

Dorthe Holst og Kari Elisabeth Dahl

Påvirker oral helse livskvaliteten?

En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse

I forbindelse med en spørreskjemaundersøkelse i 2004 ønsket vi å kartlegge hvordan folk oppfattet sin orale helse relatert til livskvalitet. Det ble oppstilt fire hypoteser om hvordan vi antar demografiske karakteristika henger sammen med forekomsten av selvopplevd ubehag eller problemer fra tenner, proteser eller andre forhold i munnen. Spørreskjemaene ble sendt ut av TNS Gallup til et tilfeldig utvalg voksne over 20 år, i alt 3 538 personer. Svarprosenten var 70 (n=2 471). Oral helse relatert livskvalitet ble målt med Oral Health Impact Profile 14, OHIP. Resultatene viste at den yngste aldergruppen hadde mest ubehag og problemer med sin tannhelse relatert til livskvalitet. Det var en høyere andel kvinner enn menn som hadde plager. Personer med kort utdanning rapporterte mer ubehag og problemer med tannhelsen enn personer med lang utdanning. En større andel tannløse i forhold til de med egne tenner hadde problemer på alle indikatorer. Selv om det er uklart hva som ligger bak svarene, vil ny kunnskap om den subjektive tenkningen knyttet til tannhelse kunne gi tannhelsetjenesten et bedre grunnlag å arbeide ut i fra i framtida.

Det er gledelig at tannhelsen er blitt betydelig bedre i Norge (1, 2). Det er færre personer som er helt tannløse, og flere i befolkningen beholder sine egne tenner livet ut. Denne kunnskapen er utviklet med utgangspunkt i epidemiologisk registrering av tannsykdom og tannbehandling. Det er derimot lite kunnskap om hvordan folk verdsetter sin tannhelse, og hva de legger i begrepet god tannhelse. Hvordan forhold i munnhulen påvirker folks daglige funksjon og trivsel, vet vi fortsatt lite om (3).

Forfattere

Dorthe Holst, professor, dr.odont. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Kari Elisabeth Dahl, universitetsstipendiat. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Det er en økende forståelse for at det er hensiktsmessig å skille sykdom og helse fra hverandre, både begrepsmessig og empirisk (4). Denne delingen kan føres tilbake til WHO's definisjon av helse, som ikke bare er fravær av sykdom. Skillet er heller ikke bare av akademisk interesse. Folk tilkjenner at de har flere sykdommer, men oppgir samtidig at helsen er god. Mange gjør den nesten paradoksale vurderingen at tannhelsen er god selv om de har mistet alle tennene (5). På grunn av den begrepsmessige forskjellen mellom sykdom og helse, måles de med forskjellige metoder. Sykdomsforekomst studeres ved hjelp av kliniske eller epidemiologiske undersøkelsesmetoder, ofte med kvantitative og objektive indikatorer for den underliggende sykdom. Implisitt i helsebegrepet ligger det en subjektiv tilstand som ikke lar seg observere direkte. Derfor er det nødvendig å spørre dem det gjelder. Den enkleste måten å måle helse på er å be aktuelle personer om å vurdere sin egen helse på en skala fra meget god til meget dårlig (4). I et tilfeldig utvalg svarte mer enn to tredeler av den norske befolkning at deres tannhelse var god (5). I tillegg til den enkle skala for selvopplevd oral helse er det de senere år utviklet en rekke indekser for å vurdere betydningen og konsekvensene av tannsykdommer for oral funksjon, smerte og ubehag og mange aspekter av sosial kontakt (4, 6). Indeksene antas å være et uttrykk for underliggende dimensjoner av oral helse relatert til livskvalitet. Det kan blant annet forutsi hvor fornøyde de er med sine tenner og beskrive tannhelseatferden.

Hovedbudskap

- Livskvalitet relatert til oral helse er en ny dimensjon i forståelsen av tannhelse
- Den orale helse relaterte livskvaliteten er bedre blant eldre enn blant yngre personer
- Kunnskap om oral helse knyttet til livskvalitet, vil kunne gi mer relevant innhold til helsefremmende og forebyggende arbeid

I Norden er det foretatt relativt få undersøkelser av befolkningens orale helse relatert til livskvalitet. I forbindelse med en konsensuskonferanse om oral helse i Sverige i 2003, viste en litteraturgjennomgang at ingen hadde spurt befolkningen om deres oppfatning av oral helse eller konsekvenser av tannsykdom, eller om behandling i et hverdagsperspektiv (3). I mellomtiden har flere undersøkelser blitt satt i gang, inspirert av forskning i utlandet. I Norge har Åstrøm og medarbeidere (7, 8) brukt indeksen Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) i en studie i et representativt utvalg av voksne. OIDP-indeksen kartlegger om problemer fra tenner, munn eller proteser har hatt betydning for åtte forskjellige aktiviteter, og omfatter slike gjøremål som å spise og nyte mat, å snakke og uttale ord, munnhygiene, å sove og slappe av, å smile og le, ha indre ro, ha sosial omgang og nyte samvær med andre (6). Resultatene ved bruk av denne indeksen viste at få hadde opplevd alvorlige konsekvenser for aktiviteter i dagliglivet knyttet til tenner, munn eller proteser. Resultatene av slike undersøkelser varierer mellom ulike land, dels fordi helsekulturelle oppfatninger varierer, og dels fordi valg av indeks gir forskjellige resultater (9).

I forbindelse med en spørreskjemaundersøkelse i 2004 ønsket vi å kartlegge folks oppfattelse av sin orale helse relatert til livskvalitet. Undersøkelsen ble gjennomført på et tilfeldig utvalg av voksne som bodde hjemme. Det ble oppstilt fire hypoteser om hvordan demografiske karakteristika i den voksne befolkning antas å henge sammen med forekomsten av selvopplevd ubehag eller problemer fra tenner, proteser eller andre forhold i munnen:

1. Andelen folk som opplever ubehag eller problemer med sin tannhelse øker med stigende alder. Denne hypotesen er begrunnet med kunnskap om hvordan både tannsykdommer og effekten av behandling kumulerer med alder i form av tanntap, svekket tannsubstans og redusert tannfeste. Alder skal med andre ord ikke forstås som en biologisk kausal faktor, men som et uttrykk for kumulert eksponering for faktorer som svekker tannhelsen.

2. Opplevde problemer fra tenner, proteser og andre forhold i munnen henger sammen med kjønn, slik at flere kvinner enn menn har ett eller flere problemer. Hypotesen begrunnes med at kvinner antas å være mer oppmerksomme på både estetiske og funksjonelle sider av sin tannhelse (10).

3. Desto høyere utdanning en person har, desto mindre sannsynlighet er det for å ha opplevd ubehag eller problemer på grunn av tenner, proteser og andre forhold i munnen. Hypotesen bygger på teorien om utdanningens kognitive betydning for valg av forebyggende livsstil og behandling (11,12).

4. Delvis, eller fullstendig tannløshet henger sammen med opplevelsen av ubehag eller problemer fra tenner, proteser eller andre forhold i munnen. Hypotesen bygger på antakelsen om at proteseerstatninger i dag oppleves som funksjonelt utilfredsstillende og psykisk og sosialt belastende, på tross av at en del tannløse anser sin tannhelse som god (5).

Ut fra de oppstilte hypotesene var det forventet at eldre oftere enn yngre, kvinner oftere enn menn, personer med høy utdanning oftere enn personer med lav utdanning og personer med proteser og tanntap oftere enn personer med egne tenner, har ubehag eller problemer med tannhelsen som påvirker livskvaliteten.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget og representativitet i forhold til befolkningen. Andeler i prosent

	Utvalget (n=2 471)	Befolkningen 21 år og eldre ¹⁾
Kjønn		
Kvinner	51,0	51,1
Menn	49,0	48,9
Alder		
21–29 år	20,8	15,5
30–39 år	18,5	21,0
40–49 år	15,5	19,2
50–59 år	15,9	17,9
60–69 år	15,9	11,3
70–79 år	7,2	9,0
>=80 år	6,2	6,3
Bostedsregion		
Østlandet	50,1	50,5
Sørlandet	5,9	5,6
Vestlandet	26,3	25,2
Trøndelag	8,3	8,7
Nord-Norge	9,4	10,0
Kommunestørrelse		
<2000 innbyggere	2,5	2,7
2000–5000 innbyggere	10,8	10,5
5000–10 000 innbyggere	13,5	13,9
10 000–30 000 innbyggere	29,2	27,6
>=30 000 innbyggere	44,0	45,4

¹⁾ Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes kommunedatabase 2004

Materiale og metode

Spørreskjema til voksne over 20 år

Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av et spørreskjema som ble utarbeidet våren 2004. Skjemaene ble sendt ut av TNS Gallup til et tilfeldig utvalg voksne over 20 år. TNS Gallup har generell konsesjon til innhenting av data i befolkningsundersøkelser. Til sammen ble skjemaene sendt ut til 3 538 personer. Utvalget ble trukket etter stratifisering av befolkningen ut fra alder, kjønn og bosted. Innenfor hvert stratum ble det trukket et proporsjonalt, tilfeldig utvalg. Beboere på institusjon er ikke med i utvalget. I alt 2 471 personer svarte på spørreskjemaet, noe som gav en svarprosent på 70. For å sikre en tilstrekkelig høy svarprosent i aldersgruppen 80 år og eldre, ble det sendt ut spørreskjema til flere personer i denne aldersgruppen enn hva fordelingen i populasjon tilsier. Det er utført en analyse av representativiteten av dataene. Både fordeling etter kjønn, alder, bostedsregion og kommunestørrelse i utvalget var omtrent lik fordelingen i befolkningen (Tabell 1).

OHIP 14

Oral helse relatert livskvalitet ble målt med Oral Health Impact Profile 14, OHIP (11, 12). OHIP-indeksen ble opprinnelig utarbeidet etter modell av Locker (13). Personer fra Australia uttrykte hvilke erfaringer de hadde med tannsykdommer og konsekvenser av dem. De mest brukte erfaringene ble redusert til 49 indikatorer. Til sammen dannet disse indikatorene Oral Health Impact Profile (11). Ved hjelp av en faktoranalyse ble antall indikatorer senere redusert

Sykdom



Figur 1 Modell for konsekvenser av sykdom (Locker 1984). Indikatanummer i parentes, se Tabell 2.

til 14, som dekker Lockers syv dimensjoner (Figur 1): funksjonell begrensning, smerte, ubehag, fysisk, psykisk og sosial funksjonshemming og handikapp.

Modellen tilsier at konsekvenser av sykdom fører til svekkelse (impairment). Svekkelsen kan måles som smerte, ubehag og funksjonell begrensning. Økende svekkelse vil lede til fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming. Alvorligere funksjonshemminger kan hver for seg eller til sammen føre til en handikappet hverdag. Vi har i den norske oversettelsen valgt å følge originalpublikasjonens skille mellom funksjonshemming og handikapp. Begrepet handikapp ble i helsepolitisk sammenheng i Norge erstattet med funksjonshemming. Det henvises til de originale publikasjonene for en videre diskusjon av begrepene. Spørreskjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk av DH. Ved utprøving av kortversjonen OHIP14 er det funnet både tilfredsstillende reliabilitet, validitet og presisjon i flere undersøkelser (12, 14). Svarene gis på en fem-punkts Likert skala fra 0–4, hvor 0 er aldri og 4 er ofte. Svarenes interne konsistens, Cronbachs alfa 0,85, ble funnet tilfredsstillende. Den umiddelbare validiteten ble vurdert ut fra reaksjonene fra deltakerne.

Tabell 3. «Har du i det siste året hatt følgende problemer eller ubehag på grunn av dine tenner eller proteser eller på grunn av andre forhold i munnen?» Alle svar gitt på en skala fra 0–4 der 0=ikke opplevd og 4=ofte. Andeler i prosent

Indikator	n	Ikke opplevd 0	Sjelden/av og til 1–2	Ganske ofte/ofte 3–4	Andel med problemer	Konfidensintervall
1 Vanskeligheter med å uttale ord eller lage spesielle lyder	2 421	92,0	6,7	1,3	8,0	± 1,08
2 Endret/dårligere smakssans	2 386	92,5	6,6	0,9	7,5	± 1,06
3 Smerter eller vondt i tennene, munnen eller fra proteser	2 426	50,7	44,8	4,6	49,3	± 1,99
4 Opplevd at mat har gitt ubehag	2 410	64,8	31,0	4,3	35,2	± 1,91
5 Følt deg usikker pga. tenner, forhold i munnen, proteser	2 420	64,3	30,3	5,3	35,7	± 1,91
6 Følt deg spent eller stresset pga. tenner, forhold i munnen, proteser	2 409	74,4	21,2	4,3	25,6	± 1,74
7 Hatt en dårlig kost/kostsammensetning	2 404	91,4	7,8	0,9	8,7	± 1,12
8 Måttet avbryte måltider	2 413	90,6	8,7	0,7	9,4	± 1,16
9 Hatt problemer med å slappe av	2 419	81,7	16,5	1,8	18,3	± 1,54
10 Følt deg sjenert	2 422	77,0	19,3	3,7	23,0	± 1,68
11 Vært irritabel overfor andre mennesker	2 408	90,9	8,3	0,8	9,1	± 1,15
12 Hatt vanskeligheter med dine vanlige gjøremål	2 419	92,6	6,8	0,6	7,5	± 1,05
13 Følt at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende	2 413	81,9	15,5	2,5	18,1	± 1,54
14 Ikke kunnet fungere i hverdagen	2 364	95,0	4,3	0,8	5,0	± 0,88

Tabell 2. Selvopplevd tannhelse og sumskår

Selvopplevd tannhelse	Sumskår gjennomsnitt	n = 2419
Meget dårlig	23,4	33
Dårlig	11,9	159
Verken god eller dårlig	5,9	546
God	2,8	1 145
Meget god	1,4	536

Enkelte av deltakerne ga uttrykk for at noen av OHIP- spørsmålene var overraskende. Bedømt ut fra svarene, syntes det ikke som om formuleringene førte til problemer for deltakerne. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke reaksjoner som skyldes spørreskjemaet i seg selv, og hva som skyldes utformingen av de enkelte OHIP-spørsmålene. Det var lite internt bortfall. Kriterievaliditeten i vår undersøkelse ble vurdert som tilfredsstillende, for svarenes retning hang entydig sammen med svar på spørsmålet om selvopplevd tannhelse (Tabell 2). Selvopplevd tannhelse er trolig ikke den best egnede opplysningen til å vurdere kriterievaliditeten, men det var ingen andre opplysninger i materialet som objektivt kunne speile deltakernes erfaringer.

Brede kategorier gir tilfredsstillende svar

Tannstatus ble målt ved følgende spørsmål: «Nesten alle voksne har mistet noen tenner. Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?» Svarmulighetene var: Ingen (0), få (1–10), noen (11–19) mange (20+). Spørsmålene har vært brukt i lignende undersøkelser de siste 30 årene. Reliabilitetsstudier har vist at med brede kategorier besvares spørsmålene tilfredsstillende (15). TNS Gallup hentet inn bakgrunnsopplysninger om den enkelte respondent. For å sikre representativiteten i undergrupper av materialet, ble det konstruert en vektingsvariabel basert på alder, kjønn, utdanning og bosted. Denne vektingsvariabelen er brukt i alle deskriptive analyser. I resultatene beskrives først fordelingen av svarene etter kategorier på de avhengige variablene. Deretter slås kategori 0–4 sammen til en

Tabell 4. Andelen med problemer (skår 1–4) fordelt etter alder. Andeler i prosent

Indikator	Andeler i prosent			Rangering		
	21–49 år (n=1 281)	50–69 år (n=802)	>=70 år (n=355)	21–49 år	50–69 år	>=70 år
1 Vanskeligheter med å uttale ord eller lage spesielle lyder	4,4	11,7	14,0	14	8	6
2 Endret/dårligere smakssans	5,6	9,3	11,2	12	11	7
3 Smerter eller vondt i tennene, munnen eller fra proteser	53,8	46,5	37,5	1	1	1
4 Opplevd at mat har gitt ubehag	41,2	31,4	18,9	2	3	3
5 Følt deg usikker pga. tenner, forhold i munnen, proteser	38,9	34,7	24,4	3	2	2
6 Følt deg spent eller stresset pga tenner, forhold i munnen, proteser	28,2	25,1	15,3	4	4	4
7 Hatt en dårlig kost/kostsammensetning	8,5	8,8	8,8	10	12	10
8 Måttet avbryte måltider	9,8	10,0	6,2	8	9	11
9 Hatt problemer med å slappe av	20,5	18,1	9,7	6	7	9
10 Følt deg sjenert	25,0	22,7	15,0	5	5	5
11 Vært irritabel overfor andre mennesker	9,8	9,6	4,9	8	10	13
12 Hatt vanskeligheter med dine vanlige gjøremål	7,8	8,5	3,6	11	13	14
13 Følt at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende	18,3	20,3	11,2	7	6	7
14 Ikke kunnet fungere i hverdagen	4,7	5,4	5,8	13	14	12

sum skår som uttrykker hvor store problemer personene har hatt. Sum skår beskrives ut fra respondentenes kjønn, alder, utdanning og antall egne tenner. Hypotesene ble testet i en multipel regresjonsanalyse med OHIP sumskår som avhengig variabel.

Alder ble inndelt i tre klasser 21–49, 50–69 og 70 år og eldre. Alder, kjønn, tannstatus og utdanning ble i regresjonsanalysen omdannet til «dummyvariabler» med kategoriene 21–49 år, kvinne, ingen tenner og universitetsutdannet som utelatt kategori (det vil si den kategori som de andre kategoriene på variabelen ble testet mot). Regresjonskoeffisientenes betydning ble vurdert signifikante hvis $p < 0,05$. Det vil si at det er mindre enn 5% sjans for at resultatet av analysen skyldes tilfældigheter.

Resultater

Fordelingen av svarene på hver av de 14 OHIP-indikatorer sees i Tabell 3. Problemene forekom i varierende grad. I alt hadde 49% av deltakerne hatt smerter fra tenner, proteser eller på grunn av andre forhold i munnen. 35% hadde hatt problemer med at mat hadde gitt ubehag og av samme grunn følt seg usikre. 21% hadde opplevd følelse av spenning og stress på grunn av tannhelsen. Nesten hver femte (18%) svarte at forhold i munnen gjorde at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende. Henholdsvis 8,0 og 7,5% hadde det siste året hatt vanskeligheter med å uttale ord og fått dårligere smakssans. Så ille som ikke å kunne fungere i hverdagen, var det bare 5% av deltakerne som meldte tilbake om.

Flere yngre enn eldre deltakere opplevde problemer med tannhelsen

Forekomsten av ubehag eller problemer i forhold til alder på deltakerne er beskrevet i Tabell 4. Alder hadde tydelig sammenheng med OHIP-indikatorer, men omvendt av det som var forventet. På 11 av de 14 indikatorene hadde en større andel av de yngste enn de eldste deltakerne opplevd problemer i forbindelse med tannhelsen. Like mange av deltakerne i alle aldersgrupper hadde hatt problemer med å fungere i hverdagen (indikator 14).

For å undersøke om unge og eldre hadde forskjellige problemer, ble andelen med problemer rangert etter hvor ofte problemene fore-

kom (Tabell 4). Rangeringen viser hvilke indikatorer som ble nevnt oftest, nest oftest og så videre etter indikator og alder.

Uavhengig av aldersgruppe forekom indikator 3, 4, 5, 6, 10 og 13 med fallende hyppighet i den nevnte rekkefølgen. Opplevelsen av smerter og at mat hadde gitt ubehag, forekom oftest uavhengig av alder. Følelse av usikkerhet, spenning og stress kom på tredje og fjerde plass, også uavhengig av alder. Problemer med sjenert kom på femte plass, og følelsen av at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende ble nummer seks etter hyppighet. På disse indikatorene rapporterte en større andel yngre i forhold til eldre om problemer og ubehag. På de øvrige indikatorene var aldersgruppene mer forskjellige. Størst forskjell mellom aldersgruppene var det på indikator 1, 2, 11 og 12. Indikator 1 og 2, som gikk på vanskeligheter med å uttale ord og endret/dårligere smakssans, forekom oftest blant de eldste. Irritabilitet og vanskeligheter med sine daglige gjøremål var sjelden i de eldste aldersgruppene.

Sumskår uttrykker alvorligheten av problemene

For å belyse sammenhengen mellom de demografiske kjennetegnene og OHIP-indikatorene, ble verdien for hver av de 14 svarene summert til en sumskår. Sumskår uttrykker den samlede belastningen eller alvorligheten av ubehag eller problemer på grunn av tenner, proteser eller andre forhold i munnen.

Frekvensfordelingen av sumskår ble relatert til alder, kjønn, utdanning og tannstatus (Tabell 5). Sumskår falt med stigende alder. Desto yngre deltakerne var, desto flere hadde hatt ett eller flere ubehag eller problemer. Flere kvinner enn menn rapporterte om ubehag eller problemer. Det var spesielt kvinner som hadde opplevd å føle seg usikre og stresset på grunn av forhold i munnen (indikator 5 og 6). Opplevde problemer hang i noen grad sammen med utdanning, men mønsteret var ikke entydig. Personer med kort utdanning hadde flere problemer med ord og lyder (indikator 1) og smakssans (indikator 2) enn personer med universitetsutdanning. Det samme var tilfellet for problemer med sammensetning av kosten (indikator 7) og avbrutte måltider (indikator 8). Tannstatus hang tydelig sammen med sumskår for indikatorene på oral helse relatert til livskvalitet (Tabell 5).

Tabell 5. Sumskår etter alder, kjønn og antall tenner. Andeler i prosent

	Sumskår						Gjennomsnitt	n
	0	1–2	3–5	6–10	11–20	>20		
Alder								
21–49 år	30,7	21,4	18,9	16,1	9,2	3,6	4,6	1 281
50–69 år	37,1	21,0	18,0	11,5	9,4	3,0	4,1	802
>=70 år	46,0	22,6	13,6	9,8	5,8	2,2	3,0	355
Kjønn								
Kvinner	32,5	20,4	17,6	16,5	9,4	3,6	4,7	1 212
Menn	37,0	22,5	18,3	11,1	8,3	2,8	3,8	1 226
Utdanning								
Grunnskole	37,2	21,6	13,1	14,8	8,3	4,9	4,9	248
Videregående skole	33,5	21,1	17,8	14,6	9,4	3,6	4,4	949
Universitet/høyskole	35,5	23,5	18,8	13,3	6,6	2,4	3,7	1 031
Antall tenner								
0 tenner	19,7	16,3	15,4	22,6	15,9	10,1	7,8	58
1–19 tenner	27,0	19,4	17,0	16,9	13,4	6,3	6,0	324
>= 20 tenner	36,5	22,0	18,1	13,1	7,8	2,5	3,8	2 031

Hypotese to, tre og fire ble bekreftet

De oppstilte hypotesene ble testet ved multipl regressjonsanalyse i tre trinn. Først ble variablene alder, kjønn og utdanning analysert mot sum skår. Analysen viste at hver av variablene hadde selvstendig effekt. Aldersgruppen 50–69 og 70 år og eldre hadde lavere sumskår enn de yngste voksne. Kvinner hadde høyere sum skår enn menn. Deltakere med kort og mellomlang utdanning hadde høyere sumskår enn de med lengst utdanning. Hver av de demografiske variablene hadde således en selvstendig effekt og var signifikante.

I annet trinn ble variabelen antall tenner inkludert (Tabell 6). De som hadde mange tenner hadde lavere sumskår enn de med færre tenner. Det viser at de som kan bevare et funksjonelt tannsett opplever færre av den type problemer som OHIP 14-indekset omfatter. Det å ha mange tenner (20 tenner eller flere) hadde en signifikant sammenheng med sumskår. I tredje trinn ble analysen med alle variabler foretatt kun blant de eldste. I denne aldersgruppen hadde de demografiske variablene ingen effekt. Det var bare antall tenner som viste en signifikant sammenheng med OHIP sumskår. Hypotese to, tre og fire ble bekreftet. Aldershypotesen ble forkastet slik den var formulert. Det var klar sammenheng mellom alder og oral helse-relatert livskvalitet. Men sammenhengen var omvendt av det som var forventet. En større andel av de yngre voksne hadde ubehag eller problemer sammenlignet med de eldste voksne. Sumskår var høyest for de yngre voksne.

Diskusjon

Voksne har betydelig erfaring med ubehag og smerter

Resultater fra undersøkelsen viser at norske voksne hjemmeboende mennesker har betydelig erfaring med at ubehag og problemer med tenner eller proteser påvirker kvaliteten i hverdagslivet. I dette arbeidet ble problemstillingen konsentrert om erfaring med syv ulike dimensjoner: Funksjonell begrensning, fysisk smerte og ubehag, psykologisk ubehag, fysisk, psykologisk og sosial funksjonshemming og handikapp. Dimensjonene går i følge den teoretiske

modellen fra mindre alvorlig til mer alvorlig. De mindre alvorlige konsekvenser er mest vanlige. Dimensjonen som omfatter smerte og ubehag forekom oftest, dernest var psykologisk ubehag mest forekommende. Psykologisk ubehag ble målt som følelsen av usikkerhet og spenning og stress. Fysisk funksjonshemming var den tredje mest forekommende. Hver femte yngre voksne svarte at tenner, protese eller andre forhold i munnen hadde ført til problemer med å slappe av og en følelse av å være sjenert. Funnene i denne studien bekrefter modellen. En nærmere analyse av rangeringen av svarene på indikatorene etter hyppighet viste at fem indikatorer ble rangert på den samme måten i aldersgruppene.

En uventet sammenheng mellom alder og oral helse-relatert livskvalitet

Det at de yngste deltakerne rapporterte høyest på skalaen for oral helse-relatert livskvalitet var overraskende. Den oppstilte hypote-

Tabell 6. Effekter av alder, kjønn, utdanning og antall tenner på OHIP sumskår. Multipl regressjonsanalyse

	Koeffisient	p-verdi
Alder¹		
50–69 år	-1,62	<0,0001
>=70 år	-3,27	<0,0001
Kjønn²		
Menn	-0,67	0,0044
Utdanning³		
Grunnskole	1,20	0,0044
Videregående skole	0,58	0,0216
Antall tenner⁴		
1–19 tenner	-1,10	0,1270
>= 20 tenner	-4,49	<0,0001

¹⁾ Referansekategori: 21–49 år

²⁾ Referansekategori: Kvinner

³⁾ Referansekategori: Universitet/høyskole

⁴⁾ Referansekategori: 0 tenner

sen ble derfor forkastet. Dette funnet er kontroversielt i forhold til modellen, som har fokus på de negative opplevelsene av tannsykdom og behandling. Resultat ved bruk av denne modellen tilsier at flere eldre enn yngre voksne har problemer med tannhelsen. Etter en gjennomgang av sentral litteratur viser flere studier at yngre personer skårer høyere enn de eldste deltakerne (7, 16), eller at det ikke var sammenheng mellom alder og oral helse-relatert livskvalitet når det er kontrollert for effekten av andre demografiske variabler (9). Steel har foreslått at forklaringen kan tilskrives vanskeligheter med å skille alderseffekten fra effekten av endring i tannstatus, siden begge variabler endrer seg synkront med stigende alder (1, 8, 14,17). Resultatene i denne studien tilsier at alder må tolkes på en annen måte enn biologisk alder. Alder er trolig uttrykk for en sosial og kulturell koding og forventning til kroppens utseende og funksjon. De målte dimensjonene taler et klart språk, men hva som ligger bak svarene er ikke enkelt å forklare. Unge mennesker er ikke kun kronologisk og biologisk yngre enn eldre, de har også vokst opp i en annen historisk og sosial sammenheng. Det kan være at terskelen eller sensitiviteten for å oppfatte noe som ubehag eller problem er lavere i yngre enn i eldre aldersgrupper. Samme problem vil dermed få en høyere skår blant yngre. Flere undersøkelser i Norden har vist at unge mennesker er opptatt av det estetiske perspektivet. Det kan medføre at nyanser som ikke blir vurdert som et problem av odontologisk fagpersonell, oppleves som et problem av yngre personer (18).

Kontekstuelle og sosiale forhold påvirker oral helse-relatert livskvalitet

Resultatene fra denne og andre undersøkelser viser at oral helse-relatert livskvalitet påvirkes av kontekstuelle og sosiale forhold (4). Den individuelle, kognitive bearbeidelsen av plager fra munnhule og tenner påvirkes av om individet er mann eller kvinne, lengden på utdanning og sosiale prosesser. Alder velger vi foreløpig å gi en kontekstuell kohortforståelse. Med det mener vi at dagens unge tolker erfaringer fra tenner og munnhule i forhold til inntrykk som er skapt gjennom forventninger fra mediene. Dette er ungdommens helsekultur i lys av egen samtid.

Kliniske mål for tannsykdom representerer sluttresultatet av flere forskjellige prosesser over lang tid. Mål for oral helse-relatert livskvalitet brukes i stigende grad som endepunkter i studier som effektmåling av ulike intervensjoner og behandlinger. Det er vesentlig å ha kunnskap om bakgrunn for svarene både hos yngre og eldre voksne deltakere for å kunne tolke slike resultater. Ved å anvende OHIP blir fokus i denne studien oral helse relatert til livskvalitet. Oral helse-relatert livskvalitet omfatter også subjektive oppfattelser som hvilken verdi god tannhelse har for livskvaliteten. Ny kunnskap om den subjektive tenkningen knyttet til tannhelse kan gi tannhelsetjenesten et bedre grunnlag å arbeide ut fra i fremtida.

Brukernes synspunkter må tas hensyn til

Det er heldigvis blitt større forståelse nå i forhold til tidligere for at helseopplysning og direkte pasientveiledning må ta utgangspunkt i

målgruppens behov. Brukernes synspunkter og vurderinger må tas hensyn til. Vi må møte pasientene der de er, for å finne fram til deres ønsker og behov for hjelp og bistand. Pasientveiledning med utgangspunkt i pasientens behov og ønsker er en forutsetning for måloppnåelsen (19). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet er i dag rettet mot det å holde tannhelsen ved like. Det vil si å motivere for tannhelsebevarende atferd. Også når atferd skal korrigeres og forbedres, er det avgjørende å ta utgangspunkt i oppfattelsen som pasienten møter sin tannpleier og tannlege med. De nye instrumentene som belyser oral helse relatert til livskvalitet, stiller spørsmål om konsekvenser av sykdom og tilstander som ikke har vært belyst tidligere. Tannsykdommer i tradisjonell forstand forekommer sjeldnere enn før. Men dette betyr ikke at den profesjonelle kommunikasjonen med befolkningen og brukerne av tannhelsetjenesten, kan reduseres. Det er en stor, utfordrende oppgave både faglig og pedagogisk å kunne gi pasientveiledning på en slik måte at pasienten blir i stand til å ta vare på sin egen tannhelse livet ut (19).

English summary

Holst D, Dahl KE.

Oral health related quality of life. A national, descriptive survey

Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 212–8.

In 2004 a nationwide representative survey was conducted in order to describe the level of oral health related quality of life in the adult population in Norway. Four hypotheses were related to age, sex, length of education and dental status. Questionnaires were sent by TNS Gallup to a sample of 3 538 persons. 2 471 persons participated (70%). Oral health related quality of life was measured by the Oral Health Impact Profile (OHIP14). The results showed that from 5–50% of the population had had problems related to one or more of the 14 OHIP indicators. When a sumscore of the 14 OHIP indicators was constructed and related to background variables by multiple regression analysis, three background variables, age, gender, and dental status had independent direct effects upon oral health related quality of life: Younger persons, surprisingly, more than older persons, women more than men, and persons with no natural teeth rather than persons with most of their natural teeth had had problems from their teeth or mouth during the last 12 months. Having experienced problems was not systematically related to length of education bivariately. Controlling for the effect of other variables by multiple regression analysis, length of education was significantly related to OHIP sumscore. The results show a need for further interpretation of what lies behind peoples' perception of oral health related quality of life.

Referanser

1. Holst D, Schuller AA, Gimmestad A. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 866–71.
2. Skudutyte-Rysstad R, Eriksen HM. Endodontic status among 35-year-old Oslo citizens and changes over a 30 year period. *Int Endod J* 2006; 39: 637–42.

3. Holst D. Konsensuskonferanse Oral helse 2003. Odontologiska Institutionen, Jönköping. Sveriges tandläkerförbund. Stockholm: Förlags-
huset Gothia; 2003.
4. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co.; 2002.
5. Holst D, Skau I, Grytten J. Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 576–80.
6. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill, N.C: University of North Carolina; 1997.
7. Åstrøm A, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 115–21.
8. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 289–96.
9. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, Leresche L, Michellis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 125–32.
10. Schei B, Bakkeiteig LS (red). Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv. Oslo: Gyldendal; 2007.
11. Slade GD, Spencer JA. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3–11.
12. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284–90.
13. Locker D. Measuring oral health status: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5: 3–18.
14. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 90–9.
15. Schuller AA, Holst D. Changes in the oral health of adults from Trøndelag, Norway, 1973–1983–1994. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 201–8.
16. Locker D. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Pub Health Dent* 1994; 54: 167–76.
17. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nutall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 107–14.
18. Østberg AL. On self-perceived oral health in Swedish adolescents. Thesis. *Swed Dent J Suppl* 2002; 155: 1–87.
19. Dahl KE. Tannpleiers pedagogiske kompetanse i forhold til forebygging. (Hovedfagsoppgave i yrkespedagogikk). Høgskolen i Akershus; 2005.

Adresse: Dorthe Holst, Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: dholst@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering. ■