

Livshändelser, hälsa och munhälsa –
En studie av skilsmässa, make/makas död
och dess relation till hälsa och munhälsa,
baserad på en enkätstudie av
65-åringar i två landsting

Gunnar Ekbäck

Master of Public Health

MPH 2008:12



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Livshändelser, hälsa och munhälsa – en studie av skilsmässa, make/makas död och dess relation till hälsa och munhälsa, baserad på en enkätstudie av 65-åringar i två landsting.				
Författare Gunnar Ekbäck				
Författarens befattning och adress Övertandläkare/samhällsodontolog tandvårdsenheten Örebro läns landsting				
Datum då uppsatsen godkändes 2008-06-05			Handledare NHV/extern Susanna Bihari Axelsson, universitetslektor Bo Eriksson, professor	
Antal sidor 54	Språk – uppsats svenska	Språk – sammanfattning svenska/engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-48-1

<p>Sammanfattning</p> <p>BAKGRUND: De som drabbats av svåra livshändelser (här begränsade till skilsmässa eller make/makas död) betraktas som en riskgrupp när det gäller både allmän hälsa och munhälsa.</p> <p>SYFTE: Att undersöka om och i vilken mån svåra livshändelser (skilsmässa eller make/makas död) påverkar den allmänna hälsan och munhälsan, samt vilka aspekter av munhälsa som en global munhälsofråga kan fånga upp.</p> <p>MATERIAL OCH METOD: Studien utfördes som en kvantitativ studie med en enkät om munhälsa som delades ut till samtliga födda 1942 i Örebro och Östergötlands län under 2007. Svarefrekvensen var 73,1% av totalt 8313 individer. Både allmän hälsa och munhälsa mättes med hjälp av en global fråga. Munhälsan mättes dessutom med sex ytterligare frågor. Deskriptiv analys gjordes, skillnader mellan grupper testades och kompletterades med logistiska regressionsanalyser.</p> <p>RESULTAT: Det finns en statistiskt signifikant skillnad mellan dem som är frånskilda och/eller änka/änkling jämfört med dem som är gifta/sambo. De som inte drabbats av skilsmässa eller make/makas död hade bättre allmän hälsa och munhälsa. Skillnaden är systematisk och signifikant. Skillnaden mellan grupperna är statistisk signifikant även vid användandet av endast en fråga, den globala munhälsofrågan. Den globala munhälsofrågan förefaller i första hand spegla de delar av munhälsan som anknyter till patientens uppfattning om utseende och tuggförmåga. Studien antyder också att den försämrade hälsan kvarstår lång tid efter händelsen.</p> <p>SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER: Den här studien påvisar vikten av en adekvat anamnes som även inkluderar frågor om civilstånd. En global fråga om självupplevd munhälsa är också ett möjligt komplement för att bättre kunna bedöma såväl patientens munhälsa som behov av preventiva insatser.</p>
Nyckelord Holistisk, munhälsa, livshändelser, 65-åringar



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Life events, general health and oral health—a study of divorce, death of spouse, and their relation to general and oral health in all 65-year-old citizens in Swedish two counties.				
Author Gunnar Ekbäck				
Author's position and address Chief dentist at the Dental Department, Örebro County Council				
Date of approval June 5, 2008			Supervisor NHV/External Susanna Bihari Axelsson, Senior lecturer Bo Eriksson, Professor	
No of pages 54	Language – essay Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-48-1

Abstract

BACKGROUND: Individuals who have experienced difficult life events, limited here to divorce or death of a spouse, show elevated risk regarding general and oral health.

AIM: This study investigated how and to what extent difficult life events, i.e., divorce or death of a spouse, affect general and oral health. I also sought to determine whether a global question can identify different aspects of oral health.

MATERIALS AND METHOD: This cross-sectional quantitative study used an existing questionnaire already distributed to all (8,313) 65-year-old citizens in two Swedish counties. Within the questionnaire, a global question measured general as well as oral health, and six additional questions assessed oral health. Descriptive analysis sought to determine differences between groups, and logistic regressions were used to compare them further.

RESULTS: The questionnaire response rate was 73.1%. The results showed statistically significant differences in general and oral health among individuals who experienced divorce or death of a spouse compared with individuals without such experiences. The differences among groups, i.e., better general and oral health among individuals without divorce or death of a spouse, were significant and systemic, $p < 0.05$. Further, differences remained statistically significant even when using a global question on oral health. However, this global question focused mainly on chewing capacity and appearance.

CONCLUSIONS: This study shows the importance of accurate anamnesis, including questions on civil status. A global question about self-perceived oral health provides important information for judging patients' oral health and determining preventive actions. The study also suggests that risk for deteriorating oral health lingers long after difficult life events have occurred.

Key words

Holistic, oral health, life events, 65-year-old

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
1. INTRODUKTION	5
2. BEGREPP OCH KONCEPTUELL RAM	5
2.1 Allmän hälsa	6
2.2 Munhälsa	6
2.2.1 Munhälsa ur ett sjukdomsperspektiv	7
2.2.2 Munhälsa ur ett självupplevt perspektiv	7
2.2.3 Konceptuell modell av munhälsa	8
2.3 Livshändelser	9
3. SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅG	10
4. METOD	10
4.1 Design	11
4.1.1 65-års studien	11
4.1.2 Analys	11
4.1.3 Operationaliserad modell	12
4.1.4 Statistiska metoder	14
4.2 Bortfallsanalys	14
4.3 Etiska överväganden	15
5. RESULTAT	15
5.1 Allmän hälsa och livshändelser	15
5.2 Munhälsa och livshändelse	16
5.3 Globala munhälsofrågan och livshändelse	22
6. DISKUSSION	25
7. SLUTSATSER	29
8. OMNÄMNANDE	30
9. REFERENSER	31
BILAGA 1 ENKÄT MUNHÄLSA	36
BILAGA 2 ETISK PRÖVNING	52

1. INTRODUKTION

Munhälsan har under de senaste åren ofta bedömts vara i riskzonen på grund av en allt dyrare tandvård (1). För att minska den risken har regeringen beslutat om ett nytt tandvårdsstöd från och med 2008 (2). Mot den bakgrunden och med tanke på ett kommande uppföljningsbehov av munhälsan efter att den nya tandvårdstaxan införts finns flera skäl att fortlöpande följa munhälsan. I samband med detta är det också viktigt att studera vilka faktorer som påverkar munhälsan. Det finns dessutom en koppling mellan munhälsa och allmän hälsa, som innebär att en försämrad munhälsa kan leda till en sämre allmän hälsa och tvärtom (3).

Detta arbete vill i första hand undersöka hur svåra livshändelser samvarierar med munhälsa och i andra hand hur de samvarierar med den allmänna hälsan. Eftersom munhälsa och liknande begrepp som oral hälsa och tandhälsa ofta används med olika definitioner presenteras i detta arbete en modell för att bedöma munhälsan. Dessutom beskrivs det allmänna hälsobegreppet och den teoretiska bakgrunden till detta begrepp.

På samma sätt som när det gäller begreppen hälsa och munhälsa finns det flera begrepp som är relaterade till livshändelser, t.ex. livskriser eller "lifetime events". I Natur och Kulturs psykologi-lexikon står det att "en livshändelse är en händelse i en persons liv, positiv eller negativ"(4). Antal händelser, dess allvarlighetsgrad och den allmänna livssituationen påverkar livshändelsernas betydelse, vilket många forskare har försökt att analysera (5). Detta arbete inriktas fortsättningsvis på betydelsen av skilsmässa och eller maka/makes död och dess betydelse för munhälsan och den allmänna hälsan. En närmare beskrivning av begreppet livshändelse återfinns under avsnitt 2.3.

Ur ett folkhälsoperspektiv kan de som drabbats av en allvarlig livshändelse betraktas som en riskgrupp när det gäller såväl munhälsa (3, 6) som allmän hälsa (7, 8). Det finns därför skäl att undersöka mer specifikt om och i så fall hur mycket munhälsan respektive allmänhälsan riskerar att försämrars efter en "svår livshändelse". Kunskapen kan användas som ett underlag till den riskbedömning som skall göras vid alla fullständiga undersökningar inom tandvården, och som i sin tur ska lägga grunden för olika preventiva och promotiva insatser.

2. BEGREPP OCH KONCEPTUELL RAM

I detta kapitel presenteras de begrepp som är avgörande för studien såsom allmän hälsa, munhälsa och livshändelser. Munhälsan beskrivs med hjälp av en konceptuell modell som innebär två sätt att mäta munhälsa, nämligen den självupplevda munhälsan och den kliniskt registrerbara munhälsan.

2.1 Allmän hälsa

Arbetets första huvudbegrepp, som också ligger till grund för begreppet munhälsa är allmän hälsa. Det är ett begrepp som använts på många olika sätt, vilket har beskrivits bl.a. av Medin och Alexandersson (9). Enligt deras uppfattning finns det olika kategorier av hälsoteorier, dels teorier som svarar på vad hälsa är och dels teorier som svarar på hur hälsa uppnås, samt en kategori som är en blandform av dessa. Författarna placerar även in teorierna i en biomedicinsk eller en humanistisk inriktning. Den holistiska ansatsen tillhör den teorikategori som svarar på frågan vad hälsa är, men ansluter även till den humanistiska inriktningen (9).

Enligt den holistiska inriktningen är hälsan i hög grad relaterad till den enskilda individens handlingsförmåga, som i sin tur beror på den handlande personen, personens mål och de omständigheter som personen är bunden av (10). Utgångspunkten är hälsa och inte sjukdom som i den biomedicinska inriktningen (9).

Den holistiska inriktningen anknyter väl till WHO's hälsodefinition: "Health itself should be seen as a resource and an essential prerequisite of human life and social development rather than the ultimate aim of the life. It is not a fixed end-point, a product we can acquire, but rather something ever changing, always in the process of becoming" (11, s 3).

Detta arbete utgår från ett holistiskt synsätt och kan närmast beskrivas i enlighet med figur 1 där den inre figuren summariskt illustrerar den allmänna hälsan medan den yttre figuren tillämpar samma synsätt på munhälsa.

2.2 Munhälsa

Arbetets andra nyckelbegrepp är begreppet munhälsa. Det är ett begrepp som används på ett flertal olika sätt av olika aktörer. Detta arbete utgår ifrån den definition som togs vid konsensuskonferensen i Mullsjö 1992 kompletterad med idéer hämtade från Statens folkhälsoinstitut 2004 (12, 13) . Det innebär att munsjukdom inkluderar diagnostiserade begrepp som karies och parodontit, medan upplevd munhälsa respektive munhälsa inte behöver ha något samband med sjukdom.

Munhälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av munsjukdom (14, 15). Munhälsa används mer och mer inom odontologin som ett begrepp som speglar något mer än kariessjukdomen, vilket speglar den allmänna perspektivförskjutning som i dag sker mot en mer holistisk syn på hälsa (16, 17). Munhälsa består alltså dels av den upplevda munhälsan, dels av frihet från diagnostiserade sjukdomar. Även WHO har i motsats till tidigare definitioner för munhälsa inkluderat ett antal självupplevda variabler som exempelvis tuggning, sväljning och tal. En reduktion av antalet förlorade tänder finns också med i målbeskrivningen "Global goals for oral health 2020" (18).

Den svenska tandvården har liksom hälso- och sjukvården varit hårt präglad av ett biomedicinskt synsätt och fortfarande finns en osäkerhet kring hur det nya synsättet ska hanteras. Det enda som har följts upp och registrerats mer regelbundet är epidemiologiska

variabler som DFT ("Decayed Filled Teeth"), DFS ("Decayed Filled Surface"), DFSa ("Decayed Filled Surface Approximal"), DS ("Decayed Surface") och DSa ("Decayed Surface Approximal") (16, 19).

Begreppet munhälsa kan enligt det nya synsättet beskrivas utifrån två perspektiv, dels munsjukdom och dels upplevd munhälsa. Vardera perspektivet kan finnas med oberoende av det andra, men vanligtvis finns en samvariation. Båda perspektiven innebär huvudsakligen subjektiva mätmetoder och dessa går inte att standardisera i generell klinisk vardag så att exakta valida och reliabla värden kan erhållas (20, 21).

2.2.1 Munhälsa ur ett sjukdomsperspektiv

Munhålan drabbas av ett antal sjukdomar varav karies är den mest frekventa. Karies är på samma sätt som parodontit (inflammatorisk sjukdom i tändernas stödjevävnad) en infektionssjukdom som samvarierar med biologiska, psykologiska och socioekonomiska orsaker. Omfattande karies och parodontala skador kan leda till stora svårigheter för den enskilde och kan äventyra livskvaliteten både funktionellt och estetiskt. Karies är fortfarande ett stort folkhälsoproblem (22). Eftersom kariessjukdomen fortfarande inte definierats på individnivå utan enbart på tandnivå är de prevalens- och incidenstal som ibland anges inte möjliga att översätta till dessa begrepps vanliga innebörd (16).

Parodontit drabbar ca 40 % av den vuxna befolkningen i Sverige. Stödjevävnaden bryts ned och successivt förlorar tänderna sitt fäste. Under senare år har studier visat på samvariation mellan parodontit och allmänmedicinska sjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar samt respiratoriska sjukdomar som kronisk obstruktiv lungsjukdom. Därför bör parodontit ses dels som en möjlig faktor som påverkar allmänhälsan, dels som en orsak till förlust av tänder. Det vetenskapliga underlaget är dock motsägelsefullt. Diagnosen ställs vanligtvis vid en klinisk undersökning (23).

Generellt kan förutses en minskning av förekomsten och svårighetsgraden av dessa sjukdomar bland personer yngre än 50 år, medan en ökning kan förväntas ske bland äldre åldersgrupper. Orsaken till detta är att kommande årtiondens äldre patienter i allt högre grad kommer att ha kvar flertalet tänder under den del av livet då möjligheten att upprätthålla en sjukdomsförebyggande livsstil minskar. Då antalet äldre personer ökar skapar detta tillsammans ett inte obetydligt vårdbehov för dessa grupper (24).

Förutom karies och parodontit finns det patologiska tillstånd i käkbenet, bettfysiologiskt relaterade problem, orala funktionshinder samt ett antal oralmedicinska diagnoser som skapar större eller mindre problematik för den drabbade. Av dessa svarar oral cancer för en ökad mortalitetsrisk (25).

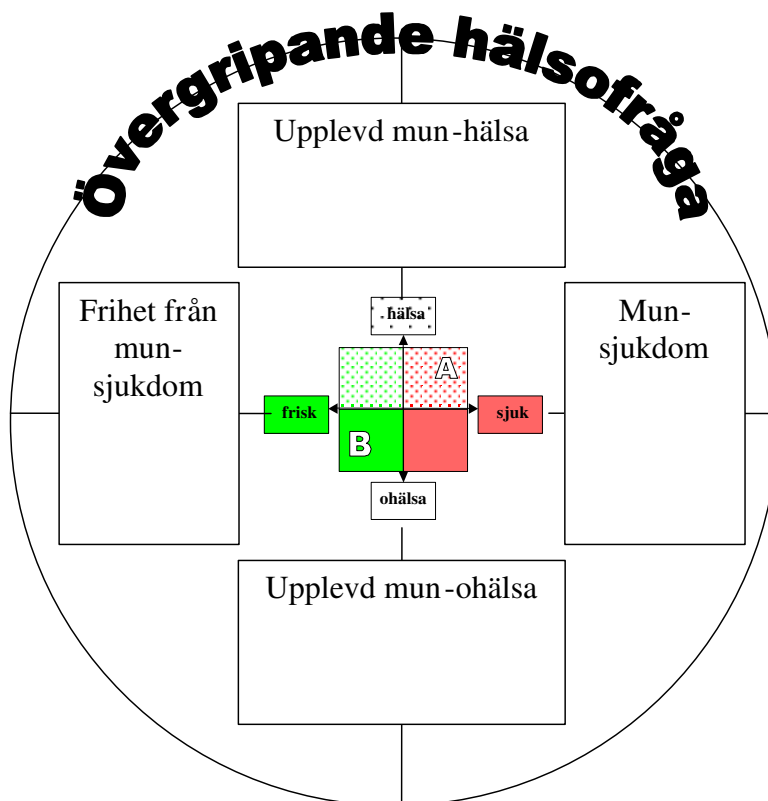
2.2.2 Munhälsa ur ett självupplevt perspektiv

Munhälsans andra perspektiv d.v.s. den självupplevda munhälsan kan mätas genom enkäter och intervjuer. Här finns det ett stort problem med allt sämre svarsfrekvenser och numera anses även 60 % vara ett gott resultat (26).

Det första större försöket att skapa en samsyn i Sverige kring begreppet munhälsa skedde så sent som 2003. Där konstaterades att om syftet är att karakterisera den subjektiva bedömningen av hälsa respektive ohälsa måste också humanistiska begrepp som upplevelse inkluderas (12). Ett antal instrument för att mäta detta begrepp har även konstruerats de senaste åren. Här finns allt från återkommande frågor i stora longitudinella studier där frågebatteriet ej namngetts (27, 28), till namngivna instrument som OHIP (“Oral Health Impact Profile”), OIDP (“Oral Impacts on Different Daily Performances”) och COHQO (“Child Oral Health Quality Of Life Questionnaires”) (29).

2.2.3 Konceptuell modell av munhälsa

Nedanstående modell tillämpar ett holistiskt synsätt som i detta sammanhang innebär att munhälsa består av två dimensioner, den självupplevda och den kliniskt diagnostiserade. Kan mätas med en enstaka övergripande hälsofråga, en global hälsofråga (30).



Figur 1. Konceptuell modell av hälsa och munhälsa

Denna figur sammanfattar den konceptuella modellen och visar hur en individ (A) kan ha en diagnostiserad sjukdom men ändå uppleva sig ha god hälsa, medan en annan individ (B) kan uppleva en hög grad av ohälsa trots att det inte går att diagnostisera någon sjukdom. Den inre bilden beskriver den allmänna hälsan medan de yttre ramarna tillämpar samma synsätt på

begreppet munhälsa. Modellen är en modifierad version efter Statens folkhälsoinstitut, 2004 (13).

2.3 Livshändelse

Arbetets tredje nyckelbegrepp är begreppet livshändelse. Begreppet används i detta sammanhang för svåra händelser i livet, som har påverkan på personens hela framtida liv såsom skilsmässa eller nära make/makas död. Många sådana livshändelser har en direkt påverkan på stressnivå och på hälsostillstånd hos individen (31-34).

Svåra livshändelser förefaller vara en av flera orsaker till så skilda tillstånd som parodontit (35), diabetes (36) och utmattningssyndrom (37). En skala som har använts flitigt inom detta område är SRRS-skalan ("Social Readjustment Rating Scale"), som utvecklades under 1960-talet av Holmes och Rahe (7). Skalan poängsätter olika livshändelsers påfrestning för individen, men har också kritiserats för att den inte tillräckligt tar hänsyn till individuella skillnader i upplevelser (38). Denna skala är en av de skalor som trots kritik tillhör de mest citerade genom åren (7). Senare forskning har bekräftat att den fortfarande är användbar när det gäller att skapa data kring stressrelaterade utfall kopplade till specifika livshändelser (39).

Livshändelser har i tidigare forskning visat sig påverka allmän hälsa (7, 40, 41). Hur mycket munhälsan påverkas är dock inte entydigt (14). Forskningen har visat att personer som är ensamstående oftare har problem med hälsan och som följd därav mer frekvent återkommer till psykiatrisk jourmottagning än de som är gifta/sammanboende (42). Två typer av allvarliga livshändelser är separation och maka/makes dödsfall. Antalet separationer i Sverige var 2006 enligt Statistiska Central Byrån 40110 och antalet änka/änklingar 30037 (43).

Detta arbete har valt att studera två livshändelser, skilsmässa och make/makas död, i relation till munhälsa och allmän hälsa. Dessa händelser finns avläsbara i den enkät som ligger till grund för studien. De har också ett högt poängvärde i SRRS-skalan, vilket innebär att de rankas som svåra livshändelser. Dessutom kan de antas påverka folkhälsan genom sin höga frekvens.

Eftersom dessa livshändelser drabbar så stor del av populationen finns det skäl att även ur ett folkhälsoperspektiv genomföra denna studie. Påverkas munhälsan i mätbar omfattning av sådana återkommande livshändelser är det ett hälsoproblem som behandlande tandläkare måste vara uppmärksamma på. Detta innebär att det kan påverka det kliniska ställningstagandet vid den riskgruppering som flertalet tandläkare gör vid undersökningstillfället. Ett annat skäl är att använda det material som redan finns från denna enkätstudie för att ytterligare öka patientnyttan med undersökningen.

3. SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅGOR

Det övergripande syftet med studien var att undersöka om och i vilken mån svåra livshändelser (skilsmässa eller make/makas död) påverkar den allmänna hälsan och munhälsan, samt vilka aspekter av munhälsa som en global munhälsofråga kan fånga upp.

Utifrån detta syfte formulerades följande specifika forskningsfrågor:

- Finns det någon samvariation mellan att drabbas av skilsmässa och/eller make/makas död och allmän hälsa?
- Finns det någon samvariation mellan att drabbas av skilsmässa och/eller make/makas död och munhälsa?
- Vilka aspekter av munhälsa kan en global munhälsofråga fånga upp och kan den visa en eventuell skillnad i munhälsa mellan grupper som drabbats av skilsmässa och/eller make/makas död och sådana som inte drabbats av dessa livshändelser?

4. METOD

Som utgångspunkt för studien används ett befintligt enkätmaterial. Detta material har bearbetats med hjälp av kvantitativa metoder för att besvara de ovanstående frågeställningarna.

Valet att använda en kvantitativ studiedesign grundar sig på en önskan att i ett större material undersöka om det går att se en skillnad i allmän hälsa och munhälsa mellan grupper som gått igenom svåra livshändelser och grupper som inte har haft sådana livshändelser (44). Det har dessutom funnits ett landstingspolitiskt önskemål att genom en enkät fortlöpande följa gruppen födda 1942 i Örebro och Östergötlands län från ett bredare munhälsoperspektiv. Utifrån denna bakgrund har valet att använda ett enkätmaterial med frågor som innehåller uppgifter om både munhälsa och livshändelser gjorts. Antalet livshändelser begränsades i samband med detta val av metod till två grupper, de som upplever sig drabbade av en "svår livshändelse" (änka/änkling, frånskild) och de som ej anser sig drabbade av skilsmässa eller make/makas död (gift/sambo). Fortsättningsvis kallas grupperna för "Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse". Valet av livshändelser gjordes, som tidigare nämnts, dels utifrån de uppgifter som fanns att tillgå i enkäten, dels utifrån att de skulle ha bedömts som svåra livshändelser enligt SRRS skalan.

Studien analyserar förhållanden mellan hälsotillstånd och andra variabler, i detta fall hälsa, munhälsa och livshändelser. Det är en icke-experimentell studie, en tvärsnittstudie med allmänhälsa, munhälsa och civilstånd som de intressanta variablerna.

4.1 Design

Detta avsnitt är uppdelat i fyra underrubriker och beskriver det använda enkätaterialet, den analys som använts, den operationaliserade modellen för att mäta munhälsa, samt de statistiska metoder som brukats.

4.1.1 65-års studien

Materialet i denna studie hämtas från en enkätstudie som ägs och utfördes våren 2007 av Örebro och Östergötlands läns landsting och som också godkänt denna bearbetning och publicering av uppgifter (bilaga 1). Enkäten är den fjärde i ordningen och utfördes för första gången 1992 då ett frågeformulär skickades till alla personer födda 1942 i två svenska landstingskommuner, Örebro och Östergötland (45). Skilda aktörer har anlåtats av landstingen för att genomföra undersökningen. Om inget svar inkommit två veckor efter det första utskicket sändes ett påminnelsebrev. Hade det inte inkommit något svar efter ytterligare två veckor sändes ett nytt frågeformulär. Efter detta gjordes ingen mer ansträngning. 1997, 2002 och 2007 repeterades utskicket på likartat sätt med små justeringar av frågor. År 2007 var antalet respondenter 8313 (3377 i Örebro och 4936 i Östergötland) och svarsfrekvensen var 73,1%.

Frågeformuläret innehöll drygt 50 frågor, grupperade i sex olika sektioner (46):

- Allmänna socioekonomiska förhållanden som ålder, kön och yrke (Här finns också frågor som ger svar på aktuella valda livshändelser).
- Allmänhälsa (läkarbesök, tobaksbruk, läkemedelsförbrukning).
- Orala förhållanden som tillfredsställelse med tänderna, problem, munhygienvanor och antal tänder.
- Ett antal attitydfrågor angående tändernas utseende och funktion.
- Tandvårdsnyttjande och erfarenheter därav.
- Frågor angående det senaste tandvårdsbesöket.

2007 års enkät innehöll dessutom åtta frågor ytterligare om oral dysfunktion (OIDP).

4.1.2 Analys

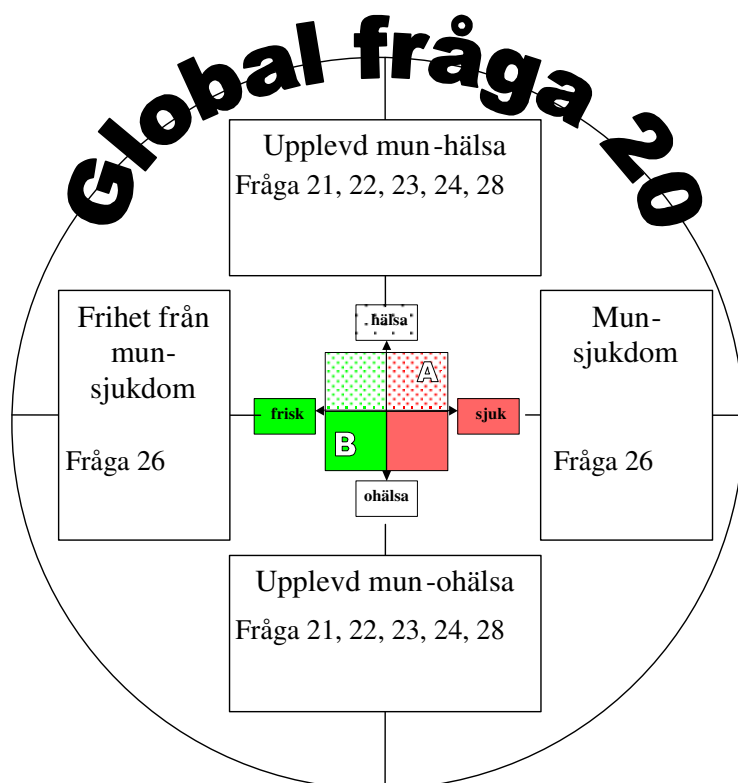
Allmän hälsa i dessa två grupper ("Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse") analyseras med hjälp av en global fråga "Anser du dig vara fullt frisk?"

Munhälsa analyseras med hjälp av en operationaliserad modell, figur 2, vilken består av en global munhälsofråga, en fråga för att spegla sjukdomsperspektivet och 5 frågor för att spegla det självupplevda perspektivet.

Den globala munhälsofrågan analyseras med avseende på vilka aspekter av munhälsa den i första hand samvarierar med.

4.1.3 Operationaliserad modell

Den konceptuella modellen av munhälsa (figur 1) har operationaliserats med hjälp av ett antal enkätfrågor. Ett perspektiv handlar om den diagnosrelaterade aspekten, den vågräta axeln i figur 2. Den mäts med hjälp av fråga 26. Nästa perspektiv handlar om den självupplevda munhälsan vilken illustreras av den lodräta axeln och mäts med hjälp av fråga 21, 22, 23, 24 och 28. Slutligen används fråga 20 för att försöka täcka in båda föregående perspektiv på ett övergripande sätt.



Figur 2. Operationaliserad modell av munhälsa

Figur 2 visar de frågor från aktuell enkätstudie som använts för att operationalisera modellen. Den valda modellen för att mäta munhälsa utgår från en holistisk modell på allmän hälsa, tillämpat på begreppet munhälsa och placerar in enkätens svar i denna utifrån vad som tidigare beskrivits i figur 1.

I denna studie används EN frågeställning som markör för det "överordnade begreppet munhälsa", alltså det som rymmer både den traditionella sjuk/frisk variabeln och den självupplevda variabeln. Denna fråga benämns i detta arbete som "den globala munhälsofrågan" och är nummer 20 i enkäten.

Fråga nr 20. Är du i allmänhet nöjd med dina tänder?

Som markörer för den "självupplevda munhälsan" används följande frågor:

Fråga 21. Kan du tugga all sorts mat?

Fråga 22. Är du nöjd med utseendet hos dina tänder?

Fråga 23a. Känner du dig torr i munnen om dagen?

b. Känner du dig torr i munnen om natten?

Fråga 24. När hade du tandvärk senast?

Fråga 28. Man kan ha många olika besvär från munnen och tänderna. Upplever du för din del att du har något eller några av nedanstående besvär eller bekymmer?

- a) Tändernas färg
- b) Tändernas form
- c) Sneda tänder
- d) Över eller underbett
- e) För glest mellan tänderna
- f) För trångt mellan tänderna
- g) Sveda i munnen
- h) Sår eller blåsor i munnen
- i) Smakförändringar
- j) Smärta runt käklederna
- k) Knäppningar eller knaster från käklederna
- l) Svårigheter att gapa stort
- m) Tandgnissling/pressning
- n) Blödning från tandköttet
- o) Dålig andedräkt
- p) Besvär från material tandfyllning
- q) Ilningar i tänderna

Fråga 23 (muntorrhet) och fråga 28 (besvär) slås samman till var sitt index där medianvärdet för samtliga ingående delfrågor slås samman på individnivå. Metoden bygger på att medianvärdet för samtliga delfrågor bestäms på individnivå och att det utifrån detta skapas en ny kolumn som kan beskrivas i frekvenstal. Metoden är närmare beskriven och använd (47). Chronbach alfa för fråga 23 är 0,73 och för fråga 28 0,79.

Som markör för variabeln som speglar ”sjuk/frisk perspektivet” används fråga 26: Hur många av dina tänder har du kvar? Denna fråga används för att den tidigare validerats genom en klinisk undersökning och följaktligen kan användas som en klinisk variabel trots att den bygger på enkätsvar (48). Både karies och parodontit som är de mest frekventa munsjukdomarna leder också i sina slutstadier till tandförluster (24).

Dikotomisering av munhälsofrågor (tabell 5) skedde enligt följande metodik. Fråga 20-23 (med fyra svarsalternativ) dikotomiserades mitt i. Fråga 24 (med fem svarsalternativ) dikotomiserades mellan svarsalternativ ”haft tandvärk det senaste året” och ”har haft tandvärk för mer än ett år sedan” eftersom ansatsen var att få med endast de som hade ett tydligt minne av tandvärk. Fråga 28 (med fyra svarsalternativ) dikotomiserades efter svarsalternativ ett eftersom den bestod av 93,1% av svaren. Slutligen dikotomiserades fråga 26 (med fem svarsalternativ) efter svarsalternativ två då ansatsen i denna fråga var att få en grupp av dem som var i stort sett fullt betandade.

4.1.4 Statistiska metoder

Detta arbete utförs som en tvärsnittsstudie där samtliga svar som givits på tidigare beskrivna och utvalda frågor undersöks dels med avseende på den grupp som drabbats av svår livshändelse (änka/änkling eller frånskilda), dels med avseende på den grupp som inte drabbats (gifta/sambo) (44). "Svår livshändelse" gruppen definieras i denna studie, se tabell 1, som ingående i kategori 3 (frånskild), eller kategori 4 (änka/änkling). Gruppen "Ej svår livshändelse" består av kategori 1 (gift/sammanboende). Kategori 2 (ogift) samt kategori 5, (svar felaktigt lämnat)" räknas som missing, totalt 6,9%. Antalet ingående framgår av tabell 1.

Tabell 1. Fördelning av svarande enligt civilstånd.

Civilstånd	Frekvens	Procent
1. Gift/sammanboende	4577	76,5
2. Ogift	383	6,4
3. Frånskild	642	10,7
4. Änka/änkling	347	5,8
5. Svar felaktigt lämnat	32	0,5
Total	5981	100,0

All statistisk analys gjordes i Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 14) och Excel. Cronbach alfa användes för att mäta reliabiliteten i de två index som använts. Bivariat korrelation analyserades med Spearmans test. För logistisk regression användes metod "Enter". Alla frågor i munhälsomodellen (figur 2) dikotomiserades och användes som beroende faktorer i en logistisk regressionsmodell. Som oberoende variabler har följande åtta frågor utnyttjats: Livshändelse, kön, utbildning, boende, skrämmande upplevelse av barntandvård, vårdgivare, BMI-grupp (Body Mass Index) och födelseland. I tabell 9 har samtliga ingående munhälsofrågor använts som oberoende variabler med den globala munhälsofrågan som beroende variabel.

4.2 Bortfallsanalys

Den totala gruppen som fått enkäten består av 8313 individer varav 6076 individer svarade (73,1%). Studiebasen består av 5981 personer vilka alla svarat på frågan om civilstånd (71,9 %). Analys är gjord för landsting och kön. Skillnaderna i bortfall mellan landsting är små, 26,4% respektive 27,7%. Skillnaderna mellan kön är marginellt större där det finns ett bortfall på 25,3% hos kvinnor och ett bortfall på 28,4% hos män. Se tabell 2.

Tabell 2. Bortfall i procent enligt landsting och kön.

	Län		Kön	
	Örebro	Östergötlands	Kvinna	Man
Bortfall	27.7%	26.4%	25.3%	28.4%

4.3 Etiska överväganden

Personnummeruppgifter är nödvändiga för att aktuella data ska kunna jämföras med tidigare insamlade data från individerna i 1942-års kohorten. Data och kodnycklar förvaras i lösenordsskyddade datalager hos landstingen för att bl.a. möjliggöra framtida uppföljning. Kodnycklarna finns endast tillgängliga för projektledarna. Vid analys av data sker den i helt oidentifierad form. Redovisning sker utan möjlighet till koppling till enskild individ. Endast de två forskningsansvariga har tillgång till lösenord. Skriftlig information lämnas till alla i samband med att enkäten skickas ut. Inga komplikationer har förväntats i och med att respondenterna kan via telefon nå kvalificerad personal för diskussion, synpunkter och förfrågningar. Etikprövning gjordes senast under våren 2007 där etikprövningsnämnden lämnade ett rådgivande yttrande samt konstaterade att prövning ej var nödvändigt (bilaga 2).

5. RESULTAT

Resultat för både allmän hälsa och munhälsa presenteras uppdelat på grupperna "Svår livshändelse" (skilsmässa, make/makas död) och "Ej svår livshändelse" (gifta/sambo). Både allmän hälsa och munhälsa är bättre i gruppen "Ej svår livshändelse".

5.1 Allmän hälsa och livshändelser

Första syftet var att se om det fanns någon samvariation mellan att drabbas av skilsmässa och/eller make/makas död och allmän hälsa. Resultatet visar en tydlig skillnad mellan gruppen "Svår livshändelse" och Gruppen "Ej svår livshändelse". 81.3% i den andra gruppen anser sig fullt frisk medan endast 71.7% i den första gruppen enligt tabell 3.

Tabell 3. Andel friska uppdelat på två grupper.

Grupp	Andel som anser sig fullt frisk
Svår livshändelse	71,7%
Ej svår livshändelse	81.3%

För att kunna jämföra resultatet för dessa två grupper med avseende på både allmän hälsa och munhälsa har en regressionsanalys (tabell 4) gjorts även för den allmänna hälsan med samma ingående oberoende variabler som använts i den regressionsanalys som gjorts för munhälsa

(tabell 8). Tabellen presenterar endast ojusterade värden eftersom de justerade värdena skiljer sig endast marginellt från dessa. Även i den logistiska regressionsanalysen uppvisar gruppen ”Ej svår livshändelse” högre odds för god hälsa jämfört med gruppen ”Svår livshändelse” (OR 1,76).

Tabell 4. Effekter på allmän hälsa (globala hälsofrågan) av livshändelser och sju andra oberoende faktorer.

	Anser sig vara fullt frisk
	(OR) ojusterat [p-värde]
Livshändelse	
”Ej svår livshändelse”	(1.76) [0.000]
”Svår livshändelse”	1
Kön	
Kvinna	(0.85) [0.010]
Man	1
Utbildning	
Högskola	(1.83) [0.000]
Övrig utbildning	1
Boende	
Tätort	(1.05) [0.562]
Landsbygd	1
Skrämmande upplevelse av barntandvård	
Aldrig	(1.15) [0.038]
Någon/några gånger	1
Vårdgivare	
Privattandvård	(1.65) [0.000]
Folktandvård	1
Födelseland	
Nordiskt land	(2.21) [0.000]
Icke nordiskt land	1
BMI-grupp	
Ej fetma	(2.00) [0.000]
Fetma (BMI>30)	1

5.2 Munhälsa och livshändelse

Andra syftet var att undersöka om det fanns någon samvariation mellan att drabbas av skilsmässa och/eller make/makas död och munhälsa? Tabell 5 och diagram 1 uppvisar en genomgående skillnad med sämre munhälsa i gruppen som drabbats av ”Svår livshändelse” (skilsmässa, änka, änklings).

Tabell 5 visar resultaten för samtliga sju frågor som valts ut (se figur 2) för att beskriva munhälsa. Resultaten visas med samtliga svarsalternativ angivna och med angiven dikotomiseringsgräns samt uppdelade dels totalt, dels på gruppen "Svår livshändelse" (skilsmässa, änka, änklings) och gruppen "Ej svår livshändelse" (gift, sambo). Frågornas nummer hänvisar till det nummer som de har i originalenkäten (bilaga 1). Det stora flertalet har alla eller flertalet tänder kvar 71,7%. En minoritet på 2,6% är helt tandlös. När det gäller utseendet på tänder och muntorrhet finns det dock en relativt stor andel som inte är nöjda, 22,4% respektive 28,8%. Relativt många (11,2%) har också drabbats av tandvärk det senaste året eller inte anser sig kunna tugga sin mat (6,4%). Det stora flertalet, 76,7%, anser sig vara mycket nöjd eller i stort sett nöjda. Dock är det 17,1% som inte är särskilt nöjda och 6,1% som inte alls är nöjda med sina tänder.

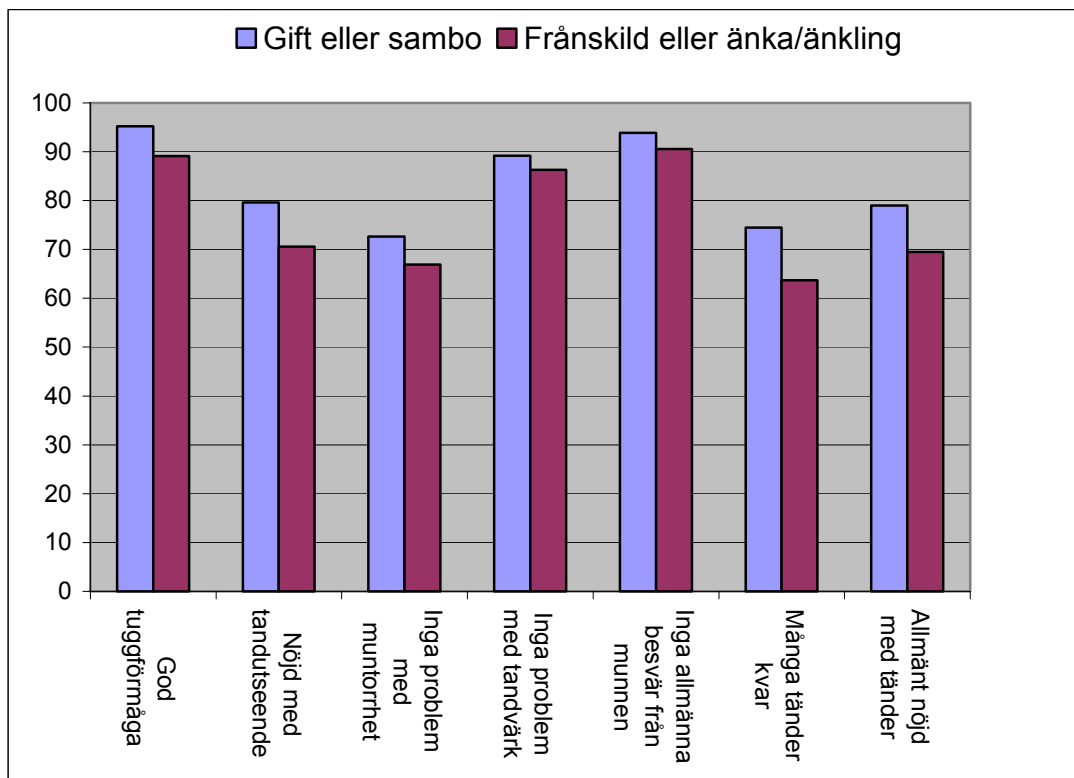
Tabell 5. Munhälsa hos 65-åringar.

Fråga	Svar och dikotomiserings gräns	Dikotoma Svar	Totalt	Svår livs-händelse	Ej svår livs-händelse
20. Är du i allmänhet nöjd med dina tänder?	Ja, mycket nöjd	Nöjd	12.5	10.6	13.3
	Ja, i stort sett nöjd		64.2	58.9	65.6
	Nej, inte särskilt nöjd		17.1	19.7	16.4
	Nej, absolut inte nöjd	Missnöjd	6.1	10.9	4.6
21. Kan du tugga all sorts mat?	Mycket bra	Bra	63.9	55.3	66.1
	Ganska bra		29.6	33.7	28.5
	Mindre bra		4.6	7.7	3.6
	Dåligt	Dåligt	1.8	3.3	1.2
22. Är du nöjd med utseendet på dina tänder?	Ja, mycket nöjd	Nöjd	14.0	11.3	14.5
	Ja, i stort sett nöj		63.6	59.4	65.1
	Nej, inte särskilt nöjd		17.9	21.3	17.0
	Nej, absolut inte nöjd	Missnöjd	4.5	8.1	3.4
23. Känner du dig torr i munnen? (Index)	Nej, aldrig	Nej	29.9	28.5	30.4
	Nej, sällan		41.2	38.4	42.2
	Ja, ibland		23.9	25.9	23.1
	Ja, ofta	Ja	4.9	7.2	4.3
24. När hade du tandvårk senast?	Minns inte	För länge sedan	42.7	44.1	42.5
	Har aldrig haft tandvårk		8.8	8.4	8.8
	Mer än ett år sedan		36.5	33.5	37.7
	Under det senaste året		6.9	7.8	6.7
	Under de senaste tre månaderna	Nyligen	4.3	5.9	4.1
28. Upplever du att du för din del har något eller några besvär eller bekymmer? (Index)	Inga besvär	Inga besvär	93.1	90.6	93.9
	Vissa besvär		6.2	8.2	5.5
	Ganska mycket besvär		0.6	0.9	0.5
	Stora besvär	Besvär	0.2	0.3	0.1
26 Hur många av dina tänder har du kvar?	Alla kvar	Flertalet tänder	13.7	11.0	14.8
	Saknar enstaka	tänder	58.0	52.5	59.6
	Saknar ganska många	kvar	22.9	28.2	21.3
	Nästan inga kvar		2.6	4.5	1.9
	Helt tandlös	Många tänder förlorade	2.6	3.5	2.3

Diagram 1 visar andel med god munhälsa (dikotomiserad) beskriven med sju valda frågor vilka tillsammans speglar både det självupplevda perspektivet och sjukdomsperspektivet. Den globala munhälsofrågan ”är du i allmänhet nöjd med dina tänder” finns också med bland dessa sju frågor. Samtliga frågor som mäter munhälsa visar en större andel med god munhälsa i gruppen ”Ej svår livshändelse” (gifta eller sambo). Skillnaderna är signifikanta. De frågor som uppvisar tydligaste skillnaden mellan grupperna är antal tänder, nöjdhet med tandutseende samt den globala munhälsofrågan.

Den andel som uppger sig ha dålig munhälsa (dikotomiserade svar) är således i minoritet men ändå inte försumbar. Den procentuella skillnaden i munhälsa mellan gruppen ”Svår livshändelse”(skilsmässa, make/makas död) jämfört med gruppen ”Ej svår livshändelse” blir också större bland dem. Den största procentuella skillnaden uppvisar indikatorn ”tuggning” där det är 56% fler som inte anser sig kunna tugga sin mat bland dem som upplevt ”Svår livshändelse” jämfört med gruppen som ej upplevt sådan.

Diagram 1. Procentuella andelar med god munhälsa (mätt med sju frågor) för gruppen ”gifta/sambo” respektive gruppen ”frånskilda eller änka/änkling”. De frågor som här får illustrera munhälsa är tuggförmåga, tandutseende, muntorrhet, tandvärk, allmänna besvär från munnen, antal kvarvarande tänder och allmän bedömning av nöjdhet med tänder.



För att undersöka hur mycket ”Svår livshändelse” betydde i förhållande till andra tänkbara bakgrundsfaktorer gjordes sju logistiska regressionsanalyser, tabell 6, 7 och 8 med de frågor som ingår i modellen, figur 2, som beroende variabler och sju oberoende variabler förutom

”Svår livshändelse”. Dessa var kön, utbildning, boende, skrämmande upplevelse av barntandvård, vårdgivare, födelseland och BMI-grupp. Dessa variabler valdes dels utifrån en förförståelse om vad som möjligen påverkar munhälsan dels utifrån vad som gick att utläsa ur enkäten. ”Svår livshändelse”, födelseland samt vårdgivare var de enda oberoende variablerna som uppvisade en signifikant oddskvot för samtliga sju beroende munhälsoindikatorer medan utbildning och boende var de variabler som uppvisade en signifikant oddskvot för endast 4 av de sju beroende faktorerna. Multipla logistiska analyser gav marginellt avvikande resultat. Samtliga oberoende variabler testades för inbördes korrelation. Inga starka korrelationer finns. Tydligaste korrelationen mätt med Spearman’s rho ($p < 0,001$) finns mellan ”Svår livshändelse” och ”kön” (0.135) och ”skrämmande besök” och ”födelseland” (0.103).

Tabell 6. Effekter på munhälsa (fem frågor som speglar det självupplevda perspektivet) av livshändelser och sju andra oberoende faktorer.

	2	3	4	5	6
	Kan tugga all sorts mat	Nöjd med utseendet hos sina tänder?	Ej mun- torr	Har inte haft tandvärk det senaste året	Har inga besvär från mun och tänder
	[p-värde] (OR) ojusterat	[p-värde] (OR) ojusterat	[p-värde] (OR) ojusterat	[p-värde] (OR) ojusterat	[p-värde] (OR) ojusterat
Livshändelse					
”Ej svår livshändelse”	[0.000] (2.41)	[0.000] (1.68)	[0.000] (1.31)	[0.009] (1.32)	[0.000] (1.61)
”Svår livshändelse”	1	1	1	1	1
Kön					
Kvinna	[0.043] (1.24)	[0.003] (0.83)	[0.000] (0.61)	[0.551] (1.05)	[0.000] (0.66)
Man	1	1	1	1	1
Utbildning					
Högskola	[0.000] (2.11)	[0.144] (1.12)	[0.000] (1.60)	[0.127] (0.86)	0.316 (1.15)
Övrig utbildning	1	1	1	1	1
Boende					
Tätort	[0.001] (0.60)	[0.001] (0.76)	[0.046] (0.86)	[0.829] (1.02)	[0.457] (0.91)
Landsbygd	1	1	1	1	1
Skrämmande upplevelse av barntandvård					
Aldrig	[0.024] (1.30)	[0.000] (1.59)	[0.008] (1.17)	[0.262] (1.10)	[0.000] (2.03)
Någon/några gånger	1	1	1	1	1
Vårdgivare					
Privattandvård	[0.000] (1.91)	[0.000] (1.65)	[0.000] (1.28)	[0.003] (1.30)	[0.000] (1.59)
Folktandvård	1	1	1	1	1
Födelseland					
Nordiskt land	[0.000] (3.86)	[0.000] (1.73)	[0.005] (1.51)	[0.000] (3.06)	[0.000] (2.25)
Icke nordiskt land	1	1	1	1	1
BMI-grupp					
Ej fetma	[0.000] (1.34)	[0.071] (1.01)	[0.000] (1.29)	[0.005] (1.15)	[0.574] (1.04)
Fetma (BMI>30)	1	1	1	1	1

Tabell 6 visar att om man tillhör gruppen ”Ej svår livshändelse” (gift/sambo) så har man högre odds att kunna tugga all sorts mat än om man tillhör gruppen ”Svår livshändelse” (frånskild, änka /änkling), OR 2.41

Tabell 7. Effekter på munhälsa (antal tänder) av livshändelser och sju andra oberoende faktorer.

	Har alla eller nästan alla tänder kvar.
	(OR) ojusterat [p-värde]
Livshändelse	
”Ej svår livshändelse”	(1.66) [0.000]
”Svår livshändelse”	1
Kön	
Kvinna	(1.01) [0.898]
Man	1
Utbildning	
Högskola	(2.10) [0.000]
Övrig utbildning	1
Boende	
Tätort	(1.01) [0.546]
Landsbygd	1
Skrämmande upplevelse av barntandvård	
Aldrig	(1.49) [0.000]
Någon/några gånger	1
Vårdgivare	
Privattandvård	(1.90) [0.000]
Folktandvård	1
Födelseland	
Nordiskt land	(1.97) [0.000]
Icke nordiskt land	1
BMI-grupp	
Ej fetma	(1.28) [0.000]
Fetma (BMI>30)	1

5.3 Globala munhälsofrågan och svåra livshändelser

Den tredje forskningsfrågan gällde huruvida en global munhälsofråga kunde fånga upp en eventuell skillnad i munhälsa mellan grupper som drabbats av skilsmässa och/eller make/makas död och sådana som inte drabbats av dessa svåra livshändelser, samt vilka delar av munhälsan som den i så fall samvarierade med.

Tabell 8 visar att även den globala munhälsofrågan påvisar en signifikant skillnad mellan gruppen med ”Svår livshändelse och ”Ej svår livshändelse”. Tabell 9 visar den statistiska effekten på munhälsa av åtta oberoende variabler utgående från självupplevd munhälsa, tandsjukdom samt kön och utbildning. Sammanfattningsvis förefaller den globala munhälsofrågan spegla i första hand patientens upplevda nöjdhet med tändernas utseende, med tuggning och med det egenbedömda antalet tänder. Skillnaderna mellan de justerade OR och de ojusterade OR är måttliga. Dock verkar betydelsen av muntorrhet, kön och utbildning försvinna i den justerade modellen.

Tabell 8. Effekter på munhälsa (globala munhälsofrågan) av livshändelser och sju andra oberoende faktorer.

	Är i allmänhet nöjd med sina tänder
	(OR) ojusterat [p-värde]
Livshändelse	
”Ej svår livshändelse”	(1.65) [0.000]
”Svår livshändelse”	1
Kön	
Kvinna	(0.87) [0.026]
Man	1
Utbildning	
Högskola	(1.39) [0.000]
Övrig utbildning	1
Boende	
Tätort	(0.80) [0.006]
Landsbygd	1
Skrämmande upplevelse av barntandvård	
Aldrig	(1.59) [0.000]
Någon/några gånger	1
Vårdgivare	
Privattandvård	(1.73) [0.000]
Folktandvård	1
Födelseland	
Nordiskt land	(2.06) [0.000]
Icke nordiskt land	1
BMI-grupp	
Ej fetma	(1.13) [0.001]
Fetma (BMI>30)	1

Förklaringsvärdet för samtliga i regressionsmodellen ingående variabler, tabell 9, är drygt 60% (Nagelkerkes R square =0.624). Enbart frågan om tandutseende innebar ett Nagelkerkes R square 0.479. Kompletterad med frågan om tuggning ökar Nagelkerkes R square till 0.54. Om en tredje variabel antal tänder lägges till blir Nagelkerkes R square =0.619.

Tabell 9. Effekter på munhälsa (globala munhälsofrågan) av åtta oberoende variabler utgående från självupplevd munhälsa, tandsjukdom samt kön och utbildning.

	Är du i allmänhet nöjd med dina tänder?	
	(OR) ojusterat [p-värde]	(OR) justerat [p-värde]
Kan du tugga all sorts mat? Fr 21		
Bra	(60.52) [0.000]	(11.84) [0.000]
Dåligt	1	1
Är du nöjd med utseendet på dina tänder? Fr 22		
Nöjd	(31.59) [0.000]	(24.77) [0.000]
Missnöjd	1	1
Är du muntorr? (index) fr 23		
Nej	(2.13) [0.000]	(1.21) [0.087]
Ja	1	1
När hade du senast tandvärk? Fr 24		
För länge sedan	(3.69) [0.000]	(2.57) [0.000]
Nyligen	1	1
Besvärsindex? Fr 28		
Inga besvär	(6.45) [0.000]	(2.04) [0.000]
Besvär	1	1
Hur många tänder har du kvar? Fr 26		
Flertalet tänder kvar	(11.05) [0.000]	(7.55) [0.000]
Många tänder förlorade	1	1
Kön		
Kvinna	(0.87) [0.026]	(0.95) [0.596]
Man	1	1
Utbildning		
Högskola	(1.39) [0.000]	(1.10) [0.454]
Övrig utbildning	1	1

Nagelkerkes R square =0.624.

6. DISKUSSION

Studiens syfte var att undersöka om och i vilken mån svåra livshändelser (begränsat till skilsmässa eller make/makas död) allmänt samvarierar med hälsan och i synnerhet med munhälsan.

Hälsa som begrepp kan betraktas på ett flertal olika sätt. Många teorier beskriver inte vad hälsa är, utan snarare vilka faktorer som leder till hälsa eller ohälsa (9). I detta arbete har valet att bygga på det holistiska perspektivet utgått ifrån att synsättet ska vara definierande, beskrivande och även ta med den självupplevda aspekten. Förhoppningen är att resultatet av studien skall kunna påverka den kliniska vardagen.

En global hälsofråga har använts som utfallsmått för den allmänna hälsan. Som utfallsmått för munhälsa har en global munhälsofråga använts, kompletterad med en fråga för sjukdomsperspektivet samt fem frågor för det självupplevda perspektivet.

Att använda en enstaka ”global fråga” har bedömts vara av värde då den med små insatser ändå fångar upp delar av vad ett stort instrument gör (30, 49). Den globala enstaka hälsofrågan låter respondenten självskatta sin syn på sin hälsa med en skala som spänner från dålig till bra med ett antal skalsteg och den har visat sig vara en stark prediktor av framtida sjukdom och död (50-54). Studien använder sig av detta och mäter allmän hälsa med hjälp av en global hälsofråga och munhälsa med hjälp av en global munhälsofråga. Den globala frågan för allmän hälsa lyder ”Anser du dig vara fullt frisk?” och den globala munhälsofrågan lyder ”Är du i allmänhet nöjd med dina tänder? Trots att denna typ av fråga använts som primärt utfall för allmän hälsa vid ett antal medicinska studier är motsvarande globala munhälsofråga mer sällan använt som primärt utfall vid mätning av munhälsa (30).

Resultaten tyder på att en enstaka global munhälsofråga är relevant att använda som utfallsvariabel vid mätning av munhälsa. Detta är ett intressant resultat eftersom de längre frågeformulär som finns inte förefaller användas och redovisas i klinisk praxis (19). En enstaka global munhälsofråga är dock möjlig att komplettera den traditionella kliniska undersökningen med och det skulle i förlängningen även kunna stimulera den odontologiska professionen till en mer holistisk inställning till individen vid undersöknings-tillfället. Studien blir i så fall ett bidrag till den allmänna utvecklingen mot en bredare helhetssyn på patienter.

Den globala munhälsofrågan uppvisar i denna studie en signifikant korrelation ($p < 0.01$) med samtliga andra frågor som valts som indikatorer för munhälsa. Detta innebär att den kan anses i någon mån fånga upp både den självupplevda delen av munhälsa och den sjukdomsrelaterade delen trots att den inte kan spegla alla faktorer av munhälsan på samma sätt som ett större frågebatteri eller instrument kan (3, 29, 49, 55-57). När den globala munhälsofrågan använts som beroende variabel i en regressionsanalys, med de övriga frågorna som ingår i modellen samt några socioekonomiska variabler som oberoende variabler, visade resultatet höga oddskvoter för variablerna ”utseende” och ”tuggförmåga”. De justerade värdena uppvisade i denna analys vissa skillnader jämfört med de ojusterade vilket kan tyda på att vissa interaktioner kan finnas (44). Detta är ej vidare analyserat. Kön och utbildning kvarstod ej med signifikanta OR efter att justering för övriga ingående

oberoende variabler gjorts vilket tyder på att dessa socioekonomiska variabler inte är så betydelsefulla för munhälsan, mätt med den globala munhälsofrågan, hos denna åldersgrupp. Den globala munhälsofrågan förefaller generellt ha liten samvariation med en tandsjukdom som karies, åtminstone bland 19-åringar i Sverige. En möjlig förklaring kan vara den låga kariesfrekvensen bland ungdomar i Sverige kopplat till en väl utbyggd tandvård (58).

Munhälsan mäts i denna studie ej enbart med hjälp av den globala munhälsofrågan utan kompletteras den genom användandet av den operationaliserade studiemodell som presenterats i detta arbete, figur 2. Detta angreppssätt att mäta munhälsa bygger på det resonemang som konsensuskonferensen i oral hälsa, Mullsjö, kom fram till. Denna bredd på frågor är en styrka för undersökningen i och med att skillnaderna mellan gruppen med "Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse" är systematiska med försämrad munhälsa för de med "genomgången svår livshändelse" i samtliga frågeställningar.

Oavsett vilket av de ingående munhälsomått som använts finns en både signifikant och praktiskt betydelsefull skillnad i munhälsa mellan grupperna "Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse". På samma sätt uppvisar grupperna skillnader i allmänhälsa. Då tidigare studier har påvisat att det finns ett samband mellan allmän hälsa och munhälsa och att risken för allmän ohälsa ökar efter genomgångna svåra livshändelser är det möjligt att anta att även risken för försämrad munhälsa ökar efter svåra livshändelser (31-34, 59-62). Speciellt i den minoritetsgrupp som inte är nöjd med sin munhälsa finns det en stor skillnad mellan grupperna "Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse". Resultatet är även i linje med tidigare studier som visat att vara gift eller sambo utgör ett skydd mot ohälsa. Både i fråga om dödlighet och självrapporterad hälsa uppvisar frångående högst dödlighet och sämst allmänhälsa medan gifta har lägst dödlighet och bäst allmän hälsa (63).

Intressanta bifynd var också att se att såväl utbildning, skrämmande upplevelse av barntandvård, vårdgivare, födelseland samt fetma hade en tydlig påverkan på flertalet av indikatorerna för munhälsa. Flertalet av dessa är kända faktorer men tidigare studier har påvisat motstridiga uppgifter om sambandet mellan fetma och karies (64). SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) har inte heller i sin rapport om karies valt att säga något om det eventuella sambandet (65). I denna studie uppvisar BMI-gruppen (BMI>30) en signifikant oddskvot för fem av de sju valda indikatorerna för munhälsa. När det gäller det samband som finns mellan vald vårdgivare och hälsa är en möjlig förklaring att folktandvården i högre grad än privattandvården tar hand om gruppen betalningssvaga patienter med stora behandlingsbehov. Landstingets "sistahands-ansvar" för dessa grupper regleras i tandvårdslagen (66).

Materialet som studien använder sig av är unikt och intressant ur flera aspekter genom att det dels är en totalundersökning i två landsting till en utvald åldersgrupp, dels fortlöpande följs upp med femårs intervaller och slutligen att den dessutom i och med årets undersökning skapar möjlighet till framtida nordiska jämförelser. Detta års enkät var den fjärde i ordningen och materialet omfattar nu totalt 15 år. Svarsfrekvensen har också hela tiden varit hög och legat på över 70%. Detta är en nivå som har blivit allmänt accepterad (26). Effekterna av bortfallet är emellertid delvis okända då bortfallsanalys inte kunde göras på fler faktorer än landsting och kön. Ur ett samhällsodontologiskt perspektiv är materialet även intressant då det finns flera möjligheter att både utläsa och prova teorier om både munhälsa och mer

generellt upplevd hälsa. Detta gör materialet användbart ur både ett tandläkarperspektiv och ett folkhälsovetarperspektiv. Materialet kan även användas som ett faktaunderlag inom den beställarmodell som Örebro läns landsting använder (67). På detta sätt kan den bli av värde även ur ett managementperspektiv.

När det gäller de metoder som använts i denna studie kan urvalet av frågor för att studera munhälsomodellen ske på ett flertal sätt. Möjliga metoder är användande av faktoranalys, diskriminantanalys, klusteranalys m.fl. för att hitta grupperingar av frågor som passar in (44, 68). Som rent explorativt utforskande kan dessa metoder vara intressanta men i denna studie har de ej bedömts tillföra något större värde. Valet av frågor har skett subjektivt men utifrån ett teoretiskt ramverk som grund för urvalet. En förförståelse av ingående frågors betydelse inom tandvårdspanoramata finns också. Ett annat sätt att välja ut frågor kan också vara att använda ett tidigare validerat instrument. De teoretiska utgångspunkterna för dessa skiljer sig åt men ett sätt som använts är att välja olika nivåer av konsekvenser. En nivå kan vara det direkta orala statuset som i denna studie motsvaras av "sjukdomsperspektivet". Nästa nivå kan vara möjliga tidiga negativa effekter orsakat av oralt status. Ytterligare en nivå som beskrivits är sådana effekter av oral ohälsa som påverkar det dagliga livet (69).

Validiteten i studier skiljer sig åt beroende på vilken typ av validitet som avses (70). Innehållsvaliditeten i denna studie är begränsad då ett redan insamlat material används för ett senare uppkommet syfte. Kriterievaliditeten skiljer sig mellan olika frågeställningar men i undersökningen 1992 visades det att det är tillförlitligt att använda enkätmetodik för att mäta vissa mått av munhälsan. Detta validerades på 1041 kliniskt undersökta patienter, 58 % av det totala urvalet på 2000 personer. Kalibreringen gjordes av antal tänder, antal coronala kariesläsioner eller fyllningar, antal rotyte-läsioner eller fyllningar, samt gingivala retraktioner. Den kompletta studiedesignen, ursprungligen använd i 1992 års 50-års studie har tidigare beskrivits av Unell (27). Det är också i linje med god kriterievaliditet att resultat när det gäller skillnader mellan gifta/sambo och frånskilda/änka/änkling stämmer väl överens med andra studier (71). När det gäller den kommunikativa validiteten så saknar studien möjlighet att göra en omfattande bortfallsanalys då den måste begränsas till kön och landsting. En god kommunikativ validitet bygger delvis på en fyllig bortfallsanalys. Ytterligare en form av validitet som kan diskuteras kring denna studie är den pragmatiska validiteten. Här styrker det faktum att studien, 1992-1997, har använts till en rad artiklar (27, 28, 46, 48, 72-91). Enkätundersökningen utförs också för första gången som ett samarbetsprojekt mellan Högskolan i Bergen, Norge och två landsting i Sverige. Tandläkarhögskolan i Bergen ansvarar för att göra motsvarande enkät i tre fylken i Norge med samma enkät vilken översatts till Norska. Planer finns också på en motsvarande undersökning i Belgien.

När det gäller studiens reliabilitet, test-retest reliability, så är en svaghet att de flesta frågorna är formulerade redan för 15 år sedan. Detta gör att vissa frågor kan kännas "omoderna" vilket kan påverka svaren. Styrkan är att frågorna och svaren kan jämföras över tid. När det gäller internal consistency reliability är detta tidigare undersökt (27). Nytt för i år är att enkäten innehåller instrument (OIDP 8) som i andra situationer testats för såväl validitet som reliabilitet (92). Detta instrument är dock ej använt i denna studie.

Uppdelningen i två grupper, "Svår livshändelse" och "Ej svår livshändelse", gjordes utifrån två stora livshändelser som gick att identifiera i enkätsvaren. Dessa var make/makas dödsfall

och skilsmässa. Båda dessa livshändelser rankas med ett poängvärde över 60 i den ofta använda psykometriska skalan SRSS där maxvärdet är 100. I detta material finns både de som drabbats nyligen och de som drabbats för många år sedan vilket minskar gruppens homogenitet när det gäller grad av social belastning. Materialet erbjuder dock en möjlighet att i en ny studie enbart fokusera på den grupp som drabbats av make/makas dödsfall och/eller skilsmässa de senaste 5 åren. Det finns även en möjlighet att av dem som svarat att de är gifta eller sambo finns en del som genomgått samma svåra livshändelse men orkat gå vidare och inte längre ser sig själva som frånskilda eller änka/änkling medan de som inte orkar eller ser någon mening med att gå vidare lever kvar med en större känsla av "förlust". Av dem som är skilda går det inte heller att utläsa vilka som själva valt skilsmässa och vilka som "drabbats" av den. Det finns även möjligheten att respondenter som i denna studie definieras som tillhörande gruppen "Ej svår livshändelse" kan ha genomgått andra typer av livshändelser som påverkar deras munhälsa negativt. Dessa faktorer tillsammans gör att risken för att inte hitta någon skillnad mellan valda grupper borde vara avsevärd såvida inte just dessa två livshändelser har en förhållandevis stark och långvarig påverkan på munhälsan. Resultatet styrker därigenom den uppfattning som framförts under senare år att ohälsa uppstår ur ett livscykelperspektiv och att riskerna för ohälsa ackumuleras under en individs hela levnad (71).

Det är ingen självklarhet att det är en kvantitativ studie som ska användas för att besvara de i studien uppställda forskningsfrågorna. En kvalitativ studie skulle kunna ge en djupare förståelse för de eventuella samband mellan svåra livshändelser och munhälsa som denna studie valt att fokusera på och skulle även kunnat bidra till att skapa ett tydligt ramverk för en kvantitativ studie (93). Även en kvantitativ studie kan utformas på ett flertal sätt och inte heller valet av en enkätstudie är självklart. Valet att använda denna enkät beror på flera faktorer. Materialet från 2007 var både stort och tillgängligt. Dessutom ingick det i en kohortstudie som påbörjades redan 1992 och skapar på detta sätt möjligheter att analysera frågor med avseende på både nyligen genomgången livshändelse och tidigare genomgången livshändelse. Slutligen genomförs samma studie i Norge under samma år vilket ger möjlighet till ytterligare jämförelser.

Även med denna enkät som grund finns det annorlunda sätt att hantera de data den innehåller. Eftersom det finns data 15 år bakåt hade det funnits möjlighet att utgå från 1992 års respondenter som svarat på frågan och sedan se vilka som för varje ny enkät hade drabbats av skilsmässa eller maka/makes dödsfall. Fördelen med ett sådant tillvägagångssätt hade varit möjligheten att få deras svar närmare den upplevda livshändelsen medan nackdelen hade varit dels en mer komplicerad databearbetning dels ett större bortfall.

Enkätfrågorna skulle också ha formulerats annorlunda om det ursprungliga syftet med enkäten varit ekvivalent med denna studie. Detta är ett problem som denna studie delar med många andra som använder sekundära data. Registerstudier är ett annat sådant exempel. Dock överväger fördelarna många gånger nackdelarna. Redan befintliga data utnyttjas, det är kostnadseffektivt och det innebär ofta ett mycket större material än vad som skulle ha varit möjligt att samla in vid en riktad studie mot en specifik frågeställning. Det är emellertid viktigt att hålla i minnet att denna studie påbörjades 1992 och att flera frågor som finns kvar i enkäten 2007 finns med enbart för kontinuitetens skull.

7. SLUTSATSER

Vid både användandet av en global hälsofråga och en global munhälsofråga som utfallsmått konstaterades i denna studie en statistiskt signifikant skillnad i resultat mellan Gruppen "Ej svår livshändelse" (gifta/sambo) och gruppen "Svår livshändelse" (frånskilda och/eller änka/änkling) med ett OR på 1.76 och p-värde 0.000 respektive ett OR på 1.65 och p-värde 0.000). När det gäller munhälsa är skillnaden systematisk, märkbar och signifikant utan att vara dramatisk även vid användandet av övriga sex frågor som använts som utfallsvariabler för munhälsa.

Den globala munhälsofrågan förefaller i första hand spegla de delar av munhälsan som anknyter till patientens uppfattning om tandutseende och tuggförmåga.

För att kunna bedöma kommande risk för munsjukdom eller munohälsa hos en patient är det värdefullt att ta upp en anamnes som utöver den kliniska undersökningen också rör patientens egenupplevda munhälsa. Detta görs redan delvis, men det dokumenteras sällan eftersom de traditionella instrument som finns upplevs för omfattande och tidskrävande. En möjlighet att åtgärda detta problem vore att begränsa dokumentationen till svaret på en enstaka global munhälsofråga. Denna studie visar att en global munhälsofråga kan fånga upp skillnader i munhälsa mellan grupper som genomgått en "svår livshändelse" (skild och/eller änka/änkling) och de som ej genomgått sådana livshändelser (gift/sambo).

För att närmare undersöka tidsfaktorns betydelse vore det värdefullt att särskilja de grupper som har en make/makas död eller skilsmässa nära svarstillfället och de som har den en längre tid bakom sig för att se om skillnader finns. Det vore också av värde att titta på andra svåra livshändelser och dess effekter på munhälsan.

8. OMNÄMNANDE

Tack till mina handledare Universitetslektor Susanna Bihari Axelsson och Professor Bo Eriksson som uppmuntrat och väglett mig genom hela studieprocessen.

Tack till Sven Ordell och Tommy Johansson som varit goda diskussionspartners.

Tack till Gunilla Nordström som tagit sig an den otacksamma uppgiften att korrekturläsa mitt manus.

REFERENSER

1. Utredningen Tandvårdsöversyn 2000. Tandvården till 2010 : slutbetänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2002.
2. Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Friskare tänder : till rimliga kostnader : slutbetänkande. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2007.
3. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997;11(2):272-80.
4. Egidius H. Natur och kulturs psykologilexikon. Stockholm: Natur och kultur; 1994.
5. Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, et al. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(10):893-901.
6. Rethman J. Trends in preventive care: caries risk assessment and indications for sealants. *J Am Dent Assoc* 2000;131 Suppl:8S-12S.
7. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11(2):213-8.
8. Magell G VG. Behandlingsresultat av ett rehabiliteringsprogram för utmattningssyndrom: Landstinget Kronoberg; 2005.
9. Medin J, Alexanderson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande : en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
10. Nordenfelt LK, K. Österman, B. Om holistiska hälsoteorier. Stockholm: Liber utbildning AB; 1995.
11. Hagalund B, Petterson B, Finer D, Tillgren P. The Sundsvall handbook-We Can Do It, From the 3rd WHO Conference on Health Promotion. Solna: Karolinska institutet, avd. för Social-medicin, Landstinget i Västernorrland, 1993.
12. Hugoson A, Koch G, Johansson S, Börjesson A, Lindberg J. Oral hälsa : sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12-14 november 2002. Jönköping.: Gothia ; 2003.
13. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård : Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
14. Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *The World Oral Health Report* 2003; 2003.
15. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
16. Bjerrehorn. Kariesepidemiologi från ett beställarperspektiv. Örebro Läns Landsting; 2007.
17. Larsson S. Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården. Linköping: Prioriteringscentrum, Landstinget i Östergötland; 2005. Report No.: 2005:8.
18. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53(5):285-8.
19. Socialstyrelsen. Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985-2005. Stockholm; 2006.
20. Wärneryd B. Att fråga. Örebro: SCB-Tryck; 1993.

21. Hackshaw AP, E. Davenport, E. Evidence-Based Dentistry. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006.
22. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Att förebygga karies: en systematisk litteraturoversikt : oktober 2002. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
23. SBU. Kronisk parodontit - prevention , diagnostik och behandling; 2004. Report No.: 169.
24. Hälsokansliet och samhällsmedicinska enheten. Underlag för behovsanalys 2006. Örebro; 2006.
25. Hälsokansliet. Behovsanalys i sikte. Örebro; 2005.
26. Jakobsson K. Statistiska metoder och begrepp. Medlemsblad för Svensk Epidemiologisk förening (SVEP), 2005.
27. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Birkhed D. Explanatory models for clinically determined and symptom-reported caries indicators in an adult population. *Acta Odontol Scand* 1999;57(3):132-8.
28. Stahlacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Perceived oral health: changes over 5 years in one Swedish age-cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(4):292-9.
29. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford Univ. Press; 1987.
30. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(5):377-86.
31. Masuda M, Holmes TH. Life events: perceptions and frequencies. *Psychosom Med* 1978;40(3):236-61.
32. Kilpelainen M, Koskenvuo M, Helenius H, Terho EO. Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. *Clin Exp Allergy* 2002;32(2):256-63.
33. Egidius H. Natur och kulturs psykologilexikon. 2. utg. ed. Stockholm: Natur och kultur; 1997.
34. Cullberg J. Kris och utveckling : en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie. 3., något rev. uppl. ed. Stockholm: Natur och kultur; 1992.
35. Javadpour S. Sambandet mellan stress och parodontal behandling, Examensarbeten kurs 94A: Karolinska institutet Stockholm; 1994
36. Hägglöf B. Psykisk stress en av flera riskfaktorer för typ 1-diabetes. *LÄKARTIDNINGEN* 1996;VOLYM 93, NR 30–31.
37. Brattberg G. PTSD och ADHD bakom många fall av utmattningssyndrom. *LAKARTIDNINGEN* 2007;104(6):406.
38. Brown GWH. Social origins of depression. *Psychol Med.* 1978 Nov;8(4):577-88
39. Vettore MV, Leao AT, Monteiro Da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2003;30(5):394-402.
40. Liv & hälsa 2004. Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och vårdkontakter. Rapport nr 1, Örebro; 2005.
41. Allebeck P JA, Moradi T. Jacobsson A. Sjukdomsbördan i Sverige och dess riskfaktorer. Rapport nr A 2006:4. Karolinska Institutet; 2006.
42. Blomqvist S. Svängdörrspatienter i psykiatrisk jourverksamhet - en explorativ studie. Örebro; 2001.

43. SCB. Antal nyblivna gifta, skilda och änkor/änklingar i riket efter civilstånd, ålder och kön. År 2000-2006. Stockholm; 2007.
44. Altman D. Describing data. In *Practical statistics for medical research*. London:: Chapman & Hall; 1991.
45. Unell L, Halling A. 50-åringars mun- och tandhälsa i Örebro och Östergötlands län 1992. Linköping: Samhällsodontologiska enheten Folkhälsovetenskapligt centrum Linköping; 1996.
46. Stahlacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part 1--descriptions and dimensions. *Swed Dent J* 2007;31(2):103-11.
47. Svensson E. Construction of a single global scale for multi-item assessments of the same variable. *Stat Med* 2001;20(24):3831-46.
48. Unell L. On oral disease, illness and impairment among 50-year-olds in two Swedish counties. *Swed Dent J Suppl* 1999;135:1-45.
49. Cunny KA, Perri M, 3rd. Single-item vs multiple-item measures of health-related quality of life. *Psychol Rep* 1991;69(1):127-30.
50. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983;117(3):292-304.
51. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72(8):800-8.
52. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Public Health* 1990;80(4):446-52.
53. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
54. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(4):227-32.
55. Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):62-9.
56. Locker D, Mscn EW, Jokovic A. What do older adults' global self-ratings of oral health measure? *J Public Health Dent* 2005;65(3):146-52.
57. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994;32(9):930-42.
58. Oscarson N, Kallestal C, Lindholm L. A pilot study of the use of oral health-related quality of life measures as an outcome for analysing the impact of caries disease among Swedish 19-year-olds. *Caries Res* 2007;41(2):85-92.
59. Johnson NW, Glick M, Mbuguye TN. (A2) Oral health and general health. *Adv Dent Res* 2006;19(1):118-21.
60. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG. Social gradients in oral and general health. *J Dent Res* 2007;86(10):992-6.
61. Seymour GJ. "You cannot have good general health without good oral health". *N Z Dent J* 2007;103(2):26-7.
62. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* 2005;83(9):644.
63. Rosengren A, Wedel H, Wilhelmsen L. Marital status and mortality in middle-aged Swedish men. *Am J Epidemiol* 1989;129(1):54-64.

64. Tuomi T. Pilot study on obesity in caries prediction. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17(6):289-91.
65. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Prevention of dental caries : a systematic review : October 2002. Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2004.
66. Sundberg H. Tandvårdslagen : kommentarer till de nya lagarna och förordningarna på tandvårdens samt hälso- och sjukvårdens område. 1. uppl. ed. Stockholm: LiberFörlag; 1986.
67. Örebro läns landsting. Organisation, medborgarmodellen. ÖLL; 2007.
68. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham: Open University Press; 2001.
69. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(6):385-9.
70. Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa / Allmänmedicin vid Institutionen för Medicin Sa, Göteborgs Universitet. . Statistik [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 02-19]. Available from: <http://infovoice.se/fou/>.
71. Sverige. Socialstyrelsen. Epidemiologiskt centrum. Folkhälsorapport. Spånga: Kundtjänst Socialstyrelsen; 2001.
72. Carlsson GE, Johansson A, Johansson AK, Ordell S, Ekback G, Unell L. Attitudes toward Dental Appearance in 50- and 60-Year-Old Subjects Living in Sweden. *J Esthet Restor Dent* 2008;20(1):46-55.
73. Crossner CG, Unell L. A longitudinal study of dental health in a group of Swedish teenagers/young adults from the age of 14 to 25. *Swed Dent J* 1996;20(5):189-97.
74. Crossner CG, Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41. *Swed Dent J* 2007;31(2):65-74.
75. Forsling JO, Halling A, Lundin SA, Paulander J, Svenson B, Unell L, et al. Proximal caries prevalence in 19-year-olds living in Sweden. A radiographic study in four counties. *Swed Dent J* 1999;23(2-3):59-70.
76. Halling A, Halling A, Unell L. General health and tobacco habits among middle-aged Swedes. *Eur J Public Health* 2007;17(2):151-4.
77. Johansson A, Unell L, Carlsson G, Soderfeldt B, Halling A, Widar F. Associations between social and general health factors and symptoms related to temporomandibular disorders and bruxism in a population of 50-year-old subjects. *Acta Odontol Scand* 2004;62(4):231-7.
78. Johansson A, Unell L, Carlsson GE, Soderfeldt B, Halling A. Gender difference in symptoms related to temporomandibular disorders in a population of 50-year-old subjects. *J Orofac Pain* 2003;17(1):29-35.
79. Johansson A, Unell L, Carlsson GE, Soderfeldt B, Halling A. Risk factors associated with symptoms of temporomandibular disorders in a population of 50- and 60-year-old subjects. *J Oral Rehabil* 2006;33(7):473-81.
80. Johansson A, Unell L, Johansson AK, Carlsson GE. A 10-year longitudinal study of self-assessed chewing ability and dental status in 50-year-old subjects. *Int J Prosthodont* 2007;20(6):643-5.
81. Nordin K, Unell M, Jansson JK. Novel 4-chlorophenol degradation gene cluster and degradation route via hydroxyquinol in *Arthrobacter chlorophenolicus* A6. *Appl Environ Microbiol* 2005;71(11):6538-44.

82. Ordell S, Unell L, Soderfeldt B. An analysis of present dental professions in Sweden. *Swed Dent J* 2006;30(4):155-64.
83. Soderfeldt M, Axtelius B, Soderfeldt B, Unell L. Demand and control in human service work in relation to self-rated oral health. *Community Dent Health* 2002;19(3):180-5.
84. Stahlacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Changes over 5 years in utilization of dental care by a Swedish age cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(1):64-73.
85. Stahlacke K, Soderfeldt B, Unell L, Halling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part II--What affects satisfaction. *Swed Dent J* 2007;31(3):137-46.
86. Unell L, Johansson A, Carlsson GE, Halling A, Soderfeldt B. Changes in reported orofacial symptoms over a ten-year period as reflected in two cohorts of fifty-year-old subjects. *Acta Odontol Scand* 2006;64(4):202-8.
87. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Birkhed D. Explanatory models for oral health expressed as number of remaining teeth in an adult population. *Community Dent Health* 1998;15(3):155-61.
88. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Birkhed D. Attitudes to and experience of dental care among 50-year-olds in two Swedish counties. *Swed Dent J* 1999;23(2-3):87-96.
89. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Birkhed D. Explanatory models for clinical and subjective indicators of periodontal disease in an adult population. *J Clin Periodontol* 2000;27(1):22-9.
90. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Paulander J, Birkhed D. Oral disease, impairment, and illness: congruence between clinical and questionnaire findings. *Acta Odontol Scand* 1997;55(2):127-32.
91. Unell L, Soderfeldt B, Halling A, Solen G, Paulander J, Birkhed D. Equality in satisfaction, perceived need, and utilization of dental care in a 50-year old Swedish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(3):191-5.
92. Astrom AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health*; 2004: 1-9.
93. Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1997.

Först kommer några frågor om Din sociala situation

Använd helst kulspetspenna eller tuschpenna då Du fyller i enkäten (formuläret)

1. Kön

- Man
- Kvinna

2. Födelseland

- Sverige
- Annat nordiskt land
- Annat land, nämligen _____
- Vet ej

3. Boendeort

- Större tätort
- Mindre tätort
- Landsbygd

4. Hur många människor som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka? (Räkna inte med människor som Du träffar tillfälligtvis och som Du knappast kommer att återse, t.ex. kunder i en affär!)

- Ingen
- 1-2
- 3-5
- 6-10
- 11-15
- Mer än 15

5a. Yrke (eller tidigare yrke, ange så noggrant som möjligt, inte bara titel.)

b. Är Du i huvudsak sysselsatt som egen företagare?

- Ja
- Nej

6. Hur mycket förvärvsarbetar Du i genomsnitt?

- Heltid (mer än 35 tim/vecka)
- Deltid (mellan 15 och 34 tim/vecka)
- Mellan 1-14 tim/vecka
- Inte alls

7. Har Du skiftarbete?

- Ja
- Nej

8. Vilken utbildning har Du?

- Folkskola
- Realskola, folkhögskola, 2-årigt gymnasium eller dylikt
- Tre- eller fyraårigt gymnasium
- Högskoleutbildning/universitet?
- Annan utbildning (Ange vilken)_____

9. Vilket civilstånd har Du för närvarande?

- Gift/sammanboende
- Ogift
- Frånskild
- Änka/änkling

Här följer några frågor om Din allmänna hälsa

10. Anser Du Dig vara fullt frisk?

- Ja - absolut
- Ja - i stort sett
- Nej - inte särskilt
- Nej - absolut inte
- Har ingen uppfattning

11. Anser Du att Ditt allmänna hälsotillstånd är bättre eller sämre jämfört med Dina jämnåriga?

- Ja, mycket bättre
- Ja - i stort sett bättre
- Ungefär lika bra
- Nej - i stort sett sämre
- Nej - mycket sämre
- Har ingen uppfattning

12. Har Du använt något läkemedel under de senaste fjorton dagarna?

- Ja
- Nej
- Minns inte

13. Har Du varit sjukskriven de senaste tre månaderna ?

- Ja, sammanlagt mer än en vecka
- Ja, sammanlagt några dagar
- Ja, en dag
- Nej
- Minns inte

14. Har Du haft kontakt med läkare de senaste tre månaderna ?

- Ja, flera gånger
- Ja, några gånger
- Ja, en gång
- Nej
- Minns inte

15a. Hur lång är Du? Skriv Din längd i centimeter: _____ cm

15b. Hur mycket väger Du? Skriv Din vikt i kilo: _____ kg

16. Vilka är Dina rökvanor?

- Röker dagligen Röker vid enstaka tillfällen
- Har rökt, men slutat Har aldrig rökt

17. Vilka är Dina snusvanor?

- Snusar dagligen Snusar vid enstaka tillfällen
- Har snusat, men slutat Har aldrig snusat

18. Hur ofta dricker Du starköl, vin eller sprit?

- Mer än ett par gånger/vecka
- Ungefär ett par gånger/vecka
- Ungefär en gång/vecka
- Ungefär ett par gånger/månad
- Aldrig

Här följer ett antal frågor om Din mun och Dina tänder

19. Tror Du att Du kan behålla Dina tänder livet ut?

- Ja, absolut
- Ja, kanske
- Nej, troligtvis inte
- Nej, absolut inte

20. Är Du i allmänhet nöjd med Dina tänder?

- Ja, mycket nöjd
- Ja, i stort sett nöjd
- Nej, inte särskilt nöjd
- Nej, absolut inte nöjd

21. Kan Du tugga all sorts mat?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Mindre bra
- Dåligt

22. Är Du nöjd med utseendet på Dina tänder?

- Ja, mycket nöjd
- Ja, i stort sett nöjd
- Nej, inte särskilt nöjd
- Nej, absolut inte nöjd

23. Känner Du Dig torr i munnen?

på dagen:

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

på natten:

- Ja, ofta
- Ja, ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

24. När hade Du tandvärk senast?

- Under de senaste tre månaderna
- Under det senaste året
- Mer än ett år sedan
- Har aldrig haft tandvärk
- Minns inte

**25. Vilket eller vilka av nedanstående munvårdsmedel använder Du?
Ange hur ofta Du använder varje medel.**

	Sällan/ aldrig	En gång i <u>veckan</u>	En gång om <u>dagen</u>	Två gånger om <u>dagen</u>	Mer än Två gånger om <u>dagen</u>
a) Tandborste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tandkräm med fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tandstickor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tandtråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fluortabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fluorsköljning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ange vad _____)

26. Hur många av Dina egna tänder (utom mjölk tänder) har Du kvar?

- Alla tänder kvar
- Saknar någon enstaka tand
- Saknar ganska många tänder
- Har nästan inga tänder kvar
- Är helt tandlös

27. Har Du låtit ta bort någon tand de sista 12 månaderna?

- Nej
- Någon tand
- Några tänder
- Många tänder

28. Man kan ha många olika besvär från munnen och tänderna. Upplever Du för Din del att Du har något eller några av nedanstående besvär eller bekymmer? Tänk igenom och besvara varje exempel!

	Inga besvär	Vissa besvär	Ganska mycket besvär	Stora besvär
a) Tändernas färg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tändernas form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sneda tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Över- eller underbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) För glest mellan tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) För trångt mellan tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sveda i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sår eller blåsor i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Smakförändringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Smärta runt käklederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Knäppningar eller knaster från käklederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Svårigheter att gapa stort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Tandgnissling/pressning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Blödning från tandköttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Dålig andedräkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Besvär från material i tandfyllningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ilningar i tänderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Man kan ha olika inställning till sina tänder.
Här följer några påståenden och åsikter som kan förekomma.
Vi ber att Du anger Din inställning till dem:*

	Instämmer absolut	Instämmer i stort sett	Instämmer inte	Instämmer absolut inte
29. "Att ha vackra och perfekta tänder är mycket viktigt för hur man blir bemött av andra människor"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. "Mindre skönhetsfel på tänderna har ingen betydelse, bara de fungerar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. "En tandlöshet som syns är något man bör skämmas för"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. "Det spelar ingen roll hur man ser ut i munnen, bara man kan tugga den mat man tycker om"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här följer så några frågor om Din tandvård

33. Var har Du de senaste fem åren huvudsakligen fått tandvård?

- Privattandvård
- Folktandvård
- Ej fått tandvård
- Annat

34. Ungefär hur ofta går Du till tandvården?

- Två eller flera gånger/år
- En gång/år
- Vartannat år
- Mer sällan

35. Har Du det senaste året tvingats avstå från tandläkarbesök därför att Du inte haft råd med besöket?

- Ja - flera gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Nej

36. Har Du de senaste åren tvingats avstå från den tandvård som tandläkaren föreslaget därför att Du inte haft råd med den?

- Ja
- Nej

37. Har Du under de senaste åren ändrat Dina besöksvanor hos tandvården?

- Ja, jag går oftare
- Ja, jag går mer sällan
- Nej
- Vet ej

38. Ungefär hur mycket har Du själv betalat för Din tandvård det senaste året?

- Inget alls
- 1-2 000 kr
- 2 001-8 000 kr
- Mer än 8 000 kr
- Minns inte

39. Har Du någon gång behandlats av specialisttandläkare?

- Under det senaste året
- Under de senaste fem åren
- För mer än fem år sedan
- Aldrig
- Vet ej

40. Har Du under det senaste året besökt tandhygienist?

- Ja
- Nej
- Vet ej

41. Man kan ha många olika material och konstruktioner i fyllningar och tandersättningar. Hur ser det ut i Dina tänder? Ange alla de alternativ som gäller för Dig med ett kryss!

Har Du:

- "Vita" fyllningar
- Guld
- Amalgam
- Porslin
- Implantat
- Provisoriska fyllningar
- Avtagbar delprotes
- Helprotes i en käke
- Helprotes i båda käkarna
- Annat, nämligen _____

42. Har Du under det senaste året frågat någon i tandvården om biverkningar från tandersättningsmaterial?

- Ja
- Nej
- Vet ej

43. Har Du det senaste året fått fyllningar eller kronor utbytta därför att Du upplevt att de orsakat problem för Dig?

- Ja, alla jag har
- Ja, en del
- Ja, enstaka
- Nej

44. Är Du allmänt nöjd eller missnöjd med den tandvård Du har erhållit tidigare?

- Mycket nöjd
- I stort sett nöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

45. Har Du i allmänhet haft möjlighet att besöka den tandläkare Du önskat få behandling av?

- Ja, alltid
- Ja, för det mesta
- Bara ibland
- Nej, sällan
- Nej, aldrig

46. Tycker Du att det är viktigt att få gå till samma tandläkare/tandhygienist varje gång?

- Ja, mycket viktigt
- Ja, ganska viktigt
- Nej, inte särskilt viktigt
- Nej, inte alls viktigt

47. Går Du regelbundet hos Din nuvarande tandläkare?

- Ja
- Nej

48. Har Du någon gång under de senaste fem åren velat byta tandläkare därför att Du varit missnöjd?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Nej
- Minns inte

49. Har Du någon gång under de senaste fem åren bytt tandläkare därför att Du varit missnöjd?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Nej
- Minns inte

50. Hade Du någon riktigt obehaglig eller skrämmande upplevelse av tandvård under Din barn- eller ungdom (upp till ca 20 års ålder)?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon enstaka gång
- Nej
- Minns inte

*Här kommer några frågor om Ditt senaste besök i tandvården.
Dina svar skall alltså **endast** gälla det besöket.*

51. Skedde Ditt senaste tandvårdsbesök hos

- Folktandvård
- Privattandvård
- Annat
- Minns ej

52. När skedde Ditt senaste besök?

- För mindre än 1 år sedan
- För 1 - 3 år sedan
- För 3 - 5 år sedan
- För mer än 5 år sedan

53. Vem tog initiativet till Ditt senaste tandvårdsbesök?

- Du själv eller anhörig, t ex akutbesök, nybesök
- Tandvården, t ex regelbunden kallelse, återbesök
- Minns ej

**54. Vi vill veta hur Du upplevde Ditt senaste tandvårdsbesök i olika avseenden.
Sätt ett kryss i den rutan, som anger vad Du kände vid Ditt besök.**

- | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| a) smärtfritt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | olidlig smärta |
| b) inget obehag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mycket obehagligt |
| c) helt lugn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | stor oro |
| d) bra omhändertagande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dåligt omhändertagande |

55. Ungefär hur lång tid tog Ditt senaste tandvårdsbesök?

- a) Resan till och från tandvården | _____ | minuter (skriv antal minuter)
- b) Väntetid | _____ | minuter (skriv antal minuter)
- c) Själva behandlingen | _____ | minuter (skriv antal minuter)

56. Fick Du vid Ditt senaste tandvårdsbesök information om något eller flera av följande?

	Ja	Nej	Vet ej
a) Munhygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tobak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kostnad för behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Ger Du oss tillåtelse att återkomma med eventuella följdfrågor?

- Ja
- Nej

Till slut kommer några frågor om hur Du uppfattar Din tandhälsa.

E1. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att äta och njuta av maten?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E2. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig med tal och uttal?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E3. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att sköta Din munhygien?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E4. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att sova eller koppla av?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E5. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att le, skratta eller visa Dina tänder utan att bli förlägen?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E6. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort att du känt dig nedstämd eller irriterad?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E7. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att glädja Dig åt samvaron med andra människor?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

E8. Hur ofta har Du under de senaste sex månaderna haft problem med tänder eller tandproteser som gjort det svårt för Dig att utföra Dina dagliga sysslor?

- Dagligen eller nästan varje dag
- En till två gånger i veckan
- En till två gånger i månaden
- Mindre än en gång i månaden
- Aldrig

Övriga kommentarer

Tack för Din medverkan!



BESLUT och YTTRANDE
2006-10-04

Dnr 2006/251

SÖKANDE FORSKNINGSHUVUDMAN
Örebro läns landsting
Box 1613
701 16 Örebro

Övriga ingående forskningshuvudmän
Landstinget i Östergötland

Forskare som genomför projektet:
Gunnar Ekbäck
Eklundavägen 9-15
701 16 Örebro

**UPPGIFTER OM FORSKNINGSPROJEKTET ENLIGT ANSÖKAN
INKOMMEN TILL NÄMNDEN 2006-09-18.**

Projektbeskrivning:
Enkätundersökning av alla 65-och 75-åringars upplevda tand- och munhälsa i Örebro och Östergötlands län 2007.

Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala meddelar följande

BESLUT

Forskningsprojektet avser enligt ansökan inte sådan forskning som enligt 3-4§§ lagen (2003:460) om etikprövning kräver godkännande. Nämnden tar därför inte upp ansökan till prövning utan lämnar istället, med stöd av 2§ förordningen (2003:616) med instruktion för regionala etikprövningsnämnder, följande

Rådgivande yttrande

Nämnden har inga etiska invändningar mot studiens genomförande. Nämnden anser dock att patientinformationen bör innehålla en upplysning om att studien är en enkätundersökning.

Adress	Telefon	Fax	E-post
Box 1964 751 49 Uppsala	018-4717400	018-4717410	registrator@ uppsala.epn.se

2006-10-04

Dnr 2006/251

Skäl för att inte pröva projektet

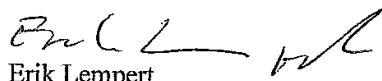
I det aktuella projektet kommer det inte att göras något ingrepp på en forskningsperson eller annan intervention på så sätt som anges i 4 § etikprövningslagen. Forskningspersonerna kommer att tillfrågas. Mot bakgrund härav omfattas inte studien av bestämmelserna i 3 – 4 §§ lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och skall därför inte etikprövas.

BESLUTET FÅR ÖVERKLAGAS

Se bifogad anvisning.

Det rådgivande yttrandet får enligt 16 § förordningen (2003:616) med instruktion för regionala etikprövningsnämnder inte överklagas.

På etikprövningsnämndens vägnar


Erik Lempert
Ordförande

Beslutande: Erik Lempert, ordförande, Tony Foucard, Rolf Larsson, Frits-Axel Wiesel, Göran Nilsson, Louise von Essen, föredragande, Marieann Högman, Annika Forsell, Viggo Junkes, Erik Bäck, Per Blomström och Bengt Thurfjell.

Exp. till: Gunnar Ekbäck, Eklundavägen 9-15, 701 16 Örebro.

Adress
Box 1964
751 49 Uppsala

Telefon
018-4717400

Fax
018-4717410

E-post
registrator@uppsala.epn.se



Hur man överklagar Etikprövningsnämndens beslut

Vem får överklaga?

Överklagandet skall göras av forskningshuvudmannen/ behörig företrädare.
Behörig företrädare får lämna skriftlig fullmakt till forskare som genomför projektet.

Var skall beslutet överklagas?

Nämndens beslut kan överklagas hos Centrala etikprövningsnämnden, Stockholm.
Överklagandet skall dock skickas eller lämnas till Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala, Box 1964, 751 49 Uppsala.
Har överklagandet inkommit i rätt tid överlämnar nämnden överklagandet och handlingarna till Centrala etikprövningsnämnden.

När skall beslutet senast överklagas?

Överklagandet skall ha kommit in till nämnden **inom tre veckor** från den dag Ni fick del av beslutet.

Vad skall överklagandet innehålla?

Överklagandet skall vara skriftligt och det skall vara undertecknat.

I skrivelsen skall Ni ange

- Ert namn, adress, personnummer/organisationsnummer och telefonnummer,
- vilket beslut som Ni överklagar t.ex. genom att ange beslutsdatum och ärendets diarienummer,
- hur Ni anser att nämndens beslut skall ändras och varför det skall ändras.
- eventuell fullmakt som bilaga.

Adress	Telefon	Fax	E-post
Box 1964 751 49 Uppsala	018-4717400	018-4717410	registrator@ uppsala.epn.se

