



# Statistisk sentralbyrå om tannhelsetilstand og tannlegetjenester

Statistisk sentralbyrå (SSB) har laget rapportene «Tannhelse, personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk» og «Tannhelsetilstand og tannlegetjenester – analyser av regionale og sosiale skilnader i egenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetjenester og egenbetaling hos tannlege» på oppdrag av Helsedirektoratet i 2010 (Ekornrud, Jensen 2010 a,b). Analysene tar utgangspunkt i SSBs Levekårsundersøkelse 2008 om helse, omsorg og sosial kontakt og data fra KOSTRA. Levekårsundersøkelsen er en landsrepresentativ undersøkelse i den norske befolkning i private husholdninger. Datainnsamlingen er basert på en kombinasjon av personlig intervju (besøks- og telefonintervju) og postalt skjema som respondentene selv fyller ut. I tillegg blir opplysninger fra administrative og statistiske registre koplet på personene etter samtykke. Utvalgsstørrelsen er 10 000 personer med en svarprosent på 66,8 prosent.

Tannhelsetilstand og tannlegetjenester måles ved fire variabler som vi har brukt i mange undersøkelser. Også av den grunn er det interessant å studere resultatene av denne undersøkelsen. Tannhelsetilstand måles ved to variabler. 1: «Hvordan vurderer du din egen tannhelse? Meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig og meget dårlig». Meget god og god slås sammen til god og dårlig og meget dårlig til dårlig. 2: «Omtrent hvor mange av dine egne tenner har du igjen? Har du 20 eller flere, 10–19, 1–9 eller ingen?». De som svarer 20 eller flere defineres som å ha god tannstatus og de som har 1–9 eller ingen defineres som personer med dårlig tannstatus. Til hver person knyttes det bakgrunnskjenne-tegn (alder, kjønn, utdanning, inntekt, mot-tak av stønad) samt regionale kjenne-tegn ( landsdel, bostedsstrøk, tannleger og tannpleiere offentlig og privat og spesialister).

Den første rapporten beskriver offentlig og privat tannhelsetjeneste i årsverk og bruttodriftsutgifter samt årsverk i spesialitetene. Regionale forskjeller beskrives i forhold til offentlig og privat tannhelsetjeneste og personell. Egenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetjenester siste år, og betaling hos tannlege relateres til alder, inntekt, utdanning og bosted. Det observeres de forventede sammenhenger. I den andre rapporten er hovedvekten lagt på prediktive logistiske regresjonsanalyser. Sistnevnte viser sammenhengen mellom de valgte kjenne-tegn og den aktuelle faktoren, når det i analysen tas hensyn til den innbyrdes effekten av de aktuelle kjenne-tegn; eller det kontrolleres for effekten av de andre uavhengige variablene, som vi pleier å si.

Dette er på mange måter greie rapporter; de er basert på et stort utvalg, det er koblet på interessante bakgrunnsvariabler og resultatene fremgår klart av figurene og teksten. Når jeg likevel finner anledning til å kommenter rapportene er det av følgende grunner:

1. Rapportene er blitt til i et statistisk SSB vakuum. Det er ingen oppsummering av tidligere og samtidige undersøkelser hvor samme variabler har vært brukt. Store og mange små prosentforskjeller (bivariate sammenhenger) gis samme omtale og vekt i teksten, og resultatene diskuteres ikke i forhold til tilsvarende funn i andre undersøkelser.

2. Allerede før analysen defineres tannløshet og det å ha 1–9 tenner som dårlig tannhelse. Tannstatus målt som antall tenner er en irreversibel variabel som kumulerer konsekvensene av tidligere sykdom og behandling. Tann-ekstraksjon som behandlingsalternativ var ofte brukt tidligere. I dag trekkes det få tenner på befolkningsbasis bortsett fra visdomstenner og premolarer pga. kjeveortopedisk behandling (1).

3. Når alle bakgrunnsvariabler prosentueres mot de fire variabler, som deles opp i flere todelte variabler, så oppstår det prosentdifferansevirvar hvor leseren lett mister oversikten. Det skrives at kun signifikante forskjeller inkludert i de beskrivende figurene. Det å teste så mange differanser er lite hensiktsmessig, ikke minst når de samme variablene anvendes i multiple regresjoner etterpå.

4. Egenvurdert tannhelse er respondentenes subjektive oppfattelse av sin tannhelse. Det er en vesentlig variabel, som imidlertid må tolkes med en viss forsiktighet. Vær oppmerksom på at 50 prosent av de tannløse svarer at de har en god tannhelse (2). Av de som har alle eller de fleste av sine egne tenner vurderte 73 prosent sin tannhelse som god.

5. Analysene av bruk av tannlegetjenester er mangelfulle fordi det ikke gjøres noe forsøk på å trekke inn variabler som kunne indikere behov for tannbehandling. Det forutsettes at det ikke å ha vært til tannlege siste året er et dårlig resultat. Utgangspunktet for SSBs analyse er at helst skulle alle ha vært til tannlege sist år: 100 prosent. I dag er det mange som går regelmessig til tannlege hver 18 måned eller annet hvert år. Behov for behandling er en ressurskrevende opplysning. Vi bruker derfor antall tenner (0, 1–10, 11–20, 20+tenner) som prokxyvariabel for behov. Antall tenner er alltid en sterk prediktor for sannsynligheten for å ha vært til tannlege, og når den inkluderes i analysen av tannlegebesøk og utgifter til tannbehandling svekkes effekten av inntekt og utdanning.

6. De logistiske regresjonene er tve-tydige. For det første dikotomiseres den samme variabel på to ulike måter henholdsvis god tannstatus og dårlig tannstatus. I tabelltekstene er n opp-gitt for henholdsvis dårlig og godt resultat, og n er forskjellig. Men hele

variabelen må jo være med analysen. N må derfor være lik. Det er uklart av teksten hvordan midtkategorien er behandlet. Er den inkludert eller utelatt? På en presentasjon av rapporten 24. januar spurte jeg om dette. Noen dager senere fikk jeg e-post fra forfatterne som fortalte at de hadde sjekket de åtte tabellene og at tabelltekstene nå ville bli forandret på nettversjonen av rapporten.

Jeg minner om at rapportens resultater på tannhelse- og statusvariablene er konsekvenser av hvordan folk levde og hvilke tannhelsetjenester de hadde da de vokste opp og senere i voksenlivet. Husk at de som i dag er 70 + er født før 1940, de som er 50–60 år ble født i 1950–1960. Hvilke tannhelsevaner, fluordekning og tannhelsetjeneste hadde vi i 1930–1960? Hvilke inntrykk sitter denne delen av befolkningen igjen med og hvordan påvirker det deres egen oppfattelse av tannhelsen? Men selv om betingelsene for å bevare en god tannhelse er blitt mye bedre i mellomtiden for alle, kan de tidligere sporene ikke viskes ut av målemeto-

dene for tannstatus. Trøndelagsundersøkelsene har fulgt tannhelseendringer både retrospektivt, prospektivt og i tverrsnitt (2). Studiene har belyst hva tidlig tannhelsemiljø har betydd for dagens voksne og hvordan tannhelsen har utviklet seg i livsløpet for flere fødselskohorter. Ved tverrsnittsanalyser har vi sett hvordan nye unge voksne har betydelig bedre tannhelse enn tidligere i samme aldersgruppe, og vi har vist at på flere tannhelsevariabler er den sosiale ulikheten forsvunnet. Hvis vi tolker foreldrenes tannhelse som uttrykk for familiens sosiale status med tilhørende tannhelseatferd, ser vi hvordan sosial status og forebyggende atferd er vevet sammen i et nesten ubrytelig livslangt mønster. Mønsteret er typisk for mellomkrigsgenerasjonen og frem til 1960-tallet. Den nye generasjon vokser opp med mye mindre risiko for tannhelsetap. Nye former for sosial ulikhet i tannhelse kan oppstå, men da i mindre grad synlige på de tradisjonelle tannhelseindikatorer og trolig mer på moderniserte behandlingsindikatorer.

Mye av den sosiale ulikhet vi kan registrere på tannhelsevariabler i dag er resultat av gårdsdagens ulikhetsskapende forhold. Den sosiale ulikhet er tydelig redusert fra 1970-tallet til nå. Hvis det lages politikk på basis av dagens målte sosiale ulikhet i tannhelse, som er resultat av tidligere forhold, vil treffsikkerheten bli svak. Utfordringen er å identifisere hvordan dagens ulikhetsskapende forhold vil påvirke fordelingen av god tannhelse fremover.

Dorthe Holst

#### Referanser:

1. Holst D, Skau I. Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 2010; 120: 164–9.
2. Holst D, Grytten I, Skau I. Egenverdert tannhelse, helse og tannstatus i den voksne befolkning i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 575–80.
3. Holst D, Schuller AA. Oral helse i livsløpsperspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid* 2010; 120: 974–81.

## Tannteknisk laboratorium - formidling og egenprodusert tannteknikk.



Vi sender til  
Hong Kong hver  
tirsdag og fredag



"Man verdsetter ikke sine tenner så lenge man har dem"  
Ordspråk, Bengali

**Valplast fra 1350,-**  
**MK-krone fra 690,-**  
**Cobolt - chrom fra 995,-**  
**Kavo Everest Zirconium 1050,- pr. ledd**

**dental as**

ENKLERE MED ALT PÅ ETT STED!