



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Hur bestämningsfaktorn socioekonomi påverkar oralhälsorelaterat beteende hos vuxna

En litteraturöversikt

**HUVUDOMRÅDE:** *Oral hälsvetenskap*  
**FÖRFATTARE:** *Alsabel, Sara & Al-Hasnawi, Budoor*  
**JÖNKÖPING** 2019–2020

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Det finns flera bestämningsfaktorer som kan påverka en individs oral hälsorelaterat beteende gällande egenvård och tandvårdsbesök. Socioekonomi är en bestämningsfaktor som har betydelse för oral hälsa och inkluderar utbildningsnivå, kultur, inkomst och levnadsvanor. Det finns en risk för att utveckla orala sjukdomar som påverkas av bestämningsfaktorn socioekonomi.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur bestämningsfaktorn socioekonomi påverkar oralhälsorelaterat beteende hos vuxna.

**Metod:** En litteraturöversikt utfördes där vetenskapliga artiklar söktes fram i två databaser, DOSS och MEDLINE. En modifierad granskningsmall användes till att granska och analysera artiklarna för att bedöma kvalitén. Enbart artiklar som bedömdes ha medel eller hög kvalitet inkluderades. Slutligen inkluderades 10 artiklar till denna studie.

**Resultat:** Av resultatet framgår hur socioekonomiska faktorer påverkar den oralhälsorelaterade beteendet till egenvårdsvanor samt tandvårdsbesök. Flera socioekonomiska faktorer har visat påverka detta. Mindre goda egenvårdsvanor har visat en association till lägre socioekonomisk status samt individer med lägre socioekonomisk status besökte tandvården främst vid akuta fall.

**Slutsats:** Majoriteten av de inkluderade artiklarna påvisade ett samband mellan socioekonomi och egenvårdsvanor samt tandvårdsbesök. Ytterligare forskning inom området krävs för att undersöka sambanden närmare.

**Nyckelord:** Bestämningsfaktorer, beteende, egenvårdsvanor, oral hälsa, socioekonomi, tandvårdsvanor.

## Abstract

**Background:** There are several determinants that can affect an individual's self-care and dental visits. Socioeconomics is an important determinant for the oral health. Socioeconomic factors such as education level, culture, income and living habits have an impact. Several oral diseases are the result of these factors.

**Aim:** The purpose of the study was to investigate how socioeconomic determinants affect oral health-related behavior in adults.

**Method:** A literature review was implemented where scientific articles were searched in databases DOSS and MEDLINE. Using a modified review template, the articles were reviewed and analyzed to assess if the quality of the articles were medium or high according to inclusion and exclusion criteria. Lastly, 10 articles were included for this study.

**Results:** The result examines how socioeconomic factors affect oral health-related behavior of self-care habits and dental visits. Socio-economic factors have been shown to influence this. Less good self-care habits have shown an association with lower socioeconomic status. Individuals with lower socioeconomic status visited dental care mainly in urgent cases.

**Conclusion:** The majority of the included articles have shown a link between socioeconomics and self-care habits as well as dental visits. Further research in this area is needed to investigate the association more closely.

**Keywords:** Determination factors, behavior, self-care habits, oral health, socioeconomics, dentalcare habits.

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
ORAL HÄLSA .....	2
GINGIVIT .....	2
PARODONTIT .....	2
KARIES .....	3
BESTÄMNINGSFAKTORER FÖR ORAL HÄLSA .....	3
SOCIOEKONOMISKA FAKTORER .....	3
BETEENDE .....	4
EGENVÅRD/EGENVÅRDSVANOR .....	5
TANDVÅRDSBESÖK .....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	5
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
FRÅGESTÄLLNING .....	6
<b>MATERIAL OCH METOD</b> .....	<b>6</b>
DESIGN .....	6
DATAINSAMLING .....	6
INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER .....	6
URVALPROCESSEN .....	6
KVALITETSGRANSKNING .....	6
DATAANALYS .....	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
SOCIOEKONOMISKA FAKTORER SOM PÅVERKAR EGENVÅRDSVANOR .....	8
SOCIOEKONOMISKA FAKTORER SOM PÅVERKAR TANDVÅRDSBESÖK .....	9
<b>METODDISKUSSION</b> .....	<b>10</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>13</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>15</b>

Bilaga 1 Urvalsprocess

Bilaga 2 Granskningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 3 Granskningsmall för kvalitativa studier

Bilaga 4 Artikelöversikt

## Inledning

Förebyggande åtgärder, utredning och behandling av orala sjukdomar är viktiga för att uppnå en god oral hälsa (1). För att uppnå eller bibehålla en god oral hälsa är god munhygien och goda kostvanor viktiga delar. Vissa orala sjukdomar har koppling till individens kostvanor, bristande munhygien, socioekonomiska status, och kunskaper om oral hälsa (2). En mängd faktorer bidrar till individens orala hälsotillstånd, de så kallade bestämningsfaktorerna för oral hälsa. Sådana faktorer är viktiga att känna till för att arbeta hälsofrämjande. Att känna till oral hälsans bestämningsfaktorer är nödvändigt för att förklara skillnader i oralt hälsoläge mellan till exempel olika grupper i samhället (3).

## Bakgrund

### Oral hälsa

Den orala hälsan har en stark och viktig relation till den allmänna hälsan och har en viktig roll i människors upplevelser och livskvalitet. Oral hälsa är frånvaro av oral sjukdom, att ha oral hälsa innebär att må bra och vara oralt frisk (3). De olika faktorer som påverkar individens orala hälsa är bland annat bristande munhygien, ogynnsamma kostvanor (högt sockerintag), näringsbrist, rökning, högt alkoholbruk, åldrande och allmänna sjukdomar. Låg salivsekretion, avvikelser i tandruption och mineraliseringsstörningar är också faktorer som kan påverka individens orala hälsa. De vanligaste orala sjukdomarna som kan drabba den orala hälsan är karies, gingivit och parodontit (2).

Enligt World Dental Federation (FDI) kongress definieras oral hälsa:

*Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex. Further it is a fundamental component of health and physical and mental well-being. It exists along a continuum influenced by the values and attitudes of individuals and communities. It reflects the physiological, social and psychological attributes that are essential to the quality of life. It is influenced by the individual's changing experiences, perceptions, expectations and ability to adapt to circumstances (4).*

FDI:s definition av oral hälsa betonar att oral hälsa är en del av den allmänna hälsan. Orala hälsan har därför betydelse för välbefinnande och livskvalitet. Den orala hälsan är lika viktig för alla oavsett bakgrund och är en viktig del av människans välbefinnande (4).

### Gingivit

Gingivit är inflammation i mjukvävnaderna runt tänderna som orsakas av bakterier, men utan förlust av alveolärt ben. Riskfaktorer för gingivit är bristande munhygien samt hormonella förändringar under puberteten, menstruationscykel och graviditet. Vid bristande munhygien kan plack ackumuleras på tändernas ytor och på den marginella gingivan (5). När mikroorganismer förökar sig reagerar kroppens immunförsvar mot bakterierna, innehållande toxiner, och orsakar en inflammation. Gingivit karaktäriseras av inflammation som ett tidigt stadium av parodontitsjukdomen. Symtom vid gingivit är röd, mjuk, svullen och öm gingiva som kan blöda vid tandborstning. Tillståndet är reversibelt och genom optimering av munhygien kan det läka ut. Obehandlad gingivit innebär en ökad risk för att utveckla parodontit (5).

### Parodontit

Parodontit är en infektionssjukdom som leder till vävnadsnedbrytning och fästeförlust för tanden. Tandköttsfickorna uppkommer på grund av inflammationsprocessen, det finns patogena mikroorganismer som ligger subgingivalt som exempelvis *Actinobacillus actinomycetemcomitans* och

*Bacteroides forsythus*. Dessa patogena mikroorganismer leder till nedbrytning av parodontala fibrer som omger tanden och utgör dess fäste till alveolen, när detta drabbar tanden orsakar den färfsteförlust (6). Parodontit kan stanna upp, men färfsteförlust kan inte återställas eftersom sjukdomen är irreversibel. Bakomliggande faktorer som ökar risken för parodontit är bland annat diabetes, rökning, bristande munhygien, ålder och kost. Symtom för parodontit är bland annat svullen och rodnad gingiva, tandmobilitet samt blödande gingiva. De viktigaste kliniska måtten för att påvisa sjukdom i parodontal vävnad är blödning vid sondering (BoP) och sondering av tandköttsfickor (PPD)  $\geq 4$  mm då detta kan påvisa ett inflammerat och reducerat parodontium. Approximal färfsteförlust skall påvisas vid minst 2 icke-närstående tänder för att en patient skall klassificeras som parodontitfall (6).

## Karies

Karies är en sjukdom som innebär en nedbrytning av dental hårdvävnad orsakat av bakterier. De bakterier som är förknippad med karies är bland annat *Streptococcus Mutans* och *Lactobacillus*. Kariesbakterier omvandlar socker i mat och dryck till mjölksyra och gör att pH-värdet sjunker i munhålan (7). Den substansförlust som sker kan drabba emalj, dentin och rotcement. Riskfaktorer för karies är biologiska, miljömässiga och beteendemässiga faktorer. Det finns andra faktorer som påverkar sjukdomsutvecklingen negativt såsom muntorrhet, ansamling av plack, otillräcklig buffertkapacitet i saliven, högt sockernehåll i kost och dryck, dålig munhygien, kunskapsbrist och låg användning av fluor (8).

## Bestämningsfaktorer för oral hälsa

Det finns olika bestämningsfaktorer samt strukturella faktorer som individer får med sig vid födsel. De faktorerna som kan bestämma hälsa är bland annat kön och ålder. Strukturella bestämningsfaktorer kan även bestämma hälsa, faktorerna kan exempelvis handla om bostadssituation, utbildningsnivå, ekonomiska resurser och yrke. Dessa bestämningsfaktorer spelar roll för den orala hälsan samt för den allmänna hälsan. Det finns andra bestämningsfaktorer som påverkar livsstil och levnadsvanor, till exempel, tobaksvanor, socker- och matintag, och alkoholkonsumtion (9). Dessa faktorer brukar oftast beskrivas som socioekonomiska faktorer.

## Socioekonomiska faktorer

Socioekonomiska faktorer beaktar individer eller grupper inom den sociala strukturen. Det finns stora skillnader i levnadsvillkor mellan olika individer, grupper och i samhället (10). Idag pratas det om låg och hög socialekonomisk status. Olika levnadsvillkor och levnadsförhållanden som inverkar på socioekonomisk status är ekonomi, sysselsättning, kost, hälsa, sociala relationer, boende, utbildningsnivå, arbetsmiljö och födelseland (11). Individens levnadsvanor är de vanor som är betydelsefulla för allmänna hälsan och kan sammanfattas i vanor gällande alkohol, narkotika, mat, spel och tobak samt vanor för fysisk aktivitet (12). Dessa levnadsvanor och beteenden har stor betydelse för en god allmän hälsa. När det gäller till exempel kostvanor som påverkar en individs hälsa i stor omfattning så finns det stora skillnader mellan grupper med låg respektive hög social status vilket i stor grad kan kopplas till den ekonomi och de kunskaper individen har (13).

Individer med hög status väljer vanligtvis mer hälsosam mat och har bättre matvanor såsom regelbundna måltider och mer hemmalagad mat (14). Det finns ett samband mellan låg konsumtion av frukt och grönt och hög konsumtion av socker hos individer med lägre socioekonomisk status. I socioekonomiskt svaga områden har det även visat att den fysiska aktiviteten är lägre (15). En individs inkomst är en viktig bestämningsfaktor för god allmän hälsa eftersom en säker inkomst genom fast anställning eller liknande möjliggör grundläggande livsvillkor såsom bostad, tillgång till vård eller fordon (16). Det finns en hög relativ risk för sjukdom som härrör sig till de sociokulturella bestämningsfaktorerna såsom sämre levnadsvillkor, låg utbildning, övertygelser och olika kultur samt traditioners påverkan på den allmänna hälsan (17). En studie visade skillnader mellan befolkningen i de två olika socioekonomiska miljöer, alltså låg socioekonomi och hög socioekonomi, vilket delvis förklarades med skillnader i utbildningsnivå då högre utbildning var positivt korrelerad med god allmän hälsa (18).

Sociala faktorer kan ha betydelse för den allmänna hälsan. Arbetslöshet, låg socioekonomisk status och diskriminering har också visats vara en orsak till allmän ohälsa. Dessa faktorer kan öka sårbarheten och öka nivån av stress hos individen som i sin tur kan bidra till mindre goda levnadsvanor såsom rökning, sämre kostvanor, försämrade oral hygien och fysisk inaktivitet. Alla dessa faktorer kan bidra till allmän ohälsa och ökad frekvens av sjukdom (19).

En stark känsla av sammanhang (KASAM) är relaterad till bättre allmän hälsa medan en låg socioekonomisk status är förknippad med svag känsla av sammanhang och dålig hälsorelaterad livskvalitet. I begreppet KASAM ingår tre komponenter: *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*. Begriplighet syftar på individens upplevelse av yttre och inre skeenden, hanterbarhet handlar om de resurser som krävs av individen för att hantera dessa skeenden och meningsfullhet innebär engagemang i livets utmaningar (20). Förhållandet mellan känslan av sammanhang, hälsorelaterat beteende samt kunskap om och attityder gällande allmän hälsa anses viktigt. Detta eftersom en individ med en hög KASAM har en större chans att ha ett hälsosamt beteende och tillfredsställelse gällande sin allmänna hälsa (21).

## Beteende

Definitionen på begreppet beteende är individens reaktion på inre och yttre stimuli. Känslor, motiv och tankar kan anses som stimuli. Inom litteraturen används termen beteende för att beskriva individens levnadssätt som kan ge grund till ohälsa eller hälsa (22). Ett beteende kan skapas och styrs av miljö och genom att skapa andra behandlingsmetoder där miljön förändras går det även att skapa nya beteenden samt att erfarenhet även styr vårt beteende (23). Enligt socialstyrelsen hävdas det att forskning utgår ifrån att mänskligt beteende är automatiskt och styrs av yttre miljö (24).



## Egenvård/egenvårdsvanor

Egenvård kan definieras som de åtgärder en enskild individ själv kan utföra vid enkla sjukdomar/skador och vanliga symptom samt för att individen ska upprätthålla sin oral hälsa och sitt välbefinnande (25). En individs egen vilja är viktig då det är individen som skall utföra egenvården. Individens hälsorelaterade beteenden har en betydelse för egenvård och matvanor (5). Den upplevda tilltron som individen har till sin egen förmåga har en inverkan på beteende. Ju starkare den upplevda tilltron till förmåga är, desto större är viljan till egenvård. Det finns en mängd socioekonomiska faktorer såsom utbildning, kön, ålder, kulturellt ursprung och social bakgrund som påverkar individens hälsorelaterade beteende till egenvård (26). Exempel på oralhälsorelaterade egenvårdsinsatser är bland annat tandborstning (27). Egenvården är viktig för att förebygga och behandla gingivit, parodontit och karies som orsakas av olika mikroorganismer som livnär sig i den orala biofilmen (5).

## Tandvårdsbesök

Regelbundna tandvårdsbesök är viktiga för att få eller bibehålla god oral hälsa i ett längre perspektiv. Det är hälsofrämjande att besöka tandvården för regelbundna kontroller även om individen inte upplever obehag med sin orala hälsa (27). För att kunna uppnå eller bibehålla en god oral hälsa bör tillgång till ett fungerande tandvårdssystem vara tillgängligt, vilket kan bidra till minimering av att utveckla orala sjukdomar (26, 19). Goda tandvårdsvanor, där tandvårdsbesök kan sägas ingå, har det en påverkan på den orala hälsan (5).

## Problemformulering

Socioekonomiska faktorer innefattar många delar, som utbildningsnivå, inkomst och yrke (28). Vi vet väldigt lite om vad det finns för skillnader gällande socioekonomisk status mellan olika individer och grupper och kopplingen till hur skillnader i beteende vad gäller tandvårdsbesök och egenvård kan uppkomma. Det finns väldigt lite studier om hur socioekonomiska faktorer påverkar vilka oral hälsorelaterade beteenden som uppkommer på grund av den socioekonomi en vuxen individ har (29). Denna litteraturöversikt vill sätta fokus på vilken påverkan bestämningsfaktorn socioekonomi har på oralhälsorelaterade beteenden hos vuxna individer. Det är viktigt att sammanställa forskning på området och öka kunskapen för att tandvårdens arbete skall vara evidensbaserat. För författarna till denna studie är det inte känt om detta tidigare studerats på vuxna individer, många studier som har gjorts kring detta området har störst fokus på barn och ungdomar (29). En sammanställning av artiklar som beskriver hur socioekonomi kan påverka oralhälsorelaterade beteenden kan ge möjlighet till att identifiera faktorer som kan tänkas påverka den orala hälsan.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur bestämningsfaktorn socioekonomi påverkar oralhälsorelaterat beteende hos vuxna.

## Frågeställning

1. Påverkar socioekonomiska faktorer egenvårdsvanor?
2. Påverkar socioekonomiska faktorer tandvårdsbesök?

## Material och metod

### Design

Följande studie är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt syftar till att samla kunskap kring aktuell forskning inom det valda ämnet och sammanställa den (30).

### Datainsamling

Sökningar efter vetenskapliga artiklar genomfördes i databaserna Dentistry and Oral Science (DOSS) samt MEDLINE, tillgängliga via Jönköpings University bibliotek. Vid sökningen av vetenskapliga artiklar användes sökord på engelska relaterade till syftet. Sökorden användes enskilt och i kombinationer med sökoperatörerna AND och OR (30).

### Inklusions- och exklusionskriterier

Studier som utförts på vuxna individer 18+ ålder har inkluderats. Vetenskapliga artiklar som publicerades år 2000 och framåt inkluderades. DOSS och MEDLINE innehåller vetenskapliga artiklar på olika språk, därför kryssades rutan "English language" i för att enbart inkludera vetenskapliga artiklar samt peer-reviewed artiklar. Artiklar som är kvalitativa, kvantitativa eller av mixad design har inkluderats. Exklusionskriterierna för litteraturöversikten var review artiklar och artiklar som inte besvarade syfte.

### Urvalprocessen

Urvalet till litteratursökningen genomgick tre olika steg utifrån inklusion- och exklusionskriterierna. Vid det första urvalet lästes artiklarnas titlar. Titlarna som svarade på syftet gick vidare till andra urvalet och då lästes artiklarnas abstrakt. Artiklarna med relevanta abstrakt lästes i sin helhet för att bedöma relevansen till studiens syfte (30). Efter tredje urvalet fanns 12 artiklar kvar vilka ansågs svara på studiens syfte och som granskades avseende kvalitet. Urvalsprocessen redovisas i bilaga 1.

### Kvalitetsgranskning

Efter urval 3 lästes artiklarna av båda författarna i fulltext. Artiklarna granskades utifrån deras relevans till studien och utifrån gällande inklusions- och exklusionskriterier. Kvalitetsgranskningarna genomfördes utifrån en kvantitativ och kvalitativ granskningsmall inspirerade av Forsberg och Wengström (30) (bilagor 2, 3). Artiklarna lästes flertalet gånger av båda författarna för att värdera artiklarnas innehåll i låg, medel eller hög kvalitet (30). Totala antal möjliga poäng var 12, 0–5 poäng innebar att artikeln hade låg kvalitet, 6–9 poäng medelgod kvalitet och 10–12 poäng innebär hög

bedömd kvalitet (30). Av de 12 artiklar som valdes ut till litteraturöversikten hade sex artiklar hög kvalitet och fyra artiklar medelkvalité. Två artiklar hade låg kvalitet och exkluderades därför.

### Dataanalys

Första steget i analysen var att läsa igenom utvalda artiklar ett flertal gånger för att reda på syfte, avgränsningar, metod samt se om resultatet kan kopplas till syftet i denna studie. Steg två är att identifiera nyckelfynd. Steg tre är att sammanställa artiklarnas resultat. Vid steg fyra gjordes granskning av likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. Slutligen sker en presentation av resultat i löpande text som besvarar studiens två frågeställningar (31).

### Etiska överväganden

Artiklar som har inkluderats var etiskt godkända och har genomförts i enlighet med de forskningsetiska principerna (*Informationskravet, Samtyckeskravet, Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet*). God forskning innebär att inte utsätta omgivningen för risker och att ta ansvar för hur forskningsresultaten används (32). Författarna till studien har inte lagt in egna värderingar eller avsiktligt misstolkat resultaten i de granskade artiklarna och har kritiskt granskat de vetenskapliga artiklarna som använts (33). Det är viktigt att kontrollera att deltagarna i de olika studierna blivit informerade om samtycke till deltagande. En annan aspekt att ta hänsyn till vid skrivandet av en litteraturstudie är att hänvisa korrekt och inte plagiera någon annans resultat. Det är etiska överväganden som bör ses över vid skrivandet av rapporten (30, 32, 33).

## Resultat

Totalt valdes tio vetenskapliga artiklar (34–43) ut. Av dessa så bedömdes att fyra (35–38) besvarade studiens första frågeställning och sex (38–43) besvarade andra frågeställningen. Studiedesignen i de inkluderade artiklarna varierade, sju stycken (34,35,36,38-40,43) använde kvantitativa metoder, tre stycken (37,41,42) använde kvalitativa metoder.

Statistiskt signifikanta samband mellan socioekonomi och egenvårdsvanor påvisades i fyra stycken artiklar (34–37). Vidare visade sex stycken artiklar (38–43) statistiskt signifikanta samband mellan socioekonomiska faktorer och tandvårdsbesök. En sammanställning av de utvalda artiklarnas övergripande resultat redovisas i bilaga 4.

### Socioekonomiska faktorer som påverkar egenvårdsvanor

Totalt påvisade fyra artiklar (34–37) ett samband mellan socioekonomiska faktorer och egenvårdsvanor.

En kvalitativ studie (34) gjord i Iran 2020 visade socioekonomiskt relaterade ojämlikheter i munhygiensbeteenden hos vuxna. Resultatet visade på att ekonomiskt rikare regioner har bättre munhygien jämfört med ekonomiskt fattigare regioner.

I en Sydkoreansk tvärsnittsstudie (35) samlades data in via en enkät där 3767 individer deltog. I resultatet framkom det att deltagare i centrala delar och stadsområden borstade tänderna dagligen i större utsträckning än deltagare som var bosatta i förortsområden. Studiens resultat visade även att män var mer benägna att ha fler kvarvarande tänder jämfört med kvinnor. De med högre utbildningsnivå var mer benägna att ha fler kvarvarande på grund av godare oralhälsobeteende som innefattade daglig tandborstning, samt att dessa med lägre utbildningsnivå var mer benägna att ha färre antal kvarvarande tänder (35).

I en tvärsnittsstudie (36) gjord i Förenade Arabemiraten (UAE) tillfrågades 723 deltagare kring oralhälsorelaterade beteendevanor relaterat till demografiska data (utbildningsnivå, inkomst, kön, ålder, region, civilstånd). Resultatet visar att utbildningsnivå inte kan kopplas till vilka kunskaper om oral hälsa en individ har, däremot har det visat att individer som inte utövar goda egenvårdsvanor mycket troligen har en lägre utbildningsnivå. Totalt borstade 79% tänderna minst två gånger per dag och 45% använde tandtråd dagligen (övriga aldrig). Kvinnor hade både högre kunskapsnivåer om oral hälsa än män och bättre oralhälsorelaterat beteende (36).

En kvalitativ studie (37) utförd av Preet och Williams i Tanzania år 2016 visade att den orala hälsan är kopplat till sociala och beteendemässiga faktorer. Studien visade att kvinnor som befann sig i en högre socioekonomisk grupp var mer intresserade av att bibehålla goda egenvårdsvanor. Mindre goda egenvårdsvanor visade en association till lägre socioekonomisk status. Starkare samband mellan mindre goda egenvårdsvanor och lägre socioekonomisk status visades mer i Ghana och Sydafrika än i

Kina. Individer med universitetsutbildning och med högre inkomst i Kina innefattade godare beteenden till egenvårdsvanor och var därför mindre benägna att drabbas av parodontitsjukdomen (37).

### Socioekonomiska faktorer som påverkar tandvårdsbesök

Totalt visade sex studier ett samband mellan socioekonomiska faktorer och påverkan på tandvårdsbesök (38–43). En kvalitativ studie utförd i Malaysia 2018 visade att anledningen till att söka sig till tandvården var tandundersökning (18,6%) följt av tandstensborttagning (15,7%) och tandvärk (14,2%). Individer med lägre socioekonomisk status besökte tandvården vid akuta fall och de med lägre socioekonomi hade begränsad tillgång till tandvården då många var bosatta på landbygden (38).

Två tvärsnittsstudier undersökte demografisk profil (utbildningsnivå, kön, ålder, bostadsområde, yrke) relaterat till oralhälsorelaterat beteende. Tvärsnittsstudien gjord i Indien 2016 påvisade att de deltagare som hade lägre socioekonomisk status aldrig besökte tandvården, samt att dessa endast var oroliga avseende smärtlindring i jämförelse med de med högre socioekonomisk status. Personer med högre socioekonomisk status visade sig ha högre vilja att upprätthålla friska tänder genom tandvårdsbesök en gång var sjätte månad (39). I den norska tvärsnittsstudien som utfördes 2018 påvisade att individer med högre utbildning, inkomst och som levde i urbaniserade områden hade mindre behov av behandling samt använde sig mer av tandvårdstjänster (40).

En kvalitativ studie utförd av Ghorbani och Peres 2015 i Iran visade att individer med lägre socioekonomi (utbildning, yrke, bostadsområde) använde sig mindre frekvent av tandborstning, och av tandvårdstjänster då de arbetar och bor i mindre tillfredställande förhållanden (41).

I en artikel framkom att en högre socioekonomisk ställning under barndomen kunde förutsäga god oral hälsa i tonåren och i tidig vuxenålder, vilket i sin tur påverkade det oralhälsorelaterade beteendet för egenvård och tandvård på ett positivt sätt. Studien utfördes i Nya Zeeland och undersökte oralhälsorelaterade beteendemönster kopplade till munhälsovanor under ett års tid och totalt ingick 961 deltagare. Resultatet visade även en koppling mellan att rutinmässiga tandvårdsbesök och att borsta tänderna regelbundet ledde till bättre munhygienbeteende (42).

I en kvantitativ studien utförd i Kina 2019 påvisades ett samband mellan socioekonomi och tandvårdsbesök. Studien påvisade att endast 21% av befolkningen hade besökt tandvården under de senaste 12-månadersperioden och 80% besökte tandvården enbart på grund av akuta behov. Socioekonomiska faktorer som hushållets inkomst påverkade frekvensen av tandvårdsbesök. Kvinnorna var mer benägna att använda tandvården än män var, vilket påvisades bero på kunskapsnivå, attityd till oral hälsa och hur de såg på sitt tandhälsostatus (43).

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur bestämningsfaktorn socioekonomi påverkar oralhälsorelaterat beteende hos vuxna. Metoden som valdes var litteraturöversikt med ett urval av publicerade vetenskapliga artiklar hämtade ur två olika databaser, MEDLINE och DOSS. I en litteraturöversikt beskrivs och analyseras valda vetenskapliga artiklar som bedöms svara på syftet (31). Databassökningen resulterade i vetenskapliga artiklar som berör både medicin och tandvård vilket kan ses som en styrka därför att tandhälsa och allmänhälsa hör ihop. Ett antal sökord användes och kombinerades med AND och OR för att göra sökningen mer specifik (30). Sökorden valdes utifrån studiens syfte och flera sökord har använts för att hitta artiklar som behandlar socioekonomiska bestämningsfaktorer. Eventuellt kunde ännu flera sökord ha använts för att få fram fler artiklar men författarna anser att de artiklar som kom fram räckte för att besvara syftet då bland annat artiklar från flera olika världsdelar visade på liknande resultat. Det breda ämnet gav många sökträffar, vilket ses som en styrka av studien då många sökträffar kan tyda på att ämnet är aktuellt och behöver mer forskning. Artiklarna valdes ut med hjälp av en urvalsprocess i tre steg (30).

Att välja artiklar utifrån titel eller abstrakt före relevans kan vara en svaghet eftersom detta kan riskera att missa relevanta artiklar, eftersom abstrakten lästes noggrant så förutsätts det att en tillräcklig mängd av relevanta artiklar har kommit med i denna studie. Studiens författare har dessutom läst och kvalitetsgranskat artiklarna i urvalsprocessen noggrant utifrån en granskningsmall för att inkludera artiklar med så god kvalitet som möjligt (30).

Alla artiklar kvalitetsgranskades av båda författarna i syfte att öka validiteten med hjälp av granskningsmallen. Artiklarna lästes flertalet gånger för att förstå studiens syfte samt att skapa en tydlig bild av innehåll och resultat. Granskningsmallen har använts för att värdera artiklarnas innehåll i låg, medel eller hög kvalitet (30). För att kunna bedöma artikelns kvalitet värderades artiklarnas syfte, metod, resultat och diskussion genom poängsättning (30). Granskningsmallar som använts har ansetts varit lämpliga, dock var själva granskningsprocessen tidskrävande. Författarna ansåg att poängsystem (ja- och nej frågor) var bäst lämpat, för att undvika eget tyckande under granskningsfasen, vilket utgör en styrka för litteraturöversikten. Sex artiklar (35,36,38,40-42) ansågs ha hög kvalitet och fyra artiklar (34, 37,39, 43) ansågs ha medelkvalité, vilket stärker resultatets kvalitet och validiteten. Artiklar som ansågs ha låg kvalitet valdes att exkluderas från denna studie för att stärka arbetets validitet. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar kom med i urvalet, vilket kan ses som en fördel då resultatet från kvantifierbara statistiska data kan kompletteras med exempelvis genomförda intervjuer (30).

Ingen av de inkluderade artiklarna saknar godkännande av etisk kommitté, utan alla inkluderade artiklar har godkänts av en etisk kommitté eller liknande vilket stärker arbetets resultat.

Det har tagits hänsyn till att forskningsprocessen följer de fyra forskningsetiska principerna i de studier som har etiskt godkännande (32). Informationskravet som innebär att ge information om forskningens syfte till medverkande individer i studien, samtyckeskravet innebär att medverkande

individer ska ha makten över sin medverkan. Konfidentialitetskravet syftar till att medverkande individers personuppgifter inte ska lämnas ut till obehöriga samt nyttjandekravet som menar att insamlad informationen får endast användas i forskningssyfte (32, 33). Inklusionskriterier användes för att begränsa litteratursökningen och utgjordes av kriterier som passade ihop med syftet (30).

De angivna inklusionskriterierna var väl fungerande för denna studie eftersom de resulterade i ett acceptabelt antal slutligen utvalda artiklar. Årtalen på artiklarna begränsades till de som publicerades år 2000 och framåt. Begränsningen gjordes på grund av att forskningen skulle vara modern i forskningssammanhanget, och för att få den senaste forskningen, vilket får anses som en styrka. Majoriteten av artiklarna publicerades mellan år 2015–2020 vilket också får anses som en styrka. Författarna har valt att inkludera studier skrivna på engelska eftersom det finns få studier skrivna på svenska. Engelska är det dominerande vetenskapliga språket inom forskningssammanhang. Att avgränsa sökningarna till peer reviewed artiklar i databaserna säkerställde viss reliabilitet då peer reviewed innebär att artiklarna blivit granskade innan publicering. Som ett av inkluderingskriterierna för denna litteraturöversikt är studier som är utförda på vuxna individer 18+ ålder.

Deltagarna i de olika studierna var i olika åldrar från 18 år och uppåt, vilket återspeglade den vuxna befolkningen i olika åldersintervall. Möjligheten för att välja en begränsning på ålder fanns i MEDLINE databas och all adults inkluderade 19+ för att endast få studier som är utförda på vuxna individer, dock fanns inte den valbara möjligheten i databasen DOSS. Därför har författarna till denna studie granskat alla artiklars åldersgräns ifrån databasen DOSS för att endast inkludera vuxna individer. Exklusionskriterier användes för att exkludera kriterier som inte överstämmer med studiens syfte (31). Några artiklar exkluderades för att de inte uppfyllde kraven på ålder hos deltagarna, kraven på språk eller inte svarade på syftet för studien.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur bestämningsfaktorn socioekonomi påverkar oralhälsorelaterat beteende hos vuxna. Två frågeställningar användes för att besvara syftet på bästa sätt. Resultaten av denna litteraturöversikt var i viss mån förväntat då tidigare studier har påvisat att socioekonomin har en påverkan på den oralhälsorelaterade beteendet, dock har tidigare studier gjorts på barn och ungdomar (29). I resultatet framkom det att oavsett land förknippades oftast oralhälsorelaterat beteende till vilken socioekonomi en individ har. Samtliga tio studierna (34–43) visade tydliga samband mellan socioekonomins påverkan på egenvårdsvanor samt tandvårdsbesök. De socioekonomiska faktorer som påverkar den oralhälsorelaterade beteendet är, utbildningsnivå, inkomst, bostadsområde och även kön.

I tre studier (35–37) tas den socioekonomiska faktorn utbildning upp i förhållande till oralhälsorelaterat beteendet. Studien gjord i Sydkorea påvisade att de med högre utbildning hade godare oralhälsorelaterat beteende (35), i likhet till studien gjord av Preet och Williams som menar att

Individer med en universitetsutbildning har godare beteenden till egenvårdsvanor (37). Vidare menar den Sydkoreanska studien att de med högre utbildningsnivå har visats ha fler kvarvarande tänder i jämförelse med de med lägre utbildningsnivå (35), å andra sidan visar resultatet i studien som är gjord i Förenade Arabemiraten att det inte finns någon koppling till vilka orala kunskaper individen har, dock har det visats att de som inte utövar goda praktiska munhygiensbeteenden har en lägre utbildningsnivå (36).

Individer med rikedom och goda inkomstnivåer har visat godare beteenden till egenvårdsvanor (37). Å andra sidan visar en annan studie inget samband mellan låginkomsttagare och ett mindre bra oralhälsorelaterat beteende (34).

Två studier visade att de med lägre socioekonomisk status och individer bosatta i fattigare regioner hade sämre oral hälsa på grund av mindre frekvens av tandborstning och detta har visat mer kariesaktivitet (36, 43). Studien här visar att en högre socioekonomi (bostadsområde) under barndomen har lett till gynnsamma egenvårdsbeteenden (42).

I studien av Preet och Williams visas det att socioekonomiska faktorer som påverkar beteendet har påvisat ge mer parodontit i vissa grupper (37). Det är mer benäget att sjukdomen drabbar individer i urbaniserade områden i Kina än i Ghana och Sydafrika. Dock visade den sydkoreanska studien att individer bosatta i stadsområden och centralt är mer benägna att ha fler antal tänder jämfört med de i förortsområden (35, 37). Det har även i denna studie visat en koppling mellan bostadsområde och godare oralhälsorelaterade beteenden. Rikare regioner har bättre munhygienbeteenden jämfört med fattigare regioner (34).

Två studier visade att kvinnor som befinner sig i en högre socioekonomisk grupp har mer intresse, en högre kunskapsnivå och godare oralhälsorelaterat beteende än män. Kvinnor visades ha godare egenvårdsvanor än män (36, 37). Å andra sidan visade den Sydkoreanska studien att män är mer benägna att ha fler kvarvarande tänder än vad kvinnor har, och detta var på grund av att männen har en högre utbildning än kvinnorna i Sydkorea. På grund av detta visades det att männen med högre utbildning utövade godare munhygiensvanor än kvinnors med lägre utbildning. De goda munhygiensvanorna som utövades kunde exempelvis innefatta daglig tandborstning (35). Vidare noteras det i en studie gjord i Kina att kvinnor var mer benägna att besöka tandvården än männen på grund av högre kunskapsnivå, bättre attityder samt beteende till tandvård och hur de såg på sin tandhälsostatus samt att de hade bättre oralhälsorelaterat beteende än män (43).

I tre studier (37,38,42) påvisades ett samband mellan utbildningsnivå och tandvårdsbesök. Individer med lägre utbildningsnivå använde sig sällan av tandvården och visade sig ha fler antal utdragna tänder. Det fanns därmed ett samband mellan utbildningsnivån, tandvårdsbeteenden och antal tänder. Högre utbildade individer använde sig mer frekvent av tandvårdstjänster (37). Det har även visats att gynnsamma tandvårdsbeteenden ofta observerades bland deltagare med högre



utbildningsnivå (42, 43). Å andra sidan visar en studie inga samband mellan utbildningsnivån och användning av tandvårdstjänster och effekten på beteendet för oral hälsa (38).

Socioekonomiska faktorer påvisade ha en koppling till frekvensen av tandvårdsbesök, resultatet visade generellt på att individer som är i behov av tandvårdsbesök oftast undviker detta på grund av den otillräckliga ekonomiska förutsättningen (38,39,40, 43). Studien gjord i Malaysia påvisade samband mellan socioekonomi och frekvensen av tandvårdsbesök, där individer med lägre socioekonomisk status aldrig hade besökt tandvården trots att ett behov fanns och detta visades bero på den låga inkomsten (38). Däremot påvisade två studier att individer med högre socioekonomisk status hade godare tandvårdsbeteenden och besökte tandvården var sjätte månad (39, 40). Individer med högre inkomst hade mindre behov av behandling dock användes tandvård i högre utsträckning vilket antogs bero på deras socioekonomiska status (40).

Det har visat att de med lägre socioekonomisk status och som är bosatta på landsbygden oftare sökte sig till tandvården vid akuta besvär då tillgången till tandvård är begränsad. Studien som utfördes i Malaysia visade att anledningarna till att söka sig till tandvården var bland annat för tandundersökning och tandvärk (38). En likhet var funnen i studien som är gjord i Kina där studien ville ta fasta på och bevisa att det finns stora ojämlikheter i användandet av tandvård i Kina samt vilka faktorer som påverkade ojämlikheten, studien redovisar att majoriteten av individerna som deltog i studien, 80% besökte tandvården på grund av akuta besvär och att faktorer som hushållsinkomst bestämde frekvensen av tandvårdsbesöken och detta har visat en påverkan på oralhälsorelaterade beteendet (43).

En låginkomsttagare har i regel sämre medel för att kunna ta sig till tandvården eller betala för ett eller flera tandvårdsbesök vilket då också innebär att besöken blir mycket färre (44). Sämre ekonomi, som till exempel låg inkomst eller arbetslöshet, påverkar den upplevda orala hälsan och livskvaliteten negativt medan höginkomst och sysselsättning påverkar den positivt (44). Individer med lägre utbildningsnivå har färre tänder kvar, har fler kariesskador och sämre parodontala förhållanden och detta har visats i resultatet. Individer med högre utbildningsnivå har det motsatta vilket ger en god oral hälsa och bidrar till en bättre livskvalitet (45), dock har andra studier inte kunnat påvisa ett samband mellan utbildningsnivå och goda oralhälsorelaterade beteenden (36). Det finns ett samband mellan högre utbildning och inkomst vilket gör att de som har högre utbildning ofta också har det bättre ställt och känner sig mera fria att besöka tandvården när det behövs jämfört med de som har sämre ekonomi (44 ,45).

## Slutsats

De flesta studierna som granskades visade att socioekonomiska faktorer såsom fattigdom och lägre utbildningsnivå påverkade frekvensen av tandvårdsbesök och egenvårdsvanor mest på ett negativt sätt. I resultatet framkom det även att oavsett land förknippades oftast oralhälsorelaterat beteende till vilken socioekonomisk status individen har. Ju lägre status ju sämre oralt beteende gäller generellt.

Sämre ekonomi samt mindre tillgången till tandvård på landsbygden gör att individer med lägre socioekonomisk status besöker tandvården mindre sällan på grund av för långa resor och för höga kostnader. Det behövs mer forskning inom ämnet för att kunna ge tyngd åt dessa olika bestämningsfaktorer inom tandvården och för att ta reda på hur detta kan åtgärdas.

## Referenser

1. Carrouel F, Llodra JC, Viennot S, Santamaria J, Bravo M, Bourgeois D. Access to Interdental Brushing in Periodontal Healthy Young Adults: A Cross-Sectional Study. *PloS one* [Internet]. 2016 May 18 [cited 2020 Jun 3];11(5):e0155467. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=27192409&site=ehost-live>
2. AHMED ZU, SHAFIQ K, WALI A, SIDDIQUI TM, USMAN A, FOIZ. Knowledge, Attitude and Practices of Oral Health Amongst Low Socioeconomic Strata of Sindh. *Pakistan Oral & Dental Journal* [Internet]. 2016 Dec 31 [cited 2020 May 9];36(4):628–32. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ddh&AN=121205500&site=ehost-live>
3. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Journal of Public Health Dentistry* [Internet]. 2017 Winter [cited 2020 May 9];77(1):3–5. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ddh&AN=121698610&site=ehost-live>
4. FDI World Dental Federation. Risk Factors [Internet]. Geneva: FDI World Dental Federation; 2020. [citerad 2020-04-03] Hämtad från: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/risk-factors>
5. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology* [Internet]. 2018 jun 2 [cited 2020 May 10];89: S46–73. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=130287337&site=ehost-live>
6. Palmer, R & Soory, M. Modifying Factors. In: Lindhe, J, Lang, NP & Karring, T. (eds.) *Clinical Periodontology and Implant Dentistry – Fifth Edition*. Oxford: Blackwell Munksgaard. 2008, s. 307-311
7. Ricketts D. Dental Caries: The Disease and its Clinical Management 3rd edn. *Dental Update* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 May 10];42(9):855. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=111200500&site=ehost-live>

8. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Karies: diagnostik, riskbedömning och icke invasiv behandling: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
9. Region Norrbotten. Vad är folkhälsa? Regionnorrbotten; 2018 [Internet]. [cited 2020 May 10] Hämtad från: <https://www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Folkhalsa/Folkhalsa/Vad-ar-folkhalsa/>
10. Giddens A, Sutton PW, Ekerwald H. Sociologi. 5., rev. och uppdaterade uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
11. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dentistry & Oral Epidemiology [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 May 10];37(1):1–8. Tillgänglig från:<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=105631266&site=ehost-live>
12. Schnohr C, Højbjerg L, Riegels M, Ledet L, Larsen T, Schultz-Larsen K, et al. Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. Scandinavian journal of public health [Internet]. 2004 [cited 2020 May 11];32(4):250–6. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=15370764&site=ehost-live>
13. Pechey R, Monsivais P. Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: Exploring the contributions of food expenditures. Preventive medicine [Internet]. 2016 Jul [cited 2020 Jun 3];88:203–9. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=27095324&site=ehost-live>
14. Pechey R, Monsivais P. Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: Exploring the contributions of food expenditures. Preventive medicine [Internet]. 2016 Jul [cited 2020 May 12];88:203–9. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=27095324&site=ehost-live>
15. Giskes K, van Lenthe FJ, Kamphuis CBM, Huisman M, Brug J, Mackenbach JP. Household and food shopping environments: do they play a role in socioeconomic inequalities in fruit and vegetable consumption? A multilevel study among Dutch adults. Journal of epidemiology and community health [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 May 12];63(2):113–20. Tillgänglig från:

<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=18801797&site=ehost-live>

16. Shipley MJ. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *American journal of public health* [Internet]. 2001 Feb [cited 2020 May 12];91(2):277–83. Tillgänglig från:  
<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=11211638&site=ehost-live>
17. Folkhälsomyndigheten. Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop? [Internet]. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2015; [Citerad 2020-05-28] Hämtad från:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ca6067606d8847f7945e922642853caf/utbildning-halsa-faktablad.pdf>
18. Faresjö T, Rahmqvist M. Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010 Aug;38(6):605–10. Tillgänglig från:  
<http://web.a.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/ehost/detail/detail?vid=2&sid=c2a85a8c-e61d-483f-892a-b799e364a1bb%40sdc-v-sessmgr01&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCx1aWQmc2loZT1lG9zdC1saXZl#AN=20595248&db=cmedm>
19. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of Epidemiology & Community Health* [Internet]. 2006 dec [cited 2020 May 10];60(12):1027–33. Tillgänglig från:  
<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=106254197&site=ehost-live>
20. Antonovsky A, Elfstadius M. *Hälsans mysterium*. Ny utg. / förord av Lennart Levi. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
21. Nilsson B. *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv?: aspekter på stabilitet, kön, hälsa och psykosociala faktorer*. Umeå: Umeå Universitet; 2002.
22. *Psykologiguiden*. *Psykologilexikon- beteende*. [Internet]. *Psykologiguiden*; [citerad 2020 mars 23] Hämtad från: <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=beteende>
23. Aroseus, F (2014) *Behavioristiskt perspektiv*. Hämtad 13 maj, 2020 Hämtad från: *Lätt att lära* <https://lattattlara.com/psykologiska-perspektiv/behavioristiskt-perspektiv/>

24. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård (HSLF-FS 2018-2-4) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 10 maj 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf>
  
25. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 10 maj 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>
  
26. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* [Internet]. 2011 Dec [cited 2020 May 10];39(6):481–7. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=104598748&site=ehost-live>
  
27. van der Weijden GA, Hioe KPK. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *Journal of clinical periodontology* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 3];32 Suppl 6:214–28. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=16128840&site=ehost-live>
  
28. Statistikmyndigheten: SCB. Socioekonomiska indelning (SEI). [Internet]. [okänt år] Hämtad från: <https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/socioekonomisk-indelning-sei/>
  
29. Vårdgivarwebb. Socioekonomi och tandhälsa. [Internet]. Linköping: Region Östergötland; 2016 [publicerad 09-2016] Hämtad från: [https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/43086/Socioekonomi\\_och\\_tandhalsa\\_2015\\_b.pdf](https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/43086/Socioekonomi_och_tandhalsa_2015_b.pdf)
  
30. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 3. uppl. Stockholm: Natur & Kultur; 2013.
  
31. Friberg F. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
  
32. Kjellström, S. Forskningsetik. I M. Henricson (Red), Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad 1.uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
  
33. Helgesson G. Forskningsetik. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2015.

34. Soofi M, Pasdar Y, Karami Matin B, Hamzeh B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, et al. Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: a cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020 Feb 28 [cited 2020 Apr 10];20(1):1–11. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ddh&AN=141984505&site=ehost-live>
35. Kim H, Ha T, Kim M, Jun E, Jeong S, Kim J. Factors related to number of present teeth in Korean elderly adults aged 55–84 years. *International Journal of Dental Hygiene*. 2016 May; [Internet]. [cited 2020 Apr 10];14(2):151–8. Tillgänglig från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=041c6c17-b4ba-4ae1-aabd-fd9a95849b7b%40pdc-v-sessmgr06>
36. Gharbieh E, Saddik B, El-Faramawi M, Hamidi S, Basheti M, Basheti M. Oral Health Knowledge and Behavior among Adults in the United Arab Emirates. *BioMed research international* [Internet]. 2019 Feb 6 [cited 2020 Apr 24];2019:7568679. Tillgänglig från: <http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=30881996&site=ehost-live>
37. Kailembo A. Common risk factors and edentulism in adults, aged 50 years and over, in China, Ghana, India and South Africa: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC Oral Health* [Internet]. 2016 Jan 1;17(1):29. Tillgänglig från: <http://search.proquest.com/docview/1808196623/>
38. Jafaar A, Nasir W.M, Mumin A.N, Elias A.N.N, Sabri M.A. Reasons for seeking dental care among adults at an academic dental centre and the associated factors. (2018). *Archives of Orofacial Sciences.*, 13(2), 104-111 [Internet]. [cited 2020 Apr 10] Tillgänglig från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9f04b5bd-0645-4eco-bb6b-5301afd0a4df%40pdc-v-sessmgr04>
39. Oberoi S, Sharma G, Oberoi A. A cross-sectional survey to assess the effect of socioeconomic status on the oral hygiene habits.(Original Article)(Survey). *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2016 Sep 1;20(5):531–42.
40. Holde GE, Baker SR, Jönsson B. Periodontitis and quality of life: What is the role of socioeconomic status, sense of coherence, dental service use and oral health practices? An exploratory theory-guided analysis on a Norwegian population. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018 Jul;45(7):768–79.
41. Z, Peres KG. Is the association between socioeconomic status and nonreplaced extracted teeth mediated by dental care behaviours in adults? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2015 [Internet]. [cited 2020 Apr 10]; Dec;43(6):532–9. Tillgänglig från:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1c8dde72-6cd4-4d74-af41-e8fa3b13ea18%40sessionmgr103>

42. Broadbent J., Zeng J, Foster Page L., Baker S., Ramrakha S, Thomson W. Oral Health–related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. *Journal of Dental Research*. 2016 Jul [Internet]. [cited 2020 Apr 10];95(7):808–13. Tillgänglig från:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=83573822-ed0e-4ac5-a74a-a3e7cb96be8c%40pdc-v-sessmgr06>
43. Xu M, Cheng M, Gao X, Wu H, Ding M, Zhang C, et al. Factors associated with oral health service utilization among adults and older adults in China, 2015-2016. *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Apr 24];48(1):32–41. Tillgänglig från:  
<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=cmedm&AN=31621099&site=ehost-live>
44. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2005 Sep [cited 2020 May 10];83(9):711–8. Tillgänglig från:  
<http://search.ebscohost.com.proxy.library.ju.se/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=c8h&AN=106089595&site=ehost-live>
45. World Health Organisation. Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Executive summary. [Internet]. 2008 [citerad 2012 maj 25]. Hämtad från:  
[https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)



Bilaga 1 urvalsprocess

<b>Databas</b>	<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Resultat</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>	<b>Urval 3</b>
DOSS EBSCOhost)	2020- 05-06	<i>Oral Health or Oral Hygiene or Dental Health (AB-abstract) AND Socioeconomic Status (TI-title) OR socioeconomic factors in adults AND Behaviour,</i>	178	8	6	2
DOSS EBSCOhost)	2020- 05-06	<i>Socioeconomic factors impact on Oral Health OR Socioeconomic status impact on Oral Hygiene AND Oral- health related behaviours</i>	241	11	4	2
DOSS (EBSCOhost)	2020- 03-26	<i>Oral Health-Related of Elderly adults (AB Abstract) OR beliefs and values in oral health (TI Title) OR behaviour in adults</i>	1,138	25	18	6
MEDLINE	2020- 04-10	<i>Determinants or factors or causes AND attitudes or perceptions or opinions or thoughts or feelings or beliefs AND Oral health ("MH")</i>	770	20	14	2

## Bilaga 2 Granskningsmall för kvantitativa studier

1. Är syftet tydligt beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Är designen lämplig utifrån syftet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Är urvalsförfarandet beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Är urvalet representativt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Är gruppstorleken adekvat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
6. Finns det några kriterier för inklusion och exklusion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
7. Finns det etiskt resonemang?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
8. Är mätinstrumentet beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
9. Är reliabiliteten diskuterad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
10. Är validiteten diskuterad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
11. Är huvudresultatet tydligt beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
12. Har resultatet klinisk betydelse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Sammanfattande bedömning av kvalitet Hög  Medel  Låg

## Bilaga 3 Granskningsmall för kvalitativa studier

1. Är syftet tydligt beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Finns vilken kvalitativ metod som användes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Finns det några kriterier för inklusion och exklusion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Finns det beskrivet var genomfördes undersökningen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
6. Finns det beskrivet hur undersökningens grupp kontaktades?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
7. Är urvalsmetoden beskriven?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
8. Finns det tydligt beskrivning av undersökningsgruppen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
9. Finns det etiskt resonemang?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
10. Är mätinstrument beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
11. Är huvudresultatet tydligt beskrivet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
12. Har resultatet klinisk betydelse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Sammanfattande bedömning av kvalitet Hög  Medel  Låg

## Bilaga 4: Artikelöversikt

Författare, land och årtal	Titel	Syfte	Urval och metod	Resultat	Kvalitet
Xu M, Cheng M, Gao X, Wu H, Ding M, Zhang C, et al.  (2019) China	Factors associated with oral health service utilization among adults and older adults in China 2015–2016	Att studera andel besök i tandvården under en 12-månaders period samt att hitta avgörande faktorer för att öka besöken.	Anders behavior model. Kvantitativ tvärsnittsstudie. Deltagare var mellan 35–74 år.	21% besök i tandvården och 80% av dessa för avhjälpande behandling. Viktiga faktorer: öka kunskaper jobba med attityder samt att förbättra det allmänna tandvårdssystemet.	Medel

Abu-Gharbieh E, Saddik B, El-Faramawi M, Hamidi S, Basheti M, Basheti M.  United Arab Emirates 2019	Oral Health Knowledge and Behavior among Adults in the United Arab Emirates	Att undersöka orala kunskapsnivåer samt beteenden bland vuxna bosatta i UAE samt att bestämma relationer mellan dessa och oral hälsa.	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Oral undersökning för att bedöma kunskap och beteende om munhälsa 630 deltagare	Resultaten visade att ålder, kön, nationalitet, rökning och fysisk aktivitet var signifikant förknippade med kunskapsresultatet.	Hög
Kailembo A, Preet R, Stewart Williams J  Kina, Ghana, Indien, Sydafrika  (2016)	Common risk factors and edentulism in adults, aged 50 years and over, in China, Ghana, India and South Africa: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)	Att öka förståelsen för förekomst av edentulism och sambandet mellan riskfaktorer och edentulism hos vuxna över 50 år med hjälp av nationellt representativa prover från Kina, Indien, Indien och Sydafrika.	Kvalitativ studie. Intervjuer på landsbygd kring levnadsvillkor för edentualism. Vuxna mellan 18–49 år och	Parodontit är en slutlig markör för den orala hälsan. Sjukdomen vanlig bland äldre vuxna och fattigare population. Sociala och beteendemässiga riskfaktorer är kopplat till oral hälsa.	Medel
Holde GE, Baker SR, Jönsson B  Norge (2018)	Periodontitis and quality of life: What is the role of socioeconomic status, sense of coherence, dental service use and oral health practices? An exploratory theory-guided analysis on a Norwegian population.	Att undersöka hur befolkningsegenskaper/demografi är kopplade till tandhälsobeteende och hur detta i sin tur är kopplat till periodontit samt vilken påverkan det får på den orala hälsan.	Anders behavior model. Kvantitativ tvärsnittsstudie. Vuxna 20–79 år gamla i Troms län. 1 986 deltagare	Komplexa relationer finns mellan demografi, tandhälsobeteende samt påverkan på orala hälsan. Periodontitis beror främst av socioekonomiska faktorer samt rökning. Regelbundna tandvårdsbesök påverkar inte graden av periodontitis. Stor variation i användningen av tandvårdstjänster.	Hög
Soofi M, Pasdar Y, Karami Matin B, Hamzeh B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, et al  Iran, (2020)	Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: a cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study	Att beskriva och med statistiska metoder räkna ut socioekonomiskt relaterade ojämlikheter. Faktorerna som studerades var tandborstning och användning av tandtråd samt kombinationen av dessa.	Kvantitativ tvärsnittsstudie. 130 016 deltagare. Vuxna över 35 år. 14 kohortcentra i Iran.	Låg prevalens av rekommenderad munhygien. Stor ojämlikhet mellan individer som kommer från rika resp. fattiga socioekonomiska områden. Ojämlikheten störst för status, därefter graden av utbildningsnivå samt på tredje plats provins/kohort. Viktigt politiska interventioner för de fattiga och lågutbildade medelålders och äldre i bör beslutas och införas.	Medel
Jaafar A, Nasir WM, Mumin NA, Elias	Reasons for seeking dental	Syfte var att undersöka skälen till att söka tandvård och de faktorer som påverkar detta	Retrospektiv kvantitativ studie, insamlade data var från tidigare	Resultaten har visat att anledning till att söka sig till tandvård var 63% i syfte för behandling av en skada eller	Hög

NNA, Sabri MAM. Malaysia (2018)	care among adults at an academic dental centre and the associated factors	beslut bland vuxna patienter.	dokumenterade kliniska journalhandlingar. Totalt var det 344 individer som medverkade.	sjukdom och 37 % var för förebyggande syfte. Ett signifikant samband hittades mellan ålder och kön men ingen signifikant skillnad hittades mellan etnicitet och yrkesstatus.	
Ghorbani Z, Peres KG Tehran, Iran (2015)	Is the association between socioeconomic status and nonreplaced extracted teeth mediated by dental care behaviours in adults?	syfte är att undersöka socioekonomiska ojämlikheter i oral hälsa och tandvård. I metoden användes två huvudsakliga exponeringarna (SES) och dessa mättes med hjälp av två olika markörer: utbildning (skolår) och förmögenhetsindex.	Kvalitativ tvärsnittsstudie av telefonintervjuer deltagarna som ingick i studien var 18 år och äldre.	Studiens resultat visade att dessa med lägre utbildningsnivå och lägre socioekonomi använde sig mindre frekvent av tandborstning, tandtråd och tandvårds service och därför visade det sig dessa individer vara mer karies aktiva samt led av parodontala sjukdomar.	Hög
Kim H, Ha T, Kim M, Jun E, Jeong S, Kim J Sydkorea (2016)	Factors related to number of present teeth in Korean elderly adults aged 55–84 years	syfte för undersökningen är att samla in nationell information om hälsostatus, hälsomedvetenhet och beteende samt näringsintagstatus för sydkoreanska medborgare.	Kvantitativ tvärsnittsstudie med enkätfrågor. Ta hälso- och näringsundersökningar (KNH-ANES-IV) och sammanställa data från KNH-ANES-IV frågeformulär. vuxna mellan 55–84 år.	resultatet var liknande till tidigare studier som visade att individer bosatta i stadsområden och centralt var mer benägna att ha fler antal tänder jämfört med de i förortsområden.	Hög
Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM Nya Zeeland (2016)	Oral Health–related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course	Studiens syfte var att undersöka möjliga tillväga gåingar för munhälsa från födelse till vuxen ålder (38 år)	En kvalitativ studie. En longitudinell undersökning av hälsa och beteende för tandvården och egenvård. Studiemedlemmar föddes i Dunedin, Nya Zeeland	Positiva erfarenheter för tandvården i tidig ålder förutsäger bättre självoptimerade munhygiensvanor och egenvård vid åldrarna 26 och 32 år, samt rutinmässiga tandvårdskontroller och att borsta tänderna regelbundet har lett till godare munhygiensbeteende.	Hög
Oberoi S, Sharma G, Oberoi A. A (2016) Indien	A cross-sectional survey to assess the effect of socioeconomic status on the oral hygiene habits	undersöka direkta och indirekta samband mellan befolkningslära, munhälsobeteenden, orala hälsoeffekter och parodontit.	Kvantitativ tvärsnittsstudie utfördes på 1,886 individer mellan 20–79 år.	individer med högre känsla av sammanhang (SOC) förknippades med mer användning av tandvårdstjänster, SOC förknippas även med mindre påverkan på orala hälsan.	Medel