

Tandhälsa och tandvård bland vuxna i Västmanland

Anu Molarius, Bo Simonsson
Kompetenscentrum för hälsa

Sevek Engström
Vårdvalsenheten

Håkan Flink
Folktandvården AB

Åke Tegelberg
Enheten för kunskapsstyrning och utbildning



Sammanfattning

Under senare delen av 1900-talet har tandhälsan dramatiskt förbättrats särskilt bland barn och ungdomar, men även hos den vuxna befolkningen i Sverige. Detta framgår bland annat av att en ökande andel äldre har egna och fler tänder kvar.

I denna rapport beskriver vi befolkningen i länets egenvärdering (självskattning) av sin mun- och tandsituation. Rapporten omfattar undersökningar från 2004 till 2012.

Tre av fyra vuxna i åldern 16-84 år, 74 procent, uppgav år 2012 att de hade en ganska bra eller mycket bra tandhälsa, vilket var jämförbart med riket i övrigt. Yngre vuxna rapporterade något bättre tandhälsa än äldre och det fanns även geografiska skillnader inom länet. Rökare rapporterade sämre tandhälsa än icke-rökare.

Av de vuxna rapporterade 90 procent att de hade besökt tandvården de senaste tre åren. Totalt sett är det de äldre som besöker tandvården mest regelbundet. Västmanlänningen besöker tandvården lika regelbundet som övriga riket. Av männen angav 7 procent och av kvinnor 4 procent att de aldrig eller mycket sällan besökte tandvård.

Tandhälsan var starkt kopplad till egna ekonomiska förutsättningar. Personer med god ekonomi hade bäst självskattad tandhälsa. Skillnader i tandhälsa mellan dem med kontantmarginal (kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka) och dem utan denna kontantmarginal var större än skillnaderna mellan olika åldersgrupper.

Totalt var det 9 procent i länet som angav att de hade en ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa. Nästan lika många hade avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna. Dålig tandhälsa var vanligast bland arbetslösa, förtidspensionärer, långtidssjukskrivna, personer födda utanför Norden samt personer utan kontantmarginal. Att ha avstått från tandvårdsbesök var vanligast i samma grupper och bland ensamstående kvinnor med barn.

Den starkaste riskfaktorn för dålig tandhälsa var att man av ekonomiska skäl hade avstått från tandvårdsbesök. Andelen med dålig tandhälsa var 45 procent bland dem som hade avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna medan denna andel var endast 5 procent bland dem som inte hade avstått från tandvårdsbesök. Att ha avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl förklarade till stor del skillnaderna i tandhälsa mellan olika grupper.

Sammanfattningsvis ges förslag till åtgärder för en framtida jämlikare tandhälsa och vård.

Inledning

”En ovårdad mun hotar den allmänna hälsan!” Uttalandet kunde ha varit en tidningsrubrik idag, men är hämtat från ett mer än hundra år gammalt föredrag om svenska skolbarns tandhälsa. Tandhälsans utveckling och tandhälsans betydelse för befolkningen, har varit föremål för många studier sedan lång tid.

Tandhälsans utveckling i Sverige

För vuxna i Sverige, saknas heltäckande nationella tandhälsodata. Ofta har förekommande data insamlats inom de olika folktandvårdernas ram vilket medför att tandhälsodata inte täcker in den stora privata sektorn och blir därmed inte heltäckande. I Socialstyrelsens och Försäkringskassans rapport från 2005 framgår att drygt hälften av den vuxna befolkningen brukar besöka privattandvården och 42 procent besöker folktandvården. Det är vanligare att besöka folktandvården i de yngre åldersgrupperna medan majoriteten i de äldre åldersgrupperna går till privattandvården.

Förbättrad tandhälsa

Under senare delen av 1900-talet har tandhälsan dramatiskt förbättrats särskilt bland barn och ungdomar, men även hos den vuxna befolkningen. Detta framgår av en ökande andel äldre har egna tänder.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomförde år 2005 en enkätundersökning bland 8 400 vuxna personer, där 75 procent svarade. Undersökningen baseras bl.a. på erfarenheter från tidigare rikstäckande tandvårdsundersökningar som Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar 1980/81 och 2004 samt Riksförsäkringsverkets undersökningar 1998 respektive 2004. Andelen personer som är helt tandlösa har minskat kraftigt under de senaste decennierna, från 23 procent av hela befolkningen 1965 till att det i åldersgruppen 30-84 var mindre än 3 procent 2005. Andelen i åldern 75-84 har minskat från 60 procent 1980/81 till 14 procent 2004/2005. Bland de över 84 år har andelen minskat från 42 procent 1996/97 till 28 procent 2004/2005.

I Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät för år 2008 uppgav var tionde person att de hade dålig eller mycket dålig självskattad tandhälsa, vilket var samstämmighet med resultat från 2004. Dålig tandhälsa skattades oftare hos både kvinnor och män i åldern 45 till 64 år än bland dem i de yngre åldersgrupperna 16 till 29 år. Tandhälsan skattades mer frekvent som sämre hos ekonomiskt utsatta grupper och hos utlandsfödda än hos övriga. År 2007 uppgav 30 procent av dem som är födda utanför Europa att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa vilket kan jämföras med 9 procent hos de svenskfödda.

Förbättrad tandhälsa innebär inte med automatik lägre efterfrågan på tandvård. Däremot finns det skäl att anta att efterfrågan ändrar karaktär på grund av förändringar i befolkningsstruktur, tandhälsa och tandvårdens utveckling. Tandhälsoförbättringen innebär också att behovet av tandvård kommer att öka över tid eftersom allt fler äldre kommer att ha kvarvarande tänder som behöver omvårdnad och skötsel.

Besöksfrekvens

Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna) visade att majoriteten av den vuxna befolkningen hade en regelbunden kontakt med tandvården. Under 2006/2007 hade 86 procent i åldern 16 till 84 år besökt tandvården de senaste två åren. Den nationella

folkhälsoenkäten bekräftar denna bild. Av den framgår också att besöksfrekvensen varierar med åldern. Det var vanligast bland män i åldern 30 till 44 år att inte ha besökt tandvården under de senaste två åren jämfört med andra åldrar. Även när det gäller besöksfrekvensen har socioekonomiska faktorer och födelseland stor betydelse.

Folkhälsoinstitutets undersökningar visar även att det var färre som avstod från tandvård trots behov år 2008 än år 2004. Det var vanligare att avstå från tandvård trots behov i åldersgrupperna 16 till 64 år än i åldersgruppen 65 till 84 år. Den vanligaste orsaken till att inte söka tandvård trots behov var av ekonomiska skäl. Socioekonomiska faktorer och födelseland har återigen stor betydelse när det gäller att inte söka tandvård trots behov.

Tandvårdsförsäkring och tandvårdslag

Tandvårdsförsäkringen – en social reform

Riksdagen beslutade att införa en allmän tandvårdsförsäkring 1973. Beslutet trädde i kraft 1 januari 1974 och innebar att landstingen skulle få ansvar för barn- och ungdomstandvården samt för specialisttandvården. Det infördes även en etableringskontroll för privata tandläkare. Beslutet om tandvårdsförsäkring för vuxna innebar subventioner för lagningar/fyllningar och ett stort ekonomiskt stöd för utförande av protetisk rehabilitering. Den största satsningen gjordes kring den förebyggande tandvården, där subventionerna var mest omfattande. Införandet av tandvårdsförsäkringen innebar en stor ökad efterfrågan av tandvård och medförde därmed en kraftig satsning med utbyggnad av Folktandvården.

Tandvårdslagen – ett styrande dokument

Tandvårdslagen från 1985 tar upp krav på tandvården för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Lagen anger att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Dessutom skall landstingen planera tandvården med utgångspunkt från befolkningens behov. Landstingen skall även se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Landstingens planering skall även avse den tandvård som erbjuds av annan än landstinget, t.ex. privata tandläkare.

Landstinget skall även särskilt ordna med att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av stöd och service till vissa funktionshindrade eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser samt att nödvändig tandvård erbjuds.

Tandvårdsförordningen (1998) tar upp bestämmelserna om sådan tandvård som ska omfattas av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård men tar även upp att kommunen skall tillhandahålla landstinget de uppgifter som behövs för uppföljning av tandvård till berörda personer.

Finansiering av tandvård

Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd trädde i kraft den 1 juli 2008. Tandvårdsstödet har två övergripande mål:

Det första var att ha kvar en god tandhälsa för dem med inga eller små tandvårdsbehov och därmed minska behovet av mer omfattande tandvård på längre sikt. Detta ska uppnås genom att ge ekonomiskt stöd för tandvård i förebyggande syfte. Särskilt viktigt bedömdes det vara att få personer i åldern 20–29 år att fortsätta besöka tandvården efter att den fria barn- och ungdomstandvården har upphört.

Det andra övergripande målet var att ge personer med omfattande tandvårdsbehov möjlighet att få kostnadseffektiv vård till en rimlig kostnad. Detta mål bedömdes vara det viktigaste målet för den enskilde individen och ska uppnås genom ett skydd mot höga kostnader. Satsningen på förebyggande tandvård bedöms också vara av stor vikt för dem som har ett omfattande tandvårdsbehov. Som skydd mot höga kostnader får patienten en ersättning som är baserad på så kallade referenspriser. Referenspriserna anger vilken prisnivå som Försäkringskassan ska grunda sin ersättning på för olika behandlingar. Själva prissättningen i tandvården är dock fri. Patienterna får 50 procent av tandvårdskostnaderna för belopp mellan 3 000 och 15 000 kronor och 85 procent av tandvårdskostnader som överstiger 15 000 kronor i ersättning.

Om tandläkaren eller tandhygienisten tar ut ett högre pris än referenspriset betalar Försäkringskassan ändå bara ut den ersättning som motsvarar referenspriset. Patienten får då betala mellanskillnaden. Det tidigare högkostnadsskyddet för personer över 65 år har tagits bort. Istället omfattas även denna grupp av det allmänna högkostnadsskyddet. Om högkostnadsskyddet fungerar som det är avsett att göra bör andelen personer som avstår från tandvård på grund av ekonomiska skäl minska.

För att stimulera det första övergripande målet finns ett tandvårdsstöd som omfattar hela befolkningen från det år de fyller 20 år och består av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. Det allmänna tandvårdsbidraget ligger på 150 kronor per år för alla i åldern 30 till 74 år och 300 kronor per år för alla i åldern 20 till 29 år samt 75 år och äldre. Patienterna kan använda bidraget som en delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos tandläkare eller tandhygienist eller som en delbetalning för abonnemangstandvård. Denna del av tandvårdsstödet syftar till att uppmuntra till förebyggande vård och regelbunden kontakt med tandvården.

Regeringen beräknar att statens kostnad för tandvårdsstödet kommer att uppgå till 5,9 miljarder kronor per år utifrån 2006 års prisläge. Detta skall jämföras med kostnaderna för det tidigare statliga tandvårdsstödet var cirka 3,1 miljarder kronor år 2004.

Effekter av tandvårdsreformen bör utvärderas på längre sikt då förändringar i tandstatus ger utslag över längre tidsperioder. För att kunna göra en utvärdering av tandhälsan i anslutning till själva tandvårdsreformen krävs att en noll-mätning görs som uppföljande data kan stämmas av mot. Denna rapport ger underlag för fortsatt uppföljning och utvärdering av tandhälsoutvecklingen och kan användas som utgångspunkt och jämförelseobjekt för framtida undersökningar av befolkningens självskattade tandhälsa.

Uppföljningar av vuxnas tandhälsa

Uppföljningar över tid är utöver en kartläggning kring vad som hänt också en möjlighet att skapa planeringsunderlag för den framtida vården och de satsningar som behöver göras. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har, som ovan nämnts, utfört befolkningsundersökning angående den vuxna befolkningens tandhälsa, tandvårdsvanor och attityder till tandvård. Till detta kommer Statistiska centralbyråns årliga ULF-undersökningar och hushållens ekonomi (HEK) samt Folkhälsoinstitutets årliga folkhälsoenkät, *Hälsa på lika villkor*. Samtliga dessa undersökningar innehåller frågor inom tandvårdsområdet, bland annat besöksfrekvens och självskattad tandhälsa.

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer och nationella indikatorer för tandvården. Dessutom är tre olika register för närvarande under uppbyggnad: ett hälsodataregister och två

kvalitetsregister. Detta sammantaget ger möjligheter till uppföljning av tandvården och tandhälsan liksom utvärdering av tandvårdsreformens effekter.

Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socialstyrelsen inrättade tandhälsoregistret år 2008.

Det är ett hälsodataregister som kommer att fylla en viktig funktion när det gäller att följa tandhälsans utveckling i landet. Tandhälsoregistret omfattar alla diagnoser och åtgärder som skickats in till och godkänts av Försäkringskassan inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) startade i januari år 2007 med landstinget i Värmland som registerhållare och är under fortsatt uppbyggnad. Syftet med SKaPa är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för både förebyggande som sjukdomsbehandlande vid tandsjukdomarna: karies och parodontit, dvs. inflammationssjukdomar som drabbar tändernas fäste. Resultaten kommer att kunna användas till en verksamhetsutveckling inom tandvården och stödja utvecklingen av de nationella riktlinjerna.

Svenska Dentala Implantatregistret

Svenska Dentala Implantatregistret (SDIR) är det första kvalitetsregistret inom tandvården. Det startade år 2004 och har Karolinska Institutet som registerhållare. SDIR ska förutom att fylla uppgiften som kvalitetsregister även fungera som ett exempel på hur ett kvalitetsregister kan fungera inom tandvård när det gäller uppföljning av utförda åtgärder och kliniskt förbättringsarbete. Registret möjliggör kartläggning av hur lyckade nya och modifierade metoder och material är. Därigenom kan bristfälliga material och metoder sållas ut.

Syftet med denna rapport var att:

- Beskriva den självskattade tandhälsan hos vuxna 16-84 år i länet uppdelat på kön, ålder, kommun och bostadsområde
- Beskriva andelen som regelbundet besöker tandvården samt andelen som avstår från att besöka tandvård
- Undersöka sociala skillnader i tandhälsa och -vård hos befolkningen i länet
- Att utifrån dessa resultat föreslå åtgärder för en framtida jämlikare tandhälsa och vård

Detta har vi använt oss av...

Denna rapport utgår från befolkningsundersökningarna gjorda i Landstinget Västmanland, Liv och hälsa 2004 och 2008 samt Hälsa på lika villkor 2012. I denna rapport gör vi jämförelser mellan könen, olika åldersgrupper och sociala förhållanden. När det är möjligt, görs även jämförelser över tid och i förhållande till hela riket. Om regionala skillnader förekommer, kommenteras dessa.

Liv och hälsa

Befolkningsundersökningen Liv och hälsa 2004 genomfördes i samarbete med landstingen i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro (CDUST-samverkan). Totalt skickades enkäten till drygt 68 000 personer i åldern 18-84 år i området varav 64 procent svarade. I Västmanland skickades enkäten till 12 300 personer varav drygt 7 500 (61 procent) svarade. Motsvarande undersökning gjordes även år 2008 i samma fem län. Svarsfrekvensen var 59 procent, i Västmanland 58 procent.

Hälsa på lika villkor

Undersökningen 2012 är en del av den nationella "Hälsa på lika villkor - undersökningen" som genomfördes av Statens folkhälsoinstitut. Totalt skickades enkäten till 61 900 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16-84 år i Uppsala, Sörmlands, Örebro och Västmanlands län. Svarsfrekvensen i undersökningen var 51 procent. I Västmanland skickades enkäten till 12 700 personer varav drygt 6 200 (49 procent) svarade. Datainsamlingen i undersökningarna har genomförts av Statistiska Centralbyrån (SCB). Kvaliteten på resultaten har säkrats genom att SCB tillämpat en avancerad statistisk metod som delvis korrigerar för bortfallet, som var störst bland de yngsta, bland dem med utländsk bakgrund och bland dem med kort utbildning.

Formulären för dessa undersökningar innehöll frågor om levnadsvanor, livsvillkor och hälsa samt kontakter med vården. Angående tandhälsa och -vård fanns ett antal frågor i undersökningen Hälsa på lika villkor 2012. Självskattad tandhälsa bedömdes genom frågan: "Hur tycker du att din tandhälsa är?" med svarsalternativen mycket bra, ganska bra, varken bra eller dålig, ganska dålig och mycket dålig. De två första svarsalternativen i analysen klassades som bra tandhälsa, medan de två sista alternativen klassades som dålig tandhälsa. Tandvårdsbesök bedömdes utifrån frågan "När var du senast hos tandläkare/tandhygienist?" med svarsalternativen från "för mindre än ett år sedan" till "har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist". Det fanns även ett svarsalternativ "vet inte/kommer inte ihåg". De som hade besökt tandläkare/tandhygienist mindre än för två år sedan definierades att ha besökt tandvård regelbundet.

Frågan om man avstått från tandvårdsbesök löd: "Har du under de senaste tre månaderna ansett dig vara i behov av tandläkarvård, men ändå avstått från att söka vård?". Om man svarade ja till frågan, frågades: "Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte tandläkarvård?". Svarsalternativen till denna fråga var "besvären gick över", "ekonomiska skäl", "drar mig för att gå (tandläkarrädsla)", "hade inte tid" och "annan orsak".

Uppgifterna om karies och andra besvär kommer från enkäten Liv och hälsa 2008. Dessa frågor fanns inte med år 2012. Frågan om besvär löd "Har du något/några av följande besvär?" För varje besvär (karies, blödande tandkött, tandlossning, tuggsvårigheter, känsliga tandhalsar, tandgnissling/pressning) fanns svarsalternativen: ja eller nej.

Resultat

Denna resultatsammanställning fokuserar på följande:

- Självskattad tandhälsa
- Tandsjukdomen karies och andra besvär
- Levnadsvanor och tandhälsa
- Tandvårdskontakter
- Socioekonomi i relation till tandhälsa resp. tandvård

Självskattad tandhälsa hos vuxna

I länet uppgav 74 procent att de hade en ganska bra eller mycket bra tandhälsa, vilket var något vanligare bland kvinnor än hos män (Tabell 1A). Andelen med bra tandhälsa i Västmanland överensstämde med övriga riket (73 procent). Yngre vuxna rapporterade något bättre tandhälsa än äldre, men skillnaderna är relativt små. Var tionde person upplevde sig ha en ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa.

Tabell 1A. Andel (%) som anger att de har en mycket bra eller ganska bra tandhälsa i Västmanland år 2012, uppdelat på kön och ålder. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

	16-34	35-49	50-64	65-84	Totalt
Kvinnor	80	73	78	75	77
Män	74	74	70	70	72
Totalt	77	74	74	72	74

Det fanns en variation i tandhälsan mellan länets kommuner (Tabell 1B). Andelen med bra tandhälsa var högst i Köping (77 procent) och lägst i Hallstahammar och Kungsör (71 procent). I Västerås kommun var andelen högst i området Viksäng-Kungsåra (79 procent) och lägst i Hammarby-Råby (70 procent).

Tabell 1B. Andel (%) som anger att de har en mycket bra eller ganska bra tandhälsa i Västmanland år 2012, 16-84 år, uppdelat på kommun och områden i Västerås kommun. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

Kommun	%	Västerås områden	%
Arboga	74	- Hammarby-Råby	70
Fagersta	73	- Bäckby-Skälby	72
Hallstahammar	71	- Vallby-Västra förstaden	76
Kungsör	71	- Skallberget-Centrum	76
Köping	77	- Gryta-Tillberga	78
Norberg	75	- Malmaberg-Bjurhovda	71
Sala	75	- Viksäng-Kungsåra	79
Skinnskatteberg	74	- Skultuna	75
Surahammar	72		
Västerås	74		
Länet	74		

Den självrapporterade andelen med bra tandhälsa ökade något (2 procent) i länet mellan åren 2004 och 2008. I 2012 års enkät var frågan inte exakt jämförbar med de tidigare årens varför det inte går att uttala sig om en ytterligare förbättring har skett även mellan dessa år.

Karies och andra besvär

Den vanligaste tandsjukdomen är karies dvs. "hål i tänderna". Även andra besvär förekommer ofta som: känsliga tandhalsar, blödande tandkött och tandgnissling/pressning. Resultat om karies och andra besvär gäller för år 2008, då dessa frågor inte ingick i 2012 års undersökning Hälsa på lika villkor.

Totalt var det en fjärdedel (25 procent) av de vuxna i länet som besvärades av karies. Andelen som besvärades av karies var högst i den yngsta åldersgruppen (32 procent) och lägst bland äldre 65-84 år (15 procent) (Tabell 2A).

Karies förekom oftare i Västerås och Arboga (26 procent) och mindre ofta i Norberg (18 procent). I Västerås kommun var karies mer frekvent i Bäckby-Skälby (31 procent) och mindre frekvent i Skallberget-Centrum (24 procent) (Tabell 2B).

Tabell 2A. Andel (%) som anger att de besvärades av karies i Västmanland år 2008, uppdelat på kön och ålder. (Källa: Liv och hälsa 2008).

	18-34	35-49	50-64	65-84	Totalt
Kvinnor	34	29	25	14	26
Män	30	28	23	17	25
Totalt	32	28	24	15	25

Tabell 2B. Andel (%) som anger att de besvärades av karies i Västmanland år 2008, 18-84 år, uppdelat på kommun och områden i Västerås kommun. (Källa: Liv och hälsa 2008).

Kommun	%	Västerås områden	%
Arboga	26	- Hammarby-Råby	29
Fagersta	23	- Bäckby-Skälby	31
Hallstahammar	22	- Vallby-Västra förstaden	25
Kungsör	23	- Skallberget-Centrum	24
Köping	25	- Gryta-Tillberga	26
Norberg	18	- Malmaberg-Bjurhovda	29
Sala	24	- Viksäng-Kungsåra	25
Skinnskatteberg	25	- Skultuna	26
Surahammar	25		
Västerås	26		
Länet	25		

Vad gäller de andra tandrelaterade besvären var det 24 procent som besvärades av känsliga tandhalsar, 18 procent av blödande tandkött, ett tecken på inflammation i tandköttet och möjlig tandlossningsproblematik samt 17 procent av tandgnissling/pressning. Blödande tandkött var vanligast i de yngre åldersgrupperna 18-49 år och lika vanligt bland kvinnor och män. Kvinnor rapporterade oftare besvär med känsliga tandhalsar än män. Denna typ av besvär var vanligast i åldersgruppen 35-64 år.

Tandlossning och tuggsvårigheter var det mindre än 10 procent av befolkning som besvärades av. Dessa besvär var vanligast i åldern 50-84 år, tuggsvårigheter i synnerhet i åldern 80-84 år, och lika vanligt bland kvinnor som bland män. Tandgnissling/pressning förekom mest bland kvinnor och var vanligast i åldern 35-49 år (Tabell 3).

Tabell 3. Andel (%) som anger att de har följande besvär i Västmanland år 2008, uppdelat på kön och ålder. (Källa: Liv och hälsa 2008).

	Blödande tandkött	Känsliga tandhalsar	Tandlossning	Tuggsvårigheter	Tandgnissling /pressning
Kvinnor					
18-34	23	19	2	3	22
35-49	21	37	5	5	29
50-64	17	36	12	9	20
65-84	8	26	10	7*	9
Totalt	18	30	7	6	21
Män					
18-34	25	13	2	3	16
35-49	24	21	6	5	17
50-64	14	20	9	7	14
65-84	8	14	8	7**	6
Totalt	19	18	6	5	14

* 80-84: 12 procent

** 80-84: 14 procent

Levnadsvanor och tandhälsa

Vad gäller tandhälsa och samband med levnadsvanor var tobaksrökning, snusning och kostvanor de levnadsvanor som var av intresse. Totalt var det 12 procent av västmanlänningarna som rökte dagligen år 2012. Av männen snusade 19 procent dagligen och 3 procent bland kvinnorna. Få intog den nationella rekommendationen att äta frukt och grönsaker minst 5 gånger om dagen. 12 procent av kvinnorna och 5 procent av männen levde upp till rekommendationen (Tabell 4).

Tabell 4. Andel (%) som röker dagligen, snusar dagligen eller äter frukt och grönsaker mindre än 5 gånger om dagen i Västmanland år 2012, 16-84 år, uppdelat på kön. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

	Röker dagligen	Snusar dagligen	Äter frukt och grönsaker mindre än 5 ggr/dag
Kvinnor	13	3	88
Män	10	19	95

Levnadsvanorna hade samband med självskattad tandhälsa. Av dem som rökte dagligen värderade 56 procent bland både män och kvinnor att de hade en bra tandhälsa, medan bland icke-rökare var andelen högre, 70-80 procent. Även bland dem som snusade dagligen var tandhälsan sämre än bland dem som inte snusade. Mellan dem som inte åt frukt och grönsaker minst fem gånger om dagen och som gjorde det fanns skillnader till förmån för dem med hälsosammare kostvanor (Tabell 5).

Tabell 5. Andel (%) med bra tandhälsa i Västmanland år 2012, 16-84 år, uppdelat på kön och levnadsvanor. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

	Kvinnor	Män
Dagligrökare	56	56
Röker inte	81	74
Dagligsnusare	75	64
Snusar inte	78	74
Äter frukt och grönsaker mindre än 5 ggr/dag	77	72
5 ggr/dag eller mer	82	76

Tandvård

Av de vuxna 16-84 år i länet rapporterade 90 procent att de regelbundet besökte tandvården år 2012. Det fanns inga större skillnader mellan olika åldersgrupper eller mellan kvinnor och män. Totalt sett är det de äldre som besöker tandvården mest regelbundet. Västmanlänningen besöker tandvården lika regelbundet som i övriga riket. Av männen angav 7 procent och 4 procent bland kvinnor att de aldrig eller mycket sällan besökte tandvård (Tabell 6A).

Tabell 6A. Andel (%) som regelbundet (senaste besök mindre än tre år sedan) besöker tandläkare/tandhygienist i Västmanland år 2012, uppdelat på kön och ålder. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

	16-34	35-49	50-64	65-84	Totalt
Kvinnor	90	87	93	93	91
Män	88	85	89	93	89
Totalt	89	86	91	93	90

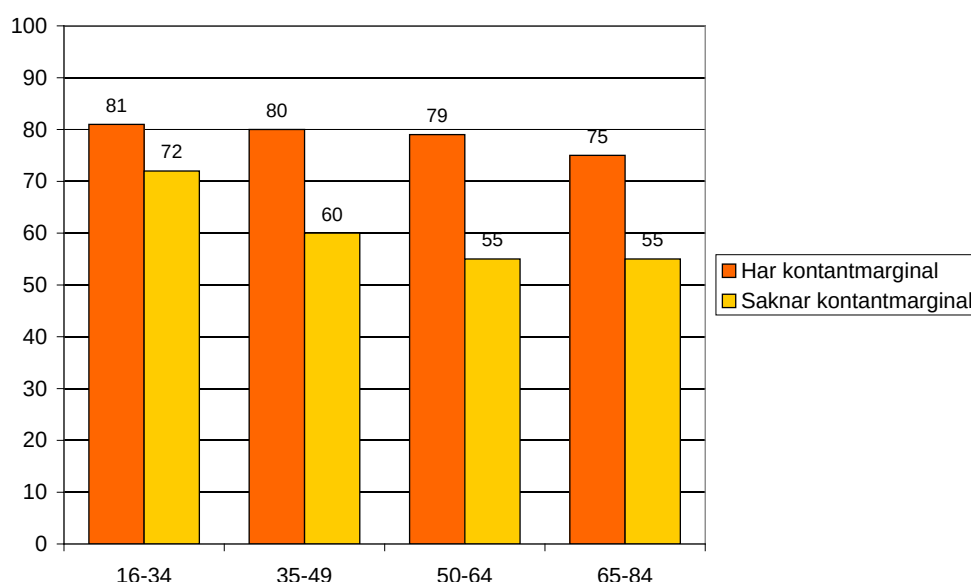
Andelen som regelbundet besökte tandvård var högst i Arboga (93 procent) och lägst i Skinnskatteberg (87 procent). I Västerås var andelen högst i områdena Gryta-Tillberga och Viksäng-Kungsåra (92 procent) och lägst i Malmaberg-Bjurhovda och Skultuna (87 procent) (Tabell 6B).

Tabell 6B. Andel (%) som regelbundet besöker tandläkare/tandhygienist i Västmanland år 2012, 16-84 år, uppdelat på kommun och områden i Västerås kommun. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

Kommun	%	Västerås områden	%
Arboga	93	- Hammarby-Råby	90
Fagersta	90	- Bäckby-Skälby	91
Hallstahammar	89	- Vallby-Västra förstaden	88
Kungsör	88	- Skallberget-Centrum	91
Köping	89	- Gryta-Tillberga	92
Norberg	91	- Malmaberg-Bjurhovda	87
Sala	89	- Viksäng-Kungsåra	92
Skinnskatteberg	87	- Skultuna	87
Surahammar	89		
Västerås	90		
Länet	90		

Socioekonomiska skillnader i tandhälsa och tandvård

Tandhälsan är starkt kopplad till ekonomiska förutsättningar, personer med god ekonomi har bäst tandhälsa. Skillnader mellan dem som har en kontantmarginal (kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka) och dem utan kontantmarginal var större än skillnader mellan olika åldersgrupper. Andelen med självskattad bra tandhälsa minskade endast marginellt upp till pensionsåldern bland personer som har kontantmarginal. Däremot minskade andelen med bra tandhälsa upp till pensionsåldern bland personer som inte har kontantmarginal (Figur 1).



Figur 1. Andel (%) som anger att de har en mycket bra eller ganska bra tandhälsa i Västmanland år 2012 i olika åldersgrupper uppdelat på om man har kontantmarginal (kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka) eller inte. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

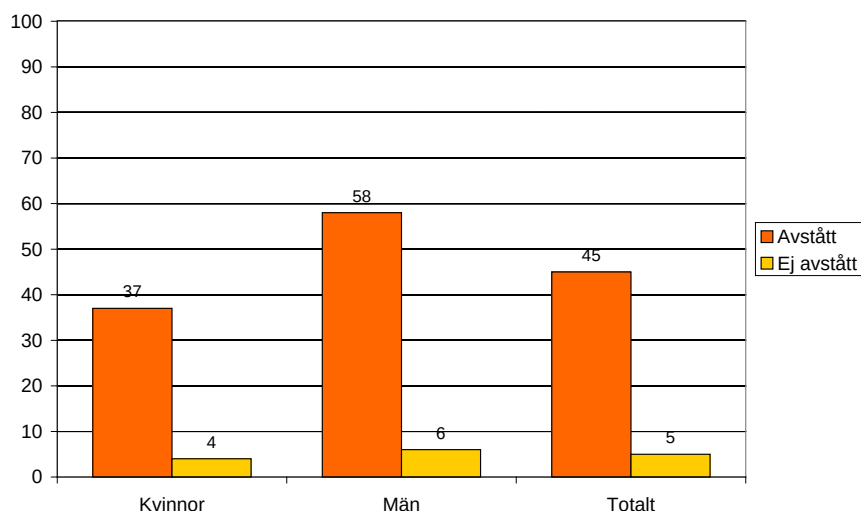
Totalt var det 9 procent i länet som angav att de har en ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa. Nästan lika många hade avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna. Den självskattade tandhälsan och tandvård skiljde sig också mellan personer med olika utbildningsnivå, sysselsättning eller födelseland. Dålig självskattad tandhälsa var vanligast bland arbetslösa, förtidspensionärer, långtidssjukskrivna, personer födda utanför Norden samt personer utan kontantmarginal. Att ha avstått från tandvårdsbesök var vanligast i samma grupper samt bland ensamstående kvinnor med barn (Tabell 7).

Tabell 7. Socioekonomiska skillnader i tandhälsa och – vård bland vuxna 16-84 år i Västmanland. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012)

	Dålig tandhälsa (%)			Avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl de senaste 3 månaderna (%)		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Utbildning						
Förgymnasial	12	9	11	8	7	7
Gymnasial	10	9	9	7	11	9
Eftergymnasial	7	5	6	5	8	7
Familj						
Sammanboende utan barn	7	6	7	4	6	5
Sammanboende med barn	10	7	8	9	12	11

Ensamboende	17	11	14	13	12	12
Ensamstående med barn	15	12	13	9	21	18
Annat	10	5	7	4	7	6
Sysselsättning						
Anställd	8	6	7	6	9	8
Egenföretagare	6	5	6	4	7	5
Studerande	8	5	6	4	14	11
Ålderspensionär	10	8	9	5	4	5
Arbetslös	21	15	17	21	24	23
Förtidspensionär	21	20	20	23	21	22
Långtidssjukskriven	17	14	15	23	14	16
Födelseland						
Sverige	9	7	8	5	8	7
Övriga Norden	12	11	12	9	13	11
Övriga världen	20	12	16	17	22	20
Kontantmarginal						
Ja	7	5	6	3	4	4
Nej	23	17	19	25	27	26
Totalt	10	8	9	7	9	8

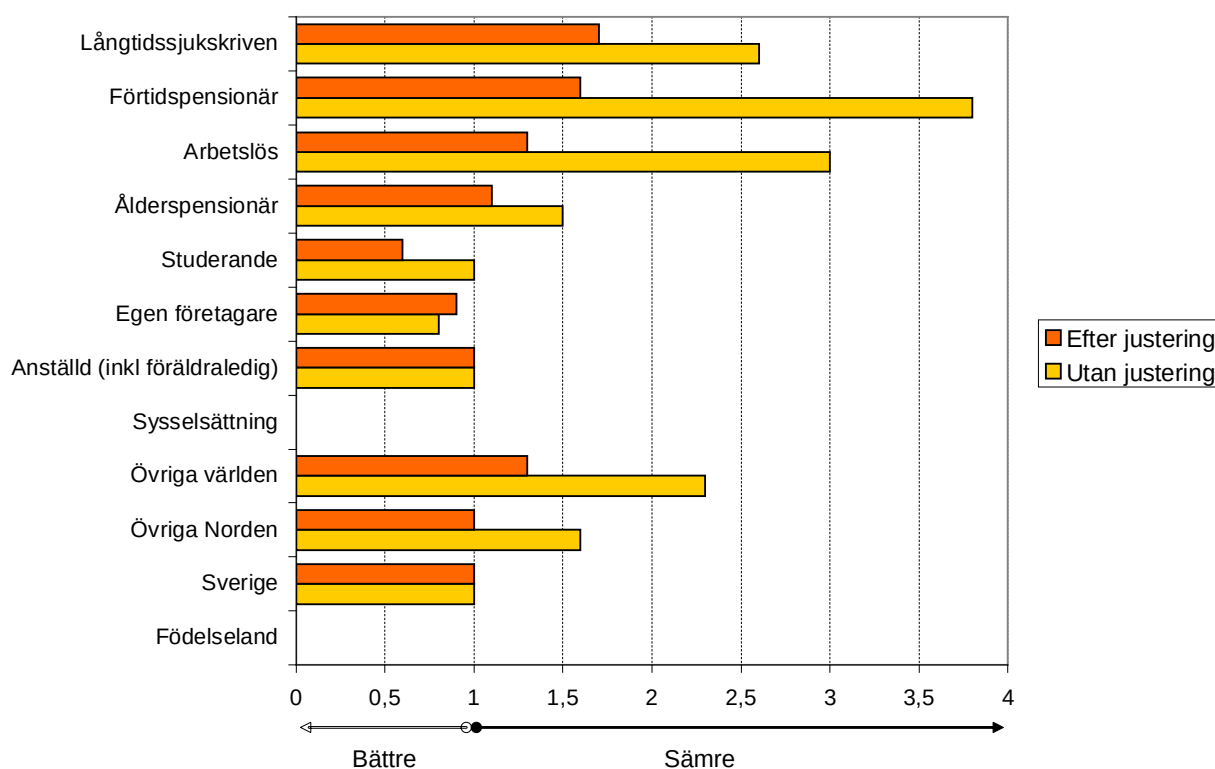
Dålig tandhälsa och att avstå från tandvårdsbesök har även ett starkt samband med varandra. Andelen med dålig tandhälsa var 45 procent bland dem som hade avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna medan andelen med dålig tandhälsa var endast 5 procent bland dem som inte hade avstått från tandvårdsbesök. Att ha dålig tandhälsa var således ungefär nio gånger vanligare bland dem som hade avstått från tandvårdsbesök än bland dem som inte hade avstått (Figur 2).



Figur 2. Andel (%) som anger att de har en mycket dålig eller ganska dålig tandhälsa i Västmanland år 2012 uppdelat på om man har av ekonomiska skäl, under de senaste tre månaderna, avstått från tandvårdsbesök eller inte. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012).

En fördjupad analys av dessa faktorer bekräftade att den starkaste riskfaktorn för dålig tandhälsa var att man av ekonomiska skäl hade avstått från tandvårdsbesök (för fördjupad analys, se Bilaga 1). Andelen med dålig tandhälsa var cirka 2 gånger högre bland personer födda utanför Norden än bland svenskfödda (Figur 3). På samma sätt var andelen med dålig tandhälsa cirka 2-3 gånger högre bland arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna

jämfört med förvärvsarbetande. Efter att man tagit hänsyn till kontantmarginal och, i synnerhet, om man av ekonomiska skäl ha avstått från tandvårdsbesök, var dessa skillnader dock mycket mindre och inte längre statistiskt signifikanta. Att ha avstått från tandvårdsbesök förklarade därmed till stor del skillnaderna i tandhälsa mellan personer med olika födelseland, och mellan förvärvsarbetande och arbetslösa, förtidspensionärer samt långtidssjukskrivna. Detta betyder att om arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna inte hade avstått från tandvårdsbesök i större utsträckning än förvärvsarbetande hade de haft lika bra tandhälsa som förvärvsarbetande. På liknande sätt, personer födda utanför Norden skulle ha haft lika bra tandhälsa som personer födda i Sverige om de inte hade avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl.



Figur 3. Tandhälsan hos utlandsfödda jämfört med svenskfödda samt tandhälsan hos personer med olika sysselsättning jämfört med anställda (oddskvoter för mycket eller ganska dålig självskattad tandhälsa, svenskfödda och anställda som jämförelsegrupp har oddskvot=1). Oddskvoter före hänsyn taget till kontantmarginal och om man av ekonomiska skäl har avstått från tandvårdsbesök (utan justering) och efter hänsyn har taget till dessa faktorer (efter justering).

Diskussion och framtidsperspektiv

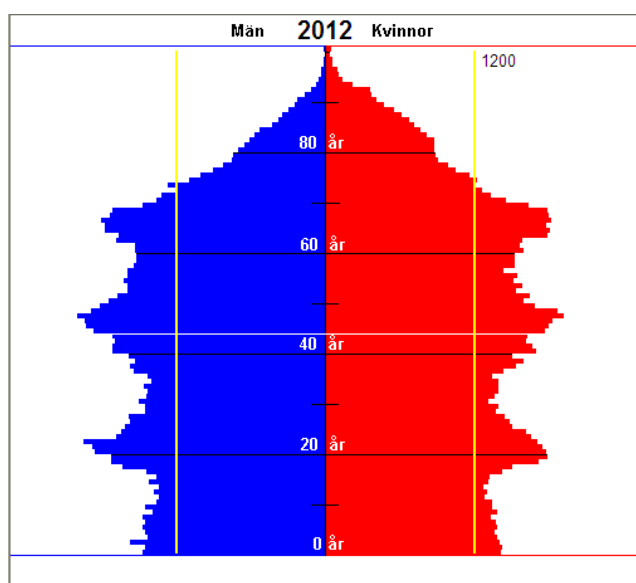
För att kunna blicka framåt och skapa strategier är kunskapen om befolkningsstruktur och möjliga förändringar över tid viktiga för en framtidsanalys.

Antalet barn i Sverige har under en längre tid varit stadigt omkring 2 miljoner. Antalet barn förväntas stiga långsamt under kommande åren genom att de stora barnkullarna som föddes runt år 1990 avslutar nu sina studier och påbörjar sitt inträde på arbetsmarknaden och i vuxenlivet.

En ökning av personer i de arbetsföra åldrarna, 20-64 år, väntas det närmaste årtiondet.

Parallellt är det i de äldre åldrarna som de största befolkningsförändringarna är att vänta.

Antalet personer 64 år och äldre kommer att öka, men en stor andel kommer att vara under 70 år. I den åldern är behovet av vård och omsorg relativt litet, men ökar med stigande ålder. I Västmanland är andelen personer 65 år och äldre större än i riket i genomsnitt.



Befolkningspyramid Västmanland. Källa: SCB 2013

I denna rapport har vi använt oss av befolkningens egenvärdering av sin mun och tandsituation. Den självskattning som det handlar om är relaterad till hur många tänder individen har och hur friska de är eller har varit.

Studier har visat att det finns en risk för att individer med sämre socioekonomiska förhållanden underskattar sitt vårdbehov. Detta kan tala för att aktuell tandstatus, mätt av professionen, kan visa på en större skillnad än den som framkommer vid självskattning.

I länet uppgav tre av fyra (74 procent) år 2012 att de har en ganska bra eller mycket bra tandhälsa. Andelen med bra tandhälsa i Västmanland låg på samma nivå som i riket. Yngre vuxna rapporterade något bättre tandhälsa än äldre. Tandvårdens långsiktiga arbete med förebyggande arbete bland framförallt barn och ungdom visar sig nu i att de yngre åldersgrupper upplevde sin tandhälsa oftare som bättre. Utöver instruktioner i munhygien och kostråd har tillförseln av fluor framförallt i form av tandkräm säkerligen bidragit till denna gynnsamma utveckling. Trots denna satsning finns det en fjärdedel (25 procent) av de vuxna som angav att de besvärades av karies, som är den vanligaste typen av besvär.

Grunden för en bra hälsa och en god tandhälsa är ett egenansvar. Alla har inte samma möjligheter, men utifrån sina olika förutsättningar kan alla göra sina egna framsteg.

Tandvården kan stödja individen genom att använda sig av ha motiverande samtal och stödjande beteendemedicinska metoder. Detta kräver att tandvårdspersonalen har intresse, kunskap och vilja att utveckla sitt kunnande inom dessa områden. Utvecklandet av individuella råd är en möjlig framtidsväg för dessa som har återkommande besvär.

Av de vuxna 16-84 år i länet rapporterade 90 procent att de regelbundet besökte tandvården. Detta var på samma nivå som i övriga riket. Av männen angav 7 procent och av kvinnor 4 procent att de aldrig eller mycket sällan besökte tandvård. Genom sina återkallningsrutiner kommer merparten av befolkningen att besöka tandvården för en hälsokontroll och omvårdnad. Totalt är det 9 procent i länet som angav att de har en ganska dålig eller mycket dålig tandhälsa. Nästan lika många har avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna.

Allt oftare benämns de två vanligaste sjukdomarna i munhålan, karies och parodontit, som kroniska sjukdomar. Detta innebär bland annat att en mindre del av befolkningen återkommande får problem med nya kariesskador eller tandköttsinflammation och tandförluster. I dag vet vi ganska lite om hur detta upplevs av dem som drabbas. Det vi vet att båda sjukdomarna påverkar tandhälsan och livskvaliteten negativt, men inte så mycket om hur stort problemet är för dessa individer. Frågor som vi inte har svar på är bland annat om de gjort extra ansträngningar för att stoppa sin sjukdomsutveckling. Om de tycker att de kan påverka sin situation eller om de t.ex. känner sig uppgivna och att det inte lönar sig att besöka tandvården mer än när de får problem som de inte själv kan hantera. Utmaningen ligger i att fånga dem som inte har regelbunden kontakt med tandvården.

Tandhälsan i Västmanland är på samma nivå som i riket. Inom länet finns det geografiska skillnader som är värda att analysera och därefter ge förslag till åtgärder för att skapa en jämlikare tandhälsa. En bättre analys hur vi kan fånga riskindivider, riskgrupper och riskområden är stora utmaningar för framtiden.

Uppgifterna i denna studie baseras på befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor 2012, där svarsfrekvensen var 49 procent både i Västmanland och nationellt. Bortfallet var störst bland de yngsta, dem med utländsk bakgrund och dem med kort utbildning. I den beskrivande delen av rapporten har resultaten korrigerats med hjälp av en avancerad statistisk metod, kalibrering, så att de i möjligaste mån avspeglar förhållandena i befolkningen.

Tandhälsan är starkt kopplad till de egna ekonomiska förutsättningarna, personer med god ekonomi har bäst tandhälsa. Skillnader i tandhälsa mellan dem med kontantmarginal (kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka) och dem utan kontantmarginal är större än skillnader mellan åldersgrupper. Dålig tandhälsa och att avstå från tandvårdsbesök har ett starkt samband med varandra. Att ha dålig tandhälsa var ungefär nio gånger vanligare bland dem som hade avstått från tandvårdsbesök än bland dem som inte hade avstått. Dålig självskattad tandhälsa var vanligast bland arbetslösa, förtidspensionärer, långtidssjukskrivna, personer födda utanför Norden samt personer utan kontantmarginal. Att ha avstått från tandvårdsbesök var vanligast i samma grupper samt bland ensamstående kvinnor med barn. En högre förekomst av dålig tandhälsa bland förtidspensionärer och långtidssjukskrivna talar för att tandhälsan även är kopplat till allmänhälsan. Hur stor inverkan allmänhälsan har och på vilket sätt den kan påverka tandhälsan är inte helt klart.

En fördjupad analys visade att skillnaderna i tandhälsa mellan personer med olika födelseland, och mellan förvärvsarbetande och arbetslösa, förtidspensionärer samt

långtidssjukskrivna förklarades av om man hade fått avstå från tandvårdsbesök eller inte. Detta understryker vikten av att hitta lösningar för grupper som av ekonomiska skäl avstår från tandvårdsbesök och behandlingar, eftersom detta skulle leda till förbättrad tandhälsa såväl i dessa grupper som hos hela befolkningen.

Tandvårdsförsäkringen och dess taxas utformning har påverkan på möjligheterna till att skapa en god tandvård för alla genom de stödjande åtgärderna. Inför revideringen av tandvårdsförsäkringen påpekade många landsting riskerna med den låga nivån på allmäntandvårdsbidraget till de vårdsökande likväl som nivån för ett ökat stöd vid höga tandvårdskostnader sattes först vid 3000 kr. En förändring av det statliga stödet ligger dock utanför det enskilda landstingets möjligheter, men är ett politiskt ansvar på nationell nivå.

Unga vuxna har en tendens att skjuta på sina tandvårdsbesök, säkerligen beroende på de merkostnader som finns i övrigt för att starta ett vuxenliv. Den goda tandhälsan som dagens ungdomar har jämfört med en generation bakåt i tiden gör att regelbundna tandvårdsbesök kan bli nedprioriterat. Ett sätt för att stödja regelbundna tandvårdsvanor är införandet av s.k. frisktandvård, ett abonnemang med fast kostnad per månad. Ambitionen med denna form är att skapa förutsättningar för känd månatlig kostnad. Frisktandvården bygger på en riskbedömning, att jämföras med andra försäkringar, med olika premier som följd. För dem med sämst tandhälsa ger det en högre månatlig abonnemangskostnad än för dem med bra tandhälsa. Detta kan göra att de med störst behov inte tecknar abonnemang och därmed finns ändå risk för oregelbunden vårdkontakt för dessa grupper.

En ojämlik tandhälsa kan ha sin början redan inom barn och ungdomstandvården. Det innebär att landstingens satsningar på barn och ungdomstandvård kan ge påverkan även inom vuxentandvården. En god tandhälsa hos ungdomar i 19 års ålder ger förutsättningar för en fortsatt god tandhälsa som ung vuxen. En sämre tandhälsa med omfattande kariesskador och stora lagningar ökar risken för en kostsam tandvård för den enskilde. Ur denna aspekt kan en satsning på förebyggande insatser, som t.ex. fluorsköljningar, inom barn och ungdomstandvården löna sig i det långa perspektivet.

Senare tids forskning har lyft fram närheten mellan allmänhälsa och tandhälsa. Hjärt- och kärlsjukdomar och dess koppling till tandlossningssjukdomar är ett exempel. Även andra allmänsjukdomars samband med orala tillstånd är kända. Ökad samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården i vilken tandvård bör inkluderas skulle ge nya möjligheter till en bättre helhetssyn. Tandvården har ett stort kunnande och erfarenhet i att arbeta förebyggande, liksom att den är den största arenan där befolkningen regelbundet möter vården. Ett speciellt område som lyfts fram när det gäller ett förebyggande arbete är ordna för en bibehållen tandvårdskontakt.

Att följa tandhälsoutveckling och vårdkonsumtionsmönster är viktiga faktorer för att både följa en faktisk utveckling av hälsan och skapa förutsättningar för ta korrekta åtgärdsbeslut med syftet att minska ojämlikheterna.

Genom Socialstyrelsens tandhälsoregister kan vissa uppgifter följas. Dessa måste kompletteras genom medverkan i Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKAPA). Registeret vill bland annat förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat avseende tandsjukdomarna karies och parodontit. En viktig del i detta arbete är att ta fram sätt att mäta hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling, så kallat "Patient Reported Outcome Measure", patientrapporterade utfallsmått (PROM).

Genom medverkan i dessa register finns möjligheter för det egna landstinget att följa tandhälsoförändringar och vårdkonsumtion inom länet.

Sammanfattande förslag

Med utgångspunkt av de resultat som rapporten innehåller kan följande föreslås för diskussion och framtida åtgärder med syfte att minska ojämlikheten i tandhälsa:

För tandvården

- Att tandvård och övrig hälsovård blir bättre på att fånga upp riskgrupper med sämre tandhälsa hos befolkningen.
- Att på individnivå hos tandvårdssökande regelbundet identifiera och bedöma risk för tandsjukdomar och vara stödjande för undvikandet av sjukdom.
- Att tandvården kan erbjuda mer riktade förebyggande åtgärder och uppföljning av dess effekter. Vid kariessjukdom innebär det primärt att öka användningen av läkemedlet fluor. De individer med tandlossningsproblem/parodontit skall stödjas till egenvård genom extra och anpassad munhygiensträning och uppföljning.
- Stimulera och motivera tandvården att genomföra de nationella riktlinjerna för vuxentandvård, speciellt med inriktning på karies och parodontit.

För politiska överväganden och organisation

- En ökad skatt som verktyg för styrning på sockerprodukter som godis och på tobak skulle med säkerhet ge en effekt på folkhälsan, speciellt om dessa skattemedel används för prissänkningar på mer hälsofrämjande kost. Detta förslag visar på den helhetssyn som måste till för att se tandvård som en del av den förebyggande verksamheten för en god allmän hälsa. Förslaget ligger inte inom ett enskilt landstings möjligheter, utan här krävs nationell samling.
- Stödja de unga vuxna med fortsatt regelbunden tandvårdskontakt. Detta skulle kunna ske med att förlänga tiden för den fria ”barn och ungdomstandvården” upp till 23 års-ålder och därefter införa en successivt växande egenbetalning alternativt teckna Frisktandvårdsabonnemang.
- Avtala med vårdgivare för att skapa följsamhet till deltagande i kvalitetsregister för att kunna följa utveckling i tandhälsa och vårdkonsumtion.

För allmän folkhälsa

- Att bättre använda tandvård genom den stora folkhälsoarena som den utgör genom att befolkningen regelbundet besöker den via dess återkallningssystem.
- Tobakens negativa effekter på både allmänhälsan och tandhälsan är väl dokumenterad. Arbetet mot tobaksbruk är ett område där samverkan kan vidareutvecklas. Primärpreventiva åtgärder bör kunna ske i nära samverkan med kommunerna, t.ex. genom informationsarbete i olika skolor.
- Uppmärksamma kostens inverkan och samband med kroniska sjukdomar som karies, övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Utveckla primära och sekundära förebyggande insatser i samverkan mellan all hälso- och sjukvård och kommuner.

För vidare läsning ...

1. Engstrom S, Holmlund A: Self-estimated oral and general health are related and associated with clinically investigated dental health. *Swed Dent J* 2011, 35:169-175.
2. Dixon A, Le Grand J, Henderson J, Murray R, Poteliakhoff E: Is the British National Health Service equitable? The evidence on socioeconomic differences in utilization. *J Health Serv Res Policy* 2007, 12:104-109.
3. Lundegren N. Oral health and self-perceived oral treatment need of adults in Sweden. a. *Swed Dent J Suppl.* 2012;(223):10-76 (doktorsavhandling).
4. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M: Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001;29:167-174.
5. Listl S. Inequalities in dental attendance throughout the life-course. *J Dent Res* 2012 July; 91(7 Suppl): S91–S97.
6. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *J Epidemiol Comm Health.* 2006 Dec;60(12):1027–33.
7. Folkhälsorapporten 2009. Socialstyrelsen, Kapitel 16, sid 409-416.
8. Liv & Hälsa 2008. Resultat av en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter. Liv & hälsa 2008, rapport nr 1, 2008.
9. Molarius A, Feldman I, Granström F, Kalander Blomqvist M, Pettersson H. och Elo S. Har hälsan blivit mer jämlik? Trender i självskattad hälsa 2000-2008 från befolkningsundersökningen Liv & hälsa. Liv & hälsa 2008, rapport nr 2, 2011.
10. Liv & hälsa i Mellansverige 2012, Resultat från folkhälsoundersökningen Hälsa på lika villkor. Ett samarbete mellan landstingen i Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län, 2012.

Bilaga 1. Samband mellan socioekonomiska variabler och dålig tandhälsa, oddskvoter och 95% konfidensintervall. (Källa: Hälsa på lika villkor 2012)

	OR (95% KI) Univariat*	OR (95% KI) Multivariat**	OR (95% KI) Multivariat***
Utbildningsnivå			
Eftergymnasial	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Gymnasial	1.8 (1.4, 2.3)	1.5 (1.2, 2.0)	1.5 (1.1, 2.0)
Förgymnasial	2.2 (1.7, 2.9)	1.5 (1.1, 2.0)	1.6 (1.2, 2.3)
Familj			
Sammanboende utan barn	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Sammanboende med barn	1.4 (1.0, 1.9)	1.4 (1.0, 2.1)	1.5 (1.0, 2.2)
Ensamboende	2.4 (1.9, 3.0)	1.9 (1.4, 2.4)	1.7 (1.3, 2.2)
Ensamstående med barn	2.4 (1.5, 3.9)	1.6 (0.9, 2.7)	1.6 (0.9, 2.9)
Annat	1.3 (0.9, 2.1)	1.1 (0.7, 1.8)	1.6 (0.9, 2.6)
Födelseland			
Sverige	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Övriga Norden	1.6 (1.2, 2.1)	1.2 (0.9, 1.8)	1.0 (0.7, 1.5)
Övriga världen	2.3 (1.7, 3.0)	1.7 (1.2, 2.4)	1.3 (0.9, 1.9)
Sysselsättning			
Anställd (inkl föräldraledig)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Egen företagare	0.8 (0.5, 1.4)	0.9 (0.5, 1.6)	0.9 (0.5, 1.6)
Studerande	1.0 (0.6, 1.6)	0.6 (0.4, 1.1)	0.6 (0.4, 1.1)
Ålderspensionär	1.5 (0.9, 2.7)	1.3 (0.7, 2.4)	1.1 (0.6, 2.1)
Arbetslös	3.0 (2.0, 4.4)	1.4 (0.9, 2.2)	1.3 (0.8, 2.2)
Förtidspensionär	3.8 (2.5, 5.7)	1.9 (1.2, 3.0)	1.6 (0.9, 2.7)
Långtidssjukskriven	2.6 (1.6, 4.3)	1.9 (1.1, 3.2)	1.7 (1.0, 3.1)
Kontantmarginal			
Ja	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Nej	4.4 (3.6, 5.3)	3.4 (2.7, 4.3)	1.6 (1.2, 2.1)
Avstått från tandvårdsbesök av ekonomiska skäl			
Nej	1 (ref)	-	1 (ref)
Ja	17.6 (13.9, 22.2)	-	12.8 (9.8, 16.8)

Resultat för univariat och multivariat logistisk regression.

* Justerat endast för ålder och kön.

** Justerat för ålder, kön och samtliga variabler, förutom om man har avstått från tandvårdsbesök, i modellen.

*** Justerat för ålder, kön och samtliga variabler i modellen.



LANDSTINGET
VÄSTMANLAND

www.ltv.se