Region Örebro län

Rapport
Datum: 2026-01-22

Ekonomisk analys av externa och interna förändringar som påverkar och kommer att påverka ekonomin för Folktandvården i Region Örebro län

Ekonomisk analys av externa och interna förändringar som påverkar och kommer att påverka ekonomin för Folktandvården i Region Örebro län

2026-01-22

Sammanfattning

Folktandvården (FTV) har haft ekonomiska utmaningar i flera år och det senaste året har detta påverkats än mer negativt av stora systembyten. Nu står verksamheten inför förändrade omvärldsfaktorer som nya politiska riktlinjer och reformer, förändringar i lagstiftning och statsbidrag. Detta har och kommer ha betydande ekonomiska konsekvenser i behov av analyser. Folktandvårdsnämnden har på sammanträde 2025-10-16 gett folktandvårdsdirektören i uppdrag att göra en ekonomisk analys av externa och interna förändringar som påverkar och kommer att påverka ekonomin för FTV.

Syftet är att göra en ekonomisk analys med fokus på hur de externa förändringarna ändrad ålder för barntandvård samt kommande reform om ett förstärkt högkostnadsskydd Särskild tandvårdsersättning (STE), tidigare kallad tiotandvård, påverkar och kommer att påverka verksamhetens förutsättningar, resurser och framtida planering; samt vilka ekonomiska konsekvenser som införande av journalsystemet Frenda har haft för verksamheten. Analysen ska ge underlag för strategiska beslut och bidra till ökad ekonomisk hållbarhet.

Analysen tar sin utgångspunkt i nio huvudsakliga förutsättningar som påverkar FTV på kort och lång sikt.

- Budgetunderskott med negativt resultat sedan flera år och även när 2025 startade
- Verksamhetspåverkan av de nya tandvårds- och bildhanteringssystemen Frenda och Sectra
- Nationellt beslutad sänkning av ålder för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år
- Ortodonti och Lagen om valfrihet (LOV)
- Införande av förstärkt högkostnadsskydd Särskild tandvårdsersättning (STE)
- Kompetensförsörjning och personalomsättning
- Introduktion, handledning och traineeprogram
- Prioriteringsordning och anvisningar
- Befolkningsutveckling

En genomgång av utmaningarna och en kostnads-nyttoanalys resulterar i ett antal förslag på insatsområden att bevaka, genomföra och utveckla samt rekommendationer för framtida beslut. De största utmaningarna för FTV Region Örebro län är kortsiktigt kopplade till budgetunderskott, reformer och systembyten och långsiktigt till produktivitetstapp i kombination med kompetens- och handledarbrist. De möjliga åtgärderna har både direkta kostnader och långsiktiga nyttor. För att maximera nyttan och minimera kostnaderna rekommenderas:

- Fortsatt strikt ekonomisk uppföljning med handlingsplaner som inkluderar osäkerhetsfaktorer som följder av STE:s införande. De stora långsiktiga utmaningarna finns inom ATV men även STV har betydande ekonomiska utmaningar med balansen mellan tandvårdsuppdraget, utbildning och forskning, inklusive uppdraget Nationellt odontologiskt centrum (NOC).
- Arbeta med balansen mellan vuxentandvård och barntandvård. Förslaget är att, utan att frångå behovsprioriteringen, sondera möjligheten att prioritera

vuxentandvården ytterligare. Det bör även arbetas för att privata aktörer ska ta mer ansvar för barntandvården.

- Utifrån regionens övergripande kompetensförsörjningsstrategi jobbar förvaltningen vidare med sin kompetensförsörjningsplan där fokus ligger på att rekrytera men framför allt att behålla medarbetare samt utveckling och utvärdering av arbetssätt. Även kompetensutveckling på grupp och individnivå samt konkurrenskraftiga löner för samtliga yrkeskategorier är i fokus.
- Riktade satsningar på introduktion, handledning och traineeprogram. En översyn ska under 2026 resultera i tänkbara scenarier för förändrad handledning med ekonomiska konsekvenser och rekommendationer för kort och långsiktiga åtgärder och beslut. Översynen ska utgöra underlag dels till hur det utannonserade statliga tillskottet till budgeten på ett ännu oklart antal mnkr ska användas, dels till förslag om en justering i överenskommelsen med regionstyrelsen om den ersättning för trainees som idag är låst till ett fast antal.
- Justerade anvisningar som inte innebär krav på att tandläkare behöver undersöka barn där den odontologiska bedömningen är att tandhygienistkompetens är tillräcklig. Det kommer öka FTV:s möjligheter att förändra arbetsflöden och mönster och göra FTV mer behovsstyrt.
- Förändrade krav avseende stoppad ersättning för barn som uteblir från tandvård. Barn som uteblir tar omfattande administrativ tid i anspråk, dels på grund av obokade tider utan ersättning, dels i form av en risk för ett ökat senare vårdbehov som då behöver omhändertas och i enlighet med rådande regelsystem utan ersättning.
- Proaktiv planering utifrån demografiska förändringar och nationella reformer där klinikutbudet anpassas efter behov, bemanning och ekonomi. Förvaltningen föreslår en strukturell översyn av vårdutbudet där det identifieras ett basutbud som alla kliniker i ATV ska ha medan ett mer utökat standardutbud finns på länets större ATV-kliniker.

Innehåll

1. Inledning 5

1.1 Bakgrund……..... 5

1.2 Syfte, mål, omfattning och tidsram..... 5

1.3 Upplägg och metod för analysen 5

1.4 Uppdragets organisation..... 6

2. Nuläge, förutsättningar och effekter 6

2.1 Budgetunderskott med negativt resultat sedan flera år och även när 2025 startade…… 6

2.2 Verksamhetspåverkan av de nya tandvårds- och bildhanteringssystemen Frenda och Sectra….. 9

2.3 Nationellt beslutad sänkning av ålder för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år..... 11

2.4 Ortodonti och Lagen om valfrihet (LOV) 11

2.5 Införande av förstärkt högkostnadsskydd Särskild tandvårdsersättning (STE) ..12

2.6 Kompetensförsörjning och personalomsättning..... 15

2.7 Introduktion, handledning och traineeprogram 18

2.8 Prioriteringsordning och anvisningar..... 20

2.9 Befolkningsutveckling 22

3. Kostnads-nyttoanalys av möjliga åtgärder..... 25

4. Summering och förslag på åtgärder 27

5. Bilagor..... 28

5.1 Bilaga 1: Anvisningar för vuxentandvård och barn- och ungdomstandvård..... 28

5.2 Bilaga 2: Befolkningsframskrivningar 2025–2034..... 30

1. Inledning

Här beskrivs uppdragets bakgrund, syfte, mål, omfattning och tidsram, och även valt upplägg och metod för analys.

1.1 Bakgrund

FTV har haft ekonomiska utmaningar i flera år och i slutet av 2024 och under 2025 hade systembyten stark påverkan. Nu står verksamheten inför förändrade omvärldsfaktorer såsom nya politiska riktlinjer och reformer, förändrad lagstiftning och förändringar i statsbidrag. Detta har och kommer ha betydande ekonomiska konsekvenser som behöver analyseras systematiskt. Folktandvårdsnämnden har därför på sammanträde 2025-10-16 gett folktandvårdsdirektören i uppdrag att genomföra en ekonomisk analys av externa och interna förändringar som påverkar och kommer att påverka ekonomin för FTV i Region Örebro län.

1.2 Syfte, mål, omfattning och tidsram

Syftet är att genomföra en ekonomisk analys med fokus på hur de externa förändringarna ändrad ålder för barntandvård och kommande reform särskild tandvårdsersättning (STE), tidigare kallade tiotandvård, påverkar och kommer påverka verksamhetens förutsättningar, resurser och framtida planering; hur en allt yngre yrkeskår ska kunna säkra handledare och trygg bemanning på kliniker där erfaren personal blir en allt större bristvara; samt vilka ekonomiska konsekvenser införande av journalsystemet Frenda har haft. Analysen ska ge underlag för strategiska beslut och bidra till ökad ekonomisk hållbarhet.

Målen med rapporten är att:

- Identifiera relevanta externa samt interna faktorer som påverkar verksamheten.
- Bedöma ekonomiska konsekvenser av dessa faktorer.
- Presentera scenarier och rekommendationer för framtida beslut.

Omfattningen styrs av att analysen ska inkludera:

- Kostnads-nyttoanalys av möjliga åtgärder.
- Prognoser för ekonomisk påverkan på kort och lång sikt.
- Rekommendationer för anpassning och resursfördelning.

Tidsram för uppdraget:

- Uppdraget skulle ursprungligen genomföras under hösten 2025 med slutrapport senast 11 december 2025. Då riksdagens beslut om STE fattades först 3 december 2025 beslutade folktandvårdsnämnden 20 november 2025 att arbetet förlängs under hösten/vintern 2025/2026 med slutrapport senast 12 februari 2026.

1.3 Upplägg och metod för analysen

I kapitel 2 visas förutsättningar för FTV Region Örebro läns allmäntandvård (ATV) och specialisttandvård (STV). Analysen tar sin utgångspunkt i nio huvudsakliga förutsättningar som påverkar FTV på kort och lång sikt.

- Budgetunderskott med negativt resultat sedan flera år och även när 2025 startade
- Verksamhetspåverkan av de nya tandvårds- och bildhanteringssystemen Frenda och Sectra
- Nationellt beslutad sänkning av ålder för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år
- Ortodonti och Lagen om valfrihet (LOV)
- Införande av förstärkt högkostnadsskydd Särskild tandvårdsersättning (STE)
- Kompetensförsörjning och personalomsättning
- Introduktion, handledning och traineeprogram
- Prioriteringsordning och anvisningar
- Befolkningsutveckling

Ovan punktlista går från det som påverkar just nu till det långsiktiga perspektivet. Estimerade beräkningar baseras på förvaltningens ekonomiska nuläge.

I kapitel 3 summeras en kostnads-nyttoanalys av möjliga åtgärder och i kapitel 4 redovisas analysen av effekter och förslag på insatsområden att bevaka, genomföra och utveckla samt rekommendationer för framtida beslut.

Faktainsamling och analyser genomfördes september-december 2025.

1.4 Uppdragets organisation

Uppdragets arbetsgrupp best av Helén Willyams, folktandvårdsdirektör; Anna Westin, utvecklingschef; Christer Ohlsson, ekonomi/IT-chef; Johan Mejman, HR-chef; Jessica Ericsson, ekonomi-controller; samt Ted Rylander, utredare. Referensgruppen har inkluderat nyckelpersoner från ATV och STV.

2. Nuläge, förutsättningar och effekter

Här beskrivs nuläget för FTV där strukturen utgår från nio huvudsakliga förutsättningar vars effekter på förvaltningen analyseras och förklaras.

2.1 Budgetunderskott med negativt resultat sedan flera år och även när 2025 startade

Förvaltningen har dragits med negativt resultat under flera år och startade 2025 med ett budgetunderskott på 33,3 miljoner kronor (mnkr). Det senaste som tillfälligt förvärrade det ekonomiska resultatet var införandet av de nya tandvårds- och bildhanteringssystemen Frenda och Sectra. Med detta i åtanke är resultatet för januari-september 2025 minus 13,6 mnkr en positiv signal om att det rör sig åt rätt håll.

De tre huvudsakliga orsaksförklaringarna för ekonomin på kort och lång sikt är:

1. Verksamhetspåverkan av de nya systemen som kostade cirka 9 mnkr. Kostnaden låg mest på 2024 med viss kvarstående påverkan 2025, se mer i kapitel 2.2.
2. Introduktion och handledning där uppdragsersättning från överenskommelsen med regionstyrelsen inte täcker de kostnader för traineeintroduktion riktad till tandläkare som krävs. Störst klinikpåverkan har handledningstid och klinisk

introduktion, den tid det tar att nå upp till en acceptabel produktionsnivå. Detta är på kort och än mer på lång sikt FTV:s största utmaning, se mer i kapitel 2.7.

3. Förvaltningens pågående arbete med en övergripande ekonomisk handlingsplan kompletteras med samtliga enheters/klinikers egna ekonomiska handlingsplaner och åtgärder. Här ryms olika personalupplägg, handledning, etc, och även hyror där målet är utjämning.

Härnedan fördjupar vi oss i punkt 3.

FTV har de senaste åren gått genom flera tuffa perioder präglade av olika typer av organisatoriska förändringar, och även en pandemi, och på vägen har många erfarna medarbetare inom särskilt ATV av olika skäl lämnat. Tron på framtiden har tidvis stukats. STV:s processer och prioriteringar har inte heller fungerat och står fortfarande för minst halva underskottet. Fortsatta åtgärder planeras.

Det ekonomiska resultatet för januari-september 2025 visar minus 13,6 mnkr. Jämfört med motsvarande period föregående år har intäkterna minskat med 4,4%. Intäkter i vuxentandvård har ökat med 3,2 mnkr och kostnader minskat med 5,2%. Personalkostnader har minskat med 4,5 mnkr. Resultatförbättringen är 3,6 mnkr och årsprognosen 16 mnkr.

Tabell 1.

Område	Basenhet	Resultat	Intäkter	Kostnader
Allmäntandvård FTV	1971 FTV Hertig Karl Jourklinik	-1 750 448	31 500 360	33 250 807
	1973 FTV Sofia Hällefors	9 225	18 598 918	18 589 693
	1974 FTV Adolfsb Bricke Ode	-3 445 863	24 460 485	27 906 348
	1975 FTV Haga Lekeberg	1 908 758	23 030 910	21 122 152
	1978 FTV Eyra Hallsb Askers	-1 270 041	35 035 057	36 305 098
	1979 FTV Karlskoga Degerfors	-1 998 924	23 251 609	25 250 533
	1980 FTV Lindesb Kopparb	-3 471 693	17 963 845	21 435 538
	1981 FTV Wivallius Lillån	-668 420	18 683 139	19 351 559
	1982 FTV Nora Frövi	-331 661	16 147 224	16 478 885
	1984 FTV Kumla Laxå	84 883	22 241 246	22 156 363
Allmäntandvård FTV Summa		-10 934 183	230 912 793	241 846 976
Specialisttandvård FTV	1924 STV Barntandvård	-1 899 477	37 350 920	39 250 397
	1926 STV Vuxentandvård	-5 849 476	35 269 756	41 119 232
	1928 STV Central	-2 118 948	30 488 452	32 607 400
Specialisttandvård FTV Summa		-9 867 901	103 109 128	112 977 029
Ledning FTV	1950 Ledning FTV	622 029	6 839 215	6 217 185
	1955 HR-stab FTV	-9 619	5 396 500	5 406 119
	1956 Utvecklingsstab FTV	1 538 589	22 225 557	20 686 968
	1957 Kommunikationsstab FTV	229 505	1 282 478	1 052 973
	1958 Ekonomi och IT-stab FTV	-97 722	14 047 262	14 144 984
	1999 Gemensamt FTV	4 567 098	4 654 026	86 928
	1995 Folktandvårdsnämnden	393 454	913 839	520 385
Ledning FTV Summa		7 243 334	55 358 876	48 115 542
Resultat		-13 558 750	389 380 797	402 939 547
Resultat exklusive förvaltningsinternt		-13 558 750	337 554 198	351 112 948

Andra aspekter att beakta är lägre intäkt och ersättning för barntandvård på grund av förändrad ålder 20–23 år, minskning 12,4 mnkr för januari-september 2025, se mer i kapitel 2.3. Ekonomiskt underskott för enhet STV Ortodonti på 2,7 mnkr för januari-september 2025 har delvis att göra med införande av LOV för Ortodonti, se mer i kapitel 2.4.

Nedan tabell visar komplexiteten i vad som behöver undersökas och analyseras.

Tabell 2.

2025-10-31

		Antal revisionspatienter			Antal behandlare			Intäkter och kostnader						
AE	Klinik	Barn o unga	Vuxna	Totalsumma	Tdl	Thyg	Tsk	Intäkter	Varav ers 3893	Kostnader	Varav lön	Varav lokalkostn	Resultat	Bokad Ti
59701	Folktandvården Eyra	6 091	12 909	19 000	6,40	3,58	13,71	20 269 154	1 456 113	23 058 906	13 454 677	2 353 126	-2 789 752	9 55
59702	Folktandvården Brickebacken	2 272	4 312	6 584	2,20	1,56	7,80	7 674 407	89 870	8 074 688	4 657 665	877 218	-400 281	3 78
59703	Folktandvården Haga	3 593	7 494	11 087	5,28	2,30	11,54	19 078 410	428 235	21 163 010	13 000 366	2 055 683	-2 084 600	9 86
59704	Folktandvården Hertig Karl	4 943	15 491	20 434	8,18	4,81	11,32	26 972 881	609 173	28 763 240	15 975 771	2 021 850	-1 790 359	14 07
59705	Folktandvården Sofia	3 329	6 686	10 015	4,04	1,80	8,16	14 111 637	156 152	14 571 884	9 443 932	950 391	-460 246	7 29
59706	Folktandvården Wivallius	4 017	3 234	7 251	3,25	3,23	5,96	11 376 180	669 615	11 301 735	7 013 713	1 219 862	74 445	5 67
59709	Folktandvården Adolfsberg	3 709	6 648	10 357	5,18	3,73	12,08	14 770 044	302 465	18 031 793	10 822 586	1 800 241	-3 261 748	8 23
59710	Folktandvården Lillån	2 663	4 470	7 133	2,12	1,92	6,35	9 305 617	346 130	10 305 923	5 921 468	1 447 922	-1 000 306	3 86
59711	Folktandvården Lekeberg	2 315	2 435	4 750	1,14	1,49	1,93	6 339 065	451 015	2 480 700	131 281	814 527	3 858 365	2 35
59712	Folktandvården Odensbacken	1 048	2 140	3 188	1,10	0,56	1,66	5 161 334	687 054	5 379 709	2 742 638	1 052 220	-218 375	2 34
59721	Folktandvården Hallsberg	3 314	5 543	8 857	3,04	3,49	7,84	13 966 054	859 009	14 533 916	9 876 755	866 063	-567 861	7 09
59751	Folktandvården Askersund	1 205	1 581	2 786	0,97	0,92	2,01	3 586 806	35 408	2 593 702	1 114 131	505 558	993 104	1 95
59761	Folktandvården Kumla	4 522	7 015	11 537	4,36	2,74	12,87	18 141 918	686 465	19 755 437	12 270 017	1 344 006	-1 613 519	11 02
59771	Folktandvården Laxå	949	1 781	2 730	1,42	0,70	3,58	6 338 387	1 383 372	4 706 766	2 102 114	855 623	1 631 621	2 52
59781	Folktandvården Degerfors	1 585	2 432	4 017	0,43	0,80	1,05	3 910 904	697 195	2 556 168	1 169 241	556 692	1 354 736	90
59791	Folktandvården Karlskoga	5 767	9 281	15 048	5,89	4,68	11,75	21 749 193	1 441 683	25 640 555	13 936 208	3 759 061	-3 891 362	11 83
59801	Folktandvården Lindesberg	3 034	6 084	9 118	3,63	3,65	10,38	15 270 816	588 843	18 243 008	10 373 128	1 946 978	-2 972 191	8 36
59805	Folktandvården Frövi	1 244	3 233	4 477	1,96	1,87	3,53	7 044 207	635 345	6 378 384	3 712 578	908 865	665 823	3 35
59811	Folktandvården Hällefors	1 101	2 191	3 292	1,28	1,83	2,07	6 660 768	1 349 909	6 203 690	4 067 287	413 395	457 078	3 18
59821	Folktandvården Kopparberg	718	1 966	2 684	1,02	0,84	2,78	4 696 656	574 250	5 669 625	3 017 658	1 203 544	-972 968	2 00
59831	Folktandvården Nora	2 184	4 796	6 980	3,16	1,96	6,98	11 245 454	486 233	12 194 891	7 310 926	1 123 066	-949 437	5 48
Totalsumma		59 603	111 722	171 325	66,03	48,45	145,33	247 669 893	13 933 535	261 607 727	152 114 141	28 075 891	-13 937 834	124 79

Här visas antal revisionspatienter, behandlare, intäkter och kostnader, samt bokad tid. Negativt resultat finns i 14 av 21 klinikers verksamhet, både stora och små kliniker. Det finns ingen enkel logik i kopplingen behandlare–bokade tider–resultat, utan det

handlar om specifika och skiftande bakomliggande orsaker. Det avspeglas i att klinikernas ekonomiska handlingsplaner ser olika ut. Adolfsberg och Brickebacken som går ekonomiskt tungt jobbar med cirka 50 åtgärder och samtidigt lånar Adolfsberg ut ett antal tandläkare till jourkliniken. Degerfors och Hällefors går bra trots begränsade öppettider men lånar också in personal vars lön betalas av annan klinik som då är ansvarsenhet. Denna typ av flexibla kliniksamarbeten där tjänstgöringen för medarbetare fortlöpande förändras regleras inte alltid ekonomiskt i redovisningen. Detta komplicerar bilden men motiveras av kloka administrativa val.

Flertalet kliniker tappar personal men lyckas oftast rekrytera nya medarbetare som är nyutbildade inom yrket. Det är samtidigt en stor skillnad på att förlora, behålla eller rekrytera erfaren respektive oerfaren personal. Säkrandet av specifika kompetenser med lång erfarenhet kan göra en markant skillnaden för en klinik med många oerfarna och en brist på handledare. Återigen är det svårt att koppla ihop detta med resultat. Klart är dock att ett antal stora kliniker som Hertig Karl, Lindesberg, Karlskoga och Eyra har ihållande stora utmaningar och det gäller även mindre kliniker som Kopparberg.

Variationen är även stor gällande intäkter och bokad tid per rum. Med ett jämnt patientflöde välfördelat mellan ett proportionerligt antal rum ska denna variation inte behöva finnas. Tendensen är att mindre kliniker har betydligt färre patienter per rum, vilket indikerar att rummen underutnyttjas.

Öppettider varierar från 1-3 dagar i veckan på några av de minsta klinikerna till 5 dagar i veckan på 14 av 21 kliniker. Utöver detta bedrivs också extraarbete på lördagar. Utvecklingsmöjligheter finns för de större klinikerna. Redan idag har de alla öppet längre än 40 timmar. Detta kan med en mer koncentrerad personalstyrka ökas till att på ett strategiskt sätt omfatta kvällar och helger där köer kan kortas och där fler patienter skulle kunna nås. Detta förutsätter en omfördelning av den personal vi har i hela länet men också förbättrade arbetsflöden. Både gradvisa och snabba mer drastiska förändringar i öppettider har de senaste åren uteslutande styrts av bemannings- och kompetensbrist.

Huvudsakliga slutsatser är att:

- det fortfarande är andra faktorer än klinikstorlek och antal behandlingsrum som avgör det ekonomiska resultatet, bland annat lönekostnadsfördelningen.
- vissa kliniker tappar erfaren personal och specifika kompetenser vilket även visar sig ekonomiskt medan andra inte tappar personal men ändå går sämre ekonomiskt. Det handlar alltså inte bara om antal resurser.
- mindre kliniker har för många rum för sitt patientflöde. Det ska ställas i relation till kompetensbrist och ekonomiska svårigheter hos flera stora kliniker.

En annan utmaning gäller balansen mellan barntandvård och vuxentandvård där den senare ger betydligt högre intäkter. Vuxenintäkterna har ökat med 3,2 mnkr jämfört med föregående år men ligger ändå 48,2 mnkr under budgeterad nivå. Minskad vårdtid är 4 300 timmar jämfört med föregående år. Den ökning som nu ändå kan ses beror mest på fler behandlare. I kapitel 2.6-8 tittar vi närmare på detta.

Det finns en djupt inarbetad kultur där prioriteten är på barntandvård och hög frekvens på besök för både barn och vuxna. Arbetet med Hygga[1] och Direkten[2] har varit några försök att komma åt detta men flera kliniker har bromsats av sjukskrivningar och schemaupplägg. Det kräver en viss klinikstorlek för stabil kompetens. Kumla har varit framgångsrikt. På Hertig Karl går det gradvis bättre men i Lindesberg och på Eyra är utvecklingen mindre positiv. Det krävs ett stort förändringsarbete och en stark förändringsledning och upplägget kräver även att vi löser bristen på tandsköterskor med hög kompetens.

Ett positivt exempel på en kliniks arbete med att öka tillgängligheten och få en bra balans mellan barn- och vuxentandvårdsintäkter är Nora. Ett krav på viss vuxentandvård per dag är del av modellen. En förutsättning är att kliniken är stabil kompetensmässigt med samspelta kollegor som är trygga med delegeringar. En dirigent koordinerar tidsbokningarna i stil med Hygga men i det egna journalsystemet Frenda. Det återstår att se hur detta faller ut.

I just de digitala lösningarna finns ett stort potentiellt resurssparande, framför allt i utveckling av befintliga system men också AI och automationer. Här har FTV länge varit proaktiva och öppna för nya möjligheter. Detta kommer fortsätta.

För att säkra ett mer resurseffektivt flöde behövs en översyn av barntandvården och tillhörande anvisningar (se kapitel 2.8), vilka åldersgrupper som enligt dessa kräver tandläkare respektive tandhygienist, etc. Första besöket ska alltid vara prioriterat men därefter kan regelbundenheten i besöken med fördel anpassas efter riskbedömningar. Med denna typ av lösningar i olika varianter finns det stora möjligheter att ytterligare effektivisera vårdprocesserna och även resursfördelningen.

Barnersättningen skulle med fördel ses över, framför allt i syfte att få privata kliniker att erbjuda mer barntandvård. Det finns risk för att STE (se kapitel 2.5) kan leda till att FTV får ännu fler barn då de ekonomiska incitamenten för den privata tandvården minskar.

De stora långsiktiga utmaningarna finns inom allmäntandvården (ATV) men även specialisttandvården (STV) har betydande ekonomiska utmaningar med balansen mellan det kliniska uppdraget, utbildning och forskning, inklusive uppdraget Nationellt odontologiskt centrum (NOC)[3].

2.2 Verksamhetspåverkan av de nya tandvårds- och bildhanteringssystemen Frenda och Sectra

FTV i Region Örebro län bytte i oktober 2024 till det nya tandvårdssystemet Frenda och röntgenbildsystemet Sectra. Regionen upphandlade tillsammans med andra regioner[4] systemet Frenda för att ersätta det tidigare LifeCare Dental medan Sectra

[1] Hygga är namnet på ett flödes- och bokningskoncept (Hygga Flow) som används för att optimera patientflödet i FTV. Syftet är att erbjuda flexibla behandlingstider och möjliggöra att patienten i hög utsträckning blir färdigbehandlad redan vid första besöket, se hyggasolutions.com.
[2] Direkten, eller Folktandvården Direkt, refererar till en e-tjänst där patienter, som fått en kallelse via SMS eller brev, kan boka sin tid direkt online, utan manuell hantering via reception eller telefon.
[3] Strategi för Specialisttandvården 2022–2035 (22RS839).
[4] Här samarbetar fyra regioner, Örebro, Östergötland, Sörmland och Blekinge. Regionerna Kalmar och Kronoberg har option på att ansluta till avtal med Frenda och införande beräknas där ske under 2026. Under hösten 2025 blev också

ersatte LifeCare Vision. Samtidigt som det är en styrka att upphandla system med andra regioner har Region Örebro län på flera sätt fått en försämring på kort sikt då regionen i jämförelse med andra låg långt fram i användandet av LifeCare Dental.

Det nya tandvårdssystemet Frenda omfattar funktioner för journalföring, patient-administration, tidbok och kallelser. Det utvecklas kontinuerligt inom ramen för den samverkansmodell som tagits fram tillsammans med leverantören, i syfte att möta beställarnas behov och färdigställa de delar som återstod från den ursprungliga kravställningen. Införandet har medfört verksamhetsmässiga konsekvenser, både ekonomiskt och organisatoriskt, genom direkta intäktsbortfall och omfattande förändringar av arbetssätt och processer.

Utöver detta bytte även Tandvårdsenheten system i januari 2025, vilket ytterligare påverkade verksamheten, framför allt genom ökade utbildningsinsatser och i mindre omfattning även anpassningar av verksamhetsflöden.

Detta innebär nya rutiner och arbetssätt och även andra termer och begrepp som alla medarbetare behöver lära sig, vilket har medfört följande verksamhetspåverkan:

- **Utbildning** med riktade workshops, inläsning av nya styrdokument och extra tid som avsattes per patient de första månaderna innebar ett direkt intäktsbortfall. Det har totalt blivit nio timmar utbildningsinsats för alla medarbetare som arbetar på klinik och ytterligare riktade utbildningar har gjorts till funktioner som arbetar med kallelser och tidboksplanering.
- **Nya rutiner, riktlinjer och manualer.** Sammanlagt har cirka 100 styrande dokument tagits fram eller uppdaterats under perioden efter införandet. Denna fortfarande pågående inlärnings-, uppdaterings- och anpassningsperiod får en verksamhetspåverkan då flera moment i systemet tar längre tid än tidigare.
- **Kallelseprocesser.** Revisionshantering och kallande av patienter har upplevts som tungrott då vissa sökparametrar saknades vid införandet. Alla processer och arbetssätt kopplade till kallelser har förändrats och anpassas och utvecklas kontinuerligt.
- **Schemaläggning och planering** försvårades vid införandet bland annat på grund av nya begrepp kring resurser, som schemablock och behandlingstyper.
- **Vårdprocesser.** Remisshanteringen är under ett större utvecklingsarbete och den produkt som används idag ger inte tillräckliga förutsättningar att arbeta optimalt med FTV:s stora volymer. Första tiden bedömdes varje behandlingstid av verksamheten ta i genomsnitt fem minuter längre men det har gradvis minskat.
- **Administration och systemkostnader**. FTV fick under några månader ökade kostnader för hanteringen av supportflöden, utbildningar och workshops.
- **Dubbla systemkostnader** gäller under 1–2 år då det tidigare systemet LifeCare Dental fortfarande är i aktiv systemförvaltning och fungerar som en läskopia för behandlarna att kunna gå in i och söka historisk information. Avtalet med Tieto är inte lika dyrt i läsläge, ca 1,2 mnkr/år, och behovet av detta bedöms minska

upphandlingen klar i Västra Götalandsregion och Stockholm som går över till Frenda från T4 senast 2027. Dalarna, Jämtland-Härjedalen, Västernorrland, Gävleborg, Jönköping, Västmanland, Uppsala och Västerbotten har option på VGR-avtalet och måste bestämma sig senast 2027.

successivt och planering pågår för att från 2026 lägga över all data för långtidsarkivering inom ramen för det nationella R7e[5].

Samlad bedömning och ekonomiska konsekvenser

Under 2026–2027 uppstår dubbla systemkostnader i samband med övergången till det nya systemet. Totala merkostnaden beräknas till cirka 1,2 mnkr/år.

Verksamhetens effektivitet påverkas negativt under övergångsåren, dels på grund av en mer manuell hantering, dels på att det nya systemet ännu inte fullt ut implementerats i verksamheten. Under 2024–2025 har omfattande utbildningsinsatser genomförts i samband med systeminförandet. Detta har medfört längre tid per patientbesök, vilket inneburit färre patienter per behandlare och därmed lägre intäkter under denna period.

2.3 Nationellt beslutad sänkning av ålder för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år

Den 1 januari 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård från 23 till 19 år och FTV Region Örebro län jobbade fram en plan för att anpassa verksamheten efter detta. Övergångsregler infördes för de som redan påbörjat behandling och ATV ersattes delvis för detta. Ett syfte med förändringen var att ge utrymme för patienter med större tandvårdsbehov, framför allt äldre. De huvudsakliga effekterna av förändringen blev för FTV ett direkt intäktsbortfall. Per september 2025 hade FTV 12,4 mnkr mindre i barntandvårdsersättning jämfört med motsvarande period föregående år. Detta till följd av att uppdraget blev mindre och därmed även ersättningen.

Förhoppningar fanns om att berörda unga vuxna skulle välja att komma till FTV som betalande patienter, men det har än så länge inte skett i tillräcklig omfattning för att kompensera den ersättning som tappats för barntandvårdsuppdraget. Det här har under lång tid visat sig vara en åldersgrupp som inte prioriterar regelbunden förebyggande tandvård och det underlättar inte att de nu måste betala för sin tandvård. Detta kan på sikt leda till minskad efterfrågan från denna grupp.

Det är fortfarande för tidigt att dra några tydliga slutsatser om effekterna av den sänkta åldersgränsen. FTV betonar dock vikten av att behålla den unga vuxna gruppen, både för att säkerställa en fortsatt regelbunden tandvårdskontakt och för att upprätthålla ett varierat patientunderlag. Det förs därför diskussioner om möjliga riktade insatser för att erbjuda Frisktandvård till denna grupp.

2.4 Ortodonti och Lagen om valfrihet (LOV)

I september 2025 infördes Lagen om valfrihetssystem (LOV) inom ortodonti (tandreglering) i Örebro län. En del av ortodontivården kan nu utföras av godkända privata och offentliga vårdgivare och det ersätts via LOV-systemets avtal. Det är möjligt med leverantörer utanför länet. FTV ansökte och har tecknat avtal med regionstyrelsen. FTV har uppdrag kvar inom Överenskommelsen med regionstyrelsen[6] som inte faller under LOV.

[5] R7e-arkiv är ett gemensamt e-arkiv för flera svenska regioner som möjliggör långsiktig elektronisk arkivering enligt lag och riktlinjer. Det har utvecklats i samarbete mellan ett antal regioner för att dela på drift och förvaltning av ett e-arkiv för att hantera stora mängder elektronisk information på ett säkert och standardiserat sätt.
[6] Överenskommelse mellan Regionstyrelsen och Folktandvårdsnämnden år 2026 (25RS8429).

I enlighet med övergångsregler och med stöd av anslagsfinansiering behandlas påbörjade patienter klart inom FTV, medan alla nya och ej påbörjade patienter omfattas av vårdval tandreglering och en ny ersättningsmodell.

Tandvårdsenheten får ansvaret för att administrera ekonomisk ersättning till vårdgivare inom ATV för tandregleringsvård vilket FTV tidigare gjort. Under en övergångsperiod där tidigare system successivt fasas ut har FTV två olika ersättningssystem: uppdragsersättning och volymstyrd ersättning inom tandreglering.

FTV behåller uppdraget att erbjuda tandregleringsvård till de patientgrupper som har störst och mest komplicerat vårdbehov, behandlingar av patienter i kategori A, vilket ofta sker i samarbete med hälso-och sjukvården. Dessa är mer komplexa och resurskrävande patientfall. FTV får i uppdrag att organisera urvals- och bedömningsövertandläkare, där samtliga bedömningar och beslut för tandregleringsvård enligt regionens fastställda behandlingsbehovs-index ska hanteras.

Uppdragsersättningen för ortodonti i Överenskommelsen har reducerats med motsvarande 10 mnkr på årsbasis. Full effekt på reduceringen blir det under 2026 men då beräknas intäkterna från LOV öka och kompensera en del av den reducerade uppdragsersättningen. På sikt är förändringen med LOV-systemet för ortodonti/tandreglering positivt ur ekonomiskt hänseende för Folktandvården men det kommer att ta några år innan full effekt av förändringen uppnås då det är långa behandlingsperioder inom ortodonti/tandreglering.

Konsultationer för ATV gäller både FTV och privata vårdgivare. FTV är ett ickevalsalternativ och har även sistahandsuppdraget. Utbildnings- och forskningsuppdraget är oförändrat.

Det finns nu tre prioriteringsgrupper:

1. De svåraste patienterna är STV:s uppdrag.
2. Genomsnittliga så kallade vanliga patienter.
3. Akuta patienter.

Risken här är att FTV behöver prioritera grupp 1 och 3 och med nuvarande ekonomiskt upplägg täcker inte anslagen utgifterna. I oktober 2025 finns det cirka 500 under behandling. Ungefär hälften av de 20–23-åringar som screenades föll bort. En utmaning här är personalbrist bland de som genomför screeningen.

Förhoppningen med införandet av LOV-systemet var att köer och väntetid skulle minska och att patienten skulle gynnas av valfriheten. Hittills har endast två privata aktörer tecknat avtal och bedömningen är att det totalt skulle behövas ytterligare resurser för att ta bort köerna.

2.5 Införande av förstärkt högkostnadsskydd Särskild tandvårdsersättning (STE)

Tiotandvården som nu har fått det mer formella namnet Särskild tandvårdsersättning (STE)[7] bedöms kunna bli den största reformen av tandvården i Sverige på 20 år.

[7] I slutet av oktober 2024 överlämnades utredningens förslag, SOU 2024:70, "Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård", till regeringen. 30 januari 2025 gav regeringen Försäkringskassan i uppdrag att förbereda för ett införande av reformen den 1 januari 2026. I juni 2025 kom beslut om de referenspriser som ska gälla

Effekterna av STE har av FTV Region Örebro län analyserats i en rapport[8] som här sammanfattas. STE har intentionerna och syftena att förbättra tillgängligheten till tandvård; minska tandvårdskostnader för patienter; förbättra munhälsan för de grupper som är mest utsatta, med fokus på äldre patienter med störst vårdbehov; samt skapa ett mer rättvist högkostnadsskydd med en skalbar och hållbar implementering.

Kommuntypstillägget syftar till att stimulera och stärka tillgängligheten och därmed också öka efterfrågan där andelen äldre är hög, ofta i glesbygd. Satsningen kommer i sig medföra ökade kostnader men tillägget bidrar till att täcka dessa då det förväntas generera 4,5 mnkr i intäkt på helår, 1,1 mnkr för STV och 3,4 mnkr för ATV. Det är i nuläget inte klart när och hur ersättningen ska börja betalas ut till vårdgivaren.

Principen om att den med störst behov av tandvård ska ges företräde har sedan 1 januari 2026 införts i tandvårdslagen vilket kan tolkas som ett försök att reglera att inte "olönsamma" patienter hänvisas från privat till offentlig vårdgivare. Det behöver följas över tid vilka konsekvenser lagändringen kan få för privat tandvård som idag inte arbetar efter någon styrd behovsprincip.

Analysen har utförts i linje med ett scenario där reformen införs enligt utredningens förslag med tonvikt på risker och möjligheter utifrån patient-, medarbetar- och verksamhetsperspektiv under tidshorisonten 2025–2027, samt estimerade beräkningar baserade på förvaltningens ekonomiska nuläge. I beräkningarna har FTV:s prislista för 2025, åtgärdsvolymen för 2023 och referensprislistan för 2026 använts. Fokus i analysen ligger på det stärkta högkostnadsskyddet för äldre.

Folktandvården (FTV)

STE innebär att patienter 67 år och äldre endast betalar 10 % av referenspriset för viss tandvård, vilket väntas öka tillgängligheten och minska kostnaderna för denna grupp. 17,5 % av vuxna revisionspatienter är 67 år eller äldre, motsvarande ca 19 700 personer (april 2025). Det finns risk för att patienter skjuter upp behandlingar i väntan på reformen, vilket kan ge ett tillfälligt minskat patientflöde under 2025 och ökad belastning direkt efter införandet 2026.

Ekonomiskt innebär reformen pressade marginaler för FTV, särskilt när referens-priserna inte motsvarar faktiska kostnader. Enligt beräkningarna blir det -1,8 miljoner kronor (mnkr) för ATV och -0,7 mnkr för STV, vilket totalt blir ett minus på minst 2,5 mnkr och med ökade volymer troligtvis ett större minus. Kommuntypstillägget förväntas täcka ökade kostnader då det genererar ytterligare 4,5 mnkr.[9]

Införandet av STE kommer minska kostnader för äldre patienter men förväntas inte öka tillgängligheten då det kommer bli svårt att möta behovet. Det ställer också stora krav på FTV:s organisation, ekonomi och planering.

Det finns också behov av att säkerställa patienternas motivation till förebyggande insatser inklusive undersökningar, då dessa inte ingår i STE. Kompetensförsörjning kräver därtill generellt medvetna åtgärder för att möta en ökad efterfrågan.

---

i det statliga tandvårdsstödet från och med 1 november 2025. En lagrådsremiss från Socialdepartementet "Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård", publicerades 14 augusti 2025: Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård - Regeringen.se. En proposition kom 2 oktober och riksdagen väntas preliminärt fatta beslut 3 december 2025.

[8] Analys av effekter vid ett införande av Tiotandvård inom Folktandvården Region Örebro län (25RS9894).

[9] Beräkningen är baserad på volymerna för åldersgruppen under ett helår, det vill säga om verksamheten utför samma åtgärder på åldersgruppen som den har gjort tidigare, men med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referensprislista 2026 i kombination med det villkorade högkostnadsskyddet.

Allmäntandvården (ATV)

Idag har flera kliniker långa köer men patienter som har väntat länge på undersökning och behandling kan ha bytt vårdgivare, vilket gör det svårt att förutse exakt patientunderlag inför reformen. 17,5 % av ATV:s vuxna revisionspatienter är 67 år eller äldre, motsvarande ca 19 700 personer (april 2025). 81 % av patienter 67+ inom ATV omfattas av det statliga tandvårdsstödet och därmed av STE. Denna grupps behandling motsvarar cirka 16 heltidstandläkare. 9 % omfattas i sin tur av Frisktandvård och 10 % av det regionala tandvårdsstödet.

ATV behöver balansera mellan att minska köer och attrahera nya patienter. STE fokuserar på sjukdomsbehandlande och reparativa åtgärder, medan förebyggande tandvård riskerar att nedprioriteras. Det krävs därför särskilda insatser för att säkerställa fortsatt fokus på förebyggande arbete. Kompetensutveckling inom protetik och äldretandvård och även ökat samarbete mellan ATV och STV lyfts som viktiga åtgärder för att möta förändrad efterfrågan.

Specialisttandvården (STV)

STV tog emot 6 008 remisser 2023, där 23 % avsåg patienter 67 år och äldre. Inom protetik var andelen 43 %, men flest remisser gällde parodontologi. Efterfrågan på STV för äldre väntas öka, särskilt inom protetik, parodontologi och endodonti, då merparten av remisserna kommer att omfattas av STE. STV står inför ökad efterfrågan och risk för pressade ekonomiska villkor inom bland annat tandteknik. Förändrade remissflöden och produktionsmönster kommer kräva anpassad resursfördelning.

Det är svårt att i detalj förutspå vilka dynamiska effekter reformen ger på tandvårdsmarknaden över längre tid, se tandvårdskonsumtion, munhälsa, etablering, kvalité och ekonomiska marginaler. Det gäller än mer då STE kan komma att skalas upp till att även omfatta andra åldersgrupper. 2025-2026 är och blir utmanande år när verksamheten inte vet hur många unga vuxna (20–23 år) som stannar kvar som patienter samtidigt som åldersgrupperna strax under 67 kan antas fördröja sina besök tills de omfattas av STE.

Förslaget med reformen innebär troligen en mer resurskrävande tandvård för gruppen 67 år och äldre men följaktligen också mer intäktsdrivande behandlingar vilket kan leda till ökad omsättning. Samtidigt prisregleras behandlingar som omfattas av STE och de protetiska behandlingar som förväntas öka i samband med reformen är också de behandlingar som är mest kostnadskrävande utifrån material och teknik. Så även om omsättningen ökar, minskar troligen de ekonomiska marginalerna. Att verksamheten tillsammans hjälps åt med att fördela resurser och delta i planeringen är en viktig grundförutsättning och framgångsfaktor för att möta reformförändringen.

Insatsområden och åtgärder

Huvudsakliga insatsområden och åtgärder att bevaka, genomföra och utveckla är:

- Följa ekonomisk påverkan på FTV, inklusive tillämpning av prislistan. Bevaka att kommande års referenspriser motsvarar faktiska kostnader. Runt en tredjedel av vuxentandvården blir prisreglerad och de intäkterna blir helt beroende av nivån på det statliga referenspriset.

- Intern kommunikation och kompetenshöjande insatser för att möta en möjlig förändrad efterfrågan.
- Förstärka samarbetet mellan ATV och STV och öka kompetensöverföring för att möta ändrad efterfrågan på behandlingar. Bevaka gränssnitt för remisser mellan ATV och STV då det finns risk för ökat antal ekonomiska remisser där det inte längre är lönsamt att utföra behandlingen inom ATV och privat tandvård.
- Säkra och utveckla tandvårdens undersökande och sjukdomsförebyggande åtgärder vilka inte är en del i STE.
- Bevaka ett ålders- och vårdpanorama dels för att säkra en balanserad intäktsbas, dels för att vara attraktivt för medarbetare att arbeta på bredden.
- Stärka kommunikation med patient mellan besök och ta reda på upplevda behov.
- Utveckla frisktandvårdskonceptet för att behålla gruppen unga vuxna. Eventuellt införande av nytt Frisktandvårdskoncept[10].
- Bevaka följder av kommuntypstillägget som bedöms täcka de ökade kostnader som satsningen på ökad tillgänglighet i glesbygd innebär. En budgetstyrning kommer här vara nödvändig.
- Bevaka tendenser gällande patienter som omfattas av regionens tandvårdsstöd, Nödvändig tandvård, då de kan komma att välja att utföra exempelvis fast- och implantatstödd protetik inom STE där det blir billigare.
- Bevaka vad prisregleringen innebär för tandtekniska tjänster, där nytt avtal trädde i kraft 1 juni 2025 med avtalsperiod 4 år (2+2 år). FTV har under många år arbetat med att ha en hög avtalstrohet mot ingångna avtal.

2.6 Kompetensförsörjning och personalomsättning

FTV:s ledningsgrupp har tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att utifrån den regionens övergripande kompetensförsörjningsstrategin strukturera upp huvudsakliga verksamhetsbehov, utmaningar, berörda yrken, utvecklingsområden, planerade åtgärder, förväntade effekter etc. Exempel på utmaningar är: kompetensutveckling, lön, demografiska förskjutningars påverkan, behålla befintlig personal, påverkansmöjligheter för medarbetare, möjligheter att kunna följa patienter för lärande, tandsköterskebrist med för få utbildningar, stor korttidsfrånvaro, många kliniker med för lite erfarenhet och hållbara upplägg för handledare. Det blir här tydligt hur komplexa utmaningarna är.

Förvaltningens fokus ligger på att rekrytera och behålla medarbetare; utveckling och utvärdering av arbetssätt; kompetensutveckling på grupp och individnivå; samt konkurrenskraftiga löner för samtliga yrkeskategorier.

Personalkostnaderna, främst de sociala avgifterna, är lägre än samma period föregående år men ligger ändå under budget för perioden. Löner ligger 4,8% under budget men nästan i nivå med förra året. Nyrekryteringar av behandlare, i samma takt som de har påbörjat sina anställningar, har märkbart ökat lönekostnaderna men ändå inte kommit upp i nivå med budget.

[10] Arbetet med att utveckla frisktandvårdskonceptet och identifiera målgrupper finns med i ett separat projekt med fokus tillgänglighetsutmaningar.

FTV har sedan flera år stora utmaningar med personalomsättning framför allt för allmäntandläkare. Förr stannade personalen längre vilket gav möjlighet att bygga en bas av erfarenhet. Personalen rör sig nu allt tidigare vidare till högre lön inom det privata, chefsuppdrag eller andra delar av landet. Avgörande faktorer är, förutom familjeskäl, arbetsmiljörelaterade och det finns också en önskan om och strävan efter mer varierade uppdrag än FTV i nuvarande struktur kan erbjuda. De senaste åren har detta lett till en kraftig procentuell ökning av andelen unga, oerfarna och nya tandläkare, som jämfört med erfaren personal, präglas av låg produktivitet och få handledare och mentorer.

Nyutexaminerade tandläkare är dessutom idag mindre kliniskt rustade än tidigare. Den teoretiska kunskapen är god men den praktiska erfarenheten är eftersatt och det beror inte bara på utbildningsupplägget utan även på patientbrist vid lärosätena. Detta kompenseras med en mängd riktlinjer och rutiner för att fånga upp det trainees och nyutbildade inte fått med sig. Det ger en osäkerhet och ineffektivitet och samtidigt har en brist på tillit och förtroende byggts in i systemet genom mer komplicerad administration och redovisningar till Försäkringskassan.

Tabell 3 ger en bild av åldersfördelningen mellan klinikernas tandläkare. Notera att flera kliniker, stora som små, har få tandläkare över 40 år; och att det i länet bara finns fem tandläkare i åldrarna 50+[11]. 13 av 89, 16% av tandläkarna är över 40 år och ett antal av de fem över 50 går i pension nästa år. Sårbarheten gällande erfarenhet innebär att få är trygga i att axla bemanning på mindre kliniker, om än bara för enstaka dagar. Sårbarheten i mindre kliniker kan också visa sig genom att en större nodklinik får flera frånvarande. Enhetens mindre klinik måste då stängas tillfälligt för att den enda tandläkaren behövs för att nodklinikens uppdrag ska kunna fullföljas på en acceptabel nivå.

Tabell 3. (Åldersfördelning tandläkare *antal tv och tidsbegränsat anställda, uppgifter hämtade ur Uppföljningsportalen/Divern, perstat 251112, röda siffror inkluderar en övertandläkare)

FTV-klinik	20-29	30-39	40-49	50-59	60-	Totalt
Adolfsberg/Odensb./Brickeb.	5	7		1		13
Eyra/Hallsberg/Askersund	6	9			1	16
Haga/Lekeberg	5	1			1	7
Hertig Karl/Jourkliniken	6	4	3			13
Karlskoga/Degerfors	3	4	1			8
Kumla/Laxå	2	4				6
Lillån/Wivallius	1	4	2			7
Lindesberg/Kopparberg	2	1	1	1		5
Nora/Frövi	1	3	3			7
Sofia/Hällefors	3	1	3		1	8
Totalt	**34**	**38**	**13**	**2**	**3**	**90**

Utvecklingspotentialen och därmed attraktionen bedöms bli lägre på en mindre arbetsplats. Möjligheterna till alternativa arbetssätt och arbetsflöden minskar betydligt och det gör även möjligheterna till handledning, kollegial konsultation och forskning. En erfaren tandläkare kommer krävas på varje klinik, men på mindre kliniker kommer hen att behöva nyttjas än mer effektivt och fokuserat, vilket i sin tur kräver större ansvar från tandhygienister och tandsköterskor, se mer om anvisningar i kapitel 2.8.

[11] Det finns flera anledningar till avsaknaden av tandläkare i åldrarna 40+, bland annat arbetsmiljön, förändrade karriärmönster, utbildningskapacitet och konkurrens. En tydlig anledning är dock att antalet nyanställningar och utbildningsplatser för tandläkare minskade under 1980- och 1990-talen. Många valde då att lämna yrket eller flytta utomlands, vilket skapade ett ”glapp” i åldersstrukturen.

I resursfördelningsmodellen för 2025 finns en uppskattning av vilket kompetensbehov varje klinik har och i tabell 4 kan detta jämföras med faktiskt antal och fördelning, räknat på helår. I kolumnerna längst till höger finns också antal listade revisionspatienter på varje klinik, vilket utgör en central grund till behovsuträkningen. Denna tar också hänsyn till vilken risk för sjukdom varje listad patient har, vilket förklarar varför två kliniker med lika många revisionspatienter kan ha olika behov.

Tabell 4.

Sammanställning genomsnitt helår					Andel			Behov enligt resursmodell år 2025			Andel			Antal revisionspatienter		
AE	Klinik	Tdl	Thyg	Tsk	Tdl	Thyg	Tsk	Behov antal tdl-tjänster	Behov antal thyg-tjänster	Behov antal tsk/adm-tjänster	Behov antal tdl-tjänster	Behov antal thyg-tjänster	Behov antal tsk/adm-tjänster	Barn o unga	Vuxna	Totalsumma
59701	Eyra	6,40	3,58	13,71	0,27	0,15	0,58	9,19	5,92	16,77	0,29	0,19	0,53	6 091	12 909	19 000
59702	Brickebacken	2,20	1,56	7,80	0,19	0,14	0,67	3,06	3,06	7,42	0,23	0,23	0,55	2 272	4 312	6 584
59703	Haga	5,28	2,30	11,54	0,28	0,12	0,60	6,16	5,02	12,51	0,26	0,21	0,53	3 593	7 494	11 087
59704	Hertig Karl	8,18	4,81	11,32	0,34	0,20	0,47	11,98	9,13	19,04	0,30	0,23	0,47	4 943	15 491	20 434
59705	Sofia	4,04	1,80	8,16	0,29	0,13	0,58	5,25	4,22	10,92	0,26	0,21	0,54	3 329	6 686	10 015
59706	Wivallius	3,25	3,23	5,96	0,26	0,26	0,48	3,57	3,68	8,70	0,22	0,23	0,55	4 017	3 234	7 251
59709	Adolfsberg	5,18	3,73	12,08	0,25	0,18	0,58	5,06	4,00	11,06	0,25	0,20	0,55	3 709	6 648	10 357
59710	Lillån	2,12	1,92	6,35	0,20	0,18	0,61	3,17	2,46	7,58	0,24	0,19	0,57	2 663	4 470	7 133
59711	Lekeberg	1,14	1,49	1,93	0,25	0,33	0,42	2,27	2,03	5,60	0,23	0,21	0,57	2 315	2 435	4 750
59712	Odensbacken	1,10	0,56	1,66	0,33	0,17	0,50	1,70	1,29	4,96	0,21	0,16	0,62	1 048	2 140	3 188
59721	Hallsberg	3,04	3,49	7,84	0,21	0,24	0,55	4,90	4,15	10,34	0,25	0,21	0,53	3 314	5 543	8 857
59751	Askersund	0,97	0,92	2,01	0,25	0,24	0,52	1,31	1,26	4,36	0,19	0,18	0,63	1 205	1 581	2 786
59761	Kumla	4,36	2,74	12,87	0,22	0,14	0,64	4,60	3,92	10,80	0,24	0,20	0,56	4 522	7 015	11 537
59771	Laxå	1,42	0,70	3,58	0,25	0,12	0,63	1,36	1,34	4,89	0,18	0,18	0,64	949	1 781	2 730
59781	Degerfors	0,43	0,80	1,05	0,19	0,35	0,46	2,40	1,93	5,69	0,24	0,19	0,57	1 585	2 432	4 017
59791	Karlskoga	5,89	4,68	11,75	0,26	0,21	0,53	9,71	7,42	16,96	0,28	0,22	0,50	5 767	9 281	15 048
59801	Lindesberg	3,63	3,65	10,38	0,21	0,21	0,59	5,21	4,29	10,87	0,26	0,21	0,53	3 034	6 084	9 118
59805	Frövi	1,96	1,87	3,53	0,27	0,25	0,48	2,58	2,09	6,57	0,23	0,19	0,58	1 244	3 233	4 477
59811	Hällefors	1,28	1,83	2,07	0,25	0,35	0,40	1,51	1,12	4,94	0,20	0,15	0,65	1 101	2 191	3 292
59821	Kopparberg	1,02	0,84	2,78	0,22	0,18	0,60	1,53	1,13	4,88	0,20	0,15	0,65	718	1 966	2 684
59831	Nora	3,16	1,96	6,98	0,26	0,16	0,58	2,84	2,77	8,40	0,20	0,20	0,60	2 184	4 796	6 980
	Summa	**66,03**	**48,45**	**145,33**	**0,25**	**0,19**	**0,56**	**89,38**	**72,23**	**193,27**	**0,25**	**0,20**	**0,54**	**59 603**	**111 722**	**171 325**

Sammanfattningsvis ligger i princip alla kliniker en bra bit under behovet. Av totalt 21 kliniker saknas utifrån bemanningsmodellen minst en tandläkare på 8, minst en tandhygienist på 6 och minst en tandsköterska på 16. På små kliniker krävs endast ca 1,5 tandläkare, 1,5 tandhygienister och 5 tandsköterskor och då behöver det bara saknas en person på grund av sjukfrånvaro för att det ska bli svårt att få ihop schemat.

Det jobbas med att förbättra arbetsmiljö och skapa nya attraktiva arbetssätt. Centrala faktorer bedöms vara trygghet i roller, individuella utvecklingsmöjligheter och arbetstider som går att kombinera med resten av livet. Det arbetas också med löne- och kompetenstrappor så att nyutbildade vet att det finns möjligheter till konkurrenskraftiga lönelyft en bit in i tjänstgöringen. Om det i lönebilden gynnas att jobba med prioriterade åtgärder kan det leda till resurseffektivitet och att de som brinner för det sätts på de uppdragen. Lönerevisionen kan ändras genom att titta mer på flöden och effektivitet. En övergripande kompetensbrist kombinerat med rådande ekonomiska förutsättningar medför dock att nuvarande upplägg är ohållbart.

Det kommer krävas en höjning av kompetensen inom ATV för att kunna utföra mer avancerad tandvård som idag remitteras till STV. Här måste STV ta ett större ansvar. STV har stora ekonomiska utmaningar inom framför allt endodonti och parodontologi, men bemanningen är inte ett lika stort problem som i ATV. Det som återstår för STV är att arbeta med interna processer där utmaningen ligger i behovet av att kompromissa med en djupt rotad professionskultur. Då de ekonomiska förutsättningarna ändras måste professionen jobba mer flexibelt och hitta smarta resurseffektiva lösningar. Här tillkommer STV:s tredelade uppdrag: tandvård till medborgare, forskning och utbildning. STV är utsett till att vara Nationellt odontologiskt centrum (NOC), se mer i *Strategi för Specialisttandvården 2022–2035* (22RS839). Här beskrivs också hur STV arbetar för att planera processerna bättre.

Det finns en ökad efterfrågan från ATV på handledning av STV. Här finns ekonomiska utmaningar då specialisttandläkarnas fysiska insatser på ATV-kliniker inte täcker intäktsbortfallet som då uppstår på STV. Här handlar det om att hitta balansen mellan det ekonomiskt mest fördelaktiga och mervärdet i att höja kompetensen inom ATV. Värt att utforska mer är exempelvis deltidstjänster för specialisttandläkare i ATV och videomöten som påverkar ekonomin mindre negativt.

I kapitel 2.7 tittar vi närmare på en av FTV:s största utmaningar med koppling kompetensförsörjning: handledning.

2.7 Introduktion, handledning och traineeprogram

Introduktion och traineeprogram riktar sig till nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister. Programmet är 1,5-årigt och kombinerar teori och praktik med föreläsningar, seminarier, auskultationer, praktiska moment, gemensamma terapimöten och handledning på en gemensam klinik, arbete på länsjouren för ökad förståelse för akuttandvård, samt möjlighet till auskultation inom specialiteter under tredje terminen. Syftet är att stärka deltagarna i sin yrkesroll och integrera dem i organisationen.

Handledare utses på klinikerna och följer en särskild plan för introduktion och avsatt handledningstid under första terminen. Under termin 2 ges handledning av erfarna handledare på en gemensam klink. Handledarutbildningen är en tvådagarskurs med fokus på ledarskap, kommunikation, coachande förhållningssätt och konflikthantering. Den erbjuds även andra regioner och målgrupp är ST-tandläkare, specialisttandläkare, tandläkare och tandhygienister.

Utmaningen är få erfarna handledare, minskad klinisk färdighet hos nyutexaminerade tandläkare tillsammans med en stor andel nyutexaminerade och tandläkare med 1-2 års erfarenhet i relation till erfarna tandläkare som kan handleda.

Uppdragsersättningen från regionstyrelsen på 3,5 mnkr för traineeintroduktion riktad till tandläkare täcker kostnader för ungefär 12 nya legitimerade tandläkare. Detta belopp justerades senast 2020. Då FTV behöver få in betydligt fler trainees är det positivt att 22 nya tandläkare har anställts sedan juni 2024 vilket möter upp 17 avgångar under samma period. Då ersättningen endast täcker 12 måste kostnaden för 10 lösas ändå. Här bör det övervägas om en mer rörlig ersättning bör återinföras.

Störst påverkan på kliniken har handledningstid och klinisk introduktion, den tid det tar att nå upp till en acceptabel produktionsnivå. I detta ingår även intäktsbortfall för handledaren. Behovet av handledning av nyutexaminerade tandläkare bedöms öka hela tiden då de i princip saknar klinisk träning när de kommer ut från lärosätena. Här bedöms inte längre den avsatta handledningstiden under termin 1 och 2 vara tillräcklig. Det arbetas också intensivt med att säkra handledning på alla berörda kliniker.

Förvaltningen ska genomföra en översyn av arbetet med introduktion, handledning och traineeprogram. Den ska under 2026 resultera i en presentation av tänkbara scenarier med ekonomiska konsekvenser och rekommendationer för kort och långsiktiga åtgärder och beslut för en kvalitetssäkrad handledning och en god arbetsmiljö. En förändrad och förbättrad handledning kan tänkas leda till att FTV uppfattas attraktivt och därtill en minskad personalomsättning.

Översynen ska ligga till grund för hur FTV Region Örebro län på bästa sätt kan nyttja sin del av de 400 mnkr som enligt regeringens plan ska avsättas av statliga medel för kompetensförsörjning inom tandvården.[12] Då FTV tar emot runt 90 % av länets nyutexaminerade ger detta möjligheter att strukturera en annan uppdelning för allokering av medel för att kunna rekrytera de som vill ta ett större ansvar för handledning.

En detaljerad beräkning av kostnader för en trainee-tandläkare ingår i översynen men innebär i korthet följande för verksamheten:

- ✓ Tid för handledning av en erfaren tandläkare under 12 månader innebär 60 timmar av förlorade intäkter för handledarna per traineetandläkare.
- ✓ Traineetandläkarens egen tid för handledning under 12 månader (inklusive videokonferenser med övertandläkare i ATV) innebär 89 timmar av förlorade intäkter för traineetandläkaren per traineetandläkare.
- ✓ Kostnader för terapimöte och videokonferens med övertandläkare ATV.
- ✓ Kostnader för traineeprogrammet per traineetandläkare.

Nyutbildade oerfarna tandläkares timintäkt ligger i genomsnitt långt under och ibland bara på hälften av budgeterad timintäkt som är 2,5 tkr för tandläkare och 1,4 tkr för tandhygienister inom ATV.

Tidsutmaningen

Den största utmaningen bedöms vara tid. Det behövs ett tydligt ramverk för hur mycket tid som behövs per person och hur denna tid fördelas mellan traineeprogram och klinisk handledning på hemmakliniken. Idag hastar många handledare mellan sina egna patienter och handledning i sådan stor utsträckning att det riskerar påverka både kvalitet och arbetsmiljö.

På många kliniker råder det en kultur där kollegor får hjälp mellan patienterna men det leder till ojämn handledning beroende på kollegans personlighet och på bekostnad av handledarens arbetsmiljö.

Kompetensfördelning

För att säkra handledning krävs en attraktiv arbetsmiljö och arbetssätt som kan bidra till denna. Detta blir svårare på mindre kliniker med 1-2,5 tandläkare och lika många tandhygienister. Sårbarheten har inte bara att göra med pendlande utan också i otryggheten utan kollegor att konsultera fortlöpande.

Denna bild förstärks då en stor del av yrkeskåren är yngre med relativt kort erfarenhet av kliniskt arbete och än mindre av handledning. Handledaruppdraget är beroende av person och kan variera. En tandläkare som endast arbetat 1,5 år kan bedömas fungera som handledare medan det finns erfarna tandläkare som av olika skäl inte är aktuella för handledning. I dagsläget finns det cirka 19 möjliga handledare i hela regionen. Endast hälften av dem har praktisk erfarenhet av att vara handledare och ännu färre har genomgått utbildning.

12 Från och med 2026 ska 400 mnkr avsättas årligen till regionerna för att säkerställa verksamhetsförlagd utbildning, finansiera handledning av nyexaminerade tandläkare och tandhygienister och stödja specialisttjänstgöring inom tandvården. Syftet är att stärka kompetensförsörjningen och möta den ökande bristen på tandvårdspersonal, se Riksdagens svar och höstbudgeten. Fördelningsnyckeln är ännu oklar, men befolkningstal brukar vara styrande och då kan Region Örebro län få cirka 3 % ≈ 12 mnkr. Oklart i nuläget om medlen kräver ansökan eller återrapportering.

Tabell 5. (TL=tandläkare, Rum=behandlingsrum, nedan siffror är från 2025-11)

FTV-klinik	Rum	Antal TL i tjänst	Antal möjliga handledare	Antal föräldra -lediga	Antal trainee år 1
Hertig Karl	15	8,18	3,00	3,00	
Karlskoga	14	5,89	0,40	1,25	2,00
Eyra	12	6,40	2,30	2,50	1,00
Haga	12	5,28	1,50		2,00
Kumla	11	4,36	2,00	1,00	1,00
Adolfsberg	10	5,18	4,00	2,20	2,00
Lindesberg	9	3,63	1,60		1,00
Wivallius	9	3,25		1,00	2,00
Hallsberg	8	3,04			1,00
Nora	8	3,16	2,00		
Brickebacken	7	2,20			1,00
Sofia	7	4,04	2,00	1,00	
Lillån	6	2,12			1,00
Degerfors	5	0,43			
Frövi	5	1,96			
Hällefors	5	1,28			
Kopparberg	5	1,02			
Laxå	5	1,42			
Lekeberg	5	1,14			
Odensbacken	5	1,10			
Askersund	4	0,97			1,00
Totalt	**167**	**66,03**	**18,80**	**11,95**	**15,00**

Tabell 5 visar nuläget när det gäller handledning. Kolumnen föräldralediga har här lagts in av två skäl, dels för att de allra flesta av dessa 11,95 tandläkare är mer erfarna och därmed utgör en stor del av möjliga handledare, dels för att detta förtydligar föryngringen av yrkeskåren. 40,8% av tandläkarna är inne på sitt första år eller är föräldralediga och då i de flesta fall inne på sitt andra år. Antalet trainees visar också behovet av handledare för god återväxt. På senare år har i vissa fall patienter börjat reagera negativt och mindre förstående på att det finns så många nyutbildade tandläkare.

Summering av utmaningar

Utmaningar kopplade till handledning och produktivitet är i korthet följande:

- Handledningsbehovet kräver att erfarna medarbetare avsätter tid från kliniskt arbete, vilket påverkar produktionen.
- Traineer har begränsad självständighet i början, vilket innebär att de inte fullt ut bidrar till klinikens produktion.
- Personalbrist på de flesta kliniker gör det svårt att frigöra tid för handledning utan att det påverkar tillgängligheten för patienter.
- Balansgång mellan utbildningsinsats och vårdproduktion är en ständig utmaning, särskilt i tider med hög efterfrågan eller vakanser.

2.8 Prioriteringsordning och anvisningar

Tandvårdsenheten (TVE) arbetar med tandvårdsfrågor ur ett regionövergripande perspektiv och ansvarar för och administrerar regionens tandvårdsstöd och fritt val av vårdgivare för barn och unga. TVE ansvarar för att det varje år säkras en överenskommelse mellan regionstyrelsen och folktandvårdsnämnden[13].

Under 2025 och inför 2026 gäller den största förändringen ortodonti/tandreglering. FTV:s uppdrag förändras i samband med införandet av LOV (Lagen om valfrihetssystem), se mer i kapitel 2.4. TVE får ansvaret för att administrera ekonomisk ersättning till vårdgivare inom ATV för tandregleringsvård vilket FTV tidigare gjort. FTV har fått uppdragsersättningen för uppdrag Ortodonti reducerat med 2,8 mnkr för perioden september-december 2025, vilket har lett till att enhet STV Ortodonti nu går med stort ekonomiskt underskott.

[13] Överenskommelse mellan Regionstyrelsen och Folktandvårdsnämnden år 2026 (25RS8429).

Prioriteringsordning i Överenskommelsen

I tandvårdslagen beskrivs vilket ansvar regionen genom FTV har för tandvård till länets invånare. Vid resursbrist ska följande prioriteringsordning gälla för FTV:

1. Akuttandvård för barn och unga
2. Akuttandvård för personer som behandlas inom regionens tandvårdsstöd
3. Akuttandvård för vuxna.
4. Allmäntandvård för barn och unga
5. Allmäntandvård för personer som behandlas inom regionens tandvårdsstöd
6. Specialisttandvård för barn och unga
7. Specialisttandvård för vuxna
8. Allmäntandvård för vuxna

Prioriteringsordningen är en utmaning när mer inkomstbringande vuxenintäkter behöver ökas för en ekonomi i balans och en behovsstyrd tandvård. Förslaget är att, utan att frångå behovsprioriteringen, tillsätta en utredning för att sondera möjligheten att prioritera vuxentandvården ytterligare. Det behöver gå i linje med behovs- och solidaritetsprincipen i tandvårdslagen[14]. Det bör även arbetas för att privata aktörer ska ta mer ansvar för barntandvården.

Anvisningar för barn- och ungdomstandvård

Direktiven *Tandvårdsstöd – Anvisningar Region Örebro län*[15] och *Tandvård för barn och unga – anvisningar i Region Örebro län*[16] upprättas och revideras fortlöpande av Tandvårdsenheten, se mer i bilaga 1. I dessa dokument specificeras i flera delar vilka yrkeskategorier som får utföra vissa behandlingar i både STV och ATV.

En av de stora utmaningarna för FTV är att anvisningar begränsar möjligheterna för att det odontologiska behovet styr vilken yrkeskategori eller kompetens som ska undersöka barnet. Det innebär att varken behovet eller klinikens resurser tas till vara. En tandhygienist kan öka sitt ansvar för undersökningar och endast koppla in tandläkare när avvikelser upptäcks. På detta sätt kan tandläkare tänkas kunna användas på ett mer resurseffektivt sätt. Det kommer också öka FTV:s möjligheter att förändra arbetsflöden och mönster och göra FTV mer behovsstyrt. Förslaget är att en utredning tillsätts för att sondera möjliga justeringar av anvisningarna som gynnar en mer behovsstyrd tandvård.

En ekonomisk utmaning för FTV är att ersättning stoppas då patienten av olika anledningar inte kommer och detta trots att patienten kallas i tid. Om patienten sen dyker upp har FTV ingen kostnadstäckning vilket blir märkbart om behandling krävs. Barn som uteblir innebär också obokade tider och omfattande administrativ insats, enligt riktlinjen för barn som uteblir, för varje enskilt barn. Detta försvårar också för privata vårdgivare som inte vill riskera sin ekonomi och bland annat av detta skäl väljer att inte ta emot barn.

[14] Behovs- och solidaritetsprincipen återspeglas i tandvårdslagen (1985:125) genom 2 §, som anger målet om tandvård på lika villkor för hela befolkningen, samt 8 §, som kräver att planeringen utgår från befolkningens behov.
[15] Tandvårdsstöd - Anvisningar Region Örebro län gäller från och med 2025-01-15 (980180 R8). Delar av anvisningarna lyfts för politiska beslut i regionstyrelsen, till exempel Folktandvårdens prislista.
[16] Tandvård för barn och unga – anvisningar i Region Örebro län gäller från och med 2025-09-10 (670430 R14). Delar av anvisningarna lyfts för politiska beslut i regionstyrelsen, till exempel barntandvårdsersättning och Folktandvårdens prislista.

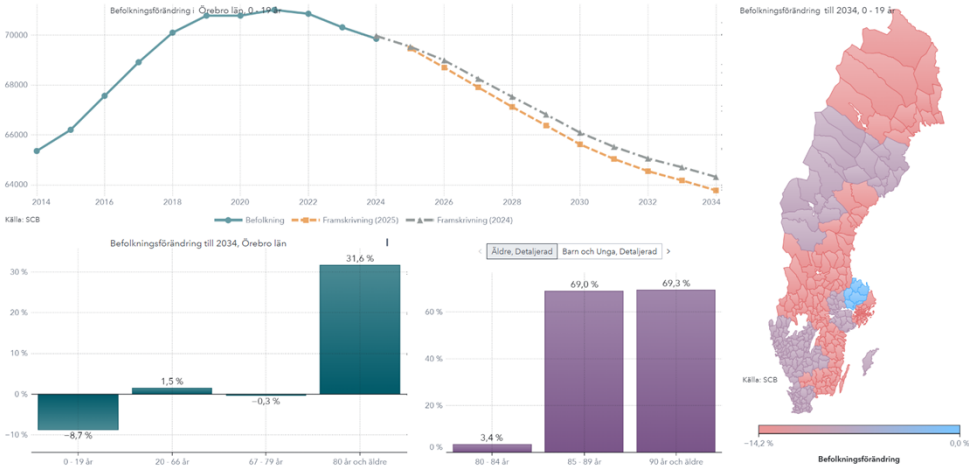
2.9 Befolkningsutveckling

I nuläget har Region Örebro län likt de flesta svenska regioner en gynnsam åldersstruktur. Låg dödlighet kan leda till ett längre hälsosamt liv men samtidigt till högre belastning på de procentuellt allt färre i yrkesför ålder. Tandhälsan är generellt god i äldre åldersgrupper vilket innebär att de till skillnad mot tidigare generationer kommer ha tänderna kvar och då behöver tandvård.

Barnafödandet har de senaste åren sjunkit till rekordlåga nivåer. Under 2024 var den summerade fruktsamheten (antal barn per kvinna) 1,43, vilket är långt under det som krävs för att befolkningen ska vara stabil (ca 2,1). Tendensen är att allt fler, även om samboendet inte minskar, inte väljer att försöka få det första barnet. SCB:s experter har ännu inte landat i vilka strukturella orsaker denna tendens kan ha.[17]

Här är SCB:s prognos för befolkningsförändringen i Örebro län 0-19 år 2025-2034:

Tabell 6. SCB:s prognos för befolkningsförändringen i Örebro län för åldersspannet 0-19 år 2025-2034.



Detta bedöms för FTV innebära följande:

- Minskad efterfrågan på barn- och ungdomstandvård på sikt. De närmaste åren kommer antalet barn i de yngre åldrarna gradvis minska. Barn kallas till FTV från och med det kalenderår de fyller 2 år. Därefter sker undersökningar vanligtvis vartannat år, förutsatt att barnet har en normal tandhälsa. Den totala minskningen av antal barn kommer gradvis spridas upp i åldrarna.
- En gradvis förskjutning från barntandvård till vuxentandvård, och därmed också en omfördelning av resurser, kommer bli aktuell de närmaste åren. Här finns även möjlighet till effektivisering av kallelse- och bemanningssystem, särskilt i glesbygd där barnkullarna minskar snabbare.
- På längre sikt kommer detta börja påverka yrkesföra åldrar. Det är då den så kallade åldrande befolkningen slår igenom procentuellt.

[17] Tidigare orsaker till fluktueringar i barnafödande har varit kopplade till familjeförändringar, politiska reformer och ekonomisk konjunktur. Inget av detta är applicerbart på nuvarande markanta minskning i barnafödande. Det senaste decenniet har fruktsamheten gått ner, men då det fanns en stor kohort av många föräldrar födda på 1990- och tidiga 2000-talet som antalsmässigt vägde upp den redan inledda minskningen märktes den inte statistiskt förrän häromåret då mindre kohorter födda senare tog över som småbarnsföräldrar.

I tabell 7 fångas vad detta kommer betyda när det gäller befolkningen i Örebro läns kommuner 2025, 2035 och 2050.[18]

Tabell 7. SCB:s befolkningssiffror och prognoser från maj 2025.

Örebro läns kommuner	2025	2035	2050	Förändring 2025-2050	Förändring 2025-2050
Örebro	160 343	168 392	177 199	10,5%	16 860
Karlskoga	30 148	29 416	29 686	- 1,5%	-460
Lindesberg	23 093	22 460	22 399	- 5,7%	-690
Kumla	22 622	22 987	24 043	6,3%	1 420
Hallsberg	16 130	16 183	16 568	5,3%	440
Askersund	11 437	11 521	11 726	2,5%	290
Nora	10 604	10 301	10 393	- 2,0%	-210
Degerfors	9 233	8 871	8 798	- 4,7%	- 430
Lekeberg	8 580	9 258	10 037	17,0%	1 460
Hällefors	6 272	5 919	5 729	- 8,7%	- 540
Laxå	5 396	5 274	5 303	- 1,7%	- 90
Ljusnarsberg	4 342	3 936	3 860	- 11,1%	- 480
Region Örebro län	**308 200**	**314 518**	**325 741**	**5,7%**	**17 540**

Noterbart i ovan tabell är att:

- Örebro kommer att stå för, och då också behöva rusta för, den i särklass största befolkningsökningen. Drygt 16 800 av den totala ökningen i länet på 17 500.
- Kumla och Lekeberg är de enda övriga kommuner som har en tydlig prognosticerad befolkningsökning, båda cirka 1400 fler invånare.
- Ljusnarsberg och Hällefors har de tydligaste minskningarna med runt 500 personer vilket motsvarar drygt 11% respektive knappt 9%. Lindesberg och Degerfors kommer minska med nära 6% respektive nästan 5%.
- Övriga kommuners befolkningar blir i stort sett oförändrade med 5% eller mindre ökning eller minskning, vilket i sin tur betyder att de kommer stå för en mindre procentuell del av länets totala befolkning.
- I SCB:s prognoser 2023 för åren 2021–2051 beräknades länet öka med cirka 31 000. Örebro skulle öka med drygt 27 000, Kumla med 3 100 och Lekeberg med 1 900. Å andra sidan antogs det att Ljusnarsberg bara skulle minska med 200 och Karlskoga skulle ligga stabilt. Det som framför allt har ändrat denna bild är de sjunkande födelsetalen men också minskad invandring.

Värt att beakta i övrigt när det gäller SCB:s prognoser för Örebro län är att befolkningen under de närmaste decennierna kommer öka mest i åldrar över 80 år. Det senaste decenniet har fler fötts än avlidit i länet men de närmaste decennierna kommer det vara ungefär lika många som föds och dör och under perioder till och med färre som föds än dör. Invandringen till länet förväntas vara mindre än tidigare men det är det inflödet som kommer utgöra all ökning. Det centrala vid prognosti-

[18] https://experience.arcgis.com/experience/08c05b6b6e374d27b0aaad3f4aa3ba80; Informationspanel - Kommunernas förändrade befolkning (arcgis.com); Reservationer gällande SCB:s siffror är att framskrivningarna bygger på att den observerade utvecklingen fortsätter, ingen hänsyn tas till planerat bostadsbyggande, företagsetableringar eller andra framtida mål och förutsättningar (Befolkningen koncentreras till allt färre kommuner (scb.se))[18]. Stora kommunala eller regionala satsningar kan alltså förändra denna bild men i nuläget och så långt vi just nu ser är det detta vi får förhålla oss till.

cerande av vårdbehov under perioden fram till 2050 blir då att befolkningen kommer öka nästan uteslutande i centralorten Örebro och att förskjutningarna mellan olika åldersgrupper inte är betydande med undantag av äldre över 80 år. Ovan innebär sammantaget att den arbetsföra andelen av befolkningen minskar och att andelen av befolkningen som är mest vårdkrävande ökar. Det kommer också ske en förskjutning i många kommuner mot en procentuellt äldre befolkning och de stora procentuella förändringarna kommer inte ske i länet i stort utan mellan kommunerna.[19]

Med detta i åtanke blir det rimligt att listade revisionspatienter på respektive klinik i grova drag kommer följa den demografiska utvecklingen. Då FTV har befolkningsansvaret måste uträkningarna utgå ifrån ovan prognoser från SCB. Om privata aktörer startar verksamhet i någon av länets kommuner, och sannolikt blir det då i centralorten Örebro, måste dessa beräkningar modifieras fortlöpande.

Här är en tabell över kommunernas listade revisionspatienter 2025, 2035 och 2050 utifrån ovan prognosticerade demografiska utveckling. Till höger om årskolumnerna anges hur stor del av den totala befolkningen som varje kommuns patienter utgör.

Tabell 8. Prognosticerat antal revisionspatienter utgår ifrån SCB:s befolkningsprognoser, se Tabell 7.

Örebro läns kommuner	**Revisionspatienter**					
	2025	**Andel av länets pat.**	**2035**	**Andel av länets pat.**	**2050**	**Andel av länets pat.**
Örebro	95 049	55,5 %	99 800	58,0 %	105 000	57,8 %
Karlskoga	15 048	9,1 %	14 700	8,5 %	14 800	8,1 %
Lindesberg	13 595	8,2 %	13 200	7,7 %	13 200	7,2 %
Kumla	11 537	6,4 %	11 700	6,8 %	12 300	6,8 %
Hallsberg	8 857	5,2 %	8 900	5,2 %	9 100	5,0 %
Nora	6 980	4,1 %	6 800	4,0 %	6 800	3,7 %
Lekeberg	4 750	2,7 %	5 100	3,0 %	5 600	3,1 %
Degerfors	4 017	2,4 %	3 900	2,3 %	3 800	2,1 %
Hällefors	3 292	2,0 %	3 100	1,8 %	3 000	1,7 %
Askersund	2 786	1,7 %	2 800	1,6 %	2 900	1,6 %
Laxå	2 730	1,8 %	2 700	1,6 %	2 700	1,5 %
Ljusnarsberg	2 684	1,6 %	2 400	1,4 %	2 400	1,3 %
Örebro län	**171 325**		**172 000**		**181 600**	

I denna tabell ser vi att de flesta kommuner kommer ha ett liknande antal revisionspatienter om 25 år men att de flesta kommuners andel av totalen kommer minska. Centrala slutsatser av denna prognos är:

- Örebro kommun kommer behöva hantera motsvarande en medelstor klinik till.
- Karlskogas patienter kommer inte öka antalsmässigt vilket innebär att den nybyggda kliniken har marginal och kan hantera ett ökat inflöde från omkringliggande kommuner.
- Lindesberg inkluderar här även Frövi som idag har 4 477 revisionspatienter. Lindesberg har idag en mindre klinik än Karlskoga och har, trots en

[19] Rapport 2023: Framskrivningar av befolkning och sysselsättning i östra Mellansverige (regionorebrolan.se).
RU har även tillgång till befolkningssiffror på DeSO-nivå samt sysselsättningssiffror på kommunnivå om någon är intresserad att gräva vidare i det här.

befolkningsminskning som innebär cirka 400 färre revisionspatienter 2050, inte samma marginal att ta emot från omkringliggande kommuner.

- Kumla och Hallsberg måste tillsammans hantera en ökning av cirka 2000 patienter men har med Kumlas utbyggnad i synnerhet marginaler för visst ökat inflöde från omkringliggande kommuner.
- Nora klarar sig med nuvarande klinik och visst inflöde från andra kommuner.
- Lekeberg måste hantera en gradvis ökning med 900 patienter, alternativt innebär närheten till Örebro att det kan hanteras. Det gäller i synnerhet det vid E18 växande Lanna där pendlingsmönster visar ett tydligt flöde mot Örebro.[20]
- Askersund har till skillnad mot de flesta kommuner ett antal privata alternativ vilket är anledningen till att det är procentuellt få revisionspatienter. Frågan är vilken beredskap som finns om de privata klinikerna inte existerar om 20 år.

En grundslutsats är att antalet revisionspatienter och tandvårdsbehovet kommer öka i centrala Örebro och i liten skala i Kumla och Lekeberg medan övriga delar av länet blir konstant eller minskar något.

Behovet av proaktiv planering bedöms utifrån demografiska förändringar och nationella reformer bli stort de närmaste decennierna. Klinikutbudet måste anpassas efter behov, bemanning, ekonomi och demografiska förändringar. FTV föreslår att det i en strukturell översyn av vårdutbudet identifieras en form av basutbud som alla kliniker inom ATV kan erbjuda medan större kliniker sen kan erbjuda en form av utökat standardutbud. Genom pågående översyn av FTV:s lokaler kan det också tydliggöras hur lokalytor och hyreskostnader på bästa sätt dimensioneras efter behov och bemanning.[21] Med detta helhetstänk kan fasta kostnader minskas på mindre kliniker utan att de behöver avvecklas. Denna väg möjliggör alternativa flexibla lösningar som kan skräddarsys efter behov och bemanning.

3. Kostnads-nyttoanalys av möjliga åtgärder

Här summeras en kostnads-nyttoanalys av möjliga åtgärder nämnda i kapitel 2.1-2.9.

1. **Införande av särskild tandvårdsersättning (STE) för patientgruppen 67 år och äldre medför sämre ekonomiska marginaler för FTV men kan också innebära en ökad efterfrågan på tandvård på lite längre sikt.**
    - De ekonomiska marginalerna blir mer pressade för FTV, särskilt när referenspriserna inte motsvarar faktiska kostnader. Enligt beräkningar blir det -1,8 mnkr för ATV och -0,7 mnkr för STV, vilket totalt blir ett minus på minst 2,5 mnkr. Med ökade volymer blir det troligtvis ett större minus. Kommuntypstillägget förväntas generera 4,5 mnkr vilket bedöms kunna täcka de kostnader som satsningen på ökad tillgänglighet i glesbygden innebär.[22]

[20] Av Lekebergsborna pendlar 43% till Örebro medan 38 % jobbar i Lekebergs kommun. Av de som arbetar i Lekeberg bor 65 % i kommunen, 19 % i Örebro. Pendlingsflödet är tydligt riktat mot Örebro.
[21] Se Region Östergötlands Översyn av dimensionering och lokalisering av Folktandvården Östergötland (2023), dnr: RÖ 2022-13530.
[22] Beräkningen är baserad på volymerna för åldersgruppen under ett helår, det vill säga om verksamheten utför samma åtgärder på åldersgruppen som den har gjort tidigare, men med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referensprislista 2026 i kombination med det villkorade högkostnadsskyddet.

- Ovan konsekvenser i form av minskade intäkter till följd av STE kan motverkas av ökad efterfrågan på tandvård från aktuell patientgrupp 67 år och äldre, men det är mycket svårt att i nuläget förutsäga och göra ekonomiska beräkningar för en ökad efterfrågan. Det som kommer att bli viktigt när STE införs är att kliniker och behandlare anpassar tidsåtgång för behandling av denna patientgrupp så att resurskostnaden hamnar i nivå med den lägre åtgärdsersättning som reformen innebär.

2. Regelsystemet kopplat till ersättning för barn- och ungdomstandvård förändras.

- Kraven avseende stoppad ersättning för barn som uteblir från tandvård behöver förändras. Barn som uteblir tar omfattande administrativ tid i anspråk, dels på grund av obokade tider utan ersättning, dels i form av en risk för ett ökat senare vårdbehov som då behöver omhändertas och då i enlighet med rådande regelsystem utan ersättning. Det nuvarande kontrollsystemet innebär förutom risk för utebliven ersättning en omfattande administration med vårdrapporter etc för att få in alla uppgifter på ett korrekt sätt.
- En ändring av regelsystemet så att ersättningen inte stoppas enligt ovan skulle för FTV innebära en ökad ersättning på motsvarande 5 mnkr per år. I ett alternativt upplägg förordas även en mer resurseffektiv rapportering av den utförda barn- och ungdomstandvården till Tandvårdsenheten.

3. Riktade satsningar på utbildning, introduktion, handledning och traineeprogram.

- Pågående översyn avseende förändrad handledningsstruktur förväntas redovisas under 2026 och ska resultera i ett underlag dels till hur det utannonserade statliga tillskottet till budgeten på ett antal mnkr ska användas, dels till förslag om en justering i överenskommelsen med regionstyrelsen om den ersättning för trainees som idag är låst till ett fast antal.
- Sammantaget kan ovan översyn, statliga tillskott samt justeringar i överenskommelsen ge FTV bättre förutsättningar att kunna strukturera om handledarupplägget så att en stimulerande arbetsmiljö säkras. Detta bedöms kunna öka attraktiviteten hos såväl handledare som nyanställda och trainees.

4. Anpassa klinikutbudet efter behov och bemanning.

- En övergång till att ha ett basutbud på samtliga kliniker och ett standard-utbud på de större ATV-klinikerna skulle minska kostnader för investeringar i utrustning och system på de mindre klinikerna. Kostnadsminskningar kan också göras om FTV lyckas minska lokalytorna på de mindre klinikerna eller hitta alternativa lokaler som har en lägre hyreskostnad.

4. Summering och förslag på åtgärder

De största utmaningarna för FTV i Region Örebro län är kopplade till ekonomiska underskott, systembyten, reformer och kompetensförsörjning. De möjliga åtgärderna har både direkta kostnader och långsiktiga nyttor. För att maximera nyttan och minimera kostnaderna rekommenderas:

- Fortsatt strikt ekonomisk uppföljning med handlingsplaner som inkluderar osäkerhetsfaktorer som följder av STE:s införande. De stora långsiktiga utmaningarna finns inom ATV men även STV har betydande ekonomiska utmaningar med balansen mellan tandvårdsuppdraget, utbildning och forskning, inklusive uppdraget Nationellt odontologiskt centrum (NOC).
- Arbeta med balansen mellan vuxentandvård och barntandvård. Förslaget är att, utan att frångå behovsprioriteringen, sondera möjligheten att prioritera vuxentandvården ytterligare. Det bör även arbetas för att privata aktörer ska ta mer ansvar för barntandvården.
- Utifrån regionens övergripande kompetensförsörjningsstrategi jobbar förvaltningen vidare med sin kompetensförsörjningsplan där fokus ligger på att rekrytera och framför allt att behålla medarbetare samt utveckling och utvärdering av arbetssätt. Även kompetensutveckling på grupp och individnivå samt konkurrenskraftiga löner för samtliga yrkeskategorier är i fokus.
- Riktade satsningar på introduktion, handledning och traineeprogram. En översyn ska under 2026 resultera i tänkbara scenarier för förändrad handledning med ekonomiska konsekvenser och rekommendationer för kort och långsiktiga åtgärder och beslut. Översynen ska utgöra underlag dels till hur det utannonserade statliga tillskottet till budgeten på ett ännu oklart antal mnkr ska användas, dels till förslag om en justering i överenskommelsen med regionstyrelsen om den ersättning för trainees som idag är låst till ett fast antal.
- Justerade anvisningar som inte innebär krav på att tandläkare behöver undersöka barn där den odontologiska bedömningen är att tandhygienistkompetens är tillräcklig. Det kommer öka FTV:s möjligheter att förändra arbetsflöden och mönster och göra FTV mer behovsstyrt.
- Förändrade krav avseende stoppad ersättning för barn som uteblir från tandvård. Barn som uteblir tar omfattande administrativ tid i anspråk, dels på grund av obokade tider utan ersättning, dels i form av en risk för ett ökat senare vårdbehov som då behöver omhändertas och i enlighet med rådande regelsystem utan ersättning.
- Proaktiv planering utifrån demografiska förändringar och nationella reformer där klinikutbudet anpassas efter behov, bemanning och ekonomi. Förvaltningen föreslår en strukturell översyn av vårdutbudet där det identifieras ett basutbud som alla kliniker i ATV ska ha medan ett mer utökat standardutbud finns på länets större ATV-kliniker.

5. Bilagor

5.1 Bilaga 1: Anvisningar för vuxentandvård och barn- och ungdomstandvård

Anvisningar för vuxentandvård

Direktivet *Tandvårdsstöd – Anvisningar Region Örebro län*[23] upprättas och revideras fortlöpande av Tandvårdsenheten. Här redovisas tillämpningen av de tandvårdsstöd som Region Örebro län administrerar och där tandvården ersätts enligt bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Regelverket grundar sig på Tandvårdslagen och Tandvårdsförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Tandvårdsstöden i Region Örebro län omfattar personer som är folkbokförda i Örebro län från och med det år de fyller 24 år.

Regionen finansierar och administrerar följande tandvårdsstöd: Uppsökande verksamhet (U), Nödvändig tandvård (N), Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F), samt Tandvård som led i en sjukdomsbehandling (S).

I dokumentet specificeras i flera delar vilka yrkeskategorier som får utföra vissa behandlingar i både STV och ATV. Här några exempel som tydliggör roller och ansvar för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor:

Tandläkare måste ha specialistkompetens för att regionen ska ersätta vissa utredningar och behandlingar. Detta begränsar vilka behandlingar som får utföras inom ramen för tandvårdsstödet. Tandläkaren är skyldig att lämna uppgifter till regionen vid förhandsbedömningar eller kontroll av debiterade åtgärder. Det innebär att tandläkaren måste kunna motivera vården odontologiskt och följa regelverket.

Tandhygienister omfattas av samma krav på att vården ska vara odontologiskt motiverad och dokumenterad, men får inte utföra behandlingar som kräver specialistkompetens. Begränsningar gäller även för vilka åtgärder som ersätts av regionen, exempelvis får de inte utföra vissa utredningar eller behandlingar som kräver tandläkarbedömning.

Tandsköterskor får inte utföra självständig behandling eller diagnostik. De får inte dokumentera vård som ligger till grund för ersättning från regionen. Deras roll är assisterande, och de omfattas av kravet att följa regionens regelverk, men utan möjlighet att självständigt påverka vårdplan eller fakturering.

Anvisningar för barn- och ungdomstandvård

Direktivet *Tandvård för barn och unga – anvisningar i Region Örebro län*[24] upprättas och revideras fortlöpande av Tandvårdsenheten. Vårdnadshavare till barn kan från och med det kalenderår barnet fyller två år välja vårdgivare för den tandvård som erbjuds av Region Örebro län. Även unga från 18 år och till och med kalenderåret de fyller 19 år kan välja vårdgivare. Den tandvård som är nödvändig för funktionellt och

[23] Tandvårdsstöd - Anvisningar Region Örebro län gäller från och med 2025-01-15 (980180 R8). Delar av anvisningarna lyfts för politiska beslut i regionstyrelsen, till exempel Folktandvårdens prislista.
[24] Tandvård för barn och unga – anvisningar i Region Örebro län gäller från och med 2025-09-10 (670430 R14). Delar av anvisningarna lyfts för politiska beslut i regionstyrelsen, till exempel barntandvårdsersättning och Folktandvårdens prislista.

estetiskt godtagbara bettförhållanden är avgiftsfri för den enskilde. Avgiftsfri tandvård för barn och unga administreras och ersätts via Tandvårdsenheten. Möjligheten att välja innebär att allmäntandvård kan sökas hos såväl FTV som privat vårdgivare. De generella insatser som riktas mot grupper av individer, avgränsade av geografiska områden eller på annat sätt, utförs av FTV.

STV för barn och unga utförs i FTV. Undantag är ortodonti som efter införande av vårdval enligt LOV kan utföras av leverantörer som har avtal med Region Örebro län.

När det gäller anvisningar för barn- och ungdomstandvård gäller följande:

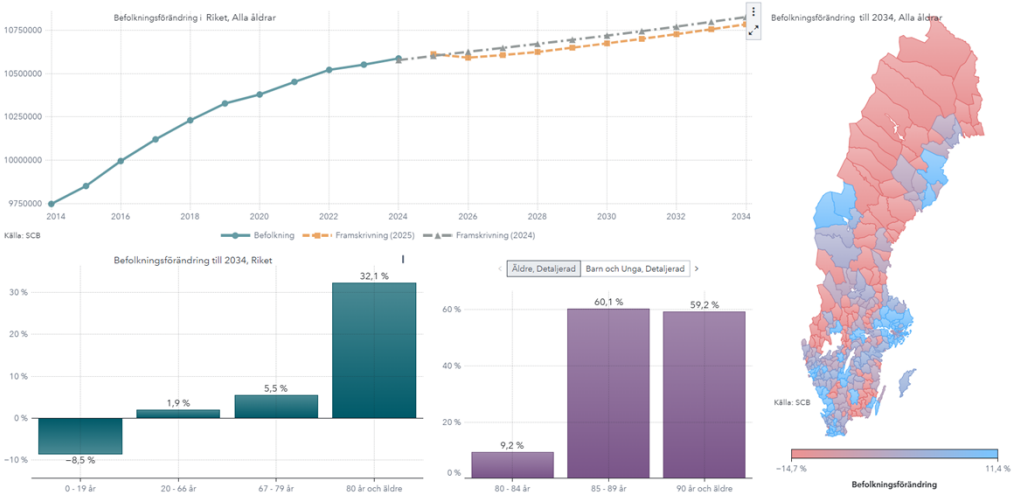
Tandläkare har övergripande ansvar för undersökning, diagnostik och behandling. Endast de får fatta beslut om specialistremisser och utföra behandlingar som kräver specialistkompetens. De ska dokumentera och signera åtgärder som ligger till grund för ersättning från regionen. Vissa behandlingar ersätts endast om de utförs av tandläkare med specialistkompetens, till exempel inom pedodonti eller ortodonti. De får inte delegera uppgifter som kräver odontologisk bedömning till andra yrkesgrupper.

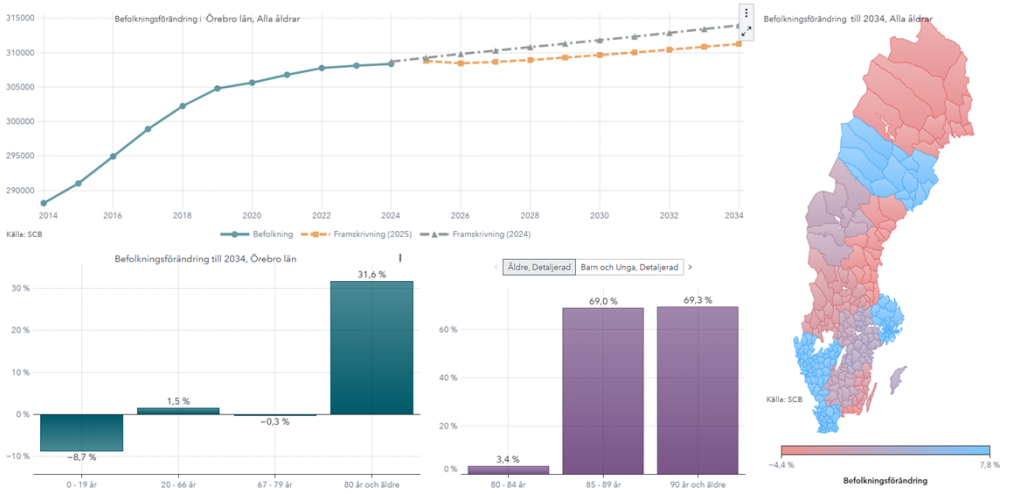
Tandhygienister får utföra förebyggande insatser, enklare undersökningar och viss behandling inom ramen för sin legitimation. De får inte fatta beslut om specialistremisser eller utföra behandlingar som kräver odontologisk bedömning. De får inte utföra åtgärder som kräver röntgendiagnostik eller omfattande kariesbehandling. De får inte självständigt lista barn eller fatta beslut om vårdplaner som ligger till grund för regionens ersättning.

Tandsköterskor arbetar assisterande och får inte utföra självständig behandling. De får bistå vid undersökningar och behandlingar, men inte fatta beslut om vård eller dokumentera åtgärder som ligger till grund för ersättning. De får inte utföra undersökningar, ställa diagnoser eller genomföra behandlingar som kräver legitimation. De får inte hantera remisser eller dokumentera vårdplaner.

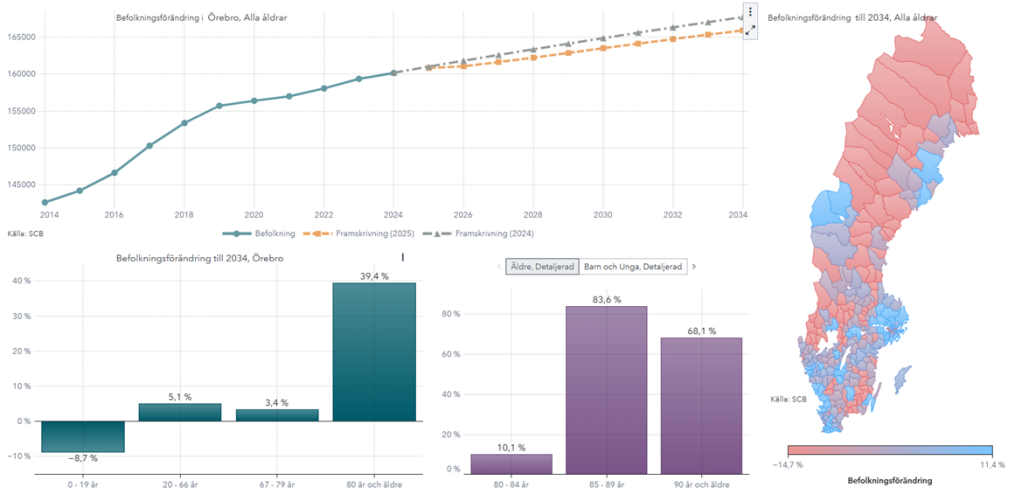
5.2 Bilaga 2: Befolkningsframskrivningar 2025–2034

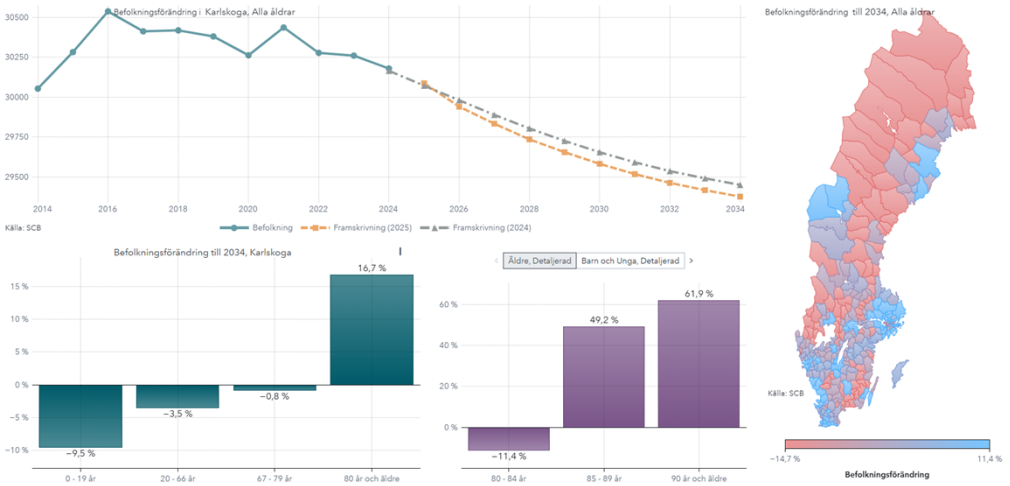
Som komplement till diskussionen i kapitel 2.9 samlas här framskrivningar av rikets, Örebro läns samt de tolv kommunernas befolkningsutveckling fram till 2034[25].

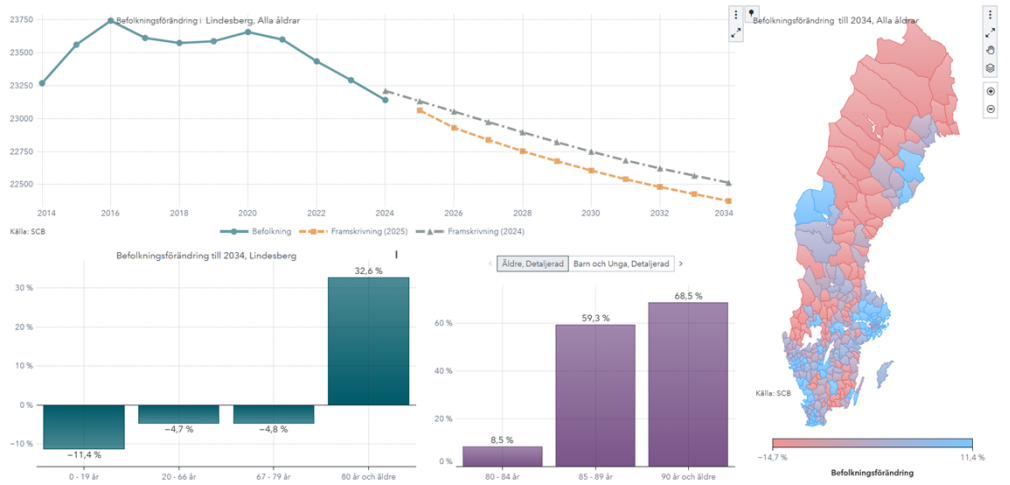


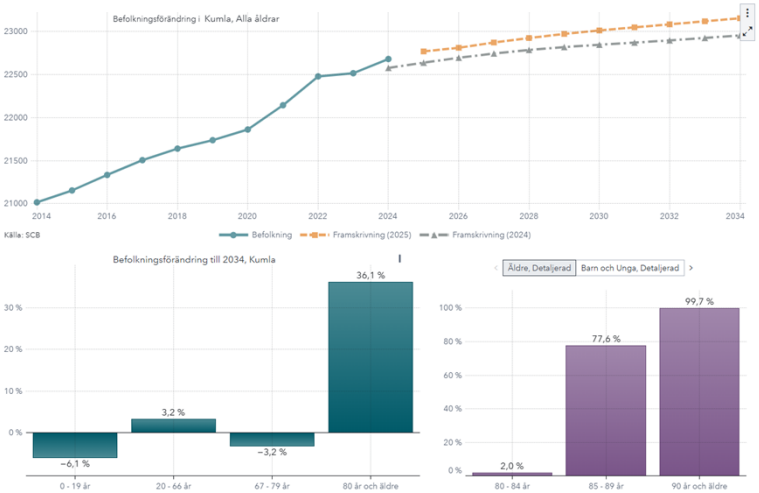


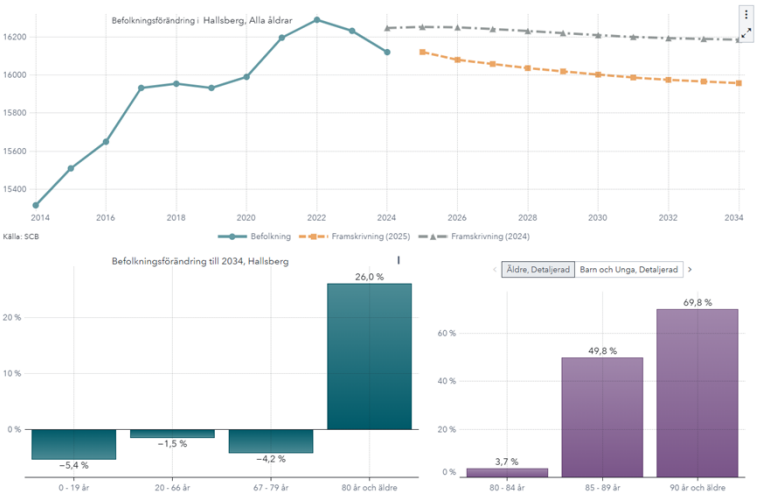
[25] Befolkningsframskrivning - SAS® Visual Analytics

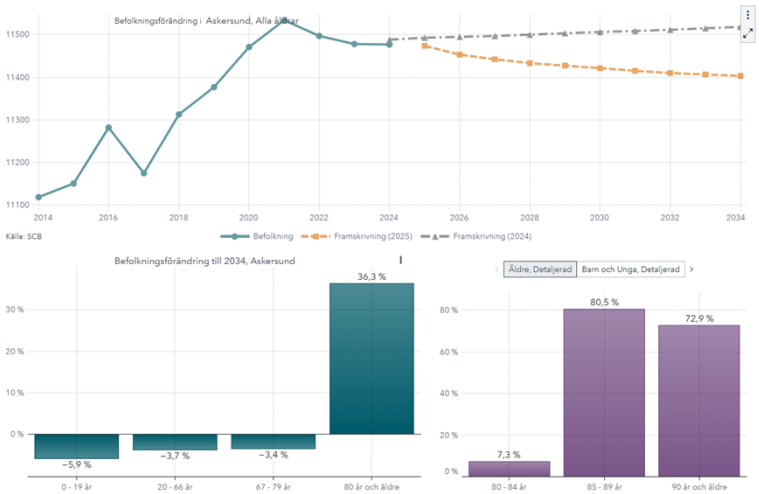

Befolkningsförändring i Örebro, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Örebro
−8,7 %
5,1 %
3,4 %
39,4 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
10,1 %
83,6 %
68,1 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

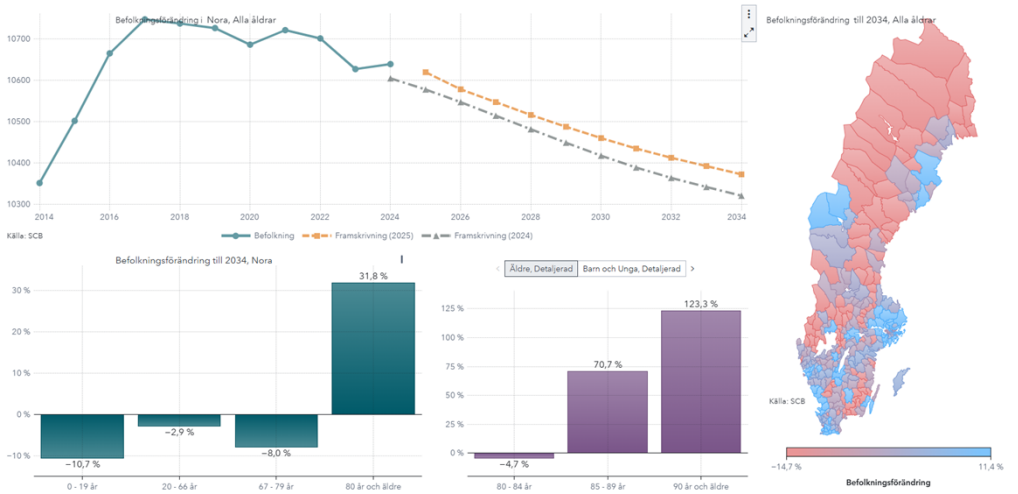

Befolkningsförändring i Karlskoga, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Karlskoga
−9,5 %
−3,5 %
−0,8 %
16,7 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
−11,4 %
49,2 %
61,9 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

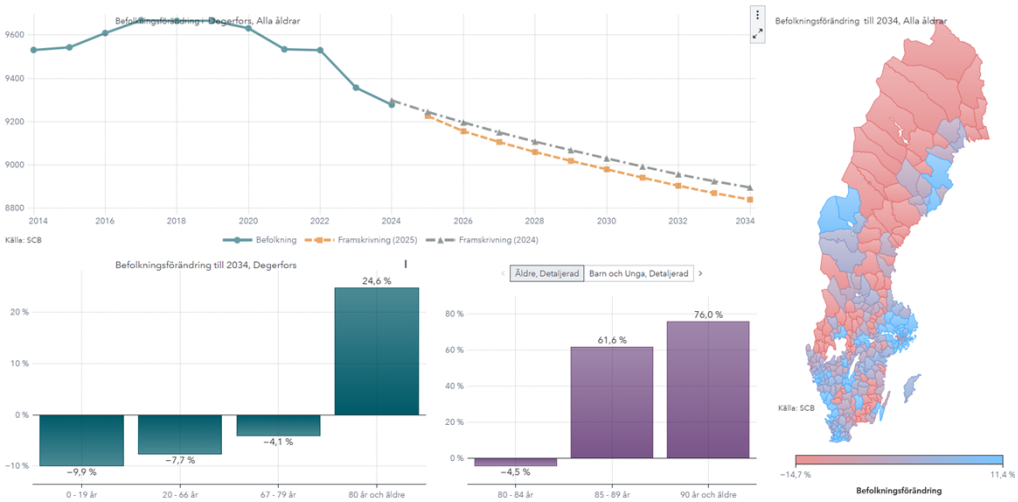

Befolkningsförändring i Lindesberg, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Lindesberg
−11,4 %
−4,7 %
−4,8 %
32,6 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
8,5 %
59,3 %
68,5 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

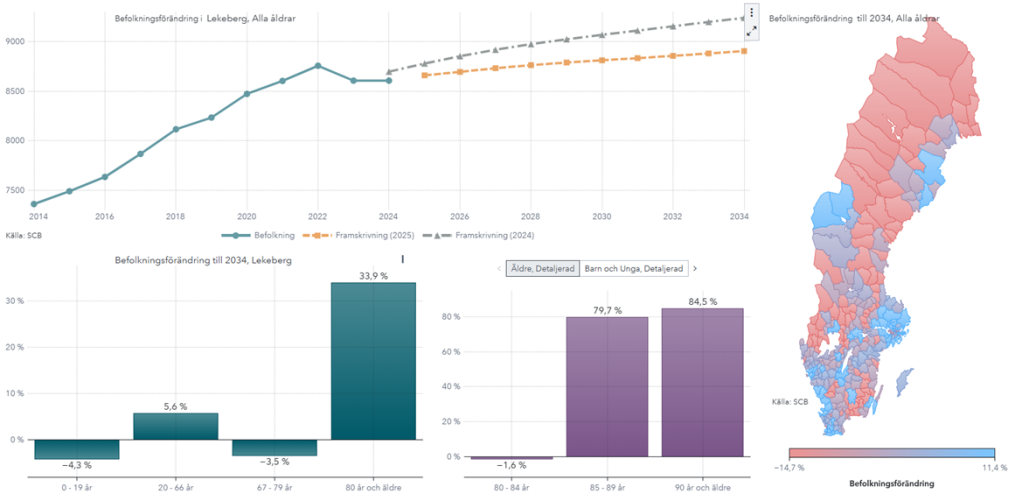

Befolkningsförändring i Kumla, Alla åldrar
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Källa: SCB
Befolkningsförändring till 2034, Kumla
36,1 %
3,2 %
−6,1 %
−3,2 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
99,7 %
77,6 %
2,0 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

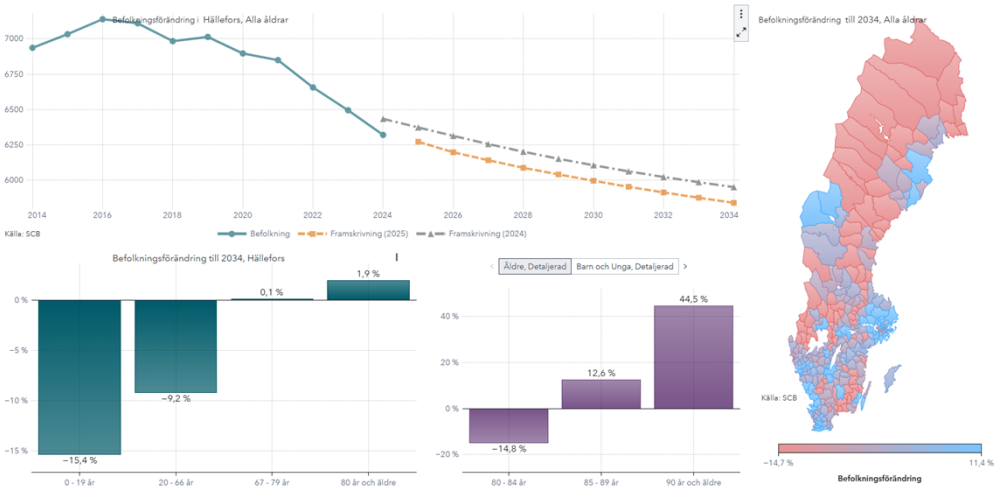

Befolkningsförändring i Hallsberg, Alla åldrar
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Källa: SCB
Befolkningsförändring till 2034, Hallsberg
26,0 %
−5,4 %
−1,5 %
−4,2 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
69,8 %
49,8 %
3,7 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

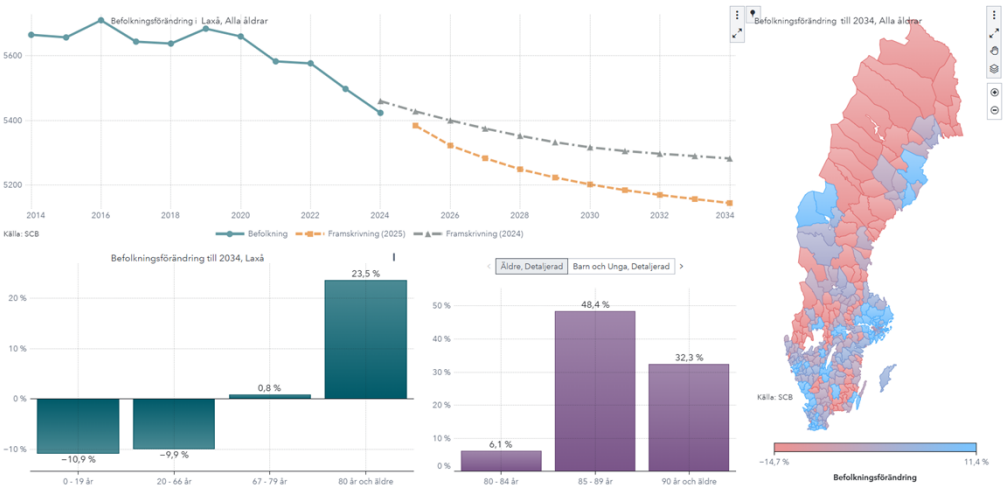

Befolkningsförändring i Askersund, Alla åldrar
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Källa: SCB
Befolkningsförändring till 2034, Askersund
36,3 %
−5,9 %
−3,7 %
−3,4 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
80,5 %
72,9 %
7,3 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring

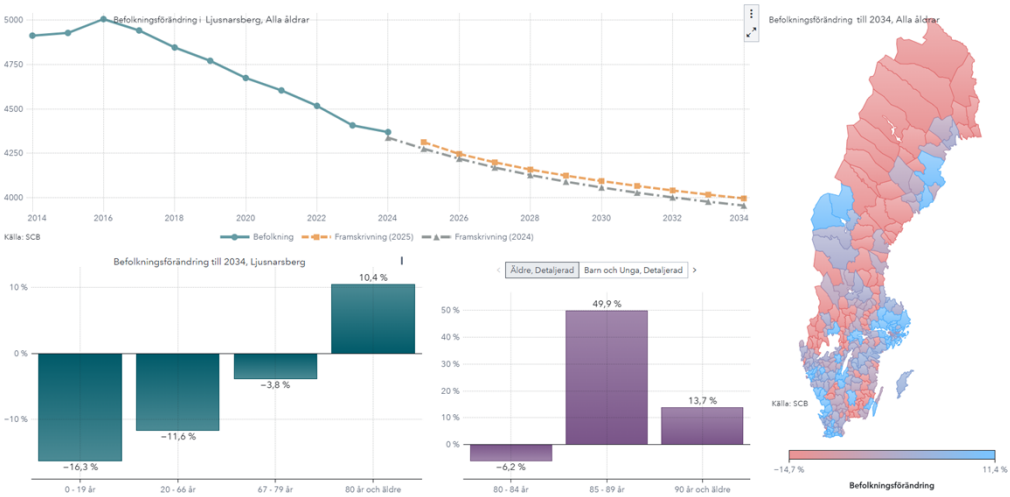

Befolkningsförändring i Nora, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Nora
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring


Befolkningsförändring i Degerfors, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Degerfors
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring


Befolkningsförändring i Lekeberg, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Lekeberg
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
Befolkningsförändring


Befolkningsförändring i Hällefors, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Hällefors
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
1,9 %
0,1 %
−9,2 %
−15,4 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
44,5 %
12,6 %
−14,8 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring


Befolkningsförändring i Laxå, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Laxå
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
23,5 %
0,8 %
−10,9 %
−9,9 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
48,4 %
32,3 %
6,1 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring


Befolkningsförändring i Ljusnarsberg, Alla åldrar
Befolkningsförändring till 2034, Alla åldrar
Källa: SCB
Befolkning
Framskrivning (2025)
Framskrivning (2024)
Befolkningsförändring till 2034, Ljusnarsberg
Äldre, Detaljerad
Barn och Unga, Detaljerad
10,4 %
−3,8 %
−11,6 %
−16,3 %
0 - 19 år
20 - 66 år
67 - 79 år
80 år och äldre
49,9 %
13,7 %
−6,2 %
80 - 84 år
85 - 89 år
90 år och äldre
−14,7 %
11,4 %
Befolkningsförändring