

Utanför tandvårdsstödet

**Tandvård samt andra åtgärder som utförs utanför
det statliga tandvårdsstödet**

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: 2026-3-10031

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera tandvård samt andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet (S2025/01150 (delvis)). Genom den här rapporten redovisar vi uppdraget till Regeringskansliet.

Rapporten riktar sig till främst Socialdepartementet, men även andra aktörer och intressenter på området. En kombination av olika register- och enkätdatakällor används för att kartlägga området, och olika aktörer i tandvården har bidragit med ytterligare perspektiv.

Socialstyrelsen riktar ett varmt tack till alla som medverkat i möten och dialoger och lämnat sina synpunkter i detta arbete. Socialstyrelsen har även varit behjälpta av underlag från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Inspektionen för vård och omsorg, samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Rapporten har sammanställts av projektledare Ida Nyström och Anna Bredin, tillsammans med extern expert Lars Sjödin. Hälsoekonom Zara Daghbashyan, statistiker Frida Lundgren, statistiker Hans Schwarz, samt jurister Louise Follin Johannesson och Elisabeth Essén har också bidragit i arbetet. Vidare har sakkunnig Peter Lundholm och medicinalråd Elisabeth Wärnberg Gerdin deltagit i arbetet.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Björn Nilsson under 2025 respektive Stina Hovmöller under 2026.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Flera typiska tandläkaråtgärder har minskat, vilket frigjort tid	5
Tandläkares verksamhet utanför tandvårdsstödet är begränsad.....	5
Framtida utveckling och uppföljning	6
Om regeringsuppdraget	8
Bakgrund	8
Metod och genomförande.....	8
Kartläggning och analys	11
Olika syn på begreppen "estetisk" och "kosmetisk"	11
Minskad tandvårdsproduktion per behandlande tandläkare	12
Tandläkares verksamhet utanför det statliga tandvårdsstödet	20
Reglering av estetiska behandlingar	32
Framåtblickande perspektiv	35
Diskussion och slutsatser	38
Referenser.....	42
Bilaga 1. IVO:s vårdgivarregister	44
Bilaga 2. Aktörer som har bidragit i arbetet	48
Flera myndigheter har bistått med underlag	50

Sammanfattning

Denna rapport redovisar Socialstyrelsens regeringsuppdrag att kartlägga och analysera tandvård samt andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet. Uppdraget omfattar mer specifikt att analysera om lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar (LEKEI) har haft konsekvenser för tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.

Analysen bygger på en sammanvägning av flera register- och enkätdatakällor, däribland register hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Försäkringskassan och Socialstyrelsen, en tandvårdsenkät från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), samt enkätstudier från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Därtill har Socialstyrelsen fört dialog med ett större antal aktörer inom tandvården. Bland annat privata och offentliga vårdgivare, branschföreträdare och lärosäten. Dessa tandvårdsaktörer har bidragit med ytterligare perspektiv och underlag.

Flera typiska tandläkaråtgärder har minskat, vilket frigjort tid

Den årliga tandvårdsproduktionen per behandlande tandläkare inom det statliga tandvårdsstödet har minskat sedan 2009. Samtidigt har befolkningens tandhälsa – bland dem i befolkningen som besöker tandvården – påtagligt förbättrats. Antalet kvarvarande och intakta tänder har ökat i alla åldersgrupper och behandlingar för karies och andra tandskador har minskat betydligt.

I takt med detta har behovet av många traditionella tandläkaråtgärder, såsom tandfyllningar, rotbehandlingar och kronor, minskat. I teorin har därmed tandläkartid frigjorts som kan användas till annat, eller till att använda mer tid till varje utförd åtgärd.

Tandläkares verksamhet utanför tandvårdsstödet är begränsad

Rapportens kartläggning pekar på att tandvård och andra åtgärder som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet utgör en begränsad del av den samlade tandvårdsverksamheten. Information från privata och offentliga vårdgivare i tandvården pekar på att omkring 2 procent av deras omsättning avser kosmetisk eller estetisk tandvård som helt bekostas av patienten.

När det gäller LEKEI-verksamhet visar tillgängliga datakällor att tandläkare endast i mycket liten omfattning arbetar med estetiska injektionsbehandlingar eller estetisk kirurgi. En analys av IVO:s vårdgivarregister visar att cirka 3 procent av verksamheter med tandläkarinriktning även har LEKEI-inriktning. En majoritet av dessa verksamheter bedriver tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.

Få tandläkare ägnar sig åt LEKEI-verksamhet, och majoriteten av dem tycks göra det på deltid. De flesta tandläkare är fortsatt sysselsatta inom tandvården. Flera tandvårdsaktörer som Socialstyrelsen har haft kontakt med uppfattar också att LEKEI-behandlingar sker i en mycket begränsad omfattning i tandvården.

LEKEI har inte haft någon märkbar påverkan på tillgängligheten till tandvård

De olika datakällor som sammanställts i denna rapport pekar på att tandläkare endast i mycket liten omfattning ägnar sig åt LEKEI-verksamhet. Därför är det också rimligt att anta att LEKEI haft ringa, om några, konsekvenser på tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.

Framtida utveckling och uppföljning

Kunskapsläget begränsas av bristande data om vad som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet. För att möjliggöra bättre uppföljning och analys framöver finns behov av utvecklade registerlösningar eller återkommande riktade datainsamlingar. Det är även viktigt att påpeka att kunskapen i denna rapport ger en ögonblicksbild. Framöver är det angeläget att fortsatt följa utvecklingen i befolkningens munhälsa, samt prioriteringar som görs i relation till lagar och riktlinjer i vården.

En fråga som rapporten bara delvis belyser är hur den tandläkartid som frigjorts till följd av förbättrad tandhälsa används. Tandvårdsaktörer framför bland annat att den estetiska delen i tandvården har blivit viktigare, även som en del av den behandling som är odontologiskt motiverad. Tandvårdsaktörer lyfter vidare att gränsdragningen mellan odontologiskt motiverad behandling och behandling med huvudsakligen estetisk eller kosmetisk indikation är otydlig. Detta talar för ett behov av fortsatt dialog och eventuella förtydliganden på området.

Ur ett samhällsperspektiv är det också viktigt att beakta eventuella målkonflikter som skulle kunna uppstå till följd av LEKEI. Lagen har förbättrat förutsättningarna för patientsäkra behandlingar genom tydliga krav på arbetssätt och legitimerad personal (läkare, tandläkare, sjuksköterska). Det finns också tecken på att komplikationer och besvär efter estetiska

behandlingar minskat efter att LEKEI trädde i kraft. Samtidigt kvarstår brister i efterlevnaden av regelverket, särskilt i delar av den estetiska branschen. Om en betydande del av tandläkares tid skulle gå åt till LEKEI-behandlingar skulle det samtidigt kunna försämra tillgängligheten till tandvård. I denna rapport har vi dock inte kunnat se att den målkonflikten har uppstått.

Om regeringsuppdraget

Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag (S2025/01150 (delvis)) att kartlägga och analysera tandvård samt andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet. Mer specifikt ska Socialstyrelsen kartlägga åtgärder som utförs av tandläkare med utgångspunkt i lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar (LEKEI) och analysera lagens konsekvenser på tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Projektet har genomförts i syfte att ta fram ett kunskapsunderlag i enlighet med regeringsuppdraget.

Bakgrund

I uppdraget till Socialstyrelsen hänvisar regeringen till en rapport [1] från TLV som visar att den årliga produktionen bland privata tandvårdsutförare inom det statliga tandvårdsstödet minskat med 17 procent per behandlare mellan 2009 och 2019. TLV lyfter att en förbättrad tandhälsa och därigenom ett minskat tandvårdsbehov kan vara en av orsakerna. En annan möjlig förklaring som anges är att produktionsminskningen inom det statliga tandvårdsstödet ersätts med produktionsökning för andra typer av tandvård eller behandlingar.

LEKEI trädde i kraft den 1 juli 2021. Syftet med LEKEI är att stärka skyddet för den enskildes liv och hälsa vid estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar (1 § LEKEI). Lagen ställer bland annat krav på kompetensen hos dem som utför behandlingarna (8 § LEKEI). Det är bara legitimerade läkare, tandläkare eller sjuksköterskor som får utföra estetiska injektionsbehandlingar. Bara legitimerade läkare eller tandläkare med adekvat specialistkompetens för ingreppet får utföra estetisk kirurgi.

Som bakgrund till Socialstyrelsens regeringsuppdrag nämner regeringen att de vill få kunskap om LEKEI orsakat konsekvenser inom hälso- och sjukvård och tandvård. Regeringen vill också veta om tandvård som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet leder till konsekvenser inom det statliga tandvårdsstödet.

Metod och genomförande

Projektet utgår från fyra övergripande frågeställningar vilka besvaras genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa datakällor. Olika datakällor trianguleras och aktörer i tandvården bidrar med ytterligare perspektiv, data och synpunkter.

Övergripande frågeställningar

Uppdraget utgår från fyra övergripande frågeställningar:

1. Vilken omfattning har den tandvård och de åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet i Sverige?
2. Hur ser gällande regelverk ut för tandvård och estetiska behandlingar, och hur fungerar tillsynen?
3. Vad påverkar utbudet av och efterfrågan på tandvård och andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet?
4. Om och hur påverkar tandvård och åtgärder som utförs utanför stödet tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet?
 - Fokus på tandläkares verksamhet inom LEKEI, men även med ett generellt resonemang.

Uppgifter från undersökningar och register

En kombination av existerande register- och enkätdatakällor används för att kartlägga tandvård och åtgärder som utförs inom och utanför det statliga tandvårdsstödet:

- Utvecklingen i producerade åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet samt befolkningens tandhälsa 2009–2024 har kartlagts genom uppgifter från Försäkringskassan samt Socialstyrelsens tandhälsoregister.
- Fördelningen av vårdgivares omsättning 2024 *inom* respektive *utanför* det statliga tandvårdsstödet har kartlagts genom aggregerad statistik från TLV:s Tandvårdsenkät 2025. Ett urval av vårdgivare som svarade på den enkäten har även bidragit med ytterligare underlag till Socialstyrelsen.
- Utbudet av verksamheter med både tandvård och LEKEI-inriktning har kartlagts genom uppgifter från IVO:s vårdgivarregister.
- Omfattningen av vilka olika yrkesgrupper som arbetar med estetiska behandlingar utifrån LEKEI har kartlagts genom enkätdata från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dessa enkätdata omfattar enkätsvar från verksamheter med LEKEI-inriktning samt från personer som genomgått estetisk kirurgi eller estetisk injektionsbehandling.
- Utvecklingen av andelen tandläkare som arbetar *inom* respektive *utanför* tandvården 1995–2024 har kartlagts genom uppgifter från Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (SCB).

Vidare nyttjas befintlig kunskap i relevant litteratur, exempelvis myndighetsrapporter och förarbeten till LEKEI.

Socialstyrelsen har även inventerat möjligheten att kartlägga området genom uppgifter från Skatteverket om momsregistrerade verksamheter¹[2]. Enligt Skatteverket har de uppgifter *om huruvida* en verksamhet är momsregistrerad eller inte. Däremot har de inte uppgifter *om varför* verksamheten är momsregistrerad. Eftersom det av den anledningen inte går att tolka den statistiken användes inte den datakällan.

Aktörer i tandvården har bidragit med kunskap

Socialstyrelsen har under arbetets gång fört dialog med olika aktörer i tandvården. I rapporten benämns dessa även som tandvårdsaktörer. Närmare 30 aktörer har utifrån olika frågeställningar bidragit med perspektiv och underlag. Det inkluderar Socialstyrelsens dialogforum för tandvård², regionernas tandvårdsnätverk på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), ett urval av större privata vårdgivare, regioner och folktandvårdsorganisationer, samt professionsorganisationer. Det inkluderar även branschföreträdare inom tandvård samt kosmetisk eller estetisk verksamhet, lärosäten, ämnesföreningar och myndigheter. Dessa aktörers bidrag har skett både skriftligt och via dialog. Se bilaga 2 för en översikt av aktörer som bidragit i arbetet.

¹ Tandvård är undantagen från skatteplikt. Det är syftet med en åtgärd eller ett ingrepp som avgör om åtgärden eller ingreppet är undantagen tandvård. Estetiska operationer och behandlingar i munhålan som görs i rent kosmetiskt syfte utan att vara odontologiskt motiverade är skattepliktiga. Samtidigt kan det finnas andra skäl till att en tandvårdsverksamhet registreras som momspliktig. Till exempel på grund av hyreskontrakt, försäljning av tandborstar, med mera.

² Här ingår representanter för regionernas tandvårdsnätverk, Svensk Folktandvårdsförening, SKR, Privattandläkarna, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Praktikertjänst AB och Nationellt Programområde (NPO) tandvård.

Kartläggning och analys

I detta kapitel redovisas resultatet av Socialstyrelsens kartläggning och analys av tandvård och andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet. Inledningsvis behandlas begrepp och definitioner, samt utvecklingen i tandhälsa och tandvårdsproduktion. Kapitlet undersöker därefter tandläkares verksamhet utanför tandvårdsstödet, med särskilt fokus på LEKEI-verksamhet. Kapitlet beskriver också gällande reglering av estetiska behandlingar med utgångspunkt i LEKEI, samt lärdomar från andra myndigheters tillsyn och uppföljning på området. Slutligen lämnas ett framtidsblickande perspektiv på sådant som kan påverka efterfrågan på och utbudet av åtgärder utanför tandvårdsstödet.

Olika syn på begreppen "estetisk" och "kosmetisk"

Estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar är enligt LEKEI (2 §) benämningen på ingrepp och behandlingar som görs i syfte att förändra eller bevara utseendet på en människa och som utförs inom en yrkesmässig verksamhet. Tandvård av kosmetisk eller estetisk karaktär faller dock utanför lagens tillämpningsområde³. Den vanligaste enskilda behandlingen som sker inom ramen för LEKEI är injektioner med botulinumtoxin och fillers [3].

Begreppen "kosmetisk" och "estetisk" tandvård har inte någon exakt eller entydig definition. Den vanligen använda innebörden av begreppet "estetisk" skiljer sig dock i tandvården från hur det beskrivs i LEKEI.

Föreningen Swedish Academy of Cosmetic⁴ Dentistry, SACD, påpekar att det inte finns någon helt entydig juridisk definition av begreppen inom tandvården. Enligt deras beskrivning är *estetisk behandling* en behandling där det finns en tydlig odontologisk eller funktionell indikation, men där utseendet också förbättras. Det vill säga behandlingar som syftar till att återställa eller förbättra oral hälsa, samtidigt som patientens leende och ansiktsestetik beaktas. Till exempel omfattande protetik där syftet är att återställa funktion, stabilitet, komfort och hållfasthet – och där estetiken är en integrerad del av behandlingsmålet.

Med *kosmetisk behandling* menas i stället åtgärder som primärt görs för att förändra utseendet, utan att det föreligger ett egentligt sjukdomstillstånd

³ Se proposition 2020/21:57 Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, s. 28 ff.

⁴ SACD påpekar att deras namn egentligen borde inkludera ordet estetisk i stället för kosmetisk, men att namnet kommer från att de är en del av ett internationellt sammanhang.

eller funktionellt problem. Till exempel tandblekning på i övrigt friska, obehandlade tänder enbart för en ljusare nyans, där syftet är rent kosmetiskt.

En del åtgärder i tandvården ligger i gränslandet mellan *estetisk* och *kosmetisk*. Någon tandvårdsaktör anser att begreppet ”kosmetiska åtgärder” fångar åtgärder som utförs utanför offentligt finansierade tandvårdsstöd på ett bättre sätt än ”estetiska åtgärder”, och att estetiska åtgärder bör användas för det som är odontologiskt motiverat men med en estetisk dimension.

Flera tandvårdsaktörer ser ett behov av att diskutera begreppet ”estetisk tandvård” och att förtydliga gränsdragningar för estetisk indikation. En estetisk komponent ingår i många odontologiska behandlingar och samma åtgärd har ofta både ett funktionellt och estetiskt syfte.

WHO definierar [4], fritt översatt, munhälsa som tillståndet i munnen, tänderna och de orofaciala vävnaderna som möjliggör för individer att utföra väsentliga funktioner, såsom att äta, andas och tala. Munhälsa omfattar också psykosociala dimensioner som självförtroende, välbefinnande och förmåga att umgås och arbeta utan smärta, obehag och förlägenhet. Det innebär att även estetiska aspekter, till en viss omfattning, kan inkluderas i det som är motiverat ur ett munhälsoperspektiv.

Normen för socialt acceptabelt utseende är föränderlig och enligt tandvårdsaktörer påverkar det även odontologiska behandlingar genom att alltmer tid och skicklighet i utförandet krävs för den estetiska komponenten av behandlingen. I sammanhanget nämns att tandraden idag blir alltmer vit och som ett rakt staket, och att allt som inte är det ses som onormalt.

Minskad tandvårdsproduktion per behandlande tandläkare

Den årliga produktionen bland privata tandvårdsutförare inom det statliga tandvårdsstödet har minskat med 17 procent per behandlare mellan 2009 och 2019. En minskning i årlig produktion per behandlande tandläkare⁵ inom det statliga tandvårdsstödet ses även i ett längre tidsspann, mellan 2009 och 2025. Under samma period har befolkningen ökat med omkring 1 miljon invånare, och parallellt har det skett en utvidgning av vilken tandvård som är ersättningsberättigad inom det statliga tandvårdsstödet.

En förbättrad tandhälsa och därigenom ett minskat tandvårdsbehov kan vara en av orsakerna till den minskade produktionen. I detta sammanhang är det även intressant att studera förändringar i vad som utförs inom det statliga tandvårdsstödet. Det kartläggs och beskrivs närmare i följande avsnitt.

⁵ Med avseende på antal åtgärder per behandlande tandläkare.

Detta avsnitt baseras på en underlagsrapport framtagen av extern expert Lars Sjödin [5].

Befolkningens tandhälsa har förbättrats

En lägre andel av den vuxna befolkningen besöker tandvården varje år sedan 2009 och intervallen mellan besöken ökar för en stor del av befolkningen. Det som troligen bäst förklarar den minskade besöksfrekvensen och tandvårdsproduktionen är befolkningens förbättrade tandhälsa och därigenom minskade tandvårdsbehov. De reviderade nationella riktlinjerna som publicerades 2022 [6] rekommenderar som längst ett revisionsintervall om 36 månader för vuxna.

Utredningen om Jämlik tandhälsa beskriver utmaningarna med de befintliga mått som används för att mäta befolkningens tandhälsa [7]. Måtten, som baseras på befolkningens tandvårdskonsumtion, kan spegla befolkningens tandvårdsbehov, samtidigt som tandvårdskonsumtion och tandvårdsbehov inte är liktydigt. Därtill inkluderas inte de som *inte* besöker tandvården i befintliga mått.

De tandhälsomått som inkluderas i Tandhälsoregistret visar på en stadig förbättring av den allmänna tandhälsan bland dem som besöker tandvården i den vuxna befolkningen⁶. Då antalet kvarvarande och intakta tänder ökat i befolkningen har behovet av många typiska tandläkaråtgärder, såsom tandfyllningar, minskat. Även andelen patienter som behandlats på grund av karies och andra tandskador har stadigt minskat.

Den förbättrade tandhälsan hos befolkningen kan observeras sedan flera decennier tillbaka och anses bland annat bero på den allmänna barn- och ungdomstandvårdens utbyggnad, fluoridtandkrämens genomslag och en ökad medvetenhet i befolkningen om regelbundna matvanor och egenvård för att främja munhälsan [7, 8].

Antalet kvarvarande och intakta tänder har ökat

Figur 1 nedan visar antal kvarvarande och ej intakta tänder⁷ per ålder för år 2009 och 2024. Det har skett en markant ökning av totalt antal intakta och kvarvarande tänder i befolkningen under de 15 åren. I figuren illustreras det

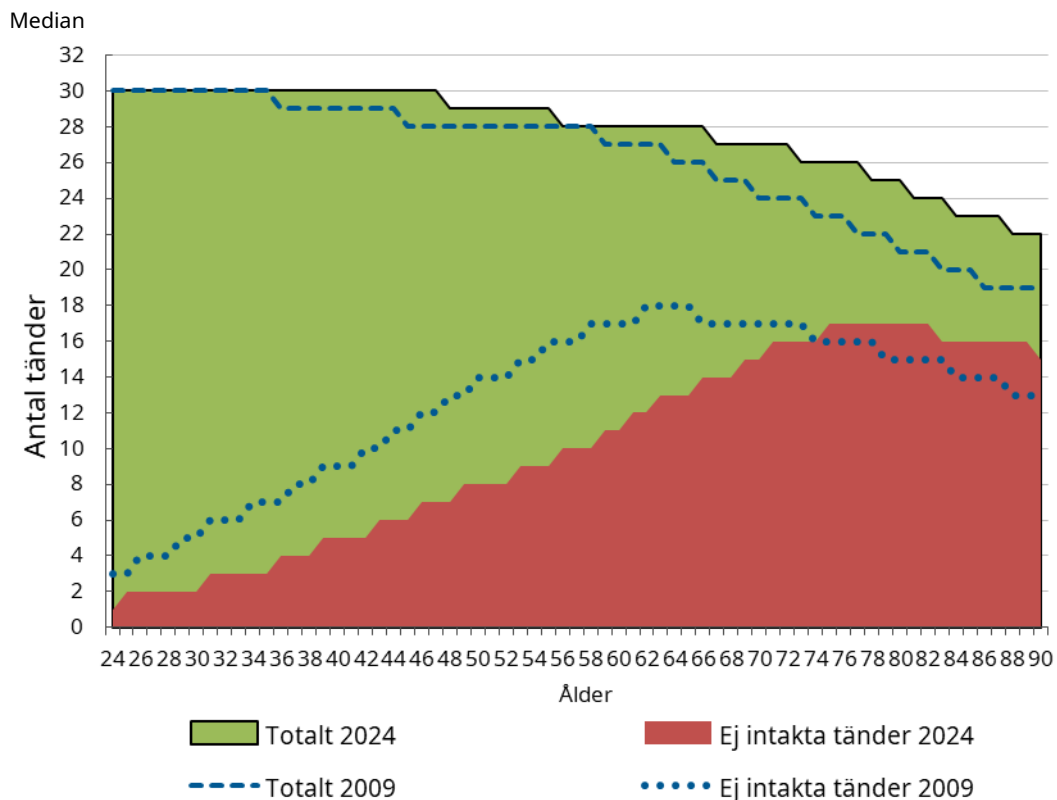
⁶ Samtliga patienter som har besökt tandvården minst en gång inom det statliga tandvårdsstödet mellan åren 2009 och 2024 ingår i underlaget. Ungefär 65 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården någon gång inom tre år. Inom 15 år ligger motsvarande andel på omkring 90 procent.

⁷ ”Intakta tänder” avser tänder som inte har konstaterade dentinskador, saknar fyllningar och protetiska ersättningar. ”Kvarvarande tänder” avser tänder med naturlig rot, inklusive visdomständer och partiellt erupterade tänder samt synliga tandrötter. Uppgifter om intakta och kvarvarande tänder registreras av vårdgivaren i samband med att patienten använder sitt allmänna tandvårdsbidrag (ATB) vid besök i tandvården. Det innebär att data endast finns för de personer som har besökt tandvården.

med det gröna fältet som vuxit i storlek. Antal ej intakta tänder, vilket motsvarar det röda fältet i figuren, har minskat.

Den positiva utvecklingen i tandhälsa kan observeras i alla åldersgrupper och både för personer med jämförelsevis bra respektive dålig tandhälsa, se även [7]. Till exempel har dagens 70-åringar i median samma antal kvarvarande och intakta tänder som de som var 55 år 2009 hade. Personer över 75 år 2024 har fler kvarvarande tänder än vad motsvarande åldersgrupp hade 2009, hos dem har däremot antalet ej intakta tänder ökat något.

Figur 1. Antal kvarvarande och antal ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2009 respektive 2024 efter ålder



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tandhälsan kan också belysas som andel patienter som behandlas för olika tillstånd

För att ytterligare belysa tandhälsan hos befolkningen studeras även andelen patienter som behandlats för några av de vanligaste *tillstånden* i det statliga tandvårdsstödet. Ett tillstånd anger orsaken till att en åtgärd utförs inom tandvårdsstödet och rapporterats till Försäkringskassan i samband med behandling. Sammantaget pekar också utvecklingen i tillstånds- och åtgärdsmonster på att befolkningens tandhälsa förbättrats över tid.

Behandling av parodontit ökar

Bakterier runt tänder kan leda till gingivit (blödande tandkött) och parodontit (tandlossning), och motsvarande tillstånd runt implantat. Av de behandlingar som utförs i tandvården är behandlingar av dessa typer av tillstånd vanligast, och andelen patienter som har fått en sådan behandling har ökat över tid. Andelen patienter som behandlas för parodontit har ökat från cirka 20 procent år 2009 till närmare 30 procent år 2025. Behandling av parodontit har blivit vanligare i alla åldrar.

Behandling av karies och andra tandskador minskar

Under perioden 2009 till 2025 har andelen patienter som behandlats på grund av karies och andra tandskador stadigt minskat. Det återspeglar sig i ett minskat antal utförda tandläkaråtgärder.

Antal tandfyllningar har minskat med cirka 30 procent. Cirka 1 miljon färre tandfyllningar utfördes år 2025 jämfört med 2010. Antal kronor och rotfyllningar på grund av tandskador har haft 30 procentiga minskningar vid jämförelser mellan åren 2010 och 2025. Att följa utvecklingen för tandfyllningar ger en bra indikation på behovsdriven tandvårdskonsumtion⁸.

Andelen patienter med tillstånd karies som inom det statliga tandvårdsstödet har fått minst en åtgärd av fluoridbehandling, information, kvalificerat rådgivande samtal, tandfyllning, krona, rotfyllning eller tandutdragning, har minskat kontinuerligt sedan år 2009 för alla åldersgrupper. Andelen minskade från 33 till 24 procent under perioden 2009–2025. Andelen patienter som drabbas av att en tand eller fyllning går sönder av andra anledningar än karies, minskade från 31 till 25 procent under perioden 2009–2025.

Andelen patienter som får åtgärder utförda till följd av tandslitage⁹ var år 2025 cirka 2,4 procent, vilket var något högre än 2009 då andelen var 2,0 procent.

Andelen patienter som får tandförluster åtgärdade ökar

Totalt sett har andelen patienter som fått tandförluster åtgärdade ökat något under åren 2009–2025. Behandlingar som kan utföras för att ersätta saknade tänder är temporär eller definitiv avtagbar protes, samt fasta lösningar (kronor, broar, implantat) vilka görs med tand- eller implantatstödd konstruktion. Sådan behandling sammanfattas ofta med begreppet protetik. Ökningen förklaras sannolikt av ändrade ersättningsregler. Ändringar i

⁸ För fyllningsåtgärder har det inte skett några ändringar i TLV:s föreskrifter över tid. Metoder och material vid fyllning av tänder har heller inte ändrats nämnvärt. De flesta patienter väljer att laga en tand vid behov och ingreppet innebär inte alltför hög kostnad för patienten.

⁹ Tandslitage kan till exempel bero på sura drycker och mat som fräter på tandytan, tandborstningsskador samt annan nötning som tandgnissling.

reglerna för tandvårdsstödet har medfört ökade subventioner för att ersätta saknade tänder i fler tandpositioner längre bak i munnen, likaså har möjligheterna utökats för att sätta implantat i mindre luckor.

Andelen patienter som fått övrig rehabilitering har minskat

Övrig rehabilitering avser tillstånd när tand- och implantatstödda konstruktioner behöver repareras eller göras om. Det innefattar också åtgärder för att stabilisera bettet på grund av bristande tuggkontakter, parodontit eller när nedslitna bett behöver byggas upp. Sådana behov har minskat över tid även om andelen patienter med tand- och implantatstödda konstruktioner ökat.

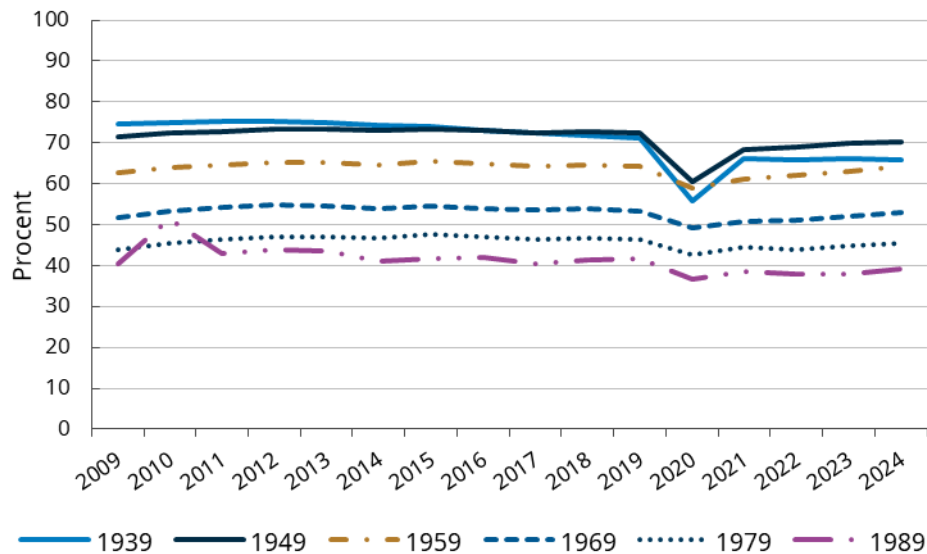
En lägre andel av befolkningen besöker tandvården

En lägre andel av den vuxna befolkningen besöker tandvården varje år sedan 2009 och intervallen mellan besöken ökar för en stor del av befolkningen. År 2010 besökte 60 procent av befolkningen 24 år eller äldre tandvården åtminstone en gång. Motsvarande andel år 2024 var knappt 52 procent. Det är ungefär samma antal, cirka 4 miljoner patienter per år, som besöker tandvården trots att befolkningen under samma tid ökat med cirka en miljon.

Figur 2 nedan visar besöksandelen i tandvården för ett antal födelsekohorter sedan 2009. Figuren visar de som fyllde jämt tiotal år 2009. De som var 20 år 2009 är 35 år gamla år 2024, de som år 2009 var 70 år är 85 år gamla 2024. Under 15 år har inte så mycket hänt med besöksandel och tandstatus i median.

Andelen av en kohort som besöker tandvård är i stort sett oförändrad under perioden 2009–2024. Under 2020 sjönk besöksandelen på grund av pandemin, men har nu återhämtat sig, dock på en något lägre nivå än innan. Det bör påpekas att observationstiden efter pandemin är relativt kort och besöksfrekvenserna verkar förändras långsamt. För de födelsekohorter som inte redovisas i figur 2 finns samma mönster med en lika stor besöksandel över åren.

Figur 2. Andel av befolkningen födda 1989, 1979, 1969, 1959, 1949, 1939 som respektive år besökte tandvården inom statligt tandvårdsstöd



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

En orsak till att besöksandelen inte ökar när en kohort åldras kan sannolikt vara att deras tandstatus inte förändras påtagligt över tiden.

Befolkningens tandhälsa kan analyseras med DMFT¹⁰. Måttet beräknas genom att summera antalet tänder med karies, fyllning eller som saknas. Ju lägre DMFT-värde desto bättre tandhälsa. DMFT har minskat hos alla åldersgrupper i befolkningen mellan 2009 och 2024. I genomsnitt och för alla kohorter som redovisas i figur 2 har DMFT ökat mellan 2009 och 2024 (ett tecken på att tandhälsan försämras med personers ålder). I median har samtliga dessa kohorter under samma period enbart fått en ytterligare skadad eller saknad tand. Personer med högt DMFT, det vill säga med många tänder som var lagade, hade karies eller var saknade, besökte tandvården mer frekvent under år 2015–2024 än de med lågt DMFT. Sett till skillnader i antal tandvårdsbesök mellan olika kohorter framkommer ett liknande mönster som i figur 2 ovan, även med hänsyn till DMFT. Under åren 2015–2024 besökte till exempel personer födda på 50-talet tandvården mer frekvent per DMFT-värde än personer födda på 80-talet.

Utvecklingen i besöksandel och besöksfrekvens kan också påverkas av att de som har en etablerad kontakt med tandvården ofta kallas utifrån sin individuella risk för sjukdom eller annan ohälsa i munnen. Av de kohorter som redovisas i figur 2 ovan hade mer än 90 procent besökt tandvården någon gång under 2009–2024.

Det finns, utöver att tandhälsan har förbättrats, andra tänkbara förklaringar till att en lägre andel av befolkningen besöker tandvården. Bland annat finns

¹⁰ DMFT = Decayed, Missing and Filled Teeth.

det i vissa delar av landet brist på tandvårdspersonal. Under de senaste åren kan även höga priser på tandvård i kombination med ett ansträngt ekonomiskt läge för hushållen ha påverkat benägenheten att besöka tandvården. Priset på tandvård har ökat mer än vad referenspriset, konsumentpriser och tjänstepriser ökat. Enkätundersökningar tyder även på att andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl trots behov ökar [9].

De vanligaste åtgärderna per patient över tid

I följande avsnitt beskrivs utvecklingen i de vanligaste åtgärderna per patient över tid, med fokus på fler typiska tandläkaråtgärder. På grund av ändrade åldrar för det statliga stödet från år 2017–2025 är det mest jämförbart att ange antalet åtgärder per patient sett till utvecklingen över tid.

Basundersökningar har minskat

Den vanligaste åtgärden inom det statliga tandvårdsstödet är en basundersökning utförd av en tandläkare eller tandhygienist. Cirka 18 procent av alla åtgärder är basundersökning. Antal basundersökningar per patient var förhållandevis stabilt fram till pandemin, då antalet låg på omkring 0,8 per patient och år. Efter pandemin ligger dock antalet basundersökningar per patient på omkring 0,78, det vill säga något lägre jämfört med tidigare. Att basundersökningarna har minskat kan förklaras med att fler patienter besöker tandvården vartannat eller vart tredje år. De reviderade nationella riktlinjerna som publicerades 2022 [6] fastslog det längsta rekommenderade revisionsintervallet till 36 månader, för patienter som bedöms ha låg risk för sjukdom eller annan ohälsa i munnen. Basundersökningar utförda av tandläkare har minskat med 9 procent (motsvarande omkring 240 000 färre åtgärder) mellan 2009 och 2025, medan basundersökningar utförda av tandhygienister ökat med 12 procent under samma tidsperiod. Sammantaget har det mellan 2009 och 2025 skett en minskning med 5 procent färre basundersökningar, eller cirka 134 000 färre åtgärder.

Antalet kompletterande eller akuta undersökningar, utförda av tandläkare har däremot ökat från 0,29 till 0,42 per patient mellan år 2009 och 2025, motsvarande omkring 560 000 åtgärder. Omfattande kompletterande undersökningar och utredningar har ökat från 0,04 till 0,07 åtgärder per patient, motsvarande omkring 135 000 åtgärder.

Fyllningar och tandstödda kronor har minskat

Antalet tandfyllningar per patient har minskat från 0,79 till 0,55 mellan 2009 och 2025. Motsvarande period har antalet rotfyllningar per patient gått ner från 0,06 till 0,04 och tandstödda kronor minskat från 0,12 till 0,09 per patient.

Tanduttagningar, implantat och implantatstödda konstruktioner har ökat

Tanduttagningar har legat ungefär på samma nivå över tid men det finns en liten ökning efter pandemin, från ca 0,15 år 2009 till 0,17 tanduttagningar per patient år 2024. Antal implantat per patient har ökat från 0,01 år 2009¹¹ till 0,02 år 2024. År 2025 opererades cirka 90 000 implantat¹² in, vilket motsvarar en ökning med cirka 45 procent sedan 2010¹³. På motsvande sätt har de konstruktioner som sätts på implantaten ökat.

Flera typiska tandläkaråtgärder har minskat, vilket frigjort tid

I takt med att befolkningens tandhälsa förbättrats har behovet av många typiska tandläkaråtgärder, såsom tandfyllning, rotbehandling och kronor, minskat. Under åren 2009 till 2025 har fyllningar, rotfyllningar, tandstödda kronor, basundersökningar och temporära åtgärder¹⁴ utförda av tandläkare minskat kontinuerligt både avseende antal per år och per patient.

Vid en överslagsberäkning¹⁵ och avrundat motsvarar den minskade produktionen för åtgärderna fyllning, rotfyllning och tandstödda kronor mellan 2009 och 2025 omkring 800 heltids-tandläkartjänster. I den beräkningen har inte minskningen av basundersökningar utförd av tandläkare beaktats. Under samma period har kompletterande undersökningar och utredningar, röntgen, tanduttagningar och implantatbehandlingar ökat i en omfattning som motsvarar omkring 400 tandläkartjänster. Sammantaget kan man utifrån dessa beräkningar konstatera att tid motsvarande omkring 400 helårstjänster som tandläkare, i teorin, frigjorts.

Försäkringskassans statistik [10] visar därutöver att det har det tillkommit närmare 800 behandlande tandläkare inom det statliga tandvårdsstödet mellan 2009 och 2025. Totalt sett ökade antalet behandlare¹⁶ som är verksamma i det statliga tandvårdsstödet från omkring 10 700 till omkring 11 750 behandlare mellan åren 2009 och 2025 i form av cirka 780 fler tandläkare och 375 fler tandhygienister. Omkring 370 behandlande tandläkare tillkom mellan 2013 och 2024. Antalet behandlare per 1 000

¹¹ År 2008–2010 fanns övergångsregler från det tidigare tandvårdsstödet kallat 65+ där statistik på utförda åtgärder saknas. Det stödet var inriktat på protetik och implantat vilket medför att antal implantat under dessa år kan vara fler än vad som framgår av data.

¹² Åtgärd 420 i HSLF_FS 2025:68.

¹³ År 2025 minskade antalet implantat med omkring 7 800, jämfört med 2024. Troligen beror det på att en del vårdgivare och patienter avvaktat förändringar i tandvårdsersättningen som trädde i kraft 2026.

¹⁴ Till exempel temporära konor och fyllningar, slipningar, justeringar.

¹⁵ I överslagsberäkningen har TLV:s beräknade tidsåtgång för tandläkare, för respektive åtgärd, multiplicerats med skillnaden i antalet åtgärder 2025 jämfört med 2009.

¹⁶ Antal behandlare som utfört minst 100 åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet. Åtgärder som utförts inom ett avtal om abonnemangstandvård ingår också i statistiken.

invånare¹⁷ låg på 1,49 både år 2009 och år 2024. Motsvarande andel var 1,41 år 2025.

Tandläkares verksamhet utanför det statliga tandvårdsstödet

Olika datakällor pekar sammantaget på att tandvård och andra åtgärder som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet utgör en begränsad del av den samlade tandvårdsverksamheten. I avsnitten nedan kartläggs detta först övergripande med grund i uppgifter från TLV samt ett urval av privata och offentliga utförare i tandvården. Därefter redovisas utvecklingen av andelen tandläkare som arbetar *inom* respektive *utanför* tandvården. Slutligen kartläggs mer specifikt tandläkares LEKEI-verksamhet med ytterligare datakällor.

TLV har kartlagt tandvårdsbranschens omsättning

TLV genomförde 2025 en omfattande enkät i samband med att de skulle uppdatera tandvårdens referenspriser. Enkäten skickades till samtliga vårdgivare inom tandvården i Sverige med undantag för vårdgivare inom utbildnings- och fängelsetandvården. I de fall folktandvården haft särskilda organisationer för specialisttandvården har dessa inte heller fått en enkät, utan folktandvården inom en region har räknats som en svarsenhet.

TLV har bidragit med aggregerad statistik från enkäten för frågor om hur organisationernas omsättning 2024 fördelar sig på följande kategorier:

- Ersättningsberättigad vuxentandvård, inklusive frisktandvård.
- N-, F- och S- vuxentandvård¹⁸.
- Ersättningsberättigad barntandvård.
- Övrig tandvård, så som kosmetisk tandvård.
- Övrig verksamhet (det som inte täcks av ovanstående).

Dessa uppgifter från enkäten bör tolkas med försiktighet. Syftet med TLV:s enkätundersökning var framför allt att uppskatta vårdgivarnas fasta kostnader, inte intäkter.

¹⁷ Som invånare räknas den som var berättigad statligt tandvårdsstöd under ett givet år. Åldern för de som är berättigade har varierat över tid. År 2009–2016 omfattades personer i åldern 20 år eller äldre. År 2017–2024 omfattades personer i åldern 24 år eller äldre. År 2025 tillkom åldersgruppen 20–23 år igen.

¹⁸ N-tandvård är nödvändig tandvård för personer med ett bestående och stort omsorgsbehov. Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning ingår till personer med intyg om N-tandvård. F-tandvård är tandvård vid vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning. S-tandvård är tandvård som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid. Dessa stöd riktar sig till vuxna.

Svaren representerar en majoritet av tandvårdsmarknaden

TLV har publicerat en separat PM där det går att läsa mer om enkäten, inklusive metodbeskrivning och bortfallsanalys [11]. En enkät gick ut till folktandvården i alla regioner och de privata vårdgivare som hade fler än sju kliniker (stora företag), och en annan enkät gick ut till små företag. Enkäterna samlade i stora delar in samma data och var utformade i samarbete med branschrepresentanter.

Totalt 90 procent av de stora vårdgivarna och 21 procent av de små vårdgivarna svarade på TLV:s enkät. I uppgifterna nedan, om hur de stora och små företagens omsättning fördelar sig, exkluderades svar som inte var fullständiga. Enligt TLV representerar uppgifterna som redovisas nedan 79 procent av marknadens totala omsättning, respektive 18 procent av vårdgivarna i tandvården.

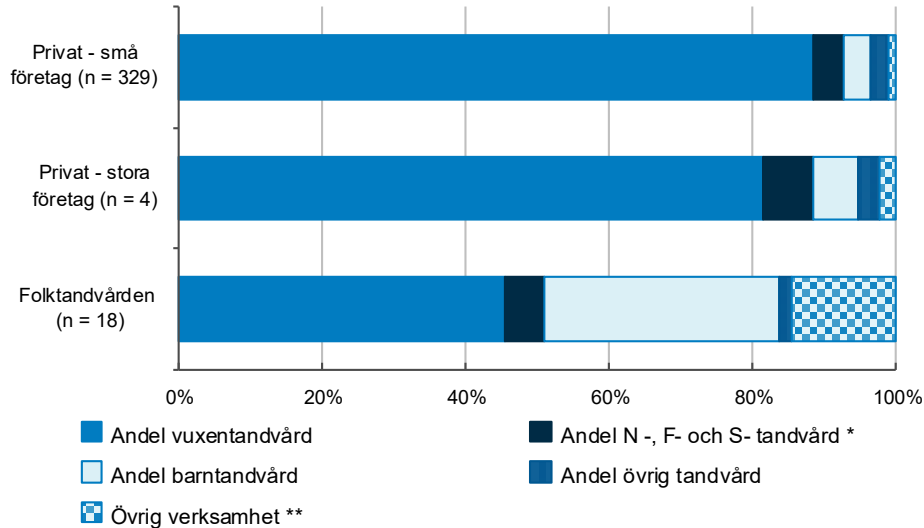
Dessa uppgifter användes dock inte i TLV:s referensprisberäkningar och bör därför tolkas med försiktighet. Socialstyrelsen har även ställt frågor till ett urval av folktandvårdsorganisationer och större privata företag i tandvården, om hur deras omsättning fördelar sig. De påpekar att TLV:s enkät var komplex att fylla i och att de enkätsvaren kan variera beroende på att man gjort olika tolkningar av enkätfrågorna. På nationell nivå finns ingen annan motsvarande datainsamling på hur den totala omsättningen fördelas. För transparens och jämförelse redovisas därför de aggregerade uppgifterna från TLV:s enkät, trots eventuell bristande representativitet. Vidare bör de uppgifterna läsas tillsammans med efterföljande avsnitt "Aktörer i tandvården ger en kompletterande bild".

Tandvårdsbranschens omsättning avser framför allt vuxentandvård inom det statliga tandvårdsstödet

I figur 3 och tabell 1 nedan redovisas uppgifter om hur omsättningen i genomsnitt fördelar sig hos tre olika typer av organisationer: Folktandvården samt större respektive mindre privata tandvårdsföretag.

Figur 3. Genomsnittlig fördelning av omsättning 2024

Vårdprofil: andel av omsättning 2024



Källa: Aggregerad statistik från TLV:s tandvårdsenkät 2025. Observera: Figuren redovisar andelar från summan av delkategorierna även om dessa inte summerar till exakt 100 procent, se tabell 1 nedan. Not. * Den höga andelen hos de stora företagen drivs upp av en aktör som har betydligt högre andel. Hos övriga större företag ligger andelssnittet på strax under 1 procent. ** Den höga andelen hos folktandvården drivs upp av fem aktörer som har betydligt högre andel (över 25 procent). Hos övriga folktandvårdsorganisationer ligger andelen i genomsnitt på cirka 7 procent. I syfte att behålla enkätsvaren anonyma redovisas inte viktade uppgifter. Enligt TLV ger dock även viktade uppgifter ett liknande resultat sett till hur omsättningen fördelar sig enligt figuren.

Den största delen av de privata företagens totala omsättning avser vuxentandvård utförd inom det statliga tandvårdsstödet. Den andelen motsvarar enligt de aggregerade enkätsvaren drygt 90 procent av de mindre företagens omsättning och cirka 82 procent av de större företagens omsättning. Hos folktandvården utgör motsvarande andel cirka 45 procent.

Tabell 1. Andel av omsättning 2024 i genomsnitt

	Folktandvården	Privat – stora företag	Privat – små företag
Vuxentandvård	45,4 %	81,8 %	91,3 %
N-, F- och S- tandvård	5,5 %	7,1 % *	4,3 %
Barntandvård	32,6 %	6,2 %	4,1 %
Övrig tandvård	1,9 %	3,1 %	2,4 %
Övrig verksamhet	14,5 % **	2,3 %	1,2 %
TOTAL	99,9 %	100,5 %	103,3 %

Källa: TLV:s Tandvårdsenkät 2025. Observera: summan av samtliga delkategorier är inte exakt 100 procent. Not. * Den höga andelen hos de stora företagen drivs upp av en aktör som har betydligt högre andel. Hos övriga större företag ligger andelssnittet på strax under 1 procent. ** Den höga andelen hos folktandvården drivs upp av fem aktörer som har betydligt högre andel (över 25 procent). Hos övriga folktandvårdsorganisationer ligger andelen i genomsnitt på cirka 7 procent. Uppgifterna baseras på svar från 18 folktandvårdsorganisationer, 4 stora företag och 329 små företag. I syfte att behålla enkätsvaren anonyma redovisas inte viktade uppgifter. Enligt TLV ger dock även viktade uppgifter ett liknande resultat sett till hur omsättningen fördelar sig enligt tabellen.

N-, F- och S-tandvård utgör enligt enkätsvaren en liten andel av omsättningen hos de stora vårdgivarna (strax under en procent för alla företag utom ett, av de som besvarat enkäten), och 4 procent av omsättningen hos små företag. Den andel av omsättningen som avser åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet utgörs framför allt av ersättningsberättigad barntandvård. Hos folktandvården och hos större privata företag står ersättningsberättigad barntandvård för cirka 30 respektive sex procent. Övrig tandvård, som bland annat inkluderar kosmetiska åtgärder, utgör enbart omkring två till tre procent av organisationernas omsättning.

En relativt stor andel av omsättningen hos folktandvården (cirka 15 procent) avser övrig verksamhet. Hos små respektive stora företag utgör motsvarande kategori enbart omkring en till två procent.

Aktörer i tandvården ger en kompletterande bild

Resultaten från TLV:s tandvårdsenkät bör tolkas med försiktighet. Bland annat framhålls att enkäten var komplex att fylla i och att svaren kan variera beroende på att man gjort olika tolkningar av enkätfrågorna. Troligen finns det även registreringsmässiga skillnader i om och hur olika organisationer haft möjlighet att fördela sin omsättning i de olika delkategorierna. Det framkommer av de svar och kompletterande uppgifter Socialstyrelsen har fått från ett urval av organisationer som enkätresultaten berör.

Folktandvårdsorganisationer som Socialstyrelsen varit i kontakt med ger en mängd exempel på vad de inkluderar i kategorin ”övrig verksamhet”. Exempelvis nämns regionfinansierade uppdrag och viss specialisttandvård,

såsom pedodonti och ortodonti, men även oral kirurgi/käkkirurgi som kräver sjukhusets resurser. Vidare nämns köpt vård, narkostandvård, tandvård för asylsökande, hälsopromotörer, samt ersättning som avser folktandvårdens sistahands- eller områdesansvar och uppsökande verksamhet för barn och vuxna. Ersättning för tandläkarutbildning och forskningsanslag ges också som exempel på vad de inkluderar i kategorin ”övrig verksamhet”. Däremot framhåller samtliga folktandvårdsorganisationer som Socialstyrelsen har haft kontakt med att de inte erbjuder LEKEI-behandlingar.

De flesta representanter för folktandvård och större privata företag som Socialstyrelsen fått kompletterande information från tolkar det som att kategorin ”övrig tandvård” enbart inkluderar åtgärder som patienten bekostar själv till 100 procent (ligger utanför det statliga tandvårdsstödet men är lege artis att utföra). Samtidigt uppger en större folktandvårdsorganisation att den delen av deras inrapporterade omsättning framför allt utgörs av ersättning för tandvård till asylsökande och papperslösa.

Socialstyrelsen har även fått kompletterande information från de tre största¹⁹ privata företagen i tandvården. De aggregerade uppgifterna om omsättning från TLV:s enkät ger inte en fullt representativ bild av hur deras omsättning fördelar sig. Till exempel utgörs en högre andel av deras omsättning av åtgärder inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

Tandvården ur ett produktionsperspektiv

- Som andel av alla i befolkningen som besöker tandvården utgör N-, F- och S-tandvården omkring 3 procent per år. Den beräkningen utgår från att cirka 4 miljoner vuxna samt uppskattningsvis²⁰ omkring 2,3 miljoner barn och ungdomar [12] besökte tandvården år 2023.
- Enligt SKR erhöll cirka 216 000 personer N-, F- och S-tandvård under år 2023 [13]. SKR:s statistik visar att folktandvården svarade för närmare 60 procent av N-, F- och S-tandvården 2023 [14].
- Privattandvården svarar för cirka 65 procent och folktandvården för cirka 35 procent av tandvården för vuxna inom det statliga tandvårdsstödet [15].
- Av SKR:s statistik framkommer även att folktandvården de senaste åren svarat för omkring 85 procent av tandvården för barn och ungdomar 0–23 år och privattandvården för 15 procent [14].

¹⁹Sett till antalet unika patienter i Tandhälsoregistret under 2024.

²⁰ Uppskattningen för riket är framräknad med grund i uppgifter från region Stockholm där cirka 90 procent av alla 3–23 åringar besökte tandvården år 2022. Den andelen har sedan multiplicerats med uppgifter från SCB om antalet personer 3–23 år i befolkningen år 2023.

Enligt ett större privat företag utgörs 98 procent av deras omsättning av åtgärder inom ”vuxentandvård” inom ramen för det statliga tandvårdsstödet och ”övrig verksamhet” 0 procent. ”Övrig tandvård” motsvarar hos dem 1 procent av omsättningen och resterande 1 procent utgörs av N-, F- och S-tandvård och barntandvård. En ytterst liten andel av deras omsättning (en procent av en procent) avser estetiska injektionsbehandlingar inom ramen för LEKEI (såsom injektionsbehandlingar med botulinumtoxin och/eller fillers) – den andelen motsvarar en procent av ”övrig tandvård”.

Enligt ett annat större privat företag utgör närmare 90 procent av deras omsättning åtgärder inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Den del som ligger utanför det statliga tandvårdsstödet utgörs till störst del av barntandvård. Vidare omfattas annan regionfinansierad vård, apnéskenor och andra tandvårdsprodukter, lustgas samt besöksavgift till specialist i den del av deras omsättning som ligger utanför det statliga tandvårdsstödet. Kosmetiska eller estetiska åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet står för omkring 1,5 procent av deras omsättning. Därav står tandreglering för 1 procent och övriga 0,5 procent avser främst blekning av tänder. Det företaget har tagit ett ledningsgruppsbeslut om att LEKEI-behandlingar (såsom behandlingar med botulinumtoxin eller fillers) inte får utföras inom deras verksamhet.

Vidare uppger det tredje av de större privata företagen, som Socialstyrelsen har haft dialog med, att en absolut merpart (93 procent av alla åtgärder de utför) ryms inom det statliga tandvårdsstödet²¹. Åtgärder som utförs utanför stödet består framför allt av estetisk eller kosmetisk tandvård såsom tandreglering eller skalfasader. Däremot utgör estetiska injektionsbehandlingar en marginell andel. Företaget uppger att de inte längre tillåter fillers-behandlingar inom sin verksamhet och att estetiska injektionsbehandlingar med botulinumtoxin enbart utgör 0,02 procent av den vård som utförs.

Utöver detta har Socialstyrelsen ingen närmare uppgift om vad kategorin ”övrig verksamhet” i TLV:s enkätsvar består av. Flera tandvårdsaktörer bedömer dock att estetiska injektionsbaserade behandlingar på totalen sker i en mycket begränsad omfattning inom tandvården.

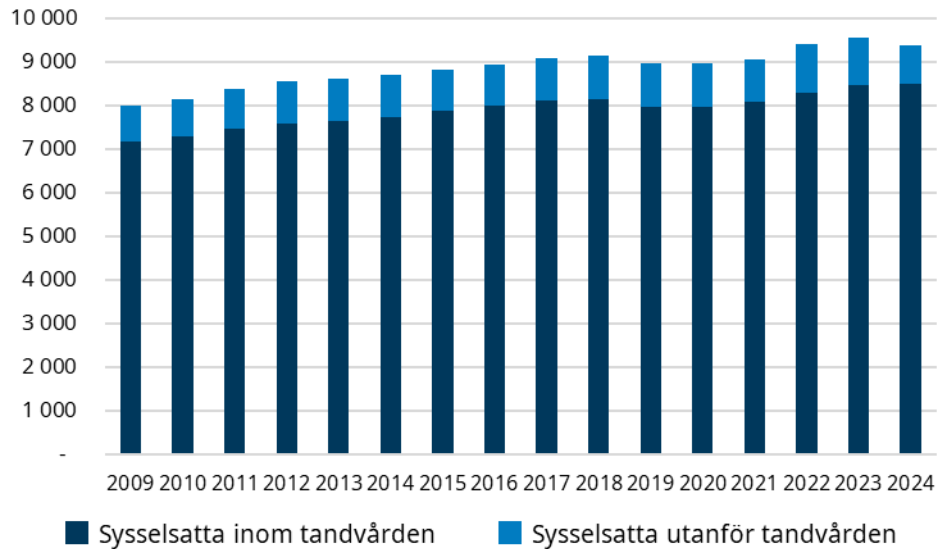
De flesta sysselsatta tandläkare arbetar i tandvården

Socialstyrelsen har sammanställt statistik över sysselsatt legitimerad tandvårdspersonal efter näringsgren under åren 1995–2024. Av figur 4

²¹ I denna siffra inkluderas även regionala tandvårdsstöd inklusive barntandvård.

framkommer det att andelen tandläkare som är sysselsatta utanför tandvården är relativt stabil och fluktuerar omkring 10 procent över tid.

Figur 4. Antal sysselsatta legitimerade tandläkare efter näringsgren år 1995–2024



Källa: Statistiken bygger framför allt på uppgifter från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP) och Befolkningens arbetsmarknadsstatus (BAS) från Statistiska centralbyrån.

År 2024 fanns det totalt cirka 9 360 sysselsatta tandläkare. Det är 1 370 fler jämfört med 2009 då antalet var 7 990. Majoriteten arbetar inom tandvården. Drygt hälften av dem som arbetar utanför tandvården arbetar inom någon av näringsgrenarna ”Universitets- eller högskoleutbildning”, ”Offentlig förvaltning” eller ”Kommunal hälso- och sjukvård”. Men det förekommer även en mängd andra näringsgrenar, till exempel arbetade 23 tandläkare med ”skogsförvaltning” år 2024.

En närmare eftersökning²² visar att det i november 2024 enbart fanns 15 tandläkare ”sysselsatta utanför tandvården” som arbetade med skönhetsingrepp (SNI 96022 ”Skönhetsvård”).

Tillgängliga datakällor tyder på att tandläkare inte bedriver omfattande LEKEI-verksamhet

I föregående avsnitt framkom att majoriteten av alla tandläkare arbetar *inom* och inte *utanför* tandvården. I detta avsnitt redovisas fler datakällor som tyder på att tandläkare inte bedriver omfattande LEKEI-verksamhet. Bland annat framkommer att enbart tre procent av verksamheterna med tandläkarinriktning i IVO:s vårdgivarregister även har LEKEI-inriktning.

²² Sökningen gjordes inom Socialstyrelsens förteckning LOVA (legitimerad omsorgs- och vårdpersonal) utifrån mer detaljerade variabler om näringsgren (sni2007) och yrke (SSYK).

Huvudparten av dessa verksamheter bedriver tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Majoriteten av de tandvårdsaktörer som Socialstyrelsen haft kontakt med bekräftar bilden att LEKEI-behandlingar sker i en mycket begränsad omfattningen inom tandvården.

Samtidigt medger inte tillgängliga datakällor en exakt eller heltäckande bild. En del tandläkare tycks till exempel arbeta på deltid med behandlingar inom ramen för LEKEI. Exakt hur många tandläkare som gör det, och i vilken omfattning, fångas inte med befintliga datakällor. Flera av de tandvårdsaktörer som Socialstyrelsen haft dialog med svarar dock att de inte tillåter sådan bisyssla för sina medarbetare.

Analys av uppgifter i IVO:s vårdgivarregister

Socialstyrelsen har genomfört en analys baserat på ett utdrag av uppgifter från IVO:s vårdgivarregister i oktober 2025. Den som bedriver verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn²³ är enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att anmäla sin verksamhet till IVO. Vid anmälan till vårdgivarregistret ska vårdgivare ange en eller flera valbara inriktningskoder för sin verksamhet, se bilaga 1.

Urvalet omfattar enbart verksamheter som är aktiva, och som angett att de har antingen någon tandläkar- och/eller LEKEI-inriktning (estetiska kirurgiska ingrepp eller estetiska injektionsbehandlingar). En verksamhet kan ha flera verksamhetsställen vilka redovisas på separata rader och med olika inriktningskoder i registret. En sammanslagning har därför gjorts av dessa utifrån en matchning på organisationsnummer och besöksadress.

Troligen finns en viss underrapportering till vårdgivarregistret. En aktuell, gedigen och publik täckningsgradsanalys saknas dock i nuläget, både avseende tandvårds- och LEKEI-verksamheter, se bilaga 1.

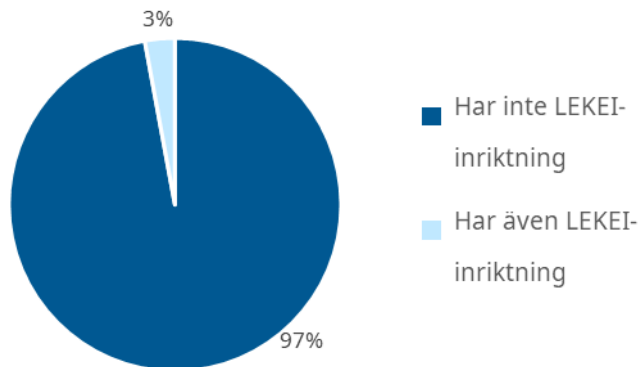
En liten andel verksamheter med tandläkarinriktning har även LEKEI-inriktning

Cirka 3 procent av alla verksamheter med tandläkarinriktning i Sverige har i IVO:s vårdgivarregister även angett att de har LEKEI-inriktning: 115 av 3 943 verksamheter. I genomsnitt motsvarar det drygt 1 (en) sådan verksamhet per 100 000 invånare.

²³ Hit räknas verksamheter med tandvårds- och/eller LEKEI-inriktning.

Figur 5. Fördelning av verksamheter med tandläkarinriktning

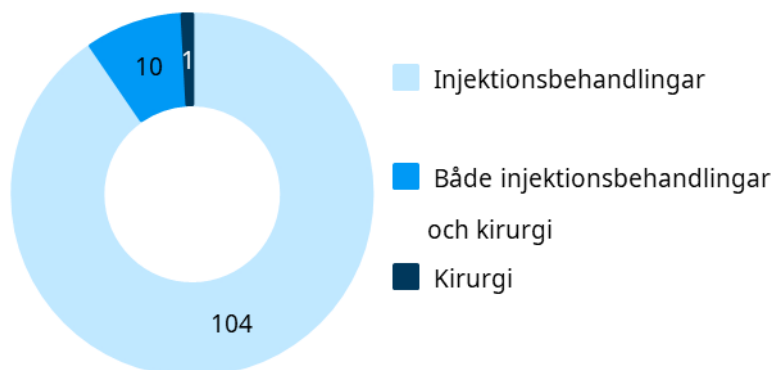
Antal: 3 943



Källa: Bearbetat från IVO:s vårdgivarregister. Grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025.

De flesta av de 115 verksamheterna med tandläkarinriktning som även har LEKEI-inriktning utför enbart injektionsbehandlingar. Hela 114 av 115 anger att de utför estetiska injektionsbehandlingar. Totalt 104 utför enbart injektionsbehandlingar, medan knappt var tionde utför både injektionsbehandlingar och kirurgi. Bara 1 verksamhet anger att de utför kirurgi, men inte injektionsbehandlingar.

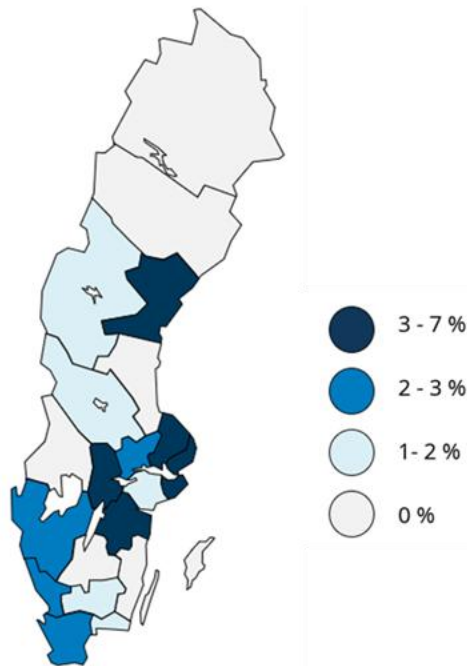
Figur 6. De flesta utför enbart injektionsbehandlingar



Källa: Bearbetat från IVO:s vårdgivarregister. Grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025.

Verksamheterna är framför allt lokaliserade i storstäder. Sett till antalet är drygt 70 procent belägna i region Stockholm, Västra Götalandsregionen och region Skåne. I regionerna Uppsala, Östergötland och Stockholm har relativt sett högst andel av de verksamheter som har tandläkarinriktning även LEKEI-inriktning.

Figur 7. Andel verksamheter per region med både tandläkarinriktning och LEKEI-inriktning



Källa: Bearbetat från IVO:s vårdgivarregister. Grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025. Not. Observera att andelarna kan omfatta en eller få verksamheter. För detaljerade uppgifter se tabell 4 i bilaga 1.

De 115 verksamheter som har både tandläkarinriktning och LEKEI-inriktning bedrivs enbart i privat regi, och nästan uteslutande i bolagsform. Ett fåtal företag har fler än en verksamhet med både tandvårds- och LEKEI-inriktning. De 115 verksamheterna drivs av 96 olika organisationer. Samtliga folktandvårdsorganisationer som Socialstyrelsen har haft kontakt med framhåller att de inte erbjuder LEKEI-behandlingar, vilket styrker uppgifterna från vårdgivarregistret.

Majoriteten av dessa verksamheter bedriver tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet

Uppgifterna från vårdgivarregistret visar på utbudspunkter men säger ingenting om hur mycket tandvårds- eller LEKEI-behandlingar som utförs av verksamheterna som har både tandläkar- och LEKEI-inriktning. En närmare analys visar dock att majoriteten av dem bedriver tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det framgår av en matchning som gjorts mellan vårdgivarregistret och Socialstyrelsens tandhälsoregister, utifrån verksamheternas organisationsnummer och besöksadress.

Majoriteten, omkring tre fjärdedelar, av de 115 verksamheterna med både tandläkar- och LEKEI-inriktning, hade bedrivit verksamhet inom det statliga

tandvårdsstödet²⁴ i oktober 2025. I genomsnitt hade de 268 patienter och 642 åtgärder registrerade inom ramen för det statliga tandvårdsstödet under oktober 2025. Det pekar på att de flesta tandvårdsverksamheter som också anger att de bedriver verksamhet med LEKEI-inriktning inte har LEKEI som huvudinriktning.

Drygt en fjärdedel av de 115 verksamheterna med både tandläkar- och LEKEI-inriktning förekom däremot inte i Tandhälsoregistret i oktober 2025. Med andra ord hade de inte registrerat någon åtgärd inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. En manuell sökning på allabolag.se om dessa företag (verksamhetsbeskrivning och nyckeltal om antal anställda) visar i sin tur att ett flertal av dem är mer renodlade skönhetsföretag med få anställda. Troligen innebär tandläkarinriktningen att de har någon tandläkare anställd på hel- eller deltid, alternativt inhyrd som konsult. Resterande avser framför allt företag inom tandvården med ingen eller få anställda, och vars ägare eller anställda skulle kunna bedriva tandvård inom det statliga stödet men då registrerat på ett annat företag.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökningar

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har genomfört flera olika enkätstudier inom ramen för sitt regeringsuppdrag att följa upp konsekvenserna av införandet av LEKEI.

En verksamhetsenkät skickades våren 2025 till de estetiska verksamheter som då var registrerade i vårdgivarregistret. Totalt 336 verksamheter svarade på enkäten, vilket motsvarar omkring 22 procent av de registrerade verksamheterna. En enkät skickades till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Enkäten om estetiska behandlingar besvarades av totalt 13 565 personer, varav 811 respondenter uppgav att de genomgått behandling sedan 2010. Datainsamlingen pågick i tre omgångar i december 2023, maj 2024 och mars 2025.

I avsnitten nedan redovisas ett urval av resultat från dessa undersökningar. Redovisningen bygger på sammanställningar som Vård- och omsorgsanalys tagit fram för Socialstyrelsens räkning. Ytterligare resultat samt metodbeskrivningar återfinns i Vård- och omsorgsanalys del- respektive slutrapport om LEKEI [16, 3].

Enligt verksamhetsenkäten arbetar framför allt sjuksköterskor och plastikkirurger med estetiska (LEKEI) behandlingar

I verksamhetsenkäten ställdes frågan om vilka yrkesgrupper som arbetar i verksamheten. Av svaren framgår att det framför allt är sjuksköterskor och

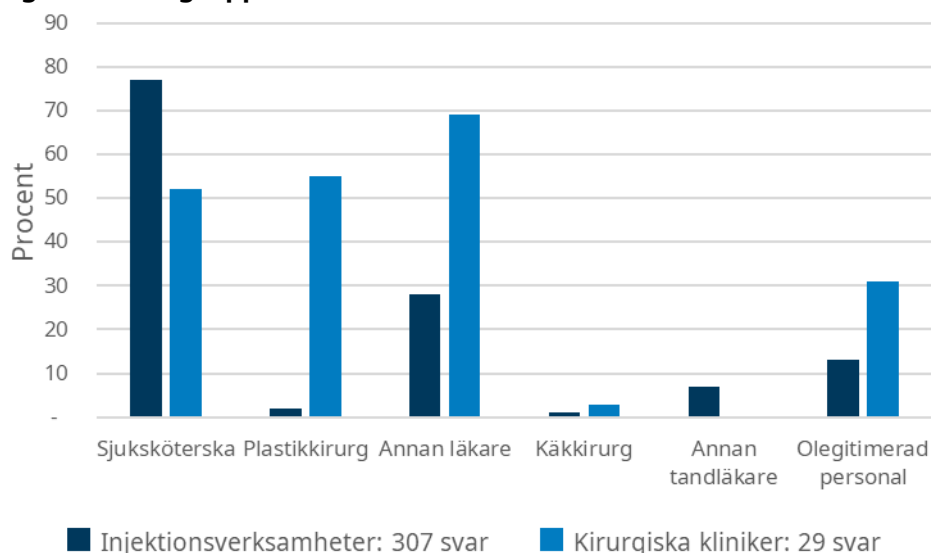
²⁴ Alternativt inom N-, eller F-tandvård.

plastikkirurger som arbetar i dessa verksamheter. Relativt få uppger att tandläkare arbetar där. Majoriteten av tandläkarna som arbetar i dessa verksamheter tycks även göra det på deltid.

Vård- och omsorgsanalys poängterar att verksamheter som har besvarat enkäten sannolikt tillhör de verksamheter som i högre grad följer lagar och regler, medan mer oseriösa verksamheter är underrepresenterade. Sannolikt innebär det att verksamheter som inte uppfyller kompetenskraven i LEKEI är underrepresenterade. Det skulle kunna betyda att en lägre andel LEKEI-verksamheter har tandläkare som arbetar där, än vad som framkommer av enkäten.

Av de 307 verksamheter som representerar injektionsverksamheter uppger totalt 8 procent att det arbetar en tandläkare där (1 procent svarar käkkirurg och 7 procent annan tandläkare)²⁵. Av de 29 verksamheter som representerar kirurgiska kliniker är det enbart en som svarar att det arbetar en käkkirurg där; ingen av dem uppger att det arbetar andra tandläkare där.

Figur 8. Yrkesgrupper som arbetar i LEKEI-verksamheter



Källa: Vård- och omsorgsanalys verksamhetsenkät. Enkätfråga: Vilka yrkesgrupper arbetar i verksamheten?

På frågan om vilka sorters behandlingar respektive yrkesgrupp arbetar med framkommer att en majoritet av tandläkarna arbetar med injektionsbehandlingar. Ingen uppgav att tandläkare arbetar med ”andra estetiska behandlingar (till exempel laser, peeling eller microneedling)”.

Frågan ”Arbetar du med estetiska behandlingar som din huvudsakliga sysselsättning?” ställdes enbart till respondenter som uppgett att de är den

²⁵ Av svaren framgår inte i vilken omfattning dessa tandläkare arbetar med LEKEI.

enda som arbetar i verksamheten. Av tandläkare svarar nästan alla, 11 av 12, att de gör det på deltid, medan en käkkirurg svarar att hen gör det på heltid.

I genomsnitt uppger verksamheterna att de genomför 50 injektionsbehandlingar per månad. Bland verksamheter där tandläkare arbetar är genomsnittet lägre, med 38 injektionsbehandlingar per månad. Enbart en verksamhet uppgav att den har käkkirurg som arbetar och utför kirurgi i verksamheten, men den verksamheten svarade inte på frågan om antal ingrepp per månad.

I princip alla verksamheter som svarat på enkäten, och som enbart utför injektionsbehandlingar, har en läkare knuten till verksamheten, även när en sjuksköterska eller tandläkare utför behandlingarna. Ungefär en tredjedel har läkare som arbetar i verksamheten, medan två tredjedelar uppger att de har extern läkarkontakt.

Patienternas erfarenheter pekar på ett liknande resultat

Från Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel framkommer att uppskattningsvis var tjugonde person i Sverige har genomgått ett estetiskt kirurgiskt ingrepp eller en injektionsbehandling sedan 2010. Personer som genomgått estetisk kirurgi eller estetisk injektionsbehandling 2010–2024 fick frågan om vilken yrkestitel de uppfattade att personen som utförde behandlingen vid deras senaste behandlingstillfälle hade. De flesta svarade sjuksköterska eller plastikkirurg. Enbart fyra procent uppfattade att det var en tandläkare som genomfört deras injektionsbehandling, och ingen av dem uppfattade att en tandläkare genomfört estetisk kirurgi.

Reglering av estetiska behandlingar

Estetiska injektionsbehandlingar är sedan 2021 reglerat i LEKEI. Syftet med lagen är att stärka skyddet för den enskildes liv och hälsa vid dessa typer av behandlingar (1 § LEKEI). LEKEI ska tillämpas på kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar som görs i syfte att förändra eller bevara utseendet på en människa som utförs inom en yrkesmässig verksamhet (2 § LEKEI).

LEKEI gäller inte om en behandling omfattas av tandvårdslagen (1985:125), inte heller gäller den för injektionsbehandlingar eller kirurgiska ingrepp som görs i munhålan eller om den utgör hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL (5 § LEKEI). Vissa ytliga injektioner omfattas inte av LEKEI²⁶ och tandvård av kosmetisk eller estetisk karaktär faller utanför lagens tillämpningsområde²⁷.

²⁶ 2 § förordningen (2021:367) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.

²⁷ Se proposition 2020/21:57 Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, s. 28 ff.

I LEKEI (8 §) ställs det krav på viss kompetens för att få utföra kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar. Det är endast den som har legitimation som läkare, tandläkare eller sjuksköterska som får utföra estetiska injektionsbehandlingar. Bara legitimerade läkare eller tandläkare med adekvat specialistkompetens för ingreppet får utföra estetisk kirurgi. Eftersom det är en arbetsuppgift med särskilda regler om vem som får utföra den, och som inte har någon regel som tillåter delegering, är det aldrig tillåtet med delegering.

Tandläkares förskrivningsrätt av läkemedel framgår av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Tandläkare som inte har specialistkompetens i oral kirurgi (käckkirurgi) får endast förskriva receptbelagda läkemedel som ska appliceras lokalt i munhålan och på angränsande vävnader samt läkemedel för behandling och förbyggande behandling av sjukdomar i eller på tänderna eller på angränsande vävnader (5 och 6 §§ HSLF-FS 2021:75).

Att estetiska injektionsbehandlingar får utföras av legitimerade tandläkare och sjuksköterskor innebär inte någon förändring av begränsningarna som finns i föreskrifter för exempelvis vem som får ordinera, förskriva, rekvirera och administrera läkemedel²⁸. Verksamheter som erbjuder injektioner med läkemedel med botulinumtoxin eller som exempelvis vill ha tillgång till receptbelagda smärtstillande medel samt hyaluronidas behöver en läkare knuten till sig som skriver ut och ordinerar läkemedlen [3].

Verksamheter som erbjuder exempelvis estetiska injektionsbehandlingar omfattas, förutom av LEKEI, även av patientsäkerhetslagen, patientdatalagen (2008:355) och patientskadelagen (1996:799) samt vissa bestämmelser i HSL. Flera av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd blir också tillämpliga, däribland Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO:s riktade tillsyn på området

IVO har tillsynsansvar över verksamheter som utför estetiska kirurgiska ingrepp eller estetiska injektionsbehandlingar. Mot bakgrund av ett stort antal inkomna signaler till myndigheten framför allt om att olegitimerad personal utförde estetiska behandlingar, men även om andra problem och risker, inledde IVO under 2022 en nationellt sammanhållen tillsynsinsats av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar. Tillsynen omfattade totalt 86 estetiska verksamheter.

²⁸ Se prop. 2020/21:57 s. 47 f.

IVO:s övergripande slutsats är att de granskade estetiska verksamheterna har omfattande och utbredda patientsäkerhetsbrister [17]. IVO:s tillsyn visar bland annat att det är vanligt att olegitimerad personal utför estetiska injektionsbehandlingar. IVO konstaterar även att den generella kunskapen om läkemedelshantering och ordination är låg – brister inom området förekommer i närmare hälften av de tillsynade verksamheterna. Det handlar bland annat om felaktiga förskrivningar, avsaknad av individuella ordinationer, felaktigt användande av generella direktiv och brister i förvaringen av läkemedel.

IVO har för Socialstyrelsens räkning identifierat att enbart tre av de 86 tillsynade verksamheterna hade tandläkare involverade. Socialstyrelsen har tagit del av protokoll och beslut rörande dessa tre ärenden. I dem framkommer bland annat att tandläkare förskrivit och ordinerat botulinumtoxin utanför sin behörighet.

Även tandvårdsaktörer framhåller det som problematiskt att vissa tandläkare använder sin förskrivningsrätt för att rekvirera läkemedlet botulinumtoxin på ett sätt som inte omfattas av deras förskrivningsbehörighet. Att fysiska apotek inte nekar utlämning utan ansvarig läkare ses också som problematiskt.²⁹

IVO kan inte se någon tydlig överrepresentation av tandvårdskliniker i inflödet av klagomål mot estetiska behandlingar jämfört med klagomål på andra behandlingar, även om tandläkare förekommer i flera ärenden. Enligt IVO kan det hypotetiskt bero på att omfattningen av denna verksamhet inom tandvården är liten, alternativt att tandvården sköter dessa behandlingar bättre än genomsnittet.

LEKEI har förbättrat förutsättningarna för patientsäkerhet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på regeringens uppdrag följt upp konsekvenserna av införandet av LEKEI samt om lagen har lett till högre patientsäkerhet.

I sin slutrapport [3] konstaterar Vård- och omsorgsanalys att LEKEI har förbättrat förutsättningarna för patientsäkra behandlingar genom tydliga krav på arbetssätt, legitimerad personal och informationsskyldighet. Myndighetens analys pekar på att patientsäkerheten går i rätt riktning. Det

²⁹ Få förpackningar botulinumtoxin (ATC-kod M03AX01) som hämtas från apotek förskrivs dock av tandläkare. År 2025 förskrev tandläkare totalt 111 sådana förpackningar - 55 inom och 56 utanför förmånen. Tandläkare står för mindre än en halv procent av alla förpackningar som förskrivs. Det visar uppgifter från e-hälsomyndighetens databas Concise. Uppgifterna avser enbart förskrivning som hämtas från apotek och inte rekvisitionsläkemedel (klinikläkemedel). De flesta förpackningar botulinumtoxin (cirka 88 procent) försäljs som rekvisitionsläkemedel men för den statistiken finns ingen uppdelning på utfärdare.

finns bland annat tecken på att komplikationer och besvär efter estetiska behandlingar har minskat efter att LEKEI trädde i kraft i juli 2021.

Samtidigt ser myndigheten brister i genomslaget för LEKEI. Lagen är relativt ny och det finns kvar verksamheter med stora patientsäkerhetsrisker som inte följer LEKEI eller relaterade lagar och deras föreskrifter. En orsak till det bristande genomslaget är enligt Vård- och omsorgsanalys att verksamheterna inte har tillräckliga kunskaper om de regler som gäller för estetiska behandlingar.

Framåtblickande perspektiv

Det finns en mängd, ofta samverkande, faktorer som påverkar både efterfrågan på och utbudet av tandvård och andra åtgärder som utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet. Utifrån Socialstyrelsens dialog med olika aktörer beskrivs här exempel på det.

Flera faktorer påverkar efterfrågan på och utbudet av åtgärder utanför tandvårdsstödet

Normer och ideal i samhället har en central påverkan på efterfrågan på både tandvård och andra åtgärder som utförs utanför tandvårdsstödet.

Tandvårdsaktörer som Socialstyrelsen har haft kontakt med lyfter bland annat att en ökad synlighet av ”perfekta leenden” via sociala medier, TV och reklam sannolikt har påverkat patienternas önskemål kring estetisk och kosmetisk tandvård såsom blekning, rakare tänder, fasader, med mera. Detta uppges särskilt gälla yngre vuxna och personer i storstäder. Vidare påpekas att sociala medier som Instagram och TikTok har en mycket stark påverkan. Någon aktör framhåller att marknadsföringen generellt är väldigt aggressiv, och att den skapar behov som inte finns.

Uppskattningsvis var tjugonde person i Sverige har genomgått ett estetiskt kirurgiskt ingrepp eller en injektionsbehandling sedan 2010. Var femte person som inte genomgått estetisk behandling, skulle samtidigt kunna tänka sig att göra det [3]. Injektionsbehandlingar är allt vanligare och utvecklingen påverkas av trender i samhället.

Utbudet påverkas vidare av en mängd faktorer. Tandvårdsaktörer lyfter bland annat ”önskan om estetisk specialisering hos vårdpersonal” samt ”marknadspositionering” och ”möjligheten att tjäna pengar”.

I takt med att befolkningens tandhälsa förbättrats har behovet av många typiska tandläkaråtgärder minskat. Både vårdgivare och patienter kan därför lägga mer tid och pengar på annat. Tandvårdsaktörer nämner även att patienternas ekonomiska förutsättningar och betalningsvilja påverkar

utvecklingen. En ökad disponibel inkomst i vissa grupper, samt etablerade finansieringslösningar (avbetalning/kredit) gör även estetiska åtgärder mer tillgängliga.

Vidare påverkar teknik- och materialutveckling både utbud och efterfrågan. Digital foto, 3D-skanning, CAD/CAM, nya keramiska material och kompositmaterial samt aligners har gjort estetiskt inriktade behandlingar mer förutsägbara och mindre invasiva. Det sänker tröskeln för både tandläkare och patienter att välja sådana behandlingar.

Lagar och regelverk har också en naturlig påverkan på utvecklingen. Tandvårdsaktörer nämner till exempel att TLV:s regelverk och ersättningsnivåer påverkar vad behandlare har möjlighet att göra och väljer att utföra inom stödet, och således även vad som görs helt utanför stödet.

Vidareutbildning inom LEKEI samt estetisk och kosmetisk tandvård

Utbildning är ytterligare ett exempel som nämns, som kan påverka både patientsäkerheten och utbudet av åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet.

I förarbetena till LEKEI ställer sig remissinstanserna generellt positiva till att det genom krav på legitimation (läkare, tandläkare, sjuksköterska) införs kompetenskrav på de personer som utför estetiska behandlingar. Flera aktörer lyfter samtidigt vikten av att vårdpersonal som arbetar med estetiska behandlingar har adekvat vidareutbildning för det efter legitimation.³⁰

Enligt branschföreträdare och vårdgivare som Socialstyrelsen haft kontakt med har utbildningsutbudet ökat. Bland annat med fler kurser och vidareutbildningar med estetisk profil, både via föreningar, industri och privata aktörer. Vissa branschorganisationer certifierar behandlare efter att de genomgått utbildningar och klarat kunskapskrav. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finns ett behov av att säkerställa att utbildningar för att lära ut metoder för estetisk kirurgi och injektionsbehandlingar håller en tillräcklig kvalitet [3].

Någon tandvårdsaktör nämner även en förhoppning om att framtida tandläkare får bättre kunskap under grundutbildningen, för att kunna möta patienternas frågor och på ett bättre sätt kunna avråda från behandling när det ej är indicerat, samt kunna förklara riskerna.

Enligt två lärosäten (tandläkarutbildningar) som Socialstyrelsen har haft dialog med visar tandläkarstudenter redan från termin 1 ett högt intresse för estetiska injektionsbehandlingar. Ett lärosäte beskriver att de har lärandemål

³⁰ Se prop. 2020/21:57 s. 39 ff.

som att ”Beskriva vad botulinum toxin-A är, dess effekter och bieffekter” och ”Redogöra för indikationer för och administrering av botulinumtoxin inom odontologisk verksamhet och hur man tar hand om komplikationer efter injektioner med botulinumtoxin och fillers”. Frågor om aligners och fasader tas också upp på den utbildningen. Det är behandlingar som kan ske på både odontologisk och estetisk indikation. Ett annat lärosäte lyfter att studenterna får lära sig om blekning i klinikframställda skenor – både sett till möjligheter och risker. Enligt det lärosätet uppmuntrar de inte dessa behandlingar, däremot pratar de om adekvat indikation. Meningen är att studenterna ska ha kännedom om dessa metoder som ibland kan vara indicerade, till exempel att byta ut missfärgade fyllningar i fronten.

Diskussion och slutsatser

Uppgifter som redovisats i denna rapport tyder på att det framför allt är en förbättrad tandhälsa och därigenom minskade tandvårdsbehov som ligger bakom en minskad produktion inom det statliga tandvårdsstödet. I takt med att tandhälsan har förbättrats bland dem i befolkningen som besöker tandvården, har behovet av många typiska tandläkaråtgärder minskat. I teorin har det frigjort tandläkartid som kan användas till annat, eller till att använda mer tid till varje utförd åtgärd. Samtidigt ger mått baserade på tandvårdskonsumtion inte hela bilden av tandhälsan; exempelvis avstår en del patienter tandvård av ekonomiska skäl och i delar av landet råder det brist på tandvårdspersonal.

Rapportens kartläggning pekar på att tandvård och andra åtgärder som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet³¹ utgör en begränsad del av den samlade tandvårdsverksamheten, se tabell 2.

LEKEI infördes i januari 2021 och en central del i innevarande regeringsuppdrag handlade om att analysera lagens konsekvenser på tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Det är svårt att få en exakt och heltäckande bild men de olika datakällor som sammanställts i denna rapport pekar på att tandläkare i en mycket liten omfattning ägnar sig åt LEKEI-verksamhet. Därför är det också rimligt att anta att LEKEI haft ringa, om några, konsekvenser på tillgängligheten till tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.

För att mer detaljerat och heltäckande kunna svara på frågor om vad tandläkare gör utanför det statliga tandvårdsstödet behövs också bättre tillgång till data. Idag saknas det på nationell nivå systematisk registrering och uppföljning av åtgärder som genomförs utanför det statliga tandvårdsstödet. Något som skulle kunna bidra till bättre förutsättningar för uppföljning är ett utvecklat tandhälsoregister där även data om vård som sker utanför det statliga tandvårdsstödet inkluderas³². *Utredningen om hälsodataregister* lyfter vikten av att Tandhälsoregistret även inkluderar ”uppgift av medicinsk betydelse för patientens tandhälsa”, vilket skulle kunna innebära att diagnoser kan följas över tid [18]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat [19] att Tandhälsoregistret behöver utvecklas i tydligare riktning som ett hälsodataregister med relevanta tandhälsomått som ger förutsättningar att följa upp hälsan i hela befolkningen. Det behövs även tydligare kodning som ger möjlighet att skilja tandvård inom stödet från tandvård utanför stödet (exempelvis med markering av rent kosmetisk

³¹ Samt utanför regionala tandvårdsstöd och barntandvård.

³² Inte heller regionfinansierad barn- och ungdomstandvård eller tandvård som ges som led i sjukdomsbehandling under begränsad tid inkluderas i Tandhälsoregistret.

indikation). Ett annan möjlighet är till exempel återkommande studier där tandläkare själva anger hur arbetstiden fördelas mellan dessa områden.

Tabell 2. Resultat från datakällor som använts i kartläggningen av tandvård och andra åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet

Datakälla	Resultat	Övrigt/kommentar
TLV:s tandvårdsenkät ...	Den största delen av omsättningen inom tandvårdsbranschen avser tandvård utförd inom det statliga tandvårdsstödet.	Den andel av omsättningen som avser åtgärder utanför det statliga tandvårdsstödet utgörs framför allt av ersättningsberättigad barntandvård.
... kompletterat med uppgifter från ett urval av folktandvårdsorganisationer och stora privata företag i tandvården ...	... omkring 2 procent av tandvårdsbranschens omsättning avser kosmetisk eller estetisk tandvård som helt bekostas av patienten ...	Samtliga folktandvårdsorganisationer framhåller att de inte erbjuder LEKEI-behandlingar i sin verksamhet.
... Uppgifter till Socialstyrelsen från de tre största företagen i tandvården.	... en ytterst marginell andel (mindre än eller någon bråkdel av en procent) av företagens omsättning avser LEKEI-behandlingar.	Företagen har en restriktiv hållning och något av dem har beslutat att LEKEI-behandlingar inte får utföras i deras verksamhet.
Uppgifter från Socialstyrelsen och SCB om sysselsatta legitimerade tandläkare efter näringsgren.	De flesta tandläkare arbetar inom (inte utanför) tandvården. Andelen som är sysselsatta inom tandvården har legat stabilt på drygt 90 procent de senaste 15 åren.	År 2024 fanns det totalt cirka 9 360 sysselsatta tandläkare. Det är 1 370 fler jämfört med 2009 då antalet var 7 990.
IVO:s vårdgivarregister ...	Få, cirka 3 procent, av alla verksamheter med tandläkarinriktning har även angett att de har LEKEI-inriktning ...	Verksamheterna med LEKEI-inriktning bedrivs enbart i privat regi och är framförallt lokaliserade i storstäder.
... IVO:s vårdgivarregister och Socialstyrelsens tandhälsoregister ...	... majoriteten av dessa verksamheter bedriver tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet ...	
... manuell sökning på allabolag.se.	... övriga är framförallt små företag med få anställda.	
Vård- och omsorgsanalys enkät till verksamheter med LEKEI-inriktning	Närmare en av tio (8 procent) LEKEI-verksamheter uppger att tandläkare arbetar där.	Enkäten riktades till verksamheter i IVO:s vårdgivarregister.
Vård- och omsorgsanalys enkät till befolkningspanel.	Få personer som genomgått en LEKEI-behandling uppfattar att det var en tandläkare som genomförde behandlingen.	Enbart fyra procent uppfattade att det var en tandläkare som genomfört deras injektionsbehandling. Ingen uppfattade att en tandläkare genomfört estetisk kirurgi.

En fråga som rapporten bara delvis belyser är hur den tandläkartid som frigjorts till följd av förbättrad tandhälsa används. Tandvårdsaktörer framför bland annat att den estetiska delen i tandvården har blivit viktigare, även i behandling som är odontologiskt motiverad, i takt med att samhällets krav på utseende förändras. Vissa tandvårdsaktörer hänvisar också till att en större andel nyutexaminerad personal medför att vissa åtgärder tar mer tid att genomföra. Tandvårdsaktörer lyfter vidare att gränsdragningen mellan odontologiskt motiverad behandling och behandling med huvudsakligen estetisk eller kosmetisk indikation är otydlig. Detta talar för ett behov av fortsatt dialog och eventuella förtydliganden på området.

Vidare nämner flera aktörer att alltmer tid går åt till administration. Exempelvis nämns att patientsäkerhetsfrågor tar mer tid idag än tidigare. Hur mycket tid som tandvårdspersonal lägger på administration, och av vilken anledning, är dock inget som undersökts eller besvaras i denna rapport. I en underlagsrapport till Vårdansvarskommittén 2024 [20] fördjupas frågan om administration i hälso- och sjukvården. I den rapporten konstateras att den ökande administrationen är en realitet inom hälso- och sjukvården. Till stor del består de administrativa arbetsuppgifterna av dokumentation, möten och kommunikation.³³

Det är även viktigt att påpeka att kunskapen i denna rapport ger en ögonblicksbild. Framöver är det angeläget att fortsatt följa utvecklingen i befolkningens munhälsa, samt de prioriteringar som görs i relation till lagar och riktlinjer i vården.

I Socialstyrelsens utvärdering av tandvården [21] framkommer att följsamheten till riktlinjerna behöver öka, och att huvudmän och vårdgivare behöver fortsätta sitt arbete för att skapa en god och mer jämlik tandvård och munhälsa. Bland annat när det kommer till att utveckla arbetet med förebyggande och hälsofrämjande insatser³⁴.

Några tandvårdsaktörer lyfter i övrigt att prisregleringen som införts i tandvården 2026³⁵ ökar incitamentet för vårdgivare i tandvården att hitta alternativa intäktskällor, som att erbjuda estetiska injektionsbehandlingar.

³³ I rapporten konstateras att en viss andel administration alltid behövs för att en organisation ska kunna fungera. Samtidigt nämns att det kan förekomma överadministration och administration som utförs på fel nivå av fel personer. För att kunna föra en meningsfull diskussion om eventuell minskning av det administrativa arbetet, ses det även som nödvändigt att nansera och definiera hur man kan se på begreppet och de aktiviteter som avses med administration.

³⁴ Det faktum att vuxna själva får betala en stor andel av sin tandvård kan påverka deras vilja att ta emot hälsofrämjande insatser, men även andra behandlingar och åtgärder som patienten upplever vara alltför kostsamma. Trots det behöver tandvården, i syfte att minska antalet personer som får munsjukdomar, försöka arbeta hälsofrämjande och förebyggande i större utsträckning [21].

³⁵ I januari 2026 trädde en ny tandvårdsreform i kraft och högkostnadsskyddet för personer som är 67 år eller äldre har förstärkts. I samband med det har även prisreglering införts på de behandlingar som omfattas av reformen.

Ur ett samhällsperspektiv är det också viktigt att beakta eventuella målkonflikter som skulle kunna uppstå till följd av LEKEI. Lagen kom till för att stärka skyddet för den enskildes liv och hälsa vid estetisk kirurgi och estetiska injektionsbehandlingar. LEKEI har förbättrat förutsättningarna för patientsäkra behandlingar genom tydliga krav på arbetssätt och legitimerad personal (läkare, tandläkare, sjuksköterska). Det finns också tecken på att komplikationer och besvär efter estetiska behandlingar minskat efter att LEKEI trädde i kraft [3]. Samtidigt kvarstår brister i efterlevnaden av regelverket, särskilt i delar av den estetiska branschen. Om en betydande del av tandläkares tid skulle gå åt till LEKEI-behandlingar skulle det samtidigt kunna försämra tillgängligheten till tandvård. I denna rapport ser vi däremot inte att den målkonflikten har uppstått.

Referenser

1. Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: TLV; 2023.
2. Rättslig vägledning från Skatteverket. Hämtad 2026-01-20 från www4.skatteverket.se/rattsligvagledning/edition/2025.6/409691.html#h-Eстетiska-operationer-och-behandlingar.
3. Ett litet lyft för patientsäkerheten. Uppföljning av lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar: slutrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2025. Rapport 2025:3.
4. Oral health. WHO; 2026. Hämtad 2026-01-21 från www.who.int/health-topics/oral-health.
5. Lars Sjödin. Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandstatus – lägesrapport för åren 2009 till 2025. Underlagsrapport till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2026. Rapporten kan begäras ut via dokumentnummer 54922/2025-5 från Socialstyrelsens registratur.
6. Nationella riktlinjer för tandvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
7. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Betänkande av Utredningen om Jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).
8. Tänder & Trender. En rapport om munhälsa från SKaPa. Hämtad 2024-11-17 från www.skapareg.se/wp-content/uploads/2023/12/TÄNDER-TRENDER-231103_NY1.pdf. SKaPa (u.å.).
9. Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål. Stockholm: Riksrevisionen; 2025. RiR 2025:34.
10. Statistik inom tandvårdsområdet. Hämtad 2026-01-11 från www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/tand/tand-behandlare/TVSBehandlare.
11. PM om Tandvårdsenkät 2025. Dnr. 688/2025. TLV; 2025.
12. Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län 2022. Region Stockholm; 2023.
13. Regionernas tandvårdsstöd – Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2023. SKR.
14. Verksamhetsstatistik 2015–2024. Hämtad 2026-01-08 från <https://skr.se/halsaochsjukvard/ekonomiochavgiftersjukvard/ekonomiochverksamhetsstatistiksjukvard.7872.html>.
15. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
16. Erfarenheter av estetisk kirurgi och injektionsbehandlingar. Delredovisning av uppdrag om uppföljning av lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2024. PM 2024:6.
17. Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar. Slutrapport. Stockholm: IVO; 2024.

18. Ett nytt regelverk för hälsodataregister. Betänkande av Utredningen om hälsodataregister (SOU 2024:57).
19. Tandvården och Vårdansvarskommittén - Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
20. Administration i hälso- och sjukvården - några organisationsteoretiska iakttagelser. Underlagsrapport 3 i betänkande av Vårdansvarskommittén (SOU 2025:62).
21. Utvärdering av tandvården – Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
22. Rusning till vårdgivarregistret inför tillståndsplikten. Nyhetsartikel i Tandläkartidningen 2026-01-21.

Bilaga 1. IVO:s vårdgivarregister

Analysen grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025. Urvalet omfattar enbart verksamheter som är aktiva, och som angett att de har någon tandläkar- och/eller LEKEI-inriktning, se tabell 3.

IVO har inget tydligt direktiv kring vilka inriktningskoder vårdgivare ska registrera för en viss verksamhet i vårdgivarregistret. Vårdgivare får själva välja en eller flera koder som bäst ramar in den vård som bedrivs i deras verksamhet. Valbara koder återfinns i dokumentet ”Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen”³⁶.

Tabell 3. Inriktningskoder för tandvård och LEKEI

Kod	Inriktning
01 Tandhygienistverksamhet*	Tandvårdsinriktning
A02 Tandläkarverksamhet, Allmän tandvård	Tandvårdsinriktning
A03 Pedodonti	Tandvårdsinriktning
A04 Ortodonti	Tandvårdsinriktning
A05 Parodontologi	Tandvårdsinriktning
A06 Oral kirurgi	Tandvårdsinriktning
A07 Endodonti	Tandvårdsinriktning
A08 Oral protetik	Tandvårdsinriktning
A09 Odontologisk radiologi	Tandvårdsinriktning
A10 Bettfysiologi	Tandvårdsinriktning
A11 Orofacial medicin	Tandvårdsinriktning
A12 Hemtandvård	Tandvårdsinriktning
B18 Estetiska kirurgiska ingrepp	LEKEI-inriktning
B19 Estetiska injektionsbehandlingar	LEKEI-inriktning

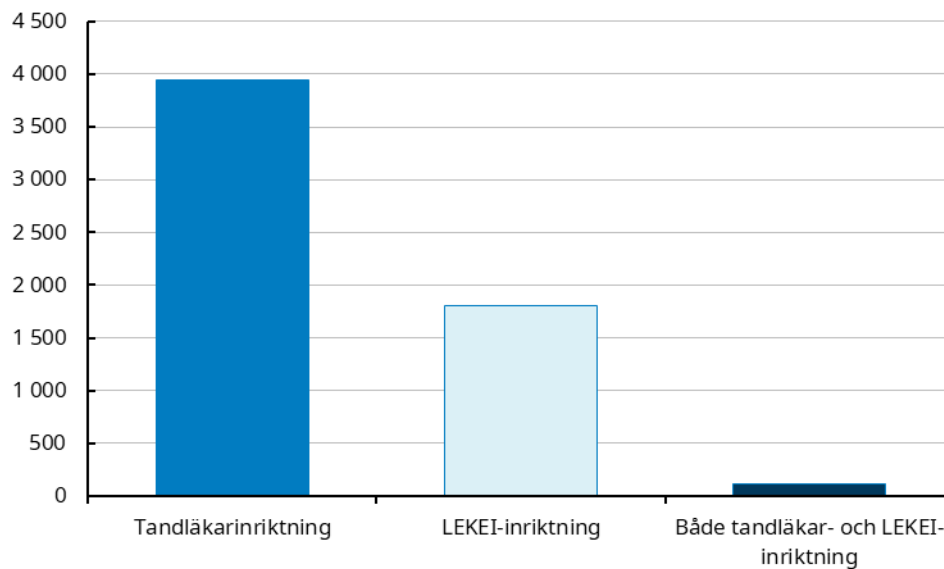
* Koden ”01 Tandhygienistverksamhet” är exkluderad från analysen. Totalt 260 rader har enbart den inriktningskoden. Två av dessa har enbart angett koderna A01 Tandhygienistverksamhet och B19 Estetiska injektionsbehandlingar.

En verksamhet kan ha flera verksamhetsställen vilka redovisas på separata rader och med olika inriktningskoder i registret. En sammanslagning har därför gjorts av dessa utifrån en matchning på organisationsnummer och besöksadress. Efter denna matchning framkommer att det finns totalt 3 943

³⁶ www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/register/koder-vid-anmalan-av-verksamhet-enligt-psl-2025-03-05.pdf.

verksamheter med tandläkarinriktning och 1 809 verksamheter med LEKEI-inriktning i vårdgivarregistret. Av dessa har 115 verksamheter *både* tandläkar- och LEKEI-inriktning (de kan även ha andra inriktningskoder).

Figur 9. Antal verksamheter per kodgrupp



Källa: Bearbetat från IVO:s vårdgivarregister. Grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025.

Tabell 4. Antal verksamheter per kodgrupp och region

Region	Antal med A (de med enbart A01 är exkl.)	Antal med B18 eller B19	Antal med A och B18 eller B19	Andel A med LEKEI
Uppsala	138	66	9	6,5%
Östergötland	157	68	8	5,1%
Stockholm	1 172	587	51	4,4%
Västernorrland	69	36	3	4,3%
Örebro	89	37	3	3,4%
Västra Götaland	645	288	18	2,8%
Halland	111	48	3	2,7%
Skåne	608	289	13	2,1%
Västmanland	97	59	2	2,1%
Blekinge	56	17	1	1,8%
Jämtland	70	10	1	1,4%
Kronoberg	71	21	1	1,4%
Dalarna	76	32	1	1,3%
Södermanland	81	40	1	1,2%
Gotland	17	6	0	0,0%
Gävleborg	62	55	0	0,0%
Jönköping	110	42	0	0,0%
Kalmar	63	30	0	0,0%
Norrbotten	81	21	0	0,0%
Värmland	83	31	0	0,0%
Västerbotten	87	26	0	0,0%
Total//Genomsnitt	3 943	1 809	115	2,9%

Källa: Bearbetat från IVO:s vårdgivarregister. Grundar sig i ett utdrag från vårdgivarregistret oktober 2025.

Troligen finns en viss underrapportering till vårdgivarregistret, särskilt sett till mer oseriösa verksamheter. En aktuell, gedigen och publik täckningsgradsanalys saknas dock i nuläget, både avseende tandvårds- och LEKEI-verksamheter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppskattade lågt räknat att 8–24 procent av det totala antalet LEKEI-verksamheter inte var anmälda till vårdgivarregistret hösten 2024 [16]. Samtidigt visar en stickprovskoll Socialstyrelsen genomfört på ett urval av dessa verksamheter att flera av dem faktiskt förekom i vårdgivarregistret

oktober 2025, dock med en annan inriktningskod än LEKEI (i detta fall tandvårdsinriktning) alternativt som nedlagd verksamhet.

Vidare baseras Vård- och omsorgsanalys täckningsgradsanalys på ett utdrag från IVO:s vårdgivarregister i januari 2024. Då hade 1 600 verksamheter anmält till IVO att de utför estetisk kirurgi eller injektionsbehandlingar. I oktober 2025 fanns det 1 800 sådana verksamheter. Det motsvarar således en ökning på cirka 13 procent mellan januari 2024 och oktober 2025.

Den 1 januari 2026 infördes regler om tillståndsplikt för privata vårdgivare som bedriver tandvårdsverksamhet. En privat vårdgivare som före ikraftträdandet påbörjat tandvårdsverksamhet och anmält detta till IVO får fortsätta bedriva verksamheten utan tillstånd under en övergångsperiod. De nya reglerna har enligt uppgifter i en artikel i Tandläkartidningen medfört att många vårdgivare har anmält sin verksamhet till IVO innan ikraftträdandet för att omfattas av övergångsbestämmelserna [22]³⁷.

³⁷ I denna rapport baseras Socialstyrelsens analyser på ett utdrag från vårdgivarregistret i slutet av oktober 2025. Under november och december skedde enligt uppgifter i artikeln i Tandläkartidningen omkring 100 nyregistreringar av tandvårdsverksamheter i registret. I relation till antalet tandvårdsverksamheter som inkluderas i Socialstyrelsens analyser motsvarar dessa uppskattningsvis omkring 3 procent.

Bilaga 2. Aktörer som har bidragit i arbetet

Under november 2025 kontaktade Socialstyrelsen omkring 30 aktörer i tandvården per mejl med förfrågan om de ville bidra med sina perspektiv i regeringsuppdraget. Omkring 25 aktörer har skriftligt och/eller under möten bidragit med perspektiv och synpunkter, se tabell 5.

De specifika frågeställningar Socialstyrelsen har ställt varierar utifrån de roller olika aktörer har. Följande frågor ställdes, med vissa variationer, till ett urval av offentliga och privata vårdgivare i tandvården:

1. Vilken typ av tandvård respektive andra åtgärder utförs av tandläkare utanför det statliga tandvårdsstödet?
 - Hur är fördelningen mellan odontologiskt motiverad tandvård, kosmetiska tandvårdsåtgärder som ryms inom tandvårdslagen och åtgärder inom LEKEI?
 - Vilka är de vanligaste åtgärderna i kategorin "kosmetisk tandvård" respektive "estetiska injektioner/estetisk kirurgi"?
 - Vad ser ni påverkar utbudet av och efterfrågan på denna typ av åtgärder?
2. Genomför er verksamhet/de ni representerar denna typ av åtgärder?
 - Hur ser ni på frågan om bisysslor?
3. Vilka möjliga konsekvenser ser ni att tandläkares verksamhet inom ramen för LEKEI kan få på tillgängligheten till tandvård inom det statliga TV-stödet? (eller det regionala)
 - Är frågan på agendan i er organisation? Om ja - på vilket sätt?
4. Har ni andra synpunkter eller kommentarer som kan vara värdefulla för vårt arbete?

Med ett urval av aktörer genomfördes möten, i de flesta fallen digitalt. Syftet med dessa möten var framför allt att mer ingående kunna diskutera frågorna som skickats per mejl.

Tabell 5. Aktörer som bidragit med perspektiv och synpunkter

Tabellen inkluderar både skriftliga och muntliga bidrag

Kontaktperson/Namn	Organisation	Skriftligt svar	Möte
	Socialstyrelsens dialogforum tandvård ³⁸		x
Maria Johansson	Regionernas tandvårdsnätverk <i>Skriftligt svar från 9 regioner³⁹ varav flera av dem stämt av med folktandvården i sin region.</i>	x	x
Anna Carin Dahlgren	Svensk Folktandvårdsförening <i>Ett urval av åtta folktandvårdsorganisationer deltog under mötet⁴⁰. Skriftligt svar från fyra folktandvård-organisationer⁴¹.</i>	x	x
Lars Olsson	Privattandläkarna	x	x
Chaim Zlotnik Daniela Sameland	Sveriges tandläkarförbund	x	x
Fouzieh Eliassy	Sveriges tandhygienistförening	x	
Patrik Jonson	Sveriges tandteknikerförbund	x	
Andreas Storvik	Swedish academy of cosmetic dentistry (SACD)	x	x
Sabina Lindahl	Riksförbundet för estetisk medicin (f.d. Estetiska injektionsrådet)	x	x
Anders Jonsson	Praktikertjänst	x	x
Philip Arneryd	Smile Tandvård	x	x
Niklas Virta	Aqua Dental	x	x
Bodil Lund	Karolinska Institutet	x	
Per Alstergren	Malmö Universitet	x	
Shariel Sayardoust	Svensk förening för parodontologi och implantologi	x	
Anders Wikander	IVO	x	

³⁸ Här ingår representanter för regionernas tandvårdsnätverk, Svensk Folktandvårdsförening, SKR, Privattandläkarna, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Praktikertjänst AB och Nationellt Programområde (NPO) tandvård.

³⁹ Region Blekinge, Dalarna, Halland, Kronoberg, Norrbotten, Stockholm, Västernorrland, Västmanland och Örebro.

⁴⁰ Folktandvården i regionerna Östergötland, Västra Götaland, Värmland, Kalmar, Västernorrland, Kronoberg, Stockholm, Jämtland-Härjedalen.

⁴¹ Folktandvården i regionerna Västra Götaland, Stockholm, Kronoberg och Västerbotten.

Flera myndigheter har bistått med underlag

I arbetet med detta uppdrag har Socialstyrelsen fått stor hjälp från flera andra myndigheter. Deras bidrag har varit mycket värdefulla.

Från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bland annat Eva Cooper-Hagbjer och Annasara Agfors bidragit med sammanställningar från enkäter de genomfört inom ramen för sitt regeringsuppdrag att följa upp konsekvenserna av införandet av LEKEI. Från IVO har bland annat Sabina Tedestam bidragit med ett utdrag av uppgifter från IVO:s vårdgivarregister, Gunnar Holm med uppgifter kopplat till täckningsgrandsanalyser, och Petra Thell bidragit med information från IVO:s riktade tillsyn av LEKEI-verksamheter. Från TLV har bland annat Achilleas Kitsoulis, Carl Björvang och Mikael Moutakis bidragit med sammanställningar från TLV:s tandvårdsenkät.

Utanför tandvårdsstödet



Utanför tandvårdsstödet (artikelnr 2026-3-10031)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.