

Trond Ekornerud og Arne Jensen

Tannhelse

Personell og kostnader, tannhelsetilstand og
tannlegebesøk

Rapportar I denne serien blir det publisert analysar og kommenterte statistiske resultat frå ulike undersøkingar. Undersøkingar inkluderer både utvalsundersøkingar, teljinger og registerbaserte undersøkingar.

© Statistisk sentralbyrå, juni 2010	Standardteikn i tabellar	Symbol
Ved bruk av materiale frå denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå givast opp som kjelde.	Tal er umogleg	.
	Oppgåve manglar	..
	Oppgåve manglar førebels	...
	Tal kan ikkje offentleggjerast	:
	Null	-
ISBN 978-82-537-7859-4 Trykt versjon	Mindre enn 0,5 av den brukte eininga	0
ISBN 978-82-537-7860-0 Elektronisk versjon	Mindre enn 0,05 av den brukte eininga	0,0
ISSN 0806-2056	Førebels tal	*
Emne: 03.02, 03.01	Brot i den loddrette serien	—
	Brot i den vassrette serien	
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Desimalskiljeteikn	,

Føreord

Rapporten er eit resultat av eit oppdrag Statistisk sentralbyrå har utført for Helsedirektoratet våren 2010. Det overordna føremålet er å presentere og omtale utvalde kjenneteikn og dimensjonar ved tannhelsetenesta og tannhelsestilstanden i Noreg.

Dei primære datakjeldene som er brukt i rapporten er KOSTRA (Kommune-Stat-Rapporteringa) og levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt. Gjennom KOSTRA blir det årleg publisert tal for ei rekke indikatorar på tannhelseområdet på lands- og fylkesnivå. Dette inkluderer mellom anna tal for årsverk og kostnader. Når det gjeld levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt inneheld denne ei brei kartlegging av fleire helse- og levekårrområde og inngår i Statistisk sentralbyrås samordna levekårundersøkingar. Levekårundersøkinga med helse, omsorg og sosial kontakt som tema blir gjennomført kvart tredje år, seinast i 2008.

Rapporten tar i all hovudsak utgangspunkt i opplysningar frå 2008. I samband med presentasjon og omtale av data frå KOSTRA blir rett nok opplysningar frå fleire årgangar brukt for å vise endringar over tid. Når det gjeld levekårundersøkinga inneheldt undersøkinga ei omfattande kartlegging av tannhelseområdet i 2008. Difor er denne årgangen lagt til grunn i presentasjon og omtale av data frå levekårundersøkinga.

For meir informasjon om KOSTRA viser ein til tal og informasjon som er publisert på Statistisk sentralbyrås nettsider, til dømes www.ssb.no/kostra/. For ytterlegare opplysningar om levekårundersøkinga viser ein til publiserte tal i Statistisk sentralbyrås statistikkbank og dokumentasjonsrapporten for undersøkinga som blei gjennomført i 2008 www.ssb.no/emner/00/90/levekaar/oversikt.html.

Samandrag

Rapporten presenterer og omtalar eit utval sentrale tal frå høvesvis KOSTRA og levekårundersøkinga. Føremålet er å gi eit bilete av personell (sysselsetjing) og driftsutgifter så vel som tannhelsetilstand, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege. Tannhelsetenesta i Noreg er delt opp i ein fylkeskommunal (offentleg) og ein privat sektor. Informasjon om den offentlege sektoren er god som følgje av den årlege rapporteringa frå fylkeskommunane gjennom KOSTRA. Verksemda i den private sektoren er ikkje like godt dokumentert. Levekårundersøkinga i 2008 kartla tannhelserelevante tema som gir moglegheit til å dokumentere meir av verksemda i den private tannhelsetenesta.

Bakgrunnsinformasjon om den norske tannhelsetenesta si oppbygging, samt datakjeldene som danner grunnlaget for rapporten blir presentert i kapittel 1.

Personell og kostnader i tannhelsetenesta seier noko om innsatsfaktorane som ligg til grunn for tannhelsetenesta i landet. Tala viser at det har skjedd ein nedgang i personelltettleiken samla i femårsperioden 2004-2008 for den offentlege tannhelsetenesta om ein ser det i forhold til dei prioriterte gruppene dei skal tene. I den private tannhelsetenesta har den samla personelltettleiken auka noko i same periode. Samstundes er det store fylkesvise skilnader både når det gjeld personelltettleik og kostnader.

Personell og kostnader i den offentlege og private tannhelsetenesta blir presentert i kapittel 2.

Medan rapporteringa av eigenvurdert tannhelse i levekårundersøkinga måler generell tannhelsetilstand, måler rapporteringa av tannstatus (talet på tenner) meir graden av tannsjukdom. Det er likevel ein klar samanheng mellom desse to tannhelsemåla. Det er vidare ein eintydig tendens til at tannhelse blir betre med aukande inntekt, at personar busette i Nord-Noreg har dårlegast tannhelse og tannstatus, og at eigenvurdert tannhelse og tannstatus er best blant dei med høgare utdanning.

Eigenvurdert tannhelse, tannstatus (talet på tenner) og førebygging av tannproblem blir presentert i kapittel 3.

Rapportering av tannlegekonsultasjonar i den vaksne befolkninga gir eit uttrykk for befolkninga si bruk av tannhelsetenester. Kor ofte ein blir tilråda å besøke tannlegen varierer med alderen, og norma for vaksne har også endra seg over tid. Samstundes er det rimeleg å tru at regelmessige besøk hos tannlege vil vere med på å førebyggje problem og gi god tannhelse. Det er ein eintydig tendens til at hyppigheita på tannlegebesøk går ned med fallande inntekt, og at personar busett i Nord-Noreg går sjeldnast til tannlege, har flest akutte tannlegebesøk og er minst nøgd med kor raskt dei fekk hjelp.

Tannlegekonsultasjonar blir presentert i kapittel 4.

Finansieringa av tannhelsetenester for vaksne i alderen 21 år og eldre skjer i all hovudsak gjennom eigenbetaling. Det finst relativt lite informasjon om kor mykje befolkninga faktisk betalar hos tannlege og kor mykje av betalinga dei får refundert gjennom til dømes folketrygda. Levekårundersøkinga kartlegger både eigenbetaling og refusjonar frå folketrygda. Det er dei med låge inntekter som har høgast tannhelseutgifter, og personar busett i Oslo og Akershus har høgast utgifter til tannlege samanlikna med andre landsdelar.

Eigenbetaling og refusjonar hos tannlege blir presentert i kapittel 5.

Drøftinga av resultatata frå høvesvis KOSTRA og levekårundersøkinga blir presentert i kapittel 6.

Abstract

The report present and discusses a selection of important numbers from KOSTRA (Municipality-State-Reporting) and the level of living survey with regard to dental health care and oral health in Norway. The purpose is to picture the situation regarding personnel and current expenditure as well as oral health, use of dentists and patient's payment using the service. The dental health care services in Norway consist of two sectors, a public county municipal sector and a private sector. Due to annual reports from the county municipalities through KOSTRA the knowledge concerning the public sector is good. The documentation of the activity and operation of the private sector is not equally satisfying. However, the level of living survey in 2008 mapped out some topics related to dental health care which offer an opportunity to provide more information about the activities in the private sector.

The coverage of personnel and the current expenditure of the dental health care services provide some knowledge regarding the factor inputs of the dental health care services in Norway. For the public dental health care services the information from KOSTRA shows a decrease in the coverage of personnel in total from 2004 to 2008 in proportion to the priority groups the public sector is supposed to serve. For the private dental health care services the coverage of personnel in total has increased in the same period of time. At the same time there are considerable differences between the county municipalities when it comes to the coverage of personnel and costs.

While "self-reported oral health" measures the more general dental health state of the population, "teeth status" (number of teeth) is to a certain extent measuring illness and diseases in teeth. These measures are covered by the level of living survey and the results shows a strong correlation between the two. Furthermore there is an unambiguous tendency for the oral health to improve with increasing income, that the residents of Northern Norway have the poorest oral health and teeth status compared to other parts of the country, and that self-reported oral health and teeth status is best among them with higher education.

The reports on dentist visits in the adult population picture the use of dental health care services in the population. The (professional) recommendations regarding how often people should consult a dentist depends on age, and the norm for the adult population has been altered over time. At the same time it is reasonable to assume that regular visits at the dentist would contribute to prevent problems and to produce a good oral health. There is an unambiguous tendency that the frequency of dentist visits declines with falling income. Furthermore the residents of Northern Norway are those who most infrequently visit dentists, who have the most emergency visits at the dentist, and who are the least satisfied when it comes to how quickly they are treated when they have acute problems.

The financing of dental care services for adults at the age of 21 or older is primarily based on patient's payment. There is little knowledge about how much the population actually pay at the dentist and how much of the payment they get refunded, e.g. through National Insurance. Those with lower incomes have the highest patient's payments, and residents of Oslo and Akershus has the highest payments compared to other parts of the country.

Innhald

Føreord	3
Samandrag	5
Abstract	6
1. Innleiing	8
1.1. Tannhelsetenesta i Noreg	8
1.2. KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringa)	9
1.3. Levekårundersøkinga	13
2. Personell og kostnader	19
2.1. Tannlegar, tannpleiarar og tannlegespesialistar	19
2.2. Driftsutgifter i den offentlege tannhelsetenesta	24
2.3. Utgifter i den private tannhelsetenesta	26
3. Tannhelsetilstand og -førebygging	28
3.1. Eigenvurdert tannhelse	28
3.2. Tannstatus og førebygging av tannproblem	34
4. Tannlegekonsultasjonar	42
4.1. Tidspunkt for siste tannlegebesøk.....	42
4.2. Akutte tannlegebesøk.....	50
4.3. Udekkja behov for tannlegetenester.....	58
5. Betaling hos tannlege	72
6. Diskusjon	85
Referansar	88
Tabellregister	91

1. Innleiing

1.1. Tannhelsetenesta i Noreg

Tannhelsetenesta i Noreg består av ein fylkeskommunal (offentleg) og ein privat sektor. Den offentlege sektoren skal gi tannhelsetenester til delar av befolkninga etter tannhelsetenestelova, medan den private i hovudsak skal tilby tannhelsetenester til den resterande delen av befolkninga. Befolkninga sine rettigheitar til offentleg finansierte tannhelsetenester går fram av tannhelsetenestelova og folketrygdlova.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetenestelova sørge for at tannhelsetenester, inkludert spesialisttenester, i rimeleg grad er tilgjengelege for alle som bur eller oppheld seg i fylket. Fylkeskommunen har også eit ansvar når det gjeld å samordne den offentlege og private tannhelsetenesta til det beste for befolkninga (Prop. 1 S (2009-2010)). Fylkeskommunen skal gjennom den offentlege tannhelsetenesta organisera førebyggjande tiltak for befolkninga og gi eit regelmessig og oppsøkande tilbod om tannhelsetenester til definerte grupper (jf tannhelsetenestelova § 1-3).

Prioriterte grupper i den offentlege tannhelsetenesta er barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemma, eldre langtidssjuka og uføre i institusjon og heimesjukepleie, ungdom 19-20 år, og andre grupper som kvar einskild fylkeskommune har fatta avgjersle om å prioritere. Den offentlege tannhelsetenesta kan i tillegg yta tenester til vaksne betalande klientell etter fylkeskommunen sine bestemmingar og fastsette takstar. Det var om lag 230 000 personar som nytta slike teneste i 2008.

Personar med gitte lidningar og/eller sjukdomstilstandar i munnhola, og som ikkje har rettigheitar etter tannhelsetenestelova, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygda sitt regelverk. Størstedelen av tannbehandlinga med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Personar som ikkje inngår i dei prioriterte gruppene eller har gitte lidningar og/eller sjukdomstilstandar som kan gi stønad frå folketrygda, må betale for tannhelsetenestene sjølve. Dette gjeld store delar av den vaksne befolkninga 21 år og eldre. Størstedelen av denne tannbehandlinga blir også utført i privat sektor.

I 2008 var det om lag 1,3 mill. personar i dei prioriterte gruppene, eller i underkant av 30 prosent av heile den norske befolkninga. Desse personane skal den offentlege tannhelsetenesta gi gratis tannhelsetenester til. Dei resterande 70 prosentane (3,4 mill. innbyggjarar) skal i hovudsak den private tannhelsetenesta tilby tenester til. I 2008 var det til saman 1 511 tannlege- og tannpleieårsverk i den offentlege tannhelsetenesta, medan det var om lag 2 984 i den private tannhelsetenesta (spesialistar ikkje inkludert). Av den samla personelldekninga utgjer den offentlege delen om lag 34 prosent, medan den private delen utgjer 66 prosent (SSB 2009).

Medan den årlege KOSTRA-rapporteringa gir eit oversyn over befolkninga si tannhelsetilstand og bruk av tannhelsetenester i den offentlege tannhelsetenesta, finst det lite informasjon om tannhelsetilstanden og bruken av tannhelsetenester i den vaksne befolkninga som for det meste nyttar seg av den private tannhelsetenesta. Det finst få årlege innrapporteringar i Noreg som omfattar aktiviteten i den private tannhelsetenesta, utover talet på årsverk som SSB publiserer i KOSTRA.

Levekårundersøkinga i 2008 inneheldt mellom anna ei kartlegging av tannhelsetilstand og bruk av tenester i den vaksne befolkninga i Noreg. Medan denne kjelda kan bidra til å kaste lys over effektane av tannhelsetenesta sitt arbeid og organisering, er KOSTRA ei kjelde som gir informasjon om sjølve innsatsfaktorane i tenesta. Informasjon frå KOSTRA om kostnader i den offentlege tannhelsetenesta og om personelldekning i både offentleg og privat tannhelseteneste kan difor gi eit bilete av dei overordna rammene for tannhelsetenesta.

Faktaomtalerapporten freistar å presentere og omtale eit utval sentrale tal frå høvesvis KOSTRA og levekårundersøkinga og vil venteleg gi eit godt bilete av

personellsituasjon og driftsutgifter så vel som tannhelsetilstand, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege.

1.2. KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringa)

1.2.1. Om KOSTRA

KOSTRA er eit nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal verksemd (kommunal og fylkeskommunal). Informasjon om kommunale tenester og bruk av ressursar på ulike tenesteområde blir registrert og samanstilt for å gi relevant informasjon til avgjersletakarar og andre, både nasjonalt og lokalt. Informasjonen skal tene som grunnlag for analyse, planlegging og styring, og slik mellom anna gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål blir oppnådde innanfor ulike kommunale og fylkeskommunale tenesteområde.

KOSTRA skal forenkle rapporteringa frå kommunane til staten ved at data rapporterast berre ein gong, sjølv om dei skal brukast til ulike føremål. All rapportering frå kommunane til SSB skjer ved elektronisk datautveksling. Frå og med 2001 henta KOSTRA inn tal frå alle kommunar og fylkeskommunar i landet.

Sidan byrjinga av 1970-talet har Statens helsetilsyn stått for innhenting av opplysningar om den offentlege tannhelsetenesta. Frå 2001 blei rapporteringa frå fylkestannlegane ein del av KOSTRA, og SSB overtok ansvaret for innhentinga av opplysningar. Innsamlinga omfattar opplysningar om omfang, tannhelsesresultat, personell og økonomidata i den offentlege tannhelsetenesta. I tillegg omfattar statistikken opplysningar om personell i den private tannhelsetenesta.

Dataa i KOSTRA-tannhelse blir publisert på ulike nivå, som grunnlagsdata og indikatorar. Grunnlagsdata vil i stor grad vere talet på einingar summert for ein periode eller per ein bestemt teljedato og rapportert som absolutte tal, medan indikatorar er forholdstal (grunnlagsdataa sett i forhold til kvarandre, til brukar-grupper o.l.). I denne rapporten nyttar ein endelege grunnlagstal rapportert inn via KOSTRA-skjema 43 tannhelsetenesta, brutto driftsutgifter henta frå fylkeskommunane sine rekneskap, talet på personell henta i frå administrative register, samt tal for befolkninga frå befolkningsdata, alt for femårsperioden 2004-2008.

1.2.2. Datakvalitet og val av indikatorar

Tannhelsestatistikken som blir publisert i KOSTRA er ei totalteljing. Statistikken fannar om heile den offentlege tannhelsetenesta i fylkeskommunane, samt alt personell i den offentlege og private tannhelsetenesta. Det er venta at statistikken inneheld lite feil sidan den blir rapportert av fylkestannlegane som har kontakt med dei einskilde tannklinikane i sine respektive fylke. Dataa gjennomgår vidare grundige kontrollar ved hjelp av SSB sine revisjonsrutinar.

Det blir gjennomført automatiske sumkontrollar og logiske kontrollar av data-materialet som rapporterast av fylkestannlegane. Kontrollane aktiverast i det elektroniske skjema blir fylt ut. I tillegg blir det køyrd kontrollar etter innlevering. Dataa samanliknast vidare med opplysningar frå tidlegare år. Fylkestannlegane blir kontakta ved manglande opplysningar, eller store avvik i dataa ut frå samanlikningar og vurderingar. I slike tilfelle oversender fylkestannlegane nye tal eller gir ei forklaring av dei avvikande forholda. KOSTRA publiserer tal to gongar i året, 15. mars med førebelse tal og 15. juni med endelege tal. Før publiseringa 15. juni har difor fylkeskommunane hatt høve til å rette feil og manglar i sine data.

For indikatorane som blir presentert og omtala i rapporten er det vektta gjennomsnitt etter storleiken på dei ulike fylkeskommunane som er nytta. Ved rekning av snittet blir fylkeskommunar som ikkje har tal tilgjengelege på teljar eller nemnar-sida haldne utanfor (jf kap. 2.2 og brutto driftsutgifter til pasientbehandling). Når det gjeld grunnlagstala som ligg til grunn for indikatorane i denne rapporten er det ikkje snakk om klare brot i tidsseriane i femårsperioden 2004-2008. Likevel er det

for talet på årsverk for tannlegespesialistar skjedd ei endring. Frå og med 2007 blei fire nye spesialitetar formelt godkjende i Noreg (Prop. 1 S (2009-2010)). Dette bør ein ta høgde for i samanlikninga av tala i femårsperioden (jf kap. 2.1.3).

KOSTRA publiserer i hovudsak grunnlagstal og indikatorar som omhandlar den offentlege tannhelsetenesta. Unntaket er personelltal henta frå register. Her blir tal for både den offentlege og private sektoren publisert på fylkesnivå. Personelldekninga i den offentlege og private tannhelsetenesta i dei ulike fylka vil seie noko om innsatsfaktorane som ligg til grunn for tannhelsetilbodet som blir gjeve i dei ulike fylka. Ein presentasjon av personell fordelt mellom offentleg og privat tannhelseteneste vil gi ein peikepinn på dekninga i forhold til gruppene i befolkninga som dei to ulike tenestene i hovudsak skal tilby tenester til.

1.2.3. Personelldekning i den offentlege tannhelsetenesta

Ei av dei viktigaste oppgåvene til den offentlege tannhelsetenesta er behandling av personar som inngår i dei prioriterte gruppene. For å seie noko om personell i den offentlege tannhelsetenesta er det difor relevant å sjå årsverkstala i samanheng med dei prioriterte gruppene (personelldekninga). I rapporten blir følgjande indikatorar presentert og omtala i kapittel 2.1 om den offentlege tannhelsetenesta:

- *Talet på personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell samla (tannlegar + tannpleiarar)*
- *Talet på personar i prioriterte grupper per tannlege*
- *Talet på personar i prioriterte grupper per tannpleiar*

Dei tre indikatorane er valde for å gi eit mest mogleg dekkande bilete av personelldekninga i den offentlege tannhelsetenesta, for heile landet og i dei 19 fylka. Ved å sjå personelltala i forhold til dei prioriterte gruppene, som den offentlege tannhelsetenesta i hovudsak skal tene, vil ein få eit oversyn over personellsituasjonen i den offentlege tannhelsetenesta. Tal for personell som blir presentert i rapporten tek utgangspunkt i femårsperioden frå 2004 til 2008.

Den offentlege tannhelsetenesta kan også behandle vakse betalande klientell, så lenge dette ikkje går utover behandling av dei prioriterte gruppene. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at det er forskjellar mellom fylka når det gjeld delen vaksne som blir behandla av den offentlege tannhelsetenesta. Ved tolking av tala som blir presenterte i rapporten om personelldekning i den offentlege tannhelsetenesta er det difor relevant å ta høgde for dette.

Ei av årsakene til at ein har valt å presentere tal for samla tannhelsepersonell (tannlegar og tannpleiarar) skuldast at det er store forskjellar mellom fylka når det gjeld bruk av tannpleiarar. Tannpleiarar er ein viktig ressurs i samband med å utføre tannhelsekontrollar og førebyggjande arbeid på prioriterte grupper (Grytten m.fl. 2002). Når ein samanliknar tannlege- og tannpleiardekninga på tvers av fylke bør ein difor ta høgde for dette. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at det er mindre forskjell fylka imellom om ein ser på tannhelsepersonellet samla, i motsetnad til om ein ser på dei to yrkesgruppene kvar for seg.

1.2.4. Personelldekning i den private tannhelsetenesta

Ei av dei viktigaste oppgåvene til den private tannhelsetenesta er behandling av personar i den vaksne befolkninga som ikkje inngår i dei prioriterte gruppene. For å seie noko om personell i den private tannhelsetenesta er det difor relevant å sjå årsverkstala i samanheng med den vaksne befolkninga 21 år og eldre (personelldekninga). I rapporten er det følgjande indikatorar som blir presentert og omtala i kapittel 2.1 om den private tannhelsetenesta:

- *Talet på personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell samla (tannlegar + tannpleiarar)*
- *Talet på personar 21 år og eldre per tannlege*
- *Talet på personar 21 år og eldre per tannpleiar*

Indikatorane er valde for å gi eit mest mogleg dekkande bilete av personelldekninga i den private tannhelsetenesta, for heile landet og i dei 19 fylka. Ved å sjå personelltala i forhold til den vaksne befolkninga 21 år og eldre, som den private tannhelsetenesta i hovudsak skal tene, vil ein få eit oversynsbilete over dekninga i den private tannhelsetenesta. Tal over personell som blir presentert i rapporten tek utgangspunkt i femårsperioden frå 2004 til 2008.

Som tidlegare nemnd kan den offentlege tannhelsetenesta også behandle vaksne betalende klientell. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at det er forskjellar mellom fylka på dette området. Ved tolking av tala er det difor relevant å ta høgde for dette også når det gjeld personelldekning den private tannhelsetenesta.

Ved å sjå personell i forhold til befolkninga 21 år og eldre, blir personar som inngår i dei prioriterte gruppene inkluderte. Gruppe B Psykisk utviklingshemma 18 år og eldre, Gruppe C1 Eldre, langtidssjuka og uføre i institusjonspleie, Gruppe C2 Eldre, langtidssjuka og uføre i heimesjuka-pleie, samt fengselsinnsette 21 år og eldre vil alle vere inkludert i nemnaren. Samstundes vil dette gjelde for alle fylka og følgjeleg ikkje vere problematisk ved samanlikning av tala.

Ei av årsakene til at ein har valt å presentere tal for samla tannhelsepersonell (tannlegar og tannpleiarar) er dei tidlegare nemnde forskjellane når det gjeld bruk av tannpleiarar fylka imellom. Sjølv om grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at talet på tannpleiarar i privat sektor er mindre enn i den offentlege, er det også her relevant å ta høgde for dette når ein samanliknar tannlege- og tannpleiardekninga på tvers av fylke i den private tannhelsetenesta. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser vidare at det også i den private tannhelsetenesta er mindre forskjell fylka imellom om ein ser på tannhelsepersonellet samla, i motsetnad til om ein ser på dei to yrkesgruppene skild frå kvarandre.

1.2.5. Tannlegespesialistar i den private og offentlege tannhelsetenesta

I tillegg til den regelmessige og meir standardiserte tannbehandlinga, som blir utført hos allmennpraktiserande tannlegar eller tannpleiarar i den offentlege og private tannhelsetenesta, har ofte personar i befolkninga behov for meir komplisert behandling grunna særskilde diagnosar. Tannlegespesialistar er dei som i hovudsak skal utføre desse tenestene.

I statistikken publisert i KOSTRA skil ein mellom sju ulike typar tannlegespesialistar: spesialist innan kjeveortopedi, spesialist innan oralkirurgi, spesialist innan pedodonti, spesialist innan periodonti, spesialist innan kjeve- og ansiktsradiologi, spesialist innan protektikk og spesialist innan endodonti. Frå om med 2007 blei spesialistar innan kjeve- og ansiktsradiologi, protektikk og endodonti godkjende i Noreg. Det er difor eit tidsbrot mellom 2006 og 2007 i grunnlagsmaterialet. Venteleg vil ei auke i spesialisttettleik mellom desse to årgangane i stor grad kunne forklarast med dette.

For å seie noko om personelldekninga av spesialistar i tannhelsetenesta er det relevant å sjå årsverkstala i forhold til heile den norske befolkninga. I utgangspunktet er det heile denne gruppa tannlegespesialistar skal tene med sin kompetanse. Følgjande indikator er presentert og omtala for årgangane 2004 og 2008 i kapittel 2.1.3 om tannlegespesialistar:

- *Talet på innbyggjarar per tannlegespesialist (offentleg og privat)*

Indikatoren er valt for å gi eit overordna bilete av spesialistdekninga i den private og offentlege tannhelsetenesta i forhold til heile befolkninga, for heile landet og i dei 19 fylka. Ein har ikkje føreteke ei splitting på dei ulike spesialisttypene. Det vil følgjeleg vere naudsynt å sjå på grunnlagsmaterialet i KOSTRA for personelltettleiken innanfor dei ulike spesialisttypene når ein samanliknar på tvers av fylka.

Tabell 1.1 viser ei prosentvis fordeling av tannlegar innanfor dei ulike spesialitetane på landsnivå i 2008.

Tabell 1.1 Tannlegar innan ulike spesialitetar. Prosentvis fordeling. Heile landet. 2008

	Tannlegar innan kjeve- ortopedi	Tannlegar innan oralkirurgi	Tannlegar innan pedodonti	Tannlegar innan periodonti	Tannlegar innan kjeve- og ansikts- radiologi	Tannlegar innan protetikk	Tannlegar innan endodonti
Heile landet	46,3	7,4	1,2	17,7	0,3	14	13,1

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.1 viser at det er forskjellar i storleiken på personell innanfor dei ulike spesialitetane. Tannlegar innan kjeveortopedi er den største gruppa blant spesialistane med 46,3 prosent, medan tannlegar innan kjeve- og ansiktsradiologi utgjorde den minste gruppa blant spesialistane med 0,3 prosent. Tala som blir presenterte og omtala i kapittel 2.1.3 vil berre seie noko personelltettleiken for dei sju ulike spesialitetane samla.

Alle grunnlagsdata som ligg til grunn for indikatorane presentert og omtala om personelldekning for den offentlege og private tannhelsetenesta, samt for spesialistar er tilgjengelege på KOSTRA sine heimesider www.ssb.no/kostra/.

1.2.6. Driftsutgifter i den offentlege tannhelsetenesta

Utgifter til tannhelsetenester er ein annan innsatsfaktor som kan seie noko om rammevilkåra for tannhelsetenesta i Noreg. Det er rimeleg å anta at det vil vere eit visst samsvar mellom offentlege utgifter og tilgang på offentleg personell i eit fylke, sidan lønsutgifter utgjer ein stor del av dei samla driftsutgiftene i den offentlege tannhelsetenesta.

For å seie noko om driftsutgiftene i den private tannhelsetenesta er det difor relevant å sjå brutto driftsutgifter til pasientbehandling i samheng med personar i prioriterte grupper. Følgjande indikator blir presentert og omtala i kapittel 2.2 om driftsutgifter i den offentlege tannhelsetenesta:

- *Brutto driftsutgifter pasientbehandling per person i prioriterte grupper*

Indikatoren er vald for å gi eit bilete av utgiftene som går med til pasientbehandling i den offentleg tannhelsetenesta, for heile landet og i dei 19 fylka. Ved å vise brutto driftsutgifter til pasientbehandling i forhold til personar i prioriterte grupper som den offentlege tannhelsetenesta i hovudsak skal tene, vil ein få eit oversyn over utgiftsnivået. Tal om brutto driftsutgifter til pasientbehandling personell, som blir presentert i rapporten tek utgangspunkt i femårsperioden frå 2004 til 2008.

Grunnlagsdata som ligg til grunn for indikatoren presentert og omtala om brutto driftsutgifter til pasientbehandling i den offentlege tannhelsetenesta er tilgjengelege på KOSTRA sine heimesider www.ssb.no/kostra/.

1.2.7. Utgifter i den private tannhelsetenesta

Oversikten over utgiftene i den private tannhelsetenesta er ikkje så godt dokumentert som i den offentlege. Medan fylkeskommunane sine rekneskap - innrapportert via KOSTRA - er hovudkjelde for utgifter i den offentlege tannhelsetenesta, manglar det liknande kjelder for den private sektoren.

Helserekneskapet gir moglegheit til å danne eit visst overordna bilete av utgiftsnivået i den private sektoren. Tala ber i større grad preg av å vere anslag, og presisjonsnivået er difor ikkje like høgt som tilfelle er for utgiftene i den offentlege tannhelsetenesta. Helserekneskapet er basert på nasjonalrekneskapet og utgiftene er definerte i høve til internasjonale retningsliner gitt i *A System of Health Accounts*. Utgifter til helseføremål omfattar alle utgifter som går med til forbruk eller investeringar i helsetenestene. Meir informasjon om helserekneskapet finst på www.ssb.no/helsesat/

For å seie noko om utgiftene i den private tannhelsetenesta er tala for samla utgifter i den private tannhelsetenesta på landsnivå for åra 2004 og 2008 brukt, samt den prosentvise endringa i femårsperioden. Det er ikkje mogleg å presentere tal på fylkesnivå grunna presisjonsnivået til kjeldene som ligg til grunn, tala vil difor følgeleg berre gi ein viss peikepinn på det overordna utgiftsnivået i den private tannhelsetenesta. Sidan tala for den private og offentlege tannhelsetenesta byggjer på ulike kjelder og definisjonar er det ikkje mogleg å samanlikne tala mellom dei to sektorane.

1.3. Levekårundersøkinga

1.3.1. Om levekårundersøkinga

Samordna levekårundersøking er omgrepet for ei temaroterande spørjeskjema- og intervjuundersøking SSB gjennomfører kvart år. Undersøkinga har som hovudmål at den over tid skal dekkje alle viktige levekårsområde. Samordna levekårundersøking med helse, omsorg og sosial kontakt som tema blir gjennomført kvart tredje år, seinast i 2008. Undersøkinga er landsrepresentativ for den norske befolkninga i alderen 16 år og eldre, og bidreg med informasjon om nordmenn si helse og helsetilstand.

På same måte som med andre tilsvarende undersøkingar er det ein viss problematikk knytt til fråfall i levekårundersøkinga. Dersom det er store systematiske skeivskapar mellom det utvalet som er trekt til å delta i undersøkinga (bruttoutvalet) og det utvalet som faktisk deltek i undersøkinga (nettoutvalet), vil også resultatata for befolkninga (populasjonen) bere preg av skeivskapar (Jensen 2009). I levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt er det ikkje registrert store systematiske skeivskapar som følge av fråfall (Lillegård 2009). Der det er naudsynt brukast det dessutan enkle vektorer for fråfall som gjer at nettoutvalet gjenspeglar dei viktigaste kjenneteikna ved bruttoutvalet, til dømes ved å justere alderssamansetninga i utvalet.

1.3.2. Kartlegging i levekårundersøkinga

Det er resultatata frå levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt i 2008 som er brukt for å omtale mellom anna tannhelsetilstand og tannlegebesøk i den norske befolkninga. Årsaka er at denne årgangen av levekårundersøkinga innehaldt ei meir omfattande kartlegging av tannhelse langs fleire dimensjonar enn det tidlegare årgangar har gjort. Det er likevel grunn til å nemne at det til dømes finst nokre tidsseriar for tannstatus som er publisert som offisiell statistikk på SSB sine heimesider.

Levekårundersøkinga er ei undersøking som tek sikte på å kartleggje helseforholda for den delen av befolkninga som er 16 år og eldre og som er ein del av eit hushald med eigen bustad. Det inneber til dømes at personar som er på institusjon eller er bustadlaus ikkje er dekkja av undersøkinga. I samband med tannhelse er det primært forholda for dei som er 21 år og eldre som er omtalt. Årsaka er at desse i utgangspunktet ikkje er omfatta av den offentlege tannhelsetenesta, såframt dei ikkje inngår i dei gruppene som den offentlege tannhelsetenesta har eit særskilt ansvar for (dei prioriterte gruppene). Sekundært blir også forholda for dei i alderen 19-20 år omtala, trass i at dei er ei prioritert gruppe.

Levekårundersøkinga i 2008 kartlegger fleire dimensjonar knytt til tannhelse enn dei som er valt ut i denne samanhengen. Det er likevel grunn til å tru at dei utvalde dimensjonane er viktige i den forstand at dei gir eit dekkande bilete av korleis tannhelsesituasjonen er i den norske befolkninga. Dei utvalde dimensjonane er:

- *Eigenvurdert tannhelse*
- *Tannstatus*
- *Førebygging av tannproblem*
- *Tidspunkt for siste tannlegebesøk*

- *Akutte tannlegebesøk*
- *Udekkja behov for tannlegetenester*
- *Betaling hos tannlege (eigenbetaling og refusjonar)*

I innleiinga til kvart kapittel kor dei respektive dimensjonane blir omtala går det elles fram korleis dei ulike dimensjonane er kartlagde i levekårundersøkinga og korleis resultatane er presentert i rapporten.

1.3.3. Fordelingar etter bakgrunnskjenneiteikn

Faktaomtalerapporten presenterer og omtalar dei ulike tannhelsedimensjonane etter ulike bakgrunnskjenneiteikn ved deltakarane i undersøkinga. Desse kjenneiteikna er anten opplysningar som er gitt i undersøkinga eller som er innhenta frå forskjellige register i etterkant. Deltakarane i levekårundersøkinga gir samtykke til at ulike register kan nyttast til å kople på opplysningar som ikkje blir kartlagde i undersøkinga. Dette gjeld til dømes register som inneheld opplysningar om inntekt og utdanning om deltakarane så vel som om andre personar i deira hushald.

I rapporten blir resultatane presentert etter kjenneiteikna kjønn, alder, landsdel, utdanning, inntekt, mottak av stønad, eigenvurdert tannhelse og eigenvurdert helse. Årsaka til at desse kjenneiteikna er utvalde er at dei representerer faktorar som truleg påverkar fordelinga langs dei ulike tannhelsedimensjonane. Dei kan difor gi viktig informasjon om kva for forskjellar som eksisterer. Føremålet er å presentere og omtale tendensar til korleis ulike verdiar på tannhelsedimensjonane varierer med forskjellige verdiar på bakgrunnskjenneiteikna. Det er likevel grunn til å understreke at det ikkje er eit føremål å presentere årsaksforklaringar på forskjellane i datamaterialet, til dømes ved hjelp av kausalanalysar.

Kjønn og alder

Nettoutvalet i levekårundersøkinga i 2008, det vil seie dei som faktisk blei intervjuet i undersøkinga, besto av 6 465 personar. Av desse var 5 927 personar i alderen 21 år og eldre, medan 180 personar var i alderen 19-20 år. Det er primært dei i alderen 21 år og eldre som blir omtala i forhold til dei utvalde tannhelsedimensjonane, men også 19-20 åringane blir kommentert der det er relevant og resultatane er sikre nok. Resultatane til aldersgruppa 16-18 år er ikkje relevante då dei får innkalling og har gratis tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta. Tabell 1.2 viser korleis personane i utvalet fordelar seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 1.2. Personar i utvalet, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Absolutte tal

	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Kvinner	90	164	1 128	1 201	506
Menn	90	187	1 090	1 193	458
Totalt	180	351	2 218	2 394	964

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og landsdel

I fordelinga etter landsdel er det inndelingane som brukast i presentasjon av offisiell statistikk frå levekårundersøkinga som er blitt nytta. Denne inndelingane skil mellom Oslo og Akershus, Austlandet elles, Agder og Rogaland, Vestlandet, Trøndelag og Nord-Noreg. Trass i at det er relativt store forskjellar i representasjonen frå ein landsdel til ein annan, er det meiningsfylt å snakke om skilnader i resultatane etter slike geografiske einingar blant dei som er 21 år og eldre. For den yngste gruppa, 19- og 20-åringane, blir resultatane meir usikre. Tabell 1.3a viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordelar seg etter kjønn og landsdel i 2008, medan tabell 1.3b viser tilsvarande for aldersgruppa 19-20 år.

Tabell 1.3a. Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Absolutte tal

	Oslo og Akershus	Austlandet eller	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Kvinner	695	827	385	498	291	303
Menn	649	755	417	532	280	295
Totalt	1 344	1 582	802	1 030	571	598

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.3b. Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 180. Absolutte tal

	Oslo og Akershus	Austlandet eller	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Kvinner	20	20	12	18	17	3
Menn	18	21	14	21	8	8
Totalt	38	41	26	39	25	11

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og utdanning

Kategorisering av utdanningsnivå kan variere frå ei undersøking til ei anna. I denne samanhengen blir OECD sine anbefalingar følgd. For statistikkføremål føreskriv OECD at det er hensiktsmessig å bruke tre nivå - grunnskolenivå, vidaregåande nivå og universitets- og høgskolenivå (Jørgensen 2006).

I denne samanhengen er det hushaldets høgaste fullførte utdanningsnivå i 2008 som er kopla til respondenten. Hensikta med å bruke opplysningar om hushaldets utdanning er å få eit mål for utdanning som er uavhengig av alder. Likevel er det grunn til å understreke at resultatene for dei i alderen 19-20 år er meir usikre på grunn av det relativt låge talet på personar på dei ulike utdanningsnivåa. Tabell 1.4a viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordelar seg etter kjønn og utdanning i 2008, medan tabell 1.4b viser tilsvarande for aldersgruppa 19-20 år.

Tabell 1.4a Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Absolutte tal

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Kvinner	1 371	872	750
Menn	1 240	966	712
Totalt	2 611	1 838	1 462

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.4b. Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 179. Absolutte tal

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Kvinner	51	31	8
Menn	47	27	15
Totalt	98	58	23

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og inntekt

Det finst fleire omgrep om inntekt med ulikt innhald (NOS D 310 2002). Grupperinga av inntekt varierer dessutan mellom ulike undersøkingar. I denne samanhengen er omgrepet inntekt etter skatt i 2008 valt, medan inntekta er gruppert på fem nivå: Under 2G, 2G-299 999, 300 000-499 999, 500 000-999 999 og 1 mill. og meir. Når det gjeld grupperinga av inntekt inngår uttrykket 2G på to av nivåa, og refererer til to gangar folketrygdas grunnbeløp (G). Folketrygdas grunnbeløp utgjorde 72 881 kroner per 1.mai 2009, medan 2G beløp seg til 145 762 kroner. Det er sistnemnte beløp det blir referert til i tekst og tabellar.

I denne samanhengen er det vidare hushaldsinntekta som er kopla til respondenten då dette gir eit betre mål for inntekt enn personinntekt. Hensikta med å bruke hushaldsinntekt er dessutan å få eit inntektsmål som er uavhengig av alder. Resultata for 19-20 åringane er likevel meir usikre. Tabell 1.5a viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordelar seg etter kjønn og inntekt i 2008, medan tabell 1.5b viser tilsvarande for aldersgruppa 19-20 år.

Tabell 1.5a. Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Absolutte tal

	Under 2G	2G-299 999	300 000-499 999	500 000-999 999	1 mill. og meir
Kvinner	190	669	845	1 163	123
Menn	119	535	923	1 196	135
Totalt	309	1 204	1 768	2 359	258

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.5b. Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 179. Absolutte tal

	Under 2G	2G-299 999	300 000-499 999	500 000-999 999	1 mill. og meir
Kvinner	25	14	23	22	6
Menn	22	9	16	34	8
Totalt	47	23	39	56	14

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og mottak av stønad

Det finst ulike former for stønader og ytingar som anten forvalta av staten gjennom folketrygda eller kommunane. I denne samanhengen er det teke med ni forskjellige stønader og ytingar som blei gitt i 2008: sosialstønad (økonomisk sosialhjelp), grunn-/hjelpstønad, kvalifiseringsstønad, tidsgrensa uførestønad, varig uførepensjon, førebels uførestønad, bustønad, attføringsstønad og overgangsstønad. Det bør nemnast at det frå og med 1.mars 2010 er innført ein ny stønad - arbeidsavklaringspengar - som erstattar tidsgrensa uførestønad, attføringspengar og rehabiliteringspengar.

Fordelinga etter dei utvalde stønadene og ytingane viser at det er store forskjellar med tanke på kor godt representert dei ulike stønadsgruppene er. Dette gjer det utfordrande å samanlikne resultatata mellom ulike stønadsgrupper langs tannhelse-dimensjonane. Ved omtale av resultat etter mottak av stønad er det ofte meir hensiktsmessig å samanlikne resultatata for dei som tek imot ein eller fleire stønader (1 000 personar) med dei som ikkje tek imot nokon stønad (4 927 personar). Fordelinga viser elles at det er nokre personar som tek imot fleire stønader og ytingar, og difor at stønadsgruppene ikkje er gjensidig utelukkande. Når det gjeld 19-20 åringane er ikkje desse tekne omsyn til då dei som følgje av alderen berre kan kvalifisere for nokre av dei utvalde stønadene og ytingane. Tabell 1.6 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordelar seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 1.6. Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Absolutte tal

	Kvinner	Menn	Totalt
Sosialstønad	66	60	126
Grunn-/hjelpstønad	128	58	186
Kvalifiseringsstønad	6	1	7
Tidsgrensa uførestønad	41	23	64
Varig uførepensjon	285	178	463
Førebels uførestønad	7	4	11
Bustønad	95	31	126
Attføringsstønad	167	106	273
Overgangsstønad	47	2	49
Ingen stønad	2 372	2 555	4 927
Ein eller fleire stønadar	627	373	1 000

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og eigenvurdert tannhelse

Eigenvurdert tannhelse blir i denne samanhengen både brukt som ein av sju tannhelsedimensjonar som blir målt gjennom levekårsundersøkinga, og som eitt av åtte bakgrunnskjenneiteikn. Årsaka er at eigenvurdert tannhelse både gir nyttig informasjon i seg sjølv og i samband med andre meir tradisjonelle bakgrunnskjenneiteikn som til dømes kjønn, alder og inntekt.

I levekårsundersøkinga si kartlegging har eigenvurdert tannhelse tre verdjar: God eller svært god tannhelse, Verken god eller dårleg tannhelse og Dårlig eller svært dårleg tannhelse. I samband med presentasjonen og omtalen av resultatata er det førstnemnde og sistnemnde verdi som blir brukt. For den yngste aldersgruppa (19-

20 år) er det grunn til å nemne at det er svært få som opplyser om dårleg eller svært dårleg tannhelse. Tabell 1.7a viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008, medan tabell 1.7b viser tilsvarande for aldersgruppa 19-20 år.

Tabell 1.7a. Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 5 927. Absolutte tal

	God eller svært god tannhelse	Verken god eller dårleg tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Kvinner	2 249	539	211
Menn	2 139	585	204
Totalt	4 388	1 124	415

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.7b. Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 180. Absolutte tal

	God eller svært god tannhelse	Verken god eller dårleg tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Kvinner	76	13	1
Menn	70	14	6
Totalt	146	27	7

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Kjønn og eigenvurdert helse

Eigenvurdert helse blir kartlagt gjennom levekårundersøkinga. Der eigenvurdert tannhelse gir eit mål på tannhelsetilstanden gir eigenvurdert helse eit mål på den generelle helsetilstanden i befolkninga. Eigenvurdert helse har tre verdiar: God eller svært god helse, Verken god eller dårleg helse og Dårleg eller svært dårleg helse. I denne samanhengen er det førstnemnde og sistnemnde verdi som blir brukt. For den yngste aldersgruppa (19-20 år) er det grunn til å nemne at det er svært få som opplyser om dårleg eller svært dårleg helse. Tabell 1.8a viser korleis personar i alderen 21 år og eldre i utvalet fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008, medan tabell 1.8b viser tilsvarande for aldersgruppa 19-20 år.

Tabell 1.8a. Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 927. Absolutte tal

	God eller svært god helse	Verken god eller dårleg helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Kvinner	2 337	447	215
Menn	2 398	360	170
Totalt	4 735	807	385

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1.8b. Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 180. Absolutte tal

	God eller svært god helse	Verken god eller dårleg helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Kvinner	83	6	1
Menn	77	12	1
Totalt	160	18	2

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

1.3.4. Statistisk sikkerheit i datamaterialet

Trass i at føremålet i denne samanhengen ikkje er å gjere omfattande statistiske analysar av datamaterialet, har det vore naturleg å gjere einskilde testar av data og samanhengar for å estimere kor statistisk sikre resultatane er. Saman med vurderingar av utvalsegenskapane, gir testinga indikasjonar på i kva grad resultatane i utvalet (levkårutvalet) kan overførast på populasjonen (den norske befolkninga) utvalet er trekt frå.

Det er fleire moglege tilnærmingar som kan bli brukt for eit slikt føremål. I denne samanhengen er det primært brukt ein enkel multivariat logistisk regresjonsmodell for å teste om resultatane langs dei utvalde tannhelsedimensjonane har systematisk samvariasjon med bakgrunnskjenneiteikna. Det er fleire utfordringar ved å teste samanhenger på denne måten.

Det kan vere andre faktorar som påverkar resultatane enn dei som er tatt med i regresjonsmodellen. Då vil det kunne trekkast ei feilaktig slutning om at resultatane er statistisk sikre/statistisk usikre. For å redusere risikoen for slike feil er det viktig å gjere adekvate modelltilpassingar og gjere fleire testar. Det kan også vere at resultatane av testen viser at det ikkje er ein samanheng mellom variablane i regresjonsmodellen, samstundes som ein skilde resultat i seg sjølve er statistisk signifikante. Då vil det kunne trekkast ei feilaktig slutning om at resultatane ikkje er statistisk sikre. Det kan dessutan vere at resultatane skuldast meir komplekse samanhengar enn det enkle regresjonsmodellar tek høgde for. Det kan til dømes tenkast at assosiasjonen mellom alder og ein tannhelsedimensjon er ulik for kvinner og menn, medan den i den enkle modellen setjast likt. Slike problemstillingar treng ikkje å vere så vanskelege å analysere, men det er arbeidskrevjande, og i dette prosjektet har er det deskriptive føremålet prioritert framfor sannsynsanalysar. Dei statistiske analysane har vore nytta meir som ei slags kalibrering, det vil seie med føremål å teste resultatane og samhengane i datamaterialet.

Resultatane frå testinga viser at resultatane i all hovudsak er statistisk sikre. Alle bakgrunnskjenne-teikna ser ut til å ha effektar på tannhelse, tannstatus, førebygging, bruken av tannlegetenester og eigenbetaling, og effektane er gjennomgåande statistisk signifikante sjølv med bruk av enkel metodikk utan optimal teststyrke. Det er likevel grunn til å understreke at i dei tilfella kor talet på personar som har ein kombinasjon av verdiar på to variablar blir veldig lite, er det ikkje rimeleg å forvente at resultatane er sikre i ein statistisk forstand. Dette gjeld typisk for fleire av fordelingane for aldersgruppa 19-20 år, noko som også er kommentert i samband med tabellomtalane. Det gjeld også til dels der tannhelsedimensjonen som omtalast berre omfattar ein liten del av utvalet.

Resultatane for dei mindre gruppene ville vore meir sikre om dei effektane som er studert hadde vore dominerande. Som regel står likevel desse effektane berre for ein mindre del av den totale variasjonen i grupper med få personar. Eit døme på ein slik situasjon er samhengene mellom bakgrunnskjenne-teikna og gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I den multivariate regresjonsmodellen stod dei relevante variablane som er studert i dette prosjektet for ein låg del av den totale variasjonen, samstundes som dei fleste var statistisk sikre ($p < 0.001$). Det gir grunn til å tru at samhengene mellom ulike bakgrunnskjenne-teikn og tannlegeutgifter er statistisk sikre, men at også andre faktorar som det ikkje er kontrollert for påverkar dei gjennomsnittlege utgiftene.

2. Personell og kostnader

2.1. Tannlegar, tannpleiarar og tannlegespesialistar

Tannhelsepersonell

Personelldekninga i tannhelsetenesta blir i KOSTRA-statistikken i hovudsak målt ved talet på avtalte årsverk for tannlegar og tannpleiar i den offentlege og private tannhelsetenesta. Tala på avtalte årsverk blir presentert på fylkesnivå.

Avtalte årsverk blir rekna ut ved å måle avtalt arbeidstid i veka i forhold til vanleg heiltid. Heiltid er i hovudsak sett til 37,5 timar pr. veke. Data om personell i tannhelsetenesta er registerbasert og baserer seg på ei rekke ulike administrative register. For meir informasjon om definisjonar og datakjelder for avtalte årsverk sjå: www.ssb.no/tannhelse/

Med prioriterte grupper meiner ein dei personane som krav på gratis tannbehandling i følgje lov om tannhelsetenesta. Prioriterte grupper i den offentlege tannhelsetenesta inkluderer Gruppe A barn og unge 1-18 år, Gruppe B Psykisk utviklingshemma 18 år og eldre, Gruppe C1 Eldre, langtidssjuka og uføre i institusjonspleie, Gruppe C2 Eldre, langtidssjuka og uføre i heimesjukepleie, Gruppe D Ungdom i alderen 19-20 år og Gruppe E Andre prioriterte grupper og Fengselsinnsette.

2.1.1. Talet på årsverk aukar i den offentlege tannhelsetenesta, men ikkje i forhold til personar i dei prioriterte gruppene

Den viktigaste oppgåva til den offentlege tannhelsetenesta er behandling av personar som inngår i dei prioriterte gruppene (jf boks I). For å seie noko om personelldekninga i den offentlege tannhelsetenesta er det difor relevant å sjå årsverkstala i samheng med dei prioriterte gruppene. Det er også relevant å sjå utviklinga for personell over tid for å vise eventuelle endringar på området.

For å gi eit godt bilete av utviklinga på personellsida i den offentlege tannhelsetenesta, er det hensiktsmessig å sjå årsverkstala i samheng med talet på personar i dei prioriterte gruppene, altså dei som har rett til gratis tannbehandling. Tabell 2.1 viser talet på personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell (tannpleiar og tannlege), per tannlege og per tannpleiar i 2008 på fylkesnivå. I tillegg viser tabellen den prosentvise endringa i perioden 2004-2008 innanfor dei ulike yrkesgruppene.

Tabell 2.1. Talet på personar i prioriterte grupper per avtalte årsverk for tannhelsepersonell samla, tannlege og tannpleiar i den offentlege tannhelsetenesta, etter fylke. Tal frå 2008 og prosentvise endringar i perioden 2004-2008

	Talet på personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell	Prosentvis endring 2004-2008	Talet på personar i prioriterte grupper per tannlege	Prosentvis endring 2004-2008	Talet på personar i prioriterte grupper per tannpleiar	Prosentvis endring 2004-2008
Heile landet	931	4,9	1 244	7,3	3 427	-1,6
Østfold	1 292	-0,6	1 503	-0,9	7 190	0,7
Akershus	1 256	-2,8	1 895	3,7	3 500	-14,4
Oslo	1 239	-4,8	1 911	-2,7	3 598	-8,8
Hedmark	864	23,4	1 243	27,5	2 835	13,9
Oppland	990	16,4	1 057	8,2	7 966	74,4
Buskerud	1 064	17,0	1 381	11,4	4 104	32,8
Vestfold	994	-10,1	1 457	-12,4	3 134	-5,2
Telemark	889	-7,2	1 082	-2,2	4 504	-27,5
Aust-Agder	1 007	4,4	1 335	15,1	3 631	-23,4
Vest-Agder	1 104	-18,3	1 324	-21,6	5 896	-3,9
Rogaland	983	0,6	1 238	5,8	4 211	-16,5
Hordaland	910	17,1	1 185	26,7	3 444	-9,5
Sogn og Fjordane	667	2,5	917	9,2	2 441	-15,2
Møre og Romsdal	881	6,1	1 153	7,4	4 160	0,9
Sør-Trøndelag	844	-1,1	1 085	-4,4	3 799	10,6
Nord-Trøndelag ...	1 104	37,4	1 464	36,0	4 488	41,5
Nordland	684	8,8	906	12,7	2 384	-0,9
Troms	479	6,1	677	11,2	1 379	-3,5
Finnmark	375	-6,1	580	-12,6	1 012	5,0

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.1 viser at det i perioden frå 2004 til 2008 har skjedd ei auke i talet på personar i dei prioriterte gruppene per tannhelsepersonell i alt (tannlegar og tannpleiarar). Den same tendensen gjeld om ein berre ser på utviklinga for tannlegar. For tannpleiarar har det skjedd ein liten prosentvis nedgang i personar per tannpleiar. Tabellen viser også at det er store fylkesvise forskjellar i personelldekninga, både når det gjeld tannlegar og tannpleiarar samla og for dei to yrkesgruppene kvar for seg.

Talet på personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell i den offentlege tannhelsetenesta aukar. Medan talet for heile landet var 931 personar i dei prioriterte gruppene per tannhelsepersonell (tannlegar og tannpleiarar) i 2008, viser grunnlagsmaterialet at tilsvarende tal var 888 personar i 2004. Dette er ei auke på 43 personar eller 5 prosent i perioden frå 2004 til 2008. Østfold var det fylket som hadde flest personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell i 2008 (1 292 personar), medan Finnmark hadde færrest (375 personar). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Nord-Trøndelag det fylket som hadde den største prosentvise auken i personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell med vel 37 prosent, medan Vest-Agder hadde den største nedgangen med om lag 18 prosent.

Talet på personar i prioriterte grupper per tannlege i den offentlege tannhelsetenesta aukar. Medan talet for heile landet var 1 278 personar i prioriterte grupper per tannlege i 2008, viser grunnlagsmaterialet at tilsvarende tal var 1 191 i 2004. Dette er ei auke på 87 personar eller i overkant av 7 prosent i perioden 2004-2008. Akershus var det fylket som hadde flest personar i prioriterte grupper per tannlege i 2008 (1 958 personar), medan Finnmark hadde færrest (596 personar). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Nord-Trøndelag det fylket som hadde den største prosentvise auka med 36 prosent, medan Vest-Agder hadde den største nedgangen med i underkant av 22 prosent.

Talet på personar i prioriterte grupper per tannpleiar i den offentlege tannhelsetenesta minskar. Medan talet for heile landet var 3 427 personar i prioriterte grupper per tannpleiar, viser grunnlagsmaterialet at tilsvarende tal var 3 483 i 2004. Dette er ein nedgang på 55 personar eller 1,6 prosent i perioden 2004-2008. Oppland var det fylket som hadde flest personar i prioriterte grupper per tannpleiar i 2008 (7 966 personar), medan Finnmark hadde færrest (1 012 personar). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Oppland det fylket som hadde den største prosentvise auka med 74 prosent, medan Telemark hadde den største nedgangen med i underkant av 28 prosent.

Målt i forhold til talet på personar i prioriterte grupper som den offentlege tannhelsetenesta skal tilby tenester til, har personelltettleiken i tenesta gått ned i perioden frå 2004 til 2008. Årsaka er at det på landsbasis har blitt fleire personar i prioriterte grupper per tannlege. Når det gjeld geografiske variasjonar er det fleire som hevdar at dei nordlegaste fylka har for få tannlegar og tannpleiarar (Grytten m. fl. 2002). På bakgrunn av tala for offentleg tannhelsepersonell stemmer ikkje denne påstanden. Dei tre nordlegaste fylka har færrest personar i prioriterte grupper per tannhelsepersonell og har alle større dekning enn gjennomsnittet for heile landet.

Det er store forskjellar i bruk av tannpleiarar mellom dei ulike fylka. Tannpleiarar er ein viktig ressurs med omsyn til å utføre tannhelsekontrollar og førebyggjande arbeid på prioriterte grupper (Grytten m. fl. 2002). Det er difor grunn til å sjå på det samla talet på tannhelsepersonell når ein samanliknar dekninga i dei ulike fylka. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at skilnaden mellom dei 19 fylka blir mindre når ein gjer dette i staden for å sjå dei to yrkesgruppene kvar for seg. For å få eit meir heilskapeleg bilete av personellsituasjonen i dei ulike fylka, er det likevel nødvendig å sjå på tannlege- og tannpleiardekninga i den private sektoren.

2.1.2. Talet på personar i den vaksne befolkninga per tannlege aukar i den private tannhelsetenesta

Ei av dei viktigaste oppgåvene til den private tannhelsetenesta er å gi behandling til personar i den vaksne befolkninga som ikkje inngår i dei prioriterte gruppene (jf boks I). KOSTRA sine tal på tannlege- og tannpleiarårsverk gjer det mogleg å dokumentere personelldekninga i den private tannhelsetenesta ved å sjå årsverkstala i samanheng med den vaksne befolkninga 21 år og eldre.

For å gi eit godt bilete av personellutviklinga i den private tannhelsetenesta, er det hensiktsmessig å sjå årsverkstala i samanheng med talet på personar 21 år og eldre, altså dei som i hovudsak må betala for tannhelsetenestene sine. Tabell 2.2 viser talet på personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell (private allmenntannlegar og tannpleiarar), per allmenntannlege og per tannpleiar i 2008 på fylkesnivå i den private tannhelsetenesta. I tillegg viser tabellen den prosentvise endringa i femårsperioden 2004-2008 innanfor dei ulike yrkesgruppene.

Tabell 2.2. Personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell samla, allmenntannlegar og tannpleiarar i den private tannhelsetenesta, etter fylke. Tal frå 2008 og prosentvise endringar i perioden 2004-2008

	Talet på personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell i det private	Prosentvis endring 2004-2008	Talet på personar 21 år og eldre per tannlege i det private	Prosentvis endring 2004-2008	Talet på personar 21 år og eldre per tannpleiar i det private	Prosentvis endring 2004-2008
Heile landet	1 176	-0,8	1 333	2,1	9 995	-22,6
Østfold	1 224	3,2	1 351	3,2	13 033	2,4
Akershus	1 214	-6,0	1 341	-5,2	12 843	-13,7
Oslo	833	10,9	932	12,3	7 832	-1,0
Hedmark	1 449	-4,7	1 630	-1,8	13 083	-28,6
Oppland	1 475	-15,8	1 620	-12,5	16 396	-48,4
Buskerud	1 151	-16,3	1 309	-10,4	9 576	-58,9
Vestfold	1 099	4,7	1 201	3,5	13 030	17,9
Telemark	1 170	1,1	1 268	4,1	15 156	-34,6
Aust-Agder	1 253	-15,8	1 361	-12,4	15 884	-55,4
Vest-Agder	1 180	1,6	1 357	5,8	9 002	-26,0
Rogaland	1 228	-0,8	1 401	0,9	9 940	-13,3
Hordaland	1 017	9,6	1 193	12,5	6 901	-7,6
Sogn og Fjordane	1 391	3,0	1 644	7,0	9 042	-19,0
Møre og Romsdal	1 254	-4,5	1 346	-1,6	18 403	-44,6
Sør-Trøndelag	1 714	11,2	1 829	13,6	27 245	-24,6
Nord-Trøndelag ...	1 582	-13,1	1 825	-6,3	11 898	-57,2
Nordland	1 313	-21,2	1 601	-15,7	7 280	-46,2
Troms	1 197	-8,9	1 708	6,9	4 000	-45,8
Finnmark	2 305	-19,8	3 354	-2,5	7 370	-57,7

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.2 viser at det i perioden frå 2004 til 2008 har skjedd ein liten nedgang i talet på personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell i alt (allmenntannlegar og tannpleiarar). Tabellen viser også at det har vore ei lita auke i talet på personar 21 år og eldre per tannlege, medan det har vore ein stor prosentvis nedgang per tannpleiar i privat tannhelseteneste. Tabellen viser elles at det også innanfor den private tannhelsetenesta er store fylkesvise forskjellar i personelldekninga.

Talet på personar i den vaksne befolkninga per tannhelsepersonell i den private tannhelsetenesta minskar litt. Medan talet for heile landet var 1 176 personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell (tannlegar og tannpleiarar) i 2008, viser grunnlagsmaterialet at tilsvarende tal var 1 185 i 2004. Dette er ein nedgang på 9 personar eller 0,8 prosent i perioden 2004-2008. Finnmark var det fylket som hadde flest personar i befolkninga 21 år og eldre per tannhelsepersonell i 2008 (2 305 personar), medan Oslo hadde færrest (833 personar). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Sør-Trøndelag det fylket som hadde den største prosentvise auka med vel 11 prosent, medan Nordland hadde den største nedgangen med om lag 21 prosent.

Talet på personar i den vaksne befolkninga per tannlege i den private tannhelse-tenesta aukar. Medan talet for heile landet var 1 333 personar 21 år og eldre per tannlege i 2008 viser grunnlagsmaterialet at tilsvarande tal var 1 305 i 2004. Dette er ei auke på om lag 27 personar eller 2,1 prosent i perioden 2004-2008. Finnmark var det fylket som hadde flest personar i befolkninga 21 år og eldre per tannlege i 2008 (3 354 personar), medan Oslo hadde færrest (932 personar). I perioden 2004 til 2008 var elles Sør-Trøndelag det fylket som hadde den største prosentvise auka med 13,6 prosent, medan Nordland hadde den største nedgangen med i underkant av 16 prosent.

Talet på personar i den vaksne befolkninga per tannpleiar i den private tannhelse-tenesta minskar. Medan talet for heile landet var 9 995 personar 21 år og eldre per tannpleiar i 2008, viser grunnlagsmaterialet at tilsvarande tal var 12 905 i 2004. Dette er ein nedgang på vel 2 900 personar eller 22,6 prosent. Sør-Trøndelag var det fylket som hadde flest personar 21 år og eldre per tannpleiar i 2008 (27 245 personar), medan Troms hadde færrest (4 000 personar). I perioden 2004 til 2008 var elles Vestfold det fylket som hadde den største prosentvise auka med om lag 18 prosent, medan Buskerud hadde den største nedgangen med 59 prosent.

Målt i forhold til talet på personar i den vaksne befolkninga har tettleiken i privat tannhelsepersonell samla gått opp i perioden frå 2004 til 2008. Situasjonen for tannlegar og tannpleiarar er likevel forskjellig. I den private tannhelsetenesta har tannlegetettleiken gått ned i femårsperioden, medan tannpleiartettleiken har auka kraftig i same periode. Fleire tannpleiarar er også årsaka til at tettleiken for det samla tannhelsepersonellet har auka i den private tannhelsetenesta. Dette kan skuldast at oppgåver knytt til førebygging og rutinekontrollar (jamfør kapittel 2.1.1) som tidlegare har vore utført av tannlegar no i større grad blir utført av tannpleiarar.

Det er store fylkesvise variasjonar både for personell samla og for tannlegar og tannpleiarar kvar for seg. Finnmark som har størst personelltettleik i den offentlege tenesta, har minst tettleik når det gjeld tannlegar og tannpleiarar i den private tannhelsetenesta. Ein konsekvens av dette er at den offentlege tannhelsetenesta i Finnmark er nøydd for å behandla vaksne betalande pasientar i større grad enn kva som er tilfelle for andre fylke. Dette blir underbygd av grunnlagsmaterialet i KOSTRA.

Fleire tannlegar underviser i tillegg til å gi behandling ved klinikk. I samband med tolking av bør det nemnast at fleire tannlegar underviser ved dei odontologiske fakulteta i Bergen, Oslo og Tromsø i tillegg til å gi behandling ved ein klinikk. Undervisningsarbeidet ved fakulteta er inkludert som ein del av årsverka i den private tannhelsetenesta presentert i tabell 2.2. Utifrå dette kan ein hevde at tannlegedekninga i Hordaland, Oslo (samt nærliggjande fylke) og Troms fylke er noko for høge i den private tannhelsetenesta. Samstundes tilbyr tannlege- og tannpleiarstudentane pasientbehandling ved dei odontologiske fakulteta. Dette kompenserer noko for den høge dekninga i desse fylka ved at fleire tannlegar arbeider som instruktørar ved fakultetsklinikkane (Holst m fl 2002).

2.1.3. Færre innbyggjarar per tannlegespesialist, men regionale forskjellar i tilbodet

Allmennpraktiserande tannlegar eller tannpleiarar i den offentlege og private tannhelsetenesta utfører gjerne meir regelmessig og standardisert tannbehandling. Det er likevel jamleg behov for meir komplisert behandling, til dømes grunna særskilde diagnosar, som krev ein bestemt kompetanse. Både den private og den offentlege tannhelsetenesta har tannlegespesialistar innanfor ulike fagfelt. For å seie noko om personelldekninga når det gjeld tannlegespesialistar i tannhelse-tenesta i Noreg er det relevant å sjå dei samla årsverkstala for dei ulike spesialistgruppene i samheng med heile den norske befolkninga.

For å gi eit godt bilete av tilstanden og utviklinga over tid når det gjeld personelldekninga for tannlegespesialistar i den offentlege og private tannhelsetenesta, er det hensiktsmessig å sjå årsverkstala i samanheng med heile den norske befolkninga. Spesialistane skal i praksis kunne tilby tenester til alle i denne gruppa. Tabell 2.3 viser talet på innbyggjarar per tannlegespesialist (offentleg og privat) i 2004 og 2008 på fylkesnivå. I tillegg viser tabellen den prosentvise endringa i perioden 2004-2008 for tannlegespesialistane.

Tabell 2.3. Innbyggjarar per tannlegespesialist (privat og offentleg). 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008. Fylkesvis

	Talet på innbyggjarar per tannlegespesialist (offentleg og privat) 2004	Talet på innbyggjarar per tannlegespesialist (offentleg og privat) 2008	Prosentvis endring 2004-2008
Heile landet	22 372	12 570	-43,8
Østfold	27 800	14 677	-47,2
Akershus	21 965	11 085	-49,5
Oslo	16 558	7 387	-55,4
Hedmark	52 327	26 399	-49,6
Oppland	18 691	16 753	-10,4
Buskerud	22 545	15 339	-32,0
Vestfold	31 991	20 099	-37,2
Telemark	19 336	20 685	7,0
Aust-Agder	16 709	18 196	8,9
Vest-Agder	17 920	15 723	-12,3
Rogaland	18 456	10 233	-44,6
Hordaland	20 287	8 879	-56,2
Sogn og Fjordane	46 536	10 437	-77,6
Møre og Romsdal	31 778	23 030	-27,5
Sør-Trøndelag	36 342	19 244	-47,0
Nord-Trøndelag	18 615	33 515	80,0
Nordland	21 928	13 374	-39,0
Troms	28 285	12 444	-56,0
Finnmark	22 836	22 654	-0,8

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.3 viser at det har vore ein stor nedgang i talet på innbyggjarar per tannlegespesialist i den private og offentlege tannhelsetenesta i perioden frå 2004 til 2008. Samstundes er det store forskjellar fylka imellom.

Talet på innbyggjarar per tannlegespesialist minskar. Medan talet for heile landet var 12 750 innbyggjarar per tannlegespesialist i den offentlege og private tannhelsetenesta i 2008, viser tabellen at tilsvarende tal var 22 372 i 2004. Dette er ein nedgang på heile 9802 innbyggjarar eller om lag 44 prosent i perioden frå 2004 til 2008. Nord-Trøndelag var det fylket som hadde flest innbyggjarar per tannlegespesialist i 2008 (33 515 personar), medan Oslo hadde færrest (7 383 personar). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Nord-Trøndelag det fylket som hadde den største prosentvise auka med om lag 80 prosent, medan Sogn og Fjordane hadde den største prosentvise nedgangen med vel 77 prosent.

Tettleiken blant tannlegespesialistar har auka i perioden frå 2004 til 2008. Samstundes viser oversikten i kapittel 1 at det er forskjellar i personelldekninga innanfor dei ulike spesialitetane på landsnivå. I tillegg er spesialisttettleiken størst rundt dei to største byane i landet. Oslo og Hordaland er fylka med størst tettleik, og det er rimeleg å anta at sistnemnde skuldast ei opphoping av spesialistar i Bergen. Forutan at desse to byane har flest innbyggjarar i landet kan ei av årsakene vera at Oslo og Bergen i lengre tid har vore dei einaste byane i Noreg som har tilbydd tannlegeutdanning. På litt lengre sikt kan det vere rimeleg å forvente at Troms fylkeskommune vil få større spesialisttettleik grunna den nye tannlegeutdanninga ved Universitetet i Tromsø.

2.2. Driftsutgifter i den offentlege tannhelsetenesta

Tannhelsekostnader

Den offentlege tannhelsetenesta skal tilby gratis tannhelsetenester til personar i dei prioriterte gruppene. Fylkeskommunane rapporterer årlege rekneskap til SSB/KRD. Rekneskapa gir ein oversikt over kor mykje utgifter som er brukt på tannhelse i fylkeskommunane. Rekneskapet gir også oversikt over kor mykje utgifter som er brukt til pasientbehandling.

Brutto driftsutgifter pasientbehandling viser fylkeskommunen sine totale driftsutgifter til pasientbehandling. For meir informasjon: www.ssb.no/tannhelse/

Med prioriterte grupper meiner ein dei personane som krav på gratis tannbehandling i følge lov om tannhelsetenesta. Prioriterte grupper i den offentlege tannhelsetenesta inkluderer Gruppe A barn og unge 1-18 år, Gruppe B Psykisk utviklingshemma 18 år og eldre, Gruppe C1 Eldre, langtidssjuka og uføre i institusjonspleie, Gruppe C2 Eldre, langtidssjuka og uføre i heimesjukepleie, Gruppe D Ungdom i alderen 19-20 år og Gruppe E Andre prioriterte grupper og Fengselsinnsette.

*Buskerud og Rogaland har ikkje splitta opp rekneskapet på pasientbehandling i 2004.

2.2.1. Brutto driftsutgifter til pasientbehandling aukar

Gratis tannbehandling for prioriterte grupper i befolkninga er finansiert av fylkeskommunane. Medan personelldekninga viser kor store ressursar målt i årsverk fylkeskommunane disponerar for å ivareta oppgåvene i den offentlege tannhelsetenesta, viser driftsutgiftene kor mykje fylkeskommunane har brukt på å løyse oppgåvene. Det er venteleg eit visst samsvar mellom utgiftsnivået og personelldekninga i dei ulike fylkeskommunane.

For å seie noko om kor mykje midlar det går med til behandling av pasientar i den offentlege tannhelsetenesta, er det relevant å sjå brutto driftsutgifter til pasientbehandling i samanheng med personar i dei prioriterte gruppene. Ved å sjå på denne samanhengen over ein periode på fleire år, er det mellom anna mogleg å seie noko om kor høgt den offentlege tannhelsetenesta blir prioritert i dei einskilde fylkeskommunane og mellom fylkeskommunane frå eit år til eit anna.

Tabell 2.4 viser gjennomsnittlege brutto driftsutgifter per person i prioriterte grupper i 2004 og 2008 på fylkesnivå. I tillegg viser tabellen den prosentvise endringa i utgifter per person i prioriterte grupper frå 2004 til 2008.

Tabell 2.4. Brutto driftsutgifter til pasientbehandling per person i prioriterte grupper. 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008. Fylkesvis

	Kroner per person i prioriterte grupper 2004	Kroner per person i prioriterte grupper 2008	Prosentvis endring 2004-2008
Heile landet	1 065	1 140	7,1
Østfold	917	1 090	18,9
Akershus	804	758	-5,7
Oslo	746	908	21,8
Hedmark	1 357	1 348	-0,7
Oppland	1 297	1 290	-0,5
Buskerud*	:	:	:
Vestfold	824	723	-12,3
Telemark	1 226	1 683	37,3
Aust-Agder	1 291	1 406	9,0
Vest-Agder	964	1 299	34,8
Rogaland*	:	:	:
Hordaland	1 198	1 328	10,8
Sogn og Fjordane	1 857	2 237	20,5
Møre og Romsdal	1 195	1 421	18,9
Sør-Trøndelag	1 276	1 651	29,4
Nord-Trøndelag	1 711	1 567	-8,4
Nordland	2 005	1 939	-3,3
Troms	2 905	2 342	-19,4
Finnmark	2 652	2 919	10,1

Kjelde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.4 viser at dei gjennomsnittlege brutto driftsutgiftene til tannbehandling i den offentlege tannhelsetenesta per person i prioriterte grupper, har auka på landsbasis frå 2004 til 2008. Tabellen viser også at det er store skilnader fylka imellom.

Brutto driftsutgifter til pasientbehandling per person i prioriterte grupper aukar. Medan dei gjennomsnittlege utgiftene for heile landet var 1 065 kroner per person i prioriterte grupper i 2004, var tilsvarande utgift 1 140 kroner i 2008. Dette er ei auke på 75 kroner, eller vel 7 prosent. Finnmark var det fylket som hadde dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene per person i prioriterte grupper i 2008 (2 919 kroner), medan Vestfold hadde dei lågaste (723 kroner). I perioden frå 2004 til 2008 var elles Telemark det fylket som hadde den største prosentvise auka med vel 37 prosent, medan Troms hadde den største prosentvise nedgangen med vel 19 prosent.

Fylka med høgast gjennomsnittlege driftsutgifter til pasientbehandling har også høgast personelldekning. Finnmark hadde høgast gjennomsnittlege driftsutgifter per person i prioriterte grupper og høgast personelldekning for tannhelsepersonell samla i 2008 (jf kap. 2.1.1). Fylka med lågast driftsutgifter har ikkje naudsynt lågast personelldekning. Vestfold var fylket med lågast driftsutgifter til pasientbehandling per person i prioriterte grupper i 2008, men hadde likevel ikkje lågast personelldekning. Ei av årsakene til dette kan vere at Vestfold har relativt mange tannpleiarar i forhold til tannlegar, noko som inneber lågare lønsutgifter enn i fylke som har ein større del tannlegar.

Det er grunn til å understreke at delen av dei samla driftsutgiftene i den offentlege tannhelsetenesta som blir brukt til pasientbehandling minskar over tid. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at fylkeskommunane sine samla brutto driftsutgifter til tannhelsetenesta beløp seg til nærmare 2,1 mrd. kroner totalt i 2008. Av desse utgiftene gjekk om lag 1,6 mrd. kroner med til pasientbehandling, noko som isolert sett er ei auke på 30 mill. kroner eller 21,4 prosent frå 2004. Samstundes var den delen av dei samla utgiftene som gjekk med til pasientbehandling lågare i 2008 enn i 2004. Det er difor grunn til å tru at ein stor del av auken i dei samla brutto driftsutgiftene til tannhelsetenesta i femårsperioden mest sannsynleg tilskrivast auka lønsutgifter i sektoren.

2.3. Utgifter i den private tannhelsetenesta

Tannhelseutgifter i den private tannhelsetenesta

Den private tannhelsetenesta rapporterer ikkje inn årlege rekneskap til SSB/KRD. Dette gjer at ein ikkje har ein like detaljert oversikt og utgiftene i den private sektoren. Mellom anna er det ikkje mogleg har ein ikkje oversikt over kor mykje utgifter som er brukt til pasientbehandling i den private tannhelsetenesta, som er mogleg i den offentlege (jamfør kapittel 2.2).

Helserekneskapet til SSB viser ein oversikt over dei totale utgiftene brukt i helse-sektoren. Det er også mogleg å få ein oversikt over kostnadene innanfor den offentlege og private tannhelsetenesta. Helserekneskapet er basert på nasjonal-rekneskapet og utgiftene er definerte i høve til internasjonale retningslinjer gitt i A System og Health Accounts. Utgifter til helseføremål omfattar alle utgifter som går med til forbruk eller investeringar i helsetenestene.

For meir informasjon: www.ssb.no/helsesat/

2.3.1. Utgifter i den private tannhelsetenesta har auka

Det finst ikkje like gode tal på kor mykje pengar som blir brukt i den private tannhelsetenesta som for den offentlege. Medan den offentlege sektoren har rekneskapet i KOSTRA som hovudkjelde (jf boks III), manglar det per i dag tilsvarende kjelder for den private tannhelsetenesta.

Helserekneskapet freistar å gi ein peikepinn på kor mykje utgifter som går med i den private tannhelsetenesta. Helserekneskapet omfattar alle utgifter som går med til forbruk eller investeringar i tannhelsetenesta. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at talet på personell i den private sektoren utgjorde om lag 69 prosent av alt tannhelsepersonell i privat og offentleg tannhelseteneste i 2008. Dette er ei auke på 0,6 prosentpoeng frå 2004. Det er venteleg at fordelinga av personell mellom privat og offentleg sektor, til ein viss grad, vil spegla utgiftene i dei to dei sektorane når det gjeld storleik.

Samstundes som tala knytt til utgifter i den private tannhelsetenesta er meir usikre og bør tolkast med stor varsemd, er føremålet med å likevel presentere dei eit forsøk på å gi ein overordna peikepinn på storleiken av den private sektoren når det gjeld utgifter. Sidan tala frå den private og offentlege tannhelsetenesta baserer seg på ulike kjelder er det ikkje mogleg å samanlikna tala direkte med kvarandre.

Tabell 2.5 viser totale utgifter i den private tannhelsetenesta i perioden 2004 og 2008 for heile landet. I tillegg viser tabellen den prosentvise endringa i perioden 2004-2008.

Tabell 2.5. Private tannhelseutgifter i frå helserekneskapet. 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008

	Totalt utgifter i privat tannhelseteneste i 2004 (mrd. kroner)	Totalt utgifter i privat tannhelseteneste i 2008 (mrd. kroner)	Prosentvis endring 2004-2008
Heile landet	6,5	7,7	18,8

Kjelde: Helserekneskapet, Statistisk sentralbyrå

Tabell 2.5 viser at dei totale utgiftene i den private tannhelsetenesta har uka i perioden frå 2004 til 2008.

Utgifter i den private tannhelsetenesta aukar. I følge helserekneskapet var utgiftene i den private tannhelsetenesta 7,7 mrd. kroner i 2008, medan det same talet var om lag 6,5 mrd. kroner i 2004. Dette er ei auke på i underkant av 1,2 mrd. kroner, eller om lag 19 prosent i perioden frå 2004 til 2008. Utgiftstala frå lenger tilbake i tid henta i grunnlagsmaterialet frå helserekneskapet, viser at det i perioden frå 1984 til 2004 har skjedd ei auke i utgifter frå 1,1 til 6,5 mrd. kroner i 2004. Vidare viser grunnlagstala at om lag 90 prosent av utgiftene i den private tannhelsetenesta blei finansiert av hushalda, både i 1984 og 2004 (Hedum 2007).

I Stortingsproposisjon 1 (2009-2010) viser tal for refusjonar av tannhelseutgifter at det i 2008 blei gitt om lag 1,2 mrd. kroner til refusjon av tannbehandling etter folketrygda sitt kapittel 4, medan det same talet var 265 mill. kroner i 2001. Auken frå 2001 til 2007 skuldast i stor grad innføring av nye stønadsordningar. I samband med innføring av egedelstak 2 i 2003 auka stønaden til behandling av periodontitt og sjukdomar i munn- og kjeve betydeleg. Stønad til rehabilitering i dei tilfelle tenner er tapt som følgje av periodontitt, blei innført i oktober 2003. Dei nye stønadsordningane saman med prisjustering og volumvekst forklarar det meste av auken frå 2001 til 2007 (Prop.1 S 2009-2010).

Tala frå helserekneskapet gjev ein overordna peikepinn på utgiftsnivået til den private tannhelsetenesta. Utan å samanlikna utgiftsnivåa for den private og offentlege tannhelsetenesta direkte, med bakgrunn i tala frå kap. 2.2 og 2.3, er det likevel god grunn til å fastslå at den private tannhelsetenesta har eit høgare utgiftsnivå enn den offentlege. Forskjellen i talet på personell i dei to sektorane underbyggjer dette.

3. Tannhelsetilstand og -førebygging

3.1. Eigenvurdert tannhelse

Eigenvurdert tannhelse

Den generelle tilstanden til tannhelsa i den norske befolkninga blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet: *Hvordan vurderer du din tannhelse? Vil du si den er meget god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller meget dårlig?* I gjennomgangen av resultatata frå levekårundersøkinga blir svært god brukt for meget god og svært dårleg brukt for meget dårlig.

Resultata for dei som svarar at deira tannhelse er ”verken god eller dårlig” inngår ikkje i presentasjonen av tala.

3.1.1. Tannhelsa svekkast med alderen

Tannhelsetilstanden kan definerast og målast på ulike måtar. Det har dessutan blitt hevda at det er nødvendig å heve presisjonsnivået i bruken av omgrep som tannhelse og tannsjukdom, og at det i fagmiljøa er interesse for å skilje desse meir frå kvarandre (Holst m. fl. 2005). Medan eigenvurdert tannhelse seier noko generelt om tannhelsetilstanden, er til dømes tannstatus (tal på tenner) meir å betrakte som eit mål på tannsjukdom. Det er likevel grunn til å tru at samanhengen mellom desse måla er relativt sterk (jf kap. 3.2).

Rapporteringa av eigenvurdert tannhelse viser ein klar tendens til at tannhelsa svekkast med alderen. Dette er sannsynlegvis først og fremst eit kjenneteikn ved alderdommen og ei generell svekking av helsa. Det kan likevel ikkje utelukkast at førebygginga av tannhelseproblem i befolkninga har blitt betre med åra, og at dette bidreg til at dei yngre har betre tannhelse. Mellom anna har innføring av fluor i tannhygienen hatt ein sterk førebyggjande effekt (Holst m. fl. 2004). Rapporteringa viser også at det er nokre forskjellar mellom kjønna, og då særleg i dei tre yngste aldersgruppene. Tabell 3.1 viser korleis den eigenvurderte tannhelsa fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 3.1. Eigenvurdert tannhelse, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
God eller svært god	73	82	79	78	71	65
Dårleg eller svært dårleg	8	4	6	5	9	12
Kvinner						
God eller svært god	74	85	83	81	71	65
Dårleg eller svært dårleg	8	1	4	4	9	13
Menn						
God eller svært god	72	79	75	76	70	66
Dårleg eller svært dårleg	8	6	7	5	9	10

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.1 viser at kvinner har betre tannhelse enn menn i fleire av aldersgruppene. Tabellen viser også at tannhelsa i all hovudsak blir dårlegare med stigande alder.

Det er ganske klare forskjellar mellom kjønna. I alle dei tre yngste aldersgruppene rapporterte kvinner betre tannhelse enn jamaldra menn i 2008. I aldersgruppa 19-20 år var det til dømes fleire kvinner enn menn som rapporterte god eller svært god tannhelse (høvesvis 85 prosent og 79 prosent) og færre kvinner enn menn som rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse (høvesvis 1 prosent og 6 prosent).

Det er også relativt store forskjellar i tannhelsetilstand etter alder. Dette gjeld spesielt blant kvinner. Medan 1 prosent av kvinnene i alderen 19-20 år vurderte tannhelsa som dårleg eller svært dårleg, var tilsvarande del 13 prosent blant kvinner i alderen 67 år og eldre i 2008. Og medan 85 prosent av dei yngste kvinnene rapporterte god eller svært god tannhelse, var delen 65 prosent i den eldste aldersgruppa. Det er i overgangen mellom aldersgruppene 25-44 år og 45-66

år tannhelsetilstanden svekkast mest. Denne tendensen gjer seg spesielt gjeldande blant kvinner, men er også tydeleg blant menn.

Det er utvilsamt ein nær samanheng mellom alder og tannhelse. Dei som er yngst har best tannhelse, og tannhelsa svekkast bortimot eintydig med stigande alder. Svekkinga av tannhelsa må sjølvstapt sjåast i samanheng med den generelle svekkinga av helsa som følgjer av alderdom. Samstundes spelar også utviklinga med tanke på tannhygiene, innføring av fluor i førebygging og utbygging av tannhelsetenestetilbod ei viktig rolle. Dei som er blant dei eldste i dag har med andre ord ikkje hatt same føresetnader for å oppretthalde og styrke tannhelsa som dei yngre.

3.1.2. Svakast tannhelse i Nord-Noreg

Resultat frå levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt har mellom anna vist at helse og førekomsten av det ein kan kalle uhelse i den norske befolkninga har ein geografisk dimensjon (Statistisk sentralbyrå 2009). I dei fleste tilfella er det den nordlegaste landsdelen og dei nordlegaste fylka som kjem dårlegast ut. Resultata frå levekårundersøkinga viser at dette er ein tendens som også gjeld for tannhelsetilstanden. Tabell 3.2 viser korleis den eigenvurderte tannhelsa blant personar 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 3.2. Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
God eller svært god	76	74	74	72	72	68
Dårleg eller svært dårleg ...	7	9	6	6	8	11
Kvinner						
God eller svært god	76	75	76	72	72	70
Dårleg eller svært dårleg ...	7	8	7	7	8	11
Menn						
God eller svært god	76	72	72	73	73	66
Dårleg eller svært dårleg ...	7	9	5	6	8	12

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.2 viser at befolkninga i Nord-Noreg har dårlegare tannhelse enn dei som bur i dei andre landsdelane. Tabellen viser også at forskjellane etter landsdel er noko mindre blant kvinner enn blant menn.

Den klaraste forskjellen i rapportering av dårleg tannhelse langs dimensjonen landsdel, finn ein ved samanlikning mellom Nord-Noreg og landsdelane Agder og Rogaland og Vestlandet. Medan om lag ein av ti i alderen 21 år og eldre i Nord-Noreg rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse, var det same forholdstalet om lag ein av tjue i Agder og Rogaland og på Vestlandet. Den største prosentvise forskjellen i rapporteringa av god eller svært god tannhelse finn ein mellom Nord-Noreg og landsdelen Oslo og Akershus, med høvesvis 68 prosent og 76 prosent.

Det er relativt små forskjellar mellom kvinner og menn i alderen 21 år og eldre i dei ulike landsdelane. Samstundes er forskjellane i dårleg tannhelse mellom Nord-Noreg og resten av landsdelane størst blant menn, og da særleg i forhold til Agder og Rogaland. Medan 12 prosent av mennene i Nord-Noreg vurderte tannhelsa som dårleg eller svært dårleg, var den tilsvarende delen 5 prosent i Agder og Rogaland.

Resultata frå levekårundersøkinga viser også at det er forskjellar mellom landsdelane når det gjeld 19- og 20-åringar, og i denne aldersgruppa er det i Trøndelag og Nord-Noreg tannhelsa synest å vere dårlegast. Medan det var 8 prosent som opplyste å ha dårleg eller svært dårleg tannhelse i Trøndelag var delen 7 prosent blant 19- og 20-åringane i Nord-Noreg. Til samanlikning var det til dømes 2 prosent som rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse i Oslo og Akershus. Det

bør leggjast til at resultata i denne aldersgruppa er meir usikre sidan det er tale om relativt få personar i kvar landsdel.

Tannhelsa varierer til dels mykje frå ein landsdel til ein annan, og det er dei som er busett i Nord-Noreg som har aller dårlegast tannhelse. Det er i andre samanhenger vist at det er regionale forskjellar i mellom anna helsetilstand, dødelegheit og bruk av helsetenester, og befolkninga i Nord-Noreg kjem ofte dårlegare ut samanlikna med folk busett i andre delar av landet (Borgan og Pedersen 2009). Dette kan tyde på at det er ein opphoping av helse- og levekårutfordringar i den nordlegaste landsdelen, noko som igjen kan bidra til dårlegare tannhelsetilstand. Samstundes kan det tenkjast at tenestetilbodet på tannhelseområdet har ein sjølvstendig innverknad på tannhelsa. Sjølv om andre faktorar også kan ha betydning for tannhelsa, er det liten tvil om at det private tenestetilbodet er dårlegare i dei tre nordlegaste fylka (jf kap. 2.1).

3.1.3. Best tannhelse blant dei med høgast utdanning

Utdanning blir gjerne oppfatta som den mest robuste forklaringsfaktoren når det gjeld studie av sosiale forskjellar i helse (Siegrist og Marmot 2006). Oppfatninga har si bakgrunn i at dei fleste gjer seg ferdig med utdanning i ung alder, og at utdanningsnivået difor ikkje påverkast like mykje av helseproblem seinare i livet. I all hovudsak viser studia av sosiale forskjellar at dei som har høgare utdanning har betre helse enn dei med lågare utdanning (Krokstad m. fl. 2002). Dette gjeld også eigenvurdert tannhelse. Tabell 3.3 viser korleis den eigenvurderte tannhelsa blant personar 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 3.3. Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
God eller svært god	74	69	78
Dårleg eller svært dårleg	9	9	4
Kvinner			
God eller svært god	74	70	81
Dårleg eller svært dårleg	9	9	4
Menn			
God eller svært god	74	68	75
Dårleg eller svært dårleg	8	8	5

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.3 viser at dei med universitets- eller høgskuleutdanning har betre tannhelse enn dei på lågare utdanningsnivå. Tabellen viser også at forskjellane etter utdanningsnivå er større blant kvinner enn blant menn.

Det er fleire som vurderer tannhelsa som god eller svært god og færre som vurderer tannhelsa som dårleg eller svært dårleg blant dei med universitets- eller høgskuleutdanning. Medan 78 prosent av dei på det høgaste utdanningsnivået rapporterte god eller svært god tannhelse i 2008, var den tilsvarande delen 74 prosent blant dei med grunnskuleutdanning og 69 prosent blant dei med vidaregåande utdanning. Vidare var det 4 prosent av dei med universitets- og høgskuleutdanning som hadde dårleg eller svært dårleg tannhelse, medan det blant dei med høvesvis grunnskuleutdanning og vidaregåande utdanning var 9 prosent.

Dei største forskjellane etter utdanningsnivå finst blant kvinner. Medan 81 prosent av dei på det høgaste utdanningsnivået rapporterte god eller svært god tannhelse i 2008, var den tilsvarande delen 74 prosent blant dei med grunnskuleutdanning og 70 prosent blant dei med vidaregåande utdanning. Vidare var det 4 prosent av dei med universitets- og høgskuleutdanning som hadde dårleg eller svært dårleg tannhelse, medan det blant dei med høvesvis grunnskuleutdanning og vidaregåande utdanning var 9 prosent.

Grunnlagsdata viser elles at det er forskjellar etter utdanningsnivå også blant dei i alderen 19-20 år. I denne aldersgruppa er det dei med universitets- og høgskule-utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som har dårlegast tannhelse. I denne utdanningsgruppa var det 9 prosent som rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse, medan det blant dei med høvesvis grunnskule og vidaregåande utdanning var rundt 3 prosent. Resultata blant 19- og 20-åringar er også her meir usikre sidan det er relativt få personar på dei ulike utdanningsnivåa.

På same måte som med andre helse- og levekårrområde er det ein samanheng mellom tannhelsetilstand og utdanning. Fleire har til dømes vist at den generelle helsetilstanden målt som eigenvurdert helse blir eintydig betre med stigande helse (Siegrist og Marmot 2006). Sjølv om samanhengen ikkje er like klar i den forstand at førekomsten av dårleg tannhelse ikkje går eintydig ned med stigande utdanning, er det dei med høgast utdanning som har best tannhelsetilstand. Andre har også påpekt at det at fleire har høg utdanning har bidrege til ein betre tannhelse i den norske befolkninga (Holst m. fl. 2004).

3.1.4. Svakast tannhelsetilstand i dei lågaste inntektsgruppene

Inntekt er ein annan sosial bakgrunnsfaktor som ofte blir brukt i undersøkingar av sosiale forskjellar i helse. Utfordringa med å bruke inntekt som ein sosial helse-determinant er tolkinga av resultata. Det er ikkje alltid enkelt å vurdere om det er inntekta som påverkar helseforholda eller om det snarare er motsett at helseforholda påverkar inntekta (Siegrist og Marmot 2006). Det er likevel nyttig å sjå om det er ein samanheng til dømes i tilfelle med høg eigenbetaling for helsetenester eller for å sjå på opphoping av helse- og levekårproblem. Tabell 3.4 viser korleis eigenvurdert tannhelse blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 3.4. Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
God eller svært god	66	65	71	80	87
Dårleg eller svært dårleg	11	13	9	4	2
Kvinner					
God eller svært god	66	65	74	80	88
Dårleg eller svært dårleg	9	13	8	5	1
Menn					
God eller svært god	67	64	68	79	86
Dårleg eller svært dårleg	13	12	9	4	2

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.4 viser at dei med lågare inntekter i all hovudsak har dårlegare tannhelse enn dei med høgare inntekter. Tabellen viser vidare at tendensen til at delen med dårleg eller svært dårleg tannhelse går ned med stigande inntekt særleg gjer seg gjeldande blant menn.

Det er relativt store forskjellar i tannhelsetilstand etter inntekt. Medan det var 11 prosent og 13 prosent som rapporterte dårleg eller svært dårleg helse i høvesvis den lågaste og den nest lågaste inntektsgruppa i 2008, var tilsvarande tal 4 prosent i den nest høgaste og 2 prosent i den høgaste inntektsgruppa.

Det er blant menn tendensen til at delen med dårleg eller svært dårleg tannhelse fell med stigande inntekt er sterkast. Medan det var 13 prosent av mennene i den lågaste inntektsgruppa som opplyste at dei hadde dårleg eller svært dårleg tannhelse i 2008, går delen jamt ned med stigande inntekt, og er på sitt lågaste med 2 prosent blant dei i den høgaste inntektsgruppa. Når det gjeld resultata for 19- og 20-åringar er desse svært usikre. I den grad tala kan omtalast er tendensen motsett frå dei i alderen 21 år og eldre. Dei med høgast inntekt er dei som rapporterer å ha dårlegast tannhelse.

Det er ein klar samanheng mellom tannhelsetilstand og inntekt. Medan delen med god tannhelsetilstand aukar eintydig med stigande hushaldsinntekt, går delen med dårleg tannhelse eintydig ned med stigande inntekt. Gitt at behovet for bruk av tannhelsetenester er om lag det same i alle inntektsgrupper, kan dette tyde på at eigenbetalinga ved bruk av tenestene er ei større utfordring blant dei med låg inntekt enn blant dei med høg. Det kan også vere at dei med lågare inntektsgrunnlag ikkje har dei same føresetnadane for å førebyggje tannhelseproblem på eiga hand som dei med høgare inntekt.

3.1.5. Dårligare tannhelse blant mottakarar av stønader

Mottak av stønader eller ytingar frå folketrygda er ofte forårsaka av eit helseproblem, men det treng likevel ikkje vere slik. Det same gjeld for økonomiske ordningar som kommunane forvaltar, til dømes sosialhjelp. Samstundes er det fleire som har dokumentert at mottakarar av ulike økonomiske ordningar har fleire helse- og levkårproblem enn andre (t.d. Dahl m. fl. 2006). Dette gjeld også for tannhelsetilstanden. Tabell 3.5 viser korleis eigenvurdert tannhelse blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 3.5. Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent

	Begge kjønn		Kvinner		Menn	
	God eller svært god	Dårleg eller svært dårleg	God eller svært god	Dårleg eller svært dårleg	God eller svært god	Dårleg eller svært dårleg
Sosialhjelp	55	24	52	18	59	30
Grunn-/hjelpstønad	62	14	60	14	68	12
Tidsgrensa uførestønad ...	75	16	75	14	76	21
Varig uførepensjon	58	15	58	15	58	15
Bustønad	55	19	52	15	61	29
Attføringsstønad	60	15	64	12	55	20
Ingen stønad	76	6	77	6	74	6
Ein eller fleire stønader	62	15	64	13	59	18

Kjelde: Levkårsundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.5 viser at mottakarar av statlege eller kommunale stønader har dårlegare tannhelse enn dei som ikkje tek imot slike stønader. Tabellen viser også at det er blant menn som tek imot stønader at tannhelsa er dårlegast.

Forskjellen i tannhelse mellom dei som tek imot stønader og andre er betydeleg. Medan det var 15 prosent som opplyste om dårleg eller svært dårleg tannhelse blant dei som tok imot ein eller fleire stønader i 2008, var tilsvarende del 6 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad. Mottakarar av sosialhjelp er elles dei som kjem dårlegast ut. I denne gruppa var det 24 prosent, med andre ord ein av fire personar, som rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse.

Det er blant menn som tek imot stønader tannhelsa er dårlegast. Medan det blant menn som tok imot ein eller fleire stønader var 18 prosent som rapporterte dårleg eller svært dårleg tannhelse i 2008, var denne delen 13 prosent blant kvinnene. Kjønnforskjellen er enda tydelegare blant mottakarar av sosialhjelp. Her var det høvesvis 18 prosent av kvinnene og 30 prosent av mennene som opplyste at dei hadde dårleg eller svært dårleg tannhelse. For aldersgruppa 19-20 år gjer det elles ingen meining å tale om forskjellar etter mottak av stønader. Dette skuldast først og fremst at denne gruppa i all hovudsak ikkje kan kvalifisere for dei utvalde stønadane og ytingane. Dei er heller ikkje godt nok representert i utvalet for dei stønadane og ytingane dei eventuelt kunne ha mottatt.

Det er nærliggande å leggje inntektsmålet til grunn for å forklare forskjellane mellom stønadsmottakarar og andre. Det er grunn til å tru at dei som tek imot stønader i all hovudsak har eit lågare inntektsgrunnlag i hushaldet enn til dømes lønsmottakarar, og at forskjellane i eigenvurdert tannhelse mellom desse difor følgjer same mønster som forskjellar mellom inntektsgrupper. Det er likevel sånn at det blant dei som tek imot stønader relativt sett er ein høgare del som har dårleg

tannhelse samanlikna med dei som er i dei lågaste inntektsgruppene. Det kan innebære at stønadmottakarar har meir samansette og fleire helse- og levekår-utfordringar enn dei som kan forklarast ved hjelp av inntektsgrunnlaget.

3.1.6. Forholdet mellom eigenvurdert tannhelse og eigenvurdert helse

Eigenvurdert tannhelse er eit meir tematisk avgrensa mål for helsetilstand enn eigenvurdert helse. Medan ei kartlegging av førstnemnde sannsynlegvis inkluderer ei vurdering av tilstanden til tenner og munn, inneber sistnemnde at heile kroppen blir teken med i betraktning. Det er likevel vanskeleg å vite eksakt kva folk legg til grunn når dei tar si eiga tannhelse opp til vurdering (Holst m. fl. 2005).

Ei samanlikning av resultata frå kartlegginga av høvesvis eigenvurdert tannhelse og eigenvurdert helse seier kan hende difor først og fremst noko om korleis omgrepet tannhelse oppfattast i forhold til det vidare helseomgrepet. Tabell 3.6 viser korleis eigenvurdert tannhelse blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 3.6. Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 4 803. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
God eller svært god	79	50
Dårleg eller svært dårleg	5	29
Kvinner		
God eller svært god	80	55
Dårleg eller svært dårleg	5	28
Menn		
God eller svært god	77	44
Dårleg eller svært dårleg	5	30

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.6 viser at det er ein relativt klar samanheng mellom eigenvurdert tannhelse og eigenvurdert helse. Tabellen gir også teikn på at den opplevde tannhelsa betyr relativt lite for vurdering av generell helsetilstand.

Tannhelsetilstanden er dårlegast blant dei med dårlegast generell helsetilstand. Medan det var 29 prosent som vurderte tannhelsa som dårleg eller svært dårleg blant dei med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var tilsvarande del 5 prosent blant dei med god eller svært god helse. Vidare er tannhelsetilstanden best blant dei med best eigenvurdert helse. Medan det var 79 prosent som hadde god eller svært god tannhelse blant dei med god eller svært god helse, var det 50 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg helse som opplyste å ha god eller svært god tannhelse. Grunnlagsdata viser elles den same tendensen blant 19-20 åringar. I denne aldersgruppa har tilnærma alle god eller svært god helse, og blant desse er det 83 prosent som har god eller svært god tannhelse og 2 prosent som har dårleg eller svært dårleg tannhelse.

Det kan elles sjå ut som om tannhelsa spelar ei mindre rolle for rapporteringa av eigenvurdert helse blant kvinner enn blant menn. Medan det var 55 prosent som vurderte tannhelsa som god eller svært god blant kvinner med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var tilsvarande del 44 prosent blant menn med dårleg eller svært dårleg helse. Eit slikt resultat kan ha fleire årsaker, men det kan tolkast der hen at tannhelsa ikkje oppfattast som ein like viktig del av den generelle helsetilstanden blant kvinner som blant menn.

Det er sjølvsagt slikt at det ikkje utelukkande er tannhelsetilstanden som er avgjerande for rapporteringa av eigenvurdert helse og motsett. Dei med dårleg eller svært dårleg helsetilstand kan til dømes ha andre helseproblem og sjukdomar enn tannhelseproblem som er langt meir avgjerande for deira vurderingar og som tabell

3.6 ikkje tar høgde for. Det generelle inntrykket er likevel at det er eit samsvar mellom dei to måla blant personar i alderen 21 år og eldre, men at tannhelse ikkje er den einaste faktoren som påverkar den generelle helsetilstanden.

3.2. Tannstatus og førebygging av tannproblem

Talet på tenner og tannpuss med fluor

Talet på tenner i den norske befolkninga blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet:

Omtrent hvor mange av dine egne tenner har du igjen? Har du 20 eller flere, 10-19, 1-9 eller ingen? I gjennomgangen av resultatata frå levekårundersøkinga er det her fokusert på dei som har færre enn 10 tenner igjen, noko som her omtalast som dårleg tannstatus.

Tannpuss med fluortannkrem i den norske befolkninga blir i levekårundersøkinga mellom anna målt ved hjelp av spørsmålet: *Pussar du tenner med fluortannkrem hver dag?* I gjennomgangen av resultatata frå levekårundersøkinga er det fokusert på dei som pussar tenner med fluortannkrem kvar dag, noko som tyder på god førebygging av tannhelseproblem.

3.2.1. Dei eldste har færrest egne tenner og er dårlegast på førebygging

Talet på egne tenner kan på same måte som eigenvurdert tannhelse seiast å vere eit mål på tannhelsetilstanden. Talet på egne tenner er rett nok eit meir snevert mål enn det vidare omgrepet eigenvurdert tannhelse, først og fremst fordi det meir er eit mål på tannsjukdom, men det er naturleg å forvente at tannstatusen også påverkar vurderinga av tannhelse. Tannstatus er dessutan eit mål som har blitt brukt i fleire levekårundersøkingar nasjonalt (t.d. levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt) og internasjonalt (t.d. European Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC)).

Pussing av tenner med fluortannkrem seier på si side noko om førebygging av tannhelseproblem. I fagmiljøa er det vist at innføring av fluor i tannhygienen er ein viktig faktor som har bidrege til betre tannhelse i befolkninga (Holst m. fl. 2005). Statistikk over utanrikshandel med varer viser dessutan at import av tannpasta, tannpulver og liknande tannpleiemiddel har auka dei siste ti åra. Likevel er ikkje førebygging av tannproblem ved hjelp av tannkrem med fluor like utbreidd i alle aldersgrupper. Tabell 3.7 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 3.7. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
Under 10 tenner	6	-	:	:	4	26
Pussar kvar dag med fluor	90	88	92	95	90	77
Kvinner						
Under 10 tenner	7	-	:	:	4	29
Pussar kvar dag med fluor	90	90	94	97	91	75
Menn						
Under 10 tenner	5	-	-	:	4	21
Pussar kvar dag med fluor	89	86	90	93	90	79

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.7 viser at kvinner har dårlegare tannstatus enn menn og at det er dei eldste som har færrest egne tenner igjen. Tabellen viser også at det er til dels klare forskjellar mellom kvinner og menn når det gjeld dagleg tannpuss med fluor.

Det er ganske store forskjellar mellom kjønna når det gjeld tannstatus, og då i den eldste aldersgruppa. Medan 29 prosent av kvinnene opplyste å ha under 10 egne tenner i 2008, var delen 21 prosent blant mennene. Det er også forskjellar mellom

kvinner og menn med tanke på førebygging, men desse varierer mellom aldersgruppene. Medan kvinner var betre enn menn på førebygging i dei fire yngste aldersgruppene, var forholdet motsett blant dei eldste.

Det er blant dei eldste tannstatusen og førebygging av tannproblem er dårlegast. Medan det i dei andre aldersgruppene var få eller ingen som hadde under 10 eigne tenner i 2008, gjaldt dette ein av fire i alderen 67 år og eldre. Når det gjaldt tannpuss med fluortannkrem var det 77 prosent av dei eldste som rapporterte å pusse dagleg. Til samanlikning var tilsvarande del 95 prosent i aldersgruppa 25-44 år som var best på førebygging i 2008.

Tala for tannstatus og førebygging av tannproblem etter kjønn og alder viser altså i all hovudsak same tendensar som tilsvarande fordeling for eigenvurdert tannhelse i kapittel 3.1. Resultatet for talet på eigne tenner kan tyde på at dette er eit mål som ligg nært opp til eigenvurdert tannhelse slik det tidlegare blei antyda. For dagleg tannpuss med fluortannkrem kan resultatet tyde på at dårlegare tannhelse blant dei eldste ikkje utelukkande skuldast ei generell svekking av helsa med alderen eller at dei representerer ein generasjon som ikkje har hatt dei same moglegheitene med tanke på førebygging av tannproblem. Dei eldste er dårlegare på førebygging målt som dagleg tannpuss med fluor.

3.2.2. Tannstatus og førebygging er dårlegast i nord

Undersøkingar har vist at talet på tenner varierer mellom landsdelar (Holst m. fl. 2005). Også levekårundersøkinga viser at så vel tannstatus som førebygging av tannproblem har ein stort sett eintydig geografisk dimensjon. Det er befolkninga i Nord-Noreg som anten kjem dårlegast ut (talet på tenner) eller er blant dei dårlegaste av landsdelane (tannpuss med fluortannkrem). I tillegg varierer forskjellane mellom kvinner og menn til dels mykje frå ein landsdel til ein annan. Tabell 3.8 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 3.8. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
Under 10 tenner	4	6	3	6	9	11
Pussar kvar dag med fluor	92	90	92	90	87	87
Kvinner						
Under 10 tenner	5	6	3	8	11	15
Pussar kvar dag med fluor	93	90	93	90	88	86
Menn						
Under 10 tenner	4	6	3	4	7	7
Pussar kvar dag med fluor	91	89	92	89	86	87

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.8 viser at befolkninga i Nord-Noreg har dårlegare tannstatus enn dei som bur i dei andre landsdelane. Tabellen viser også at forskjellane etter landsdel er større blant kvinner enn blant menn.

Det er i Nord-Noreg delen med under 10 eigne tenner er høgast. Medan det var 11 prosent av dei som bur i Nord-Noreg som opplyste at dei hadde under 10 eigne tenner i 2008, var tilsvarande del til samanlikning 3 prosent i Agder og Rogaland som er den landsdelen med best tannstatus. Når det gjeld førebygging av tannproblem er det befolkninga i dei to nordlegaste landsdelane Nord-Noreg og Trøndelag som er dårlegast, men her er forskjellane relativt sett mindre.

Det er blant kvinner i Nord-Noreg tannstatus og førebygging er dårlegast. Dette gjeld både ved samanlikning med kvinner i andre landsdelar og menn. Det var 15 prosent av kvinnene i Nord-Noreg som rapporterte å ha under 10 eigne tenner igjen i 2008, medan tilsvarande del til dømes var 3 prosent blant kvinnene i Agder og

Rogaland og 7 prosent blant mennene i Nord-Noreg. I tillegg til Nord-Noreg er det i landsdelane Vestlandet og Trøndelag forskjellen i tannstatus mellom kjønna er størst.

For 19-20 åringane viste resultatane i tabell 3.7 at det ikkje er nokon rapportering av under 10 eigne tenner igjen i denne aldersgruppa. Med tanke på førebygging av tannproblem viser grunnlagstala at det er dei som bur i Nord-Noreg som er best på dagleg tannpuss med fluortannkrem. Det må likevel leggast til at desse tala er meir usikre for denne aldersgruppa enn for dei andre.

Det er tydelege geografiske variasjonar når det gjeld tannstatus, og dei som kjem dårlegast ut er befolkninga som er busett i Nord-Noreg. Det er grunn til å tru at både kvaliteten på og tilgangen til tannlegetenester er ein viktig faktor som påverkar tannhelse og førekomsten av tannsjukdomar. Busette i Nord-Noreg er rett nok litt dårlegare på førebygging, men forskjellane er for små til å kunne forklare heile forskjellen.

Tannlegedekninga i den private tannhelsetenesta er dårlegast i Nord-Noreg, og då spesielt i Finnmark. I tillegg føreligger det informasjon i KOSTRA om at tannhelsetilstanden, målt som hol i tennene blant 5-, 12- og 18-åringar, er dårlegare i Nord-Noreg enn i dei andre landsdelane. Igjen er det Finnmark som skil seg mest ut, men også Troms og Finnmark ligg godt over landsgjennomsnittet på dette målet. Sjølv om dette målet er mynta på den offentlege tannhelsetenesta og brukarane av denne, er det viktig å sjå desse i samanheng med korleis tilstanden er for den vaksne delen av befolkninga.

3.2.3. Dei med høgast utdanning har best tannstatus

På same måte som med eigenvurdert tannhelse er det tydelege forskjellar i tannstatus mellom utdanningsnivåa. Med bakgrunn i resultatane i kapittel 3.1 og andre studie om sosiale forskjellar i helse (t.d. Mackenbach m. fl. 1997) og tannhelse (t.d. Holst m. fl. 2005), er det ikkje overraskande at utdanning også har betydning i denne samanhengen. Sjølv om delen med dårleg tannstatus ikkje går eintydig ned med stigande utdanning, er det dei med høgast utdanning som kan skilte med dei beste resultatane. Tabell 3.9 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluor-tannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 3.9. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent

	Grunnskule eller uoppgift	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
Under 10 tenner	7	8	2
Pussar kvar dag med fluor	91	87	92
Kvinner			
Under 10 tenner	8	9	2
Pussar kvar dag med fluor	91	87	93
Menn			
Under 10 tenner	5	7	1
Pussar kvar dag med fluor	91	87	91

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.9 viser at dei med universitets- eller høgskuleutdanning har betre tannstatus enn dei på lågare utdanningsnivå. Tabellen viser også at forskjellane er noko større blant kvinner enn blant menn når det gjeld tannstatus, og at dei med vidaregåande utdanning som høgaste utdanningsnivå er litt dårlegare enn andre med tanke på førebygging av tannproblem.

Det er blant dei med høgast utdanning at tannstatusen er best. Medan det var 2 prosent av dei med universitets- eller høgskuleutdanning som opplyste at dei hadde under 10 eigne tenner igjen i 2008, var denne delen 8 prosent blant dei med

vidaregåande utdanning og 7 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning.

Det er blant kvinner forskjellen i tannstatus etter utdanning er størst. Medan 2 prosent av kvinnene med universitets- eller høgskuleutdanning opplyste å ha under 10 egne tenner igjen i 2008, var tilsvarende del 9 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 8 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning. Blant menn var det lågare deler med dårleg tannstatus i alle utdanningsgrupper.

Når det gjeld førebygging av tannproblem er det dei med vidaregåande utdanning som skil seg ut. Både totalt og blant høvesvis kvinner og menn var det færre av dei som pussa tennene med fluortannkrem kvar dag enn i dei andre utdanningsgruppene. Grunnlagsdata viser elles at det er dei med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som kjem dårlegast ut blant 19- og 20-åringane, og då spesielt kvinner i denne aldersgruppa. Desse tala er likevel meir usikre enn dei for befolkninga som er 21 år og eldre.

Det er grunn til å tru at dei på det høgaste utdanningsnivået har betre føresetnader både når det gjeld å ha god tannstatus og førebygging av tannsjukdomar. Sjølv om tala presentert over ikkje viser ein eintydig samanheng mellom tannpuss og utdanningsnivå, er det rimeleg å anta at dei med høgast utdanning også brukar tannlegetenesta for førebyggingsformål. Jamlege tannbesøk kan bidra til at det ikkje oppstår tannsjukdom og at eksisterande tannsjukdomar ikkje får utvikle seg vidare, og det er dokumentert relativt klare forskjellar i bruk av tannlegetenester etter utdanningsnivå (jf kap. 4.1).

3.2.4. Tannstatus og førebygging av tannproblem best blant dei med høg inntekt

Analysar har vist at det er ein samanheng mellom tannstatus og hushaldsinntekt. Mellom anna er det dokumentert at tannlause finst blant eldre med låg inntekt som er busett i små kommunar (Holst m. fl. 2005). I levekårundersøkinga er det særleg når det gjeld tannstatus at det er ein klar samanheng med inntekt, men tala viser også at førebygging varierer med inntekt. I begge tilfella er det i all hovudsak dei med dei høgaste hushaldsinntektene som kjem best ut.

Med eit lite unntak blant menn er det dei same tendensane som gjer seg gjeldande for tannstatus og førebygging etter inntekt som for eigenvurdert tannhelse etter inntekt (jf kapittel 3.1). Tabell 3.10 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 3.10. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
Under 10 tenner	17	12	6	1	1
Pussar kvar dag med fluor	81	84	90	95	92
Kvinner					
Under 10 tenner	24	14	6	1	1
Pussar kvar dag med fluor	77	84	92	96	92
Menn					
Under 10 tenner	6	11	6	1	1
Pussar kvar dag med fluor	87	84	88	94	92

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.10 viser at dei med lågare inntekter har dårlegare tannstatus og i all hovudsak er dårlegare på førebygging av tannhelseproblem enn dei med høgare inntekter. Tabellen viser også at det er større forskjellar blant kvinner enn blant menn.

Det er dei med høgast hushaldsinntekt som har best tannstatus, og delen med under 10 eigne tenner fell eintydig med stigande inntekt. Medan det var 17 prosent blant dei med inntekter under 2G som opplyste å ha under 10 eigne tenner igjen i 2008, var denne delen 12 prosent blant dei med inntekt mellom 2G og 299 999, 6 prosent blant dei i inntektsgruppa 300 000-499 999, og 1 prosent i dei to høgaste inntektsgruppene.

Det er blant kvinner forskjellane i tannstatus etter inntekt er størst. Medan det var 24 prosent blant dei med inntekter under 2G som opplyste å ha under 10 eigne tenner igjen i 2008, var denne delen 14 prosent blant dei med inntekt mellom 2G og 299 999, 6 prosent blant dei i inntektsgruppa 300 000-499 999, og 1 prosent i dei to høgaste inntektsgruppene.

Førebygginga av tannproblem er også best blant dei i dei to høgaste inntektsgruppene. Det er eit lite unntak blant kvinner, men hovudtendensen i 2008 var at det var fleire som pussa tennene med fluortannkrem dagleg i dei to høgaste inntektsgruppene enn i dei andre gruppene. Blant dei i alderen 19-20 år er ikkje tendensen like eintydig, og resultatene er ikkje like sikre. I denne aldersgruppa er til dømes førebygginga av tannproblem dårlegast blant dei i den høgaste inntektsgruppa.

Samanlikna med fordelinga etter utdanning er det grunn til å tru at hushaldsinntekt har større forklaringskraft enn høgaste utdanningsnivå i hushaldet både når det gjeld tannstatus og førebygging. Særleg tannstatusen blir eintydig betre med stigande inntekt, men også førebygginga styrkast med høgare inntekt. Ei forklaring kan vere at dei med lågare inntekter også har dårlegare vilkår langs fleire andre indikatorar for levekår. Dette gjeld til dømes kosthald og andre levevanar som kan påverke tannhelse og førebyggingsarbeidet den einskilde utfører. Ei anna forklaring kan vere at lågare inntekter skapar høgare økonomiske tersklar for å bruke tilbodet på tannlegetenester (jf kap. 4.3).

3.2.5. Stønadmottakarar har generelt dårlegare tannstatus og er dårlegare på førebygging

Det kan som nemnd tidlegare ligge medisinske vilkår til grunn for at ein person tek imot ein stønad. Sjølv om tannhelseproblem og -sjukdomar som tannråte eller liknande ikkje er den direkte årsaka til at ein stønad blir løyvd kan slike og andre problem knytt til tannhelse vere eit resultat av underliggjande sjukdom. Det mest sannsynlege er likevel at dei som tek imot stønader som livsgrunnlag har ei relativt låg inntekt, og at desse difor erfarer fleire av dei same utfordringane som var knytt til inntekt.

Det er også kjend at sjukdomar i tenner og tannkjøtt er noko som ofte rårar menneske med rusproblem (Lyshol og Biehl 2009). Dette er ei gruppe personar som kan hende særleg er representert i enkelte stønadsgupper, til dømes blant dei som tek imot sosialstønad. Tabell 3.11 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 3.11. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent

	Begge kjønn		Kvinner		Menn	
	Under 10 tenner	Pussar kvar dag med fluor	Under 10 tenner	Pussar kvar dag med fluor	Under 10 tenner	Pussar kvar dag med fluor
Sosialstønad	1	83	-	83	2	82
Grunn-/hjelpstønad	15	83	18	82	8	85
Tidsgrensa uførestønad ...	5	89	5	91	4	85
Varig uførepensjon	8	85	8	86	9	85
Bustønad	14	78	18	76	3	83
Attføringsstønad	3	90	2	93	3	87
Ingen stønad	5	91	6	91	5	90
Ein eller fleire stønader	8	86	9	86	6	85

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.11 viser at mottakarar av ein eller fleire stønader har dårlegare tannstatus og er dårlegare på førebygging av tannproblem enn andre. Tabellen viser også at forskjellen mellom mottakarar av stønader og andre i all hovudsak er størst blant kvinner.

Det er fleire som har dårleg tannstatus blant dei som tek imot ein eller annan form for stønad enn blant dei som ikkje tek imot nokon stønad. Medan det var 8 prosent som rapporterte å ha under 10 eigne tenner igjen blant dei som tok imot ein eller fleire stønader i 2008, var denne delen 5 prosent blant dei som ikkje var stønadmottakarar. Mottakarar av grunn- og hjelpestønad og mottakarar av bustønad er dei som kjem aller dårlegast ut. I desse gruppene var det høvesvis 15 prosent og 14 prosent som opplyste å ha under 10 eigne tenner igjen.

Det er blant kvinner det er størst forskjellar i tannstatus mellom stønadmottakarar og andre. Medan det var 9 prosent som rapporterte å ha under 10 eigne tenner igjen blant kvinnene som tok imot ein eller fleire stønader i 2008, var denne delen 6 prosent blant dei som ikkje var stønadmottakarar. Tannstatusen er elles aller dårlegast blant kvinner som tok imot grunn- og hjelpestønad og bustønad. I begge gruppene var det 18 prosent som opplyste å ha under 10 eigne tenner igjen.

Trass i at det er relativt mange som pussar tennene med fluortannkrem kvar dag i begge gruppene, er delen noko lågare blant stønadmottakarar (86 prosent) enn blant dei som ikkje tek imot stønad (91 prosent). På same måte som med tannstatus er det kvinner som tek imot høvesvis grunn- og hjelpestønad og bustønad som er dårlegast med tanke på førebygging. Til dømes var det berre 76 prosent av kvinnene som tok imot bustønad i 2008 som opplyste å pusse med fluortannkrem kvar dag.

Trass i at det er forskjellar mellom dei som tek imot ein eller fleire stønader og dei som ikkje tek imot nokon stønad, og at desse forskjellane er enda større samanlikna med spesifikke stønadsgrupper som grunn- og hjelpestønad og bustønad, er det tydeleg at stønadmottakarar ikkje har like store utfordringar som låginntektsgrupper generelt. Dette kan ha si forklaring i at enkelte stønadsordningar også gir moglegheit til å subsidiere tannbehandling, og at dei som er omfatta av slike ordningar difor har betre føresetnader for oppfølging i tannhelsetenesta enn låginntektsgruppene. Ei anna meir metodologisk forklaring er at levekårundersøkinga ikkje fange opp dei faktiske forskjellane sidan utvalet ikkje er trekt med tanke på å gjere det representativt for grupper av stønadmottakarar. Hovudtendensen står likevel fast og viser at stønadmottakarar generelt har dårlegare tannstatus og er dårlegare på førebygging enn dei som ikkje tek imot stønader.

3.2.6. Dårligast tannstatus blant kvinner med dårleg tannhelse

Det er naturleg å anta at det er ein samanheng mellom tannstatus og eigenvurdert tannhelse slik andre studie viser (Holst m. fl. 2005). Som eit mål på tannhelse-tilstand er likevel talet på tenner meir avgrensa enn eigenvurdert tannhelse, og det treng ikkje nødvendigvis vere ein klar samanheng mellom måla. Det er også naturleg å anta at bruk av fluortannkrem varierer med eigenvurdert tannhelse, og at det er dei med dårleg tannhelse som også førebyggjer minst. Tabell 3.12 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 3.12. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Begge kjønn		
Under 10 tenner	3	27
Pussar kvar dag med fluor	92	77
Kvinner		
Under 10 tenner	3	32
Pussar kvar dag med fluor	93	80
Menn		
Under 10 tenner	3	22
Pussar kvar dag med fluor	92	73

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.12 viser at dei med dårleg eigenvurdert tannhelse har dårlegare tannstatus og er dårlegare på førebygging av tannproblem. Tabellen viser også at det er kvinnene med dårleg tannhelse som har dårlegast tannstatus, medan mennene med dårleg tannhelse er dårlegast på førebygging.

Det er fleire som har dårleg tannstatus blant dei som rapporterer å ha dårleg eller svært dårleg tannhelse enn blant dei som har god eller svært god tannhelse. Medan det var 27 prosent som rapporterte å ha under 10 eigne tenner igjen blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse i 2008, var tilsvarande del 3 prosent blant dei med god eller svært god helse. Vidare er det blant kvinner samanhengen mellom tannstatus og eigenvurdert tannhelse synest å vere sterkast. Medan det var 32 prosent som rapporterte å ha under 10 eigne tenner igjen blant kvinner med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var det 3 prosent blant dei med god eller svært god helse. Til samanlikning var det same år 22 prosent som opplyste å ha under 10 eigne tenner igjen blant menn med dårleg eller svært dårleg tannhelse, medan det var 4 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse.

Også førebygging av tannproblem varierer med eigenvurdert helse. Medan det var 77 prosent som svarte at dei pussa tennene med fluortannkrem kvar dag blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse i 2008, var tilsvarande del 92 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse. Det er blant mennene med dårleg eller svært dårleg tannhelse at delen som pussar tennene med fluor kvar dag er dårlegast. Medan det var 80 prosent av kvinnene med dårleg eller svært dårleg tannhelse som pussa tennene med fluortannkrem kvar dag, var tilsvarande del 73 prosent blant mennene.

Grunnlagsdata viser elles at det også blant 19-20 åringar er forskjellar i førebygging etter eigenvurdert tannhelse. Medan det var 92 prosent som opplyste at dei pussa med fluortannkrem kvar dag blant 19-20 åringar med god eller svært god tannhelse i 2008, var delen 72 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Desse tala er likevel meir usikre enn tala for dei som er 21 år og eldre.

Det er ein klar samheng mellom tannhelsetilstand på den eine sida og tannstatus og førebygging av tannproblem på den andre. Dei som har dårleg tannhelse har oftare dårleg tannstatus i form av færre enn 10 eigne tenner igjen og er dårlegare på førebygging. Samstundes er det viktig å understreke at resultatata viser at eigenvurdert tannhelsetilstand ikkje utelukkande påverkast av tannstatus. Det er med andre ord andre faktorar som er minst like avgjerande for korleis tannhelsetilstanden blir vurdert, til dømes førekomst av andre tannsjukdomar, hol i tennene (karies) og generelt ubehag.

3.2.7. Kvinner med dårleg helse har dårlegast tannstatus

Det treng ikkje vere ein samheng mellom kor mange eigne tenner ein har igjen og korleis ein vurderer eiga helse generelt. Det same gjeld for så vidt også med tanke på samanhengen mellom førebygging av tannproblem og eigenvurdert helse. Eigenvurdert helse er eit langt meir omfattande og samansatt mål som ikkje berre blir prega av tannstatus og førebygging av tannproblem. På den andre sida kan ei

samanlikning med tannstatus og førebygging av tannproblem mellom anna antyde om det er tendensar til opphoping av helseproblem og ein generell mangel på helsefremmande tiltak. Særleg i studie av sosiale forskjellar i helse er dette eit poeng (Dixon m. fl. 2003). Tabell 3.13 viser korleis talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 3.13. Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
Under 10 tenner	4	16
Pussar kvar dag med fluor	92	81
Kvinner		
Under 10 tenner	5	19
Pussar kvar dag med fluor	92	82
Menn		
Under 10 tenner	4	12
Pussar kvar dag med fluor	91	79

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.13 viser at dei med dårleg eigenvurdert helse har dårlegare tannstatus og er dårlegare på førebygging av tannproblem. Tabellen viser også at det er kvinnene med dårleg helse som har dårlegast tannstatus, medan mennene med dårleg helse er dårlegast på førebygging.

Det er fleire som har dårleg tannstatus blant dei som rapporterer å ha dårleg eller svært dårleg helse enn blant dei som har god eller svært god helse. Medan det var 16 prosent som rapporterte å ha under 10 egne tenner igjen blant dei med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var tilsvarende del 4 prosent blant dei med god eller svært god helse.

Det er blant kvinner samanhengen mellom tannstatus og eigenvurdert helse synest å vere sterkast. Medan det var 19 prosent som rapporterte å ha under 10 egne tenner igjen blant kvinner med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var det 5 prosent blant dei med god eller svært god helse. Til samanlikning var det same år 12 prosent som opplyste å ha under 10 egne tenner igjen blant menn med dårleg eller svært dårleg helse, medan det var 4 prosent blant dei med god eller svært god helse.

Også førebygging av tannproblem varierer noko med eigenvurdert helse. Medan det var 81 prosent som svarte at dei pussa tennene med fluortannkrem kvar dag blant dei med dårleg eller svært dårleg helse i 2008, var tilsvarende del 92 prosent blant dei med god eller svært god helse. Det er blant mennene med dårleg eller svært dårleg helse at delen som pussar tennene med fluor kvar dag er dårlegast (79 prosent), men langs denne dimensjonen er forskjellen mellom kjønna mindre. Det kan også nemnast at det var 87 prosent som opplyste at dei pussa med fluortannkrem kvar dag blant 19-20 åringar med god eller svært god eigenvurdert helse i 2008, og at kvinnene var betre på slik førebygging av tannproblem enn menn.

Det at om lag ein av seks av dei med dårleg eigenvurdert helse har dårleg tannstatus, vitnar om at det er ein samheng mellom måla. Samstundes bør det understrekast at det er usikkert kva folk eigentleg tar med i betraktning når dei skal vurdere eiga helse (Holst m. fl. 2005). Resultata gir likevel grunn til å tru at tannhelse ikkje berre har betydning for korleis helsa blir vurdert, men også at dei som har eitt helseproblem har større sjanse for å ha eller få fleire problem. Med andre ord, og på same måte som at tannstatusen ikkje kunne forklare heile forskjellen mellom god og dårleg tannhelse, kan tannstatusen berre bidra til å forklare delar av kvifor folk vurderer helsa som dårleg. Det er altså andre helseproblem i form av ulike sjukdomar og lidingar som kjem i tillegg til den dårlege tannstatusen.

4. Tannlegekonsultasjonar

4.1. Tidspunkt for siste tannlegebesøk

Tidspunkt for siste tannlegebesøk

Tidspunkt for siste tannlegebesøk blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet: *Når var du sist hos tannlege? Var det 6 måneder siden eller mindre, 7-12 måneder siden, 1-2 år siden (13-24 måneder), Mer enn to år, men mindre enn fem år, Mer enn 5 år?* I gjennomgangen av resultatata frå levekårundersøkinga blir dei fem svarkategoriene slått saman til tre: under 12 månadar, 1-2 år sidan og meir enn 2 år sidan.

4.1.1. Menn i alderen 21-24 år går sjeldnast til tannlegen

Tannhelsetenesta tilbyr ei rekke ulike behandlingar med til dels forskjellige krav til kompetanse. Når det gjeld behandlingar skil ein gjerne mellom førebyggjande arbeid/undersøkingar, reparativ behandling og estetisk/kosmetisk tannbehandling (Skau m. fl. 2005). Når det gjeld kompetanse til å gjennomføre dei ulike behandlingane, er det i kapittel 1 vist at årsverka i tannhelsetenesta i all hovudsak blir utførte av yrkesgruppene tannlegar, tannpleiarar og tannlegespesialistar.

I denne samanhengen er det kartlegging av tidspunkt for siste besøk hos tannlege i levekårundersøkinga det refererast til. Det kan diskuteras kva som er ideelle intervall for tannlegebesøk og difor kva som skal vere norma for kor ofte det er nødvendig å gå til tannlege. Det er mellom anna sagt at anbefalt regelmessigheit for barn og unge over tid har skifta frå å vere kvart halvår til kvart år til å vere bestemd av behovet til den einskilde pasient (Holst m. fl. 2007). For vaksne har norma også endra seg over tid, men generelt anbefalast det eit sted mellom kvart år eller kvart andre år og hyppigare besøk ved behov.

Elles er det sannsynleg at kartlegginga i levekårundersøkinga inkluderer bruk av tannlegar så vel som tannlegespesialistar. Det kan heller ikkje utelukkast at kartlegginga også inkluderer tannlegebesøk kor behandlinga alt i alt er utført av tannpleiarar. Tabell 4.1 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 4.1. Tidspunkt for siste tannlegebesøk, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
Siste 12 md.	74	71	55	68	84	75
1-2 år sidan	14	22	32	18	10	8
Meir enn 2 år sidan	11	6	12	14	6	15
Kvinner						
Siste 12 md.	77	66	56	72	87	75
1-2 år sidan	14	29	34	17	9	7
Meir enn 2 år sidan	9	6	8	11	4	16
Menn						
Siste 12 md.	72	77	54	64	81	76
1-2 år sidan	15	16	31	18	11	10
Meir enn 2 år sidan	13	6	15	17	8	14

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.1 viser at kvinner besøker tannlege oftare enn menn. Tabellen viser også at personar i aldersgruppa 21-24 år går sjeldnare til tannlege enn personar i dei andre aldersgruppene.

Det er kvinner som går oftast til tannlegen. I 2008 var det 77 prosent av kvinnene som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, medan tilsvarande del var 72 prosent blant mennene. Det same gjeld for dei andre kategoriene for tidspunkt for siste tannlegebesøk. Medan det til dømes var 9 prosent av kvinnene som svarte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, var denne delen 13 prosent blant mennene.

Det er dei som er i aldersgruppa 21-24 år som besøker tannlege sjeldnast. I 2008 var det 55 prosent eller litt over halvparten av dei i alderen 21-24 år som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene. Til samanlikning var til dømes tilsvarende del 84 prosent blant dei i den aldersgruppa som gjekk oftast til tannlegen (45-66 år). I aldersgruppa 21-24 år er det vidare mennene som besøker tannlegen sjeldnast. I 2008 var det 15 prosent av mennene i alderen 21-24 år som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei hadde vore hos tannlege, medan tilsvarende del var 8 prosent blant kvinnene i denne aldersgruppa.

Det er grunn til å påpeike at det også i nokre av dei andre aldersgruppene er relativt store deler som går sjeldan til tannlege. Dette gjeld særleg for dei i alderen 67 år og eldre kor det var 15 prosent som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, men også for menn i alderen 25-44 år kor tilsvarende del var 17 prosent.

Det at kvinner går oftare til tannlege enn menn føyer seg inn i mønsteret over meir generelle forskjellar mellom kjønna når det gjeld bruk av helsetenester. Sjølv om kvinner har særskilde behov for tenester i samband med svangerskap og av den grunn bruker både primær- og spesialisthelsetenester meir enn menn, kan ikkje forskjellane utelukkande forklarast med dei særskilde behova (Jensen 2007). Det at dei i alderen 21-24 år går sjeldnast til tannlege kan på si side mellom anna tyde på at økonomien spelar ei rolle. I denne aldersgruppa vil det til dømes kunne vere fleire som akkurat har flytta heime frå og er i ein etableringsfase, samstundes som aldersgruppa kan omfatte ein del studentar som kan hende ikkje prioriterer å gå jamleg til tannlege.

4.1.2. Dei som er busett i Nord-Noreg besøker tannlege sjeldnast

Tala frå KOSTRA viser korleis årsverk av tannlegar, tannlegespesialistar og tannpleiarar fordeler seg etter fylke og dermed også etter landsdel (jf kapittel 2). Dekningsgraden for dei ulike yrkesgruppene er både berekna som årsverk etter kor mange som er i prioriterte grupper i fylka (offentleg tannhelseteneste) og årsverk etter kor mange innbyggjarar det er i fylka (privat tannhelseteneste). For personar i alderen 21 år og eldre er det rimeleg å anta at desse i all hovudsak bruker privat tannhelseteneste.

Dekningsgraden for tannlegar, tannlegespesialistar og tannpleiarar i privat tannhelseteneste er dårlegast i dei tre nordlegaste fylka. I utgangspunktet er dermed tilgjengelegheita til tannhelsepersonell dårlegast i Nord-Noreg, noko som mellom anna kan bidra til sjeldnare tannlegebesøk blant vaksne i denne landsdelen. Tabell 4.2 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 4.2. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestland	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
Siste 12 md.	76	76	76	76	70	63
1-2 år sidan	13	12	14	13	16	20
Meir enn 2 år sidan	10	11	9	10	13	17
Kvinner						
Siste 12 md.	80	81	81	77	71	64
1-2 år sidan	13	11	12	13	16	19
Meir enn 2 år sidan	8	8	6	9	12	17
Menn						
Siste 12 md.	73	71	72	76	70	62
1-2 år sidan	13	14	15	14	17	21
Meir enn 2 år sidan	13	15	12	10	13	17

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.2 viser at dei som er busett i Nord-Noreg går sjeldnast til tannlege.

Tabellen viser også at forskjellane etter landsdel er noko større blant kvinner enn blant menn.

Det er befolkninga i Nord-Noreg som går sjeldnast til tannlege. Medan det i 2008 var 63 prosent av dei busette i Nord-Noreg som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 76 prosent for alle dei andre landsdelane med unntak av Trøndelag (70 prosent). Vidare var det 17 prosent som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege blant dei busette i Nord-Noreg, medan det til dømes var 9 prosent blant dei som var busett i Agder og Rogaland.

Det er blant kvinner det er størst forskjellar etter landsdel når det gjeld tidspunkt for siste tannlegebesøk og det er i Nord-Noreg kvinnene besøker tannlege sjeldnast. Medan det i 2008 var 64 prosent av kvinnene i Nord-Noreg som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, var til dømes tilsvarende del 81 prosent i landsdelane Austlandet elles og Agder og Rogaland. Vidare var det 17 prosent av kvinnene i Nord-Noreg som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei besøkte tannlege, medan tilsvarende del var 6 prosent blant kvinnene i Agder og Rogaland. Trass i at dei relative forskjellane etter landsdel er størst blant kvinner, er det likevel slik at kvinner går oftare til tannlege enn menn i alle delar av landet.

I lys av tannlegedekninga i den private tannhelsetenesta er det ikkje overraskande at det er dei som er busett i Nord-Noreg som går sjeldnast til tannlege. I kapittel 2 blei det vist at det i dei tre nordlegaste fylka er fleire innbyggjarar per tannlege i den private tannhelsetenesta enn i dei andre fylka, og at Finnmark er det fylket med flest innbyggjarar per tannlege. Det er rimeleg å anta at tenestetilbodet er ein faktor som påverkar den faktiske bruken av tannlegetenester. Og sjølv om tilbodet av tenester berre er ein av fleire moglege grunnar til ikkje å besøke tannlege oftare, er det grunn til å tru at eit betre tilbod ville auka bruken av tenesta.

Når det gjeld aldersgruppa 19-20 år er tala frå levekårundersøkinga svært usikre. Dersom tala viser ein tendens så er det også i denne aldersgruppa at dei som er busett i Nord-Noreg går sjeldnast til tannlege.

4.1.3. Høgt utdanna går oftast til tannlege

Fleire undersøkingar har vist at bruken av helsetenester ofte varierer systematisk med utdanningsnivå (t.d. Finnvoll 2006). Det er ofte slik at bruken av ulike typar av helsetenester aukar med stigande utdanning blant personar med om lag same behov for tenestene (t.d. Jensen 2009).

Når det gjeld tannlegebesøk er det grunn til å anta at behovet for tenesta er relativt universelt i den vaksne befolkninga. Det er rett nok nokon som har generelt dårleg tannhelse eller særskilde behov, og som av den grunn er ofte hos tannlege eller tannlegespesialistar. Når det gjeld ordinære kontrollar og undersøkingar er det likevel rimeleg å tru at alle har om lag same behov for jamleg oppfølging hos tannlege. Tabell 4.3 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 4.3. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning, 2008. N = 5 911. Prosent

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
Siste 12 md.	70	77	80
1-2 år sidan	16	13	12
Meir enn 2 år sidan	14	9	7
Kvinner			
Siste 12 md.	72	82	83
1-2 år sidan	15	11	12
Meir enn 2 år sidan	13	7	4
Menn			
Siste 12 md.	68	73	77
1-2 år sidan	16	15	12
Meir enn 2 år sidan	16	12	11

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.3 viser at dei med universitets- eller høgskuleutdanning går oftare til tannlege enn dei på lågare utdanningsnivå. Tabellen viser også at forskjellane etter utdanning er noko større blant kvinner enn blant menn.

Det er dei med høgast utdanning som besøker tannlege oftast. Medan det i 2008 var 80 prosent av dei med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 77 prosent for dei med vidaregåande utdanning og 70 prosent for dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning som høgaste utdanningsnivå. Vidare var det 7 prosent av dei med universitets- eller høgskuleutdanning som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, medan delen var 9 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 14 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning som høgaste utdanning.

Det er blant kvinner det er størst forskjellar etter utdanning trass i at dei går oftare til tannlege enn menn på alle utdanningsnivåa. Medan det i 2008 var 83 prosent av kvinnene med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 82 prosent for dei med vidaregåande utdanning og 72 prosent for dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning som høgaste utdanningsnivå. Vidare var det 4 prosent av dei med universitets- eller høgskuleutdanning som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, medan delen var 7 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 13 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning som høgaste utdanning.

Det er liten tvil om at bruken av tannlegetenester varierer med utdanning. Når det gjeld årlege tannlegebesøk er delen lågast blant dei med lågast utdanning og aukar eintydig med stigande utdanningsnivå. Med utgangspunkt i norma om at tannlege bør besøkast med eit til to års mellomrom er det kan hende enda viktigare å sjå på dei som går sjeldnast til tannlege. Delen som opplyser at det er meir enn to år sidan dei var hos tannlege går eintydig ned med stigande utdanning, og vitnar om at bruken av tannlegetenester følgjer ein klar sosial gradient (Siegrist og Marmot 2006).

Grunnlagsdata viser elles at det også i aldersgruppa 19-20 år er nokre forskjellar etter utdanning. Forskjellane er rett nok ikkje like eintydige som i aldersgruppa 21 år og eldre, men det er ein tendens til at dei med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet går oftast til tannlege.

4.1.4. Dei med lågast inntekt går sjeldnast til tannlege

Undersøkingar har vist at bruk av helsetenester også har ein samanheng med inntekt. I dei fleste tilfella, og da særskilt når det gjeld bruk av spesialiserte helsetenester, er det ein tendens til at dei med høg inntekt bruker tenester meir enn dei med låg inntekt. Samanhengane mellom tenestebruk og inntekt er likevel ikkje like eintydige som samanhengane mellom bruk av helsetenester og utdanningsnivå (t.d. Jensen 2009).

Gitt at det er ein relativt stor del eigenbetaling ved besøk hos tannlege, er det nærliggjande å tru at dei med låg inntekt i hushaldet går sjeldnare til tannlege enn dei med høgare inntekt. Det er også rimeleg å anta at samanhengen mellom inntekt og hyppigheita på tannlegebesøk er enda meir eintydig enn den som gjaldt for utdanning og tidspunkt for siste tannlegebesøk. Med andre ord forventast det ikkje berre at delen som går sjeldnast til tannlege går eintydig ned med stigande inntekt, men også at dei relative forskjellane mellom låg- og høginntektsgruppene er større enn dei relative forskjellane mellom gruppene med høvesvis låg og høg utdanning. Tabell 4.4 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 4.4. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
Siste 12 md.	55	69	75	80	84
1-2 år sidan	22	14	13	14	12
Meir enn 2 år sidan	22	16	11	7	4
Kvinner					
Siste 12 md.	59	73	78	83	88
1-2 år sidan	17	14	13	12	9
Meir enn 2 år sidan	22	12	9	5	3
Menn					
Siste 12 md.	49	64	72	76	82
1-2 år sidan	29	14	13	15	14
Meir enn 2 år sidan	23	21	13	9	4

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.4 viser at dei med lågare inntekter går sjeldnare til tannlege enn dei med høgare inntekter. Tabellen viser også ein eintydig tendens til at hyppigheita på tannlegebesøk går ned med fallande inntekt både blant kvinner og menn.

Det er dei med lågast inntekt som sjeldnast går til tannlege. Medan det i 2008 var 55 prosent av dei med inntekt på under 2G i hushaldet som hadde besøkt tannlege dei siste 12 månadene, steig delen jamt gjennom inntektsgruppene til 84 prosent blant dei med inntekter på 1 mill. kroner og meir. Vidare var det 22 prosent blant dei med inntekt på under 2G som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege. Denne delen sank jamt gjennom inntektsgruppene til 4 prosent blant dei med 1 mill. kroner eller meir i inntekt.

Det er kvinner som går oftast til tannlege i alle inntektsgruppene, men tendensen til at tannlegebesøka går ned med fallande inntekt gjeld for begge kjønn. Dei relative forskjellane frå ei inntektsgruppe til ei anna er elles om lag dei same for høvesvis kvinner og menn. Medan det i 2008 var 22 prosent av kvinnene med inntekt på under 2G i hushaldet som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, var tilsvarende del 12 prosent i inntektsgruppa 2G-299 999 kroner, 9 prosent i inntektsgruppa 300 000-499 999 kroner, 5 prosent i inntektsgruppa 500 000-999 999 kroner og 3 prosent blant dei med inntekter på 1 mill. kroner eller meir. Blant menn var det 23 prosent av dei med inntekt på under 2G i hushaldet som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, 21 prosent i inntektsgruppa 2G-299 999 kroner, 13 prosent i inntektsgruppa 300 000-499 999 kroner, 9 prosent i inntektsgruppa 500 000-999 999 kroner og 4 prosent blant dei med inntekter på 1 mill. kroner eller meir.

Som forventa er det ein eintydig samanheng mellom tidspunkt for siste tannlegebesøk og inntekt. Medan delen som går til tannlege årleg eller oftare aukar eintydig med stigande inntekt, går delen som ikkje har vore hos tannlege dei siste to åra eintydig ned med stigande inntekt. Dette samsvarar med resultatata frå fordelinga etter utdanning. Det er likevel også sånn at den sosiale gradienten er enda brattare i fordelinga etter inntekt, i.e. at delen som går oftast til tannlegen aukar enda meir og delen som går sjeldnast til tannlege fell enda meir med stigande inntekt. Det er rimeleg å tolke dette som at eigenbetalinga ved bruk av tenesta spelar ein heilt avgjerande rolle for kor hyppig folk går til tannlege.

For 19-20 åringar er tala som seier noko om tidspunkt for siste tannlegebesøk etter inntekt usikre. Det er heller ikkje nokon klar tendens i denne aldersgruppa, men også her er det dei med høgast inntekt som går oftast til tannlege.

4.1.5. Små forskjellar i tannlegebesøk mellom mottakarar av stønader og andre

Stønadsmottakarar har i all hovudsak lågare inntekter og generelt dårlegare levekår enn til dømes personar som livnærar seg gjennom arbeid (Statistisk sentralbyrå

2007). For fleire stønader gjeld det dessutan at det er sett medisinske vilkår som må oppfyllest for at stønaden skal vedtas. Den einskilde stønadmottakar kan følgeleg ha behov for fleire typar av helsetenester og endatil medisinar for å behandle underliggjande sjukdomar og lidningar.

Mot ein slik bakgrunn er det grunn til å anta at stønadmottakarar går sjeldnare til tannlege enn andre, men dette får berre delvis støtte i levekårundersøkinga. Tabell 4.5 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 4.5. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent

	Begge kjønn			Kvinner			Menn		
	Siste 12 md.	1-2 år sidan	Meir enn 2 år sidan	Siste 12 md.	1-2 år sidan	Meir enn 2 år sidan	Siste 12 md.	1-2 år sidan	Meir enn 2 år sidan
Sosialstønad	62	20	17	70	14	15	53	27	20
Grunn-/hjelpstønad	78	11	10	78	8	12	76	17	7
Tidsgrensa uførestønad ...	79	12	10	79	13	9	78	11	11
Varig uførepensjon	81	9	9	86	7	7	75	12	13
Bustønad	64	12	20	65	15	15	62	3	35
Attføringsstønad	76	14	10	76	13	10	75	16	9
Ingen stønad	75	14	11	77	14	8	72	15	13
Ein eller fleire stønader	74	13	13	77	11	11	69	16	15

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.5 viser at det er små forskjellar mellom stønadmottakarar samla og andre når det gjeld tidspunkt for siste tannlegebesøk. Tabellen viser også at mottakarar av høvesvis sosialstønad og bustønad går sjeldnast til tannlege, og at det er menn i desse stønadsgruppene som går aller sjeldnast.

Det er stønadmottakarar som går sjeldnast til tannlege, men det er relativt små forskjellar mellom dei som tek imot ein eller fleire stønader og dei som ikkje tek imot nokon form for stønad. Medan det i 2008 var 13 prosent av dei som tok imot ein eller fleire stønader som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei besøkte tannlege, var tilsvarende del 11 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad.

Det er mottakarar av bustønad og sosialhjelp som går sjeldnast til tannlege. Blant dei som tok imot bustønad eller sosialstønad i 2008 var det høvesvis 20 prosent og 17 prosent som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei hadde vore hos tannlege. Det er særleg mennene i desse stønadsgruppene som besøker tannlege sjeldan. Medan det var 15 prosent av kvinnene som tok imot bustønad eller sosialstønad som sist hadde vore hos tannlege for minst 2 år sidan, var tilsvarende del 35 prosent for menn som tok imot bustønad og 20 prosent for menn som tok imot sosialstønad. Det må likevel understrekast at tala fordelt på ulike stønadsgrupper er meir usikre en tala for dei som mottok ein eller fleire støader.

Det at det ikkje er så store forskjellar mellom stønadmottakarar samla og dei som ikkje tek imot nokon stønad kan tolkast på fleire måtar. Ei mogleg tolking er at det innanfor nokre av dei forskjellige stønadsgruppene finst ordningar for støtte til tannlegebesøk. Til dømes kan kommunar gi tilskot til bruk av tannlege for mottakarar av sosialstønad. Ei anna tolking kan vere at mottakarane av dei ulike stønadsordningane er forskjellige. Her kan det til dømes vere at dei som tek imot attføringsstønad er i ein heilt anna livssituasjon enn dei som tek imot sosialstønad. I tillegg viser resultatane ein heilt klar tendens til at dei som tek imot sosialstønad og bustønad går sjeldnast til tannlege, både samanlikna med andre stønadsgrupper og dei som ikkje tek imot nokon stønad, noko som tyder på at det er typen stønadsordning og ikkje det å vere stønadmottakar i seg sjølv som er avgjerande.

For ordens skuld bør det understrekast at dei ulike gruppene av stønadmottakarar ikkje er gjensidig utelukkande. Det kan vere at nokon av dei i alderen 21 år og eldre tek imot fleire stønader og difor er inkludert i fleire av gruppene. Dei einaste

gruppene som er med i tabell 4.5 og som med sikkerheit kan seiast å vere gjensidig utelukkande, er ”ingen stønad” og ”ein eller fleire stønader”.

4.1.6. Dei med dårleg tannhelse går sjeldnare til tannlege enn dei med god tannhelse

Eigenvurdert tannhelse kan gi ein indikasjon på om det er behov for å gå til tannlege eller ikkje, men det kan også vere eit resultat av kor ofte personar faktisk går til tannlege for kontroll og behandling. Førstnemnde skaper ei forventning om at dei med dårleg tannhelse går oftast til tannlege nettopp for å styrke tannhelsa, medan sistnemnde legg opp til at dei som har god tannhelse har skaffa seg det gjennom hyppige tannlegebesøk.

Eigenvurdert tannhelse er eit mål som brukast av fleire, mellom anna fordi det i nokre samanhenger gir meir informasjon om tannhelsetilstanden enn til dømes tannstatusen (Holst m. fl. 2005). Tabell 4.6 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 4.6. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Begge kjønn		
Siste 12 md.	77	61
1-2 år sidan	14	13
Meir enn 2 år sidan	9	24
Kvinner		
Siste 12 md.	79	68
1-2 år sidan	14	12
Meir enn 2 år sidan	7	19
Menn		
Siste 12 md.	75	55
1-2 år sidan	15	15
Meir enn 2 år sidan	10	30

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.6 viser at dei med god eller svært god tannhelse går oftare til tannlegen enn dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Tabellen viser også at det er mindre forskjellar blant kvinner enn blant menn etter eigenvurdert tannhelse.

Det er dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som går sjeldnast til tannlege, og den største forskjellen er blant dei som ikkje har vore hos tannlege dei siste 2 åra. Medan det i 2008 var 61 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som opplyste at dei var hos tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 77 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse. Vidare var det 24 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei besøkte tannlege, medan tilsvarande del var 9 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse.

Det er menn med dårleg eller svært dårleg tannhelse som besøker tannlege aller sjeldnast. Medan det i 2008 var 55 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg tannhelse som opplyste at dei var hos tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 68 prosent blant kvinner med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Vidare var det 30 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg tannhelse som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, medan tilsvarande del var 19 prosent blant kvinner med dårleg eller svært dårleg tannhelse.

Forskjellane i tannlegebesøk mellom dei med høvesvis god og dårleg tannhelse kan tyde på at sistnemnde si dårlege tannhelse mellom anna skuldast sjeldnare besøk hos tannlege. Det er likevel også grunn til å tru at dette samspelet med tiltak for å førebyggje problem med tannhelsa. Ein tannlege kan bidra med å førebyggje problem så vel som å utføre nødvendig behandling av eksisterande problem, men

resultata når det gjaldt tannpuss med fluortannkrem (kap. 3.2) tyder på at eigenvurdert tannhelse også har samband med eigen førebygging av problem.

Blant 19-20 åringar er det veldig få som vurderer eiga tannhelse som dårleg eller svært dårleg. Resultata for dei som har god eller svært god tannhelse i denne aldersgruppa skil seg på si side litt frå resultata for dei som er 21 år og eldre. Til dømes ligg både delen av 19-20 åringane som hadde vore hos tannlege siste 12 månadar (72 prosent) og delen som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege (5 prosent) noko lågare enn dei tilsvarande delane for dei som vurderte tannhelsa som god eller svært god blant dei som var 21 år og eldre.

4.1.7. Dei med god helse går oftare til tannlege enn dei med dårleg helse

Ein person si helsetilstand kan ha betydning for bruken av helsetenester på fleire måtar. Mellom anna kan førekomst av sjukdomar og lidingar bidra til at folk oppsøker relevant helsepersonell for utreiing og eventuell behandling. Samstundes kan det trass i at dei har dårleg helse tenkjast at dei ikkje oppsøker helsetenesta, til dømes fordi dei er for sjuke, fordi dei manglar informasjon eller fordi dei ikkje har råd.

Det er uansett ikkje alltid slik at personar med dei same helseproblema gjer bruk av dei same tenestene eller i like stor utstrekning oppsøker hjelp. Det er heller ikkje slik at ein person med dårleg helse nødvendigvis slit med tannhelsa. Ein samanheng mellom eigenvurdert helse og tannlegebesøk kan difor seiast å vere eit uttrykk for førekomstar av meir samansette helse- og levekårproblem. Tabell 4.7 viser korleis tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 4.7. Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
Siste 12 md.	75	71
1-2 år sidan	15	13
Meir enn 2 år sidan	11	15
Kvinner		
Siste 12 md.	78	73
1-2 år sidan	14	11
Meir enn 2 år sidan	8	15
Menn		
Siste 12 md.	72	70
1-2 år sidan	15	15
Meir enn 2 år sidan	13	16

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.7 viser at dei med god eller svært god helse går oftare til tannlegen enn dei med dårleg eller svært dårleg helse. Tabellen viser også at det er større forskjellar blant kvinner enn blant menn etter eigenvurdert helse.

Det er dei med dårleg eller svært dårleg helse som går sjeldnast til tannlege. Medan det i 2008 var 71 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som opplyste at dei var hos tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 75 prosent blant dei med god eller svært god helse. Vidare var det 15 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som opplyste at det var meir enn 2 år sidan dei besøkte tannlege, medan tilsvarande del var 11 prosent blant dei med god eller svært god helse.

Det er størst forskjellar blant kvinner etter eigenvurdert helse sjølv om det er menn med dårleg eller svært dårleg helse som går sjeldnast til tannlege. Medan det i 2008 var 73 prosent av kvinnene med dårleg eller svært dårleg helse som opplyste at dei var hos tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 78 prosent blant kvinner med god eller svært god helse. Vidare var det 15 prosent av kvinnene med dårleg eller svært dårleg helse som rapporterte at det var meir enn 2 år sidan dei var hos tannlege, medan tilsvarande del var 8 prosent blant kvinner med god eller svært god helse.

Sjølv om dei med dårleg helse går sjeldnare til tannlege enn dei med god helse, er ikkje forskjellane like store som det var for eigenvurdert tannhelse. Den generelle helsetilstanden verkar med andre ord ikkje å påverke bruken av tannlege like mykje som tannhelsetilstanden. Ei naturleg tolking er at eigenvurdert helse er eit langt vidare omgrep enn eigenvurdert tannhelse og av den grunn ikkje har ein like sterk samanheng med tenestebruken. Vidare kan det vere at befolkninga ikkje gir tannhelsa avgjerande vekt når dei vurderer eigen helsetilstand. Eigenvurdert helse kan difor spele ein langt viktigare rolle i bruk av andre helsetenester enn tannlege.

Blant 19-20 åringar er det på same måte som med eigenvurdert tannhelse svært få som vurderer eiga helse som dårleg eller svært dårleg. Resultata for dei som har god eller svært god tannhelse i denne aldersgruppa er om lag dei same som for dei med god eller svært god helse i aldersgruppa 21 år og eldre. Medan det er litt færre som har vore hos tannlegen dei siste 12 månadene (74 prosent) og for meir enn 2 år sidan (5 prosent), er det ein god del fleire som opplyser å ha vore hos tannlege for 1-2 år sidan (21 prosent).

4.2. Akutte tannlegebesøk

Akutte kontaktar med tannlege og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp

Akutte kontaktar med tannlege (akutte tannlegebesøk) blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet: *Har du måttet kontakte tannlege på grunn av akutte problem siste 12 månader?* Dette spørsmålet stillast til alle dei som har opplyst å ha vært hos tannlege dei siste 12 månadane.

Tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet: *Er du fornøyd med hvor raskt du fikk hjelp?* Dette spørsmålet er stilt til alle dei som har opplyst å ha vært i kontakt med tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadane.

4.2.1. Kvinner kontaktar oftast tannlege på grunn av akutte problem og er mest nøgd med hjelpa

Omgrepet akutte problem kan i samband med tannhelsa inkludere ulike sjukdomar, skadar eller lidingar. Det mest nærliggande å tru er at det først og fremst er tannskadar og tannpine på grunn av hol i tenner som gjer det nødvendig å oppsøke tannlege på kort varsel. Akutte tannlegebesøk kan likevel vere ein indikasjon på at den enkelte av ulike grunnar ikkje har god nok oppfølging av tannhelsa. Til dømes kan personar som jamleg går til tannlege få informasjon og behandling som gjer at tannlegebesøk på grunn av akutte problem ikkje blir nødvendig.

Levekårundersøkinga kartlegger kontakt med tannlege på grunn av akutte problem (akutte tannlegebesøk) blant dei som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene. Det inneber at utvalet reduserast, at det er færre personar i dei ulike aldersgruppene og at resultata difor blir meir usikre enn for tannlegebesøka som ble omtalt i kapittel 4.1. Dette gjeld særleg for aldersgruppa 19-20 år. Tabell 4.8 viser korleis akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 4.8. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp, etter kjønn og alder. 2008. N = 1 002. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
Akutt siste 12 md.	22	17	28	22	24	18
Nøgd med tilgang	94	78	86	95	94	97
Kvinner						
Akutt siste 12 md.	23	20	29	23	24	17
Nøgd med tilgang	94	77	87	96	95	95
Menn						
Akutt siste 12 md.	22	13	28	21	23	18
Nøgd med tilgang	94	79	85	94	94	98

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.8 viser at kvinner noko oftare kontaktar tannlege på grunn av akutte problem, men at forskjellane mellom kjønna er relativt små. Tabellen viser også at personar i aldersgruppa 21-24 år har flest akutte tannlegebesøk, medan det er dei eldste som er mest nøgd med kor raskt dei fekk akutt hjelp.

Det er kvinner som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem, men forskjellane mellom kjønna er små. Medan det i 2008 var 23 prosent av kvinnene som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 22 prosent blant mennene. Det er i aldersgruppa 19-20 år forskjellane mellom kjønna når det gjeld akutte tannlegebesøk er størst. Medan det var 20 prosent av kvinnene i alderen 19-20 år som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem siste 12 månader, var tilsvarende del 13 prosent blant mennene i denne aldersgruppa. Det må likevel understrekast at resultatata for dei yngste er usikre.

Det er dei i alderen 21-24 år som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Medan det i 2008 var 28 prosent i denne aldersgruppa som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var til dømes tilsvarende del 17 prosent blant dei yngste og 18 prosent blant dei i alderen 67 år og eldre. Vidare er det dei eldste som er mest nøgd med tilgangen til akutt hjelp. Medan det var 97 prosent i denne aldersgruppa som var nøgd med kor raskt dei fekk hjelp, var til dømes tilsvarende del 78 prosent blant dei yngste og 86 prosent blant dei i alderen 21-24 år.

I 2008 var det altså ein av fem personar i befolkninga 19 år og eldre som hadde kontakta tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, og nesten alle var nøgd med kor raskt dei fekk hjelp. Førstnemnde kan tyde på at det er relativt mange som berre går til tannlege når dei må, sjølv om det er vanskeleg å konkludere eintydig. Det er heller ikkje muleg å seie noko definitivt om at desse akutte tannlegebesøka kunne vore redusert eller unngått om fleire hadde gått til tannlege meir jamleg. Når det gjeld tilgjengelegheita tyder likevel tala på at tenestetilbodet er godt når eit akutt problem melder seg. Dette støttast også av kartlegginga av moglegheita til å få akutt hjelp som var ein del av ei undersøking gjennomført i 2004 (Grytten m. fl. 2004a).

4.2.2. Busette i Nord-Noreg har flest akutte tannlegebesøk og er minst nøgd med tilgang til akutt tannlegehjelp

På same måte som med tannlegebesøka som omtalast i kapittel 4.1 er det rimeleg å tru at også kontaktar med tannlege på grunn av akutte problem har ein samanheng med kva tannhelsetenesta kan tilby, jf årsverkstala frå KOSTRA. Det er likevel uklart om eventuelle forskjellar mellom landsdelar uttrykker forskjellar i tilgang til ordinære/akutte tannlegetenester eller forskjellar i førebygging og jamleg kontroll/ behandling hos tannlege.

Det er også rimeleg å forvente at dei med akutte problem på ein eller anna måte vil gjere det dei kan for å komme i kontakt med tannlege, uavhengig av tilgjengelegheita til tenesta i busettingsfylket og -landsdelen. Då vil pasientanes tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp kunne seie noko om kor bra desse tenestene er utbygd. Tabell 4.9 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 4.9. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 984. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
Kontakt siste 12 md. ...	21	22	22	21	24	25
Nøgd med tilgang	95	96	94	95	96	86
Kvinner						
Kontakt siste 12 md. ...	21	24	20	23	26	25
Nøgd med tilgang	94	96	94	95	99	86
Menn						
Kontakt siste 12 md. ...	21	21	25	21	22	26
Nøgd med tilgang	96	95	94	95	92	86

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.9 viser at det er dei som er busett i Nord-Noreg som i størst utstrekning kontaktar tannlege med akutte problem og som er minst nøgd med kor raskt dei får hjelp. Tabellen viser også at det er blant befolkninga i Agder og Rogaland kjønnsforskjellane i akutte tannlegebesøk er størst.

Det er busette i Nord-Noreg som i størst utstrekning har akutte tannlegebesøk. Medan det i 2008 var 25 prosent av dei i alderen 21 år og eldre i Nord-Noreg som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var til dømes tilsvarende del 21 prosent blant dei som var busett på Vestlandet. Dei største forskjellane mellom kjønna er å finne i Agder og Rogaland, kor det i 2008 var høvesvis 20 prosent av kvinnene og 25 prosent av mennene som opplyste å ha kontakta tannlege på grunn av akutte problem.

Det er i Nord-Noreg ein er minst nøgd med tilgangen til akutt tannlegehjelp. Medan det var 86 prosent av dei i Nord-Noreg som hadde kontakta tannlege på grunn av akutte problem siste 12 månader som var nøgd med kor raskt dei fekk hjelp, var til dømes tilsvarende del 96 prosent i landsdelane Trøndelag og Austlandet elles kor dei var mest nøgd. Det er elles relativt små forskjellar mellom kjønna, med unntak av i Trøndelag. I denne landsdelen var det 99 prosent av kvinnene og 92 prosent av mennene som opplyste at dei var nøgd med tilgjengelegheita til akutt hjelp.

Det at befolkninga i Nord-Noreg går sjeldnast til tannlege (jf kap. 4.1) og har flest akuttkontaktar kan tyde på at tenesteb Bruken ikkje er tilfredsstillande når det gjeld å førebyggje problem. Med meir jamlege kontrollar kunne kan hende problem vore unngått og akutte kontaktar vore redusert. På den andre sida kan tilfredsheita med tilgjengelegheita til tenesta tyde på at tenestetilbodet er dårlegare i nord enn elles i landet. Det kan med andre ord vere at den lågare tannlegedekninga i den private tannhelsetenesta (jf kap. 2.1) gir seg utslag i sjeldnare tannlegebesøk, fleire akutte førespunader og at færre er nøgd med kor raskt dei får hjelp ved akutte problem i Nord-Noreg.

Elles er det ikkje nokon klare tendensar for aldersgruppa 19-20 år etter landsdel. Dette skuldast nok først og fremst at det er få personar i denne gruppa og enda færre som har oppsøkt tannlege på grunn av akutte problem.

4.2.3. Ingen eintydige forskjellar etter utdanningsnivå

Kva slags utdanningsnivå hushaldet har kan ha tyding for korleis helsetenester blir brukt i hushaldet. Dei med høg utdanning kan ha eit betre utgangspunkt for å kjenne til kva slags tenester som finst og kva ulike tenester kan bidra med i førebygging og styrking av helsa. Dette gjeld også for tannhelsetenester.

I og med at dei med høgt utdanningsnivå i hushaldet går oftare til tannlege enn dei med lågt, er det truleg at dei med høg utdanning i mindre utstrekning må kontakte tannlege på grunn av akutte problem. Det er også sannsynleg at dei har betre oversikt over kven som kan kontaktast ved akutte problem og difor vil vere meir

nøgd med tilgangen til meir akutte tenester. Tabell 4.10 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 4.10. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 981. Prosent

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
Kontakt siste 12 md.	22	22	23
Nøgd med tilgang	92	96	96
Kvinner			
Kontakt siste 12 md.	23	23	21
Nøgd med tilgang	94	96	95
Menn			
Kontakt siste 12 md.	22	21	24
Nøgd med tilgang	90	97	98

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.10 viser at det er små forskjellar i akutte tannlegebesøk mellom utdanningsnivåa, men at dei med universitets- eller høgskuleutdanning kontaktar tannlege på grunn av akutte problem noko oftare. Tabellen viser også at det er dei på det lågaste utdanningsnivået som er minst nøgd med tilgangen til hjelp ved akutte problem.

Det er dei med høgast utdanning som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem, men forskjellane mellom utdanningsnivåa er små. Dei største forskjellane er å finne blant menn. Medan det i 2008 var 24 prosent av mennene på det høgaste utdanningsnivået som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 21 prosent for dei med vidaregåande utdanning og 22 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning.

Det er dei med lågast utdanning som er minst nøgd med kor raskt dei får hjelp ved akutte problem. Medan det var 92 prosent av dei på det lågaste utdanningsnivået som hadde kontakta tannlege på grunn av akutte problem siste 12 månader som var nøgd med kor raskt dei fekk hjelp, var delen 96 prosent blant dei med høvesvis vidaregåande og universitets- eller høgskuleutdanning. Det var elles blant mennene forskjellane i tilfredsheit etter utdanning var størst, med høvesvis 90 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning, 97 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 98 prosent dei med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet.

Det at det ikkje er særskilde forskjellar i akutte tannlegebesøk etter utdanningsnivå, og at dei forskjellane som eksisterer går i retning av at dei med høg utdanning har fleire akutte kontaktar med tannlege, kan tyde på at det å gå jamleg til tannlege ikkje påverkar førekomst av akutte tannlegebesøk. Det er likevel grunn til å understreke at desse tala gir informasjon om faktiske kontaktar, men ikkje om det skjular seg eit udekket behov for kontakt med tannlege på grunn av akutte problem. Med andre ord gir ikkje bruken av akutte tannlegetenester heile biletet. Det faktum at dei med lågast utdanning er dei som er minst nøgd med kor raskt dei får hjelp med akutte problem, kan på si side tyde på at dei ikkje har like bra informasjon om tenestetilbodet som dei på høgare utdanningsnivå.

Når det gjeld 19-20 åringar er det ikkje mogleg å trekke nokre slutningar om akuttkontaktar og utdanningsnivået i hushaldet på bakgrunn av grunnlagsdata.

4.2.4. Dei med låge inntekter har flest akutte tannlegebesøk og er minst nøgd med tilgangen til hjelp for akutte problem

Det kan vere fleire grunnar til å forvente større forskjellar i akutte tannlegebesøk etter inntekt enn det var etter utdanning. Ein grunn er relativt store variasjonar mellom inntektsgrupper når det gjeld tidspunkt for siste tannlegebesøk (jf kap. 4.1).

Tesen om at jamlege tannlegebesøk førebyggjer akutte problem blei ikkje styrka når det gjaldt forholdet mellom akuttkontaktar og utdanningsnivå, men når det gjeld akutte tannlegebesøk og inntekt kan det fortone seg på ein annan måte.

Ein annan grunn er at tannlegetenester generelt - og kan hende akutte tannlegebesøk spesielt - er tenester som kan utløyse ein relativt høg eigenbetaling. Då kan det vere at dei med lågare inntekter ikkje bruker tannlegen til kontroll og førebygging like mykje som dei med høgare inntekter, men ventar med å gå til tannlege til dei må. Tabell 4.11 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 4.11. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 979. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
Kontakt siste 12 md. ...	24	25	23	21	18
Nøgd med tilgang	86	93	95	96	93
Kvinner					
Kontakt siste 12 md. ...	19	25	24	22	14
Nøgd med tilgang	81	96	93	97	94
Menn					
Kontakt siste 12 md. ...	31	25	22	20	20
Nøgd med tilgang	91	89	98	95	91

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.11 viser at dei med lågare inntekter kontaktar tannlege på grunn av akutte problem noko oftare enn andre, og er minst nøgd med tilgangen til akutt hjelp. Tabellen viser også at det er menn i den lågaste inntektsgruppa som oftast har akutte tannlegebesøk, medan kvinner i same inntektsgruppe er dei som er minst nøgd med kor raskt dei fekk hjelp.

Det er dei med lågast inntekt som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Medan det i 2008 var 24 prosent i den lågaste og 25 prosent i den nest lågaste inntektsgruppa som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, gjekk delen ned med stigande inntekt til 18 prosent blant dei i den høgaste inntektsgruppa. Dei største forskjellane i akutte tannlegebesøk er å finne blant menn. Medan det i 2008 var 31 prosent av mennene i den lågaste inntektsgruppa som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, gjekk delen ned med stigande inntekt til 20 prosent blant dei i den høgaste inntektsgruppa.

Det er dei med lågast inntekt som er minst nøgd med kor raskt dei får hjelp med akutte problem. Medan det i 2008 var 86 prosent av dei i den lågaste inntektsgruppa som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene og var nøgd med kor raskt dei fekk hjelp, var til dømes tilsvarende del 96 prosent blant dei i den nest høgaste inntektsgruppa kor det var flest som var nøgd. Det er blant kvinner det er størst forskjellar i tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp. I 2008 var 81 prosent av kvinnene i den lågaste inntektsgruppa som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene nøgd med kor raskt dei fekk hjelp. Tilsvarende del var til dømes 97 prosent blant kvinnene i den nest høgaste inntektsgruppa.

Det er ein tendens til at akutte tannlegebesøk går ned med stigande inntekt, medan tilfredsheita med tilgangen til hjelp for akutte problem aukar. Førstnemnde styrkar trua på at dei med lågare inntekter oftare enn dei med høgare inntekter går til tannlege når dei må heller enn som eit tiltak for kontroll og førebygging av problem. Sistnemnde gir grunn til å tru at dei med høgare inntekter vel tenestetilbod meir uavhengig av prisklasse, medan dei med lågare inntekter kan hende er avhengig av å sonde prisnivå trass i at dei har behov for å gjere noko akutt.

Når det gjeld akutte tannlegebesøk etter inntekt er tala elles for usikre til at det er mogleg å slå fast noko om akuttkontaktar så vel som tilfredsheit med tilgang blant 19-20 åringar.

4.2.5. Stønadmottakarar har meir kontakt på grunn av akutte problem

Det er grunn til å forvente at stønadsmottakarar har fleire akutte kontaktar med tannlege enn dei som ikkje tek imot stønader. Stønadmottakarar går sjeldnare til tannlege enn dei som ikkje tek imot stønader, og deira hushaldsinntekter er sannsynlegvis ofte lågare enn kva arbeidstakarar har. Det er difor grunn til å tru at dei bruker tannlegetenester når dei opplever akutte problem snarare enn til førebygging og kontroll. I tillegg kan det tenkast at dei som mottakarar av stønad har annan sjukdom og liding enn akutte tannhelseproblem som er viktigare å lege, og at tannlegetenester av den grunn blir ytterlegare nedprioritert.

Det er med andre ord langt på veg det same resonnementet som ligg til grunn for forventninga om at stønadsmottakarar har meir tannlegekontakt på grunn av akutte problem, som argumenta som låg til grunn for forventningane knytt til forskjellar etter hushaldsinntekt. Tabell 4.12 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 4.12. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 220. Prosent

	Begge kjønn		Kvinner		Menn	
	Kontakt siste 12 md.	Nøgd med tilgang siste 12 md.	Kontakt siste 12 md.	Nøgd med tilgang siste 12 md.	Kontakt siste 12 md.	Nøgd med tilgang
Ingen stønad	21	95	21	95	20	94
Ein eller fleire stønader ...	30	93	27	94	34	93

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.12 viser at stønadsmottakarar kontaktar tannlege på grunn av akutte problem oftare enn dei som ikkje tek imot nokon stønad. Tabellen viser også at forskjellane mellom mottakarar av stønader og andre når det gjeld akutte tannlegebesøk er mindre blant kvinner enn blant menn.

Det er stønadsmottakarar som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Medan det i 2008 var 30 prosent av dei som tok imot ein eller fleire stønader som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 21 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon form for stønad. Grunnlagsdata viser elles at det særleg er mottakarar av sosialstønad og attføringsstønad som trekk opp delen som har vore hos tannlege siste 12 månadar på grunn av akutte behov, men desse tala er meir usikre.

Det er blant menn forskjellane i akutte tannlegebesøk er størst. I 2008 var det 34 prosent av mennene som tok imot stønad som hadde besøkt tannlege som følgje av akutte problem dei siste 12 månadene, medan tilsvarande del var 20 prosent blant menn som ikkje tok imot stønad. Dette representerer ei differanse på 14 prosentpoeng. Blant kvinnene var det til samanlikning høvesvis 27 prosent av dei med stønader og 20 prosent av dei utan stønader som hadde kontakta tannlege på grunn av akutte problem.

Satsane for og berekning av stønader og ytingar varierer både innanfor ein stønadsordning og mellom ulike ordningar, men dei aller fleste tilfella har likevel dei som tek imot ein stønad dårlegare inntekt enn til dømes dei som er i arbeid. Stønadmottakarar inngår difor oftare i låginntektsgruppene enn kva til dømes lønsmottakarar gjer. Forskjellane mellom stønadsmottakarar og andre kan likevel tyde på at det ikkje berre er dårlegare hushaldsinntekt som gjer at denne gruppa skil seg ut når det gjeld akutte kontaktar med tannlegar.

Det kan vere at mottakarar av stønader er i ein meir krevjande livssituasjon enn andre, og at dei difor har større avgrensingar i forhold til å bruke tannhelsetenesta jamleg. Det kan også vere at dei har andre sjukdomar og lidingar som er meir prekære og som må bli tekne hand om før dei eventuelt bruker tannlegetenester. Med andre ord kan mellom anna livssituasjon og andre typar av helseproblem bidra til at stønadmottakarar i enda større utstrekning enn låginntektsgrupper berre går til tannlege når dei må.

4.2.6. Dårleg eigenvurdert tannhelse gir fleire akutte kontaktar med tannlege

Det er naturleg å forvente ein klar samanheng mellom eigenvurdert tannhelse og bruk av tannlegetenester på grunn av akutte problem, og då i den forstand at dei med dårleg tannhelsetilstand er dei som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. På den andre sida kan det vere at dei som har dårleg tannhelsetilstand verken går til tannlege for kontroll og førebygging eller for å løyse akutte problem. Då ville dei i tilfelle ha sjeldnare akutte kontaktar med tannlege enn dei med god tannhelsetilstand.

Resultata frå levekårundersøkinga tyder på at det er den førstnemnde forventninga om at dårleg tannhelsetilstand bidreg til fleire akutte kontaktar som blir innfridd. Tabell 4.13 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 4.13. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 741. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Begge kjønn		
Kontakt siste 12 md.	19	43
Nøgd med tilgang	94	94
Kvinner		
Kontakt siste 12 md.	19	43
Nøgd med tilgang	94	96
Menn		
Kontakt siste 12 md.	19	44
Nøgd med tilgang	93	91

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.13 viser at dei med dårleg tannhelse oftare enn dei med god tannhelse kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Tabellen viser også at det er små forskjellar mellom kjønna når det gjeld akutte tannlegebesøk, men at kvinner er meir nøgd med kor raskt dei får hjelp ved behov.

Det er dei med dårleg tannhelsetilstand som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Medan det i 2008 var 43 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde besøkt tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var tilsvarande del 19 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse.

Det er menn med dårleg tannhelse som er minst nøgd med kor raskt dei får hjelp, sjølv om forskjellane etter kjønn og eigenvurdert tannhelse når det gjeld tilgang til tannlegetenester ved akutte behov er relativt små. I 2008 var det 96 prosent av kvinnene med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde vore hos tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene og var nøgd med tilgangen til tenesta. Tilsvarande del blant mennene med dårleg eller svært dårleg tannhelse var 91 prosent.

Mønsteret som teiknar seg for dei med dårleg tannhelse er at dei går sjeldnare til tannlege enn dei med god tannhelse, og når dei besøker tannlegen så er det fordi dei har eit akutt behov for tenesta. Dette kan tyde på at dei med dårleg tannhelse

har ei ujamn og utilstrekkeleg bruk av tannlegetenester, noko som i sin tur kan føre til at tannhelsetilstanden forverrast ytterlegare og gjer behovet for akutt tannlegehjelp enda større etter kvart. Om så er tilfelle kan omgrep som opphoping av tannhelseproblem brukast om tilstanden blant dei med dårleg tannhelse.

Når det gjeld 19-20 åringane er tala meir usikre. I tillegg er det som tidlegare vist så godt som ingen som rapporterer å ha dårleg tannhelse i denne aldersgruppa. Det er likevel verdt å nemne at delen som har vore hos tannlege på grunn av akutte problem er høgare blant kvinner enn blant menn.

4.2.7. Menn med dårleg helsetilstand er mest i kontakt med tannlege på grunn av akutte problem

Den generelle helsetilstanden kan på same måte som med tannhelsetilstanden seie noko om behovet for helsetenester. Trass i at eigenvurdert helse rommar meir og difor er eit omgrep som potensielt kan inkludere langt fleire helsevurderingar enn eigenvurdert tannhelse, kan eventuelle samanhenger gi eit bilete av korleis helsa og bruken av helsetenester er fordelt i befolkninga. Undersøkingar har til dømes vist at førekomsten av dårleg helse er større blant dei som kjem dårleg ut på forskjellige mål for sosioøkonomisk status (Siegrist og Marmot 2006). Samstundes er det vist at dei med låg sosioøkonomisk status, mellom anna målt som lågt utdanningsnivå, ikkje bruker helsetenester på same måte som dei med høg sosioøkonomisk status (Finnvold 2006).

Det er grunn til å tru at desse samanhengene også gjeld for tannlegebesøk. Det er også grunn til å tru at dette bidreg til at dei med god helse, trass i at den gode helsa ikkje nødvendigvis skuldast god tannhelse, bruker helsetenesta meir til førebygging av helseproblem enn for å løyse akutte problem. Tabell 4.14 viser korleis akutte tannlegebesøk og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 4.14. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 744. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
Kontakt siste 12 md.	21	30
Nøgd med tilgang	95	95
Kvinner		
Kontakt siste 12 md.	22	27
Nøgd med tilgang	95	98
Menn		
Kontakt siste 12 md.	20	35
Nøgd med tilgang	95	91

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.14 viser at dei med dårleg helse er dei som oftast kontaktar tannlege på grunn av akutte problem. Tabellen viser også at forskjellane i akutte tannlegebesøk er størst blant menn.

Dei med dårleg helse kontaktar oftare tannlege som følgje av akutte behov. Medan det i 2008 var 30 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde vore hos tannlege på grunn av akutte problem dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 21 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse. Vidare er det blant menn forskjellane er størst etter eigenvurdert helse. I 2008 var det 35 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg helse som hadde kontakta tannlege for å løyse akutte problem, medan tilsvarende del var 20 prosent blant mennene med god eller svært god helse.

Det er små forskjellar når det gjeld tilfredsheit med tilgangen, men også her skil mennene med dårleg helse seg ut. I 2008 var det 91 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg helse som hadde vore hos tannlege på grunn av akutte

problem dei siste 12 månadene som var nøgd med kor raskt dei hadde fått hjelp. Til samanlikning var tilsvarande del til dømes 98 prosent blant kvinner med dårleg eller svært dårleg helse same år.

Akuttkontaktar og tilfredsheit med tilgang til tenester ved akutte problem kan tyde på at det også med tanke på bruk av tannlegetenester er ein sosial dimensjon. Årsaka til at dei med dårleg helse i større grad er i kontakt med tannlege på grunn av akutte behov, kan i tilfelle sjåast i samanheng med kva for ein sosioøkonomisk status desse personane har og kva for eit mønster dei har i si bruk av helsetenester generelt. På den andre sida tydar fordelingane etter høvesvis eigenvurdert tannhelse og eigenvurdert helse at førstnemnde ikkje alltid har like stor tyding for sistnemnde. Det gir i seg sjølv grunn til å sjå nærmare på kva som kjenneteiknar dei med dårleg tannhelse og deira bruk av tannlegetenester.

For 19-20 åringane gjeld det også her at tala er meir usikre. Grunnlagsmaterialet viser likevel at det blant dei med god eller svært god helse er ein større del av kvinnene enn mennene som har vore hos tannlege på grunn av akutte problem.

4.3. Udekka behov for tannlegetenester

Ikkje konsultert tannlege og årsaker til at tannlege ikkje er konsultert

Det at folk ikkje går til tannlege trass behov for å gjere det blir i levekårundersøkinga kartlagt ved hjelp av spørsmålet: *Har du noen gang i løpet av de siste 12 måneder hatt behov for å gå til tannlege uten å gjøre det?* Dette spørsmålet stillast til alle i utvalet.

Årsakene til at folk ikkje går til tannlege trass behov for tenesta blir i levekårundersøkinga kartlagt ved hjelp av spørsmålet: *Hva var hovedgrunnen til at du ikke gikk til tannlege?* Dette spørsmålet er stilt til alle dei som opplyser at dei i løpet av dei siste 12 månadane har hatt behov for å gå til tannlege utan å gjere det.

4.3.1. Ein av fem i alderen 21-24 år går ikkje til tannlege ved behov, og økonomi er viktigaste årsak

Eit behov for å gå til tannlege kan oppstå som følgje av konkrete tannhelseproblem som til dømes tannpine eller tannsjukdomar. Behovet kan likevel også ha bakgrunn i eit meir generelt ønske om å førebyggje framtidige tannhelseproblem. Sjølv om dei to tilfella av behov er ulike når det gjeld kor akutt dei vurderast så kan behovet for eit tannlegebesøk vere like stort.

På same måte som tidspunkt for siste tannlegebesøk og kontaktar med tannlege på grunn av akutte problem varierer i befolkninga, er det grunn til å tru at det også er forskjellar i kor stor grad behovet for tannlegebesøk blir dekkja. Tabell 4.15 viser korleis dei som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 4.15. Personar som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
Ikkje gått til tannlege ...	10	16	19	13	7	3
Kvinner						
Ikkje gått til tannlege ...	9	22	21	12	6	4
Menn						
Ikkje gått til tannlege ...	10	10	17	15	8	2

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.15 viser at det er dei i alderen 21-24 år som oftast ikkje går til tannlege ved behov. Tabellen viser også at det generelt er små forskjellar mellom kjønna, men at det er kvinner som har størst udekka behov for tannlegetenester i dei to aldersgruppene som oftast ikkje går til tannlege.

Det er i aldersgruppa 21-24 år det er flest som ikkje har dekkja behovet for tannlegetenester. Medan det i 2008 var 19 prosent av dei i denne aldersgruppa som ikkje hadde gått til tannlege trass behov, var til dømes tilsvarende del 3 prosent i aldersgruppa 67 år og eldre same år.

Trass i at det generelt er små forskjellar mellom kjønna når det gjeld å ikkje gå til tannlege ved behov varierer forskjellane mellom kvinner og menn med alder. Dei største forskjellane er å finne i dei yngste aldersgruppene. I 2008 var forskjellen aller størst blant 19-20 åringane kor det var 22 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene som opplyste at dei ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene trass behov for å gjere det. Det må likevel understrekast at tala for den yngste aldersgruppa er usikre.

Også når det gjeld årsaker til at behovet for tannlegetenester ikkje blir dekkja er det små forskjellar mellom kjønna. Økonomi er ein av dei tre viktigaste hovudgrunnane til at folk ikkje går til tannlege, dei andre to er tid og tannlegeskrekk. Tabell 4.16 viser korleis årsaker til ikkje å ha vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og alder i 2008.

Tabell 4.16. Hovudgrunnar til at personar ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og alder. 2008. N = 598. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Begge kjønn						
Økonomi	39	19	43	42	39	14
Ikkje tid til å gå	16	19	19	18	14	5
Redd for tannlege	17	29	14	18	14	12
Andre årsaker	28	33	24	22	34	68
Kvinner						
Økonomi	40	23	44	45	43	16
Ikkje tid til å gå	13	13	17	14	11	3
Redd for tannlege	20	34	20	18	20	12
Andre årsaker	27	30	19	22	26	69
Menn						
Økonomi	37	11	42	40	35	10
Ikkje tid til å gå	20	31	21	21	16	11
Redd for tannlege	14	18	8	17	10	13
Andre årsaker	29	40	29	22	39	66

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.16. viser at økonomi er den viktigaste grunnen til å ikkje gå til tannlege ved behov. Tabellen viser også at tannlegeskrekk er ein viktigare grunn blant kvinner enn blant menn, medan det er motsett når det gjeld tid.

Det er økonomien som oftast gjer at dei med behov for tannlegetenester ikkje går til tannlege. Medan det i 2008 var 39 prosent som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje gjekk til tannlege, var det høvesvis 17 prosent og 16 prosent som opplyste at det var tannlegeskrekk og tid som var avgjerande. Det er elles ein tendens til at økonomi er aller viktigast i aldersgruppene 21-24 år, 25-44 år og 45-66 år.

Det er kvinner som oftast rapporterer tannlegeskrekk som hovudgrunn til ikkje å gå til tannlege, medan mennene er dei som oftast bruker tid som hovudårsak. Medan 20 prosent av kvinnene som ikkje hadde vært hos tannlege trass behov i 2008 ga tannlegeskrekk som grunn, var tilsvarende del 14 prosent blant mennene. Når det gjaldt tid til å gå til tannlege var det høvesvis 13 prosent av kvinnene og 20 prosent av mennene som rapporterte det som hovudgrunn.

Det er ikkje overraskande at det er dei i aldersgruppa 21-24 år som har størst udekkja behov for tannlegetenester. Denne gruppa består mellom anna av personar som inntil nyleg har vært omfatta av den offentlege tannhelsetenesta, med dei utfordringane det gir med tanke på å kontakte tenestetilbydarar i den private tannhelsetenesta på eige initiativ og størrelsen på eigenbetalinga. I tillegg er det sannsynleg at personar i denne gruppa har lågare inntekter, er studentar og/eller er i

ein etableringsfase, og difor ikkje vel å prioritere tannlegetenester eller rett og slett ikkje har råd til å gå til tannlege.

Det er heller ikkje overraskande at økonomiske årsaker er den viktigaste grunnen til at folk med behov for å gå til tannlege ikkje gjer det. Med unntak av dei yngste, som også er blant dei som får tenesta delvis subsidiert gjennom den offentlege tannhelsetenesta, er økonomi viktigast i alle aldersgrupper. Dette bidreg til å styrke dei funna som tidlegare er gjort med tanke på at det er ein klar samanheng mellom inntekt og hyppigheita på tannlegebesøk.

4.3.2. Folk busett i Nord-Noreg er dei som oftast ikkje går til tannlege trass behov for tenesta

Kapittel 4.1 viste at det er ein geografisk dimensjon når det gjeld bruken av tannlegetenester og at det er dei i Nord-Noreg som sjeldnast går til tannlege. Gitt at jamlege tannlegebesøk bidreg til betre tannhelse er det også grunn til å tru at den sjeldnare bruken av tannlege i Nord-Noreg bidreg til dårlegare tannhelse og eit større behov for å gå til tannlege i denne landsdelen.

Kartlegginga av tidspunkt for siste tannlegebesøk seier likevel ikkje noko om korleis bruken av tannlege står i forhold til behovet for tannlegebesøk i dei ulike landsdelane. Sjølv om behovet for tannlegetenester etter alt å dømme er om lag det same over heile landet, kan det ikkje utelukkast at behovet vurderast ulikt frå ein landsdel til ein annan og difor varierer mellom landsdelane. Det at dei som er busett i Nord-Noreg går sjeldnare til tannlege enn andre, kan med andre ord vere eit teikn på at behovet vurderast annleis heller enn som eit prov på underforbruk av tenesta. Resultata frå levekårsundersøkinga tyder likevel ikkje på at så er tilfelle. Tabell 4.17 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 4.17. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlan det	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
Ikkje gått til tannlege	9	8	9	10	10	14
Kvinner						
Ikkje gått til tannlege	9	7	7	9	10	12
Menn						
Ikkje gått til tannlege	10	10	11	10	10	15

Kjelde: Levekårsundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.17 viser at det er dei som er busett i Nord-Noreg som oftast har eit udekka behov for tannlegetenester. Tabellen viser også at det i nær sagt alle landsdelane er færre kvinner enn menn som ikkje går til tannlege når dei har behov for det.

Det er befolkninga i Nord-Noreg som relativt sett har flest med udekka behov for å gå til tannlege. I 2008 var det 14 prosent av dei som var busett i Nord-Noreg som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene trass i at dei hadde behov for tannlegebesøk. Til samanlikning var tilsvarande del 8 prosent i den landsdelen som hadde færrest med udekka behov for tannlegetenester (Austlandet elles).

I dei aller fleste landsdelane er det færre kvinner enn menn som har eit udekka behov for å besøke tannlege, og den største forskjellen er å finne i Agder og Rogaland. Medan det var 7 prosent av kvinnene i Agder og Rogaland som opplyste at dei ikkje hadde vært hos tannlege dei siste 12 månadene trass i at dei hadde behov for det, var tilsvarande del 11 prosent blant mennene i denne landsdelen.

Det er nokre forskjellar mellom landsdelane i samband med årsaker til at tannlege ikkje blir oppsøkt ved behov. Det er likevel klart at økonomi skil seg ut som den viktigaste forklaringsfaktoren i alle delar av landet, sjølv om nokre landsdelar skil

seg meir ut enn andre. Tabell 4.18 viser korleis årsaker til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og landsdel i 2008.

Tabell 4.18. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov for tenesta, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 569. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Begge kjønn						
Økonomi	59	35	31	33	31	39
Ikkje tid til å gå	9	22	15	24	26	5
Redd for tannlege	10	20	15	15	19	19
Andre årsaker	22	23	39	29	24	38
Kvinner						
Økonomi	64	29	42	28	42	42
Ikkje tid til å gå	9	23	15	13	9	5
Redd for tannlege	13	28	13	21	15	16
Andre årsaker	15	21	31	38	34	37
Menn						
Økonomi	54	40	25	36	21	37
Ikkje tid til å gå	10	21	15	32	42	4
Redd for tannlege	7	14	16	10	23	21
Andre årsaker	29	25	44	22	14	38

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.18 viser at økonomi er den viktigaste grunnen til ikkje å gå til tannlege uavhengig av kor i landet folk er busett, men at denne årsaka er aller viktigast i Oslo og Akershus. Tabellen viser også at det er nokre forskjellar mellom kjønna, og at desse forskjellane varierer frå ein landsdel til ein annan.

Over heile landet er økonomien den hovudgrunnen som er viktigast for at folk med behov for tannlegetenester ikkje går til tannlege, og den er aller viktigast i Oslo og Akershus. For landet totalt var det i 2008 to av fem personar med udekka behov for tannlegetenester som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje gjekk til tannlege, medan det tilsvarande forholdet for landsdelen Oslo og Akershus var tre av fem. Kvinner i Oslo og Akershus var dei som oftast brukte økonomi som hovudgrunn til at dei ikkje gjekk til tannlege sjølv om dei hadde behov for tannlegetenester (64 prosent).

Tid og tannlegeskrekk er to andre hovudgrunnar til ikkje å besøke tannlege ved behov som er viktige over heile landet. Medan tid var viktigast for dei med udekka behov for tannlegetenester i Trøndelag (26 prosent), var tannlegeskrekk som hovudgrunn meir jamt fordelt mellom landsdelane og høgast i landsdelen Austlandet elles (20 prosent) i 2008. Menn i Trøndelag var dei som oftast brukte tid som hovudgrunn til at dei ikkje gjekk til tannlege trass behov (42 prosent), medan kvinner i landsdelen Austlandet elles var dei som oftast brukte tannlegeskrekk som hovudgrunn (28 prosent). Grunnlagsdata viser elles at tannlegeskrekk er den viktigaste årsaka til at dei i alderen 19-20 år med behov for å gå til tannlege ikkje gjer det, men for denne aldersgruppa er tala langt meir usikre.

Det at dei busette i Nord-Noreg er dei som har størst udekka behov for å gå til tannlege kan sjåast i lys av deira mønster for bruk av tannlegetenester. Dei går sjeldnast til tannlege og bruker i noko større utstrekning kontaktar med tannlege på grunn av akutte problem. Det kan på den eine sida tyde på at befolkninga i Nord-Noreg ikkje er like opptatt av å følgje opp helsa og ha eit godt mønster for bruk av tannlege som busette i andre landsdelar. På den andre sida kan det vere at dei som er busett i Nord-Noreg etterspør tannlegetenester, men at tenestetilbodet ikkje er tilstrekkeleg utbygd. Sjølv om økonomi og tannlegeskrekk er dei viktigaste årsakene til at dei har eit udekka behov for tenesta, er det god grunn til å tru at tannlegedekninga spelar ei rolle for befolkningas moglegheit til å få dekkja behova.

Over heile landet er det økonomi som er den viktigaste årsaka til at behovet for tannlege ikkje blir tilfredsstilt. Oslo og Akershus er likevel den landsdelen kor

økonomi er aller viktigast. Det er truleg at dette skuldast at eigenbetalinga knytt til undersøking og behandling er høgare i denne landsdelen enn i dei andre. Tannlegane i den private tannhelsetenesta står relativt fritt i prissettinga, og i større byar og strøk kor folk bur tettare vil sannsynlegvis husleige og andre administrasjonskostnader vere høgare enn andre stader. Dette vil i sin tur påverke prissettinga til den einskilde tannlege.

4.3.3. Dei med lågast utdanning er dei som oftast ikkje går til tannlege ved behov

Det er grunn til å anta at sjansen for at behovet for tannlegetenester ikkje blir dekkja aukar jo større dette behovet blir. På bakgrunn av tala for hyppigheita på tannlegebesøk er det grunn til å tru at behovet for tannlegetenester er størst blant dei som har lågast utdanning. Tanken er då at desto lenger tid det har gått sidan siste tannlegebesøk jo større blir behovet for tenesta og jo meir aukar sjansen for at tenestebehovet er udekka.

På den andre sida er det tidlegare vist at det er dei med vidaregåande utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som har dårlegast tannhelsetilstand. Sjølv om desse går oftare til tannlegen enn dei med lågast utdanningsnivå, så kan dei som følgje av den dårlegare tannhelsa ha eit større udekka behov for tenesta. Tabell 4.19 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 4.19. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
Ikkje gått til tannlege	11	8	8
Kvinner			
Ikkje gått til tannlege	11	6	7
Menn			
Ikkje gått til tannlege	12	9	10

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.19 viser at det er dei med lågast utdanning som oftast ikkje går til tannlege sjølv om dei har behov for tenesta. Tabellen viser også at det er større forskjellar etter utdanning blant kvinner enn blant menn.

Det er dei med lågast utdanning som har det største udekka behovet for å gå til tannlege. Medan det i 2008 var 11 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarende del 8 prosent blant dei med høvesvis vidaregåande utdanning og universitets- og høgskuleutdanning.

Det er større forskjellar i udekka behov for å gå til tannlege etter utdanning blant kvinner enn menn. I 2008 var det 11 prosent av kvinnene med lågast utdanning som ikkje hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene trass behov for tenesta. Tilsvarende del var 6 prosent og 7 prosent blant kvinnene med høvesvis vidaregåande utdanning og universitets- og høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå. I 2008 var det vidare 12 prosent av mennene med grunnskule eller uoppgitt utdanning som rapporterte eit udekka behov for tannlegetenester, medan delane var 9 prosent og 10 prosent blant mennene med høvesvis vidaregåande utdanning og universitets- og høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet same år.

Blant 19-20 åringar som ikkje har vore hos tannlege dei siste 12 månadene trass i at dei hadde behov for det, er det også ein tendens til at delen er lågare blant dei på det høgaste utdanningsnivået. Igjen er det likevel grunn til å understreke at resultatata for denne aldersgruppa er meir usikre enn for dei andre.

Når det gjeld årsaker til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje konsulterer tannlege, er økonomi den viktigaste hovudgrunnen på alle utdanningsnivåa. Tabell 4.20 viser korleis årsaker til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og utdanning i 2008.

Tabell 4.20. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 567. Prosent

	Grunnskule eller uoppditt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Begge kjønn			
Økonomi	43	36	35
Ikkje tid til å gå	15	14	23
Redd for tannlege	16	18	13
Andre årsaker	25	33	29
Kvinner			
Økonomi	43	43	33
Ikkje tid til å gå	12	8	22
Redd for tannlege	19	21	15
Andre årsaker	26	29	29
Menn			
Økonomi	43	32	36
Ikkje tid til å gå	18	17	23
Redd for tannlege	14	16	11
Andre årsaker	25	35	30

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.20 viser at økonomi er den viktigaste grunnen til ikkje å gå til tannlege på alle dei tre utdanningsnivåa, men at denne årsaka er aller viktigast blant dei med grunnskule eller uoppditt utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet.

Det er blant dei på det lågaste utdanningsnivået at økonomi som hovudgrunn til ikkje å dekke behovet for å gå til tannlege er viktigast. Medan det i 2008 var 43 prosent blant dei med grunnskule eller uoppditt utdanning som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarende del 36 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 35 prosent blant dei med universitets- og høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet.

Det er elles relativt små forskjellar mellom kvinner og menn. På alle dei tre utdanningsnivåa er økonomi den viktigaste grunnen til ikkje å gå til tannlege ved behov for begge kjønna. Blant dei med vidaregåande utdanning er det likevel ein forskjell mellom kvinner og menn. Medan det i 2008 var 43 prosent av kvinnene med vidaregåande utdanning som rapporterte at økonomi var hovudgrunnen til at dei hadde eit udekkka behov for tannlegetenester, var tilsvarende del 32 prosent for mennene på dette utdanningsnivået.

Av andre grunnar til at tannlege ikkje er konsultert synest tannlegeskrekke å vere viktigast for kvinner med utdanning på vidaregåande nivå, medan tid synest viktigast for menn med universitets- og høgskuleutdanning. Blant 19-20 åringar er det elles som tidlegare vist også slik at økonomi er viktigaste årsak til at tannlegebehovet er udekkka. Resultata viser elles er denne hovudgrunnen er aller viktigast blant dei med vidaregåande utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet.

Det er dei på det lågaste utdanningsnivået som i størst grad ikkje går til tannlege trass i at dei har eit behov for tenesta. Det kan mellom anna tyde på at dei med låg utdanning har mindre informasjon om tenesta og tenestetilbydarar, og kva helsetenesta kan gjere for deira tannhelse. Det er likevel større grunn til å tru at utdanning ikkje er like viktig som til dømes inntekt, og at utdanning og inntekt også i dette tilfelle spelar saman om å skape forskjellar. Forskjellane i udekkka behov for tannlegetenester er relativt små mellom utdanningsnivåa, og dessutan er ikkje forskjellane heilt eintydige når dei blir brotne ned etter kjønn.

Det er økonomi som er den viktigaste årsaka til at personar ikkje oppsøker tannlege ved behov på alle utdanningsnivåa, og det er på det lågaste utdanningsnivået at økonomi relativt sett tel mest som årsaksfaktor. Men på same måte som ovanfor er forskjellane mellom utdanningsnivåa relativt små, samstundes som forskjellane ikkje er heilt eintydig når årsakene fordelast på høvesvis kvinner og menn. Sagt med andre ord har utdanningsnivå ei forklaringskraft når det gjeld kven som ikkje går til tannlege ved behov og årsaka til at dei ikkje besøker tannlege, men det er mykje som tyder på at utdanningsnivået åleine ikkje kan forklare alle forskjellane etter desse dimensjonane.

4.3.4. Det udekka behovet for tannlegetenester går eintydig ned med stigande inntekt

Den private tannhelsetenesta, som først og fremst er meint å skulle dekke tenestebehovet i befolkninga i alderen 21 år og eldre, har i all hovudsak ei marknadsbestemt prissetting. Det er med andre ord tenestetilbodet i området, etterspørselen i befolkninga og meir administrative faktorar som husleige og tilsvarande som er viktigast for kor mykje kontrollar og behandlingar kostar for pasienten.

Det har vore ei tydeleg auke i dei gjennomsnittlege utgiftene til tannbehandling per innbyggjar sidan den regulerande honorartariffen blei oppheva i 1995, og auken skuldast nesten utelukkande ei auke i pris og i svært liten grad ei auke i volum (Grytten m. fl. 2004b). Det er naturleg å forvente at prissettinga av tannlegetenester bidreg til at dei med lågare inntekter har eit større udekka behov for å gå til tannlege enn dei med høgare inntekter. Av same grunn er det naturleg å forvente at økonomi er ein viktigare årsak til at tenestebehovet er udekka blant dei i lågare inntektsgrupper enn blant dei i høgare inntektsgrupper. Tabell 4.21 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 4.21. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
Ikkje gått til tannlege	16	12	9	8	4
Kvinner					
Ikkje gått til tannlege	14	10	8	7	3
Menn					
Ikkje gått til tannlege	19	15	10	8	5

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.21 viser at det er dei med lågast inntekt som oftast ikkje går til tannlege sjølv om dei har behov for det. Tabellen viser også at det udekka behovet for tannlegetenester går ned med stigande inntekt, og at dei største forskjellane etter kjønn og inntekt er å finne blant menn.

Dei med lågast inntekt har det største udekka behovet for å gå til tannlege. Medan det i 2008 var 16 prosent blant dei med under 2G i hushaldsinntekt som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, gjekk denne eintydig ned med stigande inntekt og var lågast med 4 prosent blant dei med inntekter på 1 mill. kroner eller meir.

Det er for menn forskjellane etter inntekt er størst. Både for kvinner og menn går delen som har eit udekka behov for å gå til tannlege ned med stigande inntekt, men det er blant menn nedgangen er størst. Medan delen med udekka tannlegebehov gjekk ned med 14 prosentpoeng frå den lågaste inntektsgruppa (19 prosent) til den høgaste (5 prosent) blant mennene i 2008, gjekk prosentdelen ned med 11 prosentpoeng frå den lågaste inntektsgruppa (14 prosent) til den høgaste (3 prosent) blant kvinnene. For dei i alderen 19-20 år fell ikkje delen med udekka behov for tannlegetenester like eintydig med stigande inntekt som for dei i alderen 21 år og

eldre. Grunnlagsdata viser likevel at det er blant dei med lågast inntekt at delen med udekka behov for å gå til tannlege er høgast.

Som nemnd ovanfor er det sannsynleg at dei med lågaste inntekter også er dei som i størst utstrekning ikkje går til tannlege på grunn av økonomi. Trass i at tala frå levekårundersøkinga er relativt små og difor noko meir usikre fordelt på kjønn og inntekt, viser resultatane frå 2008 ein slik tendens. Tabell 4.22 viser korleis årsaker til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og inntekt i 2008.

Tabell 4.22. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 566. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Begge kjønn					
Økonomi	48	51	38	29	12
Ikkje tid til å gå	4	12	19	22	28
Redd for tannlege	18	16	14	18	11
Andre årsaker	30	21	30	32	48
Kvinner					
Økonomi	41	58	39	30	-
Ikkje tid til å gå	8	7	18	16	21
Redd for tannlege	31	16	8	25	-
Andre årsaker	19	19	35	30	79
Menn					
Økonomi	55	47	37	27	19
Ikkje tid til å gå	-	16	19	27	32
Redd for tannlege	4	16	17	12	18
Andre årsaker	41	22	27	34	32

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.22 viser at økonomi er ein viktigare årsak til at behovet for å gå til tannlege er udekka blant dei med låg inntekt enn dei med høg inntekt. Tabellen viser også at desto høgare inntekta er jo viktigare er tid som hovudgrunn til at tannlege ikkje er besøkt.

Det er blant dei i dei to lågaste inntektsgruppene økonomi er viktigast som årsak til at behovet for tannlegetenester ikkje er dekket. I 2008 var det om lag halvparten som opplyste økonomi som hovudgrunn blant dei med udekka behov for å gå til tannlege i dei to lågaste inntektsgruppene. Til samanlikning var det om lag ein tredel av dei med udekka behov i den nest høgaste og ein tidel av dei i den høgaste inntektsgruppa som rapporterte økonomi som hovudgrunn til at dei ikkje hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene.

Det er ein tendens til at økonomi er ein viktigare årsak til ikkje å gå til tannlege blant kvinner enn blant menn i dei fleste inntektsgruppene. Det bør likevel bli teke høgde for at tala i den høgaste inntektsgruppa er usikre. Samstundes aukar delen som rapporterer tid som hovudgrunn til at dei ikkje har vore hos tannlege med stigande inntekt. Denne årsaka er viktigare blant menn enn blant kvinner i alle inntektsgrupper.

Det er liten tvil om at hushaldsinntekta har betydning for udekka behov for tannlegetenester. Trass i at tala er noko usikre er det ein klar tendens til at dei som ikkje har dekket behovet for tenesta er størst i dei lågaste inntektsgruppene og at denne delen fell med stigande inntekt. Dette samantfall med det biletet som tidspunkt for siste tannlegebesøk (kap. 4.1) og akuttkontaktar (kap. 4.2) viste. Det er med andre ord god grunn til å tru at dei med lågare inntekter går sjeldnare til tannlege nettopp fordi eigenbetalinga er (for) høg. Dette underbyggjast dessutan av korleis befolkninga forklarar at dei har eit udekka behov for tenesta. Økonomi er rett nok viktigaste forklaringsfaktor i alle inntektsgrupper, med unntak av den høgaste. Likevel er økonomi som årsak til udekka tenestebehov aller viktigast blant dei i dei to lågaste inntektsgruppene, og viktigheita av økonomi fell eintydig med stigande inntekt.

4.3.5. Stønadmottakarar har eit større udekkja behov for tannlegetenester enn andre

Det er naturleg å anta at dei som tek imot kommunale eller statlege stønader og pensjonar har eit større udekkja behov for tannlegetenester enn andre. Ein viktig grunn til ein slik tese er at stønadsmottakarar har lågare inntekt og difor kan hende ikkje har mulegheit til å dekke utgiftene til tannlegebesøk. Ein annan er at stønadsmottakarar har dårlegare tannhelse og av den grunn kan ha eit større behov for å gå til tannlege enn andre. Tabell 4.23 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 4.23. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent

	Begge kjønn		Kvinner	Menn
	Ikke gått til tannlege		Ikke gått til tannlege	Ikke gått til tannlege
Ingen stønad	9	8	9	
Ein eller fleire stønader	13	11	17	

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.23 viser at det er dei som tek imot ein eller fleire stønader som oftast ikkje går til tannlege sjølv om dei har behov for det. Tabellen viser også at forskjellane mellom stønadsmottakarar og dei som ikkje tek imot stønad er størst blant mennene.

Stønadmottakarar har det største udekkja behovet for å gå til tannlege. Medan det i 2008 var 13 prosent av stønadsmottakarane som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarande del 9 prosent blant dei som ikkje tok imot stønad.

Dei største forskjellane mellom stønadsmottakarar og andre er å finne blant mennene. Medan det i 2008 var 17 prosent av mennene som tok imot ein eller fleire stønader som hadde eit udekkja behov for tannlegetenester, var delen 9 prosent blant mennene som ikkje tok imot nokon stønad. Dette representerer en forskjell på 8 prosentpoeng. For kvinner var delen 11 prosent blant stønadsmottakarane og 8 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad, ein forskjell på 3 prosentpoeng. Grunnlagsdata viser elles at det er blant mottakarar av sosialstønad delen med udekkja tannlegebehov er størst (27 prosent). Tala fordelt på enkeltstønader er likevel meir usikre enn dei for samlekategorien ein eller fleire stønader.

Det er store forskjellar mellom stønadsmottakarar og andre når det gjeld årsaker til at dei ikkje går til tannlege ved behov. Økonomi spelar ein langt viktigare rolle for den førstnemnde gruppa. Tabell 4.24 viser korleis årsaker til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og mottak av stønad i 2008.

Tabell 4.24. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 568. Prosent

	Begge kjønn			Kvinner			Menn		
	Øko-nomi	Ikke tid til å gå	Redd for	Øko-nomi	Ikke tid til å gå	Redd for	Øko-nomi	Ikke tid til å gå	Redd for
			tannlege			tannlege			tannlege
Ingen stønad	33	21	16	36	17	18	30	23	15
Ein eller fleire stønader	61	4	15	56	1	19	65	6	11

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.24 viser at økonomi er den klart viktigaste årsaka til at stønadsmottakarar ikkje går til tannlege ved behov. Tabellen viser også at forskjellane mellom stønadsmottakarar og dei som ikkje tek imot stønad igjen er størst blant mennene. Det er blant stønadsmottakarar økonomi er viktigast som årsak til at behovet for tannlegetenester ikkje er dekkja. Medan det i 2008 var 61 prosent av stønadsmottakarane som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje hadde vore

hos tannlegen dei siste 12 månadene trass behov for tenesta, var tilsvarende del 33 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad.

Det er blant menn som er stønadmottakarar delen som ikkje går til tannlege på grunn av økonomi er størst. Medan det i 2008 var 65 prosent av mennene som tok imot ein eller fleire stønader som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei hadde eit udekka tannlegebehov, var tilsvarende del 30 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad. Dette representerer ein forskjell på 35 prosentpoeng. Resultata frå levekårundersøkinga i 2008 viser dessutan at det er blant attføringsmottakarar økonomi er den aller viktigaste årsaka til ikkje å gå til tannlege. Tre av fire mottakarar av attføringsstønad som hadde eit udekka behov for å besøke tannlege, opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje hadde vore hos tannlege.

Forskjellane mellom stønadmottakarar og dei som ikkje tek imot stønader er relativt stor når det gjeld kor store delar som ikkje dekker behovet for tannlegenester. Det er kan hende ikkje særleg overraskande all den tid det er mykje som tyder på at forskjellen i stor grad skuldast forskjellar i inntektsgrunnlag. I tillegg til eit lågt inntektsgrunnlag kan det også vere at nokre stønadmottakarar har sjukdomar eller lidingar som er hefta med utgifter til andre typar av helsetenester, noko som i seg sjølv påverkar i kor stor grad dei kan prioritere bruk av tannlegenester. Dette gjeld spesielt for personar som tek imot stønader som er løyva med bakgrunn i medisinske vilkår. I så tilfelle vil desse kunne ende opp i ein situasjon som ber preg av opphoping av helseproblem og ein tenestebruk som tar form som ”brannslukking” meir enn som førebygging og behandling.

4.3.6. Dei med dårleg tannhelsetilstand går sjeldnast til tannlege ved behov

I analysar av bruk av ulike helsetenester er det viktig å kunne identifisere eit mål for tenestebehovet. Ei side av dette er å kartleggje dei som faktisk har hatt eit behov for tenesta, men som av ulike årsaker ikkje har fått dekket behovet. Ei anna side er å finne dei som har ein såpass dårleg helsetilstand at dei kan forventast å ha eit stort behov tenester. Nasjonalt og internasjonalt er eigenvurdert helse ofte brukt som eit mål for tenestebehovet, til dømes i samband med analysar av sosiale forskjellar i helse og bruk av helsetenester.

I levekårundersøkinga blir både faktisk udekka behov for tannlegenester og eigenvurdert tannhelsetilstand kartlagt. Det er grunn til å tru at dei med dårleg tannhelsetilstand oftare har eit udekka behov for å gå til tannlege enn dei med god tannhelsetilstand. Tabell 4.25 viser korleis personar i alderen 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 4.25. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Begge kjønn		
Ikkje gått til tannlege	5	29
Kvinner		
Ikkje gått til tannlege	5	23
Menn		
Ikkje gått til tannlege	6	34

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.25 viser at dei med dårleg tannhelsetilstand oftare har eit udekka behov for tannlegenester enn dei med god tannhelse. Tabellen viser også at forskjellane etter eigenvurdert tannhelse er størst blant menn.

Det er dei med dårleg tannhelse som oftast ikkje går til tannlege ved behov for tenesta. Medan det i 2008 var 29 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei

hadde behov for det, var tilsvarende del 5 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse.

Dei største forskjellane i udekka behov for å gå til tannlege er å finne blant menn. Medan det i 2008 var 34 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg tannhelse som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarende del 6 prosent blant mennene med god eller svært god tannhelse. Den relative forskjellen er med andre ord på 28 prosentpoeng.

Det er også forskjellar blant kvinner, men desse er mindre. Medan det blant kvinner var 23 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde eit udekka behov for tannlegetenester, var tilsvarende del 5 prosent blant kvinnene med god eller svært god tannhelse. Dette representerer en forskjell på 18 prosentpoeng. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at det er om lag 11 prosent av 19-20 åringane med god eller svært god tannhelse som har eit udekka behov for å gå til tannlege.

Det er relativt store forskjellar mellom dei med høvesvis god og dårleg tannhelse når det gjeld årsaker til at dei ikkje har vore hos tannlege trass i at dei har behov for tenesta. Økonomi er rett nok viktigast i begge gruppene, men denne årsaka er klart viktigast blant dei med dårleg tannhelse. Tabell 4.26 viser korleis årsaker til ikkje å ha vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 4.26. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 352. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Begge kjønn		
Økonomi	29	57
Tid	23	5
Redd for tannlege	11	22
Vente og sjå kor det går	14	4
Andre årsaker	23	11
Kvinner		
Økonomi	34	52
Tid	18	4
Redd for tannlege	14	26
Vente og sjå kor det går	11	6
Andre årsaker	23	13
Menn		
Økonomi	25	61
Tid	27	6
Redd for tannlege	9	19
Vente og sjå kor det går	15	3
Andre årsaker	23	10

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.26 viser at økonomi er den viktigaste årsaka til at personar med dårleg tannhelsetilstand ikkje går til tannlege ved behov, og at økonomi er enda viktigare for menn enn kvinner blant dei med dårleg tannhelse. Tabellen viser også at dei med god tannhelse i langt større utstrekning grunnjev det udekka tannlegebehovet med dårleg tid eller med at dei ventar og ser om behovet forsvinn av seg sjølv.

Det er blant dei med dårleg tannhelse økonomi er viktigast som årsak til at behovet for tannlegetenester ikkje er dekket. Medan det i 2008 var godt over halvparten av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje hadde vore hos tannlegen dei siste 12 månadene trass behov for tenesta, var det under ein tredel blant dei med god eller svært god tannhelse som opplyste at det var økonomiske årsaker til at dei ikkje hadde gått til tannlege. Elles er det mennene blant dei med dårleg tannhelse som oftast bruker økonomi som årsak til at dei ikkje har vore hos tannlege ved behov (61 prosent).

Dei med god tannhelse grunnjev oftast deira udekka behov for å gå til tannlege med dårleg tid eller at dei ventar og ser an behovet. Medan det i 2008 var 23 prosent av dei med god eller svært god tannhelse som opplyste at dårleg tid var hovudgrunnen til at dei ikkje hadde vore hos tannlegen dei siste 12 månadene trass behov for tenesta, var tilsvarande del 5 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Vidare var det 14 prosent av dei med god eller svært god tannhelse som ville vente og sjå an problemet før dei gjekk til tannlege, medan tilsvarande del var 4 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Grunnlagstala viser elles at det blant 19-20 åringar med god eller svært god tannhelse oftast er tannlegeskrekk som er årsak til at dei ikkje går til tannlege ved behov, men at det også er ein god del som ikkje går av økonomiske årsaker.

Det at nær ein av tre personar med dårleg tannhelse ikkje går til tannlege ved behov, gjer det nærliggande å tru at det nettopp er dei manglande tannlegebesøka som bidreg til den dårlege tannhelsa. Det at godt over halvparten av dei med dårleg tannhelse som har eit udekka behov for å gå til tannlege grunnjev det med økonomiske årsaker, tyder vidare på at både tannhelseproblematikk og bruk av tannlegetenester har ein samanheng med meir sosiale bakgrunnsfaktorar.

Samanhengen mellom udekka behov for tannlegetenester og dårleg tannhelse kan ha fleire implikasjonar. Dei som allereie har tannhelseproblem og ikkje går til tannlege ved behov, vil kunne få fleire problem på grunn av manglande førebygginga og ytterlegare svekka tannhelse på grunn av manglande behandling. Dei som i utgangspunktet har ei god tannhelse kan på si side svekke tannhelsetilstanden dersom dei ikkje får dekkja behovet for tenesta. Samstundes må det å ikkje gå til tannlege ved behov mellom anna sjåast i samanheng med dei førebyggingstiltaka den einskilde gjennomfører. Det er liten tvil om at dei med dårleg tannhelse også er dei som er dårlegast på førebygging i form av tannpuss med fluor (kap. 3.2). Det er med andre ord tendensar til at både tannlegebesøk og eiga førebygging kan motvirke dårleg tannhelse, men at det er vanskelegare å vurdere kva for ein av desse tiltaka som har størst verknad for tannhelsa.

4.3.7. Menn med dårleg helsetilstand går sjeldnast til tannlege ved behov

Det kan forventast at dei same tendensane som gjaldt for eigenvurdert tannhelse også gjeld for eigenvurdert helse. Som tidlegare nemnd er sistnemnde eit vidare omgrep som inkluderer ei heilskapleg vurdering av helsa. Resultata kan i denne samanhengen difor til dømes seie noko om kor viktig tannhelsa og det å dekke behov for tannlegetenester er for korleis den generelle helsa blir vurdert. I tillegg kan resultata gi eit uttrykk for om helseproblem og mangel på bruk av helsetenester har ein tendens til å hope seg opp.

Resultata frå levekårundersøkinga viser dei same tendensane for udekka behov for å gå til tannlege etter eigenvurdert helse som etter eigenvurdert tannhelse sjølv om forskjellane ikkje er like store etter helsetilstand. Tabell 4.27 viser korleis dei som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 4.27. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
Ikkje gått til tannlege	9	16
Kvinner		
Ikkje gått til tannlege	8	12
Menn		
Ikkje gått til tannlege	10	22

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.27 viser at dei med dårleg helsetilstand oftare har eit udekkja behov for tannlegetenester enn dei med god helse. Tabellen viser også at forskjellane etter eigenvurdert helse er størst blant menn.

Det er dei med dårleg helse som oftast ikkje går til tannlege ved behov for tenesta. Medan det i 2008 var 16 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarande del 9 prosent blant dei med god eller svært god helse.

Dei største forskjellane i udekkja behov for å gå til tannlege finn ein blant menn. Medan det i 2008 var 22 prosent av mennene med dårleg eller svært dårleg helse som ikkje hadde gått til tannlege dei siste 12 månadene sjølv om dei hadde behov for det, var tilsvarande del 10 prosent blant mennene med god eller svært god helse. Dette representerer en forskjell på 12 prosentpoeng.

Det er også forskjellar blant kvinner, men desse er mindre. Medan det blant kvinner var 12 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som hadde eit udekkja behov for tannlegetenester, var tilsvarande del 8 prosent blant kvinnene med god eller svært god helse. Dette representerer ein forskjell på 4 prosentpoeng. Resultata frå levekårsundersøkinga viser elles at det er om lag 15 prosent av 19-20 åringane med god eller svært god helse som har eit udekkja behov for å gå til tannlege.

Når det gjeld årsaker til at personar med høvesvis god og dårleg helse ikkje går til tannlege ved behov, er det også eit samsvar med tilsvarande fordeling blant personar med god og dårleg tannhelse. Økonomi er viktigaste grunnen til udekkja behov for tannlegetenester uavhengig av helsetilstand, men økonomien er enda viktigare blant dei med dårleg helse. Tabell 4.28 viser korleis årsaker til ikkje å ha vore hos tannlege siste 12 månadar trass behov for tenesta fordeler seg etter kjønn og eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 4.28. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 469. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Begge kjønn		
Økonomi	35	55
Tid	20	4
Redd for tannlege	15	12
Vente og sjå	12	6
Andre årsaker	18	23
Kvinner		
Økonomi	39	51
Tid	16	3
Redd for tannlege	18	13
Vente og sjå	13	-
Andre årsaker	15	33
Menn		
Økonomi	33	57
Tid	22	5
Redd for tannlege	13	11
Vente og sjå	11	10
Andre årsaker	20	16

Kjelde: Levekårsundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.28 viser at økonomi er den viktigaste årsaka til at personar med dårleg helsetilstand ikkje går til tannlege ved behov, og at økonomi er enda viktigare for menn enn kvinner blant dei med dårleg helse. Tabellen viser også at dei med god helse i langt større utstrekning grunnjev det udekkja tannlegebehovet med dårleg tid eller med at dei ventar og ser om behovet forsvinn av seg sjølv.

Det er blant dei med dårleg helse økonomi er viktigast som årsak til at behovet for tannlegetenester ikkje er dekkja. Medan det i 2008 var 55 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som opplyste at økonomi var hovudgrunnen til at dei ikkje

hadde vore hos tannlegen dei siste 12 månadene trass behov for tenesta, var tilsvarende del 35 prosent blant dei med god eller svært god helse. Elles er det mennene blant dei med dårleg helse som oftast bruker økonomi som årsak til at dei ikkje har vore hos tannlege ved behov (57 prosent).

Dei med god helse grunnjev oftast deira udekka behov for å gå til tannlege med dårleg tid eller at dei ventar og ser an behovet. Medan det i 2008 var 20 prosent av dei med god eller svært god helse som opplyste at dårleg tid var hovudgrunnen til at dei ikkje hadde vore hos tannlegen dei siste 12 månadene trass behov for tenesta, var tilsvarende del 4 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg helse. Vidare var det 12 prosent av dei med god eller svært god helse som ville vente og sjå an problemet før dei gjekk til tannlege, medan tilsvarende del var 6 prosent blant dei med dårleg eller svært dårleg helse. Grunnlagstala viser elles at det blant 19-20 åringar med god eller svært god tannhelse oftast er tannlegeskrekke som er årsak til at dei ikkje går til tannlege ved behov, men at det også er ein god del som ikkje går av økonomiske årsaker.

Det er ein klar tendens til at dei med dårleg eigenvurdert helse både går sjeldnare til tannlege og oftare har eit udekka behov for tenesta. Det er også slik at dei med dårleg helse oftare bruker økonomi som hovudgrunn til at dei ikkje besøker tannlege ved behov. I all hovudsak er det altså eit samanfall mellom resultata etter høvesvis eigenvurdert helse og eigenvurdert tannhelse. Det er likevel slik at forskjellane i udekka tenestebehov og årsaker til det udekka behovet for tannlegetenester mellom dei med høvesvis god og dårleg helse er mindre enn forskjellane mellom dei med høvesvis god og dårleg tannhelse.

Det er liten tvil om at kva som oppfattast som dårleg tannhelse kan variere, ikkje minst mellom fagfolk og lekmenn (Holst m. fl. 2005). Dette er også tilfelle når det gjeld korleis dårleg helse oppfattast. Det er likevel grunn til å tru at begge måla er viktige for å forstå forskjellar i tenestebruk og at forskjellar i tenestebruk bidreg til å påverke korleis høvesvis generell helsetilstand og tannhelsetilstand vurderast.

5. Betaling hos tannlege

Eigenbetaling hos tannlege og refusjonar frå folketrygda

Eigenbetalinga hos tannlege blir i levekårundersøkinga målt ved hjelp av spørsmålet: *Angi så nøyaktig som mulig hvor mye du til sammen har betalt hos tannlegen i løpet av de siste 12 måneder.* Det er dei som opplyser å ha vore hos tannlege dei siste 12 månadane som blir spurt om kor mykje dei har betalt.

Eventuelle refusjonar frå folketrygda for eigenbetaling blir i levekårundersøkinga kartlagt ved hjelp av spørsmåla: *Har du fått deler av beløpet refundert frå folketrygden?* og *Oppgi beløpet i kroner.* Det er dei som opplysar at dei har betalt hos tannlegen i løpet av dei siste 12 månadane som blir spurt om dei har fått noko av eigenbetalinga hos tannlege refundert frå folketrygda og eventuelt kor mykje.

5.1.1. Utgifter til tannlegetenester er størst blant dei i alderen 45-66 år

Finansieringa av tannhelsetenester for vaksne skjer i all hovudsak gjennom eigenbetaling. Forutan dei som oppfyller vilkåra for prioriterte grupper, og difor har eit heilt eller delvis subsidiert tilbod i den offentlege tannhelsetenesta, må alle i alderen 21 år og eldre i utgangspunktet dekke utgiftene til tenestene sjølve. Når det gjeld dei i alderen 21 år og eldre er det tidlegare blitt skild mellom pasientar si eigenbetaling av tenester som det offentlege subsidierer og vanlege vaksne sitt normale tenestebruk utan noko offentlig subsidiering (NOU 2005:11). Det er difor av interesse å sjå kor mykje av utgiftene som blir refundert av folketrygda som følge av subsidiering.

I lys av kartlegginga av høvesvis tannhelsetilstand (kap. 3) og tenestebruk (kap. 4) er det minst to scenario for kva ei kartlegging av tannlegeutgiftene etter alder vil vise. På den eine sida kan det vere grunn til å tru at dei i aldersgruppa med dårlegast eigenvurdert tannhelse er dei som har dei største utgiftene. Personar med dårleg tannhelsetilstand vil sannsynlegvis ha behov for meir omfattande og dermed dyrare behandling hos tannlege. På den andre sida kan det vere grunn til å tru at dei som er i aldersgrupper som går sjeldnast til tannlege har dei største utgiftene. Dei som går sjeldnare til tannlege kan tenkjast å måtte bruke tenesta meir til å reparere enn til å førebygge problem, noko som bidreg til høge eigenbetalingar. Tabell 5.1 viser korleis eigenbetaling hos tannlege blant dei som har vore hos tannlege dei siste 12 månadane fordeler seg etter alder i 2008.

Tabell 5.1. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter alder. 2008. N = 4 525. Prosent

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
0-1 999 kr	64	91	70	67	60	64
2 000 -2 999 kr	11	2	8	11	12	11
3 000 -4 999 kr	9	2	12	10	10	7
5 000 -9 999 kr	9	2	8	8	11	9
10 000 kr og meir	7	2	3	5	8	9

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.1 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege aukar med stigande alder. Tabellen viser også at det er dei i den nest eldste aldersgruppa som oftast har utgifter på 2 000 kroner eller meir.

Det er blant dei eldste delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 9 prosent av dei som var i alderen 67 år og eldre og som hadde vore hos tannlege som hadde betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege dei siste 12 månadane, var tilsvarende del til dømes 2 prosent blant 19-20 åringane og 3 prosent blant dei i alderen 21-24 år. Det bør likevel nemnast at 19-20 åringar får subsidiert delar av tannlegeutgiftene gjennom den offentlege tannhelsetenesta. Grunnlagsdata viser elles at det særskilt er blant dei eldste kvinnene at delen som har tannlegeutgifter på 10 000 kroner eller meir er høg. I 2008 var det høvesvis 11 prosent av kvinnene og 6 prosent av mennene i aldersgruppa 67 år og eldre som opplyste å ha betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege dei siste 12 månadane.

Det er blant dei i den nest eldste aldersgruppa delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var om lag 40 prosent av dei i alderen 45-66 år som hadde betalt 2 000 kroner eller meir hos tannlege dei siste 12 månadene, var tilsvarende del til dømes om lag 9 prosent blant 19-20 åringane og 30 prosent blant dei i alderen 21-24 år. Igjen bør det nemnast at 19-20 åringar får subsidiert delar av tannlegeutgiftene gjennom den offentlege tannhelsetenesta. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at delen kvinner som har betalt meir enn 2 000 kroner hos tannlege er lågare enn tilsvarende del for mennene i alle aldersgruppene, unnateke blant dei i alderen 45-66 år.

Når det gjeld gjennomsnittlege utgifter til tannlegetenester for dei som går til tannlege har ei undersøking vist at utgiftene har auka kraftig frå 1995 (1 275 kroner) til 2004 (2 253 kroner). I tillegg viser undersøkinga at den prosentvise veksten i gjennomsnittlege tannlegeutgifter er mykje større enn den prosentvise veksten i utgifter til andre varer og tenester i same periode (Grytten m. fl. 2004b).

Resultata frå levekårundersøkinga i 2008 gir grunn til å tru at auken i utgifter til tannlegetenester har halde fram i perioden frå 2004. For dei som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene var dei gjennomsnittlege utgiftene til tannlege 3 755 kroner i 2008. Tabell 5.2 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for dei som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordelt etter alder i 2008.

Tabell 5.2. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter alder. 2008. N = 4 525. Kroner

	Alle	19-20 år	21-24 år	25-44 år	45-66 år	67 år og eldre
Gjennomsnittlege utgifter	3 755	859	2 356	2 867	4 461	4 000
Gjennomsnittlege refusjonar	334	186	34	318	476	105

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.2 viser at det er dei den nest eldste aldersgruppa som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei i den nest yngste aldersgruppa som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei i alderen 45-66 år som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Medan dei i aldersgruppa 45-66 år som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene hadde 4 461 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde til dømes dei i den yngste aldersgruppa 859 kroner og dei i den nest yngste aldersgruppa 2 356 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Grunnlagsdata viser elles at kvinner har lågare gjennomsnittlege utgifter enn menn i alle aldersgrupper med unntak av blant dei eldste. Menn i alderen 45-66 år hadde dei aller høgaste utgiftene med 4 566 kroner.

Det er dei i alderen 21-24 år som får minst refundert frå folketrygda, både i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei i alderen 21-24 år i gjennomsnitt 34 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjer om lag halvannen prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei i aldersgruppa 45-66 år refundert i gjennomsnitt 476 kroner, eller om lag elleve prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at det er menn i alderen 45-66 år som i gjennomsnitt får refundert mest frå folketrygda (546 kroner).

Det at eigenbetalinga hos tannlege i all hovudsak aukar med stigande alder, samant med førekomsten av dårleg tannhelsetilstand i dei ulike aldersgruppene (jf kap. 3.1). Det kan tyde på at dei eldste betaler meir for tannlegetenester fordi dei har fleire tannsjukdomar og lidingar og difor har behov for meir kostnadskrevjande behandling enn dei yngre.

Det er ikkje eit heilt eintydig forhold mellom utgiftene til tannlege og bruken av tannlegetenester i aldersgruppene (jf kap. 4). Andre har vist at for alle aldersgrupper er utgiftene til tannlege høgare jo lengre tid som har gått sidan siste

tannlegebesøk (Holst m. fl. 2005). Det kan tyde på at jamlege tannlegebesøk reduserer utgiftene. Resultata frå levekårundersøkinga viser likevel at det er personar i den aldersgruppa som går oftast til tannlege som har dei største gjennomsnittlege utgiftene. Det gir grunn til å tru at konsultasjonar med tannlege er kostnadsdrivande i seg sjølv, uavhengig av type kontroll og behandling som blir utført.

5.1.2. Høgast utgifter til tannlege blant dei som er busett i Oslo og Akershus

Prissettinga i den private tannhelsetenesta er ikkje regulert. Tannlegane kan med andre ord sette prisane for tannbehandling til dømes på bakgrunn av konkurranse-situasjonen i området dei praktiserer i. Prissettinga og utviklinga i tannlegane sine honorar kan mellom anna påverkast av investeringar i praksisen, typar behandlingar dei utfører og endringar i behandlingsprofil. Det kan heller ikkje utelukkast at ei auke i tannlegehonorar kan skuldast svikt i priskonkurransen mellom tenestetilbodrar (Grytten m. fl. 2004b).

Det er fleire grunner til at det er rimeleg å anta at det er geografiske variasjonar i eigenbetaling ved tannlegebesøk. Ein grunn er at den eigenvurderte tannhelsa er forskjellig mellom landsdelane (jfr kap. 3.1) og at behovet for tenesta difor kan vere forskjellig frå ein landsdel til ein annan. Ein annan grunn kan vere at det er geografiske forskjellar når det gjeld kor ofte befolkninga går til tannlege (jfr kap. 4.1). I tillegg er det grunn til å tru at prissettinga i seg sjølv har ein geografisk dimensjon som følgje av at forholdet mellom tenestetilbod og etterspurnad etter tannlegetenester ikkje er det same over heile landet. Tabell 5.3 viser korleis eigenbetaling hos tannlege for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter landsdel i 2008.

Tabell 5.3. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter landsdel. 2008. N = 4 402. Prosent

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
0-1 999 kr	60	65	64	63	65	65
2 000 -2 999 kr	10	11	10	13	12	10
3 000 -4 999 kr	10	9	10	10	9	7
5 000 -9 999 kr	10	8	9	9	10	10
10 000 kr og meir	10	6	6	6	4	7

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.3 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er størst blant dei som er busett i Oslo og Akershus. Tabellen viser også at det er dei i Oslo og Akershus som oftast har utgifter på 2 000 kroner eller meir.

Det er blant dei som bur i Oslo og Akershus delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 10 prosent av dei som var busett i Oslo og Akershus og som hadde vore hos tannlege som hadde betalt 10 000 kroner eller meir dei siste 12 månadene, var tilsvarande del til dømes 4 prosent blant dei som var busett i Trøndelag. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at det særleg er blant kvinnene busett i Oslo og Akershus at delen som har tannlegeutgifter på 10 000 kroner eller meir er høg. I 2008 var det høvesvis 11 prosent av kvinnene og 8 prosent av mennene i Oslo og Akershus som hadde vore hos tannlege siste 12 månader som opplyste å ha betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege.

Det er også blant dei som er busett i Oslo og Akershus at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 40 prosent av dei som var busett i Oslo og Akershus og som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene som hadde betalt 2 000 kroner eller meir, var tilsvarande del til dømes om lag 35 prosent i landsdelane Austlandet elles, Trøndelag og Nord-Noreg. Grunnlagsdata viser elles at delen kvinner som har betalt meir enn 2 000 kroner hos tannlege er noko lågare enn tilsvarande del for mennene i Agder og Rogaland,

Trøndelag og Nord-Noreg, medan den er noko høgare blant kvinner enn blant menn i dei tre andre landsdelane.

Som nemnd tidlegare kan det vere ulike årsaker til at eigenbetaling hos tannlege varierer etter geografi. Den eigenvurderte tannhelsa, bruken av tannlegetenester og marknaden for tannlegar i den private tannhelsetenesta er tre av fleire faktorar som varierer frå ein landsdel til ein annan. Tabell 5.4 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for personar 21 år og eldre fordeler seg etter landsdel i 2008.

Tabell 5.4. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter landsdel. 2008. N = 4 402. Kroner

	Oslo og Akershus	Austlandet elles	Agder og Rogaland	Vestlandet	Trøndelag	Nord-Noreg
Gjennomsnittlege utgifter	4 663	3 815	3 591	3 073	2 893	3 641
Gjennomsnittlege refusjonar	554	250	183	334	137	436

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.4 viser at det er dei som er busett i Oslo og Akershus som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei som er busett i Trøndelag som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei som er busett i Oslo og Akershus som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Medan dei i Oslo og Akershus som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene hadde 4 663 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde til dømes dei som var busett i Trøndelag 2 356 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Grunnlagsdata viser elles at kvinner har lågare gjennomsnittlege utgifter enn menn i landsdelane Austlandet elles, Agder og Rogaland og Vestlandet, medan det er motsatt i dei tre andre landsdelane. Kvinner busett i Oslo og Akershus hadde dei aller høgaste utgiftene i gjennomsnitt med 5 166 kroner.

Det er dei som er busett i Trøndelag som får minst refundert frå folketrygda, både målt i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei som var busett i Trøndelag og hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 137 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjør godt under fem prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei som var busett i Oslo og Akershus refundert i gjennomsnitt 554 kroner, eller om lag tolv prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at det er kvinner busett på Vestlandet som i gjennomsnitt får refundert mest frå folketrygda (586 kroner).

Det er grunn til å tru at den frie prissettinga av tannlegetenester spelar ein rolle når det gjeld dei geografiske forskjellane i utgiftene til tannlege. Dei busette i Oslo og Akershus, som er dei med høgast gjennomsnittlege utgifter til tannlege, har verken dårlegare tannhelsetilstand eller eit meir særreige mønster for bruk av tenestene enn dei som bur i andre delar av landet. Då er det meir sannsynleg at det er marknadsforholda som er annleis og driv utgiftene til tenesta opp.

Det er rimeleg å anta at tannlegar sine kostnader knytt til å drive praksis er høgare i Oslo og Akershus enn i andre landsdelar, til dømes målt som husleige for praksisen. Dessutan er sannsynlegvis befolkningstettleiken høgare og etterspurnaden etter tenester større i Oslo og Akershus, trass i at tannlegetettleiken i den private tannhelsetenesta er høg i denne landsdelen. Både høgare driftskostnader og større etterspurnad kan difor bidra til at befolkninga i Oslo og Akershus har dei største gjennomsnittlege utgiftene til tannlegetenester.

5.1.3. Utgiftene til tannlege aukar med stigande utdanning

Det er tidlegare vist at dei med høgast utdanning har den beste eigenvurderte tannhelsa, er dei som oftast går til tannlege og har minst udekka behov for tannlegetenester. Det gir grunn til å tru at det er dei med universitets- eller høgskuleut-

danning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. På den andre sida kan det også vere grunn til å tru at dei på lågare utdanningsnivå har høgare utgifter når dei er hos tannlege sidan dei oppsøker tenesta sjeldnare og oftare har eit udekkka behov for å gå til tannlege. Tabell 5.5 viser korleis eigenbetaling hos tannlege for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter utdanning i 2008.

Tabell 5.5. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter utdanning. 2008. N = 4 390. Prosent

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
0-1 999 kr	65	62	61
2 000 -2 999 kr	11	10	12
3 000 -4 999 kr	10	10	9
5 000 -9 999 kr	8	10	11
10 000 kr og meir	6	7	7

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.5 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er størst blant dei på dei to høgaste utdanningsnivåa. Tabellen viser også at delen som har utgifter på 2 000 kroner eller meir aukar med stigande utdanning.

Det er blant dei med høvesvis vidaregåande utdanning og universitets- eller høgskuleutdanning at delen med høgast utgifter til tannlege er størst, men forskjellane mellom dei på desse nivåa (7 prosent) og dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning (6 prosent) var berre på eit prosentpoeng i 2008. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at det særskild er blant kvinnene med universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet at delen som har tannlegeutgifter på 10 000 kroner eller meir er høg. I 2008 var det om lag 9 prosent av kvinnene på dette utdanningsnivået som hadde vore hos tannlege siste 12 månader og som opplyste å ha betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege. Til samanlikning var tilsvarande del godt under 7 prosent blant kvinnene med grunnskule eller uoppgitt utdanning.

Det er blant dei med universitets- eller høgskuleutdanning at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 39 prosent av dei som hadde universitets- eller høgskuleutdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene og som hadde betalt 2 000 kroner eller meir, var tilsvarande del 38 prosent blant dei med vidaregåande utdanning og 35 prosent blant dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning. Datamaterialet viser elles at det er blant menn på det høgaste utdanningsnivået at delen som betalte 2 000 kroner eller meir hos tannlege var størst, men desse forskjellane var relativt små etter kjønn og utdanning i 2008.

Når det gjeld gjennomsnittlege utgifter til tannlege blant dei som har vore hos tannlege siste 12 månader er det rimeleg å forvente at desse er høgast blant dei på det øvste utdanningsnivået. Det er dei med universitets- eller høgskuleutdanning som går oftast til tannlege og som oftast har utgifter på 2 000 kroner eller meir. Resultata frå levekårundersøkinga støttar likevel ikkje ein slik forventning. Tabell 5.6 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for dei i alderen 21 år og eldre i 2008 fordelt etter utdanning.

Tabell 5.6. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter utdanning. 2008. N = 4 390. Kroner

	Grunnskule eller uoppgitt	Vidaregåande utdanning	Universitets-/høgskuleutdanning
Gjennomsnittlege utgifter	3 583	4 017	3 750
Gjennomsnittlege refusjonar	413	221	356

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.6 viser at det er dei med vidaregåande utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen

viser også at det er dei på dette utdanningsnivået som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei med vidaregåande utdanning som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. Medan dei med vidaregåande utdanning som hadde vore hos tannlege siste 12 månader hadde 4 017 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde dei på det høgaste og det lågaste utdanningsnivået høvesvis 3 750 kroner og 3 583 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Grunnlagsdata viser elles at kvinner har høgare gjennomsnittlege utgifter enn menn blant dei med universitets- eller høgskuleutdanning, medan dei har lågare gjennomsnittlege utgifter på dei to andre utdanningsnivåa. Menn med vidaregåande utdanning hadde dei aller høgaste gjennomsnittlege utgiftene med 4 123 kroner, medan dei største kjønnsforskjellane i 2008 var blant dei med lågast utdanning kor kvinner og menn hadde høvesvis 3 359 kroner og 3 831 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege.

Det er dei med vidaregåande utdanning som høgaste utdanningsnivå i hushaldet som tek imot lågast refusjonar frå folketrygda, både målt i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei med vidaregåande utdanning som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 221 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjer godt under seks prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei med grunnskule eller uoppgitt utdanning refundert i gjennomsnitt 413 kroner, eller om lag tolv prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at det er menn med grunnskule eller uoppgitt utdanning som i gjennomsnitt får refundert mest frå folketrygda (555 kroner).

Det er tidlegare vist at det er eit relativt eintydig forhold mellom utdanningsnivå og høvesvis eigenvurdert tannhelse og bruken av tannlegetenester. Dei med høgast utdanningsnivå i hushaldet er mellom anna dei som har best tannhelse, går oftast til tannlege og som sjeldnast har udekkja behov for å gå til tannlege. Forholdet mellom utdanningsnivå og gjennomsnittlege utgifter til tannlege synest ikkje å vere like eintydig. Dei med lågast utdanning har riktig nok noko lågare gjennomsnittlege utgifter enn dei med høgast utdanning, men aller høgast utgifter har dei med vidaregåande utdanning. Det kan med andre ord virke som om forskjellar i eigenvurdert tannhelse og tenestebruk mellom personar på ulike utdanningsnivå ikkje er avgjerande for korleis dei gjennomsnittlege tannlegeutgiftene fordeler seg etter utdanning.

5.1.4. Utgifter til tannlege er høgast blant dei med nest lågast inntekt og går deretter ned med stigande inntekt

Det er grunn til å sjå forholdet mellom inntektsnivå og utgifter til tannlege i lys av resultatane frå dei føregåande kapitla. Det er allereie vist at tannhelsetilstanden blir betre, at tenestebruken aukar og at det udekkja behovet for tenester går ned med stigande inntekt. Likevel, og på same måte som med forholdet mellom utdanning og eigenbetaling, kan desse resultatane skape forskjellige forventningar når det gjeld tannlegeutgifter. Den høgare tenestebruken og det faktum at dei i større utstrekning går til tannlege ved behov, gjev grunn til å tru at dei med høgast inntekt også har dei høgaste utgiftene til tannlegetenester.

På den andre sida kan det vere at dei med lågare inntekter har høgast utgifter nettopp som følge av deira mønster for bruk av tenestene. Tanken er då at tannproblem oppstår utan jamlege kontrollar hos tannlege, at tannproblem blir verre dersom dei ikkje behandlast adekvat innan ei viss tid, og at ei forverring av problema gjer det nødvendig med meir komplisert og kostnadskrevjande behandling. Tabell 5.7 viser korleis eigenbetaling hos tannlege for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter inntekt i 2008.

Tabell 5.7. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter inntekt. 2008. N = 4 379. Prosent

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
0-1 999 kr	68	64	60	65	64
2 000 -2 999 kr	9	10	13	11	11
3 000 -4 999 kr	8	9	10	10	11
5 000 -9 999 kr	8	9	10	10	9
10 000 kr og meir	7	9	7	6	5

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.7 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er størst blant dei i den nest lågaste inntektsgruppa. Tabellen viser også at delen som har utgifter på 2 000 kroner eller meir er størst blant dei med 300 000-499 999 kroner i hushaldsinntekter.

Det er blant dei med nest lågast hushaldsinntekt at delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 9 prosent av dei med inntekter mellom 2G og 299 999 kroner som hadde betalt 10 000 kroner eller meir for tannlegetenester dei siste 12 månadene, var tilsvarande del til dømes 5 prosent blant dei med hushaldsinntekter på 1 mill. kroner eller meir. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at forskjellane mellom kjønna når det gjeld utgifter på 10 000 kroner eller meir er størst i den lågaste inntektsgruppa. I 2008 var det høvesvis i overkant av 8 prosent av kvinnene og 4 prosent av mennene med inntekter under 2G som opplyste å ha betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege dei siste 12 månadene.

Det er blant dei med hushaldsinntekter mellom 300 000 kroner og 499 999 kroner at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 40 prosent av dei i denne inntektsgruppa som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene og hadde betalt 2 000 kroner eller meir, var til dømes tilsvarande del 32 prosent blant dei med hushaldsinntekter under 2G. Datamaterialet viser elles at det er blant kvinner med hushaldsinntekter mellom 300 000 kroner og 499 999 kroner at delen som betalte 2 000 kroner eller meir hos tannlege var størst i 2008, men at desse forskjellane var relativt små etter kjønn og inntekt i 2008.

Det er tidlegare vist at gjennomsnittlege utgifter til tannlegetenester har auka over tid, og at auken har vore høgare enn det den generelle prisstigninga i samfunnet skulle tilseie. Sidan det er dei med høgast inntekt som går oftast til tannlege, kan det tenkjast at desse også har merka utgiftsveksten mest. På den andre sida kan det argumenterast for at det er dei som går sjeldnast til tannlege, altså dei med lågast inntekt, som merkar prisstigninga mest sidan desse truleg må få gjennomført dei mest kostnadskrevjande behandlingane. Kor ofte tenesta blir brukt kan med andre ord vere ein faktor som påverkar korleis prisstigninga slår ut og kor store dei gjennomsnittlege utgiftene til tannlege er. Tabell 5.8 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for dei i alderen 21 år og eldre i 2008 fordelt etter inntekt.

Tabell 5.8. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter inntekt. 2008. N = 4 379. Kroner

	Under 2G	2G- 299 999	300 000- 499 999	500 000- 999 999	1 mill. og meir
Gjennomsnittlege utgifter	3 237	4 449	4 121	3 246	3 083
Gjennomsnittlege refusjonar	203	569	320	269	52

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.8 viser at det er dei i den nest lågaste inntektsgruppa som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei med 1 mill. kroner og meir i hushaldsinntekter som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei med hushaldsinntekter mellom 2G og 299 999 kroner som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. Medan dei med nest lågast inntekter som hadde vore hos tannlege siste 12 månader hadde 4 449 kroner i

gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde dei med høgast hushalds-inntekter 3 083 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Grunnlagsdata viser elles at kvinner har høgare gjennomsnittlege utgifter enn menn blant dei med høvesvis lågast og nest høgast hushaldsinntekt, medan dei har lågare gjennomsnittlege utgifter i dei andre inntektsgruppene. Menn med hushaldsinntekter frå 2G til 299 999 kroner hadde dei aller høgaste gjennomsnittlege utgiftene med 5 048 kroner, medan dei største kjønnsforskjellane i 2008 var blant dei i den høgaste inntektsgruppa kor kvinner og menn hadde høvesvis 2 335 kroner og 3 797 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege.

Det er dei med høgast hushaldsinntekter som tek imot lågast refusjonar frå folketrygda, både målt i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei med hushaldsinntekter på 1 mill. kroner eller meir som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 52 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjer om lag to prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk til dømes dei med hushaldsinntekter frå 2G til 299 999 kroner refundert i gjennomsnitt 569 kroner, eller om lag tretten prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at det er menn i den nest lågaste inntektsgruppa som i gjennomsnitt får refundert mest frå folketrygda (789 kroner).

Med unntak av dei med aller lågast inntekt er det altså ein tendens til at dei med lågare inntekter har høgare gjennomsnittlege utgifter til tannlege, og at utgiftene fell med stigande inntekt. Det gir grunn til å tru at dei med lågare inntekter får utført meir kostbare tenester når dei er hos tannlege. I lys av at dei med lågare hushaldsinntekter også er dei som oftast har dårlegast tannhelse, går sjeldnast til tannlege og som har det største udekkede behovet for tenester, er det rimeleg å anta at forskjellane mellom inntektsgruppene er relativt systematiske. Det kan også tyde på at nokre av dei som i utgangspunktet har størst behov for tenesta ikkje går til tannlege ofte nok trass i at dei tek imot dei relativt sett største refusjonane frå folketrygda.

5.1.5. Tannlegeutgiftene er høgare blant stønadsmottakarar enn blant dei som ikkje tek imot nokon stønad

Det er tidlegare vist at det er ein del forskjellar mellom mottakarar av stønader og andre langs fleire tannhelsedimensjonar. Dette gjeld kan hende særleg i samband med eigenvurdert tannhelse og tannstatus. Sjølv om det ikkje er store skilnader når det gjeld bruken av tannlegetenester, har stønadsmottakarar generelt dårlegare tannhelsestilstand og tannstatus samstundes som dei har eit større udekkede behov for tenester. Trass i at nokre stønadsordningar også kan inkludere økonomisk støtte til tannlegebehandling, til dømes sosialhjelp, gir desse forskjellane grunn til å tru at dei som tek imot ein eller fleire stønader har større utgifter til tannlege. Tabell 5.9 viser korleis eigenbetaling for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter mottak av stønad i 2008.

Tabell 5.9. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter mottak av stønad. 2008. N = 4 402. Prosent

	Ingen stønad	Ein eller fleire stønader
0-1 999 kr	65	58
2 000 -2 999 kr	11	12
3 000 -4 999 kr	10	10
5 000 -9 999 kr	9	10
10 000 kr og meir	6	9

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.9 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er størst blant dei som tek imot ein eller fleire stønader. Tabellen viser også at delen som har utgifter på 2 000 kroner eller meir er størst blant stønadsmottakarane.

Det er blant dei som tek imot ein eller fleire stønader at delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 9 prosent av stønadsmottakarane som

hadde betalt 10 000 kroner eller meir for tannlegetenester dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 6 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad. Grunnlagsdata viser elles at delen som har betalt 10 000 kroner eller meir hos tannlege var størst blant mottakarar av høvesvis attføringsstønad og grunn- og hjelpestønad med i overkant av 10 prosent.

Det er blant stønadsmottakarar at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 42 prosent av dei som tok imot ein eller fleire stønader som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene og hadde betalt 2 000 kroner eller meir, var tilsvarende del 35 prosent blant dei som ikkje tok imot nokon stønad same år. Datamaterialet viser elles at det er blant mottakarar av høvesvis attføringsstønad og sosialhjelp at delen som betalte 2 000 kroner eller meir hos tannlege var størst i 2008 med om lag 43 prosent.

Fordelinga av utgifter til tannlege etter mottak av stønad gir grunn til å tru at stønadsmottakarar i gjennomsnitt betaler meir hos tannlege enn dei som ikkje tek imot stønader. Samstundes er det rimeleg å anta at mottakarane av stønader oftare har rett på refusjonar og at dei difor får refundert meir enn kva som er tilfelle for personar som ikkje tek imot stønader. Tabell 5.10 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for dei i alderen 21 år og eldre i 2008 fordelt etter mottak av stønad.

Tabell 5.10. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter mottak av stønad. 2008. N = 4 402. Kroner

	Ingen stønad	Ein eller fleire stønader
Gjennomsnittlege utgifter	3 583	4 506
Gjennomsnittlege refusjonar	221	827

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.10 viser at det er dei som tek imot ein eller fleire stønader som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei som ikkje tek imot nokon stønad som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er stønadsmottakarane som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. Medan stønadsmottakarar som hadde vore hos tannlege siste 12 månader hadde 4 506 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde dei som ikkje tok imot nokon stønad 3 583 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at det var mottakarar av tidsavgrensa uførestønad som hadde dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege i 2008 med 7 342 kroner.

Det er også stønadsmottakarar som tek imot høgast refusjonar frå folketrygda, både målt i absolute tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk stønadsmottakarar som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 827 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjør i overkant av atten prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei som ikkje tok imot nokon stønad refundert i gjennomsnitt 221 kroner, eller i overkant av seks prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at det var mottakarar av tidsavgrensa uførestønad som i gjennomsnitt fekk refundert mest frå folketrygda i 2008 med 4 832 kroner.

Det at stønadsmottakarar relativt sett tek imot mest i refusjonar frå folketrygda må sjåast i samanheng med at ulike stønadsordningar også kan inkludere rett til å få refundert nokre av utgiftene til tannlegetenester. Det er likevel sånn at dei som tek imot ein eller fleire stønader har dei i gjennomsnitt største utgiftene. Dette kan sjølvsagt ha meir medisinske årsaker, i den forstand at dei har større generelle helseproblem. Samstundes er det grunn til å tru at nokre av dei same mekanismane som gjeld for dei med lågare hushaldsinntekter gjer seg gjeldande for stønadsmottakarar. Dette underbyggjast mellom anna av at tre av fem stønadsmottakarar

som ikkje går til tannlege ved behov grunngjev det udekte tenestebehovet med økonomi.

5.1.6. Dei med dårleg tannhelse betaler mest hos tannlege

Det er fleire grunner til å tru at dei med dårleg eigenvurdert tannhelse har høgare tannlegeutgifter enn andre. Det er mellom anna vist tidlegare at denne gruppa har dårlegare tannstatus og går sjeldnare til tannlege. Det er også vist at dei i større grad enn dei med god eigenvurdert tannhelse oppsøker tannlege med akutte problem. Det sistnemnte forholdet kan tenkjast å bidra til større tenesteutgifter for dei med dårleg tannhelse på minst to måtar. For det første kan akutte problem vere fordyrande i seg sjølv då dei truleg inneber behov for meir omfattande behandling enn det til dømes ordinære tannkontrollar medfører. For det andre kan akutt behandling vere dyrare enn annan behandling sidan det må skje raskt og gjerne utan mogelegheit for å vurdere dei ulike tenestetilbydarane sine prisar.

Tabell 5.11 viser korleis eigenbetaling hos tannlege for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter eigenvurdert tannhelse i 2008.

Tabell 5.11. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 3 621. Prosent

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
0-1 999 kr	68	42
2 000 -2 999 kr	11	8
3 000 -4 999 kr	8	13
5 000 -9 999 kr	8	15
10 000 kr og meir	5	21

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.11 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er klart størst blant dei som har dårleg tannhelsetilstand. Tabellen viser også at delen som har utgifter på 2 000 kroner eller meir er størst blant dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse.

Det er blant dei som har dårleg tannhelse at delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 21 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde betalt 10 000 kroner eller meir for tannlegetenester dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 5 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse. Grunnlagsdata viser elles at delen som betalte 10 000 kroner eller meir hos tannlege i 2008 var større for kvinner enn menn blant dei som hadde dårleg tannhelse. Delen var høvesvis 25 prosent blant kvinner og 17 prosent blant menn.

Det er blant dei med dårleg tannhelse at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 58 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene og betalt 2 000 kroner eller meir, var tilsvarende del 32 prosent blant dei med god eller svært god tannhelse. Datamaterialet viser elles at delen som betalte 2 000 kroner eller meir hos tannlege i 2008 var litt større for kvinner enn menn blant dei som hadde dårleg tannhelse. Delen var høvesvis 58 prosent blant kvinner og 56 prosent blant menn.

Resultata over talar for at dei med dårleg tannhelse har høgare gjennomsnittlege utgifter til tannlege enn dei med god tannhelse. Samstundes tyder omfanget av dei som har 10 000 kroner eller meir i utgifter til tannlege at delen inkluderer personar som har til dels alvorlege tannhelseproblem og tannsjukdomar. Det kan i sin tur innebære at fleire av dei med dårleg tannhelse har rett på refusjonar som kan dekkje i alle fall delar av utgiftene. Tabell 5.12 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for personar 21 år og eldre i 2008 fordelt etter eigenvurdert tannhelse.

Tabell 5.12. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 3 621. Kroner

	God eller svært god tannhelse	Dårleg eller svært dårleg tannhelse
Gjennomsnittlege utgifter	3 122	8 359
Gjennomsnittlege refusjonar	248	1 473

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.12 viser at det er dei med dårleg tannhelsetilstand som har dei i gjennomsnitt klart høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei med god eller svært god tannhelse som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei med dårleg tannhelse som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. Medan dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde vore hos tannlege siste 12 månader hadde 8 359 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde dei med god eller svært god tannhelse 3 122 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at dei gjennomsnittlege utgiftene til tannlege er høgare blant kvinner enn blant menn med dårleg eller svært dårleg tannhelse. Dei gjennomsnittlege utgiftene for dei med dårleg tannhelse var 9 952 kroner blant kvinner og 6 433 kroner blant menn.

Det er vidare dei med dårleg tannhelse som tek imot høgast refusjonar frå folketrygda, både målt i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei med dårleg eller svært dårleg tannhelse som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 1 473 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjer i underkant av 18 prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei med god eller svært god tannhelse refundert i gjennomsnitt 248 kroner, eller så godt som åtte prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Datamaterialet viser elles at kvinnene med dårleg tannhelse i gjennomsnitt fekk refundert mest frå folketrygda i 2008 med 1 791 kroner, medan menn med dårleg tannhelse fekk gjennomsnittleg refundert 1 088 kroner.

Det er ikkje overraskande at dei med dårleg tannhelse er dei som har høgast gjennomsnittlege utgifter til tannlege. Trass i at det er denne gruppa som går sjeldnast til tannlege og som har størst udekkka behov for tannlegetenester, er det grunn til å tru at det er dei som får gjennomført dei mest kostnadskrevjande reparative behandlingane når dei er hos tannlege. Sjølv om det er vanskeleg å vite heilt sikkert kva den dårlege tannhelsa skuldast, er det sannsynleg at dei med dårleg tannhelsetilstand har tannhelseproblem i form av tannsjukdomar og -lidingar som krev meir omfattande behandling, til dømes kirurgi.

5.1.7. Tannlegeutgiftene høgast blant dei med dårleg helse

Det er naturleg å forvente at forholdet mellom eigenvurdert helse og tannlegeutgifter påverkast av fleire av dei same mekanismane som gjeld for forholdet mellom eigenvurdert tannhelse og tannlegeutgifter. Samstundes er det tidlegare vist at forskjellar etter eigenvurdert helse ikkje er like store som etter eigenvurdert tannhelse. Dette gjeld til dømes forskjellar i bruk av tannlegetenester og ulikskap i tannstatus. Det er difor grunn til å tru at det ikkje er like store forskjellar i utgifter til tannlegetenester mellom dei med høvesvis god/svært god helse og dårleg/svært dårleg helse som det var mellom dei med høvesvis god/svært god tannhelse og dårleg/svært dårleg tannhelse. Tabell 5.13 viser korleis eigenbetaling hos tannlege for personar 21 år og eldre som har vore hos tannlege dei siste 12 månadene fordeler seg etter eigenvurdert helse i 2008.

Tabell 5.13. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert helse. 2008. N = 3 804. Prosent

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
0-1 999 kr	65	59
2 000 -2 999 kr	11	12
3 000 -4 999 kr	9	10
5 000 -9 999 kr	9	7
10 000 kr og meir	6	12

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.13 viser at delen som har dei høgaste utgiftene til tannlege er størst blant dei som har dårleg helsetilstand. Tabellen viser også at delen som har utgifter på 2 000 kroner eller meir er størst blant dei med dårleg eller svært dårleg helse.

Det er blant dei som har dårleg helse at delen med høgast utgifter til tannlege er størst. Medan det i 2008 var 12 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som hadde betalt 10 000 kroner eller meir for tannlegetenester dei siste 12 månadene, var tilsvarende del 6 prosent blant dei med god eller svært god helse. Grunnlagsdata viser elles at delen som betalte 10 000 kroner eller meir hos tannlege i 2008 var lågare for kvinner enn menn blant dei som hadde dårleg helse, men at forskjellen mellom kjønna var liten og på om lag ein prosent.

Det er også blant dei med dårleg helse at delen med utgifter til tannlege over 2 000 kroner er størst. Medan det i 2008 var 41 prosent av dei med dårleg eller svært dårleg helse som hadde vore hos tannlege dei siste 12 månadene og betalt 2 000 kroner eller meir, var tilsvarende del 35 prosent blant dei med god eller svært god helse. Datamaterialet viser elles at delen som betalte 2 000 kroner eller meir hos tannlege i 2008 var høgare for kvinner enn menn blant dei som hadde dårleg helse. Delen var høvesvis 42 prosent blant kvinner og 39 prosent blant menn.

Når det gjeld gjennomsnittlege utgifter til tannlege er det god grunn til å tru at dei med dårleg helsetilstand har dei største utgiftene. Både fordelinga i tabell 5.13 og resultatata som er omtala tidlegare, mellom anna med tanke på tannstatus og tenestebbruk, tilseier at dei med dårleg helsetilstand har dei største gjennomsnittlege utgiftene. Tabell 5.14 viser kor mykje som i gjennomsnitt er betalt hos tannlege og kor mykje som i gjennomsnitt er refundert frå folketrygda for personar 21 år og eldre i 2008 fordelt etter eigenvurdert tannhelse.

Tabell 5.14. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert helse. 2008. N = 3 804. Kroner

	God eller svært god helse	Dårleg eller svært dårleg helse
Gjennomsnittlege utgifter	3 535	4 968
Gjennomsnittlege refusjonar	253	1 102

Kjelde: Levekårundersøkinga, Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.14 viser at det er dei med dårleg helsetilstand som har dei i gjennomsnitt høgaste utgiftene til tannlege. Tabellen viser også at det er dei med god eller svært god helse som i gjennomsnitt får minst refundert frå folketrygda.

Det er dei med dårleg helse som har dei høgaste gjennomsnittlege utgiftene til tannlege. Medan dei med dårleg eller svært dårleg helse som hadde vore hos tannlege siste 12 månader hadde 4 968 kroner i gjennomsnittlege utgifter til tannlege i 2008, hadde dei med god eller svært god helse 3 535 kroner i gjennomsnittlege utgifter. Resultata frå levekårundersøkinga viser elles at dei gjennomsnittlege utgiftene til tannlege er lågare blant kvinner enn blant menn med dårleg eller svært dårleg helse. Dei gjennomsnittlege utgiftene for dei med dårleg helse kom opp i 3 902 kroner blant kvinner og 6 379 kroner blant menn.

Det er vidare dei med dårleg helse som tek imot høgast refusjonar frå folketrygda, både målt i absolutte tal og i forhold til deira gjennomsnittlege utgifter til tannlege. I 2008 fekk dei med dårleg eller svært dårleg helse som hadde vore hos tannlege

dei siste 12 månadene i gjennomsnitt 1 102 kroner refundert frå folketrygda, noko som utgjer i underkant av 22 prosent av dei gjennomsnittlege utgiftene. Til samanlikning fekk dei med god eller svært god helse refundert i gjennomsnitt 253 kroner, eller i overkant av 7 prosent av sine gjennomsnittlege tannlegeutgifter. Data-materialet viser elles at mennene med dårleg helse i gjennomsnitt fekk refundert mest frå folketrygda i 2008 med 2 497 kroner.

Det er liten tvil om at dei med dårleg helsetilstand har høgare gjennomsnittlege utgifter til tannlege enn dei med god helsetilstand, men med noko høgare refusjonar frå folketrygda kan det synest som om forskjellane er relativt små. Det gir grunn til å tru at dei med dårleg helse har andre og sannsynlegvis større helseproblem i andre delar av kroppen. Det er med andre ord ikkje den orale tilstanden som er avgjerande for deira dårlege helse.

6. Diskusjon

Regionale forskjellar i personell

Det har vore ei auke i tannhelsepersonell i Noreg i perioden frå 2004 til 2008. Stadig fleire årsverk blir utført av høvesvis tannlegar, tannpleiarar og tannlegespesialistar i offentleg og privat tannhelseteneste. Utviklinga gir inntrykk av at tenestetilbodet er styrka både for dei prioriterte gruppene i den offentlege tannhelsetenesta og for dei som får tenestebehovet dekkja gjennom den private tannhelsetenesta.

Det er likevel grunn til å spørje om auken i tannhelsepersonell er tilstrekkjeleg. Det er naudsynt å sjå personellutviklinga i samanheng med omfanget av brukarar tenesta skal tene. I den offentlege tannhelsetenesta har tannlegetettleiken gått ned på landsbasis dersom årsverka blir sett i forhold til talet på personar i prioriterte grupper. Den same utviklinga gjer seg gjeldande i den private tannhelsetenesta dersom tannlegeårsverka blir sett i forhold til den vaksne befolkninga i alderen 21 år og eldre.

Det er vidare grunn til å reise spørsmål om personellutviklinga har kome heile landet til gode. Det er liten tvil om at det er til dels store forskjellar mellom fylka når det gjeld tettleiken i alle dei tre typene av tannhelsepersonell. Rett nok er det ein viss grad av utlikning i tettleik, til dømes i den forstand at nokre fylke har hatt ein reduksjon i tannlegetettleiken samstundes som tannpleiartettleiken har auka. Hovudtendensen er likevel at tettleiken i tannhelsepersonell varierer frå eit fylke til eit anna og mellom landsdelane. Tendensen gjer seg dessutan gjeldande både i offentleg og privat sektor.

Dei tre nordlegaste fylka har den høgaste tannlege- og tannpleiardekninga i den offentlege tannhelsetenesta, og dekninga er aller høgast i Finnmark. I den private tannhelsetenesta er det for Nord-Noreg sin del ein tilnærma motsett tendens, og dekninga er klart lågast i Finnmark sjølv om den har blitt betre frå 2004 til 2008.

Det er rimeleg å tru at behova til dei prioriterte gruppene blir best teke var på i fylke kor personelltettleiken i den offentlege tenesta er stor, og tilsvarende dårlegast der tettleiken er liten. Det er også sannsynleg at tenestebehova til resten av den vaksne delen av befolkninga blir best dekt i fylke kor tettleiken i den private tannhelsetenesta er stor, medan behova blir dårlegast dekt der tettleiken er liten. Vidare er det grunn til å tru at den offentlege tannhelsetenesta har ein større del betalande vaksne i dei områda kor det private tenestetilbodet er dårleg. For ein landsdel som Nord-Noreg og eit fylke som Finnmark kan det innebere at tilbodet til prioriterte grupper ikkje er så godt som personelldekninga skulle tilseie.

Sosiale ulikheitar i tannhelse

Den eigenvurderte tannhelsa i den norske befolkninga er relativt god, og det er få som har dårleg tannstatus. Det er liten tvil om at det er dei eldste som vurderer eiga tannhelse som dårlegast og som har færrest tenner igjen. Det kan tyde på at tannhelseproblem i all hovudsak er eit problem som kjem naturleg med alderen. Det kan også tyde på at utviklinga når det gjeld tannhygiene og forebygging av tannproblem har blitt betre over tid, til dømes gjennom introduksjonen og allminneleggjeringa av fluor i befolkninga.

Det er likevel grunn til å understreke at tannhelsa varierer etter ulike mål for sosial status. Tannhelsa blir betre med stigande inntekt, medan dei med høg utdanning gjennomgåande har betre tannhelse enn dei med låg. Det er dessutan slik at stønadsmottakarar har klart dårlegare tannhelse enn dei som ikkje tek imot nokon stønad. Når det gjeld sistnemnde er det grunn til å tru at ulikskapen må sjåast i samanheng med forskjellane etter inntekt. Samstundes har stønadsmottakarar relativt sett dårlegare tannhelse enn dei med lågast inntekt. Det kan tyde på at

stønadmottakarar også har andre helseproblem enn dårleg tannhelsetilstand og fleire levekårutfordringar enn låg inntekt.

Det er vidare grunn til å spørje om det er sosiale forskjellar i bruk av tannlegetenester. Medan hyppigheita på tannlegebesøk går eintydig opp går det udekka behovet for tenester ned med stigande inntekt. Det er også sanna at dei med høgast utdanning går oftast til tannlege og er blant dei med lågast udekka behov for tenester. Og sjølv om stønadmottakarar og dei som ikkje tek imot stønader går tilnærma like ofte til tannlege, har dei førstnemnde eit større udekka behov for tannlegetenester.

Det er økonomi som er den viktigaste grunnen til at personar i alderen 21 år og eldre ikkje går til tannlege trass i at dei har eit behov for tenesta. Denne aldersgruppa i befolkninga skal i utgangspunktet dekke tenestebehovet sitt gjennom den private tannhelsetenesta, kor utgiftene knytt til å bruke tenester er relativt høge og har auka over tid. Samstundes er det grunn til å understreke at økonomi er hovudgrunnen til eit udekka tenestebehov i nær sagt alle inntektsgrupper, på alle utdanningsnivå og uavhengig av mottak av stønad. Det gir grunn til å anta at utgiftene ikkje berre er for høge, men at dei er for høge til at heile den vaksne delen av befolkninga har eit reelt tilbod om tannlegetenester.

Det er skilnader i eigenbetalinga hos tannlege etter alder, og det er dei middelaldrande og dei eldste som betaler mest. Det er grunn til å tru at dette har ein samanheng med tannhelsetilstanden i desse aldersgruppene. Vidare er dei gjennomsnittlege utgiftene som pasientane dekker sjølve høgast i Oslo og Akershus og lågast i Trøndelag. Forskjellane landsdelane imellom har sannsynlegvis å gjere med skilnader i marknadsforholda. Med fri prissetting av tannlegetenester som utførast i privat sektor, er det i all hovudsak marknaden som styrer kva tannlegar kan krevje i honorar og kva prisen på dei forskjellige tenestene skal vere.

Det er likevel grunn til å reise spørsmål om også storleiken på eigenbetalinga er eit resultat av sosiale skilnader i den vaksne befolkninga. Det er utvilsamt dei med dårlegast tannhelsetilstand som i gjennomsnitt betaler mest hos tannlege, og dette gjenspeglar seg i forhold til inntekt og mottak av stønader. Låginntektsgruppene har dårlegare tannhelse og høgare gjennomsnittlege utgifter enn høginntektsgruppene, medan stønadmottakarane har dårlegare tannhelse og høgare utgifter enn dei som ikkje tek imot stønad. På den andre sida er ikkje tendensen like eintydig etter utdanning. Trass i at dei med høgast utdanning har betre tannhelse enn dei andre utdanningsgruppene har dei ikkje lågast utgifter.

Lågare personelldekning gir dårlegare tannhelse?

Den eigenvurderte tannhelsa er generelt god i befolkninga. Førekomsten av dårleg tannhelse så vel som dårleg tannstatus er mest utbreidd i dei nordlegaste fylka. Grunnlagsmaterialet i KOSTRA viser at personelldekninga for tannhelsepersonell i den offentlege og private tannhelsetenesta samla er høgast i Nord-Noreg. Ei tese om at dårlegare tenestetilbod er årsaka til dårlegare tannhelse blir difor ikkje understøtta her. Samstundes blir noko av den faktiske personellsituasjonen i landsdelen tilslørt ved å sjå på den offentlege og private sektoren under eitt.

Det er store forskjellar mellom det offentlege og private tenestetilbodet i Nord-Noreg. Medan landsdelen hadde den høgaste personelldekninga i det offentlege tannhelsetenesta sett i forhold til dei prioriterte gruppene i 2008, var dekninga i den private sektoren ein av dei lågaste sett i forhold til den vaksne befolkninga 21 år og eldre. Særleg gjaldt dette tannlegedekninga i Finnmark. Viss ein utelukkande ser på det private tenestetilbodet er det difor grunn til å tru at tesen om at dårlegare tannhelsetilbod gir dårlegare tannhelse langt på vei gjeld i Nord-Noreg.

Samstundes er det rimeleg å anta at det litle private tenestetilbodet i Nord-Noreg gir at fleire vaksne nyttar seg av den offentlege tannhelsetenesta. Tal frå

KOSTRA viser at det særleg i Finnmark er ein stor del vakse betalande klientell som blir behandla av den offentlege tannhelsetenesta. Dette kan gjere at det offentlege tenestetilbodet i Nord-Noreg til dei prioriterte gruppene ikkje naudsynt er så godt som tala gir inntrykk av. Noko som kan tyde på dette er den høge førekomsten av hol blant 5-, 12-, og 18-åringar i dei tre nordlegaste fylka samanlikna med resten av landet. Særleg er dette gjeldande for Finnmark.

Det kan reisas spørsmål om tenestetilbodet i Nord-Noreg er organisert på ein hensiktsmessig måte med ein stor offentleg sektor og ein relativt liten privat sektor. Tannhelse ser jamt over ut til å vere dårlegare både blant barn og unge i prioriterte grupper og for den vaksne befolkninga i alderen 21 år og eldre. Det at det er i Nord-Noreg flest personar oppgjev at dei går sjeldnast til tannlegen, har størst udekka tenestebehov og er minst tilfredse med behandlinga ved akuttbehandling, kan vere med på å underbyggje dette.

Referansar

- Borgan, J.K. og Anne Gro Pedersen (2009): Er helsen avhengig av hvor vi bur?, *Samfunnsspeilet* 5-6, 2009, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/>)
- Dahl, G., Anette W. Enes, Tor Jørgensen og Cassie Trewin (2006): *Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp*, Rapportar 2006/13, Statistisk sentralbyrå. (http://www.ssb.no/vis/emner/03/04/rapp_200613/main.html)
- Dixon, Anna, Julian Le Grand, John Henderson, Richard Murray og Emmi Poteliakhoff (2003): Is the NHS equitable? A review of the evidence, paper, London: London school of Economics and Political Science. (http://66.102.1.104/scholar?hl=no&lr=&q=cache:W3fY2pL5KqAJ:w.lse.ac.uk/collections/pressAndInformationOffice/PDF/DP11_2003_Is_the_NHS_equitable.pdf+)
- Finnvold, Jon Erik (2006): Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: The significance of parents' educational background and social network, *Social Science & Medicine*, **63**: 1316-1327. (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4K1HDY1-1&_user=826904&_coverDate=09%2F30%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1316104526&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000044705&_version=1&_urlVersion=0&_userid=826904&md5=03ecea7ae14b867a39230db45340e50e)
- Grytten, J., Dorthe Holst og Irene Skau (2002): Hvor skjevfordelte er tannlegene i Noreg?, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **112**, 172-7. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=25489)
- Grytten, J., Dorthe Holst og Irene Skau (2004a): Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **114**, 622-6. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=111900)
- Grytten, J., Irene Skau og Dorthe Holst (2004b): Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **114**, 744-7. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=117980)
- Hedum, Andreas (2007): Forbruk av private tannhelsetjenester øker mest, *Samfunnsspeilet* 3, 2007, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/>)
- Holst, D., Annemarie A. Schuller og Anne Gimmestad (2004): Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **114**, 866-71. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=126343)
- Holst, D., Irene Skau og Jostein Grytten (2005): Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **115**: 576-80. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=156880)
- Holst, D., A. Varreng, T. Hogsnes og H. N. Jakobsen (2007): Innkallingsintervaller for barn og unge i Den offentlige tannhelsetjenesten, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **117**: 942-7. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=268302)
- Jensen, Arne (2006): Kvinner og menns helse - flere likheter enn ulikheter, *Samfunnsspeilet* 3, 2007, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/>)

Jensen, Arne (2009): *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*, Rapportar 2009/6, Statistisk sentralbyrå.
(http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200906/)

Jørgensen, Tor (2006): "Nye definisjoner av utdanningsnivåer", SSBmagasinet 14.9.2006. (http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html)

Krokstad, S., Anton E. Kunst og Steinar Westin (2002): Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **56**, 375-380.
(http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3SWV5WT-1K&_user=826904&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C00044705&_version=1&_urlVersion=0&_userid=826904&md5=e0523ad71a883c525f53593d413e6767)

Lillegård, Magnar (2009): Frafallsanalyse av levekårsundersøkelsen 2008, Notater 2009/62, Statistisk sentralbyrå.
(http://www.ssb.no/emner/00/90/notat_200962/notat_200962.pdf)

Lov om folketrygd (folketrygdloven), nr.19, 28. februar 1997.
Arbeidsdepartementet. (<http://www.lovdatab.no/all/nl-19970228-019.html>)

Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven), nr. 54, 3. juni 1983, Helse- og omsorgsdepartementet. (<http://www.lovdatab.no/all/nl-19830603-054.html>)

Lyshol, H. og Anna Biehl (2009): Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap. Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:5.
(http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/85455/1/Lyshol_2009_Opp.pdf)

Mackenbach, Johan P. og Anton E. Kunst (1997): Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*, **44**, 757-771. (http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-3SWV5WT-1K&_user=826904&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C00044705&_version=1&_urlVersion=0&_userid=826904&md5=e0523ad71a883c525f53593d413e6767)

NOU (2005:11): *Det offentleges engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-11.html?id=153816>)

Prop. 1 S (2009-2010) Helse- og omsorgsdepartementet.

Siegrist, J. og Michael Marmot (2006): *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*, Oxford: Oxford University Press.

Skau, I., Dorthe Holst og Jostein Grytten (2005): Behandlingspanorama og innkallingsintervaller i privat allmennpraksis, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, **115**, 764-8. (http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=170283)

Statistisk sentralbyrå (2002): *Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger 2002*, Norges offisielle statistikk D 310.
(http://www.ssb.no/emner/05/01/nos_inntektformue/nos_d310/index.html)

Statistisk sentralbyrå (2007): *Økonomi og levekår for ulike grupper. 2007*,
Rapporter, 2008/19. (http://www.ssb.no/emner/05/01/rapp_200819/)

Statistisk sentralbyrå (26. juni 2009): "Dårligst helse nordpå".
(<http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>)

Tabellregister

1.1	Tannlegar innan ulike spesialitetar. Prosentvis fordeling. Heile landet. 2008.....	12
1.2	Personar i utvalet, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Absolutte tal.....	14
1.3a.	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Absolutte tal.....	15
1.3b.	Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 180. Absolutte tal.....	15
1.4a	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Absolutte tal.....	15
1.4b.	Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 179. Absolutte tal ...	15
1.5a.	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Absolutte tal....	16
1.5b.	Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 179. Absolutte tal.....	16
1.6.	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Absolutte tal.....	16
1.7a.	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 5 927. Absolutte tal.....	17
1.7b.	Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 180. Absolutte tal.....	17
1.8a.	Personar i utvalet 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 927. Absolutte tal.....	17
1.8b.	Personar i utvalet 19-20 år, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 180. Absolutte tal.....	17
2.1.	Talet på personar i prioriterte grupper per avtalte årsverk for tannhelsepersonell samla, tannlege og tannpleiar i den offentlege tannhelsetenesta, etter fylke. Tal frå 2008 og prosentvise endringar i perioden 2004-2008	19
2.2.	Personar 21 år og eldre per tannhelsepersonell samla, allmenntannlegar og tannpleiarar i den private tannhelsetenesta, etter fylke. Tal frå 2008 og prosentvise endringar i perioden 2004-2008	21
2.3.	Innbyggjarar per tannlegespesialist (privat og offentleg). 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008. Fylkesvis.....	22
2.4.	Brutto driftsutgifter til pasientbehandling per person i prioriterte grupper. 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008. Fylkesvis	25
2.5.	Private tannhelseutgifter i frå helserekneskapet. 2004 og 2008. Prosentvis endring 2004-2008	26
3.1.	Eigenvurdert tannhelse, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent.....	28
3.2.	Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent	29
3.3.	Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent	30
3.4.	Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent	31
3.5.	Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent	32
3.6.	Eigenvurdert tannhelse blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 4 803. Prosent.....	33
3.7.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent.....	34
3.8.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent	35
3.9.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent	36
3.10.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent	37
3.11.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent	38
3.12.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent	40
3.13.	Talet på tenner og tannpuss med fluortannkrem blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent	41
4.1.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent	42
4.2.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent	43
4.3.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent.....	44
4.4.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent.....	46
4.5.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent	47
4.6.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent	48
4.7.	Tidspunkt for siste tannlegebesøk blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent	49

4.8. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp, etter kjønn og alder. 2008. N = 1 002. Prosent.....	50
4.9. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 984. Prosent	52
4.10. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 981. Prosent.....	53
4.11. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 979. Prosent	54
4.12. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar i alderen 21 år og eldre, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 220. Prosent	55
4.13. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 741. Prosent..	56
4.14. Akutte tannlegebesøk siste 12 månader og tilfredsheit med tilgang til akutt hjelp blant personar 21 år og eldre, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 744. Prosent.....	57
4.15. Personar som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og alder. 2008. N = 6 107. Prosent.....	58
4.16. Hovudgrunnar til at personar ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og alder. 2008. N = 598. Prosent.....	59
4.17. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 5 927. Prosent.....	60
4.18. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov for tenesta, etter kjønn og landsdel. 2008. N = 569. Prosent....	61
4.19. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 5 911. Prosent	62
4.20. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og utdanning. 2008. N = 567. Prosent	63
4.21. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 5 898. Prosent	64
4.22. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og inntekt. 2008. N = 566. Prosent.....	65
4.23. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 5 927. Prosent	66
4.24. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og mottak av stønad. 2008. N = 568. Prosent.....	66
4.25. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 4 803. Prosent.....	67
4.26. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 352. Prosent.....	68
4.27. Personar 21 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 5 120. Prosent	69
4.28. Hovudgrunnar til at personar 21 år og eldre ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov, etter kjønn og eigenvurdert helse. 2008. N = 469. Prosent.....	70
5.1. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter alder. 2008. N = 4 525. Prosent.....	72
5.2. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter alder. 2008. N = 4 525. Kroner	73
5.3. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter landsdel. 2008. N = 4 402. Prosent.....	74
5.4. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter landsdel. 2008. N = 4 402. Kroner	75
5.5. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter utdanning. 2008. N = 4 390. Prosent	76
5.6. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter utdanning. 2008. N = 4 390. Kroner	76
5.7. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter inntekt. 2008. N = 4 379. Prosent.....	78
5.8. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter inntekt. 2008. N = 4 379. Kroner.....	78
5.9. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter mottak av stønad. 2008. N = 4 402. Prosent	79
5.10. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter mottak av stønad. 2008. N = 4 402. Kroner.....	80
5.11. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 3 621. Prosent	81
5.12. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert tannhelse. 2008. N = 3 621. Kroner.....	82
5.13. Eigenbetaling hos tannlege dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert helse. 2008. N = 3 804. Prosent	83
5.14. Gjennomsnittlege utgifter og refusjonar dei siste 12 månadene, etter eigenvurdert helse. 2008. N = 3 804. Kroner	83