

Anne Nordrehaug Åstrøm, Ferda Gulcan og Manal Mustafa

Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge – en representativ befolkningsundersøkelse

Strategien for å redusere sosiale ulikheter i oral helse har vært å gi barn og unge (0–18 år) samt grupper av voksne med spesielle behov vederlagsfritt behandlingstilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten. Et relevant spørsmål er om det er sosiale forskjeller i unge voksnes orale helserelaterte livskvalitet til tross for tannhelsetjenestens innsats gjennom barne- og ungdomsårene? Den foreliggende spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført høsten 2016 og omfatter et representativt utvalg av voksne i Norge i alderen 25–35 år. Det ble søkt svar på følgende spørsmål: øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende alder og økende antall tapte tenner fra 25 til 35 år, er der sosiale forskjeller i oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne, er forskjeller i oral helserelatert livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn uavhengig av forskjeller i tannstatus. Resultatene viste at en betydelig andel unge voksne har erfaring med redusert oral helserelatert livskvalitet. Overraskende var omfanget størst i den yngste aldersgruppen 25–29 år. Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne var vurdert dårligst blant individer med innvandrerbakgrunn, lav utdanning og lite sosialt nettverk. Variasjonen etter alder og sosiale kjennetegn lot seg ikke forklare av variasjon i tannstatus blant unge voksne i Norge.

Tannstatus i den norske befolkning er blitt bedre, og studier tilsier at andelen tannløse i Europa er redusert over tid (1–3). Mens hver sjettede voksen i Norden var helt tannløs på begynnelsen av 1970-tallet, gjelder tilsva-

Forfattere

Anne Nordrehaug Åstrøm, forsker, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland og professor Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen.

Ferda Gulcan, PhD stipendiat. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Manal Mustafa, forsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland

rende for hver tretti tredje nordmann etter årtusenskiftet (4). Dette til tross, informasjon om tannhelse og livskvalitet i den norske voksne befolkning er svært begrenset (5,6). Sammenlignet med epidemiologiske undersøkelser over tannstatus og tannsykdom er nordiske studier av oral helserelatert livskvalitet sjeldent forekommende. Det er altså mangelfull kunnskap om hvordan forhold i munnhulen påvirker daglige gjøremål og trivsel i alle aldersgrupper av den norske befolkningen.

Et skille mellom sykdom og helse kan tilbakeføres til Verdens Helseorganisasjons definisjon av helse som ikke bare fravær av sykdom men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære (7,8). Ifølge denne definisjonen er helse noe mer enn fravær av sykdom. God helse og livskvalitet kan oppleves uavhengig av sykdom og fysisk skade. For eksempel vurderer noen sin tannhelse som god selv om alle naturlige tenner er gått tapt (9). Mens tannsykdom studeres ved hjelp av kliniske og epidemiologiske målemetoder, kan opplevd tannhelse måles enklest ved at man ber personer vurdere sin tannhelse på en skala fra meget god, til meget dårlig. I tillegg er det utviklet en rekke indekser til bruk ved vurdering av oral helserelatert livskvalitet. I dette begrepet inkluderes betydningen av oral helse for menneskers livskvalitet (7,8). Holst og Dahl (10) brukte indeksen Oral Health Impact Profile 14 (OHIP 14) i en deskriptiv studie av oral helserelatert livskvalitet i den norske voksne befolkningen. Åstrøm og medarbeidere (11,12) brukte indeksen Oral Impacts on Daily Performances, OIDP, i et landsrepresentativt utvalg av norske voksne og

Hovedbudskap

- En betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helserelatert livskvalitet.
- Omfanget av redusert oral livskvalitet var størst i den yngste aldersgruppen, blant deltakere med innvandrerbakgrunn, lav utdanning og lite sosialt nettverk.
- Kunnskap om sosiale forskjeller i unge voksnes tannhelse og orale helserelaterte livskvalitet er viktig for planlegging av fremtidens tannhelsetjenester.

kartla om problemer fra tenner og tannkjøtt har betydning for åtte forskjellige daglige gjøremål.

Teoretisk er oral helse relatert livskvalitet antatt å være en kompleks funksjon av sosiale og personlige faktorer og ikke primært en konsekvens av tann- og sykdomsstatus (7,8,13,14). Et uventet funn i flere studier er at forekomst av redusert oral helse relatert livskvalitet synker med økende alder, unge voksne opplever mer ubehag og problemer med sin tannhelse sammenlignet med den eldre del av befolkningen (10,11,12). Tilsvarende retning på sammenhengene mellom alder og oral livskvalitet er også observert i longitudinelle studier av eldre over 65 år i Norge og Sverige (5). Andre har funnet at redusert livskvalitet knyttet til tenner og tannkjøtt øker med økende alder eller at oral livskvalitet ikke er påvirket av alder i det hele tatt (16). Noen studier har påvist sammenhenger mellom tanntap og redusert oral helse relatert livskvalitet samt ulikheter knyttet til sosiale kjennetegn, mens andre studier ikke har kunnet verifisere slike sammenhenger. I panelstudier blant eldre over 65 år i Norge og Sverige har man funnet at sosiale forskjeller i livskvalitet opprettholdes over tid og ikke primært skyldes påvirkning i seint voksent livsløp (15). Tidligere nordiske studier har også vist at forbedringen i tannstatus har vært større i de lavere enn i de høyere sosiale status grupper hvilket tyder på en reduksjon i sosiale forskjeller over tid (17). Resultatene fra studier av oral helse relatert livskvalitet varierer altså mellom ulike land og mellom undergrupper i samme befolkning, sannsynligvis fordi helsekulturelle oppfatninger varierer og at valg av måleinstrument gir ulike resultater. Fremdeles vet man lite om hvordan alder og sosiale faktorer påvirker oral helse relatert livskvalitet i den en yngre del av Norges voksne befolkning.

Kunnskap om hvordan sosiale kjennetegn henger sammen med oral helse relatert livskvalitet i ulike befolkningsgrupper er viktig for planlegging av fremtidens tannhelsetjenester. Det antas at alder og sosiale forhold hver for seg påvirker oral helse relatert livskvalitet blant unge voksne i Norge. Det antas også at sosiale kjennetegn påvirker oral helse relatert livskvalitet indirekte gjennom tannstatus. I den foreliggende studien av unge norske voksne søkes det svar på følgende spørsmål: 1) øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende alder fra 25 til 35 år, 2) øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende antall tapte tenner blant unge voksne, 3) er der sosiale forskjeller i oral helse relatert livskvalitet blant unge voksne i Norge 4) er forskjeller i oral livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn uavhengig av forskjeller i tannstatus?

Metode

Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av web-baserte spørreskjema i september-oktober 2016. Skjemaene ble sendt ut av NORSTAT (www.norstat.no) til et enkelt tilfeldig utvalg av voksne i alderen 25–35 år. I alt ble skjema sendt ut til 9052 voksne i den aktuelle aldersgruppen. Utvalget ble trukket per telefon fra Norstat's internetpanel som dekker 96,3 % av den voksne befolkningen i Norge, 15–100 år. Total svarprosent ble 29 % (2635/

9052). I tillegg ble 84 personer fjernet på grunn av ufullstendige besvarelser. Analysene i denne artikkelen er basert på et utvalg bestående av 2551 personer i alderen 25–35 år. Utvalget er vektet opp mot befolkningens sammensetning på kjønn, alder og landsdel. Prosjektet er godkjent fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) høsten 2016.

Sosiale kjennetegn ble målt med følgende variabler: alder, kjønn, norsk/utenlandsk bakgrunn, utdanningsnivå, sivilstatus, bruttoinntekt og antall personer i det sosiale nettverket. Tannstatus ble målt som antall gjenværende egne tenner og selvrappor-tert oral helse ble målt med spørsmålet «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med tennene dine slik de er i dag». Responskategorier var 1=svært fornøyd, 2= fornøyd, 3= hverken fornøyd eller

Tabell 1. Frekvensfordeling av antall tenner, selvrappor-tert tannhelse og sosiale kjennetegn blant unge voksne 25–35 år (n=2551)

Variabler	Kategorier	% (n)
<i>Antall tenner</i>		
	Alle tenner	68,9 (1758)
	Mistet en eller flere	31,1 (793)
<i>Selv rapportert tannhelse</i>		
	Fornøyd	58,1 (1482)
	Misfornøyd	41,9 (1069)
<i>Fødeland</i>		
	Norge	91,5 (2333)
	Nordisk land	2,6 (66)
	Utenfor Norden	6,0 (152)
<i>Sivilstatus</i>		
	Enslig	36,6 (935)
	Samboer/gift	63,4 (1616)
<i>Høyeste utdanning</i>		
	Grunn/videregående	27,3 (679)
	Bachelor	38,6 (962)
	Universitet/høyskole	34,1 (850)
<i>Bruttoinntekt</i>		
	400 000 eller mer	19,5 (413)
	400 001–800 000	41,2 (876)
	>800 000	39,3 (835)
<i>Sosialt nettverk</i>		
Lite (maks 3–5 personer)	Få personer 3–5	26,7 (682)
Stort (> 5 personer)	Flere personer >5	73,3 (1869)

misfornøyd, 4= misfornøyd og 5 = svært misfornøyd. For analyse ble variabelen ble omkodet til (1) fornøyd (opprinnelige kategorier 1,2) og (2) misfornøyd (opprinnelige kategorier 3–5). Livskvalitet relatert til oral helse ble målt ved hjelp av skalaen Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) (13). OIDP består av 8 enkle spørsmål angående problemer med daglige gjøremål på grunn av plager med tenner og munnhule. Hvert spørsmål er målt på en femgradert skala fra (1) hver dag eller nesten hver dag til (5) aldri. Enkeltspørsmålene er omkodet, (1) plager en gang i måneden eller oftere (opprinnelige kategorier 1–4) og (0) aldri plager (opprinnelig kategori 5) og summert til en 0–8 skala som angir antall plager (impacts). Indre konsistens reliabilitet for OIDP-skalaen målt etter Chronbach's alpha var 0.89. OIDP-skalaen er tidligere validert i et landrepresentativt utvalg av norske voksne i alderen 16–67 år og i en prospektiv kohortstudie av norske eldre fra 65 til 70 års alder (5,11,12).

Statistiske analyse

Data ble analysert i SPSS, Statistical Package for Social Sciences 22 (IBM Corporation, NY, USA). Krysstabeller er utført med Kji-kvadrat. ANOVA-analyse er utført for å måle gjennomsnitt på sum OIDP-skala etter selvrappert oral helse. Flervariabel analyse er utført med logistisk regresjon der odds ratios (OR) og 95 % konfidensintervall (KI) angir styrke og presisjon på sammenhenger mellom sosiale kjennetegn, tannstatus og oral helse relatert livskvalitet.

Tabell 2. Redusert oral livskvalitet etter OIDP-skalaen. % (n) som angir redusert oral livskvalitet minst en gang i måneden

I løpet av de siste 6 måneder- hvor ofte har ulike plager med tenner og tannkjøtt gjort det vanskelig for deg å:	% (n) Totalt	% (n) 25–29 år	% (n) 30–35 år
Spise	40,7 (1037)	43,1 (509)	38,6 (529)*
Snakke tydelig	11,7 (300)	13,1 (155)	10,6 (145)*
Rengjøre tenner	26,2 (668)	30,3 (358)	22,6 (310)**
Sove og slappe av	18,6 (474)	20,8 (246)	16,7 (228)*
Smile og vise tenner	18,0 (460)	18,4 (218)	17,7 (242)
Være følelsesmessig stabil	13,8 (351)	15,6 (184)	12,2 (167)*
Glede seg over sosialt samvær	13,3 (339)	13,6 (161)	13,0 (178)
Utføre daglige gjøremål	9,5 (242)	10,6 (125)	8,5 (117)
En eller flere problemer etter OIDP	51,0 (1300)	53,7 (635)	48,5 (665)*

**p<0.001, *p<0.05

Resultat

En analyse av representativiteten i utvalget tilsier at de yngre deltakere, 25–29 år, utgjorde 46 %. Tilsvarende andel i befolkningen, 25–39 år, var 46,3 % per desember 2016. Andelen 30–35-åringer i utvalget og i befolkningen var henholdsvis 54 % og 53 %. Kjønnfordelingen i utvalget var 51 % menn og 49 % kvinner. Tilsvarende fordeling i befolkningen var 51,3 % versus 48,7 %. Prosentfordeling 25–39-åringer i utvalget var 9,5 (Nord Norge), 14,7 (Midt Norge), 21,7 (Vestlandet), 32,6 (Østlandet), 6,9 (Sørlandet med Telemark) og 14,5 (Oslo). Tilsvarende prosent andeler 20–44-åringer på landsbasis var 8,6, 8,7, 26,1, 31,5, 8,4 og 16,5 (<https://www.ssb.no/befolkning>).

Tabell 3. Prosentandel deltakere med redusert livskvalitet etter selvrappert tannhelse og antall tenner(n=2551)

	Fornøyd % (n)	Misfornøyd % (n)	Alle tenner % (n)	Tapt en eller flere % (n)
Vanskelig å spise	30,4 (450)	54,9 (597)**	35,34 (621)	52,5 (416)**
Vanskelig å snakke tydelig	8,8 (130)	15,9 (170)**	9,2 (162)	17,4 (138)**
Vanskelig med tannrengjøring	19,2 (285)	35,8 (383)**	22,2 (390)	35,2 (279)**
Vanskelig å sove og slappe av	12,3 (183)	27,2 (291)**	15,1 (265)	26,3 (208)**
Vanskelig å smile og vise tenner	9,2 (136)	30,3 (324)**	13,5 (238)	28,0 (222)**
Vanskelig å være følelsesmessig stabil	8,7 (129)	20,8 (222)**	10,0 (175)	22,2 (176)**
Vanskelig å glede seg over sosialt samvær	7,7 (114)	21,0 (225)**	9,9 (175)	20,8 (165)**
Vanskelig å utføre daglige gjøremål	6,1 (91)	14,1 (151)**	6,8 (119)	15,5 (123)**
En eller flere problemer	38,9 (577)	67,6 (723)**	45,1 (794)	63,8 (506)**

**p<0.001, *p<0.05

Tabell 4. Gjennomsnittlig sumskår OIDP etter selvopplevd tannhelse (n=2551)

Selvopplevd tannhelse	Sumskår Gjennomsnitt (sd)	
Svært fornøyd	0.7 (1.7)	293
Fornøyd	1.1 (1.8)	1189
Verken fornøyd eller misfornøyd	1.6 (2.2)	689
Misfornøyd	2.9 (2.5)	323
Svært misfornøyd	4.8 (2.6)	58

Tabell 5. OR og 95 % konfidens intervall for å rapportere OIDP>0 (plager en gang i måneden eller oftere) + god oral tannhelse og OIDP=0 (aldri plager) + dårlig tannhelse

	OIDP>0+god OH OR (95 % KI)	OIDP=0 + dårlig OH OR (95 % KI)
25–29 år	1	1
30–35 år	0.8 (0,6–0,9)	1.2 (0,9–1,5)

Tabell 1 viser frekvensfordeling av sosiale kjennetegn, selvrapportert tannhelse og antall gjenværende egne tenner hos 2551 personer som deltok i undersøkelsen i 2016. De fleste (68,9 %) hadde ikke tanntap, og 58,1 % var fornøyd med tennene slik de ser ut i dag. Totalt hadde 34,1 % utdanning på universitets/høgskolenivå, 63,4 % var gifte eller samboere mens 73,3 % oppga å ha et bredt sosialt nettverk.

Tabell 2 beskriver andelen som har problemer med daglige gjøremål totalt og etter alder. På fem av de totalt åtte OIDP-indikatorne oppga en statistisk signifikant høyere andel av yngre enn eldre deltakere at de hadde problemer. Således oppga 43,1 % av 25–29-åringene versus 38,6 % av 30–35-åringene at de hadde problemer med å spise og tygge maten. Tilsvarende oppga 30,3 % og 22,6 % at de hadde problemer med tannrengjøring. Andelen som oppga at de hadde problemer med å glede seg over samvær med andre var omtrent like store i hver aldersgruppe. Problemer med å spise og problemer med daglige gjøremål var det mest og minst hyppige problem i begge aldersgruppene. Problemer med å sove og slappe av var den tredje hyppigst nevnte indikator blant yngre. Tilsvarende hos eldre var problemer med å smile og vise tenner. Sumskåren for OIDP uttrykker den samlede belastningen av problemer. Skåren rangerte fra 0 til 8 og angir antall rapporterte problemer. Totalt oppga 51 % av utvalget at de hadde problemer med minst en daglig aktivitet.

Tabell 3 viser frekvensfordeling av problemer med daglige gjøremål etter selvrapportert tannhelse og antall gjenværende tenner. Hver OIDP-indikator diskriminerte statistisk signifikant mellom respondenter som oppga at de var fornøyd og misfornøyd

Tabell 6. Prosentandel % (n) deltakere med redusert oral livskvalitet (OIDP=1) etter sosiale karakteristika i ujusterte og justerte analyser (Kji-kvadrat test), OR og (95 % KI)

Trinn 1	% (n)	OR (95 % CI)
<i>Alder</i>		
25–29 år	53,9 (602)	1
30–35	48,7 (699)**	0,7 (0,6–0,9)
<i>Kjønn</i>		
Mann	50,0 (553)	1
Kvinne	51,7 (748)	1,2 (1,0–1,5)
<i>Fødeland</i>		
Norge	50,2 (1177)	1
Nordisk land	58,1 (36)	1,6 (0,8–2,9)
Utenfor Norden	61,1 (88)*	1,8 (1,2–2,7)
<i>Sivilstatus</i>		
Enslig	54,4 (496)	1
Samboende/gift	49,1 (805)*	0,8 (0,7–1,1)
<i>Høyeste utdanning</i>		
Grunn/videregående	57,4 (392)	1
Bachelor	51,0 (494)	0,8 (0,6–1,0)
Universitet/høgskole	46,1 (388)**	0,7 (0,6–0,9)
<i>Bruttoinntekt</i>		
400.000 eller mindre	59,3 (243)	1
400.001–800000	51,3 (44)	0,8 (0,6–1,1)
>800001-	46,9 (394)**	0,8 (0,6–1,1)
<i>Sosial kontakt</i>		
Lite (max 3–5 personer)	56,2 (388)	1
Stort (> 5 personer)	49,1 (913)*	0,8 (0,6–1,0)
Trinn 2		
Antall tenner		
Mistet en eller flere tenner	63,7 (503)	1
Har alle tenner	45,3 (798)**	0,5 (0,4–0,6)
Tannhelsen		
Fornøyd	38,4 (568)	1
Misfornøyd	68,4 (733)**	2,8 (2,3–3,4)

**p<0.001, *p<0.05

med egne tenner og mellom respondenter med og uten tapte tenner. I gruppen som var misfornøyd med tennene, var det konsistent høyere andeler som rapporterte problemer med daglige gjøremål sammenlignet med gruppen som var fornøyd med tennene slik de ser ut i dag. Samme konsistente mønster ble observert i gruppen med og uten tapte tenner. Andelen med redusert oral helse relatert livskvalitet var høyest i gruppen som rapporterte tanntap. Dette mønster av sammenhenger tilsier tilfredsstillende kriterievaliditet for OIDP-skalaen ettersom svarenes retning henger entydig sammen med svar på spørsmål om oral helse og antall gjenværende tenner. Tabell 4 viser at gjennomsnittet for sumskåren OIDP ble gravis høyere (reduksjon i oral livskvalitet) mellom ytterkategoriene svært fornøyd og svært misfornøyd med egne tenner slik de ser ut i dag. Tabell 5 viser at sammenlignet med den yngre aldersgruppen hadde den eldre aldersgruppen lavere sannsynlighet (OR 0,8, 95 % KI 0,6–0,9) for å rapportere redusert oral livskvalitet (OIDP>0) til tross for at de var fornøyd med tennene.

For å vurdere den uavhengige betydningen av alder, sosiale kjennetegn og tannstatus på oral helse relatert livskvalitet ble det gjort bruk av trinnvis multipl logistisk regresjonsanalyse. Alder, kjønn og sosiale kjennetegn ble lagt inn i analysens første trinn etterfulgt av tannstatus og selvrappert oral helse i trinn 2. Ifølge Chen og Hunter (18) vil alder og sosiale kjennetegn påvirke livskvaliteten både direkte og indirekte via livsstilvariabler og tannstatus. Som vist i Tabell 6 hadde alder og flere sosiale kjennetegn signifikant sammenheng med oral helse relatert livskvalitet også etter at tannstatus var trukket inn i analysens trinn 2. Odds rater (OR) for redusert oral helse relatert livskvalitet minket med økende alder (OR 0,7, 95 % KI 0,6–0,9), med høyere utdanning (OR 0,7, 95 % KI 0,6–0,9) og med fravær av tanntap (OR 0,5, 95 % KI 0,4–0,6). Odds rater for redusert oral helse relatert livskvalitet økte med utenfor Nordisk bakgrunn (OR 1,8, 95 % KI 1,2–1,7) og med misnøye med tannhelsen (OR 2,8 95 % KI 2,3–3,4).

Diskusjon

Det finnes få studier av tannhelse og livskvalitet med stort generaliseringspotensial i den norske voksne befolkning. Den foreliggende studien har ekstern validitet da den er basert på et representativt utvalg av unge norske voksne i alderen 25–35 år. Resultatene er vektet til de riktige befolkningstall i Norge etter kjønn, alder og landsdel slik at de er landsrepresentative.

Resultatene viser at en betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helse relatert livskvalitet. Totalt oppga 51 % av deltakerne at problemer med tenner og tannkjøtt påvirket en eller flere av deres daglige gjøremål. Funksjonelle problemer med det å spise og å holde tennene rene var hyppigst forekommende både blant yngre og eldre deltakere. Psykologisk og sosialt ubehag som problemer med å sove og slappe av, smile og vise tenner, være følelsesmessig stabil og glede seg over samvær med andre var mindre hyppig forekommende. Forekomsten av redusert oral helse relatert livskvalitet i denne studien er høyere enn den Åstrøm og medarbeidere (11,12) fant (18 %) i tilsva-

rende aldersgruppe (25–44 år) og med bruk av samme måleinstrument i 2003. Forekomsten er imidlertid i overensstemmelse med den som er rapportert fra befolkningsundersøkelser i andre land (se 11,12). Hvaring og medarbeidere (19) brukte OIDP-skalaen i et utvalg kjeveortopediske pasienter 10–17 år og fant en forekomst redusert oral livskvalitet på 62 %. I en befolkningsundersøkelse fra Sverige er det rapportert en forekomst av redusert oral helse relatert livskvalitet på 40 % blant voksne uavhengig av aldersgruppe (20). En kan spørre seg om redusert oral helse relatert livskvalitet blant unge voksne i Norge har øket over tid fra 2003 til 2016 samtidig som tall viser at tannstatus er blitt stadig bedre. Sammenligning av aldersspesifikke prevalenser basert på tverrsnittstudier utført på forskjellige tidspunkt kan være problematisk da en ikke kan fastslå om de observerte endringer skyldes kohort-effekter eller tidsrelaterte trender (11,12). Muligens kan generasjonsforskjeller i subjektive terskelverdier forklare at forekomsten av redusert oral livskvalitet var forskjellig i de to studiene. I overensstemmelse med resultatene fra den foreliggende studien har tidligere studier blant unge voksne i Norge funnet at de yngste med minst karieserfaring fremsto som dem som var mest misfornøyd og rapporterte mest plager (21). I den foreliggende studien økte imidlertid forekomsten av redusert oral helse relatert livskvalitet med antall tapte tenner og med andelen som sa seg misfornøyd med tannhelsen. Disse funn støtter tidligere resultater i litteraturen (14) og bygger opp under kriterievaliditeten til OIDP-skalaen.

Det er overraskende at de yngste deltakerne, 25–29 år, hadde en høyere forekomst av redusert oral helse relatert livskvalitet enn de eldste, 30–35 år. Holst og Dahl (10) fant i sin studie av norske voksne mellom 20 og 80 år at alder hadde en tydelig negativ sammenheng med oral helse relatert livskvalitet. På 11 av de 14 OHIP-indikatorene hadde en større andel av de yngste enn de eldste deltakerne opplevd problemer i forbindelse med tannhelsen. Åstrøm og medarbeidere (11,12) fant også en negativ sammenheng mellom alder og OIDP etter å ha justert for tannstatus i analysene. Forekomst av redusert oral helse relatert livskvalitet synes å minke med økende alder uavhengig av aldersvariasjonene i tann- og sykdomsstatus. Basert på en prospektiv kohortstudie i Norge og Sverige der deltakerne følges individuelt over tid er det også rapportert nedgang i redusert oral helse relatert livskvalitet fra 65 til 70 års alder (5). I studien til Østerberg og medarbeidere (20) ble det derimot ikke funnet sammenheng mellom oral helse relatert livskvalitet etter å ha justert for effekten av andre sosiale og demografiske kjennetegn. Trolig kan de observerte aldersforskjeller i den foreliggende studien forklares dels som en alderseffekt per se men også som en konsekvens av at man sammenligner forskjellige kohorter som, til tross for det smale aldersspennet, har forskjellige erfaringer og ulike forventninger til sin egen tannhelse. Som bekjent har kariessituasjonen på landsbasis hos unge voksne blitt bedre over tid. For eksempel viser tall fra Statistisk Sentralbyrå at andelen kariesfrie 18-åring økte fra 16,6 % til 21,0 % i tidsrommet 2010–2014 (22). Det kan være at sensitiviteten for å oppfatte tilstanden i tenner og tannkjøtt som problematisk senkes i takt med at tannstatus

bedres og sykdomsforekomsten går ned. Dermed er terskelen for å oppfatte noe som problematisk lavest hos de yngste som har den beste tannstatus- altså «et prinsessen på erten fenomen». Resultatene fra levekårsundersøkelsen i 2008 viste imidlertid at andelen som rapporterte god tannhelse var høyest blant yngre voksne i alderen 21–24 år og minket med stigende alder. Resultatene fra den foreliggende studien viser at det ikke er fullstendig overensstemmelse mellom egenvurdert tannhelse og OIDP en diskrepans som imidlertid minket med økende alder (tabell 4).

Det offentlig tannhelsetjenestetilbud i Norge til barn og ungdom antas å ha en utjevne effekt på forskjeller i tannhelse relatert til hjem, miljø og samfunn. Den foreliggende studien viser imidlertid lignende sosiale sammenhenger med tannhelse og livskvalitet som dem man har observert i studier av voksne i alle aldre og i panel-studier av eldre i Norge og Sverige (11,12,15,16). Redusert oral helse relatert livskvalitet var hyppigst forekommende hos unge voksne med lav utdannelse, enslig sivilstatus, innvandrerbakgrunn og smalt sosialt nettverk. Sammenhengene mellom sosiale kjennetegn og oral helse relatert livskvalitet var signifikant også etter at tannstatus var justert i flervariabel analyse. Dette antyder at sosiale forhold har en selvstendig direkte effekt på oral livskvalitet som ikke formidles via forskjeller i tannstatus (18). Det bør også noteres at analysemodellen mangler potensielle viktige prediktorer for oral helse relatert livskvalitet som ikke ble målt i undersøkelsen blant unge voksne i Norge.

Konklusjon

Denne studien viste at 1) En betydelig andel unge voksne i alderen 25–35 år har erfaring med redusert oral livskvalitet, 2) Forekomsten av redusert oral helse relatert livskvalitet er større blant yngre enn blant eldre unge voksne i Norge, 3) Oral helse relatert livskvalitet blant unge voksne er vurdert dårligst i grupper av innvandrere, lavt utdannede, enslige og de med lite sosialt nettverk, 4) Variasjonen i oral helse relatert livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn lar seg ikke forklare av variasjon i tannstatus blant unge voksne i Norge.

English summary

Åstrøm AN, Gulcan F, Mustafa M.

Oral health related quality of life – a representative study of young Norwegian adults

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 860–6

Universal coverage of public dental care services free of charge to children and adolescents have been a strategy to even out social differences in oral health in Norway. In spite of these efforts, it might be questioned whether social differences in oral health related quality of life are present among young adults in Norway. A questionnaire survey was conducted in 2016 focusing a national representative sample of 2551 25–35 year olds. Oral health related quality of life was measured using the Oral Impact of Daily Performance indicator (OIDP). The following questions were addressed: Does the prevalence of OIDP increase with increase in

age and tooth loss among young Norwegian adults. Does OIDP vary according to social characteristics in young Norwegian adults, are age and social differences in OIDP independent of variation in dentition status. A total of 51 % Norwegian adults reported one or more oral impacts. The prevalence was greater among 25–29 than among 30–35 year olds. Oral impacts were also most frequent among those with low education, small social networks, unmarried and people of foreign country of birth. Social differences in dentition status did not explain variation in oral health related quality of life according to age and social characteristics.

Referanser

1. Holst D, Schuller AA, Dahl KE. Bedre tannhelse for alle? Tannhelsetviking i den voksne befolkning i Nord-Trøndelag fra 1973 til 2006. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2007; 117: 804–11.
2. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly populations in Europe? *Clin Oral Impl Res.* 2007; 18: 2–14.
3. Holst D, Skau I, Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. Hvor stor er den sosiale ulikheten? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010; 120: 164–9.
4. Petersen PE, Kjoller M, Bøge Christensen L, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental services and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent.* 2004; 64: 127–35.
5. Gulcan F, Nasir E, Ekback G, Ordell S, Åstrøm AN. Change in oral impacts on daily performances (OIDP) with increasing age: testing the evaluative properties of the OIDP frequency inventory using prospective data from Norway and Sweden. *BMC Oral Health.* 2014; 14: 59.
6. Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Incidence and predictors of self reported tooth loss in a representative sample for Norwegian adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31: 261–8.
7. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2: 247–53.
8. Locker D. Measuring oral health status: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988; 5: 3–18.
9. Skaret E, Åstrøm AN, Haugejorden O. Oral Health related quality of life review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. In: Bourgeois SM, Llodra JC, eds. *European global health indicators development project.* Paris: Quintessence International 2004; 99–110.
10. Holst D, Dahl KE. Påvirker oral helse livskvaliteten? En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2008; 118: 212–8.
11. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performances in Norwegian adults: The influence of age, number of missing teeth and socio-demographic factors. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 114: 115–21.
12. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Kock KS. Oral impacts on daily performances (OIDP) in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oril Sci.* 2005; 113: 289–96.
13. Adulyanon A, Sheham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD ed. *Measuring oral quality of life.* Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997; pp152–60.
14. Tsakos G, Marcenes W, Sheham A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2: 211–20.

15. Gulcan F, Elback G, Ordell S, Lie SA, Åstrøm AN. Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 20.
16. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, Lereshe L, Michelis W. Demographic factors, denture status and oral health related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 125–32.
17. Suominen-Taipåale AL, Alanen P, Nordblad A, Uutela A. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978–1997. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999; 27: 353–65.
18. ChenMS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996; 43: 1213–22.
19. Hvaring CL, Birkeland K, Åstøm AN. Discriminative ability of the generic and condition specific oral impacts on daily performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia. *BMC Oral Health*. 2014; 14: 57.
20. Østberg AL, Andersson P, Hakeberg M. Cross cultural adaptation and validation of the oral impacts on daily performances (OIDP) in Sweden. *Swed Dent J*. 2008; 32: 187–95.
21. Berge KA, Fylkesnes K. Tannlegesøkning og tannhelse. *Nor Tannlegeforen Tid*. 1991; 101: 408–12.
22. Statistisk Sentralbyrå. Tannhelsetenesta 2014. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/aar/2015-07->.

Adresse: Anne Nordrehaug Åstrøm. Adresse: Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Email: Anne.Aaastrom@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Åstrøm AN, Gulcan F, Mustafa M. Oral helsereelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge – en representativ befolkningsundersøkelse. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2017; 127: 860–6.*