



Del av den nordiska artikelserien Ojämlighet i oral hälsa. Godkänd för publicering den 11 juni 2020. Artikeln är översatt från engelska av Cecilia Hallström, Köpenhamn, Danmark.

# Nyttjande av tandvård i Norden

**I allmänhet är besöksfrekvensen hos tandvården hög bland befolkningen i Norden, och man uppvisar god förståelse för behovet av regelbunden tandvård. Men vissa, särskilt äldre och socialt missgynnade befolkningsgrupper, drar inte nytta av tandvårdssystemen under den nuvarande organisationen. Detta är främst ett strukturellt och politiskt problem. Dock skulle tandvårdspersonalen kunna försöka påverka och engagera sig i arbetet med att skapa ett rättvist och inkluderande tandvårdssystem.**

Tandvård på en tandklinik är bara en aspekt inom det breda begreppet tandhälsovård. Synonymer är nyttjande av tandhälsovård och tandvårdsbesök, definierad som andelen av en befolkning som mottager tandvårdstjänster vid en tandklinik under en viss tid.

I dag anses regelbunden tandvård på en tandklinik vara att rekommendera [1]. I överensstämmelse med den nuvarande uppfattningen att intervallerna mellan tandvårdsbesök bör baseras på individuella behov, kan ingen strikt definition på vad som kan ses som "regelbunden vård" fastställas. Tidigare har "regelbunden vård" definierats på olika sätt, från en bred definition av vad patienter själva ansåg vara regelbunden vård till definitioner baserade på mer specifika kriterier, till exempel minst tre till fyra tandvårdsbesök under en femårsperiod. Nuförtiden, med en allmänt förbättrad tandhälsa, kan längre intervaller mellan besöken vara lämpliga och vara förenliga med god tandhälsa för personer med låg risk för oral sjukdom, medan personer med ökad risk för oral sjukdom rekommenderas att besöka tandvården oftare. Dessa olika behov måste man naturligtvis ha i åtanke när man tolkar tandvårdens besöksfrekvens.

Den här artikeln ger en beskrivande översikt av hur tandvården är organiserad, besöksfrekvens samt de viktigaste faktorerna relaterade till tandvårdsnyttjandet i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige. Den litteratur som stöder påståendena



## Författare

**Kasper Rosing** (bild), assistent prof, University of Copenhagen, School of Oral Health Sciences, Community Dentistry, Köpenhamn, Danmark. E-post: karos@sund.ku.dk

**Liisa Suominen**, DDS, PhD, MSc (Health Care), prof of oral public health, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland.

**Inga B Árnadóttir**, dr odont, MPH, prof, Faculty of Odontology, University of Iceland, Reykjavik, Island.

**Lars Gahnberg**, registerhållare, SKaPa, prof, avd för orala sjukdomar, Inst för odontologi, Karolinska Institutet, Huddinge, Sverige.

**Anne Nordrehaug Åström**, prof, dr odont, Department of Clinical Dentistry, Faculty of Medicine, University of Bergen, Bergen, Norge.

i artikeln identifierades inte på ett systematiskt sätt utan återspeglar författarnas kollektiva kunskap om den befintliga relevanta litteraturen inom ämnet.

## TANDVÅRDSSYSTEM I NORDEN

De nordiska ländernas välfärdsstatsmodell, finansierad genom skattesystemen [2], innehåller liksom många andra kollektiva nyttigheter begreppet lika tillgång till sjukvård, vilket härstammar från tanken att alla medborgare har rätt till vård på lika villkor och att vård ska ges utifrån människors behov [3]. Den nordiska modellen kännetecknas av en stor offentlig tandvårdssektor med avlönad personal och finansierad genom beskattning samt en privat sektor som subventioneras av den offentliga sjukförsäkringen [4, 5]. Trots att tandvården i de nordiska länderna har många gemensamma drag har varje lands politiska historia påverkat organisation och finansiering och inget av länderna har exakt samma system, något som illustreras i tabell 1.

- Gemensamma synsätt i de nordiska länderna är:
1. utvidgad offentlig tandhälsovård som inkluderar alla barn och tillhandahåller "gratis" systematiska förebyggande tjänster och nödvändiga behandlingar
  2. antagandet av en gemensam befolkningsstrategi
  3. flexibilitet när det gäller samordnande och effektiv användning av allmänna och privata resurser.

## NYTTJANDE AV TANDVÅRD

### Norge

#### Barn och ungdomar

Information om besöksfrekvensen för 3–18-åringar, som finns tillgänglig i den offentliga tandvårdens journalsystem vilket handhas av Statistiska Centralbyrån (SSB), visar att 98 procent av alla barn och ungdomar mellan 3–18 år erbjöds gratis tandvård inom den offentliga tandvården under 2018, och 704 907 (70 procent) av 3–18-åringarna genomgick en undersökning eller behandling (SSB). Motsvarande siffror för 19–20-åringar var 41 procent. För 0–2-åringar finns ingen tillgänglig data.

### Vuxna

Mer än två tredjedelar av den vuxna befolkningen får sin tandvård genom den privata tandvården. Den offentliga tandvården behandlar ett mindre antal vuxna, mestadels de med särskilda behov såsom individer med psykiska besvär, äldre som bor på vårdhem, personer som får vård i hemmet och personer med missbruk. Ett antal studier, av vilka få är nationellt representativa, ger information om användningen av tandvård i olika åldersgrupper av den norska vuxna befolkningen. Andelen norska vuxna som rapporterade årliga tandvårdsbesök var 56,7 procent bland 20–39-åringar och 80,0 procent bland 40–59-åringar [6]. I en nationell undersökning från 2016, inkluderande åldersgruppen 25–35, uppgav cirka 47 procent årliga tandvårdsbesök [7]. En annan nationell studie från 2018, som inkluderade åldersgruppen 16–79-åringar, rapporterade 41 procent att de besökt tandvården minst en gång per år under de senaste 5 åren, medan 20 procent rapporterade att de inte besökt tandvården under denna period (Åstrøm, Sulo, Smith, 2019, i manuskript).

### Individer med särskilda behov

I en norsk kohortstudie av äldre individer, 65 och 70 år gamla, genomförd 2007 och 2012, var besöksfrekvensen 85 procent respektive 87 procent per år [8]. Mellan 65 och 70 års ålder minskade ”mindre frekventa tandvårdsbesök” från 14,5 procent till 12,2 procent. Motsvarande prevalensnivåer i en parallell svensk kohort var 14 procent och 13 procent [9]. I Sverige uppgick prevalensen av tandhygienistbesök till 26,0 procent och 57,2 procent vid 50 (1992) respektive 70 års ålder (2012) [10].

Endast 7,5 procent av den allmänna vuxna befolkningen undersöktes eller behandlades av den offentliga tandvården i Norge under 2018. Specifika grupper – till exempel patienter med drogproblem som får medicinskt assisterad rehabilitering (MAR) och barn, ungdomar och unga vuxna med tandvårdsrädsla – är missgynnade jämfört med den allmänna befolkningen när det gäller regelbunden användning av tandvårdstjänster (Mbumba och Larsen, 2018, publicerade data).

### Finland

#### Barn och ungdomar

Sedan det offentliga tandvårdssystemet infördes (1950-talet) har praktiskt taget alla barn och ungdomar nyttjat de offentliga tjänsterna. Fram till mitten av 1990-talet undersöktes nästan alla barn inom den offentliga tandvården varje år. Under 1990-talet infördes en ny praxis med återkallningsintervall baserad på individuellt behov, vilket ledde till en minskning av antalet patienter som genomgick en årlig undersökning [11]. År 2000 genomgick 66 procent av femåringar en undersökning, för 12- och 18-åringar var motsvarande siffror 77 procent respektive 43 procent. Inkonsekventa re-

gionala skillnader kunde noteras, med en besöksgrad på 64,1 procent i den södra regionen, vilket var betydligt lägre än i de andra länen. Det högsta deltagandet noterades i mellersta och nordliga Finland. Efter en större tandvårdsreform 2001–2002 ökade vuxnas efterfrågan på vård inom det offentliga systemet och fokus verkade skifta från barn och ungdomar till vuxna. Besöksnärvaron bland barn minskade ytterligare fram till dess att riktlinjer etablerade från 2011 fastställde tydligare kriterier för recall av barn och ungdomar.

### Vuxna

I Finland har man sett lägre besöksfrekvens bland vuxna jämfört med de andra nordiska länderna. Förklaringen till detta kan härledas till tidigare lagstiftning, som prioriterade offentligt finansierade tjänster riktade till barn och ungdomar. Självfinansierad tandvård i privata praktiker var det enda alternativet för vuxna. Dessutom kan ett större antal tandlösa personer i Finland förklara den lägre efterfrågan på tandvård. I tillägg har behovsbaserade individuella recallintervall längre än ett år varit standard redan sedan början av 1990-talet, och detta kan delvis förklara det lägre årliga nyttjandet av tandvårdstjänster i Finland under perioden 1990–2010.

Den offentligt subventionerade tandvården, antingen i form av lågavgiftstjänster i den offentliga tandvården eller genom partiell återbetalning av tandläkaravgifter i privatvården från den nationella sjukförsäkringen (NSI), har gradvis utökats. I och med den senaste reformen, som genomfördes 2001–2002, omfattas hela den finska befolkningen av offentliga tandvårdstjänster eller tjänster som återbetalas av den nationella sjukförsäkringen. Syftet med reformen var att öka jämlikheten i tillgången till vård för att i sin tur öka användningen av tjänster och därigenom i slutändan förbättra befolkningens tandhälsa.

### Individer med särskilda behov

Nyttjandegraden av tandvård har legat på låga nivåer bland äldre, men ett ökat användande har observerats under 2000-talet [12, 13]. Under 2017 rapporterades att 71 procent av personer som var 80 år eller äldre hade fått tandvård under föregående år [14]. Fysiskt och psykiskt funktionsnedsatta har rätt till offentligt finansierad vård, men besöker vården i lägre utsträckning än andra befolkningsgrupper.

### Sverige

Trots att det finns några publikationer som beskriver användningen av tandvårdssystemet i Sverige är bilden ofullständig. Detta faktum har nyligen lyfts fram av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) [15]. Vetenskapliga studier har huvudsakligen fokuserat på specifika subpopulationer såsom äldre [8, 16–18], personer med psykiatriska diagnoser [19] eller ungdomar [20]. När det gäller tandvård för vuxna som omfattas av det nationella subventionssys-

**”Trots att tandvården i de nordiska länderna har många gemensamma drag har varje lands politiska historia påverkat organisation och finansiering ...”**

Tabell 1. Tandvårdssystem i Norden

NORGE			
Befolkning	Sektor	Finansiering	Tandvårdspersonal/ befolkningsratio
Barn och ungdomar (0–18)	Offentlig	Offentlig (via skatt)	8,6 tandläkare/10 000 invånare (Statistics Norway, 2018)
Vuxna (18+)	Till största delen privat Offentlig i avlägsna områden	Delvis finansierad genom 1. ersättning-per-åtgärd (prissättning på den öppna marknaden) 2. nationell sjukförsäkring 3. privat sjukförsäkring	
Individer med särskilda behov: 1. Psykiskt funktionshindrade personer (hemmaboende eller boende på institution) 2. Äldre och långvårdspatienter (hemmaboende eller boende på institution) 3. Unga vuxna (19–20) 4. Specifika grupper, valda av varje region (interner, drogmissbrukare i medicinsk assisterad rehabilitering (MAR) etc)	Offentlig	Offentlig (via skatt)  Unga vuxna betalar 25 procent av de fasta avgifterna som fastställts av Hälso- departementet	
Specialistvård (parodontitbehandling, oralkirurgi, rehabilitering pga tandförlust associerad med parodontit)	Privat 5 offentliga kompetens-centra	Ersättning-per-åtgärd (prissättning på den öppna marknaden)  Nationell sjukförsäkring (högkostnads-skydd)	
FINLAND			
Befolkning	Sektor	Finansiering	Tandvårdspersonal/ befolkningsratio
Barn och ungdomar (0–17)	Offentlig	Offentlig (via skatt)	
Vuxna (17+)	Privat Offentlig	Patientavgifter  Offentlig – 15 procent återbetalning (ingen återbetalning för protetisk och ortodontisk vård)	
Individer med särskilda behov			
SVERIGE			
Befolkning	Sektor	Finansiering	Tandvårdspersonal/ befolkningsratio
Barn, ungdomar och unga vuxna (< 24)	Offentlig Privat	Offentlig (via skatt)	9,1 tandläkare/10 000 invånare (Statistics Sweden, 2017)
Vuxna (≥ 24)	Privat Offentlig	Privat – via ett ersättning-per-åtgärdssystem som subventioneras av staten: • Tandvårdsbidrag avsedda att främja tandvårdsbesök och förebyggande vård • Högkostnadsskydd  Offentlig – som ett alternativ till ersättning-per-åtgärdssystemet erbjuder de offentliga tandvårdsorganisationerna även ett avgiftssystem med tio nivåer av fasta avgifter baserat på individuella riskbedömningar	4,3 tandhygienister/10 000 invånare (Statistics Sweden, 2017)
Individer med särskilda behov	Privat Offentlig	Subventionerad vård organiserad av de svenska regionerna	
Specialistvård: pedodonti, ortodonti, orofacial medicin, endodonti, oral protetik, parodontologi, oralkirurgi, bettfysiologi, radiologi	Privat Offentlig	≤ 23 Offentlig (via skatt)  ≥ 24: Ersättning-per-åtgärd subventionerad av staten: • Högkostnadsskydd	





Tabell 1. Tandvårdssystem i Norden

DANMARK			
Befolkning	Sektor	Finansiering	Tandvårdspersonal/ befolkningsratio
Barn och ungdomar (0–18)	Till största delen offentlig	Offentlig (via skatt)	8,2 tandläkare/10 000 invånare (2015)
	Privat (I vissa fall out-sourcad till den privata sektorn)		4,1 tandhygienister/10 000 invånare (2015)
Vuxna (18+)	Privat	I huvudsak privat – ersättning-per-åtgärd (prissättning på den öppna marknaden)	
		Offentlig (olika nivåer av offentliga sjukförsäkringssubventioner)	
		Offentlig (ett antal olika subventioner för låginkomstgrupper)	
Individer med särskilda behov	Offentlig	I huvudsak offentlig (vissa patienter betalar ut egen ficka)	
	Privat (I vissa fall out-sourcad till den privata sektorn)		
Specialistvård: ortodonti och oralkirurgi	Offentlig	Offentlig (via skatt)	
	Privat	Privat – ersättning-per-åtgärd (prissättning på den öppna marknaden)	
ISLAND			
Befolkning	Sektor	Finansiering	Tandvårdspersonal/ befolkningsratio
Barn och ungdomar (0–18)	Privat	Offentlig (via skatt)	7,9 tandläkare/10 000 invånare (2019)
		Privat – årlig besöksavgift på 2 500 ISK	
Vuxna 18–67	Privat	Prissättning på den öppna marknaden	
Individer med särskilda behov	Privat	Inte täckt av den isländska sjukvårdsförsäkringen	
		Partiell återbetalning (50 procent) genom sjukvårdsförsäkringen (endast för patienter ≥ 67 år eller invaliditetspensionärer)	
		På sjukhus eller vårdhem – för intagna äldre individer täcker den isländska sjukvårdsförsäkringen helt tandvårdskostnader	

temet för tandvård har Socialstyrelsen en utmärkt onlinetjänst [21].

#### Barn och ungdomar

Cirka 90 procent av Sveriges barn och ungdomar får vård vid offentliga tandkliniker. Sverige har en lång tradition av regelbundna tandhälsokontroller. I mitten av förra seklet var det vanligaste recallintervallet tolv månader, även om vissa tandläkare förespråkade kortare intervaller. Denna tradition förändrades gradvis under 1990-talet då systematisk riskbedömning och individualiserade förebyggande och icke-operativa åtgärder infördes, och i dag används ofta individualiserade riskrelaterade recallintervall på mellan 6 och 36 månader. I tillägg till ”gratis” tandvård för barn och ungdomar införde den svenska re-

geringen 1974 även en offentlig tandvårdsförsäkring med subventionerad tandvård för vuxna för att utjämna och förbättra befolkningens tandhälsa. Systemet med ”gratis” tandvård för barn och ungdomar och subventionerad tandvård för vuxna har gradvis förändrats. I dag är tandvård ”gratis” upp till 24 års ålder (tabell 1). Trots ”gratis” tandvård fram till 24 års ålder förekommer det att barn och ungdomar utvecklar att besöka tandvården. I ett svenskt län utblev ungdomarna mellan 16 och 19 från 13,1 procent av de bokade tandvårdsbesöken [20].

#### Vuxna

Bland vuxna görs cirka 58 procent av tandvårdsbesöken vid privata tandvårdskliniker [22]. Majoriteten av vuxna, äldre än 40 år, går till privata tandvårds-

**”I Sverige, Island, Finland och Danmark har det visats att kvinnor besöker tandvården mer frekvent än män.”**

kliniker [23] och mer än 70 procent av besöken sker inom en tvåårsperiod [24].

*Individer med särskilda behov*

Cirka 250 000 vuxna har rätt till subventionerad tandvård med samma patientavgift som i det vanliga svenska sjukvårdssystemet. När det gäller fysiskt och psykiskt funktionsnedsatta rapporterar Myn-digheten för vård- och omsorgsanlys att ett stort antal av dessa individer inte har dragit nytta av den subventionerade tandvård som de har rätt till [25].

**Island**

*Barn och ungdomar*

Isländska barn måste registreras hos en familjetand-läkare som ansvarar för regelbundna kontroller, åt-minstone vartannat år. Tandläkaren ansvarar också för förebyggande och nödvändiga tandvårdsbehand-lingar utifrån individuella behov [26]. 2014 registre-rades 64 procent av barnen hos en familjetandläka-re, vilket kan jämföras med att det 2017 hade ökat till mer än 90 procent. För 3- och 17-åringar var motsva-rande andel 59 procent respektive 92 procent [26].

*Vuxna*

Regelbundna nationella undersökningar av hälsa och livsstil, som genomförts vartannat år och i all-mänhet inkluderar frågor om tandhälsa och tand-vårdsbesök, visade att 73 procent av patienter 18 år och äldre rapporterade att de genomgått årliga tand-hälsokontroller [27].

*Individer med särskilda behov*

50 procent i åldersgruppen 67 år och äldre rappor-terade år 2017 att de genomgått årliga tandhälso-kontroller [27].

**Danmark**

*Barn och ungdomar*

I Danmark är yrkesverksamma inom tandvården skyldiga att årligen rapportera tandstatus för ålders-grupperna 5-, 7-, 12- och 15-åringar. Rapporterna ad-ministreras och används av Sundhedsstyrelsen för planering och utvärdering av tandvårdssystemet [28], och deras data ligger här till grund för figur 1.

*Vuxna*

Kirkegaard et al hänvisar till rapporter som visar att mindre än 60 procent av de danska vuxna besökte en tandläkare minst en gång om året under perioden 1969–81 [29, 30]. Senare har regelbunden tandvård hos vuxna rapporterats vara 66 procent i ett stick-prov från åren 1981–82 [29] och i intervallet 80–88 procent i stickprov från 2000 respektive 2007–2008 [31, 32]. Nyttjandet av tandvård mätt genom att räk-na försäkringsfordringar från nationella sjukförsäkringsdata ger en översikt av besöksfrekvensen under åren 2000–2016 (figur II). Sådan data innehåller endast information från de vuxna som går till priva-

ta tandkliniker. Andelen vuxna som får vård via det offentliga tandvårdssystemet – till exempel äldre på vårdhem eller andra institutionaliserade vuxna – redovisas inte, och även om de utgör en minoritet förklarar det en del av icke-närvaron. Dessutom finns lågriskpatienter med recallintervall längre än tolv månader inte representerade varje år på grund av att folkräkningen görs varje år, men figur II ger ändå en bild av tendenser i besöksmönstret inom tandvården.

*Individer med särskilda behov*

År 2017 hade enligt uppgift cirka 63 000 vuxna psy-kiska eller sociala problem och 47 000 vuxna funk-tionshinder [33]. En del nyttjar privat tandvård, eventuellt med ökade subventioner från folkhäl-soförsäkringen, medan andra kan behöva remitte-ras till specialistvården. Med viss överlappning med den tidigare patientgruppen kan äldre patien-ter boende på ålderdomshem/vårdhem också vara berättigade till specialiserad vård. Enligt en under-sökning genomförd av Sundhedsstyrelsen remitte-rades 24 726 patienter under 2015 till specialiserad vård för äldre [1], medan uppskattningsvis 52 000–63 000 patienter ansågs vara berättigade till denna tjänst, vilket lämnar ungefär 27 000–38 500 (52–61 procent) troligen berättigade patienter utan remiss [34]. I tillägg till indikationerna på att det finns en risk för att missgynnade patienter går förlorade vid övergången från en tandvårdssektor till nästa, visar två danska studier där man tittat på ett urval av icke-institutionaliserade respektive inlagda psykiatriska patienter att dessa patientgrupper besöker tandvår-den mindre regelbundet [35, 36].

**FAKTORER RELATERADE TILL NYTTJANDE AV TANDVÅRD**

**Kön – tandvårdsrädsla**

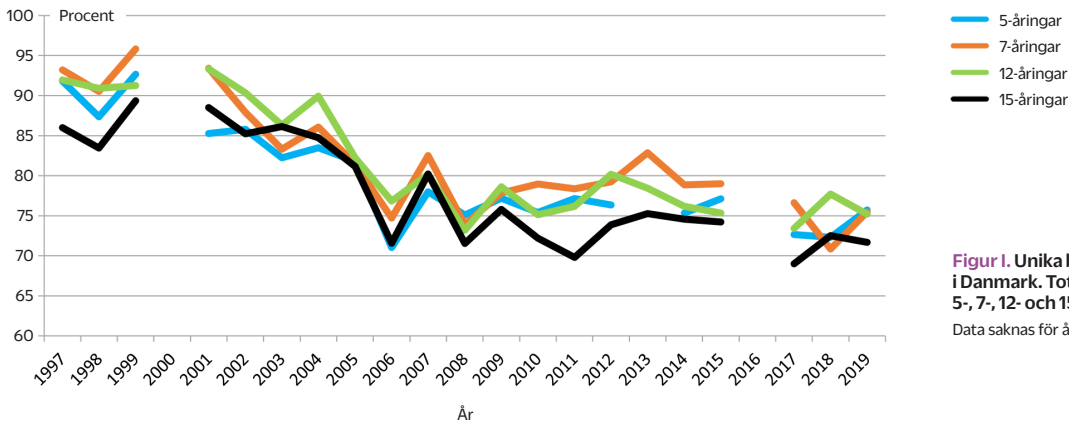
Åstrøm et al fann betydande samband mellan tand-vårdsrädsla och mindre frekvent nyttjande av tand-vård i Norge bland 25-åringar såväl 1997 som 2007 [37]. I Finland visade sig tandvårdsrädsla leda till oregelbundet nyttjande av tandvårdstjänster bland vuxna, 30 år eller äldre [38]. En svensk studie rap-porterade att 11 procent av männen och 15 procent av kvinnorna i åldern 25–35 år bekräftade att de undvek tandvården på grund av rädsla efter obehagliga upp-levelser av tandvården i barndomen (Åstrøm, Sulo, Smith, 2019, manuskript, inte publicerat). Undvikande av tandvård på grund av tandvårdsrädsla relate-rad till upplevelser av tandvård i barndomen kunde också observeras i en kohort av äldre i Sverige [39]. I Sverige [9], Island, Finland [14] och Danmark [30, 40] har det också visats att kvinnor besöker tandvår-den mer frekvent än män [30, 40].

**Utbildning, socioekonomisk status, rökning, civilstatus och tillgång till tandvård**

Lägre utbildningsnivå, att vara född i utlandet, en-samstående och att vara rökare ökade sannolikhe-

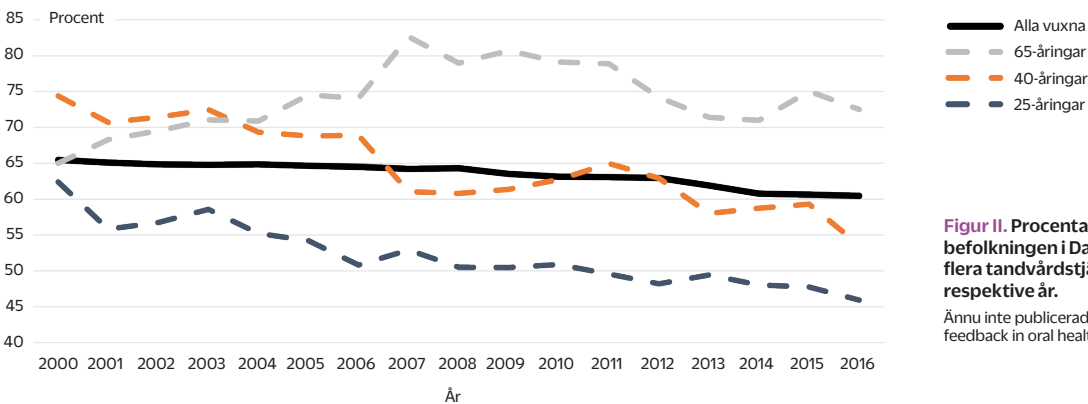


### Nyttjande av tandvård bland barn i Danmark



Figur I. Unika brukare av kommunal tandvård i Danmark. Total population för 5-, 7-, 12- och 15-åringar. Data saknas för åren 2000 och 2016.

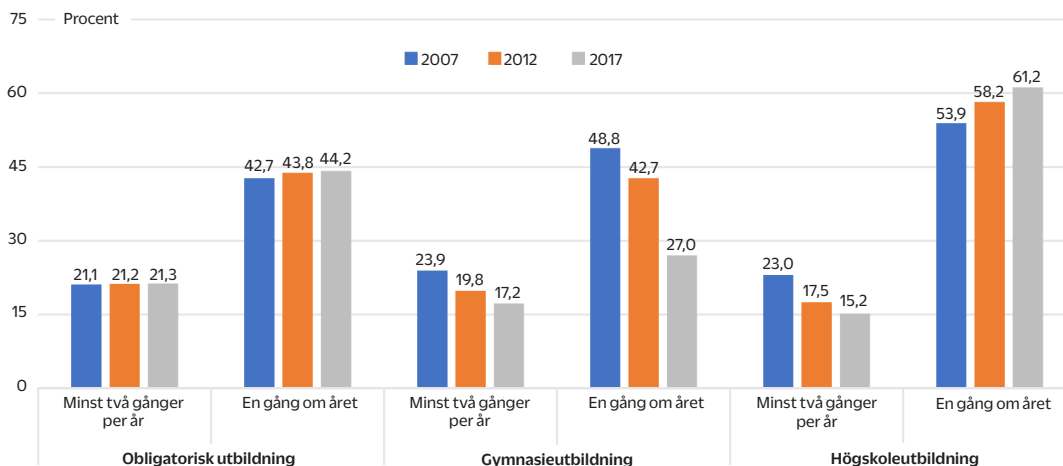
### Nyttjande av tandvård bland vuxna i Danmark



Figur II. Procentandel av den vuxna befolkningen i Danmark som erhölet en eller flera tandvårdstjänster inom privatvård under respektive år.

Ännu inte publicerad data från "Danish claims data for feedback in oral health care".

### Utbildningsnivå och nyttjande av tandvård i Island



Figur III. Utbildningsnivå relaterad till nyttjande av tandvård i Island under 2007, 2012 och 2017 [26].

ten för mindre frekventa tandvårdsbesök över tid i två norska och svenska kohorter av äldre, justerad för social ojämlikhet [9]. Vikum et al fann en tydlig fördel för kopplingen mellan hög inkomst och ojämlikhet i tandvårdsanvändande i Norge i alla åldersgrupper, tydligast bland personer över 60 år [6]. Fördel i kopplingen mellan utbildningsnivå och ojämlikhet hittades endast bland deltagare som var 60 år och äldre. På Island är sambandet mellan utbildningsnivå och tandvårdsbesök tvetydigt (figur III). I Danmark verkade sambandet mellan utbildningsnivå och tandvårdsbesök bli statistiskt insignifikant när man justerade för kön, bostadsområde, arbetsmarknadsdeltagande, hushållsinkomst och tandstatus [40]. I Finland styr socioekonomiska faktorer valet mellan de två sektorerna, offentlig och privat, vilket upprätthåller ojämlikheten gällande tillgången till vård [14]. Enligt nationellt representativa undersökningar gjorda postledes minskade emellertid den socioekonomiska ojämlikheten i nyttjandet av tandvård något från 2001 till 2007 [41].

En rapport från SSB [42] behandlar problemet med icke tillgodosett behov av tandvård bland vuxna i Norge genom att fråga ”Har du någon gång under de senaste tolv månaderna haft behov av att gå till tandläkaren utan att göra det?”. Förekomsten av icke-tillgodosett behov av tandvård i Norge var cirka 9 procent under 2005 och 2010 [42]. Ekonomin noterades som det viktigaste skälet till att inte besöka en tandläkare när man hade behov.

Sammantaget var i EU-länderna den vanligaste anledningen till icke-tillgodosedda behov av tandvårdsbehandling eller undersökning den finansiella kostnaden [43]. År 2018 hade enligt uppgift 4 procent av EU:s befolkning ett otillfredsställt behov av tandundersökning eller behandling [43]. Ett undantag var Finland där inte kostnaden utan kötiden (väntelista) angavs som det vanligaste skälet (5 procent).

I Sverige är användningen av tandvårdsbidrag relaterad till inkomst, ålder och utbildningsnivå på så sätt att låg inkomst, låg utbildningsnivå och hög ålder korrelerar med låg användning av tandvårdsbidrag [44]. Ytterligare en faktor som är viktig för nyttjandet av tandvård är tillgången till densamma. Fördelningen av tandvårdspersonal, särskilt tandläkare, är ojämn i Sverige. I den nordligaste delen av landet är antalet tandläkare per 10 000 invånare 4,4 medan motsvarande medelvärde för hela landet är 9,1. Det finns en tydlig tendens att svenska tandläkare föredrar att bo och arbeta i mer tätbefolkade områden.

#### Tandhälsostatus

Kopplingen mellan nyttjandet av tandvård och kliniska tandhälsoindikatorer, såsom tandförlust, är tvetydig. I vissa tidigare studier som genomförts i Storbritannien och Tyskland har man visat att de patienter som årligen besökte tandvården hade en högre karieserfarenhet och färre friska obehandlade

tänder än de som besökte tandvården mindre frekvent [45, 46]. I Danmark har kopplingar, inom ett representativt urval av danska vuxna, funnits mellan icke- eller oregelbunden användning av tandvård och sämre tandstatus, i form av tandlöshet och tandprotesanvändning [31]. I en longitudinell studie bland finska vuxna har oregelbunden användning av tandvårdstjänster visat sig leda till sämre subjektiv tandhälsa [47].

Forskare har uppmärksammat oro för de ekonomiska konsekvenserna, fördelarna med förebyggande tandvård och risken för överbehandling kopplad till ett mönster av frekventa tandvårdsbesök [48]. En ny finsk studie av barn och ungdomar under perioden 2001–2013 drog slutsatsen att de behandlingar som patienterna fått och de behandlingar som det fanns ett behov av, inte överensstämde inom barn-tandvården. Barn som inte var i behov av behandling fick mer förebyggande tandvård än de barn som hade behov av sådan tandvård [49]. Ungdomar som inte rapporterade några tandvårdsbesök var mindre benägna att rapportera oral påverkan på dagliga prestationer (OIDP > 0) än de som bekräftade att de hade besökt en tandläkare under de senaste två åren [50]. Kohortstudier av äldre från Norge och Sverige visar emellertid lägre förekomst av oral påverkan på dagliga prestationer bland regelbundna och frekventa tandvårdsbesökare jämfört med de som besökte tandvården oregelbundet och mindre frekvent [8]. Dessutom har det visats att bland danska användare av tandvårdssystemet har oregelbundna användare oftare fått tänder utdragna än regelbundna användare [40].

Genom att fokusera på orsaken till tandvårdsbesöken, huruvida de var problem- eller preventionsinriktade, avslöjades att de besökare som var inriktade på förebyggande var mindre benägna än sina problemorienterade motsvarigheter att rapportera oral påverkan och tandförluster över tid [51]. Riktningen på sambandet mellan tandvårdsbesök och utfallet för tandhälsan kan bero på orsaken till tandvårdsbesöket; att vara problemorienterad kan avspegla närvaron av orala problem, att vara förebyggande orienterad kan spegla en önskan att undvika tand-sjukdomar. Globalt verkar det finnas en skillnad mellan låg- och höginkomstländer. I låginkomstländer sker tandvård oftast som en följd av orala sjukdomar och tandproblem, i höginkomstländerna är tandvårdsanvändandet främst inriktat på förebyggande och frekventa tandvårdsbesök förknippas med färre orala sjukdomar och god tandhälsa. Några nyligen genomförda studier av den allmänna vuxna norska befolkningen, baserade på kohort och tvärsnittsdesign, har visat att negativa erfarenheter av tandvården som barn ökar sannolikheten för att individen undviker tandvård, vilket i sin tur ökar förekomsten av tandförluster [39].

Trots metodologiska och praktiska svårigheter att fastställa bevis för orsakseffekterna av tandvårds-

”... de besökare som var inriktade på förebyggande var mindre benägna än sina problemorienterade motsvarigheter att rapportera oral påverkan och tandförluster över tid.”



system, är det inte meningsfullt att ifrågasätta skälen till tandvårdssystemen, vilket understöds av att tillgången till vård är lagstadgad och grundläggande för den nordiska välfärdsmodellen. En nyttjandegrad av tandvård som är alltför låg kan ses som problematisk, både etiskt och juridiskt, eftersom det tyder på problem med ojämlik tillgång [52]. Det är därför meningsfullt att diskutera hur de nordiska tandvårdssystemen kan organiseras ännu bättre och dela kunskap om hur man bäst tar hänsyn till problemen med ojämlik tillgång till tandvård.

Alla nordiska länder verkar dra nytta av välfärdsstatens organisation i sina tandvårdssystem. Stora andelar av befolkningen, i olika åldrar, nyttjar tandvården regelbundet. Men det förekommer socioekonomisk ojämlikhet i nyttjandet av tandvården, även om den i vissa länder har minskat under åren. Icke tillgodosedda behov av tandvård tillskrivs kostnaderna för behandling, men också väntelistor och tillgång till tandvård. För att garantera service för individerna med störst behov bör framtida forskning fokusera på samspelet mellan organiseringen av tandvårdssystemet, dess användning och människors upplevelse av icke tillgodosedda behov.

### SAMMANFATTNING

Nyttjande av tandvård, här synonymt med tandvårdsbesök, definieras som andelen av en befolkning som får tandvård under en viss tid. Vad som anses vara regelbunden tandvård beror på patientens individuella behov. Organisationen av tandvårdssystem i de nordiska länderna har många gemensamma inslag och vilar på principen att medborgarna har rätt till lika tillgång till hälso- och sjukvård. I allmänhet är besöksfrekvensen hög bland befolkningsgrupper i alla de nordiska länderna, och nordiska populationer uppvisar god förståelse för behovet av regelbunden tandvård. Besöksnivåer som är lägre än 100 procent per år kan delvis förklaras av kontinuerligt förbättrad munhälsa i de nordiska befolkningarna och därmed ökar antalet individer som inte längre

behöver årliga tandvårdsundersökningar. Det finns dock indikationer på ett samband mellan en rad andra faktorer, till exempel tandvårdsrädsla, socioekonomiska faktorer, problem med tillgång till tandvård och kostnader å ena sidan och tandvårdsbesök å andra sidan. Det faktum att vissa befolkningsgrupper, särskilt äldre och socialt missgynnade grupper, inte drar nytta av tandvårdssystemen under den nuvarande organisationen är problematiskt, både ur ett etiskt och juridiskt perspektiv

### ENGLISH SUMMARY

*Utilization of oral healthcare in the Nordic countries*  
Kasper Rosing, Liisa Suominen, Inga B Árnadóttir, Lars Gahnberg and Anne Nordrehaug Åström  
*Tandläkartidningen* 2021; 113 (2): 56–64

Utilization of oral healthcare is defined as the proportion of a population receiving dental care within specified time. What is considered regular dental care depends on individual patient needs. The organization of dental care systems in the Nordic countries share many common features and is formed on the principle that all citizens are entitled to equal access to healthcare. Generally, across population groups in all Nordic countries, high rates of attendance are seen and the Nordic inhabitants recognize for the need for regular dental care. Yearly attendance rates, lower than a 100 percent, may partly be explained by continuous improvement of the Nordic population oral health and therefore an increasing number of individuals no longer need yearly oral examinations. However, evidence points to associations between a range of additional factors, for instance dental fear, socioeconomic factors, access issues and cost on one side with dental attendance on the other. The fact that some population groups, especially the elderly and socially disadvantaged groups, do not fully benefit from the oral healthcare systems under the current organization, is problematic from both ethical and legal perspectives. ●

**”Icke tillgodosedda behov av tandvård tillskrivs kostnaderna för behandling, men också väntelistor och tillgång till tandvård.”**

### Referenser

1. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/-/media/Udgivelser/2016/NKR-for-fastlaeggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-undersogelser-i-tandplejen.aspx>
2. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K et al. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health* 2008; 18: 593–9.
3. Holst D. Varieties of oral health care systems. In: Pine C, Harris R, eds. *Community Oral Health*. 2nd ed. London: Quintessence Publishing Co Ltd, 2007; 467–77.
4. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2: 155–94.
5. Widström E, Ekman A, Aandahl LS et al. Developments in oral health policy in the nordic countries since 1990. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3: 225–35.
6. Vikum E, Westin S, Krokstad S et al. Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: The third Nord-Trøndelag Health Survey. *Scand J Public Health* 2012; 40: 648–55.
7. Åström AN, Lie SA, Gulcan F. Applying the theory of planned behavior to self-report dental attendance in Norwegian adults through structural equation modelling approach. *BMC Oral Health* 2018; 18: 95.
8. Gülcan F, Ekbäck G, Ordell S et al. Exploring the association of dental care utilization with oral impacts on daily performances (OIDP)—a prospective study of ageing people in Norway and Sweden. *Acta Odontol Scand* 2018; 76: 21–9.
9. Gülcan F, Ekbäck G, Ordell S et al. Social predictors of less frequent dental attendance over time among older people: Population-averaged and person-specific estimates. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 263–73.
10. Åström AN, Ekbäck G, Ordell S et al. Dental hygienist attendance and its covariates in an ageing Swedish cohort. *Eur J Oral Sci* 2017; 125: 487–94.
11. Lahti SM, Hausen HW, Widström E et al. Intervals for oral health examinations among Finnish children and







## Referenser

- adolescents: Recommendations for the future. *Int Dent J* 2001; 51: 57–61.
12. Suominen-Taipale L, Kansanterveyslaitos (Finland). Oral health in the Finnish adult population: Health 2000 Survey. *Kansanterveyslaitos* 2008; 95.
  13. Suominen AL, Helminen S, Lahti S et al. Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health* 2017; 17: 78.
  14. Julkari. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  15. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Yttrande avseende slutbetänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter. (Set juni 2020.) Tillgänglig från: URL: [https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac353fa/1510316351336/160202\\_remissvar\\_tandvardsstod.pdf](https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac353fa/1510316351336/160202_remissvar_tandvardsstod.pdf)
  16. Derblom C, Hagman-Gustafsson M-L, Gabre P. Dental attendance patterns among older people: a retrospective review of records in public and private dental care in Sweden. *Int J Dent Hyg* 2017; 15: 321–7.
  17. Grönbeck-Linden I, Hägglin C, Petersson A et al. Discontinued dental attendance among elderly people in Sweden. *J Int Soc Prev Community Dent* 2016; 6: 224–9.
  18. Fereshtehnejad S-M, Garcia-Ptacek S, Religa D et al. Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals. *Alzheimers Dement* 2018; 14: 10–9.
  19. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 263–71.
  20. Fägerstad A, Lundgren J, Windahl J et al. Dental avoidance among adolescents – a retrospective case-control study based on dental records in the public dental service in a Swedish county. *Acta Odontol Scand* 2019; 77: 1–8.
  21. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för tandhälsa. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_tandhalsa/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tandhalsa/val.aspx)
  22. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Dental care. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.tlv.se/in-english/dental-care.html>
  23. Lundegren N. Oral health and self-perceived oral treatment need of adults in Sweden. *Swed Dent J Suppl* 2012; 10: 10–76.
  24. Ljung R, Lundgren F, Appelquist M et al. The Swedish dental health register – validation study of remaining and intact teeth. *BMC Oral Health* 2019; 19: 116.
  25. The Swedish agency for health and care services analysis. Tandlösa tandvårdsstöd. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.var-danalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2015-3-tandlosa-tandvardsstod.pdf>
  26. Sjúkratryggingar Íslands. Tannlækningar barna. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.sjukra.is/heilbrigdistjonususta/tannlaekningar/born-og-ungmennitannlaekningar-barnasamkvaemt-samningi-siog-tfi/>
  27. Directorate of health. Fleiri halda eigin tönnum lengur. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35340/Talnabrunnur\\_Agust\\_2018\\_.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35340/Talnabrunnur_Agust_2018_.pdf)
  28. Sundheds- og ældreministeriet. Vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.rets-information.dk/Forms/R0710.aspx?id=21384>
  29. Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grønbaek L. Oral health status, dental treatment need, and dental care habits in a representative sample of the adult Danish population. 1982.
  30. Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Scand J Prim Health Care* 1984; 2: 167–73.
  31. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB et al. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent* 2004; 64: 127–35.
  32. Kongstad J, Ekstrand K, Qvist V et al. Findings from the oral health study of the Danish Health Examination Survey 2007–2008. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 1560–9.
  33. Kommunernes landsforening. Fælles om fremtidens socialpolitik. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.kl.dk/media/17547/faelles-om-fremtidens-socialpolitik.pdf>
  34. Sundhedsstyrelsen. Modernisering af omsorgstandplejen. Anbefalinger for en styrket forebyggelse, behandling, visitation og organisering. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Modernisering-af-omsorgstandplejen.aspx?la=da&hash=39900362CC9B821CAB4497AC90F869351F595467>
  35. Hede B, Petersen PE. Self-assessment of dental health among Danish noninstitutionalized psychiatric patients. *Spec Care Dentist* 1992; 12: 33–6.
  36. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 35–40.
  37. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 2011; 11: 10.
  38. Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V et al. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000–2011. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47: 309–15.
  39. Bernabé E, Lie SA, Mastrovito B et al. Childhood negative dental experiences and tooth loss in later life: A 25-year longitudinal study in Sweden. *J Dent* 2019; 89: 103198.
  40. Rosing K, Hede B, Christensen LB. A register-based study of variations in services received among dental care attenders. *Acta Odontol Scand* 2016; 74: 14–35.
  41. Raittio E. Use of oral health care services and perceived oral health after the oral health care reform introduced during 2001–2002. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2086-7/urn\\_isbn\\_978-952-61-2086-7.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2086-7/urn_isbn_978-952-61-2086-7.pdf)
  42. Statistics Norway. Statistikkbanken. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.ssb.no/statbank/>
  43. Eurostat. Unmet health care needs statistics. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics)
  44. Försäkringskassan. Korta analyser. (Set 2020 juni.) Tillgänglig från: URL: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/publikationer/korta-analyser>
  45. Richards W, Ameen J. The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. *Brit Dent J* 2002; 193: 697–702.
  46. Geyer S, Micheelis W. Changes in problem-based and routine-based healthcare attendance: A comparison of three national dental health surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 459–67.
  47. Torppa-Saarinen E, Tolvanen M, Suominen AL et al. Changes in perceived oral health in a longitudinal population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 46: 569–75.
  48. Patel R, Miner JR, Miner SL. The need for dental care among adults presenting to an urban ED. *Am J Emerg Med* 2012; 30: 18–25.
  49. Linden J, Widström E, Sinkkonen J. Children and adolescents dental treatment in 2001–2013 in the Finnish public dental service. *BMC Oral Health* 2019; 19: 131.
  50. Mbawalla HS, Masalu JR, Åström AN. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo – Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. *BMC Pediatr* 2010; 10: 87.
  51. Åström AN, Ekback G, Ordell S et al. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral health-related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 460–9.
  52. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9: 208–20.