktrycket till utbildning som tandhygienist 1,9 och genomströmning av studenter för läsåret 2020/2021 var 78.

Utifrån Socialstyrelsens uppgifter utfärdades 107 legitimationer för tandhygienister och 446 legitimationer för tandläkare 2022. Andelen utfärdade legitimation för tandläkare från Sverige var 64 procent. Legitimation som utfärdades från EU27/EES var 16 procent och tredje land 20 procent. Jämfört med 2017 minskade antalet utfärdade legitimationer för tandhygienister med 50 procent för 2022. Antalet legitimationer för tandläkare ökade med 6 procent. För 2023 var söktrycket till utbildning som tandläkare 4,4 och genomströmning av studenter för läsåret 2020/2021 var 74.

Forskningens genomslag

Tabell 1 visar att i Sverige är den vetenskapliga produktionen och genomslagskraften störst i Göteborgs Universitet. Sex universitet finns listade bland världens topp 300 lärosäten inom tandvårdsforskning.

Tabell 1. Global ranking samt inhemsk ranking för svenska lärosäten inom området Dentistry and oral sciences 2023

Lärosäte	Svensk ranking	Global ranking
Göteborgs universitet	1	42
Karolinska institutet	2	51-75
Malmö universitet	3	76-100
Umeå universitet	4	101-150
Lunds universitet	5	151-200
Uppsala universitet	6	201-300

Källa: GRAS Global Ranking 2023

Policy, strategier och levnadsförhållanden

Sveriges regioner har ansvar enligt tandvårdslagen (1985:125) att säkerställa att god tandvård erbjuds åt dem som är bosatta inom regionen och åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige. Regionerna har också ansvar för att erbjuda omedelbar tandvård åt den som vistas i regionen utan att vara bosatt där. Utöver detta, ansvarar regionerna för att ge tandvård till vissa patientgrupper, däribland barn, unga vuxna och vuxna som behöver särskilt stöd. Regionerna ansvarar också för att specialiserad tandvård dimensioneras för befolkningens behov. Utöver detta kan regionen ge tandvård till övriga vuxna i den omfattning som den bedömer lämplig.

Den privata tandvården kan bidra till regionernas uppdrag genom exempelvis avtal om tandvård till barn och unga inom lagen om valfrihetssystem (LOV). Dessa avtal är vanligare i storstadsregionerna jämfört med landsbygden. På nationell nivå är till exempel den privata tandvårdens andel av barntandvården 16 procent. Detta kan jämföras med tandvård till övriga vuxna där privat tandvård svarar för 72 procent av tandvårdsproduktionen [8]. Utöver det kan andra samarbetsavtal förekomma mellan regionerna och privattandvården.

Den privata tandvården har haft en utveckling med en god tillgång till patienter i kombination med den statliga subvention inom det statliga tandvårdsstödet, fri prissättning och fri etablering vilket sammantaget resulterat i goda marknadsmässiga villkor. Bristen på aktiva behandlare är ett betydande problem i många Folktandvårdsorganisationer. Detta i kombination med svårigheter att rekrytera och behålla personal leder till en allt tydligare uppdelning av tandvårdsmarknaden.

Flera utredningar, däribland utredningen om jämlik tandhälsa [6], har framfört behov av att göra förändringar i tandvårdslagen så att behovet av tandvård fördelas mer jämlikt. Gemensamt för både Folktandvården och den privata tandvården är att förutsättningarna för att attrahera tandvårdspersonal ser olika ut i olika geografiska områden.

Många faktorer bidrar till denna situation och beror på omständigheter som ligger utanför tandvårdens påverkans- och ansvarsområde. Det handlar till exempel om frågor vad som uppfattas om attraktiva platser att bo på och levnadsförhållanden. Sverige har under många år haft en stark urbaniseringstrend. Det påverkar även tandvården.

Samtidigt finns det faktorer som kan motverka denna utveckling. Tillväxtverket lyfter till exempel fram att även om människor väljer att flytta till större städer väljer också människor att flytta åt motsatt håll, så kallad kontraurbanisering. Det betyder att migrationen går från mer tätbefolkade områden till mindre tätbefolkade områden.

Orsakerna till detta är flera. Till exempel har den starka urbaniseringen resulterat i att många människor upplever att levnadsförhållandena i staden har förändrats. Det kan handla om trångboddhet och höga huspriser. Andra faktorer som påverkar kan vara utvecklingen av förbättrad infrastruktur och kommunikation. Det i kombination med att arbetsmarknaden har blivit mer flexibel. Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och kontraurbanisering. Människor med universitetsutbildning verkar i högre utsträckning flytta från stad till landsbygd jämfört med människor med lägre utbildning.

Det kan bero på att det finns fler arbetstillfällen för högutbildad arbetskraft som är utspridda över landet. Familjebildning och föräldraledighet kan vidare vara bidragande faktorer till kontraurbanisering. Andra inverkan faktorer kan vara pendlingsavstånd och ett flexibelt arbete som gör det möjligt att bättra hinna med det privata livet. Det verkar också vara så att familjer som väljer att flytta till landsbygd på olika sätt har en viss personlig anknytning till platsen de flyttat till. Vanligt förekommande är att någon i familjen hade föräldrar i närheten [1].

Sammanfattande lägesbeskrivning och utvecklingsområden

För det nationella planeringsstödet (NPS) 2024 har Socialstyrelsen valt att göra en resurs- och kapacitetskartan för tandvården, som har presenterats i den här delrapporten av NPS 2024. Resurs- och kapacitetskartan är en fördjupning av tandvårdens förutsättningar att klara av en ändamålsenlig personalförsörjning.

I den här delrapporten till NPS 2024 har Socialstyrelsens sammanställt olika faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan på tandvårdstjänster utifrån olika perspektiv. I rapporten framgår att det är många samverkande faktorer som påverkar förutsättningar för att kunna möta upp tandvårdslagens mål. Delrapporten visar att vårdbehoven förändras över tid. Tandvårdspersonalen utformar själva basen och förutsättningar för att Sverige även fortsättningsvis ska kunna nå målen i tandvårdslagen. Tandvårdspersonalens förutsättningar att uppnå de målsättningar som till exempel är uttalade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer kräver också mer utvecklade analyser än antalsberäkningar om antalet sysselsatta, antalet utfärdade legitimationer och antal som går i pension. Det handlar till exempel om faktorer såsom:

- Geografi och befolkningsutveckling
- Tandvårdens finansieringssystem
- Befolkningens ålderssammansättning
- Befolkningens socioekonomi och utbildning
- Munhälsa
- Tandvårdens organisation
- Tandvårdspersonal
- Utbildning, forskning och utveckling,
- Policy, strategier och levnadsförhållanden

Denna delrapport till NPS 2024 utgör ett underlag för ett fortsatt framåtriktat och systematiskt arbete som behöver genomföras gemensamt med samtliga tandvårdsaktörer i Sverige som påverkar personalförsörjningen. Detta är nödvändigt eftersom ingen har resurser eller förutsättningar att påverka helheten. För att Sverige ska kunna använda den begränsade pool av tandvårdspersonals resurser för bästa möjliga tandvård för befolkningen behöver ett fortsatt framåtriktat arbete genomföras. Det handlar att främja utveckling och samtal utifrån datadrivna underlag som relevanta aktörer tar fram. Vidare handlar det om att ge utrymme till strategiska diskussioner. I det arbetet kan Socialstyrelsen ha en samlade roll.

Enligt 8 § tandvårdslagen (1985:125) är regionerna ansvariga för planering av tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov. Utifrån det perspektivet är Socialstyrelsens resurs- och kapacitetskarta för tandvården av särskild betydelse för de som är ytterst ansvariga att det finns tillräckliga resurser för att möta befolkningens behov av tandvård.

Utifrån de uppgifter som Socialstyrelsen samlat i denna resurs- och kapacitetskarta ser Socialstyrelsen behov av fortsatt dialog och utveckling av underlag inom följande områden:

- Vårdbehov och innehåll i utbildningar
 - Stärkt koppling mellan vårdbehov och innehåll i utbildningarna för att tandvårdspersonal ska ha aktuell kunskap som gör att de kan möta upp dagens- och framtidens vårdbehov
- Regionala prognoser över tandvårdsbehov
 - Utvecklade prognoser om tandvårdsbehov utifrån olika regioners förutsättningar för att bättre kunna dimensionera tandvården efter vårdbehov.
 - Fortsatt utveckling av statistiska underlag som beskriver tandvårdspersonalens flyttmönster, arbetsuppgifter, karriärutveckling, arbetsvillkor och arbetsmiljö.
 - En samlad uppföljning av ST-tjänster inom tandvård och dess villkor.
- Förändrade attityder, organisation av tandvård och arbetssätt
 - Fortsatta analyser över i vilken mån det finns förändringar i attityder till arbete bland studenter och tandvårdspersonal, framförallt under de 10 första åren i yrket. Detta för att förstå mekanismer som påverkar gruppernas benägenhet att stanna kvar i yrket, eller flytta till annan ort, eller byta arbetsgivare.
 - Fortsatta undersökningar av individer och grupper konsumtionsmönster av tandvård. Detta skulle till exempel kunna öka vår förståelse över i vilken mån val av vårdgivare och kontinuitet i vårdkontakter har någon betydelse för munhälsan på lång sikt.
 - Fortsatta analyser och diskussioner om organisationen av tandvården. Detta kan till exempel handla om att utveckla multidisciplinära team och arbetssätt där personal med olika kunskaper, erfarenheter och perspektiv samarbetar inom och mellan tandvården, hälso- och sjukvården och omsorgen.
 - Synliggörande av behov av incitament som främjar att tandläkare, oavsett om det arbetar i folktandvården eller privattandvården, har möjlighet att arbeta med ett brett behandlingspanorama.
 - Fortsatt utveckling av stöd som främjar att personalresurser, organisationer och funktioner samverkar och främjar personcentrerade insatser som utgår från allmänhälsa och risk för sjukdomar i munhålan. Detta för att underlätta mer systematiska insatser mot de målgrupper som är i störst behov av tandvård, omvårdnad och hälso- och sjukvård.

- Genomförande av översikt av de viktigaste faktorerna som bidrar till en god arbetsmiljö och som stärker attraktiviteten till tandvårdsyrkena. Detta för att främja dialoger om arbetsvillkor, arbetskultur och ledarskap samt som tar hänsyn till individuella förhållanden
- Introduktion till arbetsliv och bemanning
 - Synliggörande av behov att förbättra förutsättningarna för att introducera nyutexaminerade som börjar sin yrkesbana inom tandvården.
 - Genomförande av en kartläggning av insatser som har i syfte att påverka tandvårdspersonalens benägenhet att välja och stanna kvar på arbetsplatser i geografiska områden som det är svårt att rekrytera till. Detta för att främja lärande om effektiva insatser.
 - Genomförande av undersökningar för att synliggöra om det finns påverkbara faktorer som gör att en mindre andel än knappt 30 procent av tandläkare och cirka 50 procent av tandhygienister slutar arbeta kliniskt i Sverige efter 10 år.
- Forskning och utveckling
 - Fortsatta analyser över insatser som förbättrar förutsättningarna för att forskningen inom odontologi ska kunna bidra till utvecklingen av tandvården internationellt, och i Sverige.

Referenser

1. Tillstånd och trender för region tillväxt 2022. Stockholm: Tillväxtverket; 2023. Rapport 0439.
2. Statistik om tandhälsa 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Statistikblad 2023-9-8720.
3. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Rapport 23052
4. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop? Hämtad 2023-11-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/>
5. Nationella riktlinjer för tandvård. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag – bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
6. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1. Betänkande av utredningen om jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).
7. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Rapport 2023-2-8352.
8. Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022 – avser tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2023. Diarienummer: 2970/2023.
9. Munhälsa och tandvård för placerade barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Rapport 2020-11-7024.
10. Folkhälsomyndigheten. Avstått tandläkarvård av ekonomiska skäl trots behov efter ålder, kön och år. Andel (procent). Hämtad 2023-11-15 från http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_A_Mo8_8_Sjukvard_04Tandvard_08.14tlejsok/tlejsokaald.px/table/tableViewLayout1/
11. Tala om tänder. Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:6.
12. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Rapport 2018-12-53.
13. Kolada. Kvalitet och resurser i tandvården. Hämtad 2023-12-01 från <https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=82304&report=74674&type=region>.
14. WHO. Oral health. Hämtad 2023 -01-22 från https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1

15. WHO. WHO Oral Health Programme. Hämtad 2023-12-01 från https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_3.
16. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Rapport 2022-9-8114.
17. Karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Statistikblad 2271/2023.
18. Statistik om tandhälsa 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Statistikblad 2020-9-6940.
19. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Rapport 2013-5-34.
20. SCB. Inkomster och skatter: Inkomströrlighet 2000 – 2020. Hämtad 2023-10-15 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/statistiknyhet/inkomstrolighet-20002020/>.
21. Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Art.nr: 2023-11-8836.
22. Vården ur befolkningens perspektiv 2020, Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2022.



Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning
(artikelnr 2024-2-8945) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.