



**LINKÖPINGS UNIVERSITET**

**Unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård**

- enkätundersökning bland 25-åringar samt analys av  
svarsfrekvenser

**Attitudes to dental health and dental care among  
young adults**

- a study of 25 year old Swedes and their response rates on a  
postal questionnaire

Martin Bergh

Johnas Råsander

Handledare: Anne Göransson

C-uppsats Vt 2005

Folkhälsovetenskap

Institutionen för Hälsa och Samhälle

## SAMMANFATTNING

Tandhälsan i Sverige är överlag god och en förklaring till detta anses vara regelbundna tandvårdsbesök. En oroväckande trend med minskat tandvårdsutnyttjande bland unga vuxna har setts. Vissa menar att förutsättningarna för regelbunden tandvård minskat till följd av tandvårdsreformen 1999 och vanligt är att unga vuxnas besöksfrekvens förklaras av låga ekonomiska förutsättningar. Andra menar att detta inte kan vara hela förklaringen. Målet med denna studie är att undersöka unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård samt ta reda på om det finns skillnader i svarsfrekvens utifrån socioekonomi och kön. Ett slumpmässigt urval på 20 procent av alla personer födda 1980 folkbokförda i Östergötland genomfördes och en postenkät med 56 frågor skickades till dessa personer. Den totala svarsfrekvensen efter en påminnelse var 52,6 procent. Resultatet visar att män och personer bosatta i områden med låg socioekonomisk status har en lägre svarsfrekvens vilket kan få konsekvenser för forskning, bland annat eftersom dessa grupper även besöker tandvården i lägre omfattning. Resultatet visar att icke regelbundna tandvårdsbesökare utmärker sig på flera sätt. Exempelvis skattar denna grupp sin tandhälsa lägre och har en mer negativ inställning till tandvården jämfört med regelbundna besökare. Resultatet pekar även på att icke regelbundna besökare har en lägre motivation inför tandvårdsbesök och att andra saker i livet prioriteras framför tandvård. I studien framkommer även att det är viktigt att bli kallad till tandvård för att regelbundna tandvårdsbesök ska bli av och att många anser att de borde gå oftare än de gör. En vanlig uppfattning är att tandvården är dyr, dessutom är det ekonomiska skäl som ofta ges för uteblivna besök inom tandvården.

**Nyckelord:** Attityder, unga vuxna, tandhälsa, tandvård, svarsfrekvenser

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>2</b>
2.1	SYFTE	2
2.2	FRÅGESTÄLLNINGAR	2
<b>3</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>3</b>
3.1	TANDVÅRDSFÖRSÄKRINGEN	3
3.2	ATTITYDBEGREPPET	4
<b>4</b>	<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>6</b>
4.1	SVARSFREKVENSER OCH BORTFALLSANALYSER	6
4.1.1	Bortfallsundersökningar i hälsoinriktade studier	6
4.1.2	Svarsfrekvenser i tidigare enkätundersökningar inom tandhälsa	7
4.2	TIDIGARE FORSKNING OM ATTITYDER TILL TANDHÄLSA OCH TANDVÅRD	7
4.2.1	Beteende	7
4.2.1.1	Regelbundet tandvårdsutnyttjande	8
4.2.1.2	Tandvårdsutnyttjande vid besvär	9
4.2.1.3	Egenvård	10
4.2.1.4	Sammanfattning av unga vuxnas beteende	10
4.2.2	Kognition	10
4.2.2.1	Ekonomiska aspekter	10
4.2.2.2	Skattningar och prioriteringar	11
4.2.2.3	Kunskap om tandhälsa	12
4.2.2.4	Sammanfattning av unga vuxna gällande kognition	12
4.2.3	Affektion	12
4.2.3.1	Tändernas utseende	13
4.2.3.2	Oro för den egna tandhälsan	13
4.2.3.3	Upplevelse av tandläkarbesök	13
4.2.3.4	Sammanfattning av unga vuxna gällande affektion	13
4.3	SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I TANDHÄLSA OCH TANDVÅRDSUTNYTTJANDE	13
<b>5</b>	<b>MATERIAL OCH METOD</b>	<b>14</b>
5.1	SOCIOEKONOMISK KLUSTERINDELNING	15
5.1.1	Tandhälsodata uppdelat på socioekonomiska kluster	15
5.2	URVAL	16
5.3	ENKÄTEN	17
5.3.1	Frågekonstruktion	17
5.3.2	Utskick	17
5.3.3	Enkätantering – kodning och avkodning	17
5.3.4	Inläsning	18
5.4	RESULTATBEARBETNING OCH REDOVISNING	18
<b>6</b>	<b>METODDISKUSSION</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>20</b>
7.1	SVARSFREKVENSER	20
7.2	BETEENDE	21
7.2.1	Regelbundet tandvårdsutnyttjande	21
7.2.2	Tandvårdsutnyttjande vid besvär	22
7.2.3	Egenvård	22
7.3	KOGNITION	23
7.3.1	Ekonomiska aspekter	23

---

7.3.2	Skattningar och prioriteringar	24
7.3.2.1	Vikten av tandvårdsbesök	24
7.3.2.2	Om tandvården	25
7.3.2.3	Självskattad tandhälsa	26
7.3.2.4	Inställning till kostens betydelse för tandhälsan	26
7.3.3	Kunskap om tandhälsa	26
7.3.4	Övrigt	26
7.4	AFFEKTION	27
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>28</b>
8.1	SVARSFREKVENS	28
8.1.1	Skillnader i svarsfrekvens gällande socioekonomi och kön	28
8.2	BETEENDE	29
8.3	KOGNITION	30
8.4	AFFEKTION	32
<b>9</b>	<b>SLUTSATS</b>	<b>33</b>
<b>10</b>	<b>FÖRSLAG PÅ VIDARE STUDIER</b>	<b>33</b>
<b>11</b>	<b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>34</b>
<b>APPENDIX A</b>		<b>38</b>
<b>APPENDIX B</b>		<b>40</b>

## 1 INLEDNING

Tandhälsa är en viktig del för att kunna bibehålla ett gott allmänt hälsotillstånd och livskvalitet. För att tandhälsan ska vara god såväl i ett kortare som i ett längre perspektiv är det förutom god egenvård viktigt med regelbundna tandvårdsbesök. Även om individen inte upplever problem med sina tänder är det hälsofrämjande att besöka tandvården för regelbundna kontroller. Tandvården har sedan införandet av 1999 års tandvårdsreform mer satsat på den förebyggande delen än på att åtgärda redan uppkomna tandskador (SCB 2001 s.18). Det är också bättre att åtgärda en kariesangripen tand så fort som möjligt än att vänta tills man tvingas besöka tandvården på grund av smärta. En kariesangripen tand som lagats betraktas dessutom som en bestående skada (Socialstyrelsen 2005 s.205).

Trots vikten av regelbundna tandvårdsbesök och trots att en stor del upplever besvär med sina tänder minskar andelen regelbundna tandvårdsbesökare, bland annat hos unga vuxna. Socialstyrelsen (2005 s.209-210) menar att den goda tandhälsan, som är ett resultat av orsaksinriktad vård inom den organiserade barn- och ungdomstandvården, riskerar att raseras. Det är ännu inte klart vad nedgången i besöksfrekvens kan bero på. En förklaring till minskningen anses vara att tandvården förändrats och att det numera är den enskildes behov som styr tandläkarbesöken. För tiotalet år sedan var det vanligare med årliga tandläkarbesök (SCB 050417). Socialstyrelsen (2005 s.209-210) menar dock att detta inte kan förklara hela denna minskning i tandvårdsutnyttjande. En annan förklaring kan vara att gemene man inte tycker sig behöva tandvård eftersom tänderna är i gott skick. Förändringar i tandvårdslagen med ökade kostnader som följd i kombination med sämre ekonomi bland yngre anses även ligga bakom denna minskning. Tandvårdsreformen från 1999 innehåller ett beslut om subventionering för undersökningar för unga vuxna mellan 20 och 29 år (SCB 2001 s.18). Detta för att stimulera till fortsatt regelbunden tandvård efter det år man fyller 19 och således inte längre innefattas i den fria tandvården.

Bortfall vid enkätundersökningar är ett växande problem. Detta är något som bland annat Statistiska centralbyrån uppmärksammat (Japac et al. 1997 s.9). Ett bortfall kan få konsekvenser för forskningen eftersom bortfallsgruppen kan utgöras av en specifik grupp eller individer med speciella karakteristika gällande exempelvis levnadsvanor eller sjukdom (Eriksson 1978 s.258-59). Om detta är fallet finns risk för under- eller överskattningar med ett snedvridet resultat som följd (Japac et al. 1997 s.9).

Ovanstående problematik är något som Landstinget i Östergötland uppmärksammat och efterfrågade därmed en uppsats kring unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård med en analys av svarsfrekvenser.

## **2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

### **2.1 SYFTE**

Syftet med denna undersökning är att undersöka unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård. Syftet är även att undersöka om personer i den valda åldersgruppen är villiga att delta i enkätundersökningar och om det finns skillnader i svarsfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan könen.

### **2.2 FRÅGESTÄLLNINGAR**

Vad har unga vuxna för attityder till tandhälsa och tandvård?

Föreligger det attitydskillnader till tandhälsa och tandvård utifrån socioekonomi och kön?

Skiljer sig attityder till tandhälsa och tandvård mellan regelbundna och icke regelbundna tandvårdsbesökare?

Skiljer sig svarsbenägenheten bland 25-åringar bosatta i områden med olika socioekonomisk status och mellan könen?

### 3 BAKGRUND

Tandhälsan i den svenska befolkningen har förbättrats mycket de senaste 25-30 åren, mycket tack vare tandvårdsreformen 1974 med tätare tandläkarbesök som följd (SCB 2001 s.13). Något som visar på detta är Statistiska Centralbyråns årliga undersökning om levnadsförhållanden (ULF), som grundar sig på ett stort antal intervjuer. Andelen av den vuxna befolkningen med enbart egna tänder har ökat från 73,6 procent 1980-81 till 85,5 procent 1996-97. Oroväckande är dock att en avtagande trend i tandläkarbesök har kunnat ses de senaste 10 åren (SCB 050417).

Det finns även indikationer på att befolkningens tandhälsa håller på att försämrans. Andelen 25-64 åringar som anger att de har nedsatt tuggförmåga ökade från 2,4 procent till 4,4 procent mellan 1988-89 och 1996-97 (Hjern et al. 2001). Författarna menar att den positiva trend med kontinuerligt förbättrad tandhälsa och tandvårdsutnyttjande i Sverige som startade i och med tandvårdsreformen 1974 har brutits. En av de grupper man hyser oro för är 20-29 åringar (SCB 2001 s.34). Åldersgruppens tandhälsa är förhållandevis god, men vid jämförelser med tidigare ULF-undersökningar framkommer att den håller på att försämrans. Exempelvis så hade andelen 20-29 åringar med nedsatt tuggförmåga ökat vid undersökningen 1996-97 (SCB 2001 s.58).

Uhrbom och Bjerner (2003) som genomfört en studie i Dalarnas län menar att en av de största utmaningarna i framtiden för tandvården är att övertyga unga vuxna om värdet av regelbundna tandvårdsbesök.

#### 3.1 TANDVÅRDSFÖRSÄKRINGEN

I 1974 års tandvårdsreform SFS 1973:638 fastslogs att hela befolkningen skulle ha lika möjligheter till god tandvård oavsett bostadsort och betalningsförmåga (SCB 2001 s.16-17). Ungdomar skulle ha avgiftsfri tandvård upp till och med det år de fyller 19. En allmän försäkring inrättades också för den övriga vuxna befolkningen där olika åtgärder prissattes enligt ett regelsystem, men patienten skulle aldrig behöva betala mer än 50 procent av den totala kostnaden. Denna tandvårdsförsäkring har sedan genomgått ett flertal förändringar då den visade sig bli väldigt kostsam för staten. Alltmer betalningsansvar har lagts på individen men den fria tandvården upp till och med 19 års ålder finns ännu kvar.

Till följd av statens minskade kostnadsramar infördes en ny tandvårdsreform den 1 januari 1999 (SCB 2001 s.18-20). Intentionerna med den har varit att stimulera individer till ett ökat ansvarstagande för sin tandhälsa genom att mer satsa på den förebyggande delen än på att åtgärda redan uppkomna tandskador. Försäkringen har delats upp i två delar. *Bastandvård* som omfattar bland annat undersökning, fyllningar och förebyggande åtgärder samt *tandreglering och protetik* som omfattar bland annat broar, kronor och proteser. Mer tyngd än tidigare har lagts på bastandvården.

Tandvårdsreformen från 1999 innehåller bland annat fri prissättning för privat- och landstingstandvård och som tidigare ett ersättningsystem där staten fastställer en viss ersättningsnivå för varje åtgärd. Den innehåller även en subvention för undersökningar för åldersgruppen 20-29 år då denna grupp riskerar att försumma tandvården eftersom många har svårt att rota sig på arbets- och bostadsmarknaden och således kan tänkas få ekonomiska problem (SCB 2001 s.18). Denna ersättning ska alltså vara ett stöd för denna åldersgrupp att fortsätta göra regelbundna tandvårdsbesök. Den ska vara 30 procent av det fasta

tandläkararvodet som förelåg 1998 (SOU 1998:2 s.85). Denna kostnad var då 352 kronor vilket medför en ersättning med 106 kronor för en undersökning (RFV 2001a s.31-51).

Den fria prissättningen har medfört att priset på de flesta åtgärder har ökat sedan 1 januari 1999 (RFV 2001a s.8, RFV 2001b s.8). Vårdgivarna ansåg att priserna varit för lågt satta under en längre tid och att en prishöjning därför var nödvändig. Landstingens och privattandvårdens priser var de första åren relativt lika *inom* landstingsområdena. Däremot förekom stora variationer *mellan* landstingsområdena. I Tabell 3.1 redovisas priser på de för denna studie mest relevanta tandvårdsåtgärderna enligt Folktandvården i Östergötlands prislista från 1 januari 2005 (Folktandvården Landstinget Östergötland 050427).

Tabell 3.1 Prisexempel från Folktandvården i Östergötland ur prislista 2005-01-01.

Kod	Åtgärdsbeskrivning	Kostnad (kr)	Subvention (kr)	Total kostnad (kr)
11	Undersökning 20-29 år	490	106	384
54:01	Mindre omfattande enytsfyllning	371	91	280
54	Enytsfyllning	511	91	420
54:02	Omfattande enytsfyllning	696	91	605
55:01	Mindre omfattande flerytsfyllning	700	130	570
55	Flerytsfyllning	845	130	715
55:02	Omfattande flerytsfyllning	1010	130	880

Källa: Folktandvården, Landstinget Östergötland

Det finns en svårighet med att finna priser hos de privata tandläkarna eftersom de kan skilja sig åt till följd av den fria prissättningen. Som tidigare nämnts så skiljer sig inte priserna mellan folktandvården och privattandläkarna i någon hög utsträckning inom ett landsting.

Upp till och med 19 års ålder har man i Sverige fri tandvård. Efter den fria tandvården har vårdgivaren som mål att skicka ut en kallelse till undersökning. Accepterar personen den kallelsen och genomför undersökningen fortsätter vårdgivaren att kalla honom/henne. Om personen inte accepterar kallelsen skickar vårdgivaren inte ut någon mer utan det är då upp till personen själv att söka sig till antingen Folktandvården eller tandvård i privat regi.

### 3.2 ATTITYDBEGREPPET

Eftersom denna studie till stor del går ut på att undersöka attityder presenteras nedan definitioner av attitydbegreppet, trekomponentsmodellen som beskriver attityder, sambandet mellan komponenterna samt sambandet mellan attityder och beteende.

Attityder är ett centralt begrepp inom socialpsykologin och definieras som en generell, tämligen stabil och varaktig inställning till och förhållningssätt gentemot ett objekt eller fenomen (Eagly & Chaiken 1993 s.1, Lyons i Eysenck [red.] 2000 s.390, Larsson i Permer [red.] & Permer [red.] 1989 s.63, Bunkholdt 1997 s.194, Egidius 1994 s.51). Dessa inställningar och förhållningssätt kan vara positiva eller negativa (Ajzen 2001). De kan exempelvis innefattas av dimensioner som bra-dåligt, gynnsamt-ogynnsamt, fördelaktigt-skadligt. Jarvis & Petty (1996 refererad i Ajzen 2001) har visat att det finns individuella skillnader i benägenhet att göra dessa bedömningar. Personer med hög benägenhet har således fler attityder till olika objekt eller fenomen.



En vanlig modell som beskriver attityder är trekomponentsmodellen. Genom att titta på tre särskiljbara reaktioner eller responser på ett objekt eller fenomen kan vi få grepp om attityder (Eagly & Chaiken 1993 s.155). Dessa tre är *beteenden* samt *kognitiva* och *affektiva* reaktioner eller responser. Beteenden handlar om tendenser, benägenheter och avsikter med beteendet. Kognitiva reaktioner inbegriper tankar, åsikter, motivation, kunskaper och föreställningar om objektet. Affektiva reaktioner innefattar känslor om objektet och kallas ibland därför även emotionella reaktioner.

Dessa tre komponenter är både relaterade till och skilda från varandra på så vis att modellen utgår ifrån att tankar och/eller känslor om ett objekt inte alltid kommer till uttryck i beteende samt att beteende inte alltid är uttryck för tankar och/eller känslor, utan kan vara situationsbestämt (Lyons i Eysenck [red.] 2000 s.391, Bunkholdt 1997 s.195). Just kopplingen mellan attityder och beteende är omdiskuterat eftersom det är så mycket annat som kan förklara ett beteende. En person kan ha starka åsikter eller känslor gentemot något attitydobjekt men välja att hålla tillbaka med attitydyttringen (beteendet) eftersom personen anser att det är det rätta i just den situationen. En person kan exempelvis vara rädd för att väcka uppseende eller för att vara ensam om just den åsikten. Andra människors förväntningar kan ha stor betydelse på en individs beteende. Forskningen om sambandet mellan attityd och beteende har visat varierande resultat (Lyons i Eysenck [red.] 2000 s. 393-4). Tidig forskning har visat upp ett svagt samband men fått kritik för att man använt för enkla mått samt att man inte mätt attityder och beteende lika exakt. Senare forskning har visat upp ett starkare samband och använt flerfaldiga mått på attityder och beteende. Attityder är alltså sammansatta på varierande sätt med avseende på de tre komponenterna. Vissa attityder är starkt präglade av den kognitiva komponenten och mindre av den affektiva komponenten medan det för andra attityder kan förhålla sig omvänt.

Man kan även se attityder som en produkt av beteendemässiga, kognitiva och affektiva processer (Eagly & Chaiken 1993). Nya kunskaper och föreställningar om något objekt kan förändra åsikterna om det, nya erfarenheter kan förändra känslorna gentemot objektet och människor tenderar att sluta sig till attityder som överensstämmer med deras beteende.

Tidig forskning inom attityder var inriktad på att individer endast har en attityd i taget i förhållande till ett objekt eller fenomen (Ajzen 2001). Senare forskning har emellertid uppmärksammat att om en attityd förändras så behöver inte den gamla attityden helt ersättas av den nya (Wilson et al 2000 refererad i Ajzen 2001). Detta betyder att dubbla attityder kan existera mot ett och samma objekt inom en kontext, en vanemässig och en uttrycklig. Det krävs dock motivation och förutsättningar för att den uttryckliga attityden skall ersätta den vanemässiga.

Senare forskning har också uppmärksammat begreppet *ambivalens* vilket innebär att en individ kan ha både positiv och negativ inställning till ett attitydobjekt (Ajzen 2001). Dessa ambivalenser kan innebära konflikter inom eller mellan den kognitiva och den affektiva komponenten (Thompson et al. 1995 refererad i Sparks et al. 2001). Kortsiktiga intressen som betraktas som säkra och omedelbara kan ofta hamna i konflikt med långsiktiga, osäkra och avlägsna intressen. När dessa konflikter existerar lockas människan till de mer närliggande belöningarna som de kortsiktiga intressena medför (Ainslie 1992 refererad i Sparks et al. 2001).

Sociala strömningar i samhället kan påverka att människors attityder förändras över tid. Detta gör att vissa aspekter av tandhälsa kan uppfattas som viktigare vid en tidpunkt och mindre

viktigare vid en annan. Exempelvis visar en svensk studie bland 50- och 60-åringar att tändernas utseende blivit viktigare för individen under en tioårsperiod (Fernberg & Ordell 2004).

Trekomponentsmodellen som utgångspunkt valdes därför att den på ett bra sätt ger en bred utgångspunkt för att undersöka attityder. Denna modell används som bas genom hela studien; i tidigare forskning, frågekonstruktion, resultat och diskussion. Den ger möjlighet att undersöka komponenterna var för sig och det finns således möjlighet att studera eventuell ambivalens.

## 4 TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel redovisas en introduktion till svarsfrekvenser, tidigare studier om bortfall vid enkätundersökningar och en genomgång av svarsfrekvenser i tidigare enkätundersökningar om tandhälsa. Därefter följer tidigare forskning om attityder till tandhälsa och tandvård.

### 4.1 SVARSFREKVENSER OCH BORTFALLSANALYSER

Ett av enkätundersökningens dilemma är svarsfrekvensen. Detta är ett växande problem som därmed får allt större inverkan på studier med denna metod (Japac et al. 1997 s.9). En strävan för alla undersökningar är ett litet bortfall. Ett bortfall innebär ofta en försämrad kvalitet eftersom uteblivna observationer bidrar till variansökning, vilket ger längre konfidensintervall och sämre precision (Ibid. s.28). Låga svarsfrekvenser påverkar inte bara studiens resultat utan även produktionsprocessen (Ibid. s.29). Om datainsamlingen går trögt, framtvingas uppföljningar som orsakar förseningar och ökade kostnader.

Det är svårt att uttala sig om vad som är en bra respektive dålig svarsfrekvens. För att kunna uttala sig i denna fråga krävs information om eventuella skillnader mellan bortfallsstratum och svarsstratum, det vill säga om icke-deltagarna hade svarat annorlunda jämfört med deltagarna (Japac et al. 1997 s.27). En bortfallsanalys genomförs oftast genom att en deltagargrupp och en icke-deltagargrupp jämförs avseende ett antal lämpliga bakgrundsvariabler (Eriksson 1978 s.256-291). På detta sätt får man reda på om de som ej deltagit i undersökningen skiljer sig från deltagarna. Detta kan göras via en ny enkät- eller intervjuundersökning. I vissa fall kan det i en bortfallsanalys vara relevant att titta i register för att se huruvida bortfallsgruppen skiljer sig från dem som medverkat.

Denna uppsats omfattas inte av en bortfallsanalys men nedan presenteras ett antal tidigare hälsoinriktade studier där bortfallsundersökningar genomförts. En presentation av svarsfrekvenser i tidigare enkätundersökningar gällande tandhälsa och tandvård följer.

#### 4.1.1 Bortfallsundersökningar i hälsoinriktade studier

I flera studier har man funnit att det finns skillnader i svarsfrekvens mellan olika åldersgrupper. Bortfallet är ofta högre i de lägre åldersgrupperna (Boström et al. 1988, Westin 1991). Bortfallet är ofta högt bland lågutbildade, vilket visar på socioekonomiska skillnader i deltagande (Boström et al. 1993, Olsson et al. 1985). Män och utlandsfödda tillhör två grupper med lägre svarsbenägenhet jämfört med kvinnor och inrikes födda (Boström et al. 1988, Westin 1991, Skaret et al. 2003, Reijneveld & Stronks 1999). I bortfallsanalysen av en holländsk epidemiologisk hälsointervjustudie fann man att icke-svararna kännetecknades av en hög andel boende i socioekonomiskt svaga områden (Reijneveld & Stronks 1999). Det visade sig även att nyttjandet av nästan alla typer av hälso- och sjukvård var lägre bland dem som inte deltog jämfört med deltagarna. Skaret et al. (2003) kunde i en kohortstudie visa att

personer som missat eller avböjt från tandvårdsbehandling när de var mellan 12-18 år samt de personer som inte fullföljt behandling vid 18 års ålder hade en lägre benägenhet att svara på enkäten. Eftersom dessa båda grupper även hade ett lägre tandvårdsutnyttjande finns risken att icke-utnyttjare av tandvård var underrepresenterade i undersökningen.

#### 4.1.2 Svarsfrekvenser i tidigare enkätundersökningar inom tandhälsa

En analys av svarsfrekvenser i sex enkätundersökningar om tandhälsa där unga vuxna ingår har genomförts (Wänman et al. 2004, Uhrbom & Bjerner 2003, Buhlin et al. 2003, Stenberg et al. 2000, Nederfors 1998, Åström & Rise 2001). Den totala svarsfrekvensen ligger vanligtvis runt 80 procent. Ett undantag är en norsk studie genomförd 1997 där endast en påminnelse skickades ut, med en svarsfrekvens på 62 procent (Åström & Rise 2001). Vanligast har varit att man skickat ut två eller tre påminnelser. I flera av studierna (Buhlin et al. 2003, Stenberg et al. 2000, Nederfors 1998) har telefonintervjuer använts som komplement. Både studien från Västerbottens län (Wänman et al. 2004) och den från Dalarnas län (Uhrbom & Bjerner 2003) har en total svarsfrekvens på över 80 procent. Det kan dock vara värt att uppmärksamma att de tillfrågade deltagarna i dessa studier erbjöds en kostnadsfri klinisk tandhälsoundersökning. Detta borde ha stimulerat till ett högt deltagande. I Dalarnas län har man sett en minskad svarsfrekvens vid jämförelser med undersökningar genomförda 10-15 år tillbaka (Uhrbom & Bjerner 2003).

Vid en analys av dessa tidigare studier framkommer vissa mönster. I de fall det redovisas har svarsbenägenheten ofta varit lägre i de lägsta och högsta åldersgrupperna. Den lägsta svarsfrekvensen ses ofta bland unga vuxna, där deltagandet ligger cirka 5-13 procentenheter under den totala svarsfrekvensen (Nederfors 1998, Buhlin et al. 2003, Uhrbom & Bjerner 2003).

Andelen kvinnor som svarat på enkäterna är ofta högre än andelen män (Uhrbom & Bjerner 2003, Buhlin et al. 2003, Stenberg et al. 2000, Nederfors 1998). Könsskillnaderna i deltagande verkar även vara högre i de lägre åldersgrupperna (Uhrbom & Bjerner 2003).

## 4.2 TIDIGARE FORSKNING OM ATTITYDER TILL TANDHÄLSA OCH TANDVÅRD

Resultatet av flera undersökningar pekar på att personer i åldrarna 20-29 år utmärker sig från övriga grupper gällande attityder till tandhälsa och tandvård. Nedan redovisas tidigare forskning indelat enligt trekomponentsmodellen i komponenterna *beteende*, *kognition* och *affektion*. Därefter redovisas tidigare forskning om socioekonomiska skillnader.

På grund av skilda åldersindelningar uppkommer svårigheter att jämföra data mellan olika undersökningar. I Appendix A redovisas de åldersindelningar som används i de studier som refereras i detta kapitel.

### 4.2.1 Beteende

Uhrbom & Bjerner (2003) fann i studien från Dalarnas län att det fanns en skillnad i tandhälsa mellan regelbundna tandvårdsbesökare och icke regelbundna tandvårdsbesökare. De 35-åringar som inte sökt tandvård alternativt endast gör det vid akuta besvär hade ett färre antal tänder, färre intakta tänder och ett högre DFSa-tal<sup>1</sup>. Studien visar på vikten av regelbundna besök inom tandvården och författarna menar att:

<sup>1</sup> Decayed Filled Surfaces Approximal, kariesmått definierat som antal kariesade, fyllda sidoytor av befintliga tänder (Uhrbom & Bjerner 2003)

”Om tandvårdens målsättning är att förhindra förfall av munhälsa på sikt inom vuxenbefolkningen synes det angeläget att stimulera icke regelbundna tandvårdsbesökare att söka tandvård.” (Uhrbom & Bjerner 2003 s.15)

Komponenten *beteende* är intressant eftersom det är en konkret aspekt av attityder. Det är dock värt att komma ihåg att kopplingen mellan attityder och beteendet inte är obestridd. Komponenten innefattas i denna presentation av tidigare studier där regelbundna och icke regelbundna tandvårdsbesök samt egenvård tas upp. Jämförelser mellan unga vuxna och andra åldersgrupper kommer att tas upp samt en fördjupning i de unga vuxnas beteenden.

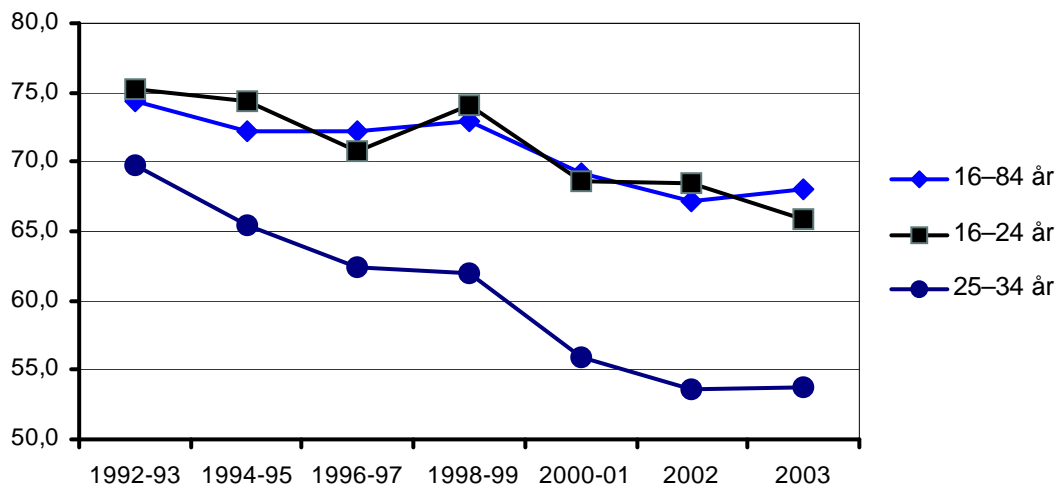
#### **4.2.1.1 Regelbundet tandvårdsutnyttjande**

En norsk studie (Grytten et al. 1996) bland 19- och 20-åringar, som var subventionerade med 75 procent, visar att denna subventionering hade mycket liten effekt på efterfrågan och utnyttjande av tandvård. Riksförsäkringsverkets (RFV 2000 s.142) utvärdering av det första året efter att det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft visar att yngre vuxna i åldern 20-29 år trots subventionering i högre utsträckning än andra inte besökt tandläkaren eller tandhygienisten under det senaste året. Andra grupper som framträder är ekonomiskt svaga individer, utrikes födda, män samt ensamstående.

Enligt Folkhälsorapport 2005 har det skett en negativ utveckling av regelbundna tandläkarbesök bland personer yngre än 35 år ända sedan mitten av 1980-talet (Socialstyrelsen 2005 s.209-210). Andelen 25-34 åringar som inte besökt tandläkaren de senaste två åren har ökat tydligt efter åren 1998/1999. I denna åldersgrupp hade 2002/2003 var tredje man och var femte kvinna inte besökt tandläkare de senaste två åren.

Sveriges Tandläkarförbund (2002) visar att bland dem som inte gått till tandläkaren under de senaste två åren är en övervägande del mellan 20-29 år. Andelen män i denna ålder som inte besökt tandvården på två år eller mer hade 1999 ökat till 20 procent från 1989 då andelen var 12 procent (SCB 2001 s.34). Bland kvinnorna var andelen 10 procent. Det är främst efter 20-årsåldern som tandvårdsbesöken minskar (Ibid. s.33). Danskarna Scheutz & Heidmann (2001) visar att det finns ålderskillnader i tandvårdsbesök inom gruppen unga vuxna (20-35 år). Bland de oregelbundna besökarna fanns en signifikant större andel 20-24 åringar jämfört med 30-35 åringar.

Uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB 050417) visar att åldersgruppen 25-34 år i mindre utsträckning än andra åldersgrupper besöker tandläkaren någon gång under en tolv månadersperiod. Se Figur 4.1. Denna åldersgrupp visar också den högsta relativa nedgången i besöksfrekvens sedan 1998-1999 då den senaste tandvårdsreformen trädde i kraft.



Källa: SCB, Undersökning om levnadsförhållanden

Figur 4.1. Andel som besökt tandläkare under en tolv månadersperiod. Uppdelat på 16-84 år, 16-24 år och 25-34 år. 1992-93 till 2003.

Det finns också könsskillnader i besöksfrekvens. Av männen i åldersgruppen 25-34 år besöker 47 procent tandläkaren inom en tolv månadersperiod och motsvarande andel för kvinnorna är 61 procent (SCB 050417). Nederfors (1998) visar ett liknande resultat för 20- respektive 30-åringar. En hög andel, främst män, angav att de aldrig besöker tandläkare eller tandhygienist. För 30-åriga män var den andelen 16 procent. Av 35-åringarna i Dalarna (Uhrbom & Bjerner 2003) angav 8 procent att de aldrig besöker tandvården. För män var den andelen 11 procent och för kvinnor 6 procent.

Skaret et al. (2003) har undersökt vilka faktorer som påverkar frekvensen av tandvårdsutnyttjandet åren efter den för individen kostnadsfria tandvården. De har bland annat funnit att personer som inte fullföljt behandling vid 18 års ålder oftare tillhörde gruppen med lågt tandvårdsutnyttjande vid 23 års ålder, det vill säga enligt den norska tandvårdsförsäkringen fem år efter möjligheten till kostnadsfri tandvård. Resultatet visar även att män med ett oregelbundet tandvårdsbeteende under åldern 12-18 år med stor sannolikhet även har detta beteende vid 23 års ålder.

#### 4.2.1.2 Tandvårdsutnyttjande vid besvär

Unga vuxna besöker oftare än andra åldersgrupper endast tandvården vid akuta besvär, 25-28 procent (Uhrbom & Bjerner 2003, Sveriges tandläkarförbund 2001, Buhlin et al. 2003) jämfört med 14-16 procent sammantaget för samtliga åldersgrupper (Sveriges tandläkarförbund 2001, Wänman et al. 2004, Buhlin et al. 2003). En fjärdedel har haft besvär med sina tänder utan att söka behandling för detta och en större andel än övriga åldersgrupper hade nekat tandläkaren att utföra föreslagen behandling (RFV 2000 s.167). Det har även framkommit att det främst är 20-29 åringar som under de senaste två åren skjutit upp eller avstått från tandläkarbesök, över en tredjedel uppgav detta (Sveriges tandläkarförbund 2002). Undersökningen av levnadsförhållanden från 1996/1997 (SCB 2001 s.58) visar att upplevda besvär från tänderna senaste året är vanligare bland kvinnor än män i åldersgruppen 20-29 år, 26 respektive 19 procent. Detta skulle till viss del kunna förklara de könsskillnader i tandvårdsutnyttjande som presenterades i föregående avsnitt.

### 4.2.1.3 Egenvård

Tandborstning är väl utbrett i Sverige. Undersökningar visar att i stort sett alla, 98-99 procent, av unga vuxna borstar tänderna minst en gång per dag (Stenberg et al. 2000, Wänman et al. 2004, Hugoson et al. 1995, Sveriges tandläkarförbund 2001). Av dessa borstar 9-15 procent tänderna endast en gång per dag (Hugoson et al. 1995, Sveriges tandläkarförbund 2001). Dessa studier säger inget om könsskillnader i tandborstningsfrekvens, men två andra studier, en brittisk och en svensk, visar att det är vanligare bland kvinnor än män med tandborstning två gånger per dag (Bradnock et al. 2001, Uhrbom & Bjerner 2003).

Stenberg et al. (2000) visar att 95 procent av 20-25 åringar använder fluortandkräm. Uhrbom & Bjerner (2003) visar emellertid att nästintill alla 35-åringar använder tandkräm med fluor minst en gång per dag. Användandet minskar sedan med stigande ålder.

### 4.2.1.4 Sammanfattning av unga vuxnas beteende

Flera studier pekar på att unga vuxna är en av de grupper i befolkningen med en låg utnyttjandegrad av tandvård. Unga vuxna besöker tandvården regelbundet i lägre utsträckning än andra åldersgrupper. Det har även visat sig att andelen icke regelbundna tandvårdsbesökare ökar i denna åldersgrupp, vilket ses som ett hot mot den goda tandhälsa som byggts upp i landet under de senaste 25-30 åren. Åldersgruppen är likaså överrepresenterad bland dem som endast söker tandvård vid akuta besvär samt skjuter upp eller helt avstått från tandvård, ofta trots medvetenhet av behovet. Vad gäller egenvård så är regelbunden tandborstning med fluortandkräm idag en självklarhet för de flesta unga vuxna i Sverige.

## 4.2.2 Kognition

Komponenten kognition innebär tankar, åsikter, kunskaper och föreställningar om tandhälsa och tandvård. Följande presentation av tidigare forskning tar upp vad som är viktigt i den kognitiva komponenten för att kunna förstå unga vuxnas attityder till tandhälsa och hur denna grupp utmärker sig i jämförelse med andra åldersgrupper. Presentationen innefattar ett kapitel om ekonomi som enligt tidigare studier är det klart främsta skälet till att avstå tandvård. Sedan följer en presentation om subjektiva skattningar och prioriteringar av olika slag, exempelvis tandkvalitet, tandvårdsbehov, tandhälsa i jämförelse med sina jämnåriga, hur man prioriterar tandvård i konkurrens med andra alternativ och så vidare. Efter det följer ett avsnitt som behandlar kunskap om hur karies startar och om hur man ska sköta sina tänder på ett bra sätt.

### 4.2.2.1 Ekonomiska aspekter

Det har visat sig att personer som anser att kostnaden för tandläkarbesök är viktig oftare är oregelbundna användare av tandvård jämfört med personer som inte tycker att kostnaden är viktig (Scheutz & Heidmann 2001). Detta pekar på att individens syn på kostnaden för tandvård påverkar dennes besöksfrekvens inom tandvården. Däremot kunde inget samband mellan inkomst och tandvårdsutnyttjande ses.

I en svensk enkätundersökning genomförd 2000 framkom att en hög andel (32 procent) någon gång under de senaste åren hade avstått från att besöka tandvården helt eller delvis på grund av ekonomiska skäl (Buhlin et al. 2003). I åldersgruppen 20-29 år var andelen 46 procent. För att svara på denna fråga behövde man inte haft besvär med sina tänder eller ansett sig vara i behov av tandvård.

Sveriges tandläkarförbunds (2002) undersökning visar att i åldersgruppen 20-29 år har 13 procent avstått från och 23 procent skjuter upp ett tandläkarbesök under den senaste 2-

årsperioden, även om de ansett att de behövt det. Över hälften av dessa (54 procent) angav som främsta skäl att de inte haft råd.

Av 35-åringarna i Dalarna (Uhrbom & Bjerner 2003) som aldrig eller endast vid besvär besöker tandvården angav 38 procent ekonomiska skäl som den viktigaste orsaken till detta. Det var betydligt vanligare bland män än kvinnor, 48 respektive 28 procent. Unga vuxna är också överrepresenterade bland dem som besöker tandvården mer sällan än tidigare på grund av kostnaden (Sveriges tandläkarförbund 2001, Uhrbom & Bjerner 2003).

Undersökningen från Västerbotten (Wänman et al. 2004) visar att 35-åringar, som var den lägsta åldersgruppen i undersökningen, var minst positiva när det gäller om tandvården varit värt sitt pris. 35-åringarna hade i större utsträckning än högre åldersgrupper förändrat sina tandvårdsvanor på grund av ekonomiska skäl, 27 procent. 10 procent hade gått mer sällan, 8 procent avstått helt, 7 procent skjutit på behandling och en procent hade valt ett billigare alternativ.

Åldersgruppen 20-29 år har oftare än andra åldersgrupper inga eller små utgifter för tandvård (RFV 2000 s.128). Unga vuxna har färre problem med tänderna och deras behandlingar kräver således inte så stora och dyra ingrepp. En klar majoritet (79 procent) av de 20-29 åringar som skjutit upp eller avstått från ett besök inom tandvården på grund av ekonomiska skäl, hade emellertid avstått från en behandling som de beräknade skulle ha kostat högst 1000 kronor (Sveriges tandläkarförbund 2002).

I de tabeller som bifogas till Sveriges tandläkarförbunds rapport (2001) kan även utläsas att tre fjärdedelar av åldersgruppen 20-29 år inte kan tänka sig att betala mer för tandvården än idag.

#### **4.2.2.2 Skattningar och prioriteringar**

I Västerbottens undersökning uppgav totalt 61 procent att tänder och tandhälsa är mycket viktigt för dem (Wänman et al. 2004). Bland 35-åringar var andelen 47 procent vilket var klart lägre än de högre åldersgrupperna. Vikten av tandhälsa verkar öka med stigande ålder. Nederfors (1998) visar emellertid att 20- och 30-åringar skattar sin tandkvalitet bäst av alla åldersgrupper. Skattningen av tandkvalitet sjunker sedan med stigande ålder. Att äldre skattar sin tandkvalitet sämre kan förklara varför de även anser att tänder och tandhälsa är viktigt för dem. Äldre personer har sämre tandhälsa och blir således mer medvetna om sina tänder. I en dansk studie bland unga vuxna fann man ett samband mellan lågt självskattad tandhälsa och oregelbundet tandvårdsutnyttjande (Scheutz & Heidmann 2001). Äldre personer är mer nöjda med tandvården (Johansson & Fridlund 1996). Detta kan bero på att de levt längre och jämför med hur tandvården tidigare såg ut. Unga vuxna idag är uppväxta med och har dragit mer nytta av tandvårdsförsäkringen. De har haft fri tandvård ända upp till 19 års ålder och har inget annat att jämföra med.

Endast 8 procent av 35-åringarna i undersökningen från Västerbotten bedömde sin tandhälsa som bättre än andra i samma ålder, vilket var lägre än för de högre åldersgrupperna (Wänman et al. 2004). Av 20-25 åringar anger en fjärdedel att de upplever att de har bättre tandhälsa än sina jämnåriga (Lundegren et al. 2004).

Stenberg et al. (2000) visar att en klar majoritet 20-25 åringar, 95 procent, ansåg det möjligt för människor att själva påverka sin tandhälsa och därmed undvika framtida karies. Respondenterna fick också frågan hur ofta de ansåg att de borde gå till tandvården. De flesta,

80 procent, ansåg en gång per år, 11 procent ansåg vartannat år och resterande andel ansåg att de borde gå mindre regelbundet än så eller att de inte visste. Hugoson et.al. (1995) visar att 30-åringar i mindre utsträckning än andra åldersgrupper anser att de besökt tandläkaren så ofta som de önskat under de senaste åren. Det är också de själva eller att de fått besvär med tänderna som initierar deras besök snarare än att tandläkaren gör det. Även undersökningen från Sveriges tandläkarförbund (2001) visar att 20-29 åringar är överrepresenterade bland dem som själva beställer tid hos tandläkaren, 26 procent jämfört med 17 procent för samtliga åldersgrupper.

Intressant är även att endast 29 procent av de tillfrågade i åldrarna 20-29 år hade valt ett tandläkarbesök om de var tvingade att välja mellan reparation av bilen, besök hos frisören, besök hos tandläkare, besök hos optiker, träningskort på gym eller en semesterresa. Totalt för samtliga åldrar valde 47 procent tandläkarbesöket (Sveriges tandläkarförbund 2001).

Scheutz & Heidmann (2001) visar att regelbundna utövare av fysisk aktivitet i högre utsträckning även besöker tandvården regelbundet jämfört med fysiskt inaktiva personer. Detta indikerar att personer som är engagerade i en typ av hälsofrämjande beteende även visar hälsosamma ansatser på andra områden.

#### **4.2.2.3 Kunskap om tandhälsa**

Majoriteten av 20- och 30-åringarna, 70 respektive 60 procent, i studien av Hugoson et al. (1995) vet hur karies uppkommer och hur man kan förebygga det. Ungefär en femtedel anger att de inte vet och mellan 10 och 18 procent svarade inte.

En stor andel (85 procent) av åldersgruppen 20-29 år känner inte till att vissa tandläkare erbjuder ett fast pris på tandvård, så kallad abonnemangsavgift. Nio av tio anser sig ha tillräcklig information för att sköta sina tänder på ett bra sätt (Sveriges tandläkarförbund 2001).

#### **4.2.2.4 Sammanfattning av unga vuxna gällande kognition**

Ekonomiska aspekter av tandvård verkar vara centrala hos de flesta åldersgrupper men framförallt hos unga vuxna. Denna åldersgrupp har helt enkelt mindre ekonomiska resurser till förfogande men prioriteringar av annat spelar också en avgörande roll. Unga vuxna avstår oftare tandvård just på grund av ekonomiska skäl, oavsett om besvär med tänderna föreligger, än andra åldersgrupper. Man besöker även tandvården mer sällan än tidigare och väljer oftare billiga tandvårdsalternativ jämfört med andra åldersgrupper.

Vikten av att ha bra tandhälsa ökar med stigande ålder medan skattningen av tandkvalitet sjunker med stigande ålder. Unga vuxna är mindre nöjda med tandvården än högre åldersgrupper. De anser också i större utsträckning än andra åldersgrupper att de inte besöker tandvården så ofta som de borde göra. När de besöker tandvården är det oftare än andra åldersgrupper på initiativ från dem själva snarare än från tandvården. En mindre andel unga vuxna än övriga åldrar hade valt ett tandläkarbesök om de skulle tvingas att prioritera mellan olika alternativ. Majoriteten vet hur karies uppkommer och vet hur man sköter sina tänder på ett bra sätt.

### **4.2.3 Affektion**

Komponenten affektion innebär känslor relaterade till tandhälsa och tandvård. Följande presentation av tidigare forskning tar upp vad som är viktigt i den affektiva komponenten för



att kunna förstå unga vuxnas attityder till tandhälsa. Centralt är känslor kring tändernas utseende, oro för sin egen tandhälsa samt känslor förknippade med tandläkarbesök.

#### **4.2.3.1 Tändernas utseende**

Mellan 12 och 16 procent av unga vuxna är mer eller mindre missnöjda med tändernas utseende (SCB 2001 s.58, Wänman et al. 2004, Uhrbom & Bjerner 2003). Ungefär en femtedel av 35-åringarna i Dalarna och Västerbotten var mycket nöjda med sina tändernas utseende. Av de övriga var 66-68 procent ganska nöjda, 11-12 procent ganska missnöjda och 1-5 procent mycket missnöjda (Wänman et al. 2004, Uhrbom & Bjerner 2003). Undersökningar visar att det är vanligare bland kvinnor än män att vara missnöjd med tändernas utseende (Bradnock et al. 2001, SCB 2001 s.69). Det är också vanligare bland dem som endast besöker tandvården vid besvär än de som besöker tandvården regelbundet. Detta hänger antagligen samman med att regelbundna besökare hos tandvården visar bättre tandhälsa än personer som inte besöker tandvården regelbundet. De vanligaste skälen till missnöjet är tändernas färg, att tänderna är sneda eller att det är för glest mellan tänderna. Stenberg et al. (2000) visar i sin studie att 20-25 åringar har större belåtenhet med tändernas funktion än tändernas utseende. Estetiska beaktanden kan i framtiden bli en stark drivkraft mot god tandhälsa för människor med tanke på att man med allt mindre sannolikhet kommer drabbas av svåra tandproblem (Bradnock 2001).

#### **4.2.3.2 Oro för den egna tandhälsan**

Stenberg et al. (2000) visar att ungefär en fjärdedel av 20-25 åringarna rapporterade betydande oro för sin tandhälsa. Lundegren et al. (2004) menar att när respondenten var mindre oroad över sin tandhälsa, skattade han eller hon också sitt tandvårdsbehov som mindre.

#### **4.2.3.3 Upplevelse av tandläkarbesök**

Stenberg et al. (2000) visar att kvinnor i åldersgruppen 20-25 år upplevde signifikant större obehag och ängslan vid sitt senaste tandläkarbesök än män. Andra nordiska studier visar på samma resultat (Fleming & Heidmann 2001, Skaret et al. 2003). Dessa studier visar även att rädsla, oro eller obehag är vanligare bland de som inte besöker tandvården regelbundet.

Enligt tabellerna i Sveriges tandläkarförbund (2001) har personer i åldern 20-29 år inte varit mer missnöjda med behandling eller behandlingsresultat inom tandvården än andra åldersgrupper. Emellertid framkommer att man med stigande ålder ger sin tandläkare bättre betyg både gällande behandling och bemötande.

#### **4.2.3.4 Sammanfattning av unga vuxna gällande affektion**

Mellan 12 och 16 procent i gruppen unga vuxna är mer eller mindre missnöjda med sina tändernas utseende. Det är vanligare bland kvinnor och bland dem som endast besöker tandvården vid besvär. De vanligaste skälen till missnöjet är tändernas färg och att tänderna är sneda. Obehag och ängslan vid tandläkarbesök är vanligare bland kvinnor än bland män och de som upplever oro, ängslan eller rädsla besöker tandvården mindre regelbundet.

### **4.3 SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I TANDHÄLSA OCH TANDVÅRDSUTNYTTJANDE**

”Den något minskade efterfrågan på tandvård som redovisats i ett flertal studier pekar på att de som haft sämre ekonomi oftare avstår från att gå till tandläkare. Enligt 1999 års undersökning om

hushållens inkomster uppgav närmare 15 procent (ca 1 miljon personer) att de hade avstått från tandvård på grund av kostnaden". (Socialstyrelsen 2005 s.210).

I åldern 25-84 år är andelen med ej åtgärdade tandproblem dubbelt så stor i den lägsta inkomstgruppen som i den högsta, bland män 23 respektive 12 procent (SCB 2001 s.66). Bland kvinnor är skillnaden ännu större, 20 respektive 7 procent. Hjern et al. (2001) visar i en fördjupning av data från ULF-undersökningen 1996-97 att det finns socioekonomiska skillnader i tandhälsa och tandvårdsutnyttjande, både bland vuxna och bland deras barn. Skillnaderna är större i de högre åldersgrupperna (45-64 år) jämfört med åldersgruppen 25-44 år. Det är främst tre grupper som framhålls i denna studie, lågutbildade, utlandsfödda och personer med små ekonomiska marginaler (de som inte kan skaffa fram 14 000 kronor på en vecka). Vid jämförelser med högutbildade, svenskfödda och personer med goda ekonomiska marginaler visar det sig att förekomsten av proteser är högre. Även vad gäller förmågan att tugga hårda saker finns skillnader. En högre andel i de förstnämnda grupperna tillhör dem som inte besökt tandvården på mer än två år. Bland dessa gruppers barn är även förekomsten av karies högre. Det är även 20-50 procent vanligare med karies bland barn från arbetarhem jämfört med barn från tjänstemannahem (Socialstyrelsen 2005 s.204).

Även Buhlin et al. (2003) visar att det finns skillnader mellan olika grupper i samhället både vad gäller tandhälsa och tandvårdsutnyttjande. Personer med låg utbildning har signifikant mer problem med tänderna jämfört med högutbildade.

Urbom och Bjerner (2003) menar att även om stora tandhälsovinster gjorts de senaste 20 åren så är målsättningen om god munhälsa på lika villkor till hela befolkningen inte uppnådd. I deras undersökning i Dalarnas län gjordes en uppdelning mellan personer med kort utbildning (folk-/grundsskola) och personer med lång utbildning (gymnasieutbildning eller motsvarade). Standardisering för ålder utfördes. Kortutbildade uppvisade en sämre tandhälsa på flertalet variabler, bland annat antal tänder, intakta tänder, karies och kariesrisk. Dubbelt så hög andel kortutbildade hade avstått från tandvård av ekonomiska skäl jämfört med personer med lång utbildning, 11 respektive 5 procent. Man poängterar dock att utbildningslängd påverkar tandstatus främst i de högre åldersgrupperna. Den förhållandevis jämlika tandhälsan hos 35-åringarna förklaras av att de tagit del av landstingets barn- och ungdomstandvård.

## 5 MATERIAL OCH METOD

Uppdraget från Tandvårdsgruppen på Landstinget i Östergötland bestod i att undersöka unga vuxnas attityder till tandhälsa och tandvård. Unga vuxna definierades som personer i åldern 20-29 år. Ett förslag var även att undersöka huruvida svarsfrekvenser skiljer sig socioekonomiskt. Valet föll på att göra en enkätundersökning bland 25-åringar folkbokförda i Östergötland. Denna åldersgrupp valdes för att dessa personer sedan cirka 5 år tillbaka inte längre går under den avgiftsfria tandvården. Dessa 25-åringar borde således "vant sig av" med den avgiftsfria tandvården och delvis grundlagt sina tandvårdsvanor. Personer födda 1980 är även den första kohorten i Östergötlands län som haft fri tandvård från 3 till 19 års ålder.

En enkätundersökning valdes för att denna metod ger möjlighet till en stor undersökningspopulation och på så vis kan analyser som är representativa för den undersökta åldersgruppen göras. Förhoppningen är att detta i sin tur ska leda till generaliserbara slutsatser som kan användas i preventivt syfte.

## 5.1 SOCIOEKONOMISK KLUSTERINDELNING

Folkhälsovetenskapligt centrum (FHVC) har gjort en socioekonomisk klusterindelning över hela Östergötland (Eriksson & Aronsson 2002). Det är denna indelning som används i förevarande studie. Den geografiska indelningen är gjord på nyckelkodsområden (NYKO) som är kommunernas lägsta statistikområden. Den klusteranalys som genomförts har lett fram till att länets nyckelkodsområden har strukturerats i fem olika grupper. Dessa grupper baseras på medelinkomst per familj, utbildningsnivå och bidragssituation (socialbidrag, bostadsbidrag och kommunalt bostadstillägg). Den senaste uppdateringen av dessa socioekonomiska kluster gjordes 2002 med data från 1999.

### 5.1.1 Tandhälsodata uppdelat på socioekonomiska kluster

FHVC har visat att socioekonomiska förhållanden är en god indikator för munhälsa (Eriksson & Aronsson 2002). Klustret med högst socioekonomisk status (SES) har den högsta andelen 6-åringar och 19-åringar med helt kariessfria tänder. Det omvända gäller för klustret med lägst socioekonomisk status. Intressant att iaktta är att mönstret stämmer både när sjukdom och friskhet undersöks, det vill säga både antal kariesskadade tänder och kariessfrihet. Andelen 6- och 19-åringar med mer än fem kariesskadade tänder ökar med sjunkande socioekonomisk status. Se Tabell 5.1.

Tabell 5.1. Tandhälsodata för 6- resp. 19-åringar i Östergötland uppdelat på socioekonomiska kluster

	Lägst SES	Näst lägst SES	Medel SES	Näst högst SES	Högst SES
<b>6-åringar</b>					
Andel (%) helt kariessfria, $deft^2=0$	54	70	77	80	81
Andel (%) med mer än fem kariesskadade tänder, $deft>5$	14	7	4	3	3
<b>19-åringar</b>					
Andel (%) med helt kariessfria tänder, $DFT^3=0$	14	20	21	21	27
Andel (%) med mer än fem kariesskadade tänder, $DFT>5$	35	27	24	25	16
Andel (%) med kariessfria kontaktytor, $DFSa=0$	53	60	63	63	68
Andel (%) med mer än fem kariesskadade kontaktytor, $DFSa>5$	12	8	5	6	2

Källa: Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping (FHVC)

Av förklarliga anledningar är det svårare att göra liknande kliniska undersökningar i den vuxna befolkningen, bland annat på grund av att en högre andel inte besöker folktandvården, utan väljer privata alternativ. En annan anledning är att en högre andel i den vuxna befolkningen inte besöker tandvården alls.

<sup>2</sup> Decayed, Extracted, or Filled primary Teeth, kariessmått definierat som antal kariesade mjölkttänder (Eriksson & Aronsson 2002)

<sup>3</sup> Decayed Filled Teeth, kariessmått definierat som antal kariesade, fyllda tänder (Uhrbom & Bjerner 2003)

## 5.2 URVAL

Urvalet gick till så att alla personer som var folkbokförda i Östergötland och födda 1980 hämtades från befolkningsregistret. I april 2005 när detta gjordes fanns 5531 sådana individer. Utifrån personernas folkbokföringsadress hämtades fastighetsbeteckning och dess geografiska koordinat. Därefter gjordes en matchning med Folkhälsovetenskapligt Centrums klusterindelning och varje individ gavs en socioekonomisk klustertillhörighet. Fyra personer saknade fastighetsbeteckning och 163 personer saknade socioekonomisk klustertillhörighet<sup>4</sup>. Kvar återstod 5338 individer uppdelade på fem kluster. Sedan gjordes ett 20-procentigt slumpmässigt urval från varje kluster. Urvalet bestod slutligen av 1072 personer fördelade i socioekonomiska kluster enligt Tabell 5.2. Könsfördelningen var 46,3 procent kvinnor (n=496) och 53,7 procent män (n=576). Detta stämmer bra överens med den totala könsfördelningen 2004 bland personer födda 1980 i Östergötland, 47,1 procent kvinnor och 52,9 procent män (SCB 050513).

Tabell 5.2. Fördelning av individer i de socioekonomiska klustren

Socioekonomisk klustertillhörighet	Antal totalt	Andel totalt (%)	Antal födda 1980	Andel födda 1980 (%)	Antal i urval
Högst	24 978	6,1	161	3,0	38
Näst högst	110 229	27,0	2050	38,4	413
Mellan	108 069	26,4	880	16,5	176
Näst lägst	125 451	30,7	1522	28,5	299
Lägst	39 888	9,8	725	13,6	146
<b>Summa</b>	<b>408 615</b>	<b>100</b>	<b>5338</b>	<b>100</b>	<b>1072</b>

Av olika anledningar räknades ett antal respondenter bort från det ursprungliga urvalet. I Tabell 5.3 redovisas de framkomna anledningarna som resulterade i ett nettourval på 1042 personer.

Tabell 5.3. Kända anledningar till ej inskickade enkäter

	Antal
<b>Bruttourval</b>	<b>1072</b>
Okänd adress	10
Befinner sig utomlands	16
Språksvårigheter	2
Handikapp/sjukdom	2
<b>Nettourval</b>	<b>1042</b>

Det inkom även nio enkäter som inte kunde identifieras på grund av att kodnumret gjorts oläsligt och därmed kunde klustertillhörighet inte utläsas. Dessa har hanterats som bortfall.

Några personer skickade in dubbla enkäter. Därav förekommer två dubletter i datamaterialet som inte kunde plockas bort i efterhand eftersom de var avkodade. På grund av detta är antalet inkomna enkäter två fler än antalet personer som registrerats som svarande.

<sup>4</sup> Nyckelkodsområden med färre än 10 invånare har ej tilldelats socioekonomisk klustertillhörighet (Eriksson & Aronsson 2002)

## 5.3 ENKÄTEN

### 5.3.1 Frågekonstruktion

Enkätfrågorna konstruerades utifrån trekomponentsmodellen gällande attityder. Frågorna har således en koppling till antingen beteende, kognition eller affektion. Vissa frågor innefattar flera komponenter. Bryman (2002 s.171-172) menar att det är positivt att hämta inspiration till ämnen och frågor från tidigare undersökningsformulär. Några frågor är tagna direkt från tidigare frågeformulär (Fernberg & Ordell S 2004, Uhrbom & Bjerner 2003, Wänman et al. 2004, SCB 2001, Timmerman et al. 1997, Bradnock et al. 2001, Ahlin 2003, Bos et al. 2003). Dessa studier har haft som syfte att undersöka tandhälsa och tandvård eller attityder gentemot detta. Andra frågor är något modifierade och ett antal frågor har konstruerats på egen hand. Frågorna gicks igenom med handledaren och uppdragsgivaren. Därefter testades frågeformuläret i en mindre pilotundersökning som omfattade tre personer som gavs möjlighet att framföra synpunkter på frågeformuleringar och svarsalternativ.

Det slutgiltiga frågeformuläret omfattade 12 sidor inklusive en titelsida och en sida med instruktioner (Bilaga 3). Sammanlagt 56 frågor uppdelade på fem olika avsnitt.

**A. Allmänna frågor.** Sex frågor om kön, civilstånd, huvudsaklig sysselsättning, boendeortens storlek och etnicitet.

**B. Frågor om tandvård och tandvårdsutnyttjande.** 28 frågor om bland annat hur ofta man besöker tandvården, varför man avstår, framtida behov, tandvårdskostnader, uppfattningar om tandvården och prioriteringar.

**C. Frågor om tandhälsa och tandhälsans betydelse.** Tolv frågor gällande självskattad tandhälsa och betydelsen av tändernas utseende.

**D. Frågor om levnadsvanor relaterade till tandhälsa.** Sex frågor om egenvård och kost.

**E. Frågor angående kunskap om tänder och tandvård.** Fyra frågor om karies och tandvårdssystemet.

### 5.3.2 Utskick

Enkäten skickades tillsammans med ett följebrev (Bilaga 1) och ett svarskuvert ut till de 1072 slumpvis utvalda 25-åringarna tisdagen den 12 april 2005. Postgången i detta första utskick gick med B-post, alltså tre arbetsdagens leveranstid. Vid ett direkt svar skulle de tillfrågades svar vara oss tillhanda ungefär en vecka efter utskicket. En påminnelse (Bilaga 2) och en ny enkät skickades ut med A-post den 29 april 2005. I påminnelsen uppmanades deltagarna att svara omgående, dock senast den 15 maj 2005. Svaren skickades denna gång tillbaka med A-post. Den 18 maj sattes som sista datum för inkomna enkäter.

### 5.3.3 Enkätihantering – kodning och avkodning

Varje enkät märktes innan utskicket med ett unikt kodnummer på förstasidans översta högra hörn. Dessa kodnummer delades upp i fem olika serier för att skilja mellan de olika socioekonomiska klustren. För att ha kontroll över inkomna svar skapades fem avprickningslistor, en för varje kluster. I dessa listor fanns kolumner för *kodnummer*,

*utskickad enkät, svar efter utskick, utskickad påminnelse, svar efter påminnelse, befinner sig utomlands, går ej att nå pga. okänd adress, ej förmåga att svara* samt namn och adressuppgifter. När en enkät inkom markerades detta i avprickningslistan och enkäten märktes med klustertillhörighet, därefter klipptes kodnumret bort. Enkäten var därmed avkodad och kunde inte spåras till respondenten.

### 5.3.4 Inläsning

Inläsningen av enkäten hanterades maskinellt av Enkät-service, Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping. Denna maskinella inläsning gjordes varefter enkäterna inkom och upphörde den 19 maj 2005.

## 5.4 RESULTATBEARBETNING OCH REDOVISNING

Klustret med högst SES består av ett litet urval (n=38) vilket medför att försiktighet bör vidtagas vid tolkning av svaren. Av denna anledning lades detta kluster ihop med klustret med näst högst SES i resultatredovisningen av svaren på enkätfrågorna. Det nybildade klustret döptes till *hög SES*.

De statistiska analyserna har utförts i SPSS (version 11.0). Chitvå-test används för icke-parametriska jämförelser. Exakt signifikansnivå anges ej i resultatredovisningen. De skillnader som presenteras är statistiskt signifikanta på minst 5-procentsnivå ( $p \leq 0,05$ ). För parametriska jämförelser av två variabler på samma individer används parat t-test och för jämförelser av en variabel för två olika grupper oparat t-test. Microsoft Excel 2000 (version 9.0.6926 SP-3) användes för genomförande av chitvå-test gällande skillnader i svarsfrekvens mellan klustren och kön.

*Regelbundna tandvårdsbesökare* definieras i denna undersökning som personer som angett att de besöker tandvården med högst två års mellanrum. *Icke regelbundna tandvårdsbesökare* definieras som personer som angett att de besöker tandvården med längre mellanrum än två år, endast vid besvär eller aldrig.

## 6 METODDISKUSSION

Vid alla former av undersökningar bör hänsyn tas till eventuell glömska vid retrospektiva frågor och frekvensskattningar (Wärneryd 1990 s.144 & 169). Vid enkätundersökningar är det svårt att motivera respondenten att svara på frågor som ställer krav på sökning i minnet och det finns ingen möjlighet att be om fördjupning i frågor om det skulle behövas (Wärneryd 1990 s.15). Frågor med ej specificerat tidsperspektiv har en låg reliabilitet (Wikman & Wärneryd 1990, Bryman 2002 s.168). Frågorna i denna undersökning har i möjligaste mån ett angivet tidsperspektiv och är formulerade så att de inte sträcker sig mer än ett år tillbaka.

Fördelen med enkätundersökningar jämfört med intervjuundersökningar är att man kan nå ett stort antal personer på relativt kort tid (Bryman 2002 s.146). I denna undersökning inkom svar från 548 personer. En intervjuundersökning med en studiepopulation av denna storlek hade blivit extremt tidskrävande. Enkäter är billigare än intervjuer men medför en del resurs- och tidskrävande arbete med distribution och hantering av enkäter (Japac et al. 1997 s.64).

Genom användning av postenkäter undviks intervjuarpåverkan vilket ger respondenten gott om tid att svara och möjlighet till en neutral svarssituation, som i sin tur minskar risken för socialt accepterade svar (Wärneryd 1990 s.15 & 67). Nackdelen är att kontrollen över vem som egentligen svarar på enkäten är ringa, vilket innebär låg tillförlitlighet vad gäller främst

kunskapsfrågor (Wärneryd 1990 s.15). Risken är att exempelvis familjemedlemmar hjälpt respondenten med svaren eller att uppgiftslämnaren söker upp information endast i syfte att ”svara rätt” på frågan. Hänsyn bör tas till detta i exempelvis fråga B15 och B16 där respondenten uppmanas att fylla i kostnaden för tandvård (se Bilaga 3). Denna problematik finns även i frågorna E1 till E4. Risken att den tillfrågade blivit hjälpt av någon är extra stor i de fall språksvårigheter föreligger.

En begränsning med enkäter är att öppna frågor bör undvikas på grund av att de ställer höga krav på uppgiftslämnaren och att skrivlust och förmåga varierar bland respondenterna (Japac et al. 1997 s.72, Wärneryd 1990 s.15). Av denna anledning användes fasta svarsalternativ. En annan anledning till detta är att enkäten lästes in maskinellt.

Enkätfrågor innebär en viss tolkningsfrihet. Missförstådda frågor ger osäkra eller felaktiga svar som ger upphov till mätfel (Japac et al. 1997 s.71). Enkätundersökningar ger då inte möjlighet till följdfrågor, det är därför viktigt att vara tydlig vid formulering av frågor (Wärneryd 1990 s.15). Genom pilotundersökningen har detta försökt undvikas.

Wikman & Wärneryd (1990) har visat att faktafrågor och frågor om förhållanden som respondenten kan relatera till har en hög reliabilitet. Frågor om skattningar eller respondentens tidigare erfarenheter har en låg reliabilitet. Frågor av detta slag måste dock finnas med i undersökningar om attityder men det är värt att beakta dessa svagheter vid tolkning av resultatet.

Vid frågor om kvantitet eller frekvens är det fördelaktigt att använda svarsalternativ med faktiska siffror snarare än verbala svarsalternativ (Bryman 2002 s.165, Wikman & Wärneryd 1990). Svarsalternativ som ”Ofta” eller ”Ganska regelbundet” har därför undvikits och istället har svarsalternativ som ”Någon gång i veckan” eller ”En gång per år eller oftare” använts.

En styrka med denna undersökning är att urvalet är stort, 20 procent av alla 25-åringar i Östergötland. För att kunna täcka in alla tre komponenterna i attitydmodellen användes frågor som är använda i tidigare studier kombinerat med något modifierade samt egenkomponerade frågor. Även detta kan ses som en styrka eftersom det givit studien ett brett omfång för att undersöka attityder. Nackdelen är att vissa frågor följaktligen inte är validerade och att jämförelsedata inte finns tillgänglig.

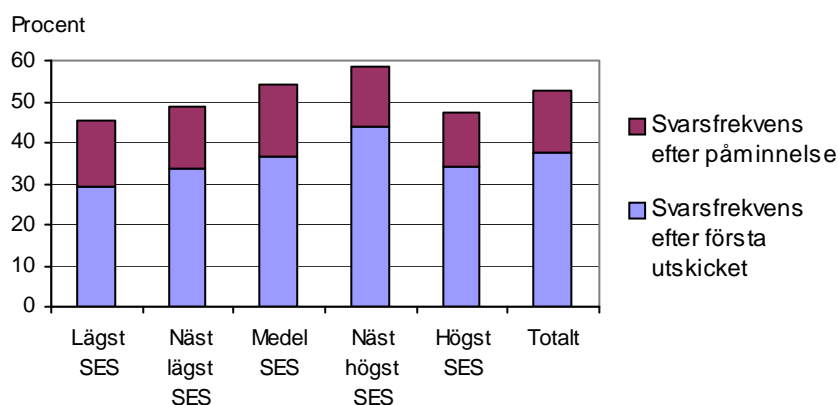
I Tabell 5.2 framkommer att fördelningen mellan klustren bland 25-åringar skiljer sig från den totala befolkningen. Detta kan vara en indikation på att klusterindelningen kan ha svagheter i den studerade åldersgruppen. Frågan är vad som är avgörande för var en 25-åring bor. Det kan vara så att man på grund av bostadsbrist bosätter sig där man blir erbjuden boende. Ett exempel är studenter som har låg inkomst och således bosätter sig i mindre välbärgade områden. Det kan vara så att en person är uppvuxen i ett område tillhörande de högre socioekonomiska klustren och sedan flyttat till ett område tillhörande de lägre socioekonomiska klustren. Det är då tänkbart att det förstnämnda boendet till större delen påverkat individens attityder till tandhälsa och tandvård.

Tidigare studier har visat att socioekonomiska skillnader är större i högre åldersgrupper. En förklaring kan vara att utbildningssystemet har förändrats vilket medfört att utbildningsnivån är jämnare i de lägre åldersgrupperna. Det kan även vara en förklaring till om skillnaderna mellan klustren är små eller svåra att påvisa i denna studie.

## 7 RESULTAT

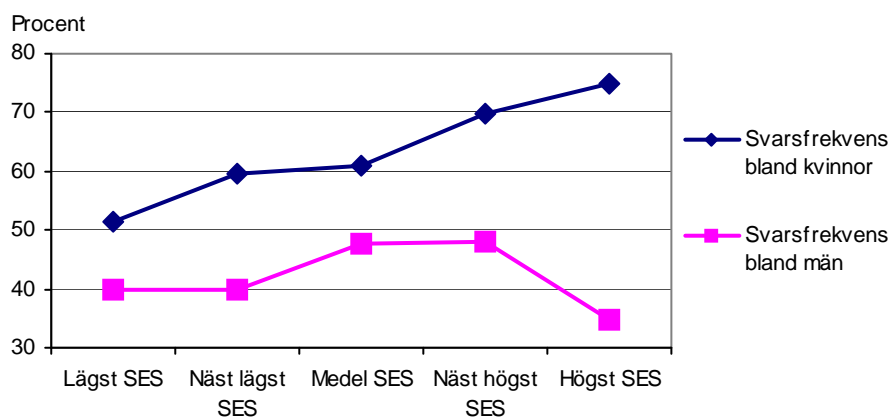
### 7.1 SVARSFREKVENSER

Efter första utskicket inkom svar från 390 personer (37,4 procent) och efter påminnelsen inkom svar från ytterligare 158 personer (15,2 procent). Den totala svarsfrekvensen hamnade på 52,6 procent uppdelat i de socioekonomiska klustren enligt Figur 7.1 (exakta värden presenteras i Appendix B, Tabell B1). Ett mönster där svarsfrekvensen ökar med stigande SES kan ses. Undantaget är klustret med högst SES. Skillnaderna i svarsfrekvens mellan klustren är signifikanta. Det är efter första utskicket som dessa skillnader finns. Efter påminnelsen är svarsfrekvensen relativt jämn.



Figur 7.1. Svarsfrekvenser före och efter påminnelseutskick uppdelat på socioekonomi

Av dem som svarat på enkäten var 55,5 procent kvinnor. Den sammanlagda svarsfrekvensen bland kvinnorna var 63,2 procent (n=304) och bland männen 43,5 procent (n=244). Dessa skillnader är signifikanta. I Figur 7.2 redovisas svarsfrekvenser för kvinnor och män uppdelat på socioekonomisk klustertillhörighet (exakta värden presenteras i Appendix B, Tabell B2). Svarsfrekvensen bland kvinnor ökar kraftigt med stigande SES. Även bland männen ökar svarsfrekvensen med stigande SES, dock inte lika kraftigt och en nedgång kan ses i klustret med högst socioekonomisk tillhörighet.



Figur 7.2. Svarsfrekvenser för kvinnor och män uppdelat på socioekonomisk klustertillhörighet

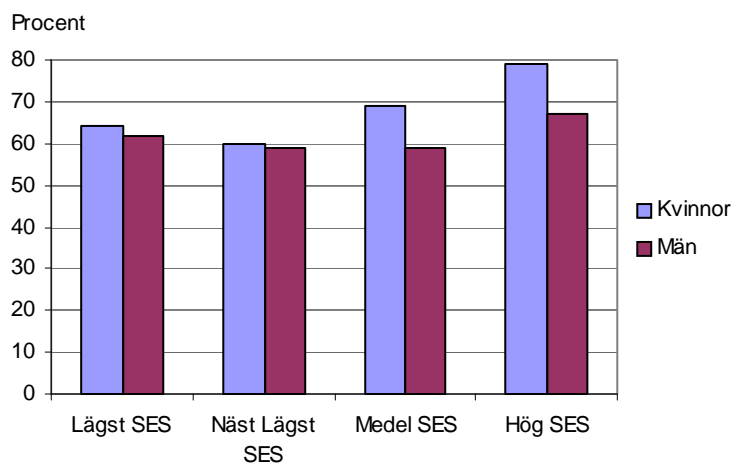


## 7.2 BETEENDE

### 7.2.1 Regelbundet tandvårdsutnyttjande

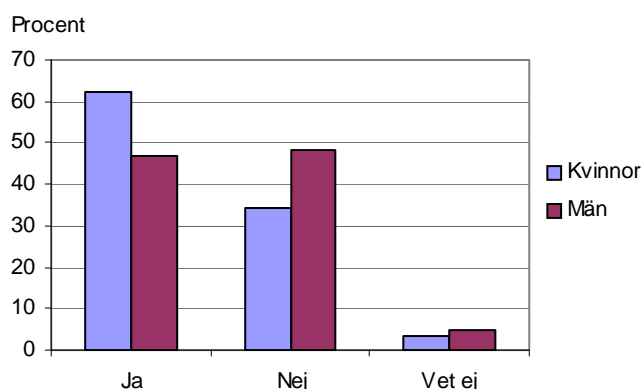
Av kvinnorna angav 54 procent att de besökt tandvården under det senaste året, motsvarande andel för männen var 43 procent. Andelen som inte besökt tandvården de senaste två åren var 20 procent för kvinnor och 29 för män.

Andelen män som angav att de aldrig besöker tandvården var 8 procent, motsvarande andel för kvinnorna var 3 procent. Totalt 67 procent, 71 procent av kvinnorna 63 procent av männen, angav att de besöker tandvården regelbundet (med två års mellanrum eller oftare). Figur 7.3 visar att det finns en möjlig tendens med ökande andel regelbundna tandvårdsutnyttjare vid stigande SES. Den tydligaste skillnaden kan ses hos kvinnorna där det skiljer 19 procentenheter mellan näst lägsta och högsta klustret.



Figur 7.3. Andel regelbundna besökare uppdelat på socioekonomi och kön

Totalt 56 procent angav att de blir regelbundet kallade till tandvården. En lägre andel av männen blir regelbundet kallade. Se Figur 7.4.

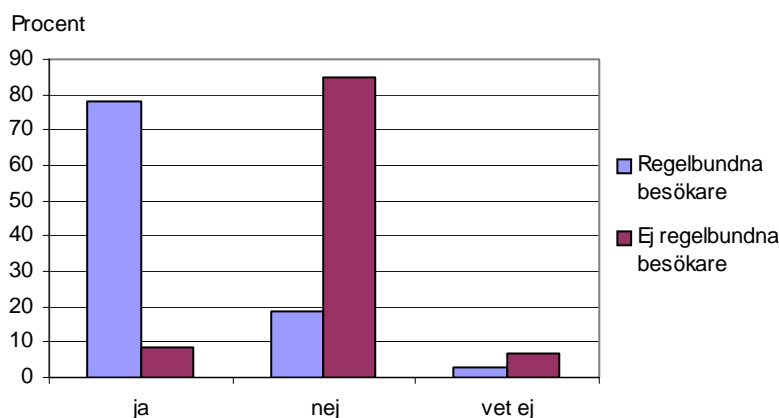


Figur 7.4. Andel regelbundet kallade till tandvården uppdelat på kön

Det förekommer socioekonomiska skillnader vad gäller andelen kallade. I klustret med lägst SES angav 48 procent detta. Andelen ökar sedan med stigande SES för att i klustret med hög

SES vara 60 procent. Det är främst bland kvinnor som denna trend visar sig, där det skiljer 18 procentenheter mellan lägsta och högsta klustret.

I figur 7.5 framkommer att regelbundna tandvårdsbesökare i hög utsträckning anger att de blir kallade. Ett omvänt förhållande gäller för icke regelbundna besökare. Av de som går regelbundet angav 83 procent av kvinnorna och 72 procent av männen att de blir kallade. Den vanligast angivna anledningen till det senaste tandvårdsbesöket var även *jag blev kallad*, 55 procent angav detta.



Figur 7.5. Andel som blir kallade till tandvård uppdelat på regelbundna och icke regelbundna besökare

## 7.2.2 Tandvårdsutnyttjande vid besvär

Ungefär var tionde svarar att de endast besöker tandvården vid akuta besvär. Socioekonomiska skillnader kan här ses. Klustret med lägst SES har högst andel (25 procent) och klustret med hög SES lägst andel (8 procent). Inga direkta skillnader mellan könen har påvisats.

Av de svarande angav 26 procent att de under det senaste året avstått från tandvård trots behov. Bland icke regelbundna besökare angav 51 procent detta, bland de regelbundna var andelen 14 procent. Inga skillnader mellan könen hittades.

Andelen som angav att de haft tandvärk senaste året var 31 procent. Av dessa sökte 39 procent av kvinnorna och 31 procent av männen tandvård. En skillnad kan också ses mellan regelbundna och icke regelbundna tandvårdsbesökare där 45 respektive 19 procent angav detta. Vanligast i den sistnämnda gruppen var att istället vänta tills det gick över (57 procent).

## 7.2.3 Egenvård

I stort sett alla borstar tänderna dagligen, 99 procent. Av dessa borstar 88 procent tänderna två gånger per dag eller mer, 82 procent av männen och 93 procent av kvinnorna. Det är främst män som inte besöker tandvården regelbundet (26 procent) som inte borstar tänderna två gånger per dag.

92 procent anger att de använder tandkräm med fluor och 7 procent att de inte vet. Det är främst män som svarar att de inte vet (12 procent).

## 7.3 KOGNITION

### 7.3.1 Ekonomiska aspekter

Den vanligaste anledningen till att inte besöka tandvården regelbundet var ekonomiska skäl (se Tabell 7.1). En högre andel av kvinnorna (51 procent) jämfört med männen (38 procent) angav detta skäl. Det var även vanligt att respondenterna angav som skäl att de inte har blivit kallade eller att det inte blir av. En dubbelt så hög andel av männen jämfört med kvinnorna, 25 respektive 13 procent, angav ”det blir inte av” som främsta skäl.

Tabell 7.1. De mest frekvent angivna anledningarna till ej regelbundna besök inom tandvården

	Antal	Andel (%)
Ekonomiska skäl	83	44,1
Har inte blivit kallad	37	19,7
Det "blir inte av"	35	18,6
Tandvårdsrädsla	13	6,9
Har inte kunnat få någon besökstid	7	3,7
Övriga skäl	13	7,0
<b>Totalt</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>

Tabell 7.2 visar att ekonomiska skäl även var den vanligaste anledningen till att under det senaste året ha avstått från tandvård även om behov funnits. Totalt 67 procent angav detta, 73 procent av kvinnorna och 58 procent av männen. En hög andel av männen (12 procent) angav som skäl att ”det gick över efter ett tag”, bland kvinnor var andelen 2 procent.

Tabell 7.2. De mest frekvent angivna anledningarna till att under det senaste året avstått från tandvård trots behov

	Antal	Andel (%)
Ekonomiska skäl	97	66,9
Är rädd för att gå till tandläkare	11	7,6
Annat	10	6,9
Det gick över efter ett tag	9	6,2
Har inte kunnat få tid hos tandläkare	8	5,5
Prioriterade något annat	6	4,1
Har inte haft tid	4	2,8
<b>Totalt</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>

Skillnader kan ses mellan vad respondenterna vet/tror att en undersökning respektive lagning kostar jämfört med vad de anser är lagom (se Tabell 7.3). Medelvärdet för vad respondenterna anser lagom är 232 (95% KI 222-243) kronor lägre än vad de vet/tror att en undersökning kostar. Medelvärdet för vad respondenterna anser lagom för att laga en tand är 447 (95% KI 415-478) kronor lägre än vad de vet/tror att detta kostar. Dessa skillnader är högre bland icke regelbundna jämfört med regelbundna besökare.

Tabell 7.3. Översikt av frågorna om tandvårdskostnader

Fråga	Antal	Min-Max	Medelvärde (SD)	Median
B15. Jag vet/tror att en vanlig undersökning kostar patienten...	543	90-1000	431 (128)	400
B17. Vilken summa anser du är lagom att betala för en vanlig undersökning?	543	0-500	199 (90)	200
B16. Jag vet/tror att en lagning av ett hål i en tand kostar patienten...	537	100-3700	793 (428)	700
B18. Vilken summa anser du är lagom att betala för att laga ett hål i en tand?	540	0-1500	346 (185)	300

Skillnader finns mellan medelvärden för regelbundna och icke regelbundna besökare gällande vad de vet/tror att en lagning av en tand kostar. Icke regelbundna besökare uppgav en kostnad som var 182 (95 % KI 106-258) kronor högre. De uppgav även ett 33 (95 % KI 17-48) kronor lägre belopp för vad de anser är lagom att betala för en vanlig undersökning. Inga signifikanta skillnader fanns mellan könen eller de socioekonomiska klustren.

94 procent av de tillfrågade angav att tandvården i Sverige är dyr eller ganska dyr. En högre andel av kvinnorna jämfört med männen anser att tandvården är dyr, medan en högre andel män anser att den är ganska dyr. Inga socioekonomiska skillnader har påvisats.

## 7.3.2 Skattningar och prioriteringar

### 7.3.2.1 Vikten av tandvårdsbesök

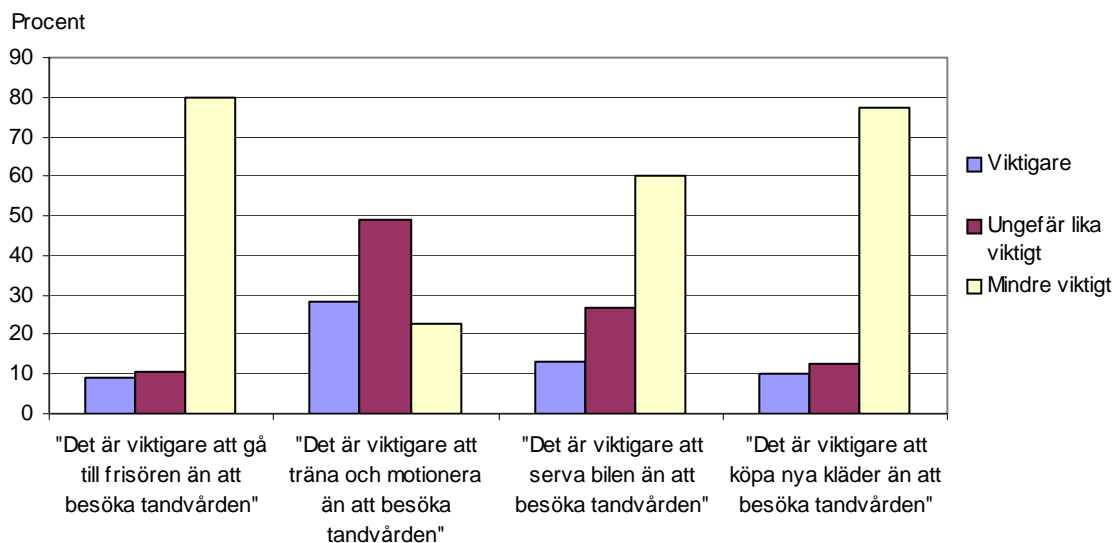
I Tabell 7.4 framkommer att många anser att de borde besöka tandvården oftare än de gör. Exempelvis angav 95 procent att de borde gå med två års mellanrum eller oftare. Detta är en större andel än de som angav att de besöker tandvården så ofta, 67 procent.

Tabell 7.4. Tandvårdsbesök uppdelat på uppskattat behov samt angiven besöksfrekvens

	Uppskattat behov av tandvårdsbesök		Besök inom tandvården	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
En gång per år eller oftare	286	52,0	161	29,3
Med ungefär två års mellanrum	236	42,9	209	38,1
Mer sällan än med två års mellanrum	14	2,5	87	15,8
Endast vid akuta besvär	12	2,2	66	12,0
Aldrig	2	0,4	26	4,7
Totalt	550	100,0	549	100,0

När de tillfrågade fick skatta vikten av tandvård jämfört med andra aktiviteter är det fysisk aktivitet som en hög andel anser viktigare eller ungefär lika viktigt. Figur 7.6 visar att 28 procent svarade att det är mycket eller lite viktigare att gå träna och motionera än att besöka tandvården och 49 procent angav att det är ungefär lika viktigt. Att serva bilen anses ungefär lika viktigt bland 27 procent. Det är främst männen som anser att detta är viktigare, 17 procent jämfört med 10 procent av kvinnorna. Skillnader finns mellan regelbundna och icke

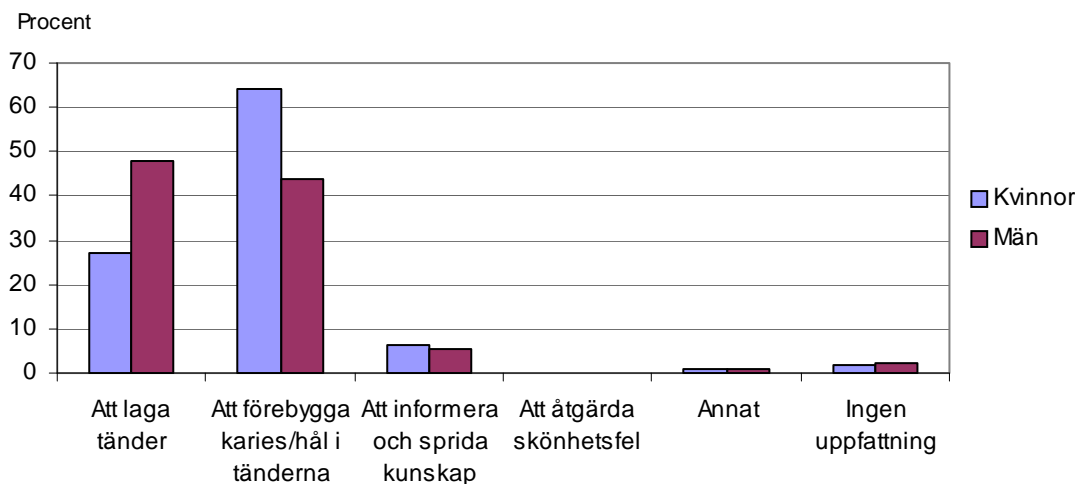
regelbundna tandvårdsbesökare där de sistnämnda i högre utsträckning anser att det är viktigare att gå till frisören och att serva bilen.



Figur 7.6. Påståenden om vikten av tandhälsa jämfört med frisör, fysisk aktivitet, bilservice, handla kläder

### 7.3.2.2 Om tandvården

De flesta av respondenterna angav att den viktigaste uppgiften för tandvården är att förebygga karies (55 procent). Detta är den mest förekommande uppfattningen bland kvinnorna (se Figur 7.7). Bland männen angav nästan hälften svarsalternativet *att laga tänder*, vilket är betydligt högre än bland kvinnorna.



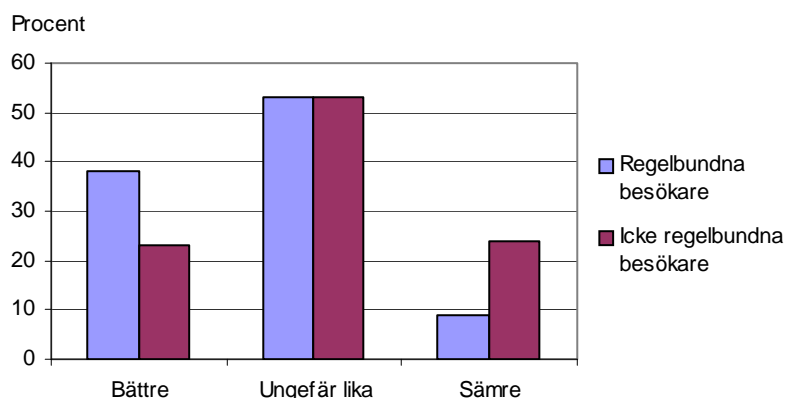
Figur 7.7. Tandvårdens viktigaste uppgift uppdelat på kvinnor och män

Totalt 97 procent instämmer i påståendet *tandvården vet vad som är bäst för min tandhälsa*. 90 procent instämmer i påståendet *tandläkaren gör vad som är bäst för mig*. Det är främst svaren från de icke regelbundna besökarna som skiljer sig vid dessa påståenden. En lägre andel av dessa, 93 respektive 83 procent, instämmer i dessa påståenden.

En övervägande del, 86 procent, anser att kvaliteten på tandvården i Sverige är bra eller ganska bra. Av de regelbundna besökarna anser 90 procent detta och motsvarande andel bland de icke regelbundna besökarna är 76 procent.

### 7.3.2.3 Självsfattad tandhälsa

En tredjedel bedömer sin tandhälsa som något eller mycket bättre jämfört med andra i samma ålder. 14 procent bedömer den som något eller mycket sämre. Figur 7.8 åskådliggör skillnader mellan regelbundna och icke regelbundna besökare. Av de regelbundna anser sig 38 procent ha bättre tandhälsa och 9 procent sämre. Av de icke regelbundna är motsvarande andelar 23 respektive 24 procent.



Figur 7.8. Skattad tandhälsa jämfört med andra i samma ålder uppdelat på regelbundna och icke regelbundna tandvårdsbesökare

### 7.3.2.4 Inställning till kostens betydelse för tandhälsan

Av de tre påståenden som gavs angående kost och tandhälsa instämde högst andel (35 procent) i att *jag är försiktig med vad jag äter eftersom jag vet att viss mat är dålig för mina tänder*. En lägre andel (26 procent) instämde i påståendet *jag undviker att äta sötsaker eftersom de skadar mina tänder*. Lägst andel (8 procent) instämmer i att de tänker på hur ofta de äter enbart med tanke på sina tänder.

## 7.3.3 Kunskap om tandhälsa

Totalt 81 procent angav att de vet varför det blir hål i en tand, 17 procent var osäkra och 2 procent angav att de inte vet. En något högre andel (91 procent) angav att de vet hur man undviker att det blir hål i en tand. Totalt uppgav 64 procent att de har tillräcklig kunskap om hur tandvården fungerar. Denna uppfattning var mindre vanlig bland icke regelbundna tandvårdsbesökare där 55 procent angav detta.

### 7.3.4 Övrigt

En fjärdedel totalt, och en högre andel män än kvinnor samt icke regelbundna än regelbundna, anger att det händer att vänner eller släktingar får påminna dem om att besöka tandvården.

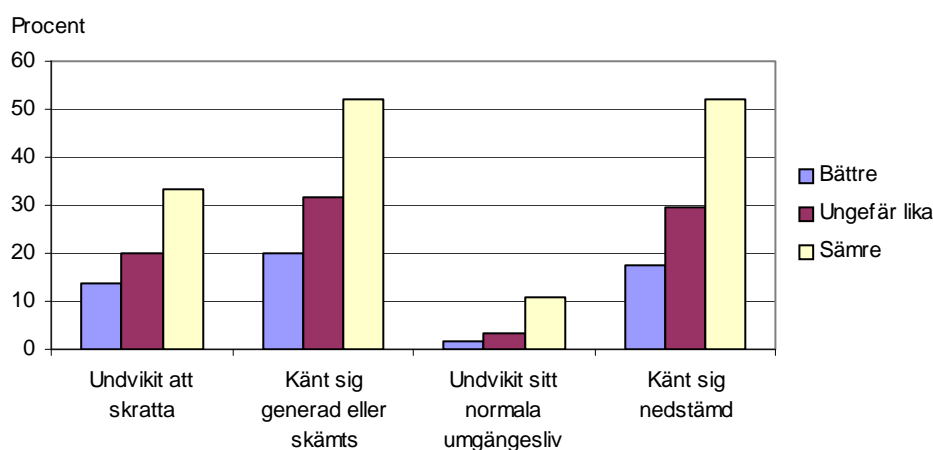
I stort sett alla, 99 procent av de tillfrågade, anser att det är de själva som har det största ansvaret för deras tandhälsa.

## 7.4 AFFEKTION

Majoriteten (83 procent) angav att de i allmänhet är mycket eller i stort sett nöjda med sina tänder. Dock angav 17 procent att de är mer eller mindre missnöjda. Detta var vanligast bland icke regelbundna tandvårdsbesökare (27 procent) och personer från klustret med lägst SES (26 procent).

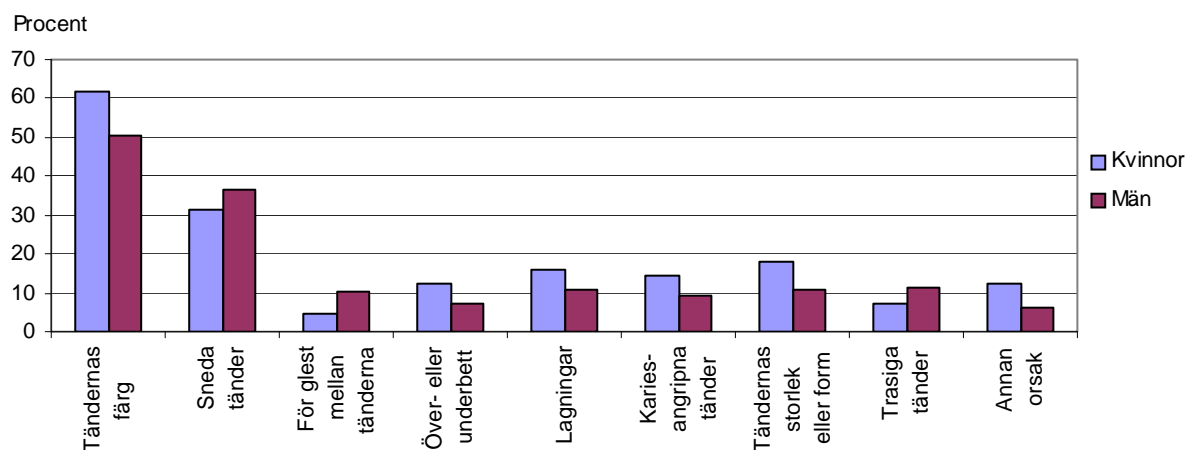
Gällande tändernas utseende uppgav 19 procent att de är mer eller mindre missnöjda. Av dessa uppgav ungefär var femte att de någon gång per vecka eller oftare undviker att skratta eller har skämts på grund av sina tänder eller mun. En högre andel av icke regelbundna än regelbundna tandvårdsbesökare angav missnöje med sina tändernas utseende, 25 respektive 15 procent. Inga signifikanta könsskillnader har här påvisats. Andelarna för män och kvinnor var 21 respektive 17 procent.

Figur 7.9 visar att de som skattar sin tandhälsa sämre än andra i samma ålder i högre utsträckning också anger att de på grund av sina tänder eller mun blir påverkade i sin vardag.



Figur 7.9. Andel vars vardag blir påverkad någon enstaka gång eller oftare på grund av sina tänder eller mun, uppdelat på skattad tandhälsa jämfört med andra i samma ålder.

Den vanligaste anledningen till att inte vara fullt nöjd med sina tändernas utseende var på grund av tändernas färg, 57 procent angav detta (se Figur 7.10). Missnöje på grund av sneda tänder var näst vanligast (34 procent). Det finns vissa könsskillnader på samtliga svarsalternativ. Exempelvis angav en högre andel av kvinnorna tändernas färg som anledning och en högre andel män angav sneda tänder.



Figur 7.10. Anledningar till att inte vara fullt nöjd med tändernas utseende

Som framkommer i Tabell 7.1 och Tabell 7.2 anger ungefär 7 procent att de avstått från att besöka tandvården på grund av tandvårdsrädsla. Av dem som inte besöker tandvården regelbundet på grund av tandvårdsrädsla var en större andel kvinnor.

## 8 DISKUSSION

### 8.1 SVARSFREKVENSENS

I denna undersökning hamnade svarsfrekvensen på 52,6 procent, vilket inte är ett speciellt högt deltagande. Det finns flera möjliga anledningar till detta relativt höga bortfall. Av erfarenhet från tidigare studier är de yngre åldersgrupperna svårast att få svar från vid enkätundersökningar (se kap. 3.4.1.) Man kan även tänka sig att just 25-åringar är extra svåra att nå eftersom de troligtvis inte rotat sig i vuxenlivet.

20 personer valde att meddela anledningen till uteblivet svar. En del av bortfallet skulle kunna förklaras av att det finns fler som befinner sig i situationer som förhindrar deltagande men som inte har hört av sig. Det är exempelvis relativt vanligt i denna åldersgrupp att befinna sig utomlands för att studera eller arbeta. Tänkbart är även att personer med språksvårigheter inte hör av sig för att meddela detta.

Erfarenheter från tidigare studier har även visat att för att få ett högt deltagande krävs flertalet påminnelser, både via post och via telefon, dessutom är det en fördel att kunna locka med någon form av ersättning, exempelvis lotter (Bryman 2002 s.150, Japac et al. 1997 s.65). En hög svarsfrekvens är alltså till viss del kopplat till resurser i form av tid och pengar. I denna undersökning fanns endast utrymme för ett påminnelseutskick och resurser för ersättning fanns inte.

Hur viktiga frågorna upplevs och hur stort intresse uppgiftslämnaren har för ämnet påverkar svarsfrekvensen (Bryman 2002 s.149, Japac et al. 1997 s.64). Lågt intresse bland respondenterna medför ett lägre deltagande. Unga vuxna i Sverige har överlag en god tandhälsa utan något högre eget engagemang men mycket tack vare den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården. Undersökningar har visat att unga vuxna har ett lågt tandvårdsutnyttjande, vilket kan innebära ett lågt engagemang inför detta ämne.

Långa frågeformulär ökar uppgiftslämnarbördan och kan påverka svarsfrekvensen negativt (Japac et al. 1997 s.21). Enkäten i denna undersökning håller sig dock inom SCB:s rekommendationer på max 12-16 sidor (Ibid. s.65). Utseendet på frågeformuläret och på vilket sätt frågorna ställs inverkar på svarsfrekvensen (Japac et al. 1997 s.70). Frågorna är emellertid skrivna på ett förståeligt vis och testade på förhand vilket borde ha minskat risken för bortfall på grund av frågekonstruktionen.

De två dubletter som finns i datamaterialet borde inte ha påverkat resultatet i någon hög utsträckning eftersom de förekommer i klustret med näst lägst SES som har ett relativt stort urval.

#### 8.1.1 Skillnader i svarsfrekvens gällande socioekonomi och kön

Resultatet visar att det finns skillnader i svarsfrekvens mellan de fem olika socioekonomiska klustren (se Figur 7.1.) Det föreligger en trend att kluster med högre SES har en högre svarsfrekvens än kluster med lägre SES. Undantaget är klustret med allra högst SES. Urvalet i



detta kluster är dock lågt, endast 38 personer. Detta kan vara en anledning till att mönstret med högre svarsfrekvens i klustren med högre SES inte håller i sig. De socioekonomiska skillnaderna i svarsfrekvens är allra tydligast bland kvinnor.

Efter första utskicket var trenden allra tydligast. Andelen inkomna svar efter påminnelsen var relativt jämn. Det vore intressant att ha gjort ytterligare ett påminnelseutskick för att se hur skillnaderna i svarsfrekvens skulle utvecklas. Om inte skillnaderna jämnas ut innebär detta att det finns risk för underrepresentation av personer med låg SES och att hänsyn måste tas till detta vid resultattolkning.

Tidigare studier har visat att svarsbenägenheten ofta är lägre bland lågutbildade, utlandsfödda och personer bosatta i socioekonomiskt svaga områden. Utnyttjandet av tandvård är även lägre i dessa grupper. Tidigare studier har visat att de som inte svarat på enkäten även i högre utsträckning har ett lågt sjukvårds- och tandvårdsutnyttjande. Dessa erfarenheter skulle kunna förklara den lägre svarsfrekvensen i de lägre socioekonomiska klustren. Detta kan även innebära att icke regelbundna tandvårdsbesökare och personer med sämre tandhälsa är underrepresenterade. Risker blir då störst i de lägre socioekonomiska klustren där bortfallet är störst och tandvårdsutnyttjandet av erfarenhet är lägre.

Av dem som svarade på enkäten var 55,5 procent kvinnor. Detta kan jämföras med andelen kvinnor i nettourvalet som var 46,2 procent. Detta betyder att det är en betydligt högre andel kvinnor som svarat på enkäten, vilket stämmer med tidigare undersökningar.

Tidigare studier har visat att män har lägre tandvårdsutnyttjande och skillnader i tandvårdsutnyttjande har kunnat ses även i denna studie. Detta innebär att det totala tandvårdsutnyttjandet kan vara lägre i verkligheten.

## 8.2 BETEENDE

Resultatet i denna undersökning pekar på att andelen som besökt tandvården under det senaste året är något lägre både för kvinnor och för män jämfört med data från ULF 2003. För kvinnor är andelen sju och för män fyra procentenheter lägre. Detta ses inte som oroväckande eftersom andelen som besökt tandvården de senaste två åren är likvärdig. Förändringar i syn på tandhälsa har medfört att årliga besök minskat och att det idag är vanligt att gå med två års mellanrum. Någon ökning i andelen personer som inte besökt tandvården de senaste två åren har inte kunnat påvisas vilket är positivt med tanke på den negativa trenden efter 1998/99. Det är dock fortfarande relativt höga andelar, var femte kvinna och var tredje man.

Jämfört med tidigare studier är andelen som aldrig eller endast vid akuta besvär besöker tandvården lägre i denna studie. De jämförande studierna har dock något högre åldersgrupper. Det kan förhålla sig så att 25-åringar inte är lika benägna att välja dessa svarsalternativ eftersom de ännu inte är helt säkra på sina tandvårdsvanor och att de flesta besökt tandvården åtminstone för cirka fem år sedan då de gick under avgiftsfri tandvård. Oroväckande är dock att var fjärde i det lägsta klustret angav att de endast besöker tandvården vid akuta besvär, vilket pekar på socioekonomiska skillnader i tandvårdsutnyttjande.

Som tidigare studier visat så är andelen män som inte besökt tandvården under en tvåårsperiod högre än bland kvinnor. Inte helt oväntat så var även andelen män med regelbundna tandvårdsbesök lägre jämfört med kvinnor. En trend, främst bland kvinnor, med ökande andel regelbundna besökare med stigande SES har kunnat ses. Att skillnaderna är tydligast bland kvinnor överensstämmer med tidigare studiers resultat.

Klustret med lägst SES bryter trenden med minskande tandvårdsutnyttjande med sjunkande SES. Med bakgrund av tidigare studier, som visat på ett lågt tandvårdsutnyttjande bland personer med låg SES, kan en orsak till detta vara den låga svarsfrekvensen i detta kluster. Risken finns att de ovan nämnda skillnaderna hade varit tydligare om svarsfrekvensen bland män varit högre.

Ett intressant resultat är att andelen som blir kallade till tandvård är betydligt högre bland de regelbundna besökarna jämfört med de icke regelbundna. Detta visar på att bli kallad till tandvård är viktigt för att regelbundna undersökningar skall bli av bland unga vuxna. Andelen regelbundna besökare som blir kallade var lägre bland männen. Detta betyder att männen oftare besöker tandvården på eget initiativ. Som tidigare nämnts så var andelen regelbundna besökare lägre bland män vilket är ännu ett tecken på att det är viktigt att bli kallad till tandvård. Detsamma gäller den lägre andelen kallade i klustren med låg SES.

Att en fjärdedel av de svarande avstått från tandvård trots behov överensstämmer med tidigare studier. Stora skillnader finns här mellan regelbundna och icke regelbundna besökare. Anmärkningsvärt är även att en låg andel av de icke regelbundna besökarna uppsöker tandvården vid tandvärk och att det bland dessa är vanligare att vänta tills det går över. Frågan är här om det är en annan typ av personer som går regelbundet eller om det går att få personer att ta mer ansvar för sina tänder genom att få dem att gå mer regelbundet.

Som tidigare studier visat så är daglig tandborstning väl utbrett bland unga vuxna. De könsskillnader som visat sig är förenliga med tidigare studier. Oroande är att var fjärde man som inte besöker tandvården regelbundet inte borstar tänderna två gånger per dag. Angående tandkräm så svarar drygt var tionde man att de inte vet om den innehåller fluor. Man kan dock anta att även de som inte har någon uppfattning om detta använder fluortandkräm eftersom tandkräm utan fluor idag är ovanligt och inte säljs i vanliga livsmedelsbutiker. Möjligtvis kan den högre andelen män utan denna vetskap peka på låg kunskap och låg motivation inför egenvård. Förklaringen skulle även kunna vara att männen helt enkelt är mer benägna att välja detta svarsalternativ.

### 8.3 KOGNITION

Ekonomiska aspekter är den vanligaste anledningen till att inte besöka tandvården regelbundet och att avstå från tandvård trots behov, vilket är förenligt med tidigare studier. Det är främst kvinnors tandvårdsfrekvens som styrs av detta. Dessa könsskillnader avviker från en tidigare studies resultat där förhållandet var tvärtom. Männen anger även att *det inte blir av* som skäl att inte besöka tandvården regelbundet och att *det gick över efter ett tag* som skäl att avstå från tandvård trots behov. Kvinnor verkar således vara mer ekonomiskt inriktade medan män verkar ha lägre motivation till tandvårdsbesök. Något som visar på vikten av att bli kallad till tandvård är att var femte icke regelbunden besökare angav *jag har inte blivit kallad* som främsta skäl till sitt låga tandvårdsutnyttjande. Dessutom angav över hälften *jag blev kallad* som anledning till det senaste besöket.

Det finns tidigare studier som pekar på att individens syn på tandvårdskostnader påverkar dennes tandvårdsutnyttjande. Samtliga studerade grupper vet/tror att en undersökning respektive lagning kostar mer än vad de anser att detta borde kosta. Intressant är att de vet/tror att en undersökning kostar mer än den gör (431 jämfört med 384 kronor). Vad gäller lagning av en tand svarar de mittemellan vad en vanlig och en omfattande flerytsfyllning kostar, vilket är ganska högt. Detta indikerar att unga vuxna inte har full kännedom om tandvårdskostnader

och kan delvis förklara att i stort sett alla anser att tandvården är dyr eller ganska dyr. Det framkommer dock inte i denna undersökning om de känner till att de är subventionerade för en vanlig undersökning. Priset för en undersökning utan subvention är 490 kronor. Något som kan påverka denna inställning är att tandvårdskostnader är ett ständigt aktuellt ämne och normen om dyr tandvård verkar existera. Resultatet visar att vad respondenterna anser vara lagom att betala endast är hälften av vad de vet/tror att det kostar. Intressant är att vad de anser är lagom pris för en lagning faktiskt motsvarar priset för en vanlig enytsfyllning.

Icke regelbundna tandvårdsbesökarens attityder till tandhälsa och tandvård skiljer sig på flera punkter från regelbundna tandvårdsbesökare. Icke regelbundna tror att tandvårdsåtgärder kostar mer och de är beredda att betala mindre jämfört med regelbundna. De har lägre kunskap om hur tandvården fungerar och en lägre tillit till tandvården och tandläkare. De anser i lägre utsträckning att kvaliteten på tandvården är bra eller ganska bra. En högre andel icke regelbundna besökare angav att vänner eller släktingar får påminna dem om att besöka tandvården, vilket kan peka på lägre motivation inför tandvårdsbesök. De prioriterar också i högre grad andra aktiviteter framför tandvård jämfört med regelbundna. Dessa kognitiva aspekter av attityder verkar överensstämma med beteendet och kan således vara en del av förklaringen till deras lägre tandvårdsutnyttjande

Fyra av fem vet varför det blir hål i en tand. Det är dock svårt att spekulera i vad de 17 procent som var osäkra har för kunskap om detta. Att i stort sett alla anser att det är de själva som ansvarar för sin tandhälsa innebär att 25-åringar inte lägger över ansvaret på någon annan utan är fullt medvetna om att de själva måste ta ansvaret. Liksom i en tidigare studie bland unga vuxna skattade en relativt hög andel (33 procent) sin tandhälsa som bättre än andra i samma ålder. Icke regelbundna besökare skattar sin tandhälsa sämre jämfört med vad regelbundna gör. Med andra ord så bedömer de sin tandhälsa som sämre men besöker ändå inte tandvården lika ofta. Intressant, och i enlighet med tidigare studier, är att de som inte besöker tandvården ofta anser att de borde göra det oftare. Endast 5 procent totalt anser att de borde gå mer sällan än med två års mellanrum men 33 procent angav just detta tandvårdsbeteende. Detta kan vara ett exempel på ambivalens. Medvetenhet om det långsiktiga behovet av regelbundna tandvårdsbesök finns men de mer kortsiktiga anledningarna som ekonomi och att det inte blir av verkar ta överhanden

Resultatet visar tendenser till att män prioriterar andra aktiviteter framför tandvård mer än vad kvinnor gör. Detta kan ses som en indikator på att män har en lösare syn på vikten av tandvård. Om motivationen bland män är lägre kan detta vara en förklaring till deras lägre tandvårdsutnyttjande jämfört med kvinnor. Män är mer inne på att tandvårdens viktigaste uppgift är att reparera och kvinnor har en mer förebyggande inställning. Det faktum att tandvården i Sverige gått över till mer förebyggande tandvård förefaller följaktligen instämma bättre med kvinnornas synsätt, jämfört med männens. En högre andel män angav att vänner eller släktingar får påminna dem om att besöka tandvården. Detta kan peka på lägre motivation inför tandvårdsbesök bland män jämfört med kvinnor.

Resultatet visar att det är förhållandevis låga andelar som tänker på vad och hur ofta de åter enbart med tanke på deras tänder. Detta betyder att det är relativt ovanligt att en 25-åring medvetenhet kring tandhälsa påverkar dennes kostvanor i positiv riktning. Dessa resultat är intressanta eftersom de säger något om förhållningssättet till kostens betydelse för tandhälsan. Det kan vara så att kost är mer förenat med andra aspekter på hälsa, exempelvis övervikt.

## 8.4 AFFEKTION

Jämfört med tidigare studier angav en något högre andel att de är missnöjda med sina tänders utseende. En relativt låg andel av dessa (drygt 4 procent) är så missnöjda med sina tänder att deras vardag påverkas av det någon gång per vecka eller oftare. Detta är en variabel som förmodligen är känslig för påverkan av värderingar och normer i samhället och blir således föränderlig över tid. Tandkrämer innehåller medel som gör tänderna vitare och reklamen för dessa är lättillgänglig. Det kan dessutom vara så att människor idag överlag är mer utseendeinriktade än tidigare. Den klart vanligaste anledningen till att inte vara fullt nöjd med sina tänders utseende var på grund av tändernas färg. Detta kan ha viss förklaring i de ideal med vita tänder som förmedlas i bland annat massmedier.

Liksom tidigare forskning har i denna studie påvisats att icke regelbundna besökare i högre utsträckning i allmänhet är missnöjda med sina tänder eller sina tänders utseende. Det visar att missnöje med de egna tänderna per automatik inte innebär att tandvården uppsöks. Det kan även vara så att medvetenheten finns om att tandvården bör besökas regelbundet och när detta inte görs anses den egna tandhälsan dålig. Andelen män som var missnöjda med sina tänders utseende var, tvärtemot tidigare studier, något högre jämfört med kvinnor. Dessa skillnader var dock inte signifikanta.

Personer som skattar sin tandhälsa sämre än andra i samma ålder verkar även påverkas mer av det i sin vardag, jämfört med dem som skattar sin tandhälsa som likvärdig eller bättre. Detta är intressant ur ett psykosocialt perspektiv och säger något om hur viktigt det idag anses vara med en god tandhälsa.

Denna studie visar indikationer på att problemet med tandvårdsrädsla är störst hos kvinnor. Det kan dock vara så att personer med tandvårdsrädsla undviker att svara på en enkät kring just detta ämne.

## 9 SLUTSATS

Denna studie har visat att det föreligger skillnader i svarsfrekvens vad gäller socioekonomi samt mellan kvinnor och män, där svarsfrekvensen är lägre bland personer bosatta i områden med låg socioekonomisk status samt bland män. Detta innebär för undersökningar vars resultat bygger på postenkät att dessa grupper kan vara underrepresenterade med möjlig risk för ett snedvridet resultat som följd om detta inte tas i beaktande.

Bland unga vuxna är det en lägre andel män jämfört med kvinnor som besöker tandvården regelbundet, det vill säga med två års mellanrum eller oftare. En lägre andel regelbundna tandvårdsutnyttjare kan även ses bland individer bosatta i områden med låg socioekonomisk status.

Indikationer på att icke regelbundna besökare skiljer sig från regelbundna på flera sätt har visat sig. Man skattar sin tandhälsa lägre och det är vanligare med missnöje med sina egna tänder. En medvetenhet om vikten av regelbundna besök finns och många anser att de borde gå oftare än de gör, men olika faktorer påverkar motivationen till detta. Man har en mer negativ inställning till tandvården och anser att kvaliteten på tandvården är lägre. Dessa har även lägre kunskap om hur tandvårdssystemet fungerar. De anser i högre utsträckning att andra saker är viktiga eller så blir det helt enkelt inte av.

Resultatet visar tecken på ambivalenta attityder där medvetenhet om vikten av regelbundna tandvårdsbesök finns men att motivationen för att genomföra dessa verkar vara låg. En annan anledning till uteblivna besök inom tandvården kan vara att de har dåliga förutsättningar eftersom de anser att de inte har råd. En allmän inställning är att tandvården är dyr och många anger ekonomiska skäl till att avstå från tandvård. Samtidigt finns en föreställning om att tandvårdsåtgärder är dyrare än vad den i själva verket är. Det har även framkommit att det är viktigt att bli regelbundet kallad för att regelbundna besök ska bli av. Detta tyder på att brister i tandvårdssystemet, med personer som hamnar utanför systemet, kan få negativa konsekvenser.

## 10 FÖRSLAG PÅ VIDARE STUDIER

Med anledning av bortfallet i denna undersökning skulle det vara intressant att testa alternativa metoder till postenkäter. Ett förslag är att använda modern teknologi och göra en webbaserad undersökning riktad till unga vuxna.

För att få en större kunskap och högre förståelse om unga vuxnas attityder kring tandhälsa och tandvård skulle en kvalitativ studie kunna genomföras. Ett förslag är att använda intervjuer eller fokusgrupper till detta ändamål.

## 11 KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

### Artiklar

- Ajzen I. "Nature and operation of attitudes." *Annual Review Psychology*. 2001;52:27-58
- Bos A, Hoogstraten J, Prahl-Andersen B. "A comparison of dental health care attitudes in the Netherlands in 1985, 1995, and 2001." *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31:207-12
- Boström G, Hallqvist J, Haglund BJA, Romelsjö A, Svanström L, Diderichsen F. "Socioeconomic differences in smoking in a urban Swedish population. The bias introduced by non-participation in a mailed questionnaire." *Scandinavian journal of social medicine*. 1993 Jun;21(2):77-82
- Bradnock G, White D A, Nuttall N M, Morris A J, Treasure E T, Pine C M. "Dental attitudes and behaviours in 1998 and implications for the future." *British Dental Journal*. 2001;190:228-32
- Buhlin K, Gustafsson A, Hakansson J, Klinge B. "Self-reported oral health, dental care habits and cardiovascular disease in an adult Swedish population." *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2003;1(4):291-9.
- Grytten J, Rongen G, Asmyhr O. "Subsidized dental care for young men: its impact on utilization and dental health." *Health Economics*. 1996;5:119-28
- Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosen M. "Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden." *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001 Jun;29(3):167-74.
- Hugoson A, Koch G, Bergendal T, Hallonsten AL, Slotte C, Thorstensson B, Thorstensson H. "Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973, 1983 and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health." *Swedish Dental Journal*. 1995;19:225-41
- Johansson G, Fridlund B. "Young adults' views on dental care – a qualitative analysis", *Scandinavian Journal of caring sciences*. 1996;10:197-204
- Lundegren N, Axtelius B, Håkansson J, Åkerman S. "Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need." *Acta Odontologica Scandinavica*. 2004;62:91-6
- Nederfors T. "Attitudes to the importance of retaining natural teeth in an adult Swedish population." *Gerodontology*. 1998;15(2):61-6
- Reijneveld SA, Stronks K. "The impact of response bias on estimates of health care utilization in a metropolitan area: the use of administrative data" *International journal of epidemiology*. 1999 Dec;28(6):1134-40.
- Scheutz F, Heidmann J. "Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes". *Acta Odontologica Scandinavica*. 2001;59:201-8

Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. "Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study." *European Journal of Oral Science*. 2003;111:377-82.

Sparks P, Connor M, James R, Shepherd R, Povey R. "Ambivalence about health-related behaviours: an exploration in the domain of food choice." *British Journal of Health Psychology*. 2001;6:53-68

Stenberg P, Håkansson J, Åkerman S. "Attitudes to dental health care among 20 to 25-year-old Swedes: results from a questionnaire." *Acta Odontologica Scandinavica*, 2000;58:102-6

Timmerman E.M, Hoogstraten, Meijer K, Nauta M, Eijkman M.A.J. "On assesment of dental health care attitudes in 1986 and 1995, using the dental attitude questionnaire." *Community Dental Health*. 1997 Sep;14(3):161-5

Wikman A, Wärneryd B. "Measurement errors in survey questions: explaining response variability." *Social Indicators Research*. 1990;22:199-212

Åström AN, Rise J. "Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 year old Norwegians." *Clinical Oral Investigations*. 2001 Jun;5(2):122-8.

### **Litteratur**

Bunkholdt V. *Psykologi. En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Studentlitteratur, Lund, 1997

Eagly A, Chaiken S., *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich, 1993

Egidius H. *Psykologilexikon*. Natur och Kultur, 1994

Eriksson S. *Statistisk undersökningsmetodik* Studentlitteratur 1978

Japac L, Ahtianen A, Hörngren J, Lindén H, Lyrberg L, Nilsson P *Minska bortfallet* Statistiska centralbyrån 1997

Larsson BA. *Socialpsykologi* i Permer, K. [red] & Permer, LG. [red], *Psykologi – en grundbok*. Studentlitteratur, Lund, 1989

Lyons E. *Socialpsykologi (I)* i Eysenck, M. [red], *Psykologi. Ett integrerat perspektiv*. Studentlitteratur, Lund, 2000

Wärneryd B [red]. *Att fråga. Om frågekonstruktion vid intervjuundersökningar och postenkäter*. Statistiska centralbyrån, 1990.

### **Rapporter**

Boström, Diderichsen, Nordstöm. *Befolkningens hälsa i Stockholms län. Genomförande, metod och bortfallsanalys*. Grön rapport 171 Karolinska institutet 1988

Eriksson E., Aronsson K. *Rapport 2003:5. Fördjupad analys av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland*. Folkhälsovetenskapligt centrum, 2003

Fernberg O, Ordell S. *Femtio- och sextioåringar, deras tandvård, tandvårdsattityder och självupplevda tandhälsa under ett decennium. En totalundersökning i Örebro och Östergötlands län*. Landstinget i Östergötland, Örebro läns landsting. 2004

Olsson, Eriksson, Hallmans. *Matvanor i Norsjö 1985*. Samhällsmedicinsk rapport. Västerbottens läns landsting. 1985.

RFV Analyserar 2001:13. *Landstingens tandvårdstaxor 1 september 2001. En undersökning av prisutvecklingen från 1 januari 1999 och en jämförelse mellan olika landstingsområden*. 2001a

RFV Anser 2000:3. *Tandvårdsstödet. Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet – 1999, det första året*. 2000

RFV Anser 2001:4. *Privattandvårdens tandvårdstaxor hösten 2000 – en undersökning av prisutvecklingen från 1 januari 1999 och en jämförelse mellan olika försäkringsområden*. 2001b

SCB. *Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975-1999*. Stockholm 2001

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*

SOU 1998:2. *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård*. 1998

Sveriges Tandläkarförbund. *Attityder till tandvård* Eureka Marknadsfakta AB, oktober 2001

Sveriges Tandläkarförbund. *Omnibus mätning 2002 – Allmänheten* Ipsos-Eureka, 2002

Urbom E, Bjerner B. *Vuxnas mun- och tandhälsa i Dalarna, utveckling och framtid. En undersökning avseende 35-, 50-, 65- och 75-åringar i Dalarna 2003*. EpiWux 2003  
Skriftserie nr 75.

Westin O. *Vilka avstår från att svara på enkätfrågor om levnadsvanor? En analys av svarsbenägenhet och bortfall*. Samhällsmedicin Gävleborg 1991:4

Wänman A, Forsberg H, Sjödin L, Lundgren P, Höglund Åberg C. *Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002. En rapport baserad på en epidemiologisk undersökning bland 35-, 50-, 65- och 75-åringar*. Umeå universitet, Västerbottens läns landsting. Umeå, 2004

### **Internet**

Folktandvården Landstinget Östergötland

[www.lio.se/enheter/ftv/taxor/doc/prislista\\_2005\\_ATV\\_bas.pdf](http://www.lio.se/enheter/ftv/taxor/doc/prislista_2005_ATV_bas.pdf) 050427

Statistiska Centralbyrån, Undersökningen av levnadsförhållanden.

[www.scb.se/statistik/LE/LE0101/1980I01/HA1503.xls](http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/1980I01/HA1503.xls) 050417



Statistiska Centralbyrån, Befolkningsstatistik  
www.scb.se 050513

**Övrigt**

Ahlin J. *Självupplevd tandhälsa hos nittonåringar*. D-uppsats statistik, Institutionen för ekonomi, statistik och informatik, Örebro universitet, VT 2003

## APPENDIX A

Tabell A1. Översikt över tidigare studier inom tandhälsa och tandvård och dess åldersindelningar.

Författare, årtal (Land där studien genomförts)	Titel	Åldrar klassificerade som unga vuxna	Övriga åldrar	Kommentar
Bradnock et al. 2001 (Storbritannien)	Dental attitudes and behaviours in 1998 and implications for the future	-	Vuxna	Åldrar ej definierade. Intressant studie eftersom de undersöker anledningar till att ej vara fullt nöjd med sina tänders utseende.
Buhlin et al. 2003 (Sverige)	Self-reported oral health, dental care habits and cardiovascular disease in an adult Swedish population.	20-29 år	50-59 år 75-84 år	-
Grytten et al. 1996 (Norge)	Subsidized dental care for young men: its impact on utilization and dental health	19-20 år	-	-
Hjern et al. 2001 (Sverige)	Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden	25-44 år	45-64 år	-
Hugoson et al. 1995 (Sverige)	Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973, 1983 and 1993	20- och 30-åringar	3-, 5-, 10-, 15-, 40-, 50-, 60-, 70-, 80-åringar	-
Johansson & Fridlund 1996 (Sverige)	Young adults' views on dental care – a qualitative analysis	21-30 år	-	Kvalitativ intervjustudie
Lundegren et al. 2004 (Sverige)	Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need	20-25 år	-	Grundas på samma undersökning som Stenberg et al., 2000
Nederfors 1998 (Sverige)	Attitudes to the importance of retaining natural teeth in an adult Swedish population	20- och 30-åringar	40-, 50-, 60-, 70- och 80- åringar	-
RFV 2000 (Sverige)	Tandvårdsstödet. Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet – 1999, det första året	20-29 år	20 år och uppåt	-
SCB 2001 (Sverige)	Undersökning av levnadsförhållanden (ULF)	16-24 år 20-29 år 25-34 år	16-84 år	Den vanliga åldersindelningen för ULF är 16-24 och 25-34 osv. Vissa data från 1996-97 tillgänglig för åldersgruppen 20-29 år.
Scheutz & Heidmann 2001 (Danmark)	Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes	20-34 år	-	Studie baserad på 464 intervjuer
Skaret et al. 2003 (Norge)	Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study	18 och 23 år	-	Kohortstudie
Socialstyrelsen 2005 (Sverige)	Folkhälsorapport 2005	25-34 år	16-84 år	Uppgifter huvudsakligen hämtade från ULF

<b>Författare, årtal (Land där studien genomförts)</b>	<b>Titel</b>	<b>Åldrar klassificerade som unga vuxna</b>	<b>Övriga åldrar</b>	<b>Kommentar</b>
Stenberg et al. 2000 (Sverige)	Attitudes to dental health care among 20 to 25-year-old Swedes: results from a questionnaire	20-25 år	-	-
Sveriges tandläkarförbund 2002 (Sverige)	Omnibus mätning 2002 – Allmänheten	20-29 år	15-74 år	Omnibusundersökning. Ej vetenskaplig studie
Sveriges tandläkarförbund 2001 (Sverige)	Attityder till tandvård	20-29 år	17 år och uppåt	Omnibusundersökning. Ej vetenskaplig studie
Uhrbom & Bjerner 2003 (Sverige)	EpiWux 2003, Dalarna	35-åringar	50-, 65-, 75-åringar	Den lägsta åldersgruppen var 35-åringar
Wänman et al. 2004 (Sverige)	Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002	35-åringar	50-, 65-, 75-åringar	Den lägsta åldersgruppen var 35-åringar
Åstrøm & Rise 2001 (Norge)	Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 year old Norwegians	25-åringar	-	-

**APPENDIX B***Tabell B1. Svarefrekvenser uppdelat på socioekonomisk klustertillhörighet samt före och efter påminnelseutskick.*

	<b>Lägst SES</b> (n=144)	<b>Näst lägst SES</b> (n=290)	<b>Medel SES</b> (n=172)	<b>Näst högst SES</b> (n=398)	<b>Högst SES</b> (n=38)	<b>Totalt</b> (n=1042)
Svarefrekvens (%) efter första utskicket	29,2 (n=42)	33,8 (n=98)	36,6 (n=63)	43,7 (n=174)	34,2 (n=13)	<b>37,4</b> (n=390)
Svarefrekvens (%) efter påminnelse	16,0 (n=23)	14,1 (n=41)	17,4 (n=30)	14,8 (n=59)	13,2 (n=5)	<b>15,2</b> (n=158)
<b>Sammanlagd svarefrekvens (%)</b>	<b>45,1</b> (n=65)	<b>47,9</b> (n=139)	<b>54,1</b> (n=93)	<b>58,5</b> (n=233)	<b>47,4</b> (n=18)	<b>52,6</b> (n=548)

*Tabell B2. Svarefrekvenser för kvinnor respektive män uppdelat på socioekonomisk klustertillhörighet.*

	<b>Lägst SES</b>	<b>Näst lägst SES</b>	<b>Medel SES</b>	<b>Näst högst SES</b>	<b>Högst SES</b>	<b>Totalt</b>
Antal kvinnor i urvalet	66	129	82	192	12	<b>481</b>
Svarefrekvens (%) bland kvinnor	51,5 (n=34)	59,7 (n=77)	61,0 (n=50)	69,8 (n=134)	75,0 (n=9)	<b>63,2</b> (n=304)
Antal män i urvalet	78	161	90	206	26	<b>561</b>
Svarefrekvens (%) bland män	39,7 (n=31)	38,5 (n=62)	47,8 (n=43)	48,1 (n=99)	34,6 (n=9)	<b>43,5</b> (n=244)