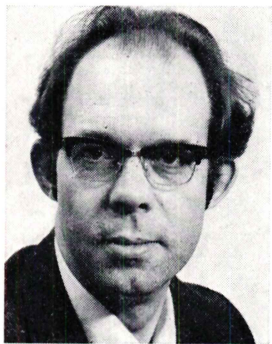


Tandtillståndet och tandvårdskonsumtionen bland vuxna i Sverige



Björn Smedby

Bakgrund och syfte

Vilka möjligheter finns det att förklara olikheterna i tandvårdskonsumtion mellan olika individer? Den frågan utgjorde den centrala problemställningen för den studie av den vuxna befolkningens tandvårdsutnyttjande som här skall refereras.

Det är något av en självklarhet att tandförekomst och tändernas tillstånd har stor betydelse för tandvårdskonsumtionen. Den aktuella studien ägnade därför särskilt intresse åt frågan om tandstatus i befolkningen. Tillsammans med en förstudie (Smedby 1965) utgör den en av de hittills få riksomfattande undersökningarna av tandtillståndet i den svenska befolkningen. En annan studie av rikskaraktär är Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning (Johansson 1970) med vilken vissa jämförelser här skall göras.

Både tandstatus och tandvårdsutnyttjande studerades i förhållande till ett antal enkla demografiska, socio-ekonomiska, geografiska och hälsoanknutna variabler. Dessa variabler kan uppfattas som indikatorer på bakomliggande faktorer av betydelse för tandvårdsutnyttjandet. Ett försök gjordes att särskilja några sådana faktorer: en

Vilka möjligheter finns det att förklara olikheterna i tandvårdskonsumtion mellan olika individer? Den frågan utgjorde den centrala problemställningen för en nedan redovisad studie av den vuxna befolkningens tandvårdsutnyttjande.

Det gäller en intervjuundersökning som genomfördes 1964 och som avsåg ett urval av personer i hela landet, representerande praktiskt taget hela den vuxna befolkningen. Tandstatus beskrevs med hjälp av förekomsten av egna tänder och avtagbara tandproteser. Härjämte studerades förekomsten av tandläkarbesök och fullständig behandling. De nämnda resultatsvariablerna studerades i relation till en serie bakgrundskaraktistika för individen såsom ålder, kön och civilstånd, utbildning, socialgrupp och inkomst, urbaniseringsgrad, region och avstånd till tandläkare samt vissa hälsovariabler.

Dessa variabler sammanfördes till faktorer och olika statistiska metoder användes för att värdera de olika faktorernas relativa betydelse. Resultaten var bl a följande. För att förklara variationen i tandstatus betydde åldersfaktorn mest. Därefter syntes den faktor som speglar värderingar och inställning till tandvård vara av betydelse för ett gott tandstatus. Tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet betydde förhållandevis mindre i detta avseende.

Björn Smedby är universitetslektor vid socialmedicinska institutionen i Uppsala.

predisponerande faktor — här kallad attitydfaktor — som uttrycker individens värderingar av och attityder till tandvård, en annan faktor som speglar tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet och en åldersfaktor. Det är betydelsen av dessa variabler och faktorer för tandtillstånd och tandvård som undersökningen främst velat belysa.

Material och metoder

Primärmaterialet härrör från en intervjuundersökning som genomfördes 1964 och som avsåg ett urval av personer i hela landet, representerande den icke institutionaliserade befolkningen i åldern 16 år och däröver, d v s praktiskt taget hela den vuxna befolkningen. Sammanlagt genomfördes 1 933 intervjuer, huvudsakligen med hjälp av distriktssköterskor som gjorde besöksintervjuer i de utvalda personernas hem. Intervjuurvalet drabbades av ett bortfall på 10 %.

Intervjuerna avsåg förutom tandvård hälsotillstånd och sjukvårdskonsumtion. Tandvårdsutnyttjandet utgjorde nämligen också del i ett större frågekomplex som behandlats i en jämförande studie av sjukvårdskonsumtionen i Sverige och USA (Andersen et al 1970). Vid sidan av intervjuuppgifterna utnyttjades vissa registerdata, dels för själva urvalsförfarandet som innebar ett stratifierat urval med ledning av ålder och hos försäkringskassan registrerad sjuklighet, dels i vissa andra avseenden som t ex beträffande inkomst.

På basen av intervjuerna konstruerades vissa resultatsvariabler. I fråga om tandläkarbesök fanns uppgift om intervjupersonen hade sökt tandläkare under det senaste och under det näst senaste året eller när han senast hade fått tandvård. Uppgift fanns också om personen i fråga fått fullständig tandbehandling någon gång under de senaste två åren. Som fullständigt behandlade räknades därvid även personer som under tvåårsperioden enbart gjort kontrollbesök.

Eftersom en detaljerad kartläggning av tandstatus inte gärna kan göras genom en intervjuundersökning, fick man i detta avseende nöja sig med grövre mått, nämligen förekomsten av egna tänder och avtagbara tandproteser. På basen av dessa uppgifter gjordes en indelning av de intervjuade i olika tandstatusgrupper.

De nämnda resultatsvariablerna studerades i relation till en serie bakgrundskaraktistika för individen såsom ålder, kön och civilstånd, utbildning, socialgrupp och inkomst, urbaniseringsgrad, region och avstånd till tandläkare samt vissa hälsovariabler. Sambanden mellan dessa s k förklarande variabler och konsumtionsvariablerna belystes dels

genom enkla tabuleringar, dels genom en serie multipla regressionsanalyser.

Tandtillståndet

I *tabell 1* har de intervjuade personerna grupperats med hänsyn till tandstatus så som detta kan beskrivas med hänsyn till förekomst av egna tänder och proteser. Av tabellen framgår att andelen personer som hade egna tänder utgjorde 76,6 %. Nästan en fjärdedel (23,4 %) saknade alltså egna tänder. Av samtliga var 1,4 % helt tandlösa och hade ändå inte någon protes. Andelen protesbärande — och därvid medräknades också personer med bara delprotes — uppgick till 37,7 %.

I den fortsatta presentationen kommer uppgifterna om tandstatus att användas för en grov uppdelning av de intervjuade i personer med bättre och sämre tandstatus. Personer med "bättre tandstatus" utgörs härvid av grupperna 1 och 2 i *tabell 1*, d v s personer med egna tänder men utan samtidig helprotes i någon käke.

Tabell 1. Intervjuade efter tandstatus.

Tandstatusgrupp	Antal personer (ovägt) ^a	Procentuell fördelning	Kumulerad procentandel
1. Enbart egna tänder	973	60,8	60,8
2. Egna tänder jämte delprotes	78	4,3	65,1
3. Egna tänder jämte helprotes i en käke	233	11,4	76,6
4. Inga egna tänder, helprotes i en eller båda käkarna	602	22,0	98,6
5. Inga egna tänder, ingen protes	47	1,4	100,0
Summa	1 933	100,0	

a I denna och följande tabeller avser antalet personer alltid det faktiska antalet intervjuade i en viss grupp medan alla procenttal har beräknats med ett vägningsförfarande som innebär en skattning av motsvarande procenttal i hela befolkningen. Denna skattning tar dock ej hänsyn till bortfallet i intervjuundersökningen.

Tandläkarbesök och behandlingstyp

I *tabell 2* redovisas förekomsten av tandläkarbesök och behandlingstyp bland samtliga intervjuade och i grupperna med bättre och sämre tandstatus.

Tabell 2. Tandläkarbesök och behandlingstyp bland intervjuade med samtidig uppdelning efter tandstatus.

Besöksförekomst och behandlingstyp	Andel personer med besök resp med viss behandlingstyp		
	Personer med bättre tandstatus (n=1051)	Personer med sämre tandstatus (n=882)	Samtliga intervjuade (n=1933)
	%	%	%
1. Besök någon gång under de senaste två åren	74,4	26,3	57,7
2. Besök under det senaste året	57,4	15,7	42,9
3. Besök både det senaste och det näst senaste året	41,2	5,9	28,9
4. Fullständig behandling någon gång under de senaste två åren	65,9	20,0	49,9
5. Besök både det senaste och det näst senaste året samt fullständig behandling någon gång	38,0	5,2	26,6
6. Endast akut behandling under de senaste två åren	7,3	3,1	5,9
7. Fullständig behandling vid senaste besök	81,0	83,4	81,9
8. Endast akut behandling vid senaste besök	14,6	8,7	12,5

Det framgår av tabellen att 58 % av samtliga hade gjort tandläkarbesök under de senaste två åren och att 50 % fått fullständig behandling. Det innebär att 87 % av dem som sökt tandläkare hade fått fullständig behandling.

Andelen personer med besök under det senaste året utgjorde 43 %. Knappt 30 % av samtliga hade varit hos tandläkare båda de senaste åren.

Stora skillnader förelåg mellan de olika tandstatusgrupperna. Av gruppen med bättre tandstatus hade 74 % sökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden och 41 % var "ärliga" besökare. Från tabellen kan beräknas att av dem

med bättre tandstatus som sökt tandläkare under tvåårsperioden hade 93 % fått fullständig behandling.

Bland personer utan tandläkarbesök under den senaste tvåårsperioden fanns många som uppgav lång tid sedan det senaste besöket. För gruppen med sämre tandstatus gällde t ex att 35 % ej sökt tandläkare under den senaste tioårsperioden. Av samtliga personer hade 1,5 % aldrig varit hos tandläkare.

Både med avseende på tandlöshet, protesförekomst och besöksbenägenhet ger den aktuella undersökningen resultat som skiljer sig från andra liknande riksundersökningar, däribland Lågin-komstutredningens levnadsnivåundersökning. Den senare ger t ex en gynnsammare bild av protesförekomsten och besöksbenägenheten. Den viktiga anledningen till sådana skillnader är de svårigheter som sammanhänger med intervjuundersökningar av detta slag. Rena minnesfel och en tendens att intervjuaren är förskönande samt bortfallsproblemen bidrar tillsammans till att ge en alltför gynnsam bild av verkligheten.

Ett försök har gjorts att uppskatta dessa felkällors betydelse. Trots att den aktuella undersökningen ger en mindre gynnsam bild än Lågin-komstutredningen är det sannolikt att även de här presenterade siffrorna är förskönande. Det är inte osannolikt att andelen tandläkarbesökare i den vuxna befolkningen vid tiden för undersökningen var så låg som 50 % under en tvåårsperiod och att andelen besökare under ett år mycket väl kan ha legat i närheten av 35 %.

Bakgrundsvariablernas betydelse

De olika bakgrundsvariablernas betydelse för hur tandförekomst och tandvård fördelar sig inom befolkningen kan enklast belysas med några deskriptiva tabeller. I tabell 3 sker redovisningen efter tre demografiska karakteristika — ålder, kön och civilstånd. Det framgår klart att ålderssambandet är utomordentligt starkt för både tandstatus och tandvård. Andelen personer utan egna tänder stiger snabbt efter 45 års ålder och är så hög som 69 % i åldersgruppen 75 år och däröver. Andelen protesbärare är 24 % redan i åldersgrup-

Tabell 3. Tandstatus och tandläkarvård efter vissa demografiska karakteristika.

Demografiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtagbar protes	Med "bättre tandstatus" ^a	Med besök någon gång senaste två åren	Med fullständig behandling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Ålder						
16—19	116	0	0	100	80	70
20—29	217	1	5	96	84	74
30—44	376	7	24	81	70	62
45—54	349	22	51	56	52	46
55—64	344	45	63	39	42	37
65—74	354	61	74	27	24	17
75—	177	69	67	25	18	10
Kön						
Män	934	18	34	70	55	46
Kvinnor	999	29	42	61	60	54
Civilstånd						
Ogift	485	14	21	81	67	59
Gift	1 123	23	41	63	58	50
Skild	82	23	44	58	38	28
Änkestånd	243	59	68	28	30	25
Total	1 933	23	38	65	58	50

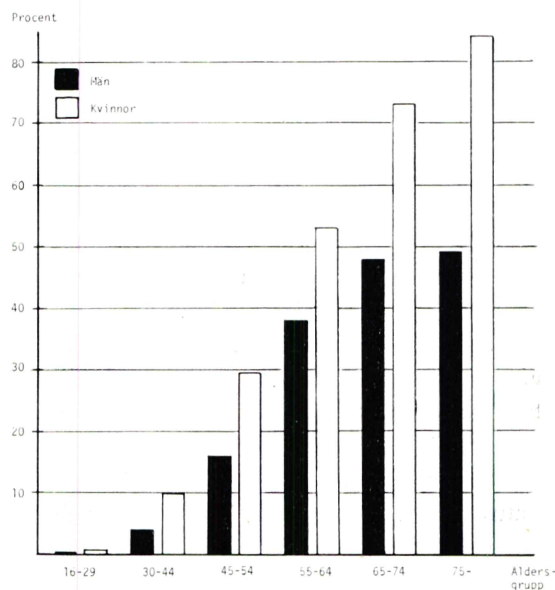
a Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

pen 30—44 år. Förekomsten av tandläkarbesök under den senaste tvåårsperioden är högst i åldersgruppen 20—29 år och avtar kraftigt bland de äldsta.

Det framgår vidare av tabell 3 att kvinnor i väsentligt större utsträckning än män saknar egna tänder. Stapeldiagrammet i figur 1 åskådliggör andelen personer utan egna tänder med samtidig uppdelning efter kön och ålder. I alla åldersgrupper är andelen utan egna tänder större för kvinnor än för män. Skillnaden är särskilt stor i de högsta åldersgrupperna.

En skillnad i protesförekomst finns också mellan män och kvinnor. Detta innebär att kvinnor i mindre utsträckning än män kommit att föras till gruppen med "bättre tandstatus". Kvinnor uppvisar dock större besöksbenägenhet än män och har i större utsträckning fått fullständig behandling. Skillnaderna mellan olika civilståndsgrupper avspeglar naturligtvis främst olikheter i ålderssammansättningen inom olika civilstånd.

Figur 1. Andel personer helt utan egna tänder efter ålder och kön.



Tabell 4. Tandstatus och tandläkarvård efter vissa socio-ekonomiska karakteristika.

Socioekonomiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtag- bar protes	Med "bättre tandstatus" ^a	Med besök någon gång senaste två åren	Med full- ständig be- handling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Utbildning						
Folkskola	1 561	30	46	56	50	41
Realskola	139	8	14	89	79	73
Realexamen	152	2	10	93	83	80
Studentexamen	81	1	5	98	87	80
Socialgrupp ^b						
I	101	3	10	93	86	82
II	713	20	30	72	63	56
III	1 047	27	45	58	51	42
Inkomst, kr (1963)						
0— 4 999	593	35	42	57	52	46
5 000— 9 999	418	30	42	59	45	40
10 000—19 999	503	21	40	64	58	46
20 000—29 999	257	16	35	74	66	59
30 000—	162	3	21	86	77	73
Total	1 933	23	38	65	58	50

a Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

b Exkluderar 72 fall utan uppgift om socialgrupp.

I tabell 4 sker redovisningen efter de tre socio-ekonomiska variablerna utbildning, socialgrupp och familjeinkomst. Bilden är entydig. Bättre utbildning, högre socialgrupp och större inkomst motsvaras av bättre tandstatus, större besöksfrekvens och större andel fullständigt behandlade. Man kan från tabellen beräkna att andelen fullständigt behandlade inte bara avspeglar den högre andelen med besök; även bland besökarna får som regel en större andel fullständig behandling i de högre socio-ekonomiska grupperna. Beträffande utbildningsförhållandena synes särskilt starka samband finnas med resultatsvariablerna. Effekten av olikheter i åldersstruktur inom olika grupper bidrar dock till detta förhållande.

Olika geografiska karakteristika är grunden för uppdelningen i tabell 5. Högre urbaniseringsgrad motsvaras av bättre tandstatus och större förekomst av besök och fullständig behandling. Den regionala indelningen visar de gynnsammaste för-

hållandena för personer i Stockholm och de sämsta för dem i Norrland. Variabeln avstånd till närmaste tandläkare visar inte helt entydiga samband. De bästa förhållandena råder dock för personer med det kortaste avståndet.

I tabell 6 redovisas slutligen tandstatus och tandvårdsförhållanden i relation till några hälsovariabler, nämligen en subjektiv värdering av det egna hälsotillståndet och egenrapporter beträffande förekomsten av vissa kroniska sjukdomar samt för kvinnor förekomsten av graviditet närmast föregående år. Personer som uppgivit god hälsa och som inte rapporterat någon sjukdom synes bättre ställda än de övriga i tandvårdsavseende. Hälsovariablernas nära samband med åldern gör det dock vanskligt att tolka innebörden av de enkla sambanden. Inga nämnvärda skillnader föreligger mellan kvinnor som varit gravida och andra kvinnor i fertil ålder.

Tabell 5. Tandstatus och tandläkarvård efter vissa geografiska karakteristika.

Geografiska karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av avtag- bar protes	Med "bättre tandstatus" ^a	Med besök någon gång senaste två åren	Med full- ständig be- handling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Urbaniseringsgrad						
Storstad	383	15	31	75	67	61
Annan stad	602	20	33	70	64	57
Landsbygd	948	29	43	58	50	41
Region						
Stockholm	206	12	30	77	72	68
Svealand i övrigt	503	23	38	67	60	51
Göteborg, Malmö	177	18	33	72	60	52
Götaland i övrigt	716	24	38	64	56	48
Norrland	331	32	45	55	47	39
Avstånd till närmaste tandläkare, km						
0— 9	1 533	20	36	68	61	54
10—19	251	37	49	49	44	36
20—	149	33	41	58	41	33
Total	1 933	23	38	65	58	50

^a Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

Tabell 6. Tandstatus och tandläkarvård efter vissa hälsokarakteristika.

Hälso- karakteristika	Antal personer (ovägt)	Procentuell andel personer				
		Helt utan egna tänder	Med något slag av av- tagbar protes	Med "bättre tandstatus" ^a	Med besök någon gång senaste två åren	Med full- ständig be- handling senaste två åren
		%	%	%	%	%
Subjektiv hälsa						
God	1 008	16	30	73	63	55
Nedsatt	616	42	56	46	46	38
Dålig	309	42	61	43	42	30
Sjukdomsförekomst						
Ja	1 117	33	51	52	49	41
Nej	816	15	27	76	65	58
Graviditet ^b						
Ja	48	0	10	92	82	79
Nej	321	6	15	88	81	74
Total	1 933	23	38	65	58	50

^a Personer med egna tänder utan samtidig helprotes i någon käke.

^b Avser endast kvinnor i åldern 16—44.

Multivariat sambandsanalys

Det starka sambandet mellan tandstatus och ålder gör flera av de enkla sambanden med andra variabler svårtolkade, eftersom ålder också är korrelerad med många av dessa. När det gäller att förstå betydelsen av dessa andra variabler för tandvårdsförhållandena, tillkommer svårigheten att flera av dem är inbördes korrelerade, t ex utbildning och inkomst.

Multipel regressionsanalys är en statistisk metod lämplig i sådana situationer, eftersom den ger möjlighet att studera flera olika förklarande variablers samtidiga inverkan på en och samma beroende variabel. En serie regressionsanalyser gjordes därför, där de tre resultatsvariablerna "bättre tandstatus", tandläkarbesök resp fullständig behandling under den senaste tvåårsperioden var och en för sig användes som beroende variabel. Resultaten av dessa analyser sammanfattas i det följande.

De enkla sambanden mellan bakgrundsvariablerna och *tandstatus* bestod i flertalet fall även i den multipla regressionsanalysen. Högre ålder åtföljs av markant sämre tandstatus. Män synes ha bättre tandstatus än kvinnor. Personer med högre utbildning och högre socialgrupp har bättre tandstatus än personer med lägre utbildning och lägre socialgrupp. Högre inkomst innebär bättre tandstatus. Stadsbor har bättre tandförhållanden än landsbygdens folk. Personer bosatta i Norrland har sämre tandstatus än personer i andra delar av landet. Sjuka personer har sämre tandförhållanden än friska.

Förekomsten av tandläkarbesök varierar med tandstatus och med olika bakgrundskaraktistika. Med stigande ålder avtar andelen besökare. Kvinnor är i större utsträckning tandläkarbesökare än män och fränskilda är det i mindre utsträckning än andra. Högre utbildning, socialgrupp eller inkomst innebär högre besöksförekomst, medan längre avstånd till tandläkare leder till lägre andel besökare. Bland personer med bättre tandstatus gör sig samma samband gällande men skillnaden i besöksförekomst mellan olika grupper skärps i vissa fall såsom mellan män och kvinnor.

Aven *förekomsten av fullständig behandling* va-

rierar inom befolkningen. Till stor del kan denna variation föras tillbaka på skillnader i besöksförekomsten, vilket innebär att liknande samband som redovisats i detta avseende föreligger. Bättre tandstatus medför i större utsträckning fullständig behandling. Med stigande ålder avtar andelen fullständigt behandlade. De skillnader som föreligger i besöksförekomst med avseende på kön, civilstånd, utbildning, socialgrupp och inkomst skärps, om man i stället studerar förekomsten av fullständig behandling. Skillnaden mellan män och kvinnor och mellan lägre och högre utbildade är större bland personer med bättre tandstatus.

Olika faktorer och deras betydelse

I ett försök att underlätta tolkningen av analysresultaten sammanfördes sådana besläktade variabler som kan sägas vara uttryck för en och samma basala faktor. I fortsatta analyser studeras så den relativa betydelsen av dessa olika faktorer i en serie nya regressionsanalyser.

Bland de faktorer som studerades var en predisponerande faktor knuten till värderingen av ett gott tandstatus och speglade attityden till tandvård. Denna faktor som kallades attitydfaktorn mättes med en kombination av variablerna kön, civilstånd, utbildning samt socialgrupp. I en annan faktor sammanfördes ekonomiska och geografiska aspekter på tandvårdens tillgänglighet. Till denna tillgänglighetsfaktor räknades variablerna inkomst, stad, Norrland och avstånd till tandläkare. I övrigt beaktades en åldersfaktor, som även fick innefatta hälsovariablerna. För studiet av tandvårdsutnyttjandet användes dessutom tandstatus som en särskild faktor speglande behovet av vård.

Flera olika statistiska metoder användes för att värdera de olika faktorernas relativa betydelse. Resultaten kan sammanfattas på följande sätt.

För att förklara variationen i *tandstatus* betydde åldersfaktorn mest. Därefter syntes den faktor som speglar värderingar och inställning till tandvård, d v s attitydfaktorn, vara av betydelse för ett gott tandstatus. Tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet betydde förhållandevis mindre i detta avseende.

När det gäller *besöksförekomsten* visade sig be-

hovsfaktor, d v s tandstatus, betyda mest för att förklara variationen mellan olika individer. Därefter följde åldersfaktorn, attitydfaktorn och den faktor som svarade mot tandvårdens tillgänglighet. När analysen inskränktes till den grupp av personer som hade bättre tandstatus, visade sig attitydfaktorn betyda mest för besöksförekomsten. Därefter kom åldersfaktorn och tillgängligheten.

I fråga om *fullständig behandling* blev ordningen mellan faktorerna densamma som för besöksförekomst, d v s tandstatus, ålder, attityder och tillgänglighet. Attitydfaktorn och tillgängligheten syntes dock betyda förhållandevis mera för fullständig behandling än för besöksförekomst. Bland personer med bättre tandstatus hade attitydfaktorn störst betydelse för fullständig behandling. Därefter kom tillgängligheten och åldersfaktorn.

Diskussion

Åldersfaktorns stora betydelse för tandstatus kan tolkas på olika sätt. Det är uppenbart att åldersfaktorn delvis är uttryck för ett rent biologiskt förlopp. Mot högre ålder svarar en längre gången bettdestruktion på grund av längre expositionstid för karies, skador och parodontala sjukdomar.

Det är emellertid viktigt att framhålla att åldersfaktorn också speglar generationsskillnader. Tandstatus är i hög grad resultatet av under lång tid ackumulerade effekter och avspeglar därför i stor utsträckning de skilda villkor som gjort sig gällande för olika generationer när det gäller tillgången på tandvård, inte minst möjligheten till skoltandvård. Ålderseffekten kan också ses som ett uttryck för generationsskillnader med avseende på inkomstförhållanden och attityder. Det sagda understryker klart de svårigheter som alltid föreligger i tvärsnittsundersökningar som denna, när det gäller att tolka de statistiska sambandens kausala relevans.

Attitydfaktorn framstod i alla analyserna som viktigare än tandvårdens ekonomiska och geografiska tillgänglighet. Hur skall man då uppfatta attitydfaktorns effekt?

Säkert finns äkta skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå, olika socialgrupp o s v när det gäller värderingen av tandhälsan och inställ-

ningen till värdet av regelbunden tandvård i förebyggande syfte (Kegeles 1961 och 1963, Richards et al 1965, O'Shea & Gray 1968). Tandvårdsbeteendet kan i särskilt hög grad delas upp i "health behavior" och "illness behavior" (Kasl & Cobb 1966, Antonovsky & Kats 1970). "Health behavior" innefattar sådana aktiviteter som en person företar sig för att förebygga sjukdom och tidigt upptäckta asymtomatisk sjukdom. Om man antar att personer med högre socialgrupp och högre utbildning är mer inriktade på förebyggande åtgärder, skulle detta kunna förklara en del av de skillnader som finns i tandstatus mellan personer i olika socialgrupper och med olika utbildning. Att skillnader i munhygien finns mellan personer med olika utbildning har också visats (Kelly et al 1966).

Tandvårdens geografiska tillgänglighet avspeglar inte bara aktuella utan också tidigare skillnader i tillgången på tandvård. De i glesbygd och i Norrland bosatta torde framför allt tidigare haft klart sämre möjligheter till tandvård genom den eftersläpning som förelåg i utbyggnaden av skoltandvård och folktandvård inom dessa områden.

Den aktuella ekonomiska tillgängligheten syntes betyda förhållandevis litet för tandstatus. Inkomstvariabeln drar bara till sig en liten del av förklaringsvärdet i de analyser där den förekommer. En del av de skillnader som fångas upp av attitydfaktorn via socialgruppsvariabeln kan dock i själva verket spegla effekten av tidigare inkomstolikheter.

Tillgänglighetsfaktorn är mera direkt påverkbar genom samhällsåtgärder än attitydfaktorn. Den ekonomiska tillgängligheten kan ju påverkas via tandvårdsförsäkring och taxepolitik och den geografiska tillgängligheten kan påverkas genom åtgärder för en jämnare distribution av vårdresurserna.

Mot bakgrund av den förhållandevis ringa betydelsen av tillgänglighetsfaktorn i denna undersökning kan man ställa frågan om resultatet skall tolkas så, att nya samhällsåtgärder som tandvårdsförsäkring och starkare resursstyrning kommer att bli av mindre betydelse. Säkert är att den svenska befolkningens tämligen dåliga tandstatus inte kom-

mer att påverkas radikalt på kort sikt. Om man skulle utgå från resultaten av denna undersökning är det sannolikt att en förbättrad ekonomisk tillgänglighet genom tandvårdsförsäkring i första hand skulle få effekt på besöksförekomst. I mindre grad torde förekomsten av fullständig behandling påverkas eftersom inkomstvariabeln i detta avseende syntes vara av mindre betydelse. Först på längre sikt får förändrad tillgänglighet effekt på befolkningens tandstatus.

REFERENSER

- 1 *Andersen, R., B. Smedby & O. W. Anderson:* Medical Care Use in Sweden and the United States. A Comparative Analysis of Systems and Behavior. Research Series 27. Chicago: Center for Health Administration Studies, 1970.
- 2 *Antonovsky, A. & R. Kats:* The Model Dental Patient. An Empirical Study of Preventive Health Behavior. *Social Science and Medicine*, 4: 367—380, 1970.
- 3 *Johansson, S.:* Den vuxna befolkningens hälso-tillstånd. Utkast till kapitel 3 i betänkande om Svenska folkets levnadsförhållanden att avgivas av Låginkomstutredningen. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1970.
- 4 *Kasl, S. V. & S. Cobb:* Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12: 246—266 och 531—541, 1966.
- 5 *Kegeles, S. S.:* Why People Seek Dental Care: A Review of Present Knowledge. *American Journal of Public Health*, 51: 1306—1311, 1961.
- 6 *Kegeles, S. S.:* Some Motives for Seeking Preventive Dental Care. *Journal of the American Dental Association*, 67: 90—98, 1963.
- 7 *Kelly, J. E., L. E. Van Kirk & C. C. Garst:* Oral Hygiene in Adults. PHS Publication No. 1000, Series 11, No. 16. Washington, D. C.: National Center for Health Statistics, 1966.
- 8 *O'Shea, R. M. & S. B. Gray:* Dental Patients' Attitudes and Behavior Concerning Prevention. *Public Health Reports*, 83: 405—410, 1968.
- 9 *Richards, N. D., A. J. Willcocks, J. S. Bulman & G. L. Slack:* A Survey of the Dental Health and Attitudes Towards Dentistry in Two Communities. Part 1. Sociological Data. *British Dental Journal*, 118: 199—205, 1965.

- 10 *Smedby, B.:* Tandvårdsvanor och tandvårdskostnader. Några resultat av en intervjuundersökning. Bilaga 3 i *Tandvårdsförsäkring*. 1961 års sjukförsäkringsutredning. Betänkande I. SOU nr 1965: 4, s 167—186. Stockholm 1965.
- 11 *Smedby, B.:* Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen. En metodologisk studie baserad på en intervjuundersökning. *Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie* nr 37. Stockholm 1972.

Fotoprint kan

BLANKETTER

Distinkt tryck på högklassigt papper, rätt pris och omgående leverans är orsaken till att allt fler läkare och sjukvårdsinrättningar anlitat vår blankettservice.

Några blankettproblem får Ni aldrig, om Ni vänder Er till oss. Vi är utrustade att utveckla och tillverka för Er passande blanketter, att användas i de rutiner som ingår i såväl vård som administration.

Välkomna med Era beställningar och förfrågningar.

Tryckerilaktiebolaget

fotoprint

Kungsbacka

Tel. 0300/110 00-1-2