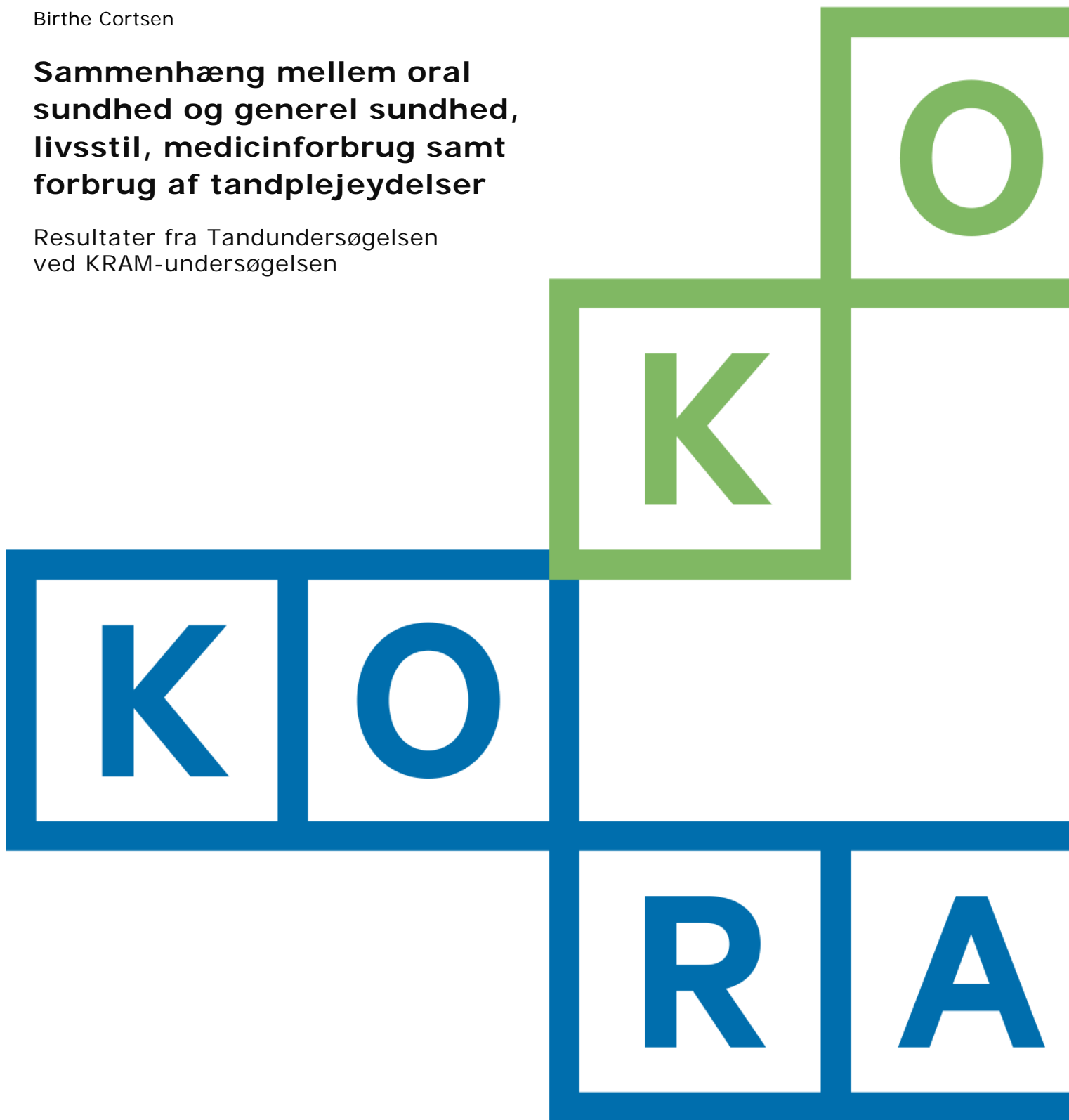


Birthe Cortsen

## Sammenhæng mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser

Resultater fra Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen



Publikationen *Sammenhæng mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser* kan downloades fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-756-0

Projekt 2891

December 2012

## **KORA**

**Det Nationale Institut for**

**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K

E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00



## Forord

Nærværende rapport er den anden i rækken af tre delrapporter, der skal beskrive resultaterne af Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen. Tandundersøgelsen var koblet op på Statens Institut for Folkesundheds KRAM-undersøgelse, og i perioden fra januar 2008 til udgangen af januar 2009 indsamledes de odontologiske data. Den praktiske gennemførelse af Tandundersøgelsen foregik i et samarbejde mellem Tandlægeforeningen og Tandlægeskolen i København. Tandundersøgelsen kom til at omfatte 4.402 borgere i alderen 18-96 år bosiddende i 13 danske kommuner. Den første delrapport med titlen "Tandstatus – tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet" blev offentliggjort i begyndelsen af marts 2012 (1).

Denne anden rapport fokuserer på sammenhængen mellem oral sundhed og henholdsvis livsstil (sukkerindtag, læskedrikke, rygning og alkohol), generelle sygdomme (metabolisk syndrom, diabetes og prædiabetes, hjerte-karsygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom), medicinforbrug (mængde og type af lægemidler) samt brug af tandplejedydelser inden for henholdsvis det seneste år og de seneste fem år.

Første og anden delrapport vil sammen danne grundlag for den tredje delrapport. Desuden vil denne anden delrapport danne grundlag for efterfølgende egentligt videnskabelige publikationer, som forskergruppen bag Tandundersøgelsen fremover vil publicere. Det betyder, at forskergruppen vil formulere og besvare

hypoteser inden for de enkelte delområder, og disse forskere vil gå mere i dybden med data, end det har været hensigten inden for rammerne af denne anden delrapport.

Målgruppen for denne rapport er først og fremmest Tandlægeoverenskomstens parter, dvs. Danske Regioners Lønnings- og Takstnævn samt Tandlægeforeningen. Derudover er målgruppen alle, der beskæftiger sig med og interesserer sig for tandplejen og sammenhænge mellem oral og generel sundhed.

Rapporten er udarbejdet af senior projektleder, tandlæge, MPH Birthe Cortsen med faglig sparring fra lektor, dr. odont. Nils-Erik Fiehn og professor Jes Søgaard, som begge har læst internt review. Rapporten har været i eksternt review hos professor, dr. odont. Dorthe Holst, Tandlægeskolen i Oslo, og hos professor Lars Iversen, seniorfagleder i Cowi. Alle takkes for deres engagement samt kritiske og konstruktive kommentarer.

KORA (tidligere DSI) ønsker at takke deltagerne i Tandundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed og en lang række forskere ved Tandlægeskolerne i København og Århus, uden hvem denne rapport ikke var blevet til. KORA ønsker også at takke økonomiske bidragsydere til Tandundersøgelsens dataindsamling og efterfølgende afrapportering: Tandlægernes fond i Danske Regioner "Midler til fællesforanstaltninger på tandlægeområdet", Sygekassernes Helsefond, TrygFonden og Tandlægeforeningen.

Jes Søgaard  
Professor  
KORA

Nils-Erik Fiehn  
Lektor, dr. odont.  
Københavns Universitet

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Odontologiske forkortelse og ordforklaringer</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammenfatning og anbefalinger</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Undersøgelsens baggrund og formål</b> .....	<b>9</b>
1.1 Baggrund .....	9
1.2 Formål .....	10
<b>2. Materiale og metode</b> .....	<b>11</b>
2.1 Livsstilsvariable .....	11
2.2 Livsstilssygdomsvariable .....	12
2.3 Lægemidler .....	13
2.4 Tandplejeydelser .....	13
2.5 Læsevejledning .....	13
<b>3. Oral sundhed og livsstil</b> .....	<b>14</b>
3.1 Sukkerindtag .....	14
3.2 Læskedrikke .....	16
3.3 Rygning .....	16
3.4 Alkohol .....	18
<b>4. Oral sundhed og almene sygdomme</b> .....	<b>20</b>
4.1 Det metaboliske syndrom .....	20
4.2 Prædiabetes og diabetes .....	21
4.3 Hjerter-karsygdomme .....	23
4.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom .....	25
<b>5. Oral sundhed og receptpligtige lægemidler</b> .....	<b>26</b>
5.1 Antal receptpligtige lægemidler .....	27
5.2 Typer receptpligtige lægemidler .....	28
<b>6. Oral sundhed og brug af tandplejeydelser</b> .....	<b>32</b>
6.1 Forbrug af tandplejeydelser .....	32
6.2 Oversigt over udviklingen i forbruget af ydelser i en 5-års periode .....	32
6.3 Deltagernes forbrug af ydelser i henholdsvis 2007 og i perioden 2003-2007 .....	33
<b>7. Diskussion</b> .....	<b>43</b>
7.1 Materiale og metode .....	43
7.2 Resultater .....	44
<b>Litteratur</b> .....	<b>55</b>
<b>Bilag 1: Bilagstabeller</b> .....	<b>64</b>
<b>Bilag 2: Sukkerindtag</b> .....	<b>131</b>
<b>Bilag 3: Konstruerede ydelsesvariable</b> .....	<b>132</b>



## Odontologiske forkortelser og ordforklaringer

Anamnese	patientens oplysninger vedrørende helbred
Betandet	patienter med tænder i munden i modsætning til tandløse
Caries	huller i tænderne
Dentin	tandbenet lige under emaljen
Erosioner	syreskader på tandemaljen og tandbenet
Fæstetab	tab af knoglen og fiberfæstet omkring tandens rod
Gingiva	tandkød
Gingival	i tandkødet
Halitosis	dårlig ånde
Hyposalivation	manglende spyttsekretion
Inflammation	betændelsesreaktion
Odontologisk	det der vedrører tænder og deres sygdomme
Parodontitis	betændelse i tændernes støttevæv
Parodontal	i tændernes støttevæv
Parodontose	parodontose, sygdom i tændernes støttevæv, dvs. i tandkødet og knoglen omkring tandrødderne
Poche	tandkødsломme
Præcancerøse	tidlige stadier af cancer
Recidiverende	tilbagevendende, tilbagefald
Restaurering	fyldning/krone/bro, som erstatter mistet tandvæv eller tand
Saliva	spyt
Sites	steder
Tandimplantat	en kunstig rod af metal, som indsættes i kæbebenet, hvor en naturlig tand mangler
Traume	tandskade som følge af uheld
Usur	mekaniske slibeskader, fx som følge af tandbørstning
Xerostomi	mundtørhed

# Sammenfatning og anbefalinger

Tandundersøgelsen var en tværsnitsundersøgelse, som var koblet på KRAM-undersøgelsen. Af de 18.065 danskere fra 13 kommuner, som både havde deltaget i KRAM-undersøgelsens spørgeskemaundersøgelse og i helbredstesten, valgte 4.402 deltagere endvidere at deltage i Tandundersøgelsen. Tandundersøgelsen bestod af en mindre spørgeskemaundersøgelse samt en klinisk tandundersøgelse, som også indbefattede røntgenundersøgelse og spytprøvetagning. Det viste sig at være en særlig selekteret gruppe, der valgte at deltage dels i KRAM-undersøgelsen og dels i Tandundersøgelsen. Dermed opstod en underrepræsentation af mænd, yngre, lavtuddannede og lavindkomstgrupper. Tandundersøgelsens stikprøve kom derved til at bestå af deltagere, der som oftest gik regelmæssigt til tandlæge, havde en god oral status med mange bevarede tænder og forholdsmæssig lille sygdomsforekomst. Samlet set medførte det, at Tandundersøgelsens resultater ikke kan anses for at være repræsentative for den danske befolkning som helhed. Undersøgelsens resultater kan derfor kun generaliseres til den del af den danske befolkning, som er socioøkonomisk godt stillet, har en relativ god oral status, er sundhedsminded og regelmæssigt deltager i voksentandplejetilbuddet. Med denne anden delrapport er en række yderligere forhold vedrørende Tandundersøgelsens deltagere blevet afdækket. Det gælder deres livsstil, livsstilsbetinget sygelighed, lægemiddelforbrug samt forbrug af tandplejedydelser.

## Livsstil

Tandundersøgelsens deltagere overskred myndighedernes maksimale anbefalinger vedrørende sukkerindtag i samme udstrækning, som den danske befolkning i al almindelighed gør. Det var især de unge, der indtog mere sukker dagligt, end det anbefales, og det skyldtes især de yngre deltageres forbrug af læskedrikke. Der sås ikke signifikant sammenhæng mellem caries og stort sukkerindtag, hvilket sandsynligvis kan tilskrives den udbredte brug af fluortandpasta og det faktum, at Tandundersøgelsens deltagere var regelmæssige, velbehandlede tandplejepatienter. Det forklarer også den sammenhæng, der blev fundet mellem meget stort sukkerindtag og mange fyldte tandflader. Derudover indtog en større andel af lavtuddannede mere sukker dagligt end anbefalet sammenlignet med højtuddannede.

Især mænd og yngre deltagere i Tandundersøgelsen havde et meget stort forbrug af læskedrikke. Jo større mængde læskedrik pr. uge, desto større var cariesforekomsten. Endvidere viste Tandundersøgelsens resultater, at de deltagere, der indtog mere end en halv liter læskedrik pr. uge, også indtog mere sukker i fødevarer end anbefalet. Tandundersøgelsens deltagere indtog relativt mere læskedrik sammenlignet med, hvad de seneste kostundersøgelser har vist. Det kan skyldes, at kostundersøgelserne ikke er helt nye, og at flaskestørrelsen på læskedrikke til stadighed øges og sælges som slagtilbud og med mængderabat i dagligvarebutikker og kiosker, hvilket er med til at øge forbruget.

På trods af at Tandundersøgelsens deltagere generelt var relativt sundhedsmindede, slog den sociale ulighed i rygeadfærd igennem i undersøgelsens resultater, således at de højest uddannede var mindre tilbøjelige til at være rygere sammenlignet med de lavere uddannelsesgrupper. Der var dog relativt få af delta-

gerne, der var rygere, sammenlignet med andelen i Danmark, der er rygere. Rygerne i Tandundersøgelsen var relativt ringere stillet odontologisk set. Efter kontrol for mulige confoundere havde rygerne sammenlignet med aldrig-rygerne i højere grad dårlig mundhygiejne, meget caries, symptomer på parodontal sygdom, og rygerne havde større sandsynlighed for at have færre end 20 bevarede tænder. Rygerne led endvidere i højere grad af nedsat eller manglende spytksekretion.

Den synergistiske effekt af rygning og alkohol i relation til mundhulekræft medfører, at tandplejen har fokus på patienters alkoholindtag. Blandt Tandundersøgelsens deltagere var det især de 45+-årige og de højest uddannede, der overskred Sundhedsstyrelsens nye lavrisikogrænser, ligesom rygere og ex-rygere var tilbøjelige til at overskride lavrisikogrænserne for alkoholindtag. Den beskyttende effekt af alkohol i relation til fæstetab, som er fundet i nye danske undersøgelser, kunne ikke genfindes blandt Tandundersøgelsens resultater, hvilket antages at skyldes, at de, der overskred genstandsgrænserne, hyppigere var rygere og ex-rygere. Deltagere, der overskred genstandsgrænserne, var dog også efter kontrol for mulige confoundere mere tilbøjelige til at have bevaret 20 eller flere egne tænder, hvilket kunne forklares med alkohols beskyttende effekt i relation til tandtab.

## Livsstilsbetinget sygelighed

Symptomerne på metabolisk syndrom går forud for prædiabetes og diabetes og er en kronisk forgiftning, som medfører en kronisk inflammationsreaktion i vævet. Det forventes at blive en af de helt store udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen, idet prævalensen er stærkt stigende – også blandt yngre under 40 år. Blandt Tandundersøgelsens deltagere opfyldte en fjerdedel af deltagere kriterierne for metabolisk syndrom, og det var især de lavest uddannede, dem med den laveste indkomst og de, der havde færre end 20 egne tænder og mange carierede tandflader, der opfyldte kriterierne for metabolisk syndrom. Den sociale gradient i relation til metabolisk syndrom skyldes sandsynligvis, at fedme er et væsentligt element i syndromet, og at der er en relativt højere prævalens af fedme blandt de lavest uddannede.

5 % af Tandundersøgelsens deltagere havde et langtidsblodsukker-niveau, der karakteriserede dem som prædiabetikere, og 2 % havde fået konstateret diabetes. Det er en lavere forekomst end i den danske befolkning generelt og tilskrives, at Tandundersøgelsens deltagere var relativt sundere sammenlignet med danskere generelt. Det var især ældre og deltagere med lav indkomst og færre end 20 bevarede tænder, der havde prædiabetes, men der kunne ikke vises sammenhæng mellem parodontitis og prædiabetes. De ældre deltagere var tre gange mere tilbøjelige til at have diabetes og havde en relativt sundere livsstil, således at de indtog mindre sukker, drak oftere ikke alkohol og var oftere ex-rygere. Men i relation til mundhygiejne viste det sig, at diabetikere oftere havde dårligere mundhygiejne, hvilket – såfremt det gør sig gældende for diabetikere generelt i Danmark – kan have alvorlige konsekvenser, da den insufficiante mundhygiejne øger risikoen for inflammation i tandkødet og dermed udviklingen af parodontitis, som igen kan medføre problemer med at regulere blodsukkeret.

Forekomsten af hypertension var relativt højere i Tandundersøgelsen sammenlignet med det, andre undersøgelser antager, er niveauet i Danmark. Tilbøjeligheden til forhøjet blodtryk viste sig især blandt mænd og fra 45-årsalderen og opefter. Tandundersøgelsens deltagere med forhøjet blodtryk havde øget tilbøjelighed til at have udbredt gingival blødning, hvilket kunne skyldes forøget tryk perifert i blodkarrene i gingiva. Derudover viste det sig, at deltagere med forhøjet blodtryk oftere led af nedsat spyttsekretion, måske som følge af medicinsk behandling med fx vanddrivende medicin, som dog ikke i tilstrækkelig grad har virket i relation til at sænke blodtrykket.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde en relativt stor andel nedsat lungefunktion. Andelen var størst blandt den ældste aldersgruppe, og deltagere med nedsat lungefunktion var mere tilbøjelige til at have færre end 20 bevarede tænder. Det hænger antageligt sådan sammen, at både nedsat lungefunktion eller kronisk obstruktiv lungesygdom og stort tandtab som følge af parodontitis er en følge af tidligere rygning. Fælles risikofaktor kan således forklare både den nedsatte lungefunktion og tandtabet.

### Lægemedelforbrug

Det formodes, at 1.800 lægemidler på markedet kan medføre mundtørhed eller nedsætte spyttsekretionen. Derfor blev lægemiddelforbruget blandt Tandundersøgelsens deltagere undersøgt nærmere. Godt og vel en fjerdedel af deltagerne havde indløst recept på mange lægemidler på 1 år. Det var særligt kvinder og de laveste indkomstgrupper, der havde indløst recept på mange lægemidler. Med stigende alder øgedes andelen, der havde indløst recept på mange lægemidler, og ligeledes med stigende alder øgedes antallet af lægemidler, der var indløst recept på. De deltagere, der havde indløst recept på mange lægemidler, led oftere af hyposalivation. På trods af hyposalivationen sås ikke øget forekomst af caries, hvilket sandsynligvis kan forklares med, at Tandundersøgelsens deltagere overvejende var regelmæssige tandplejepatienter, som var velbehandlede.

De receptpligtige lægemidler, som Tandundersøgelsens deltagere hyppigst havde indløst recept på, var antibiotika, antiinflammatoriske og antireumatiske midler samt midler i relation til forebyggelse og behandling af hjerte-karsygdomme. Endvidere havde en del indløst recept på psykofarmaka og antidepressiva. Mænd havde hyppigst indløst recept på lægemidler for hjerte-karsygdomme og mavesyrerelaterede sygdomme, mens kvinder hyppigst havde indløst recept på stort set alle andre typer lægemidler. Især de, der havde indløst recept på vanddrivende midler, antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler og KOL-midler, led af nedsat spyttsekretion eller egentlig hyposalivation.

### Forbrug af tandplejeydelser

Over 80 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en tandundersøgelse i 2007, og 75 % af deltagerne havde fået mindst én tandundersøgelse i 4 af de sidste 5 år, hvorfor de kunne betegnes som regelmæssige tandplejepatienter. 8 % af deltagerne

havde ingen tandundersøgelse fået i 5 år. Mænd og yngre deltagere havde øget tilbøjelighed til ikke at have fået tandundersøgelse. Indkomstgrupper, som tjente under 200.000 kr. årligt, havde op til næsten 3 gange øget tilbøjelighed til at have fået 2 eller færre tandundersøgelser på 5 år. Derudover havde deltagere med meget caries, ringe mundhygiejne samt de, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, øget tilbøjelighed til ikke at have fået en tandundersøgelse i 2007 og til at have fået få tandundersøgelser på 5 år. Ligeledes havde rygere større sandsynlighed for ikke at have været til tandundersøgelse i 2007 og til at have fået få tandundersøgelser på 5 år.

Den yngste aldersgruppe og deltagerne med meget høj uddannelse havde hyppigere fået en forebyggende ydelse, og deltagere med mange bevarede tænder havde hyppigere fået en røntgenydelse. Sandsynligheden for at have fået en røntgenydelse på 5 år øgedes med yngre alder og højere uddannelse. Det kunne indikere, at veluddannede er mere forebyggelsesmindede og i højere grad efterspørger diagnostik og tidlig opsporing af eventuel sygdom. Ikke overraskende var det især deltagere med dårlig mundhygiejne, dybe pocher og fæstetab samt rygere og ex-rygere, der havde fået parodontale ydelser. Men der var dog op til 10 %, som havde fået en parodontal ydelse i 2007, selvom de stort set ikke havde gingival blødning samt havde pocher og fæstetab under 4 mm og dermed blev karakteriseret som værende ikke-parodontosepatienter. Dette er vanskeligt at forklare og giver anledning til at efterlyse muligheden for at koble odontologiske diagnoser til ydelsesforbruget.

Over en 5 års periode havde 81 % af Tandundersøgelsens deltagere fået en fyldningsydelse. Det var især mænd, lavtuddannede samt de, der allerede i forvejen havde mange fyldte tandflader, der havde fået en fyldningsydelse. Men også de, som havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, og de, der indtog mere sukker dagligt, end myndighederne anbefaler, havde øget sandsynlighed for at have fået en fyldningsydelse. Også i relation til at have fået en rodbehandlingsydelse var mænd og de, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, overrepræsenteret. Det skyldes formodentlig, at oral sygdom hos dem, der benytter det forebyggende tandplejetilbud sjældnere og dermed har længere intervaller imellem de forebyggende tandundersøgelser, først opdages så sent i sygdomsforløbet, at omfattende tandbehandling bliver nødvendig. En fjerdedel af Tandundersøgelsens deltagere havde i en 5-års periode fået fjernet en tand. Kendetegnet for disse deltagere var, at de oftere var mænd, helt unge eller ældre, havde symptomer på parodontal sygdom, var rygere eller ex-rygere, havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder eller havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler.

### Nye problemstillinger

På baggrund af nærværende delrapports resultater ved vi nu en del mere om de regelmæssige tandplejepatienter, som har høj compliance (efterlevelse) i relation til fornuftig tandplejeadfærd. På trods af at Tandundersøgelsens deltagere var en selekteret stikprøve, som for størstedelens vedkommende var forholdsvis sunde og raske, så er der ikke tvivl om, at især den midaldrende og ældre del af deltagerne vil være dem, der kom-

mer til at optage tandlægenes tid i de kommende 20-30 år som følge af deres komplekse behandlingsbehov. Men delrapportens resultater rejser samtidig en række spørgsmål som eksempelvis:

- Bidrager voksentandplejen tilstrækkeligt til indsatsen i relation til begrænsning af sukkerindtag, forbrug af læskedrikke, rygning og alkohol?
- Hvordan kan voksentandplejens ressourcer i relation til forebyggelse og tidlig opsporing af livsstilssygdomme – eksempelvis diabetes og hjerte-karsygdomme – bringes til at spille sammen med andre sundhedsprofessionelle i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde?
- Er tandlæger tilstrækkeligt rustet til at kunne overskue komplekse medicinske patienters lægemiddelinteraktioner i relation til tandlægebehandlinger?
- I hvilken grad er der social ulighed i efterspørgslen på og adgangen til forskellige typer af basale tandplejeydelser?
- Forekommer der en udbyder induceret ulighed i, hvilke typer af basale tandplejeydelser forskellige socioøkonomiske grupper tilbydes?

- Hvilke faktorer er mest afgørende for udførelse af forskellige basale tandplejeydelser (oral sygdom, patientens ønske, tandlægens beslutning, tandlægens alder/kandidatår, patientens økonomiske muligheder mv.)?
- Hvilke parodontale diagnoser ligger til grund for udførelse af de parodontale ydelser i Tandlægeoverenskomsten?
- Bidrager voksentandplejen tilstrækkeligt til at styrke indsatsen for, at en større andel i befolkningen deltager i det regelmæssige og forebyggende tandplejetilbud?
- Hvordan adskiller ikke-regelmæssige brugere af voksentandplejen sig fra disse regelmæssige brugere, eksempelvis i relation til køn, alder, uddannelse, indkomst, etnicitet, tandstatus, livsstil, generel sygelighed, lægemiddelforbrug samt forbrug af andre ydelser i sundhedsvæsenet – fx hos praktiserende læge?

På baggrund af denne anden delrapport anbefales det derfor, at de rejste problemstillinger belyses i fremtidige undersøgelser.



# 1

## Undersøgelsens baggrund og formål

### 1.1 Baggrund

I 2009 opstillede den daværende regering det mål i den nationale handlingsplan for forebyggelse, at danskernes gennemsnitlige levetid skal forlænges med 3 år i løbet af de næste 10 år, og at danskerne skal være blandt top-10 i verden over dem, som lever længst i 2020 (2). Det vil betyde, at danskernes middellevetid skal forbedres mindst 16 pladser, idet danskernes middellevetid opgjort i 2008 var 78,8 år og dermed indtog en 26. plads i OECDs opgørelse (3). Det må siges at være et ambitiøst mål, og kun tiden kan vise, om det er et realistisk mål inden for de givne rammer.

Spørgsmålet er, om forlængelse af levetiden er det væsentligste for danskerne. For mange vil også livskvaliteten i den sidste del af livet være afgørende for, om man ønsker flere leveår. I 2010 viste den nationale sundhedsprofil (4), at cirka hver tredje dansker lider af én eller flere kroniske sygdomme, fordelt således at 20 % blandt unge, 40 % blandt 55-64-årige og mere end 50 % af 75+-årige lider af én eller flere kroniske sygdomme. De ældre rammes af kroniske lidelser som fx mentale sygdomme og demens, øjensygdomme, xerostomi, kostrelaterede sygdomme, osteoporose og lungesygdomme. Det er tilstande, som har indflydelse på den orale sundhed. Omvendt påvirkes den generelle sundhed af den orale sundhedstilstand fx ved hjerte-karsygdomme, diabetes og den generelle ernæringstilstand (5). Sammenholder man dette med udviklingen i demografien (6), som vil medføre, at der i fremtiden vil blive en langt større andel af ældre og gamle i den danske befolkning, så bliver der brug for, at alle sundhedsprofessionelle – inklusive tandplejen – samarbejder på tværs af faggrænser og på tværs af sektorer i relation til livsstil med sundhedsfremme og forebyggelse, herunder tidlig opsporing.

Som følge af mange danskers usunde livsstil med usund kost, stort indtag af læskedrikke og uhensigtsmæssige alkohol- og rygevaner, som vil lede til udvikling af endnu flere danskere med kroniske sygdomme, så vil kurven over det stigende medicinforbrug sandsynligvis ikke knække foreløbig. En undersøgelse, som kiggede på udviklingen i danskernes lægemiddelforbrug fra 1997-2007 (7) konkluderede i 2009, at der havde været en stigning på 62 % i udlevering af receptpligtig medicin. 87 % af den receptpligtige medicin blev i 2007 udleveret til aldersgrupper over 40 år. Stigningen i lægemiddelforbruget kunne ikke blot forklares ved ændret befolkningssammensætning, men også ved en vækst i brugen af bestemte præparater bl.a. som følge af en øget tilvækst af visse sygdomme, fx hjerte-karsygdomme. Siden er lægemiddelforbruget fortsat steget, og 76 % af lægemiddelforbruget repræsenterede i 2009 medicin mod folkesygdomme; først og fremmest hjerte-karsygdomme, dernæst psykiske lidelser og på tredjepladsen medicin mod astma/allergi/KOL (8).

Der tegner sig hermed et billede af fremtidens patienter i tandplejen: En stor del af de unge vil formodentlig have relativt lidt oral og generel sygelighed og vil derfor kræve en mindre indsats fra tandplejens side, mens en voksende del af især midaldrende og ældre vil leve med én eller flere kroniske sygdomme,

som betyder, at de vil have et relativt stort forbrug af medicin, der kan medføre en række uheldige komplikationer i forhold til, at disse voksne vil have bevaret de fleste af deres tænder. Det vil betyde, at en mindre gruppe af komplekse patienter formodentlig vil have behov for omfattende forebyggende og behandlende tandpleje. En kompromitteret oral sundhedstilstand hos denne gruppe midaldrende og ældre vil påvirke deres livskvalitet, ikke bare på grund af symptomer fra sygdomme i tænder og mundhulen, men også på grund af at dårlig tandstatus – herunder tab af tænder, nedsat tyggefunktion og kosmetiske ændringer af tænderne, som følge af aldersforandringer forringer den enkeltes selvverd og sociale liv (5).

Tandplejen vil derfor sandsynligvis i langt højere grad, end det er tilfældet i dag, skulle tilpasse undersøgelsesintervallerne mere individuelt i relation til den enkelte patients risikoprofil. Og for at kunne fastlægge de individuelle intervaller vil der være behov for, at tandplejen hyppigt opdaterer patientens anamnese – ikke blot i relation til medicinforbrug, som det sker i dag, men også i relation til både livsstil, prædisponering for almensygdomme og diagnosticerede almensygdomme. For sundhedsvæsenet som sådan vil det være en fordel, at tandplejen medinddrages i ansvaret for tidlig opsporing, idet tandplejen har mange års erfaring med og tradition for sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig vil en lang række af de livsstilbetingede uvaner vise sig i mundhulen på et meget tidligt tidspunkt – også før uvanerne har givet anledning til egentlige generelle helbredsproblemer.

De livsstilsfaktorer, der meget tidligt medfører sygdomme eller skader i mundhulen, er bl.a. stort sukkerindtag (caries) (9,10), stort læskedrikindtag (syreskader og caries) (11,12), hyppig indtagelse af vin (syreskader) (13,14), rygning (slimhindeforandringer, parodontitis og tandtab) (15,16) og medicinindtagelse (nedsat eller manglende spytksekretion, som bl.a. fører til caries og slimhindelidelser) (17).

En næsten lige stor andel af befolkningen besøger årligt den praktiserende læge og tandlæge. Knap 78 % af voksenbefolkningen har besøgt deres praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder, mens godt 73 % har været regelmæssigt til tandlæge (dvs. mindst én gang årligt) inden for de seneste 5 år (18). Forskellen på patientklientellet i henholdsvis læge- og tandlægepraksis medfører dog, at lægen oftere ser personer, som føler sig syge, med lav uddannelse, førtidspensionister og arbejdsløse, mens tandlægen oftere ser personer, som opfatter sig som raske, med længere uddannelse og personer i beskæftigelse (18), bl.a. fordi tandlægebesøg som følge af brugerbetaling er associeret med indkomstniveau (19). Noget tyder således på, at læge- og tandlægepraksis ville kunne komplementere hinanden i forsøget på at nå *hele* den danske voksenbefolkning.

Voksens tandplejen har uudnyttede muligheder i relation til tidlig opsporing af patienter, som er i særlig risiko eller har særlige risikofaktorer eller risikoadfærd. Det drejer sig eksempelvis om måling af blodsukker og blodtryk (20, 21), som er blevet anbefalet danske praktiserende tandlæger at gennemføre siden 2007 (22). Eksempelvis er andelen af danskere, der har fået målt deres blodtryk inden for de seneste 3 år, relativt

lav blandt personer med lang videregående uddannelse (18) – en gruppe, som relativt ofte kommer i tandplejen. Ligeledes er andelen, der har fået målt deres kolesterol inden for de seneste 3 år, mindre blandt personer med lang uddannelse og blandt personer i beskæftigelse (18), som også relativt oftere kommer hos tandlægen sammenlignet med hos den praktiserende læge. Tandplejen ville således kunne nå bestemte grupper i befolkningen, som kommer relativt sjældent hos den praktiserende læge og relativt ofte i tandplejen. I den ideelle verden vil fremtidens tandklinik være beliggende i sundhedshuse, så der er let adgang til at videre- og tilbagehenvise patienter til den praktiserende læge, diætisten, rygestoptilbud og alkoholambulatorium. Det vil være med til at fremme det tværfaglige samarbejde (23), hvilket vil være til patienternes fordel.

En række undersøgelser fra udlandet har igennem de seneste 10 år undersøgt, om det er relevant, at tandlæger inddrages i relation til forebyggelse af livsstilssygdomme. Det konkluderes generelt, at det vil være en fordel for den brede befolkning, hvis tandlæger også inddrages (24, 25). Samtidig lægges der vægt på, at tandlæger ikke skal behandle, men udelukkende medvirke til tidlig opsporing (26, 27). Det er vist, at tandlæger især kan spille en vigtig rolle ved opsporing af for højt blodtryk ved blodtryksmåling af henholdsvis patienter over 40 år (28), samt patienter som er uvidende om deres risiko for at udvikle alvorlige komplikationer som resultat af hjerte-karsygdomme og som dermed har behov for medicinsk behandling (29).

Tilbage i 2002 undersøgte praktiserende tandlægers holdning til blodtrykstagnings i tandlægepraksis (30). Det viste sig, at tandlæger syntes, det var en god idé, at de blev uddannet i at måle blodtryk, men de ønskede ikke at blive involveret i screening af patienters blodtryk. Siden har tandlægers opfattelse ændret sig (31). Et studie fra 2010 (31, 32) med mere end 1.900 svarpersoner blandt praktiserende tandlæger viste, at næsten 90 % af tandlægerne anså screening for generelle sygdomme for vigtig, og de var villige til at indarbejde det i deres daglige praksis. Ekstra uddannelse og planer for den praktiske implementering er nødvendigt for at imødegå oplevede barrierer, og patienters accept er afgørende for, om det er realistisk (33). I 2008 viste en dansk undersøgelse, at 78 % af privatpraktiserende tandlæger mente, at tandlæger også bør tage del i sundhedsarbejdet omkring generel sundhed, og 81 % mente, at tandlæger bør indgå i tværfagligt samarbejde med andre sundhedsprofessioner (34).

Meget tyder således på, at praktiserende tandlæger i Danmark er parate til, at arbejdet i fremtidens tandklinik som følge af de livstilsbetingede sundhedsproblemer blandt danskerne nød-

vendigvis må udvikle sig i en retning, således at der anlægges et bredere folkesundhedsmæssigt perspektiv på patienterne i forhold til tidligere, hvor et helt snævert odontologisk perspektiv har været fremtrædende.

## 1.2 Formål

Formålet med Tandundersøgelsen var oprindeligt at indsamle odontologiske data på en repræsentativ stikprøve af den danske befolkning. På baggrund af stikprøven skulle voksne danskeres orale sundhed kortlægges med henblik på at styrke forståelsen mellem generelle sygdomme og livsstilsfaktorerens indflydelse på de hyppigste sygdomme i mundhulen samt etablere et objektive fundament for planlægning af voksentandplejen i privat praksis i Danmark. Imidlertid viste det sig, at stikprøven både i KRAM-undersøgelsen og dermed også i Tandundersøgelsen ikke blev repræsentativ for hele den danske befolkning. Det var derfor nødvendigt at justere formålene med Tandundersøgelsen til at:

- kortlægge forekomsten af tandsygdomme i en dansk voksenpopulation objektive (klinisk) og subjektivt vurderet. Denne del er offentliggjort i begyndelsen af marts 2012 i den første delrapport med titlen *"Tandstatus – tandsundhed objektive og subjektivt vurderet"* (1).
  - analysere sammenhængen mellem oral sundhed og generelt helbred, herunder vurdere sammenhængen med livsstil og medicinforbrug, samt beskrive brug af tandpleje.
- Afrapporteres i nærværende anden delrapport.**
- beskrive risikoprofiler for tandplejen i fremtiden – særligt med fokus på de kommende ældre generationer og sammenligne voksentandplejen i Danmark med de andre nordiske lande. **Beskrives i en kommende tredje delrapport.**

Denne anden delrapport anlægger et bredt deskriptivt perspektiv i relation til at beskrive sammenhængen mellem oral sundhed og henholdsvis generel sundhed og livsstil samt forbrug af tandplejeydelser i den undersøgte stikprøve. Delrapporten vil dels danne grundlag for den tredje delrapport sammen med delrapport 1, og dels være grundlag for efterfølgende egentlige videnskabelige publikationer, som forskergruppen bag Tandundersøgelsen fremover vil publicere. Det betyder, at forskergruppen vil formulere og besvare hypoteser inden for de enkelte odontologiske discipliner, og disse forskere vil gå mere i dybden med data, end det har været hensigten inden for rammerne af denne delrapport.

## 2 Materiale og metode

KRAM-undersøgelsen (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) (35) er en tværseksundersøgelse, som blev gennemført i 13 danske kommuner i perioden april 2007 til november 2008. KRAM-undersøgelsen bestod af en spørgeskemaundersøgelse, som 76.484 danskere besvarede, og en helbredsundersøgelse som 18.065 danskere gennemførte. 4.402 deltagere, som havde gennemført KRAM-undersøgelsens spørgeskemaundersøgelse og helbredstest, gennemgik endvidere Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen. Tandundersøgelsen bestod af en mindre spørgeskemaundersøgelse samt en klinisk tandundersøgelse, som også indbefattede røntgenundersøgelse og spytpåvætning.

Som det blev beskrevet i første delrapport (1), var deltagerne i Tandundersøgelsen præget af en overrepræsentation af kvinder især i alderen 45-64 år og en underrepræsentation af unge – især mænd. Deltagerne i Tandundersøgelsen var desuden kendetegnet ved at være væsentligt bedre uddannede både i forhold til deltagerne i KRAM-undersøgelsen og i forhold til de inviterede i KRAM-kommunerne. I relation til årsindkomst lå Tandundersøgelsens deltageres gennemsnitlige årsindkomst cirka 5 % højere end landsgennemsnittet.

Det er således klart, at det var en særlig selekteret gruppe, der valgte at deltage dels i KRAM-undersøgelsen, dels i Tandundersøgelsen, og dermed er der opstået en underrepræsentation af mænd, yngre, lavtuddannede og lavindkomstgrupper. Det betyder, at Tandundersøgelsens stikprøve kom til at bestå af deltagere, der som oftest gik regelmæssigt til tandlæge, havde en god oral status med mange bevarede tænder og forholdsmæssig lille sygdomsforekomst. Det ser endvidere ud til, at totalt tandløse fravalgte at deltage i Tandundersøgelsen, idet prævalensen af total tandløshed i Tandundersøgelsen var lav.

Samlet set medfører det, at Tandundersøgelsens resultater ikke kan anses for at være repræsentative for den danske befolkning som helhed. Undersøgelsens resultater kan derfor kun generaliseres til den del af den danske befolkning, som er socioøkonomisk godt stillet, har en relativt god oral status, er sundhedsminded og deltager regelmæssigt i voksentandplejetilbuddet. Se Tandundersøgelsens første delrapport (1) for en mere uddybende beskrivelse af datamaterialet og indsamlingsmetoden for henholdsvis data i Tandundersøgelsen og i KRAM-undersøgelsen. Desuden findes en beskrivelse af de spørgeskemaer, som er anvendt i KRAM-undersøgelsen og i Tandundersøgelsen, samt en nærmere beskrivelse af de fysiske tests, som deltagerne gennemgik i henholdsvis KRAM-undersøgelsen og i Tandundersøgelsen.

I KRAM-undersøgelsen drejer det sig om følgende fysiske tests: Blodtryksmåling, måling af hvilepuls, hofte- og taljemål, højde, vægt (BMI) og fedtprocent, blodprøver (HbA1c, kolesterol, triglycerid og C-reaktivt protein), lungefunktionsmåling samt konditest. I Tandundersøgelsen drejer det sig om den kliniske tandundersøgelse, som omfattede følgende elementer: Cariesregistrering, registrering af restaureringer, registreringer af erosioner, registreringer af usurer, gingiva og pochemålsregistrering med henblik på at udregne fæstetabsmål, blødningsre-

gistrering, vurdering af mundhygiejne, røntgenoptagelse bestående af et sæt bitewings samt spytpåvætning.

Endvidere giver første delrapport (1) en grundig beskrivelse af deltagerne i KRAM-undersøgelsen i relation til køn, aldersgruppe, uddannelsesniveau, årsindkomst, civilstand samt geografi. På samme måde beskrives Tandundersøgelsens deltagere i relation til køn, aldersgruppe, uddannelsesniveau, årsindkomst og geografi. Deltagerne sammenlignes med alle inviterede til KRAM-undersøgelsen og med den danske befolkning. Derudover vises der en oversigt over inklusionen af deltagerne i henholdsvis KRAM-undersøgelsen og Tandundersøgelsen.

Første delrapport beskriver endvidere, hvorledes en række uafhængige variable er kategoriseret. Det drejer sig om køn, aldersgrupper, uddannelsesniveau, indkomstgrupper, mundhygiejne og tandbørstning. Derudover er der i første delrapport i forbindelse med analysearbejdet konstrueret en række odontologiske variable. Det drejer sig om antal tænder, antal sunde tænder, antal carierede tandflader, antal fyldte tandflader, tandflader med erosioner, gingivalt blødningsindex, pochedybder, fæstetab, en kombineret variabel som beskriver en parodontosepatient, spytksekretionsvariabel samt en tandpinevariabel. Disse variable er alle nøje beskrevet i den første delrapport (1).

Der er gennemført deskriptive analyser i form af univariate (frekvenser) og bivariate analyser, hvor variablene er undersøgt parvis og  $X^2$  testet. Disse analyser giver en ide om styrken af sammenhængen mellem uafhængige og afhængige variable. Analyser med confounder-kontrol er foretaget som multivariate logistiske regressionsanalyser, hvor flere relationer mellem flere variable undersøges samtidigt.

I første delrapport findes en mere detaljeret beskrivelse af den statistiske bearbejdelse af data og dataanalyse samt forklaringer på statistiske begreber som fx P-værdi og odds ratio (OR) (1).

### 2.1 Livsstilsvariable

Til brug for nærværende delrapport blev der dannet en række livsstilsvariable. De omfatter "Sukkerindtag", "Læskedrikke", "Rygning" og "Alkohol".

#### 2.1.1 Sukker

Sukkervariablen blev til på baggrund af selvrapporterede oplysninger om deltagernes sukkerindtag, som stammer fra det særlige kostspørgeskema, der blev benyttet i KRAM-undersøgelsen (36). Deltagerne skulle blandt en lang række føde- og drikkevarer angive, hvilke føde- og drikkevarer de indtog, dels skulle deltagerne angive hyppigheden af indtaget og også den typiske mængde, de indtog. På baggrund af svarene er der sket en udregning af det daglige sukkerindtag, se Bilag 2. Dannelse af sukkervariablen er sket ud fra Fødevarestyrelsens anbefalinger om madens maksimale indhold af tilsat sukker pr. dag. Fødevarestyrelsen anbefaler, at kvinder maksimalt indtager 55 gram og mænd 70 gram tilsat sukker pr. dag (37). Den dannede sukkervariabel indeholder sukker fra læskedrikke, men ikke sukker fra drikke, der indeholder alkohol.

### 2.1.2 Læskedrikke

Læskedrikvariablen omfatter læskedrikke, dvs. sodavand, saftvand og juice, men ikke drikkevarer der indeholder alkohol. Føde- og sundhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det maksimale læskedrikindtag pr. uge holdes under en halv liter (38). Både suk- kersødet og lightprodukter af læskedrikke kan forårsage erosio- ner (11), og sukkersødede læskedrikke kan ydermere forårsage caries (39). Af den årsag er der ikke i resultaterne fra Tandunder- søgelsen skelnet mellem, om deltagerne indtog sukkersødet eller lightprodukter i relation til læskedrikindtag. Læskedrikvariablen indeholder således både læskedrikke med og uden tilsat sukker.

### 2.1.3 Rygning

Rygningsvariablen er blevet dannet ud fra svarene på spørgs- målet i KRAM-undersøgelsen: "Ryger du?". Respondenterne havde 6 svarmuligheder. Svarkategorierne "Ja, dagligt", "Ja, mindst en gang om ugen", "Ja, mindst en gang om måneden" og "Ja, sjældnere end en gang om måneden" blev slået sam- men til "ryger". Fetrygere eller lejlighedsvis rygere blev såle- des også anset for at være rygere. Såfremt respondenterne havde svaret "Nej, jeg er holdt op", blev vedkommende kategoriseret som "ex-ryger", og svarede respondenterne "Nej, jeg har aldrig røget", blev vedkommende kategoriseret som "aldrig-ryger". Denne måde at danne rygestatusvariabel på anvendes også i andre opgørelser (40, 41).

### 2.1.4 Alkohol

Ved konstruktion af alkoholvariablen er der taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens nye genstandsgrænser, som medfører lille risiko for helbreds-skader nemlig maksimalt 7 genstande ugentligt for kvinder og 14 for mænd (42). Dvs. at kvinder, der drak 7 gen- stande eller derunder pr. uge, og mænd, der drak 14 genstande eller derunder pr. uge, betegnedes som "< genstandsgrænsen", mens kvinder, der drak 8 genstande eller derover pr. uge, og mænd, der drak 15 genstande eller derover pr. uge, blev beteg- net som "> genstandsgrænsen". Deltagere, som havde angivet, at de ikke drak alkohol, blev betegnet som "0 alkohol".

### 2.1.5 Test og analyse af livsstilsvariable

Signifikantest i relation til læskedrikindtag, rygestatus og alko- holidntag blev foretaget ved at signifikanteste henholdsvis den lidt usunde livsstil med den sunde livsstil og den meget usunde livsstil med den sunde livsstil. Eksempelvis testedes henholdsvis ex-rygere med aldrig-rygere og rygere med aldrig-rygere.

Der blev foretaget kontrol for mulige confoundere i multi- variate logistiske regressionsanalyser for følgende variable: Køn, alder, uddannelse, indkomst, antal tænder, mundhygiejne, spy- sekretion, sukkerindtag (undtagen i analysen vedrørende sukker- indtag og kun fødevarer-sukker i læskedrikindtag-analysen), ryg- ning (undtagen i analysen vedrørende rygning) og alkohol (und- tagen i analysen vedrørende alkoholidntag).

## 2.2 Livsstilssygdomsvariable

Der blev endvidere konstrueret en række livsstilssygdomsvara- ble. De blev kaldt henholdsvis "Metabolisk syndrom", "Præ-

diabetes", "Diabetes", "Hjerte-karsygdom" og "Kronisk ob- struktiv lungesygdom".

### 2.2.1 Metabolisk syndrom

Det er forskelligt, hvordan man i forskellige undersøgelser defi- nerer de faktorer, der indgår i det metaboliske syndrom. I rela- tion til denne undersøgelse blev følgende kriterier valgt: Delta- gerne er først valgt ud efter taljemål efter de amerikanske værdier (43), som den danske Diabetesforening for nylig har valgt også at benytte. Dvs. et taljemål for kvinder på over 88 cm og på over 102 cm for mænd. Derefter skulle to af følgende kriterier være opfyldt: Triglycerid  $\geq 1,7$  mmol/l og/eller systolisk blodtryk  $\geq 130$  mmHg og/eller diastolisk blodtryk  $\geq 85$  mmHg og/eller totalcholesterol  $> 5,0$  mmol/l og/eller HbA1c  $> 5,6$  mmol/l. De deltagere, der levede op til disse kriterier, indgik i gruppen af metabolisk syndrom-patienter.

### 2.2.2 Diabetes og prædiabetes

I februar 2012 ændrede Sundhedsstyrelsen metoden til at diag- nosticere type 2 diabetes. Sundhedsstyrelsen anbefalede, at HbA1c – det såkaldte langtidsblodsukker – fremover skulle anvendes til at diagnosticere type 2 diabetes. HbA1c er en blod- prøve, som angiver et gennemsnitligt tal for blodsukkeret over en periode på mellem 8 og 12 uger. En værdi af HbA1c på 6,5 % eller derover blev dermed sat som den diagnostiske grænse for diabetes (44). På denne baggrund er der anvendt følgende værdier for at definere henholdsvis raske, prædiabetes- og dia- betespatienter i nærværende rapport: Rask: HbA1c  $< 6,00$ ; prædiabetespatient: HbA1c  $\geq 6,0 < 6,5$ ; og diabetespatient: HbA1c  $\geq 6,5$ .

### 2.2.3 Hjerte-karsygdomme

Forhøjet blodtryk øger risikoen for hjertesygdomme og slag- tilfælde, hvor hjernen rammes. Ved fastsættelse af blodtryks- værdier er der taget udgangspunkt i normalværdier og inklu- deret i overvejelserne, at en meget stor del af midaldrende danskere (som udgjorde over halvdelen af Tandundersøgel- sens deltagere) har risikofaktorer for hjerte-karsygdomme (43). Dermed blev følgende blodtrykskategorier fastsat: Nor- malt blodtryk:  $< 130$  mmHg (systolisk) og  $< 85$  mmHg (diasto- lisk); forhøjet blodtryk:  $\geq 130$  mmHg (systolisk) og/eller  $\geq 85$  mmHg (diastolisk) samt alvorligt forhøjet blodtryk:  $> 160$  mmHg (systolisk) og/eller  $> 100$  mmHg (diastolisk).

### 2.2.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom

I KRAM-undersøgelsen blev der gennemført lungefunktions- undersøgelse – en såkaldt spirometritest. Her måles dels den totale mængde luft, som deltageren kan puste ud (Forceret Vital Kapacitet, FVC), dels luftens strømningshastighed gen- nem luftvejene, som er den mængde luft, der maksimalt kan pustes ud i løbet af det første sekund (Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund, FEV1/FVC). Derefter beregnes ventila- tionskapaciteten, som er: FEV1/FVC. I denne rapport anvendes følgende kriterier, som er fastsat af National Institute for Clini- cal Excellence (45): Normal lungefunktion = FEV1/FVC  $> 70$  %,

nedsat lungefunktion (KOL) = FEV1/FVC < 70 % og svært nedsat lungefunktion (alvorlig KOL) = FEV1/FVC < 50 %.

### 2.2.5 Test og analyse af livsstilssygdomsvariable

Signifikantest i relation til diabetes/prædiabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom blev foretaget ved at signifikanteste henholdsvis den mindre alvorlige livsstilssygdom med den raske og den alvorlige livsstilssygdom/symptomer med den raske. Eksempelvis testedes henholdsvis deltagere med forhøjet blodtryk med deltagere med normalt blodtryk og deltagere med alvorligt forhøjet blodtryk med deltagere med normalt blodtryk.

Der blev foretaget kontrol for mulige confoundere i multivariate logistiske regressionsanalyser for følgende variable: Køn, alder, uddannelse, indkomst, antal tænder, mundhygiejne, spytsekretion, sukkerindtag, rygning og alkohol.

## 2.3 Lægemedler

Lægemedler blev kategoriseret i overensstemmelse med Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC-systemet) (46). På grund af begrænsninger i lægemiddeludtrækket for Tandundersøgelsens deltagere blev det besluttet at anvende lægemiddeloplysninger fra kalenderåret 2007 og ikke for en "skæv" 12 måneders periode umiddelbart forud for den dato, hvor hver enkelt deltager gennemgik den kliniske tandundersøgelse, eller 12 måneder umiddelbart forud for den dato den enkelte deltager havde deltaget i KRAM-undersøgelsen.

Der blev foretaget kontrol for mulige confoundere i multivariate logistiske regressionsanalyser for følgende variable: Køn, alder, uddannelse, indkomst, antal tænder, mundhygiejne, spytsekretion, sukkerindtag, rygning og alkohol.

## 2.4 Tandplejeydelser

Ydelsesstatistikken omfattede ydelser udført af både tandplejer og tandlæge i året 2007 samt i en 5-årsperiode fra 2003 til 2007. Opdelingen skyldes, at det for visse ydelser er relevant at

se, om deltagerne har været regelmæssige, fx i relation til kliniske tandundersøgelser. For andre ydelser er det ikke relevant at se på et tidsmæssigt kort forløb, idet der ikke nødvendigvis er indikation for at udføre ydelsen med så hyppige intervaller. Det gælder fx røntgenundersøgelser. Bilag 3 viser en oversigt over, hvordan ydelsesnumrene i Tandlægeoverenskomsten er grupperet for at danne ydelsesvariable.

Ved analyse af ydelsen "Klinisk undersøgelse 2007" er de 18-20 årige ekskluderet. Det skyldes, at de ikke nødvendigvis ved deltagelsen i Tandundersøgelsen i 2008 havde nået at være til deres første kliniske undersøgelse i privat praksis, efter at de havde forladt den kommunale tandpleje som 18-årige. Kun deltagere på 21 år og derover er derfor inkluderet i denne analyse. Af samme årsag er de 18-24-årige ekskluderet fra analysen af variabelen "Klinisk undersøgelse 2003-2007", og kun deltagere på 25 år og opefter er inkluderet i denne analyse. Samme eksklusionsprincip er anvendt for henholdsvis 2007-ydelsesvariablene og 2003-2007-ydelsesvariablene på alle de øvrige ydelsesanalyser.

Desuden er de deltagere, der ikke havde været til tandlæge i 2003-2007, ekskluderet fra alle ydelsesanalyserne bortset fra analyse af de to ydelser "Klinisk undersøgelse 2007" og "Klinisk undersøgelse 2003-2007" hvor formålet netop har været at afdække regelmæssigheden i tandplejeadfærden.

Der blev foretaget kontrol for mulige confoundere i multivariate logistiske regressionsanalyser for følgende variable: Køn, alder, uddannelse, indkomst, antal tænder, antal sunde tænder, mundhygiejne, spytsekretion, tandpine indenfor det seneste år, sukkerindtag, rygning, alkohol og lægemidler.

## 2.5 Læsevejledning

De følgende afsnit er bygget op, således at der først gives en deskriptiv indføring i litteraturen vedrørende det faglige område, så beskrives sammenhængen mellem oral sundhed og det faglige område, dernæst oplystes i punktform de væsentligste fund i Tandundersøgelsen, og herunder beskrives analyseresultaterne nærmere.

# 3 Oral sundhed og livsstil

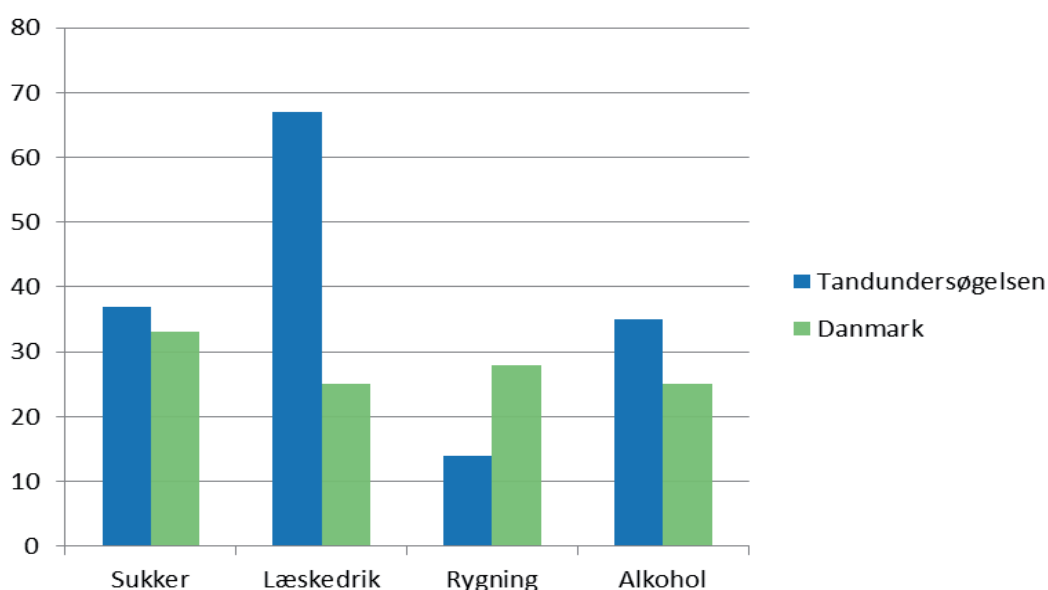
Dette afsnit vil omhandle de væsentligste af de livsstilsfaktorer, som vides at influere på den orale sundhed. Det drejer sig om sukkerindtag, læskedrikke, rygning og alkohol.

Figur 1 viser procentandelen af Tandundersøgelsens deltagere sammenlignet med procentandelen i Danmark generelt, der overskrider det maksimalt anbefalede daglige sukkerindtag, indtager mere end en halv liter læskedrik pr. uge, er rygere og overskrider lavrisikogrænserne for alkohol. Procentandelen for Danmark som referencegruppe er skaffet fra forskellige kilder (4, 41, 47). Desværre har det ikke været muligt at skaffe helt sammenlignelige tal, idet der er forskel i undersøgelserne og stikprøverne, der sammenlignes med for så vidt angår eksempelvis aldersfordeling, undersøgelsestidspunkt, selvrapportering mv. Det bør der derfor tages forbehold for. Men figuren viser de prævalenser, det har været muligt at skaffe.

## 3.1 Sukkerindtag

Menneskers medfødte præference for sødt (48) medfører, at de fleste – også som voksne – holder af sukkerholdige faste og flydende fødevarer. Sukkeret indeholder ingen vitaminer og mineraler, som er nødvendige for kroppen, men er en kilde til hurtig omsættelig energi. Sukkeret består kun af tomme kalorier, som optager pladsen for de ernæringsrigtige indholdsstoffer i sunde fødevarer. Sukker har således ingen dokumenterede, positive sundhedsmæssige effekter. Anbefalingen er derfor, at sukker maksimalt bør udgøre 10 % af madens samlede energi (37). Dermed bør madens indhold af tilsat sukker pr. dag maksimalt udgøre 70 gram for mænd og 55 gram for kvinder. Anbefalingen vedrørende dagligt sukkerindtag sigter desuden også mod at nedsætte risikoen for caries (37).

**Figur 1: Procentandelen af Tandundersøgelsens deltagere sammenholdt med befolkningen generelt i Danmark, der overskrider det maksimalt anbefalede daglige sukkerindtag (47), indtager mere end en halv liter læskedrik pr. uge (47), er rygere (41) og overskrider lavrisikogrænserne for alkohol (4)**



Danskere spiser og drikker et sted imellem 56 og 113 gram sukker om dagen (49). I henhold til forsyningsstatistikken er sukkerforbruget 113 gram pr. dansker pr. dag, mens danskerne i kostundersøgelser selv rapporterer, at de indtager 56 gram pr. person pr. dag. Den relativt store forskel i de to angivne mængder sukker skyldes bl.a., at der sker et svind fra forsyning til forbrugers talerken. Men den væsentligste forklaring er sandsynligvis, at deltagere i kostundersøgelser bevidst eller ubevidst underrapporterer indtaget af madvarer, der anses for at være usunde (47), og at især de, der fx indtager mange sukkerholdige produkter, fravælger at deltage i kostundersøgelser (47).

Kostundersøgelsen gennemført i 2003-2006 viste, at en tredjedel af voksne danskere spiser for meget sukker, og hovedparten af sukkeret kommer fra sodavand og søde sager (47). Kvinder spiser lidt mere sukker end mænd, 19-24-årige spiser mere end ældre aldersgrupper, og i relation til uddannelsesniveau ses et lavere indtag af sukker med stigende uddannelsesniveau for begge køn (37). Uddannelsesniveau er således en afgørende determinant i relation til sukkerindtag (50).

Sukker har i sig selv ikke nogen skadelig effekt på tandemalje. Men såfremt der er bakteriebelægninger til stede på tandemaljen, vil stofskifteprocesser i bakteriebelægningerne kunne forårsage caries. Forskellige sukkerholdige fødevarer har forskelligt cariesfremkaldende potentiale, ligesom bl.a. bakteriebelægningernes alder (51), spytmængde og spytksekretions-hastighed (52) samt klæbrighed (53) har betydning for det cariesfremkaldende potentiale. Såvel mængden af sukkerindtag samt hyppighed af sukkerindtaget – dvs. mange mellemmåltider/snacks med højt sukkerindhold – kan derfor være uheldigt ud fra et tandsundhedsmæssigt perspektiv, såfremt den enkelte ikke har optimal mundhygiejne. Men årsagsforholdene er så komplekse, at sukker ikke kan anses for den eneste årsag til caries (54). Det ses bl.a. af, at på trods af at der er sket en stigning i indtaget af sukker i de seneste år, så er cariesforekomsten faldet. Det skyldes, at daglig tandbørstning med fluor-tandpasta opvejer effekten af et moderat sukkerindtag (55). Man kan sige, at daglig tandbørstning med fluorholdig tandpasta kontrollerer balancen mellem mineralopløsning og mineral-udfældning på emaljeoverfladen (56, 57).

Så er spørgsmålet blot: Hvad er et moderat sukkerindtag? Et dagligt sukkerindtaget under 27 gram har vist sig at medføre lav forekomst af caries (10, 58), mens cariesforekomsten øges og forstærkes ved et sukkerindtag, som overstiger 41 gram/dag. Sukkerindtag på op til 55 gram pr. dag vil dog stadig medføre lav cariesforekomst, såfremt der anvendes fluortandpasta dagligt (9). En sådan tærskelværdi betyder dog ikke, at man undgår caries, hvis man holder sig under denne værdi, men blot at risikoen for caries er lavere. Endvidere har WHO anbefalet, at sukkerindtaget begrænses til højst 4 gange dagligt, fordi mængden af sukkerindtaget øges med stigende indtageshyppighed (59). Der er således fin overensstemmelse mellem anbefalingerne fra WHO og de danske myndigheder vedr. sukkerindtagelse (9).

Væsentligste fund:

- Godt en tredjedel af deltagerne indtog mere sukker dagligt end anbefalet
- Næsten dobbelt så mange yngre som ældre indtog mere sukker dagligt end anbefalet
- Der sås ingen signifikante sammenhænge mellem sukkerindtag og caries
- En større andel af deltagere med nedsat spytksekretion indtog mere sukker dagligt end anbefalet
- Lavtuddannede indtog oftere end højtuddannede mere sukker dagligt end anbefalet.

37 % af deltagerne indtog mere sukker end det, myndighederne anbefaler. I de bivariate analyser sås det, at der blandt kvinder var en signifikant større andel (40 %) sammenlignet med mænd (32 %), der indtog mere sukker dagligt end det, myndighederne anbefaler. I aldersgruppen 35-44-årige og også aldersgrupperne 18-34 år og 45-54 år indtog signifikant større andele (henholdsvis 51, 49 og 43 %) mere sukker end anbefalet, mens der blandt aldersgrupperne 55-64 år og 65-74 år var en signifikant mindre andel (henholdsvis 30 og 24 %), der indtog mere sukker dagligt end anbefalet. Blandt deltagerne med mere end 20 egne tænder indtog 37 % mere sukker end anbefalet, og blandt deltagerne med mere end 20 sunde tænder indtog 46 % mere sukker end anbefalet, mens andelen blandt deltagere med ingen sunde tænder, der indtog mere sukker end anbefalet, var på 30 %. Der sås ingen signifikante sammenhænge mellem sukkerindtag og carierede flader. Se bilagstabel 1.

Blandt deltagere med relativt få fyldte flader (1-25) sås en signifikant større andel (42 %), som indtog mere sukker end anbefalet, mens der blandt deltagerne med relativt flest fyldte flader (50+) sås en signifikant mindre andel (33 %), der indtog mere sukker end anbefalet. En signifikant større andel med god mundhygiejne (41 %) indtog mere sukker end anbefalet, mens en signifikant mindre andel (29 %) blandt deltagerne med ringe mundhygiejne indtog mere sukker end anbefalet. I relation til de parodontale udfaldsvariable sås en signifikant større andel, der indtog mere sukker end anbefalet blandt dem, der havde relativt lille tendens til gingival blødning (39 %), ikke havde fordybede pocher (38 %), havde fæstetab under 4 mm (43 %) og ikke var parodontosepatienter (37 %). Blandt deltagerne med nedsat spytksekretion sås en signifikant større andel (42 %), der indtog mere sukker end anbefalet. Se bilagstabel 1.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der indtog mere sukker dagligt end det, myndighederne anbefaler, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinde (OR=1,36), 18-34 år (OR=1,79) og 35-44 år (OR=1,84), have lav uddannelse (OR=1,34) og have mere end 50 fyldte tandflader (OR=1,99). Se bilagstabel 2.





trods af at andelen af rygere i befolkningen altså er faldet, så er salget af tobak fortsat relativt højt. Der kan være flere forklaringer på dette, eksempelvis underrapportering af rygning, frafald af rygere i rygevanerundersøgelser samt øget grænsehandel og illegal handel med tobak (67). Underrapportering af rygning (68) og frafald af rygere i rygevanerundersøgelser er kendte problemstillinger, som Sundhedsstyrelsens årlige rygevanerundersøgelser (41) har forsøgt at minimere mest muligt. Faldet i salget af tobak i Danmark kan sandsynligvis ikke tilskrives øget grænsehandel, idet en opgørelse fra Skatteministeriet i 2010 (69) viser, at der – formodentlig som følge af loven om røgfrie miljøer fra august 2007 – er sket et fald i forbruget og salget af cigaretter og røgtobak i perioden 2008 og 2009 sammenlignet med 2006. Faldet er sket både i handlen i Danmark og i grænsehandlen. Den mest oplagte forklaring på forskellen i faldet i andelen af rygere og det relativt mindre fald i salget af tobak er derfor sandsynligvis, at de, der ryger, forbruger mere tobak. Det er formodentlig et udtryk for, at smårygere er holdt op, mens storrygere fortsat ryger.

Der er en større andel af rygere blandt mænd end blandt kvinder (4). Rygevanerundersøgelsen fra 2008 (41) viser, at de største andele af rygere fandtes blandt de midaldrende, hvor fx mere end 33 % af de 50-59-årige røg. Godt 31 % af de 30-49-årige røg, og godt 30 % af de 20-29-årige røg. Blandt 60-69-årige røg 25 %, og de mindste andele, der røg, var blandt de 15-19-årige (19 %) og de 70+-årige (18 %). Samtidig viste undersøgelsen, at op mod 75 % af rygerne gerne vil holde op med at ryge (4).

Der er en social gradient i rygning, således at jo længere uddannelse des mindre er andelen, der ryger. Fra 1987 og til i dag er der sket et fald i rygning blandt alle danskere uanset uddannelsesniveau. Men faldet er større, jo højere uddannelsesniveauet er (18). Eksempelvis faldt rygeprævalensen blandt kvinder med kort uddannelse i perioden 1987-2005 1 %, mens den faldt 18 % blandt kvinder med lang uddannelse. Ligeledes sås i samme periode et fald i rygeprævalensen blandt mænd med kort uddannelse på 12 %, mens den blandt mænd med lang uddannelse faldt 15 % (70).

I mundhulen forårsager rygning en lang række skader, som igennem mange år er dokumenteret (71). Blandt rygere ses således hyppigere præcancerøse lidelser i slimhinden (72) og mundhulekræft (73). Rygere udvikler hyppigere og mere aggressivt forløbende parodontitis (15, 74, 75), og rygere responderer dårligere på parodontosebehandling sammenlignet med aldrig-rygere (76). Blandt rygere ses endvidere kompromitteret sårheling efter tandudtrækninger og andre operative indgreb i mundhulen (77, 78). Mange rygere plages desuden af recidiverende orale svampeinfektioner (79), de mister flere tænder end aldrig-rygere (80), og risikoen for, at et tandimplantat afstødes, er større blandt rygere (81). Endelig medfører rygning en række uheldige kosmetiske virkninger i mundhulen i form af halitosis (82) og tobaksbelægninger (83). Der er således al mulig grund til, at tandlæger taler med patienter om rygning.

I 2005 udgav WHO i samarbejde med verdenstandlægeforeningen Federation Dentaire Internationale (FDI) en guide for

tandplejepersonale (84). Guiden omhandler bl.a. facts om tobaksrygning samt initiativer i relation til rygestop og den rolle, som tandlæger kan spille i forebyggelsen af tobaksrygning. Formålet med denne guide var bl.a. at understrege over for det odontologiske personale, at selv kortfattet rådgivning fra sundhedspersonale er en af de mest effektive metoder til rygeafvænnning (85, 86), og patienter forventer, at tandlægen taler med dem om tobak (87). Rygevanerundersøgelsen i 2011 spurgte deltagerne ind til, om de inden for det seneste år var blevet spurgt om rygevaner ved besøg hos tandlægen. 10 % svarede "ja", mens 23 % svarede "ja" til, at de var blevet spurgt om rygevaner hos deres praktiserende læge. Ydermere svarede 1 %, at de havde fået tilbudt hjælp til rygestop hos tandlægen, mens 15 % havde fået tilbudt hjælp til rygestop ved deres praktiserende læge (66). Det ser således ud til, at der fortsat er potentiale for tandplejepersonalets deltagelse i det tobaksforebyggende arbejde.

Væsentligste fund:

- Andelen af rygere i Tandundersøgelsen var væsentligt lavere end i den danske befolkning
- Andelen af rygere var størst blandt de yngste og mindst blandt de ældste
- De højest uddannede deltagere var mindre tilbøjelige til at være rygere sammenlignet med de øvrige lavere uddannelsesgrupper
- Rygere havde øget tilbøjelighed til at have dårlig mundhygiejne, mange carierede tandflader, have dybe pocher og fæstetab, være karakteriseret som parodontosepatient, have færre end 20 egne tænder og have haft tandpine inden for det seneste år
- Rygere led oftere af nedsat spyttsekretion og hyposalivation
- Rygere var mere tilbøjelige til at overskride genstandsgrænserne for alkohol.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere var knapt 14 % rygere, og flere mænd (15 %) end kvinder røg (13 %). De bivariate analyser viste, at andelen af rygere var størst blandt de 18-34-årige (21 %), og at andelen af rygere faldt støt med stigende alder, således at den mindste andel af rygere var blandt de 75+-årige (9 %). Samtidig var andelen af aldrig-rygere størst blandt den yngste aldersgruppe (64 %) og faldt støt til den mindste andel blandt de ældste (36 %). Det skal sammenholdes med, at der samtidig sås den største andel af ex-rygere blandt de ældste (55 %), og denne andel faldt støt ned til den yngste aldersgruppe (15 %). Se bilagstabel 5.

Blandt dem, der ingen egne tænder havde tilbage, var andelen af rygere dobbelt så stor (26 %) som blandt dem, der havde mere end 20 egne tænder tilbage (13 %). Blandt deltagerne, som havde mere end 20 egne tænder tilbage, sås en relativt større andel, der var aldrig-rygere (53 %), sammenlignet med dem der havde 1-19 egne tænder tilbage (31 %). Samme billede sås i relation til antal sunde tænder: Blandt dem, der havde mere end 20 sunde tænder, udgjorde andelen af aldrig-rygere 66 %, mens der blandt deltagerne med ingen sun-

de tænder var 42 %, som var aldrig-rygere. Det skal sammenholdes med, at der blandt deltagerne med mere end 20 sunde tænder var 19 %, som var ex-rygere, mens der blandt deltagerne med ingen sunde tænder var 45 %, som var ex-rygere. Se bilagstabel 5.

29 % af rygerne og 41 % af aldrig-rygerne havde 4 eller flere carierede flader. Blandt deltagerne med god mundhygiejne var 59 % aldrig-rygere, mens 11 % var rygere. Der sås en relativt større andel af rygere (16 %) med udbredt gingival blødning (25+ % sites) og en relativt større andel af aldrig-rygere (56 %) med minimal gingival blødning (0-9,99 % sites). For så vidt angår parodontale forhold havde godt 23 % af rygerne pocher  $\geq$  5 mm, knapt 16 % havde fæstetab  $\geq$  5 mm, og knapt en fjerdedel af rygerne blev betegnet som værende en parodontose-patient. Symptombilledet hos rygere og ex-rygere gjorde, at de oftere blev diagnosticeret i kategorien parodontose-patienter, mens aldrig-rygere oftere blev diagnosticeret i kategorien ikke-parodontose-patienter. Se bilagstabel 5.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at rygere var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,28), 18-34 år (OR=13,45), 35-44 år (OR= 7,98), 45-54 år (OR=5,87), 55-64 år (OR=4,88), 65-74 år (OR= 3,02), have medium (OR=1,59) eller høj (OR=1,48) uddannelse. Rygere havde desuden større tilbøjelighed til at have færre end 20 tænder (OR=1,73), have 4 eller flere carierede tandflader (OR=1,77), have moderat (OR=1,66) eller ringe (OR=3,44) mundhygiejne, have dybe pocher  $\geq$  5 mm (OR=2,04) samt fæstetab  $\geq$  5 mm (OR=2,00) og være karakteriseret som parodontose-patient (OR=1,83). Derudover led rygere oftere af nedsat spytksekretion (OR=1,48) eller egentlig hyposalivation (OR=1,58), havde haft tandpine inden for det seneste år (OR=1,33), og rygere var mere tilbøjelige til at indtage mere alkohol end anbefalet (OR=1,79). Se bilagstabel 6.

### 3.4 Alkohol

I 2008 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen en undersøgelse af voksne danskers alkoholvaner (88). Undersøgelsen viste, at godt 40 % af danskerne rapporterede, at de drak noget, der indeholder alkohol, 2 eller flere gange om ugen, mens cirka 50 % angav, at de 1 gang ugentligt eller sjældnere drak noget, der indeholdt alkohol. Knapt 8 % angav, at de aldrig drak noget, der indeholdt alkohol. 48 % angav, at de drak 1-7 genstande pr. uge, mens 18 % angav, at de drak 8-14 genstande pr. uge. 7 % angav, at de drak henholdsvis 15-21 og 22 eller flere genstande pr. uge. Dette var formodentlig i underkanten af det reelle alkoholindtag i Danmark. Der var nemlig i disse tal ikke taget højde for et relativt stort bortfald. Endvidere afslog en del inviterede at deltage, og man kunne godt forestille sig, at disse ikke-deltagere havde et større alkoholforbrug end de, der valgte at deltage. Det skyldes, at det er vanskeligt at få folk til at deltage i undersøgelser om alkohol, da det er tabubelagt (89). Undersøgelsen (88) viste endvidere, at mænds gennemsnitlige forbrug var næsten dobbelt så stort som kvinders, og de 16-20-årige drak mere end de øvrige aldersgrupper. Der sås i denne undersøgelse ingen tydelig sammenhæng mellem uddannelseslængde

og alkoholforbrug. Andre undersøgelser har dog påvist, at der er social skævhed i alkoholforbrug, således at personer med længst uddannelse drikker mest (90).

I 1990 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen for første gang genstandsgrenser for alkohol (42). Grænsen for det maksimale forbrug pr. uge blev angivet til 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd. Hvis man drak mere end det, var der høj risiko for at skade sit helbred. Sundhedsstyrelsen vurderede imidlertid i 2010, at der var behov for at nuancere denne vejledning og meldte derfor ud, at hvis man vil sikre sig, at ens alkoholforbrug kun giver anledning til en lille risiko for helbredsskader, bør kvinder højst indtage 7 genstande pr. uge og mænd højst 14 (42).

I 2010 blev der for første gang gennemført en befolkningsundersøgelse på baggrund af de nye udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen (4). Her viste det sig, at 10 % af danskerne drak mere end højrisikogrænsen (henholdsvis 21 og 14 genstande for mænd og kvinder pr. uge). Og der var fortsat en større andel af mænd, der overskred grænsen. Næsten en fjerdedel af voksne danskere overskred lavrisikogrænsen (henholdsvis 14 og 7 genstande for mænd og kvinder pr. uge). Undersøgelsen fandt ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskred de to genstandsgrenser. Men i de yngste aldersgrupper var andelen, der overskred højrisikogrænsen, størst blandt personer uden erhvervsuddannelse. I de ældste aldersgrupper sås den største andel, der overskred såvel lavrisiko som højrisikogrænsen, blandt de højst uddannede (4).

Der er dog ikke nogen egentlig grænse for, hvor lidt man kan drikke, før der udvikles visse former for kræft (91, 92). Det drejer sig bl.a. om kræfttyper, som er relevante for det odontologiske sundhedspersonale, nemlig kræft i mund og svælg, spiserørskræft og strubekræft (92). I Danmark er forekomsten af mundhulekræft cirka 360 tilfælde pr. år (93), kræft i svælget forekommer hos 350 (94), spiserørskræft hos 420 (94) og strubekræft hos 260 personer pr. år (94).

Det er dokumenteret, at 90 % af oral cancer skyldes rygning eller alkohol eller en kombination af rygning og alkohol (91). Den karcinogene effekt af både rygning og alkohol forøges parallelt med forbrugets størrelse, og der opstår en synergistisk effekt, således at rygning og alkohol gensidigt forstærker hinandens karcinogene virkning i mundhulen (dvs. man skal gange de to risikofaktors effekt) (95). Et dagligt alkoholindtag på  $\geq$  3 genstande har vist sig at øge risikoen for kræft i mundhule, svælg og spiserør hos både rygere og aldrig-rygere (96).

I de senere år er der i Danmark gennemført et par interessante undersøgelser vedrørende sammenhængen mellem alkoholforbrug og dels marginal parodontitis (97), dels antal tænder (98). På baggrund af disse danske undersøgelser er der noget, der tyder på, at indtagelse af alkohol har en vis beskyttende effekt i mundhulen. Det blev i den ene undersøgelse (97) konkluderet, at højere alkoholindtagelse (14 genstande pr. uge) især af vin yder en vis beskyttelse mod klinisk fæstetab hos mænd, men ikke hos kvinder. I samme undersøgelse (97) sås mere gingival blødning hos mænd, der ikke drak alkohol, sammenlignet med mænd der drak 1-13 genstande pr. uge. I relation til antal bevarede tænder

viste en anden dansk undersøgelse (98), at kvinder, der drikker alkohol – og i særdeleshed rødvin – har et større antal tænder og et mindre antal cariogene bakterier i saliva sammenlignet med kvinder, der ikke drikker alkohol.

Kostundersøgelsen, som Fødevareinstituttet gennemførte i 2000-2002, viste, at der var sammenhæng mellem alkoholindtagelse og kostkvalitet (99). Kostens kvalitet forringedes i takt med, at antallet af genstande øgedes, og i takt med at antallet af dage pr. uge, hvor deltagerne indtog alkohol, øgedes (100). Sidst men ikke mindst er der vist positiv sammenhæng mellem tandtraumer og høj alkoholindtagelse (101).

Væsentligste fund:

- En tredjedel af Tandundersøgelsens deltagere overskred lavrisiko genstandsgrænsen
- Kvinder og midaldrende og ældre (45+-år) var mere tilbøjelige til at overskride lavrisiko genstandsgrænsen
- De højest uddannede var mest tilbøjelige til at overskride lavrisiko genstandsgrænsen
- Deltagerne i den laveste og den højeste indkomstgruppe var mere tilbøjelige til at overskride lavrisiko genstandsgrænsen
- Rygere og ex-rygere var mest tilbøjelige til at overskride lavrisiko genstandsgrænsen.

Blandt deltagerne i Tandundersøgelsen angav 13 %, at de ikke drak alkohol. 53 % holdt sig under genstandsgrænsen med lille risiko for helbredsskader (henholdsvis 7/14 genstande pr.

uge), og 35 % indtog henholdsvis 8/15 eller flere genstande pr. uge. I Tandundersøgelsen sås en større andel af kvinder (37 %) end mænd (31 %), der indtog mere alkohol end genstandsgrænsen med lille helbredsrisiko. Blandt aldersgrupperne 55+ sås store andele (> 40 %), der drak over genstandsgrænserne, mens den mindste andel (19 %), der drak mere end genstandsgrænserne, fandtes blandt de 35-44-årige. Blandt deltagerne med god mundhygiejne drak 32 % mere end genstandsgrænserne, mens 56 % med god mundhygiejne holdt sig under genstandsgrænserne. I relation til pocher og gingival blødning var der ingen signifikante resultater. Men blandt deltagere med fæstetab  $\geq$  5 mm drak en relativt større andel mere end genstandsgrænserne (38 %). Se bilagstabel 7.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der overskred den ugentlige genstandsgrænse med lille helbredsrisiko, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinde (OR=1,74), være 65+ år (OR=3,04-3,06), 55-64 år (OR=2,48), 45-54 år (OR=1,46), og have meget høj uddannelse (OR=1,49). Deltagere med en årlig indkomst mellem 100.000-399.999 kr. havde en signifikant mindre tilbøjelighed (OR=0,61-0,74) til at overskride genstandsgrænsen sammenlignet med deltagere, der havde den højeste indkomst (OR=1) og deltagere, der havde den laveste årlige indkomst, dvs. 99.999 kr. eller derunder (OR=1,14). De, der overskred genstandsgrænserne, var mere tilbøjelige til at have mere end 20 tænder (OR=1,00), de indtog mindre sukker end den maksimale anbefalede mængde (OR=1,22) og var mere tilbøjelige til at være enten ex-ryger (OR=1,80) eller ryger (OR=2,35). Se bilagstabel 8.

# 4 Oral sundhed og almene sygdomme

Dette afsnit vil omhandle de væsentligste af de generelle livsstilssygdomme, som vides at kunne influere på det orale helbred. Det drejer sig om metabolisk syndrom, prædiabetes, diabetes, hjerte-karsygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom.

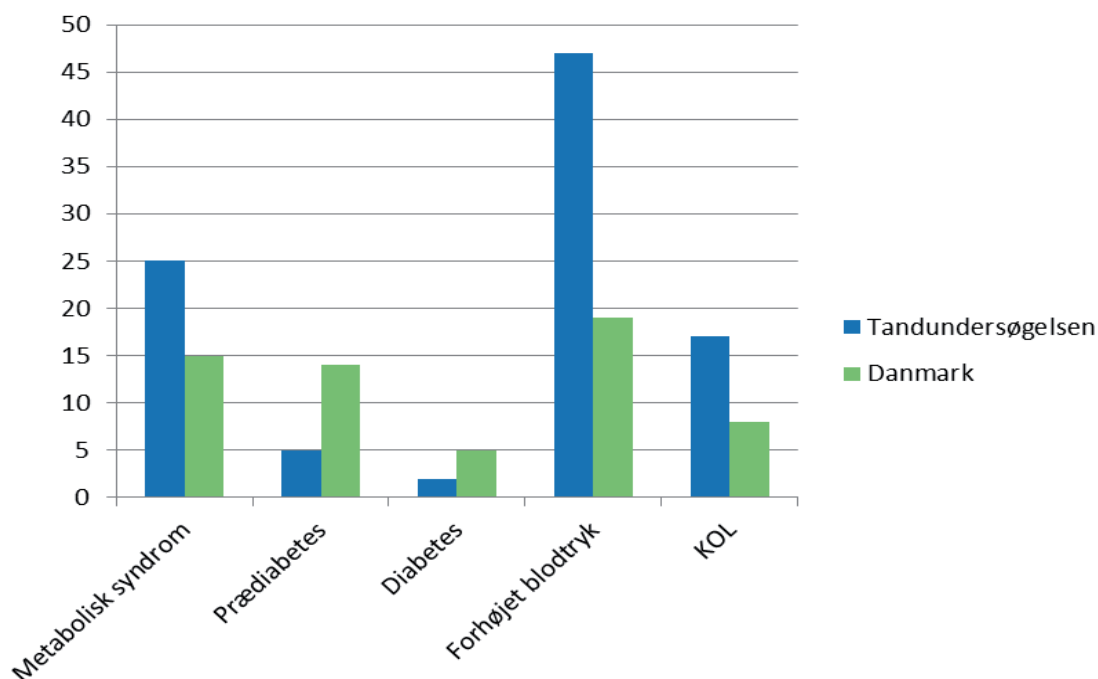
Figur 2 sammenligner procentandelen af Tandundersøgelsens deltagere med den del af den danske befolkning, der opfylder kriterierne for metabolisk syndrom, prædiabetes og diabetes, har forhøjet blodtryk eller nedsat lungefunktion. Procentandelen for Danmark som referencegruppe er skaffet fra forskellige kilder (18, 102, 103). Desværre har det ikke været muligt at skaffe helt sammenlignelige tal, idet der er forskel i undersøgelserne og stikprøverne, der sammenlignes med for så vidt angår eksempelvis aldersfordeling, undersøgelsestidspunkt, sygdomskriterier, selvrapportering mv. Endvidere findes der for flere af disse generelle sygdomme/symptomer kun estimater for procentandelen i den danske befolkning. Det bør derfor tages forbehold for. Men figuren viser de prævalenser, det har været muligt at skaffe.

## 4.1 Det metaboliske syndrom

Fedme øger risikoen for udvikling af en række helbredsfølger, bl.a. det metaboliske syndrom. Det skyldes, at de overfyldte fedtdepoter hos fede personer ikke giver plads til, at yderligere fedtsyrer kan lægges ind i cellerne. De frie fedtsyrer forårsager derfor muligvis en kronisk forgiftning, som medfører en kronisk inflammation, der er forbundet med insulinresistens og metabolisk syndrom. Det er dokumenteret, at det metaboliske syndrom er forbundet med øget risiko for bl.a. diabetes, hjerte-karsygdomme og visse kræftformer (104), men der er dog fortsat mange uafklarede spørgsmål vedrørende det metaboliske syndrom.

Det metaboliske syndrom består af en ophobning af forskellige risikofaktorer, eksempelvis øget taljemål, øget triglyceridniveau, øget blodtryk, øget faste plasma glukose og nedsat mængde HDL-kolesterol. Metabolisk syndrom diagnosen kan bruges som en simpel måde at vurdere risikoen for, at en patient udvikler type 2 diabetes eller hjerte-karsygdom (43), hvil-

**Figur 2:** Procentandelen af Tandundersøgelsens deltagere sammenholdt med befolkningen generelt i Danmark, der opfylder kriterier for metabolisk syndrom (102), prædiabetes og diabetes (103), har forhøjet blodtryk (18) eller nedsat lungefunktion (18)



ket betyder, at metabolisk syndrom-diagnosen ligger forud for diagnostik af type 2 diabetes eller hjerte-karsygdom.

Det antages, at prævalensen af det metaboliske syndrom er 10-15 % blandt voksne i den vestlige verden. Antallet er dog stærkt stigende – også blandt yngre under 40 år, hvorfor man forventer, at det metaboliske syndrom vil blive en af de største udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen (102).

Hvorfor er det vigtigt at overveje sammenhænge mellem fedme, det metaboliske syndrom og oral status?

Det er dokumenteret, at et velfungerende tandsæt fører til et sundere valg af kost (105). Det er endvidere vist, at tandløse indtager færre grøntsager og fibre, men mere kolesterol, mættet fedt og flere kalorier end betandede personer med 25 eller flere tænder (106), og tandløse indtager desuden flere søde sager sammenlignet med betandede personer (107). Det er også vist (107), at tandløse oftere er fede sammenlignet med betandede, og at tilstedeværelse af to eller flere risikofaktorer for hjerte-karsygdom forekommer hyppigere blandt tandløse sammenlignet med betandede. Det støtter hypotesen om, at midaldrende tandløse er mere tilbøjelige til at være fede og har en mere uheldig risikoprofil i relation til bl.a. hjerte-karsygdomme (107).

Hvis man har 21 eller flere tænder, øges tilbøjeligheden til at have et acceptabelt BMI (108), mens betandede individer med færre end 21 egne tænder gennemsnitligt har mere end tre gange større tilbøjelighed til at være fede (109). Positiv sammenhæng mellem fedme og forekomst af parodontale sygdomme understøtter relationen mellem BMI og tandtab, som ofte skyldes parodontal sygdom (110). De seneste års undersøgelser viser dog ikke entydige resultater vedrørende sammenhængen mellem aggressiv parodontitis og metabolisk syndrom (111, 112).

Der ser således ud til at være en eller anden sammenhæng mellem fedme, det metaboliske syndrom og oral status. Indtil videre er det dog ikke dokumenteret, hvordan det metaboliske syndrom og oral status præcist hænger sammen. Er det højt BMI, der medfører dårlig oral og dental status? Eller er det dårlig oral status, der medfører vægtøgning, fordi færre funktionelle tænder forringer tyggeevnen og fører til valg af fødevarer, som er lette at tygge, men som samtidig er mere usunde?

I Danmark udgjorde andelen af svær overvægt eller fedme i den danske voksne befolkning 5,6 % i 1987, hvorefter andelen er steget til at udgøre godt 13 % i 2010 (18). Regner man de overvægtige danskere med, så har 47 % af danskerne et BMI  $\geq$  25,0 (4). Forekomsten af overvægt eller fedme er størst blandt mænd (54 %) og mindst blandt kvinder (39 %), og andelen af fede er størst i aldersgruppen 55-64 år (4). Der er endvidere en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen af fede. Blandt de lavest uddannede udgør andelen af fede 23 % og blandt de højest uddannede 7 % (4).

Væsentligste fund:

- En fjerdedel af Tandundersøgelsens deltagere havde metabolisk syndrom-symptomer

- De 55+-årige havde størst tilbøjelighed til at have metabolisk syndrom-symptomer
- De lavest uddannede og de laveste indkomstgrupper var mest tilbøjelige til at have metabolisk syndrom-symptomer
- Deltagerne med metabolisk syndrom-symptomer havde øget tilbøjelighed til at have færre end 20 egne tænder, have 3 carierede tandflader og være ex-rygere.

Blandt deltagerne i Tandundersøgelsen viste det sig i de bivariate analyser, at godt 25 % af deltagerne opfyldte kriterierne for at blive betegnet som metabolisk syndrom-patient. De signifikant største andele blev fundet blandt de 55+-årige, hvor omkring en tredjedel kunne betegnes som metabolisk syndrom-patient. Mere end halvdelen (52 %) af deltagerne med 0 egne tænder og næsten halvdelen (47 %) af deltagerne med 1-19 egne tænder blev defineret som metaboliske syndrom-patienter, mens det kun gjaldt 24 % blandt deltagere med 20 eller flere egne tænder. Derudover havde en relativt større andel (38 %) af deltagerne med 0 sunde tænder metabolisk syndrom, mens færre (8 %) blandt deltagerne med 20 eller flere sunde tænder kunne karakteriseres som metabolisk syndrom-patient. Signifikant færre (15 %) blandt dem, der havde 4+ carierede flader, var metabolisk syndrom-patienter. Se bilagstabel 9.

I relation til mundhygiejne sås det, at deltagerne med ringe mundhygiejne havde en større andel (33 %) med metabolisk syndrom sammenlignet med dem, der havde god mundhygiejne (20 %). 30 % af deltagerne med gingival blødning fra mere end 25 % af de målte sites havde metabolisk syndrom mod 21 % blandt dem, der havde gingival blødning ved under 10 % af de målte sites. 34 % af deltagerne med pocher  $\geq$  5 mm havde metabolisk syndrom mod 24 % blandt dem, der havde 0-4 mm pocher. 30 % af deltagerne, der havde fæstetab  $\geq$  5 mm, havde metabolisk syndrom mod 20 % blandt deltagerne med 0-4 mm fæstetab. 35 % af deltagerne, der var karakteriseret som parodontosepatient, blev også karakteriseret som metabolisk syndrom-patient mod 24 % blandt de deltagere, der ikke var karakteriseret som parodontosepatient. Se bilagstabel 9.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der var kendetegnet med metabolisk syndrom, var signifikant mere tilbøjelige til at være 55-64 år (OR=9,73), 65-74 år (OR=6,79), 75+ år (OR=5,90), 45-54 år (OR=5,69), 35-44 år (OR=2,71), have medium (OR=1,47) eller lav (OR=1,49) uddannelse, have indkomst under 400.000 kr. (OR=1,39-1,97), have 1-19 egne tænder (OR=1,85), have 3 carierede tandflader (OR=2,35), være ex-ryger (OR=1,29) og være alkoholafholdende (OR=1,38). Se bilagstabel 10.

## 4.2 Prædiabetes og diabetes

Antallet af diabetikere er fordoblet fra 2000 til 2010 (113). Knap 290.000 danskere har diabetes, og 245.000 ved endnu ikke, at de har type 2 diabetes (113). Et forsigtigt skøn er, at 750.000 danskere har prædiabetes, som er forstadiet til diabetes (103). I 2025 forventes 600.000 danskere at have diabetes foruden de 245.000 diabetikere, der allerede er diagnosticeret

(114). Knap 5 % af befolkningen havde i 2010 diabetes, hvilket svarer til 217 ud af hver 1.000 personer i befolkningen (18). Det fordeler sig på kønnene således, at 5,5 % af mænd og 4,3 % af kvinder har fået konstateret diabetes. I relation til aldersgrupperne fordeler diabetes sig med under 1 % blandt de 16-24-årige til 14 % blandt de 75+-årige (18). Diabetes står for 15 % af Danmarks samlede direkte sygehusrelaterede udgifter og koster samfundet 15 milliarder kroner om året (115).

Type 2 diabetes udgør 80 % af diabetestilfældene i Danmark (116). Type 2 diabetes er arvelig, men udløses i mange tilfælde af usund livsstil som fysisk inaktivitet og usunde kostvaner. Flere og flere yngre får type 2 diabetes (116), men type 2 diabetes opstår oftest hos stærkt overvægtige midaldrende personer med lavt aktivitetsniveau og for højt blodtryk, men den egentlige årsag til sygdommen er ikke fuldstændig klarlagt (117). Nærværende rapport vil primært beskæftige sig med den livsstilsbetingede type 2 diabetes.

Prædiabetes er forstadiet til type 2 diabetes. Prædiabetikere har enten forhøjet fastebloodsukker eller forhøjet blodsukkerindhold. Værdierne er for høje til at blive betragtet som normale, men de er samtidig endnu ikke så høje, at diagnosen type 2 diabetes kan stilles (116). Prædiabetes er den eneste form for diabetes, der kan forebygges eller kureres. Ved hjælp af livsstilsændringer kan normale blodværdier generhverves, og dermed kan videreudvikling til type 2 diabetes undgås. Hvis ikke prædiabetes forebygges eller kureres, vil 30-40 % af prædiabetikerne udvikle type 2 diabetes inden for 3½ år (118). Mennesker med prædiabetes har kraftigt forhøjet risiko for at udvikle både hjerte-karsygdomme og type 2 diabetes, idet nogle af følgesygdommene til type 2 diabetes allerede opstår under prædiabetestilstanden (116).

Diabetes kan give anledning til skader på bl.a. hjerte, nyrer, øjne og følesansen i fødderne. Siden 2003 har parodontitis også været anset for en senfølge til diabetes, da patienter med type 2 diabetes har signifikant forøget risiko for at udvikle parodontitis (119, 120). Risikoen for følgesygdommene øges, jo dårligere blodsukkeret er reguleret, og flertallet af diabetikerne har store problemer med at få styr på især langtidsblodsukkeret (HbA1c), men også blodtrykket (121). Det er vist, at diabetes og prædiabetes disponerer for parodontitis, og at parodontitis kan medføre ændringer i den metaboliske kontrol og derved forværre udviklingen af diabetesrelaterede komplikationer (122-124). Derudover viser type 2 diabetespatienter med parodontitis forbedret langtidsblodsukkerbalance efter behandling af deres parodontitis (125-128). Behandling af parodontitis kan dermed medvirke til at reducere behovet for insulin (126, 129, 130). Endvidere er der for nylig gennemført et studie, som peger på, at regelmæssig tandpleje kan mindske diabetikers brug af hospitalsydelser (131).

De mest almindelige problemer, som diabetikere oplever i mundhulen, er caries, parodontitis, nedsat spyttsekretion, svampeinfektioner, infektioner og forsinket sårheling samt smagsforstyrrelser (132, 133).

Hvis blodsukkeret er højt, indeholder spytet også mere sukker (134, 135) og det er med til at give bakterierne i mund-

hulen gode vækstbetingelser, hvilket kan øge risikoen for caries, hvis mundhygiejnen er kompromitteret. Diabetes reducerer kroppens immunforsvar, hvilket giver nedsat resistens, og derfor får diabetikere nemmere infektioner i tandkødet (136). Diabetikere med utilstrækkelig blodsukkerkontrol udvikler således oftere parodontitis, hvilket vil sige, at de bl.a. har større fæstetab (137) og øget pochedybde (138) i forhold til ikke-diabetikere. Derudover skrider diabetikers parodontitis hurtigere frem (139), og deres parodontitis er oftere mere alvorlig (140). Dermed mister diabetikere flere tænder i løbet af livet, og de bliver således oftere tandløse (141). Desuden er diabetikers sårheling forringet, hvilket er en medvirkende årsag til vævsnedbrydningen i mundhulen (142).

Andre mundhulelidelser som nedsat spyttsekretion (143) og svampeinfektioner opstår hyppigere hos diabetikere (144). Mundtørheden irriterer mundslimhinden, og derfor opstår der oftere betændelse og smerter i munden. Det skyldes, at hvis der ikke er spyt nok, får bakterierne bedre vækstbetingelser og tørheden øger risikoen for at få caries, gingivitis og parodontitis betydeligt. Nogle diabetikere oplever en ændret smagssans, hvilket som regel viser sig ved, at smagsfornemmelsen af søde sager bliver mindre (145). Det kan have indflydelse på den kost, man indtager, således at diabetikere vælger mad, der smager sødt og har et højt indhold af hurtige kulhydrater (144). Det kan dermed både forværre sundheden i mundhulen og den generelle diabetesregulering.

For nylig har en undersøgelse vist, at patienter, som mangler 4 eller flere tænder eller har  $\geq 26$  % pocher på 5 mm eller derover og samtidig har et HbA1c på  $\geq 5,7$  %, vil være prædiabetiske eller diabetiske med 92 % sikkerhed (146). Endvidere er der for nylig udviklet kliniske guidelines for tandlæger (147), da det vil være relevant, at tandlæger fremover inddrages i arbejdet med at identificere de udiagnosticerede diabetikere.

### Prædiabetes

Væsentligste fund:

- Godt 5 % af deltagerne var prædiabetikere
- Tilbøjeligheden til at være prædiabetiker øgedes med alderen og var størst blandt de ældste
- Jo lavere årsindkomst, desto større var tilbøjeligheden til at være prædiabetiker
- Prædiabetikere havde øget tilbøjelighed til at have færre end 20 egne tænder
- Der sås ingen sammenhæng mellem parodontitis og prædiabetes.

Godt 5 % af deltagerne i Tandundersøgelsen havde en HbA1c-værdi, så de karakteriseredes som prædiabetespatienter, 6 % var mænd, og 5 % var kvinder. Der sås en stærkt stigende tendens til prædiabetes med stigende alder. Blandt de 18-34-årige var forekomsten under 1 %, mens den var 18 % blandt de 75+-årige. Blandt deltagere med henholdsvis ingen egne tænder og under 20 egne tænder var der en relativt større andel af prædiabetespatienter – henholdsvis 15 og 13

%). Til sammenligning var der blandt deltagere med mere end 20 egne tænder knapt 5 %, som havde prædiabetes.

Samme billede sås i relation til antal sunde tænder. Blandt dem, der ingen sunde tænder havde, betegnedes næsten 10 % som prædiabetikere, og blandt deltagere med under 20 sunde tænder var næsten 5 % prædiabetikere. Blandt deltagere med mere end 20 sunde tænder var der under 2 % prædiabetespatienter. Der blev ikke fundet signifikante sammenhænge mellem caries og prædiabetes i de bivariate analyser. Se bilagstabel 11.

En relativt større andel (8 %) af dem, der havde mere end 50 fyldte flader, var prædiabetikere, og der var også en relativt større andel (9 %) blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, som karakteriseredes ved at være prædiabetikere. En relativt større andel af prædiabetespatienterne havde fæstetab og hyposalivation: Godt 6 % af deltagerne med fæstetab  $\geq$  5 mm og næsten 8 % af deltagerne med hyposalivation blev kategoriseret som prædiabetespatienter. Se bilagstabel 11.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der var kendetegnet med prædiabetes, var signifikant mere tilbøjelige til at være 75+ år (OR=26,32), 55-64 år (OR=9,73), 65-74 år (OR=6,99), 45-54 år (OR=6,18), have indkomst op til 99.999 kr. (OR=3,87), have indkomst mellem 100.000 til 199.999 kr. (OR=3,42), have indkomst mellem 200.000 til 299.999 kr. (OR=2,34), have indkomst mellem 300.000 til 399.999 kr. (OR=2,45), have 1-19 egne tænder (OR=1,68) og drikke under genstandsgrænsen (OR=1,65). Se bilagstabel 12.

### Diabetes

Væsentligste fund:

- 2 % af deltagerne havde fået konstateret diabetes
- Med stigende alder øgedes forekomsten af diabetes, således at de ældre havde mere end tre gange øget tilbøjelighed til at have diabetes
- Diabetikere havde øget tilbøjelighed til at have relativt dårligere mundhygiejne
- Diabetikere indtog mindre sukker end de maksimale anbefalinger, var oftere ex-rygere og drak oftere ikke alkohol.

Godt 2 % af Tandundersøgelsens deltagere var diagnosticeret med diabetes. De fordelte sig med henholdsvis 3 % mænd og 2 % kvinder i Tandundersøgelsen. Andelen af diabetespatienter var under 1 % indtil 55-årsalderen. Herefter steg andelen, og den var højest blandt de 65-74-årige (5 %). Blandt deltagere med ingen egne tænder tilbage var der en relativt større andel (12 %) af diabetespatienter sammenholdt med 5 % blandt deltagere med 1-19 egne tænder og godt 2 % blandt dem, der havde mere end 20 egne tænder tilbage. Blandt deltagere med mere end 20 sunde tænder var prævalensen af diabetespatienter under 1 %, mens den var henholdsvis godt 2 % blandt dem, der havde 1-19 sunde tænder, og næsten 5 % blandt dem, der havde ingen sunde tænder. Der blev ikke fundet signifikante sammenhænge mellem carierede flader og diabetes. Se bilagstabel 11.

Blandt dem, der havde moderat mundhygiejne, sås relativt flere diabetikere (3 %), og ligeledes var der blandt delta-

gere med udbredt gingival blødning en relativt større andel (3 %) af diabetikere, ligesom der blandt deltagere med fæstetab  $\geq$  5 mm sås en relativt større andel (3 %) af diabetespatienter.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der var kendetegnet ved diabetes, var signifikant mere tilbøjelige til at være 65-74 år (OR=3,67), have moderat mundhygiejne (OR=2,73), indtage mindre sukker end maksimal anbefaling (OR=1,90), være ex-rygere (OR=1,65) og være alkoholafholdende (OR=2,67). Se bilagstabel 12.

### 4.3 Hjerte-karsygdomme

I Danmark lever cirka 420.000 personer med en hjerte-karsygdom. Den største del – dvs. cirka 150.000 – lider af åreforsnævring i hjertets kranspulsåre – også kaldet iskæmisk hjertesygdom. Knapt halvdelen af disse har haft en blodprop i hjertet. Den næststørste sygdom inden for hjerte-karlidelser udgøres af apopleksi (karsygdom i hjernen), som cirka 86.000 har oplevet og overlevet (148). Behandling af patienter med hjerte-karsygdomme på hospital, i praksissektoren og inklusiv medicinudgifter koster mere end 7 milliarder kroner om året (148). Selvom antallet af dødsfald, som skyldes hjerte-karsygdom, er faldet med 41 % i perioden fra 1995 til 2010, så er hjerte-karsygdom den næst hyppigste dødsårsag i Danmark. Dermed dør mere end hver fjerde dansker som følge af hjerte-karsygdom (148).

Risikofaktorer for hjerte-karsygdom omfatter køn, alder og genetisk disposition. Derudover øger livsstilsfaktorer som rygning, usund kost, forhøjet blodtryk, manglende motion, overvægt, forhøjet kolesterol i blodet samt diabetes risikoen for at få hjerte-karsygdom (149). Der ses en social skævhed i forhold til hjerte-karsygdom, således at personer med grundskole har væsentligt større risiko for at få hjerte-karsygdom sammenlignet med personer, som har en lang videregående uddannelse. Risikoen er mere end dobbelt så stor blandt kvinder og knapt det dobbelte blandt mænd. I forhold til dødsfald som følge af hjerte-karsygdom ses ligeledes stor social skævhed. 35-64-årige mænd med lav indkomst har 3-4 gange større risiko for at dø af hjerte-karsygdom sammenlignet med jævnaldrende mænd med høj indkomst. Og antallet af kvinder med kort uddannelse, som dør af hjerte-karsygdom, er næsten ikke faldet de seneste 10 år, mens antallet af døde som følge af hjerte-karsygdom i resten af befolkningen er faldet betydeligt (148, 150).

Forhøjet blodtryk øger risikoen for både åreforsnævring i hjertet og apopleksi. Cirka 950.000 danskere lider af forhøjet blodtryk, og mere end 260.000 ved ikke, at deres blodtryk er for højt (148). I 2010 oplyste 18 % af befolkningen, at de havde forhøjet blodtryk, og med stigende alder stiger andelen med forhøjet blodtryk kraftigt (18). Teoretisk set ville forekomsten af hjerte-karsygdom kunne halveres, hvis blodtrykket var 20 mmHg lavere i befolkningen end i dag (40, 151). Da blodtrykket let kan måles og er en enkeltfaktor, som har stor betydning for folkesundheden, bør der derfor sættes ind med tidlig risikospørgning og forebyggelse.

Undersøgelser fra bl.a. USA (152), England (24) og Sverige (29) viser, at tandplejen med fordel for den brede befolkning vil

kunne bidrage til den tidlige opsporing ved hjælp af blodtryksmåling. En dansk MPH-afhandling konkluderede i 2010, at man vil finde patienter med forhøjet blodtryk i tandlægepraksis, som ikke er vidende om deres diagnose, hvis man screener alle uden kendt hypertension. Indstillingen til blodtryksmåling i tandlægepraksis var positiv både blandt patienter og tandlæger, som deltog i studiet i MPH-afhandlingen, men der var dog ikke bred enighed blandt tandlæger om, at det skal foregå som screening. Hvis alle patienter skal screenes, var tandlæger overvejende enige om, at det vil kræve honorering (153).

I de sidste 20-30 år har man i tandplejen interesseret sig for, om der er sammenhæng mellem hjerte-karsygdomme og de almindeligt forekommende odontologiske sygdomme som fx gingivitis og parodontitis (154). I store befolkningsundersøgelser har man vist sammenhæng mellem almensygdomme og parodontitis (155), som dog oftest har skyldtes fælles risikofaktorer. I Sverige gennemførte man eksempelvis et studie (107), som konkluderede, at tandløse midaldrende havde en mere uheldig risikoprofil i relation til hjerte-karsygdom som følge af, at tandløse oftere havde usunde kostvaner, hyppigere var fede, havde højere kolesterol og triglycerid i blodet, samt at tandløse hyppigere var rygere. I Danmark er der imidlertid gennemført et studie, som viste, at der var sammenhæng mellem parodontitis og hjerte-karsygdom hos deltagere under 60 år, også efter at der var kontrolleret for relevante fælles risikofaktorer som diabetes og rygning (156).

Gennem de senere år har man funderet over, hvilken mekanisme der kunne ligge til grund. I nogle undersøgelser har man kunnet påvise, at kroniske infektioner påvirker udviklingen af åreforkalkning eller øger effekten af andre risikofaktorer (157), og sygdomsfremkaldende bakterier fra mundhulen er blevet fundet i den aterosklerotiske plak i blodkarrene (158). Ved tandbørstning, tygning og under tandbehandling opstår der smårifter på mundslimhinden og i tandkødet, hvorved de parodontale bakterier eller bakterieprodukter kan spredes fra den kroniske parodontale læsion over i blodbanen (159). Dette kan lede til en systemisk inflammation, hvor især væggene i arterierne påvirkes (160, 161). Parodontale infektioner formodes dermed at bidrage til aterosklerose udviklingen og på den måde indvirke på udviklingen af hjerte-karsygdomme (162). Endelig har en nyere undersøgelse vist, at behandling af parodontitis kan reducere kolesterolindholdet i blodet i op til et år efter behandling (163).

#### Væsentligste fund:

- Knap halvdelen af deltagerne havde forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk
- To tredjedele af mændene havde forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk
- Med stigende alder øgedes tilbøjeligheden til at have forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk
- Deltagere med forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk var mere tilbøjelige til at have færre end 20 egne tænder og have udbredt gingival blødning
- Deltagere med forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk var mere tilbøjelige til at lide af nedsat spyttsekretion.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde godt halvdelen (53 %) normalt blodtryk, 40 % forhøjet blodtryk og 7 % alvorligt forhøjet blodtryk. Der var stor forskel mellem kønnene. Blandt mændene havde 37 % normalt blodtryk, mens 52 % havde forhøjet blodtryk, og 11 % havde alvorligt forhøjet blodtryk. Blandt kvinderne havde 63 % normalt blodtryk, mens 33 % havde forhøjet blodtryk, og godt 4 % havde alvorligt forhøjet blodtryk. Se bilagstabel 13.

Andelen med normalt blodtryk var størst blandt de yngste aldersgrupper, og andelen faldt med stigende aldersgruppe. Blandt de 18-34-årige havde 76 % normalt blodtryk, mens der blandt de 75+-årige var 34 %, der havde normalt blodtryk. Omvendt forholdt det sig i relation til forhøjet blodtryk. Blandt de 18-34-årige havde 23 % forhøjet blodtryk, og blandt de 75+-årige havde 52 % forhøjet blodtryk. Godt 1 % af de 18-34-årige og stigende op til godt 14 % blandt de 75+-årige havde alvorligt forhøjet blodtryk. Se bilagstabel 13.

Blandt deltagere, der ingen egne tænder havde bevaret, var der en forøget andel (19 %) med alvorligt forhøjet blodtryk. Blandt de, der havde bevaret under 20 egne tænder, sås en forøget andel (42-45 %), der havde forhøjet blodtryk, mens en mindre andel (25 %) blandt dem, der havde bevaret 20 eller flere egne tænder, havde forhøjet blodtryk. Blandt dem, der havde bevaret 1-19 egne tænder, sås en forøget andel (8 %), der havde alvorligt forhøjet blodtryk. Der var ingen signifikante sammenhænge mellem carierede flader og blodtryk. Og der var ingen entydige sammenhænge mellem fyldte flader og blodtryk. Se bilagstabel 13.

I relation til mundhygiejne sås det, at en større andel af deltagere med god mundhygiejne (58 %) havde normalt blodtryk, mens 51 % af deltagere med moderat mundhygiejne og 45 % af deltagerne med ringe mundhygiejne havde normalt blodtryk. Samtidig havde en relativt mindre andel af deltagere med god mundhygiejne forhøjet (37 %) eller alvorligt forhøjet (5 %) blodtryk, når man sammenlignede dem med deltagere med moderat og ringe mundhygiejne. Blandt deltagere med moderat mundhygiejne havde 42 % forhøjet blodtryk og 7 % alvorligt forhøjet blodtryk. Blandt deltagere med ringe mundhygiejne havde 45 % forhøjet og godt 10 % alvorligt forhøjet blodtryk. Se bilagstabel 13.

Signifikant større andele af deltagerne med udbredt gingival blødning (blødning ved mere end 25 % af de målte sites) havde henholdsvis forhøjet (46 %) og alvorligt forhøjet (8 %) blodtryk. I relation til pocher havde en relativt større andel af deltagere med pocher  $\geq 5$  mm (11 %) alvorligt forhøjet blodtryk. Også i relation til fæstetab sås en relativt større andel af deltagerne med fæstetab  $\geq 5$  mm at have henholdsvis forhøjet (44 %) og alvorligt forhøjet (9 %) blodtryk. Endvidere havde en relativt større andel af deltagere, der var karakteriseret som parodontosepatient (11 %), alvorligt forhøjet blodtryk. Blandt deltagerne med hyposalivation havde en relativt større andel (10 %) alvorligt forhøjet blodtryk. Se bilagstabel 13.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der var kendetegnet med forhøjet/alvorligt forhøjet blodtryk, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=2,69), 75+ år



(OR=4,58), 65-74 år (OR=3,73), 55-64 år (OR=2,83), 45-54 år (OR=1,89), have 1-19 sunde tænder (OR=1,53), have udbredt gingival blødning (OR=1,55) og have nedsat spytksekretion (OR=1,31). Se bilagstabel 14.

#### 4.4 Kronisk obstruktiv lungesygdom

Man regner med, at cirka 436.000 danskere lever med sygdommen kronisk obstruktiv lungesygdom, også kaldet KOL. Det er formodentlig kun hos halvdelen, at sygdommen er erkendt, og cirka 5.000 danskere døde af KOL i 2006. De fleste er 50-60 år, når diagnosen bliver stillet, og da kan sygdommen have givet anledning til symptomer længe. Det skyldes, at lungekapaciteten er overdimensioneret, så patienterne kommer sent til læge og bliver dermed sent diagnosticeret. Derfor anbefalede Sundhedsstyrelsen i 2007 tidlig opsporing ved hjælp af spirometri-tests (164).

Symptomerne på KOL er bl.a. nedsat lungefunktion, og jo lavere lungefunktionen er, des værre er KOL. Genetisk disposition spiller muligvis en rolle, men den overvejende årsag til KOL er rygning. Og rygning er ansvarlig for 80-90 % af alle tilfælde af KOL (165). Rygere har således størst risiko for at få KOL, og cirka 35-40 % af alle rygere vil nå at udvikle KOL (166). Andelen af befolkningen med KOL udgjorde i 2010 4,6 % – lige mange kvinder og mænd (18). Fra 35-års-alderen stiger andelen med KOL i takt med stigende alder, og forekomsten er størst blandt personer med lav uddannelse og mindst blandt personer med en meget lang videregående uddannelse (18).

Forværringerne ved KOL – de såkaldte eksacerbationer – er voldsomme anfald med åndenød, der kan vare flere dage. Forværringerne skyldes oftest viral eller bakteriel infektion i luftvejene, men det er ikke en egentlig lungebetændelse. Infektionen sidder overfladisk i bronkieslimhinden, og man antager, at 50-60 % af forværringerne skyldes infektion. Livskvaliteten påvirkes således af KOL, og ofte indlægges KOL-patienter igen og igen med forværring af sygdommen. KOL medfører dermed cirka 23.000 indlæggelser pr. år og koster årligt op mod 3 milliarder kroner i sundhedsvæsenet. Derudover kommer udgifter til medicin (166).

I de sene stadier af sygdommen kan bare det at børste tænder give anledning til åndenød (166), og da bakterier fra pochterne er blevet fundet i inficeret lungevæv (155, 167), er der i tandplejen i de seneste 10-20 år opstået interesse for at undersøge mulige sammenhænge mellem respirationssygdomme og den orale status. Mundhulen anses for et potentielt reservoir for sygdomsfremkaldende bakterier og virus, der kan indåndes i de øvre luftveje og i lungerne (155). Derved skulle der ske en overreaktion af den inflammatoriske proces, som

leder til destruktion af lungevævet (167). I 2006 konkluderede en større litteraturgennemgang (168), at der var god evidens for en sammenhæng mellem lungebetændelse og oral status, men der var dårlig evidens for en sammenhæng mellem KOL og oral status. Samme undersøgelse (168) konkluderede desuden, at forbedret mundhygiejne og hyppig professionel tandrensning kunne reducere forekomsten og progressionen af respirationssygdomme blandt ældre højrisikopatienter, som boede på plejehjem eller var indlagt på hospital.

Siden har undersøgelser støttet en sammenhæng mellem respirationssygdomme og parodontal sygdom (169), og i 2012 er det vist, at få bevarede tænder, dårlig mundhygiejne og lav tandbørstningshyppighed er signifikant associeret med KOL-forværringer, hvilket indikerer, at forbedret mundhygiejne og parodontal status kan være en mulig forebyggelsesstrategi i relation til KOL-forværringer (170).

Væsentligste fund:

- 18 % af deltagerne havde nedsat eller svært nedsat lungefunktion
- Andelen med svært nedsat lungefunktion var størst blandt den ældste aldersgruppe
- Deltagere med nedsat eller svært nedsat lungefunktion var mere tilbøjelige til at have færre end 20 egne tænder
- Der viste sig ikke signifikante sammenhænge mellem nedsat eller svært nedsat lungefunktion og mundhygiejne eller parodontale indikatorer.

Signifikante resultater blandt Tandundersøgelsens deltagere var sparsomme både i de bivariate og i de multivariate logistiske regressionsanalyser. Forekomsten af nedsat lungefunktion var godt 17 %, mens yderligere godt 1 % havde svært nedsat lungefunktion. Blandt deltagere i aldersgruppen 75+ år sås en relativt større andel (3 %) med svært nedsat lungefunktion. Endvidere var andelen med svært nedsat lungefunktion relativt højere blandt deltagere med 1-19 bevarede tænder (4 %), mens andelen var relativt mindre blandt deltagere med mere end 20 egne tænder (1 %). I relation til antal sunde tænder sås det, at blandt deltagere med ingen sunde tænder havde godt 2 % svært nedsat lungefunktion, mens der var under 1 % med svært nedsat lungefunktion blandt dem, der havde 1-19 sunde tænder. Se bilagstabel 15.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at dem, der var kendetegnet med nedsat eller svært nedsat lungefunktion, var signifikant mere tilbøjelige til at have 1-19 egne tænder (OR=1,66). Se bilagstabel 16.

# 5 Oral sundhed og receptpligtige lægemidler

Danmark etablerede i 1994 et nationalt receptregister med personhenførbare data for hver enkelt indløst recept. Langt størstedelen af al receptpligtig medicin udleveres i almen lægepraksis, og den totale mængde receptpligtige lægemidler steg med 62 % over en 10-års periode fra 1997 til 2007, selvom der var taget højde for den demografiske udvikling i befolkningen (7).

Lægemidler klassificeres efter deres primære indholdsstof og virkemåde i de såkaldte ATC-koder. ATC er en forkortelse for Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (46). Systemet udgøres af 14 ATC-grupper, som hver især er inddelt i et antal undergrupper, der repræsenterer forskellige grupper af lægemidler eller typer af organer, de indvirker på. Siden 1995 er der især sket en stigning inden for ATC-koderne: Hjerte og kredsløb, dermatologiske midler og hormoner til systemisk brug (ekskl. kønshormoner og insulin) (18).

68 % af den voksne befolkning angiver, at de har brugt én eller flere former for receptpligtig medicin og/eller håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage. Det er en markant stigning i forhold til 2000, hvor forekomsten var 54 %. I perioden fra 1994 til 2010 sås især en stigning i andelen, der angav at have modtaget blodtryksnænkende medicin, hjertemedicin, astmamedicin, nervemedicin og beroligende medicin (18). Det er således især medicin mod folkesygdomme og forebyggende lægemidler, der er i vækst (171).

I 2010 havde 48 % af den voksne befolkning brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage (selvrapporteret). Forekomsten var højere blandt kvinder (54 %) end mænd (43 %) i alle aldersgrupper. Brug af receptpligtig medicin stiger markant med stigende alder – fra 21 % og 33 % blandt henholdsvis de yngste mænd og kvinder til 79 % og 82 % blandt henholdsvis de ældste mænd og kvinder (18). Det forekommer logisk, at i takt med, at befolkningen bliver ældre, øges sandsynligheden for livsstils- eller aldersbetinget sygdom og deraf følgende medicinering. Men samtidig sker der med alderen en funktionsnedsættelse af nyrer og lever, som medfører, at omsætning og udskillelse af lægemidler fra kroppen reduceres. Dermed øges risikoen for bivirkninger (172).

Den hyppigste bivirkning i mundhulen som følge af brug af lægemidler er mundtørhed enten som følge af nedsat spytksekretion eller som følge af ændret spytkvalitet. Enkelte lægemidler indeholder sukker og kan dermed også forårsage skader på tænderne i form af caries. Derudover kan lægemidler øge risikoen for erosioner, svampeinfektioner, reaktioner i mundslimhinden og smagsforstyrrelser (173-175). Det formodes, at 1.800 lægemidler på markedet kan medføre mundtørhed eller nedsætte spytkproduktionen (176, 177).

Når patienter medicineres med flere lægemidler samtidig, øges antallet af bivirkninger med antallet af lægemidler (175). Så selvom brug af et enkelt lægemiddel ikke nødvendigvis i sig selv giver anledning til orale bivirkninger, kan kombinationen med andre lægemidler resultere i, at det enkelte lægemiddel alligevel giver anledning til bivirkninger. Dette kompliceres af, at bivirkningerne måske kun opstår hos nogle patienter, men ikke hos andre. Det er vist, at mundtørhed kan relateres til

antallet af lægemidler, uanset hvilke typer lægemidler der indtages (177-179). Men der er fortsat mange uafklarede mekanismer omkring komplikationer i mundhulen ved polyfarmaci – specielt blandt ældre (180).

De typer af lægemidler, som er kendt for at forårsage nedsat spytksekretion eller mundtørhed, er bl.a. følgende lægemidler (174,175,177): Antihypertensiva (mod forhøjet blodtryk), vanddrivende midler, bronkodilatorer (symptomimetika, midler mod KOL), syrepumpehæmmere (mavesyrerelaterede midler), sedativa (benzodiazepiner)/hypnotika (beroligende), anxiolytika (psykofarmaka, midler mod neuroser), antidepressiva, antipsykotika (neuroleptika), antiparkinson-midler, antihistaminer, muskelrelaksantia (muskelflappende), antikolinergika/antispasmodika (gastrointestinal blære), centralt virkende smertestillende midler (morfin og opioider), anti-epileptika, migrænemidler, antiemetika (kvalmestillende) og antineoplastiske midler. Derudover øver disse lægemidler indvirkning på hinanden, således at når to eller flere lægemidler indtages samtidig (polyfarmaci), så kan det være vanskeligt at forudsige, hvilke bivirkninger det kan medføre, ligesom lægemidler kan forøge eller hæmme virkningen af hinanden.

For at have et sammenligningsgrundlag for Tandundersøgelsens deltageres forbrug af specifikke lægemidler vises i Tabel 1 (næste side) procentandelen af forskellige aldersgrupper i Danmark, der har købt et lægemiddel mindst én gang i henholdsvis 2007 og i 2011 (181). Tabel 1 afbilder således både, hvad den samlede danske befolkning – dvs. inkl. børn og unge under 20 år – har indløst af recepter på disse 20 hyppigst anvendte lægemidler, og også hvilke procentandele af aldersgrupper i befolkningen, der anvender de pågældende lægemidler, samt udviklingen over tid i perioden fra 2007 til 2011.

Tabel 1 viser, at fra 2007 og frem til 2011 er der sket en stigning i procentandelen i den danske befolkning, der indløser recepter på følgende lægemidler: Antibiotika (de 80+-årige), mavesyrerelaterede forstyrrelser (stigning på op til 3 %), psykoanaleptika (i alle aldersgrupper bortset fra de 65-79-årige, hvor der ses stagnation), næsemidler (1 % stigning blandt de 40+-årige) og KOL-midler (blandt de 40-64-årige og de 80+-årige). På samme måde er der i perioden fra 2007 til 2011 set et fald i procentandelen i den danske befolkning, der indløser recepter på følgende lægemidler: Antiinflammatoriske/antireumatiske midler (bortset fra de 65-79-årige, hvor der ses stagnation), psykofarmaka (mellem 1-7 % fald, størst fald blandt de 80+-årige) og hoste og forkølelsesmidler (blandt de 40+-årige), jf. Tabel 1.

Derudover er der i perioden 2007 til 2011 set en markant stigning i indløste recepter på lægemidler mod hjerte-karsygdomme. Det gælder fx midler med virkning på renin-angiotensinsystemet (2 % generelt og 6 % blandt de 65-79-årige), lipidmodificerende midler (kolesterolnænkende medicin) (3 % stigning, som dækker over, at stigningen blandt de 80+-årige er på 12 %), midler mod blodpropper (1 % generelt og blandt de 80+-årige 3 % stigning), betareceptorblokkere (1 % generelt og 5 % blandt de 80+-årige) og calciumantagonister (1 % generelt og 6 % blandt de 80+-årige). Meget tyder således på,

**Table 1: Procentandelen af henholdsvis alle i den danske befolkning (dvs. inkl. børn og unge) og forskellige aldersgrupper i Danmark, der mindst én gang i henholdsvis 2007 og 2011 har købt specifikke lægemidler. For lægemidler, der er markeret med \*, vises resultater for Tandundersøgelsen i den efterfølgende tekst**

Aldersgruppe og procentandelens udvikling fra 2007 til 2011	Alle (2007 → 2011)	20-39 år (2007 → 2011)	40-64 år (2007 → 2011)	65-79 år (2007 → 2011)	80+ år (2007 → 2011)
Antibiotika*	32 → 32	31 → 31	31 → 31	37 → 37	47 → 48
Antiinflammatoriske/antireumatiske midler*	16 → 15	15 → 13	23 → 21	26 → 26	24 → 23
Kønshormoner*	12 → 12	23 → 22	9 → 9	10 → 10	8 → 9
Øjenmidler*	13 → 12	9 → 8	11 → 10	18 → 18	28 → 29
Kortikosteroider	10 → 10	8 → 8	10 → 9	15 → 14	17 → 17
Renin-angiotensin*	10 → 12	1 → 1	13 → 15	32 → 38	32 → 40
Lipidmodificerende*	8 → 11	0 → 0	11 → 14	30 → 37	18 → 30
Smertestillende	12 → 13	6 → 7	14 → 15	27 → 27	49 → 50
Psykofarmaka*	10 → 8	5 → 4	13 → 10	25 → 19	36 → 29
Blodprop-midler*	9 → 10	0 → 0	8 → 8	34 → 34	50 → 53
Vanddrivende*	10 → 9	0 → 0	10 → 9	32 → 29	54 → 51
Mavesyrerelaterede sygdomme*	8 → 9	4 → 5	10 → 12	18 → 21	28 → 31
Antidepressiva/psykostimul./antidemens*	8 → 9	7 → 8	10 → 11	14 → 14	25 → 26
Næsemidler*	5 → 5	5 → 5	5 → 6	5 → 6	4 → 4
Svamp	5 → 6	6 → 6	5 → 6	7 → 8	10 → 11
Betareceptorblok*	6 → 7	1 → 1	8 → 7	21 → 21	24 → 29
Antihistaminer*	5 → 5	5 → 5	5 → 5	6 → 6	6 → 6
Calciumantagonister	6 → 7	0 → 0	7 → 8	19 → 23	23 → 29
KOL-midler*	8 → 8	5 → 5	7 → 8	13 → 13	12 → 14
Hoste/forkølelse*	5 → 4	3 → 3	6 → 5	9 → 8	11 → 10

Kilde: Medstat.dk (181).

at indsatsen mod forebyggelse af hjerte-karsygdomme blandt de ældre og gamle igennem de seneste 5 år er blevet intensivret, jf. Tabel 1.

### 5.1 Antal receptpligtige lægemidler

Væsentligste fund:

- 28 % af deltagerne havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler
- Kvinder havde hyppigere end mænd indløst recepter på 2, 3 og 4 eller flere lægemidler
- Med stigende alder øgedes henholdsvis andelen, der havde indløst recept på lægemidler, og antallet af receptpligtige lægemidler
- De højest uddannede var mindre tilbøjelige til at have indløst recept på 4 eller flere lægemidler, mens indkomstgrupper under 200.000 kr. var mest tilbøjelige til at have indløst recept på 4 eller flere lægemidler

- De, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, var mere tilbøjelige til at have haft tandpine inden for det seneste år
- De, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, var mere tilbøjelige til at lide af hyposalivation
- De, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, var mere tilbøjelige til at være rygere eller ex-rygere.

Næsten 28 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på 4 eller flere forskellige lægemidler i 2007, mens 23 % ingen recepter havde indløst. Se bilagstabel 17. 31 % af mændene og 18 % af kvinderne havde ingen recepter indløst, mens en større andel af kvinderne havde indløst recepter på henholdsvis 2, 3 og 4 eller flere lægemidler sammenlignet med mændene. 31 % af kvinderne og 23 % af mændene havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler.

I relation til aldersgrupper sås det, at knapt en tredjedel (28-30 %) af aldersgrupperne under 55 år havde ikke indløst re-

cept på lægemidler, mens en jævnt faldende andel af aldersgrupperne fra 55 år og opefter ikke havde indløst recept. Blandt den ældste aldersgruppe havde 9 % ikke indløst recept på lægemidler i 2007. 15 % af den yngste aldersgruppe havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, og procentandelen øgedes med stigende alder, således at 53 % af de 75+-årige havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler. Se bilagstabel 17.

61 % af de deltagere i Tandundersøgelsen, der ingen egne tænder havde tilbage, havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, mens det gjaldt for 46 % af dem, der havde 1-19 egne tænder tilbage, og 27 % af dem, der havde mere end 20 egne tænder tilbage. Samme billede viste sig i relation til antal sunde tænder. Her havde 42 % af dem, der havde ingen sunde tænder, indløst recept på 4 eller flere lægemidler, mens henholdsvis 26 % af dem, der havde 1-19 sunde tænder, og 15 % af dem, der havde mere end 20 sunde tænder, havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler. Se bilagstabel 17.

I relation til spytksekretion sås det, at 26 % af dem, der havde normal spytksekretion, havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, mens 34 % af dem, der havde nedsat spytksekretion, og 39 % af dem, der havde hyposalivation, havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler. En tredjedel (33 %) af

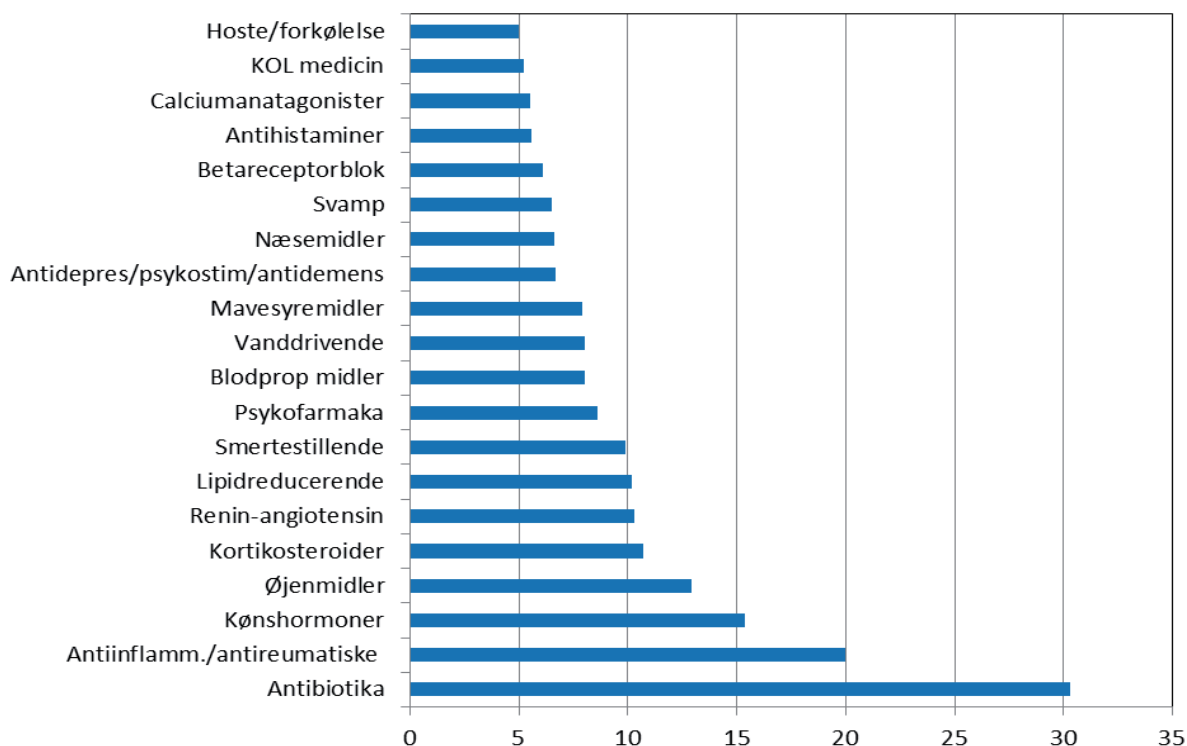
dem, der svarede "ja" til at have haft tandpine inden for det seneste år, og 27 % af dem, der svarede "nej" til at have haft tandpine inden for det seneste år, havde indløst recept til 4 eller flere lægemidler. Se bilagstabel 17.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinde (OR=1,70), 45-54 år (OR=1,62), 55-64 år (OR=2,13), 65-74 år (OR=3,76), 75+ år (OR=7,04), have høj uddannelse (OR=1,26), have indkomst mellem 100.000 og 199.999 kr. (OR=1,48), have gingival blødning ved 10-25 % af de målte sites (OR=1,39), have pocher 0-4 mm (OR=1,33) og være karakteriseret som ikke-parodontosepatienter (OR=1,52), lide af hyposalivation (OR=1,50), have haft tandpine inden for det seneste år (OR=1,59), være ex-rygere (OR=1,55), være rygere (OR=1,57) samt være alkoholafholdende (OR=1,44). Se bilagstabel 18.

## 5.2 Typer receptpligtige lægemidler

Figur 3 nedenfor er en oversigt over de 20 hyppigste lægemidler, som forskellige procentandele af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på i 2007.

**Figur 3: Procentandelen af Tandundersøgelsens deltagere, som i 2007 havde indløst recept på 20 specifikke lægemidler**



Blandt disse 20 hyppigst anvendte receptpligtige lægemidler blandt Tandundersøgelsens deltagere blev der ud fra en eksplorativ tilgang udvalgt 16 lægemidler, der blev gennemført bivariate og multivariate logistiske regressionsanalyser på. Lægemidlerne, som Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på, anvendes således som proxy for sygdom blandt Tandundersøgelsens deltagere, og resultaterne for hvert enkelt af de 16 lægemidler beskrives nærmere i det følgende.

Væsentligste fund:

- Kvinder havde indløst recept på langt de fleste typer af lægemidler hyppigere end mænd, bortset fra midler for hjerte-karsygdomme og mavesyrerelaterede sygdomme
- For langt de fleste typer af lægemidler gjaldt det, at med stigende alder øgedes andelen, der anvendte lægemidlerne, bortset fra kønshormoner
- Indkomstgrupper < 300.000 kr. havde øget tilbøjelighed til at have indløst recept på lægemidler mod hjerte-karsygdomme og antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler
- Der var øget tilbøjelighed til at have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder blandt dem, der havde indløst recept på antibiotika, antiinflammatoriske/antireumatiske midler og psykofarmaka
- Rygere og ex-rygere havde øget tilbøjelighed til at have indløst recept på antibiotika, psykofarmaka, blodpropmidler, mavesyrerelaterede midler, antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler og næsemidler
- Øget tilbøjelighed til at lide af nedsat spytksekretion eller hyposalivation sås blandt dem, der havde indløst recept på vanddrivende midler, antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler og KOL-midler.

### 5.2.1 Antibiotika

I de bivariate analyser (se bilagstabel 19) sås det, at godt 30 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst en recept på antibiotika. Flere kvinder (34 %) end mænd (25 %) var blevet behandlet med antibiotika. Tendensen var, at fra 35-årsalderen og opefter sås en stigende andel, der havde indløst recept på antibiotika (fra 29 % til 38 %), når man så bort fra den yngste aldersgruppe (31 %). Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst recept på antibiotika, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinder (OR=1,53), være 75+ år (OR=1,72), have 0 egne tænder (OR=1,81), have haft tandpine inden for det seneste år (OR=1,38), være ex-ryger (OR=1,26) og være ryger (OR=1,50). Se bilagstabel 20.

### 5.2.2 Antiinflammatoriske og antireumatiske midler

De bivariate analyser viste (se bilagstabel 19), at 20 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst en recept på disse lægemidler. En lidt større andel af kvinder (21 %) end mænd (18 %) var blevet behandlet med antiinflammatoriske og antireumatiske midler. I relation til alder var tendensen, at med stigende alder øgedes andelen, der havde indløst recept på antiinflammatoriske og antireumatiske midler (fra 10 % til 30 %).

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at odds ratioen steg jævnt med stigende alder fra 1,94 blandt de 45-54-årige til 3,49 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på antiinflammatoriske og antireumatiske midler, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at have haft tandpine inden for det seneste år (OR=1,40). Se bilagstabel 20.

### 5.2.3 Kønshormoner

En fjerdedel af Tandundersøgelsens kvindelige og under 1 % af de mandlige deltagere havde indløst en recept på kønshormoner (se bilagstabel 19). Den største andel sås i aldersgruppen 18-34 år (36 %) og den mindste andel i aldersgruppen 45-54 år (8 %). Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst recept på kønshormoner, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinder (OR=101,81), være 18-34 år (OR=4,06) og have ikke-fordybede pocher (OR=1,54). Se bilagstabel 21.

### 5.2.4 Øjenmidler

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 13 % indløst en recept på øjenmidler (se bilagstabel 19). En større andel af kvinder (14 %) end mænd (11 %) havde brugt øjenmidler. Med stigende alder øgedes andelen, der havde indløst recept på øjenmidler, fra 9 % blandt de yngste til 23 % blandt de ældste. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at kvinder var signifikant mere tilbøjelige til at have fået øjenmidler (OR=1,51), og odds ratioen steg jævnt med stigende alder fra 1,96 blandt de 65-74-årige til 3,05 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på øjenmidler, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at have lille fæstetab (OR=1,36). Se bilagstabel 21.

### 5.2.5 Renin-angiotensin midler

Godt 10 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på midler for renin-angiotensinsystemet. Det gjaldt en større andel af mænd (13 %) end kvinder (9 %). Med stigende alder øgedes andelen, der havde indløst recept på disse midler fra under 1 % blandt de yngste til 25 % blandt de ældste deltagere. Se bilagstabel 19. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at mænd var signifikant mere tilbøjelige til at have indløst recept på midler for renin-angiotensinsystemet (OR=1,43), og odds ratioen steg jævnt med stigende alder fra 8,30 blandt de 45-54-årige til 29,43 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på midler for renin-angiotensinsystemet, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at have lav årsindkomst, dvs. < 100.000 kr. (OR=2,17), have ingen sunde tænder (OR=3,13), lide af hyposalivation (OR=1,44) samt være ex-ryger (OR=1,89). Se bilagstabel 22.

### 5.2.6 Lipidreducerende midler

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde godt 10 % indløst recept på lipidreducerende midler. I relation til alder sås det, at 1 % af de 35-44-årige steg op til 25 % af de 75+-årige havde indløst recept på lipidreducerende midler. Se bilagstabel 19. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på lipidreducerende midler, var signifikant mindre tilbøjelige til at være under 75+-årige, idet odds

ratioen faldt fra 1,00 blandt de 75+-årige til 0,05 blandt de 35-44-årige. De, der havde indløst recept på lipidreducerende midler, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at have årsindkomst under 100.000 kr. (OR=3,19), have ringe mundhygiejne (OR=1,63) samt have pochedybde  $\geq 5$  mm (OR=1,40). Se bilagstabel 22.

### 5.2.7 Psykofarmaka

Knapt 9 % af Tandundersøgelsens deltagere brugte psykofarmaka (se bilagstabel 23). Næsten 10 % af kvinderne og 7 % af mændene havde indløst recept på psykofarmaka. Den mindste andel (2 %) sås blandt de yngste deltagere, og indtaget steg jævnt op til aldersgruppen 65-74-årige, hvor godt 14 % havde indløst en recept på psykofarmaka, hvorefter andelen blandt de ældste faldt til godt 12 %. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på psykofarmaka, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinde (OR=1,67), og odds ratioen steg jævnt med stigende alder fra 3,14 blandt de 45-54-årige til 7,27 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på psykofarmaka, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at have haft tandpine inden for det seneste år (OR=1,62), indtage mindre sukker end maksimumanbefalingerne (OR=1,38), være ex-rygere (OR=1,46) og være rygere (OR=2,21). Se bilagstabel 24.

### 5.2.8 Blodpropmidler

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 8 % indløst recept på blodpropmidler. Det gjaldt for knapt dobbelt så mange mænd (11 %) som kvinder (6 %). Med stigende alder øgedes andelen fra under 1 % blandt de 35-44-årige til 34 % blandt de 75+-årige. Se bilagstabel 23. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på blodpropmidler, var signifikant mindre tilbøjelige til at være under 75+-årige, idet odds ratioen faldt fra 1,00 blandt de 75+-årige til 0,02 blandt de 35-44-årige. De, der havde indløst recept på blodpropmidler, var endvidere signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,84), have høj uddannelse (OR=1,84), have årsindkomst under 300.000 kr. (OR=1,83-2,09), have moderat gingival blødning (OR=1,54) samt være ex-ryger (OR=1,40). Se bilagstabel 24.

### 5.2.9 Vanddrivende midler

8 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på vanddrivende midler. Det gjaldt for godt 9 % af kvinderne og 6 % af mændene. Med stigende alder øgedes andelen fra under 1 % blandt de yngste til 23 % blandt de ældste deltagere. Se bilagstabel 23. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på vanddrivende midler, var signifikant mere tilbøjelige til at være kvinde (OR=1,67), og odds ratio var jævnt stigende med alder fra under 8,58 blandt de 45-54-årige til 49,14 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på vanddrivende midler, var endvidere kendetegnet ved en øget tilbøjelighed til at have indkomst under 200.000 kr. (OR=1,69) og lide af hyposalivation (OR=1,74). Se bilagstabel 25.

### 5.2.10 Mavesyrerelaterede midler

8 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på midler mod mavesyrerelaterede forstyrrelser (se bilagstabel 23). Der sås stort set ingen forskel på kønnene, men med stigende alder øgedes andelen jævnt fra 3 % blandt de yngste til 16 % blandt de ældste deltagere. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept mod mavesyrerelaterede midler, var kendetegnet ved en odds ratio, som var jævnt stigende med alder fra 2,41 blandt de 45-54-årige til 5,41 blandt de 75+-årige. De, der havde indløst recept på midler mod mavesyrerelaterede forstyrrelser, var endvidere kendetegnet ved en øget tilbøjelighed til at have medium uddannelse (OR=1,55), have normalt fordybede pocher (OR=1,05), være karakteriseret som ikke-parodontosepatient (OR=1,93), være ex-ryger (OR=1,42) og være alkoholafholdende (OR=1,78). Se bilagstabel 25.

### 5.2.11 Antidepressive, psykostimulerende og antidemensmidler

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde knapt 7 % indløst recept på antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler. Se bilagstabel 23. En større andel var kvinder (8 %) sammenlignet med mænd (5 %). I relation til aldersgrupper befandt den største andel, der havde indløst recept på antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler, sig blandt de 45-54-årige, og andelen faldt jævnt ned i aldersgrupperne til henholdsvis den yngste og ældste aldersgruppe, hvor 5 % havde indløst recept på antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler, var signifikant mere tilbøjelige til at være 35-44 år (OR=4,61), være 55-64 år (OR=5,45), være 45-54 år (OR=6,54), have indkomst mellem 100.000 og 199.999 kr. (OR=3,53) og mellem 200.000 og 299.999 kr. (OR=1,70), have nedsat spytksekretion (OR=2,02), have hyposalivation (OR=2,53), være ex-ryger (OR=1,53) og være ryger (OR=1,97). Se bilagstabel 26.

### 5.2.12 Næsemidler

7 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på næsemidler. Se bilagstabel 27. Der var ikke den store forskel på andelen imellem kønnene. Den største andel af brugere af næsemidler var de 35-44-årige, og den aldersgruppe, der havde den mindste andel af brugere, var de yngste. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på næsemidler, var signifikant mere tilbøjelige til at have relativt få fyldte flader (OR=1,83) samt være ex-ryger (OR=1,84). Se bilagstabel 26.

### 5.2.13 Betareceptorblokerende midler

Godt 6 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på betareceptorblokerende midler, og det gjaldt for lidt flere mænd (7 %) end kvinder (6 %). I relation til alder sås det, at under 1 % af de yngste og godt 17 % af de ældste deltagere havde indløst recept på disse midler. Se bilagstabel 27.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på betareceptorblokerende midler, var signifikant mere tilbøjelige til at have høj alder, idet odds ratio steg fra 1 blandt de 18-34-årige til over 45 blandt de 75+-årige samt at have årsindkomst på under 200.000 kr. (OR=1,85). Se bilagstabel 28.

#### **5.2.14 Antihistaminer**

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde knapt 6 % indløst recept på antihistaminer. Se bilagstabel 27. De udgjordes af en større andel af kvinder (6 %) sammenlignet med mænd (4 %). I relation til alder sås det, at næsten 8 % af de 35-44-årige havde indløst recept på antihistaminer, mens knapt 4 % af de 65-74-årige havde indtaget antihistaminer. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på antihistaminer, var signifikant mere tilbøjelige til at have god mundhygiejne (OR=2,28). Se bilagstabel 28.

#### **5.2.15 Midler mod KOL**

Godt 5 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på KOL-medicin. Se bilagstabel 27. Andelen var knapt 6 % blandt kvinder og 5 % blandt mænd. Andelen steg fra 4 % blandt de 18-34-årige og toppede blandt de 65-74-årige med 7 %, hvorefter andelen faldt til 6 % blandt de ældste. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på KOL-medicin, var signifikant mere tilbøjelige til at lide af hyposalivation (OR=1,70). Se bilagstabel 29.

#### **5.2.16 Hoste- og forkølelsesmidler**

5 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på hoste- og forkølelsesmidler. Se bilagstabel 27. De fordelte sig med 5 % blandt kvinderne og 4 % blandt mændene. I relation til aldersgrupper fordelte det sig således, at 8 % af de 65-74-årige og 2 % af de 18-34-årige havde indløst recept på hoste- og forkølelsesmidler. Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at de, der havde indløst en recept på hoste- og forkølelsesmidler, var signifikant mere tilbøjelige til at være 55-64 år (OR=2,57) og være 65-74 år (OR=4,07). Se bilagstabel 29.

# 6 Oral sundhed og brug af tandplejeydelser

## 6.1 Forbrug af tandplejeydelser

I gennem de seneste 25 år har adskillige undersøgelser fokuseret på, at der er forskel på forskellige køn, alder- og socioøkonomiske grupperes brug af voksentandplejesystemet (19, 182-188). Det er vist, at kvinder går hyppigere til forebyggende tandundersøgelser sammenlignet med mænd (18, 184, 187, 189-191). I relation til alder har det tidligere vist sig, at befolkningen mellem 45 og 65 går mere til tandlæge end dem, der er henholdsvis yngre og ældre (185, 189). At de yngre går sjældnere til tandlæge er blevet forklaret med, at de har bedre tandsundhed (192), og at de har lavere indkomst og dermed dårligere råd til at betale for tandlægebehandling (187). At ældre og gamle sjældnere går til tandlæge, har man antaget skyldes, at der tidligere – men også i dag – er en del af de ældre generationer, der ikke har bevaret egne tænder, hvorfor de ikke har behov for så hyppige tandlægebesøg. Antallet af bevarede egne tænder er således med til at afgøre efterspørgslen og dermed brugen af tandplejeydelser (183, 189, 191, 193). Siden slutningen af 1980'erne og til 2010 er der set en stigning i andelen af både mænd og kvinder, der har været til tandlæge de seneste 5 år for så vidt angår aldersgrupperne over 45 år, hvorimod der er set et fald i andelen af 25-44-årige, der har været til tandlæge de seneste 5 år (194).

Brug af tandpleje er også vist at hænge sammen med uddannelsesniveau og indkomstforhold. I forhold til de opsatte nationale mål for tandsundhed sås der ved indgangen til det nye årtusinde fortsat behov for at udjævne den sociale ulighed i tandsundhed i Danmark (192). Den sociale ulighed i tandsundhed skyldes ifølge sundheds sociologisk teori dårlige levevilkår og begrænsede handlemuligheder samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (195). Allerede i begyndelsen af 1980'erne blev det vist, at lavere sociale grupper modtog færre tandplejeydelser (182). Efterfølgende er det med jævne mellemrum vist, at det fortsat forholder sig således, at en relativt større andel af befolkningen med høj indkomst og lang uddannelse går hyppigere til tandlæge (183, 184, 189) sammenlignet med den del af befolkningen i Danmark, der har kort uddannelse og lav indkomst (193). Eksempelvis er andelen af førtidspensionister og arbejdsløse, der har været til tandlæge i løbet af de seneste 5 år, henholdsvis 5 % og 24 % lavere sammenlignet med beskæftigede (18). Senest er det i 2012 vist, at når uddannelsesniveaulet stiger, falder andelen, der ikke har været til tandlæge de seneste 5 år (194).

En ny rapport fra Statens Institut for Folkesundhed har konkluderet, at den største sociale ulighed for så vidt angår brug af sundhedsvæsenet ses i relation til tandlægebesøg (194), idet der er en meget større andel af befolkningen med kort uddannelse, der ikke har været til tandlæge de seneste 5 år. Rapporten konkluderede endvidere, at når man sammenholdt alle de indikatorer, som man anvendte for at måle social ulighed i sundhed, så var "tandlægebesøg inden for de seneste 5 år" den indikator, hvor der sås den næststørste sociale ulighed både for mænd og kvinder, kun overgået af indikatoren "tror ikke at egen indsats for at bevare et godt helbred er vigtig" (194).

## 6.2 Oversigt over udviklingen i forbruget af ydelser i en 5-årsperiode

Væsentligste fund:

- Der sås en stigning i andelen, der havde fået en individuel forebyggende ydelse
- Der sås en stigning i andelen, der havde fået en ydelse, der inkluderer røntgen
- Der sås en stigning i stort set alle parodontal-ydelserne
- Der sås et markant fald i andelen, der havde fået sølvamalgamfyldninger, og en stigning i andelen der havde fået især flerfladede plastfyldninger.

Bilagstabel 30 giver en oversigt over, hvilken andel af Tandundersøgelsens deltagere der havde fået forskellige tandplejeydelser i hvert af årene i perioden fra 2003 til 2007. Som det ses, er det en relativt stabil andel af deltagerne i Tandundersøgelsen, der hvert år har fået en eller anden form for klinisk tandundersøgelse i perioden. Det kunne se ud, som om andelen af Tandundersøgelsens deltagere, der har fået en diagnostisk og forebyggende grundydelse, er faldet fra 1,3 % i 2003 til 0,9 % i 2005 for så derefter atter at stige til 1,3 % i 2007. Indikationen for at udføre denne ydelse er, at patienten udviser et komplekst behandlingsbehov og/eller udviser forøget disposition for tandsygdomme (196).

Der ses en stigning i andelen (henholdsvis fra 8,1-9,1 % og fra 0,6-0,8 %) af Tandundersøgelsens deltagere, der har fået forebyggende ydelser fra 2003-2007, ligesom det ser ud til, at der også er sket en stigning i antallet af røntgenydelser blandt Tandundersøgelsens deltagere henover perioden. Også for så vidt angår tandrensningydelserne ses der en stigning i andelen af tandundersøgelsens deltagere, der har fået disse ydelser – dog således at der henover perioden har været et fald i andelen, der har fået tandrensning a, og en stigning i andelen der har fået en udvidet tandrensning – altså en mere omfattende ydelse. Se bilagstabel 30.

Derudover er der blandt de parodontale ydelser, som Tandundersøgelsens deltagere har fået i perioden, sket en stigning i stort set alle ydelserne. Særligt andelen, der har fået almindelig parodontal behandling, er steget, mens der er sket et lille fald i andelen, der har fået udvidet parodontal behandling. Til gengæld ses en relativt stor stigning i andelen, der har fået tandrodsrensninger (fra 5,8 % til 7,5 %) i perioden fra 2003 til 2007. Se bilagstabel 30.

I relation til fyldninger ses der et markant fald i andelen af alle typer af sølvamalgam fyldninger (henholdsvis 5,0-4,2 %, 12,6-8,0 % og 6,2-4,3 %). Der ses endvidere et lille fald i andelen, der har fået enkeltfladet plastfyldning, mens der ses en stigning i andelen af Tandundersøgelsens deltagere, der har fået flerfladede plastfyldninger og enkeltfladede glasionomeryfyldninger. For så vidt angår andelen af Tandundersøgelsens deltagere, der har fået rodbehandlingsydelser, ses der en stagnation. Og i relation til fjernelse af tænder blandt Tandundersøgelsens delta-



gere ses det, at der er sket et lille fald i andelen, der har fået fjernet tænder ved almindelig tandudtrækning, og til gengæld en lille stigning i andelen, der har fået fjernet tænder ved et operativt indgreb. Derudover ses der en lille stigning i andelen, der har fået en konsultationsydelse. Se bilagstabel 30.

I det følgende gennemgås Tandundersøgelsens deltageres forbrug af grupper af tandplejeydelser mere detaljeret og sammenholdes med deltagernes orale sundhedsstatus, livsstil og lægemiddelindtag. Det er interessant, hvem der har fået de forskellige typer af ydelser, mens det for så vidt angår de kliniske undersøgelser er mere interessant, hvem der ikke har fået disse typer af ydelser. Den yngste del af befolkningen med god tandsundhed og god mundhygiejne behøver ikke nødvendigvis at besøge tandplejen hvert år, og derfor er det relevant at se på antallet af tandundersøgelser over en længere periode – fx 3 eller 5 år. De forskellige grupper af tandplejeydelser er derfor analyseret for henholdsvis året inden Tandundersøgelsen blev gennemført, nemlig 2007, og for 5-årsperioden 2003-2007.

### 6.3 Deltagernes forbrug af ydelser i henholdsvis 2007 og i perioden 2003-2007

#### 6.3.1 Klinisk undersøgelse 2007

Ydelsen "klinisk undersøgelse" i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten, som var gældende på det tidspunkt (196): Regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år, Regelmæssig diagnostisk undersøgelse 18-25 år, Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år, Kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse og diagnostisk og forebyggende grundydelse. Se Bilag 2.

De fem overenskomstydelser kan samlet betegnes som forskellige former for kliniske tandundersøgelser, som gennemføres med en vis grad af regelmæssighed på forskellige patientgrupper i relation til alder og sygdomsforekomst.

Væsentligste fund:

- Mere end 81 % af deltagerne havde fået en tandundersøgelse
- Mænd havde øget tilbøjelighed til ikke at have været til tandundersøgelse
- Jo yngre des større var tilbøjeligheden til ikke at have fået en tandundersøgelse
- At have færre end 20 egne tænder eller have mere end 20 sunde tænder øgede tilbøjeligheden til ikke at have fået en tandundersøgelse
- Blandt dem, der havde 3 eller flere carierede tandflader, og blandt dem der havde ringe mundhygiejne, sås øget tilbøjelighed til ikke at have været til tandundersøgelse
- De, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, og rygerne havde øget tilbøjelighed til ikke at have fået en tandundersøgelse.

Mere end 81 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en undersøgelse. En relativt større andel af kvinder (83 %) sam-

menlignet med mænd (79 %) havde fået en klinisk undersøgelse. Med stigende alder sås en øget andel, der havde fået en undersøgelse. Blandt de 21-34-årige var det 65 %, og andelen øgedes op til de 75+-årige, hvor 86 % havde fået en undersøgelse. I relation til uddannelse havde en lidt mindre andel (83 %) af de meget højt uddannede fået en undersøgelse sammenlignet med de medium uddannede, hvor 87 % havde fået en undersøgelse. I den laveste årsindkomstgruppe (< 100.000 kr.) havde den mindste andel (76 %) fået en undersøgelse. 82 % af dem, der havde mere end 20 egne tænder, havde fået en undersøgelse, men i relation til sunde tænder var det henholdsvis 66 % af dem, der havde mere end 20 sunde tænder, og 83 % dem, der havde 1-19 sunde tænder, der havde fået en undersøgelse. Se bilagstabel 31.

83 % af dem, der ingen carierede tandflader havde, havde fået en undersøgelse, og andelen faldt jævnt i takt med flere og flere carierede tandflader, således at 64 % af dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, havde fået en undersøgelse. I relation til antal fyldte tandflader var tendensen, at jo flere fyldte tandflader desto større var andelen, der havde fået en undersøgelse. Andelen var 35 % blandt dem, der ingen fyldte flader havde, mens andelen var 88 % blandt dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader. En relativt mindre andel (75 %) af dem, der havde ringe mundhygiejne sammenlignet med dem, der havde god mundhygiejne, havde fået en undersøgelse. Blandt dem, der havde stort fæstetab ( $\geq 5$  mm), havde en relativt større andel (84 %) fået en undersøgelse sammenlignet med andelen (78 %) blandt dem, der havde lille fæstetab (0-4 mm). Se bilagstabel 31.

Blandt deltagere med nedsat spyttsekretion havde 85 % fået en undersøgelse, mens det gjaldt for 81 % af dem, der havde normal spyttsekretion. En relativt mindre andel (72 %) af dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde fået en undersøgelse, sammenlignet med andelen (83 %) der ikke havde haft tandpine. En forholdsmæssig mindre andel af rygerne (77 %) sammenlignet med aldrig-rygerne (85 %) havde fået en undersøgelse. I takt med stigning i antal lægemidler sås en øget andel, der havde fået en undersøgelse. Andelen steg fra 68 % blandt dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, til 86 % blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der ikke havde fået en klinisk undersøgelse, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,48), 21-34 år (OR=7,61), 35-44 år (OR=6,00), 45-54 år (OR=4,25), 55-64 år (OR=2,62), have 1-19 tænder (OR=2,01), have mere end 20 sunde tænder (OR=2,29), have 3 eller flere carierede tandflader (OR=1,73), have 4 eller flere carierede tandflader (OR=2,42), have relativt få (1-25) fyldte tandflader (OR=1,50), have ringe mundhygiejne (OR=2,42), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=2,14), være ryger (OR=1,54) og indtage ingen lægemidler (OR=1,37). Se bilagstabel 34.

### 6.3.2 Klinisk undersøgelse 2003-2007

Væsentligste fund:

- Mere end halvdelen havde fået mindst 5 tandundersøgelser på 5 år og yderligere godt en fjerdedel havde fået 4 tandundersøgelser på 5 år
- 8 % havde ingen tandundersøgelser fået på 5 år
- Mænd var mere tilbøjelige til at have fået 2 eller færre tandundersøgelser på 5 år
- Jo yngre des større var tilbøjeligheden til at have fået 2 eller færre tandundersøgelser på 5 år
- De 2 laveste indkomstgrupper (under 200.000 kr.) havde op til næsten 3 gange øget tilbøjelighed til at have fået 2 eller færre tandundersøgelser på 5 år
- Rygere, der havde 3 eller flere carierede tandflader, samt de, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde øget tilbøjelighed til at have fået 2 eller færre tandundersøgelser på 5 år.

Den bivariate analyse i relation til, hvor mange kliniske undersøgelser Tandundersøgelsens deltagere havde fået i perioden, viste, at godt halvdelen (51 %) af deltagerne havde fået 5 undersøgelser i denne 5-års periode. Godt 1/4 (26 %) af deltagerne havde fået 4 undersøgelser i perioden og cirka 15 % havde fået hhv. 1, 2 eller 3 undersøgelser i perioden, mens 8 % ingen undersøgelse havde fået i denne 5-års periode. Se bilagstabel 32.

I relation til køn var tendensen, at en lidt større andel af kvinderne i Tandundersøgelsen havde fået flere undersøgelser, og en lidt større andel af mændene havde fået færre undersøgelser i perioden, ligesom en større andel af mænd (9 %) end kvinder (7 %) ikke havde fået en eneste undersøgelse i denne 5-års periode. I relation til aldersgrupper viste det sig, at med stigende alder øgedes andelen, der havde fået 5 undersøgelser i den 5-årige periode, fra 32 % blandt de 25-34-årige til godt 59 % blandt de 75+-årige. Omvendt sås det, at en relativt større andel af de yngre aldersgrupper havde fået 1 eller 2 undersøgelser på disse 5 år sammenlignet med de ældre aldersgrupper. Andelen af 25-34-årige, der ikke havde fået en eneste undersøgelse på 5 år, var godt 13 %, og denne andel faldt indtil aldersgruppen 55-64-årige, hvor knapt 6 % ikke havde fået en eneste undersøgelse i 5 år, hvorefter andelen øgedes blandt de 65-74-årige (8 %) og derefter faldt blandt de 75+-årige (7 %). Se bilagstabel 32.

En relativt større andel (57 %) af deltagere med lav uddannelse havde fået 5 undersøgelser i de sidste 5 år sammenlignet med de meget højt uddannede, hvor 51 % havde fået 1 undersøgelse de sidste 5 år. Til gengæld havde en relativt større andel af de meget højt uddannede fået henholdsvis 1, 2 og 3 undersøgelser inden for perioden. Det var blandt de lavtuddannede, der sås den største andel (6 %), som ikke havde fået en eneste undersøgelse i 5 år. I forhold til årsindkomst sås det, at de største andele, der ikke havde været til en eneste undersøgelse i en 5-års periode, var blandt dem, der tjente under 100.000 kr. (9 %) og blandt dem, der tjente mellem 100.000

og 199.999 kr. (7 %). Samtidig sås det, at den største andel (58 %), der havde fået 5 undersøgelser på 5 år, var indkomstgruppen 200.000 til 299.999 kr., og den største andel (31 %), der havde fået 4 undersøgelser på fem år, var indkomstgruppen – et trin højere – 300.000 til 399.999 kr., mens den højeste indkomstgruppe (400.000+ kr.) havde den største andel (10 %), der havde fået 3 undersøgelser på 5 år. Se bilagstabel 32.

Der sås en tydelig sammenhæng mellem antal tænder og antal undersøgelser i 2003-2007. Blandt dem, der ingen egne tænder havde tilbage, havde 91 % ikke fået en eneste undersøgelse på 5 år, mens det gjaldt for godt 7 % af dem, der havde mere end 20 egne tænder. Til gengæld sås det, at 52 % af dem, der havde mere end 20 egne tænder, havde fået 5 undersøgelser i 5-års perioden. Samtidig sås den sammenhæng, at jo færre sunde tænder deltagerne havde, desto større var andelen, der havde fået 5 undersøgelser i perioden: Blandt dem, der havde ingen sunde tænder, havde 56 % fået 5 undersøgelser på 5 år, mens 33 % af dem, der havde 20 eller flere sunde tænder, havde fået 5 undersøgelser i 5-års perioden. De største andele, der havde fået henholdsvis ingen (12 %), 1 (9 %), 2 (8 %) og 3 (12 %) undersøgelser i perioden, var blandt dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. Se bilagstabel 32.

I relation til carierede tandflader sås det, at blandt dem, der havde ingen carierede tandflader, havde 53 % fået 5 undersøgelser fra 2003-2007, mens 35 % blandt dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, havde fået 5 undersøgelser i perioden. Omvendt sås det, at der var relativt større andele blandt dem, der havde henholdsvis 3 og 4 eller flere carierede tandflader, der havde fået 1 eller 2 undersøgelser på 5 år sammenlignet med dem, der havde ingen caries eller 1-2 carierede tandflader. Blandt dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, havde 19 % ikke fået en eneste undersøgelse i 5 år. I forhold til antal fyldte tandflader forholdt det sig sådan, at med stigende antal fyldte tandflader øgedes andelen, der havde fået 5 undersøgelser i perioden. Blandt dem, der ingen fyldte tandflader havde, havde 14 % fået 5 undersøgelser inden for 5-års perioden, mens det gjaldt for godt 60 % af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader. Blandt dem, der havde ingen fyldte tandflader, havde 51 % ikke fået en eneste undersøgelse i 5 år, mens det gjaldt for godt 5 % af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader. Se bilagstabel 32.

Blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, havde godt 12 % ikke fået en eneste undersøgelse i 5 år, og det gjaldt 6 % blandt dem, der havde god mundhygiejne. Blandt dem, der havde fæstetab  $\geq$  5 mm, havde 55 % fået 5 undersøgelser på 5 år, mens det gjaldt 47 % blandt dem, der havde lille fæstetab (0-4 mm). I relation til at have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder sås det, at blandt dem, der havde svaret "ja" til at have haft tandpine, havde 40 % fået 5 undersøgelser inden for de seneste 5 år, mens det gjaldt for 53 % af dem, der havde svaret "nej" til tandpine. Ligeledes sås det, at jo færre undersøgelser på 5 år, desto mere voksede andelen blandt dem, der havde svaret "ja" til tandpine. Således havde godt 12 % af dem, der havde svaret "ja" til tandpine, ikke fået en eneste undersøgelse i 5 år, mens det gjaldt

for 7 % blandt dem, der ikke havde haft tandpine det seneste år. Se bilagstabel 32.

For så vidt angik rygning sås det, at en relativt mindre andel (45 %) af rygerne havde fået 5 undersøgelser de sidste 5 år, mens det gjaldt for 55 % af aldrig-rygerne. Og der var samtidig en relativt større andel (5-10 %) af rygerne, der havde fået 1-3 undersøgelser i 5-års perioden. Godt 8 % af rygerne og 4 % af aldrig-rygerne havde ikke fået en eneste undersøgelse i 5 år. I relation til antal lægemidler havde 54 % af dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, fået 5 undersøgelser i perioden, mens 41 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde fået 5 undersøgelser i perioden. Samtidig sås det, at 4-5 % af dem, der havde indløst recept på lægemidler og godt 20 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde ingen undersøgelse fået fra 2003-2007. Se bilagstabel 32.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået 2 eller færre kliniske undersøgelser i 2003-2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,71), 25-34 år (OR=9,10), 35-44 år (OR=6,86), 45-54 år (OR=3,92), have indkomst under 100.000 kr. (OR=2,83), have indkomst mellem 100.000 og 199.999 kr. (OR=1,77), have mere end 20 sunde tænder (OR=2,20), have 3 (OR=2,46) eller 4 eller flere carierede tandflader (OR=3,00), have ingen (OR=2,85) eller relativt få fyldte tandflader (1-25) (OR=1,65), have ringe mundhygiejne (OR=2,02), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=2,29) og være ryger (OR=1,69). Se bilagstabel 34.

### 6.3.3 Forebyggende ydelse 2007

Ydelsen "forebyggelse" i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten, som var gældende for det tidspunkt (196): Individuel forebyggende behandling og Kontrol efter forebyggelse. Se Bilag 2.

De to overenskomstydelser kan samlet betegnes som forebyggelse, som kan anvendes, hvis der forekommer sygdom i tænder og tandkødet eller ved andre behandlingskrævende sygdomme i mundhulen.

Væsentligste fund:

- Godt 11 % havde fået en forebyggende ydelse
- Den yngste aldersgruppe var mere tilbøjelig til at have fået en forebyggende ydelse
- Deltagerne med meget høj uddannelse var mere tilbøjelige til at have fået en forebyggende ydelse
- De, der havde moderat mundhygiejne, meget fordybde pocher, rygerne og de, der havde indløst recept på mange lægemidler, var mere tilbøjelige til at have fået en forebyggende ydelse.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde godt 11 % fået mindst én forebyggende ydelse. Den relativt største andel (21 %), der havde fået mindst én forebyggende ydelse, var blandt de 21-34-årige, mens den mindste andel var blandt de 45-54-årige, hvor 9 % havde fået mindst én forebyggende ydelse. Blandt del-

tagere, der havde erosioner, havde 3 % fået mindst én forebyggende ydelse sammenlignet med deltagerne, der ikke havde erosioner, hvor 12 % havde fået mindst én forebyggende ydelse. 12 % af dem, der havde moderat mundhygiejne, og 9 % af dem, der havde god mundhygiejne, havde fået mindst én forebyggende ydelse. I relation til pocher sås det, at blandt dem, der havde dybe pocher ( $\geq 5$  mm), havde 14 % fået mindst én forebyggende ydelse, mens det gjaldt for 11 % af dem, der ikke havde fordybde pocher. En relativt større andel (15 %) af dem, der havde haft tandpine inden for det seneste år, havde fået mindst én forebyggende ydelse sammenlignet med andelen (11 %) blandt dem, der ikke havde haft tandpine inden for det seneste år. Andelen blandt rygerne, der havde fået mindst én forebyggende ydelse, var 15 %, mens 11 % af aldrig-rygerne havde fået mindst én forebyggende ydelse. 13 % af dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, og 7 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde fået mindst én forebyggende ydelse. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået mindst én forebyggende ydelse i 2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være 21-34 år (OR=3,41), have meget høj uddannelse (OR=1,67), have moderat mundhygiejne (OR=1,34), have fordybde pocher ( $\geq 5$  mm) (OR=1,65), være ryger (OR=1,47) eller indtage 2 eller flere lægemidler (OR=1,86). Se bilagstabel 35.

### 6.3.4 Forebyggende ydelser 2003-2007

Væsentligste fund:

- En tredjedel af deltagerne havde fået mindst én forebyggende ydelse på 5 år
- Den yngste aldersgruppe var mere tilbøjelig til at have fået en forebyggende ydelse
- De, der havde meget fordybde pocher, og de, der var karakteriseret som parodontosepatient eller havde indløst recept på mange lægemidler, var mere tilbøjelige til at have fået en forebyggende ydelse.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde en tredjedel (30 %) fået en forebyggende ydelse inden for de seneste 5 år. De største andele (42 %), der havde fået en forebyggende ydelse, var aldersgruppen 25-34-årige, mens den mindste andel (27 %), der havde fået forebyggende ydelse i 5 år, var blandt de 45-54-årige. 21 % af dem, der havde 2 carierede tandflader, havde fået 1 forebyggende ydelse, mens godt 30 % af dem, der ingen carierede tandflader havde, og 33 % af dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, havde fået forebyggelse de sidste 5 år. Blandt dem, der havde erosioner, havde 21 % fået forebyggende ydelse i de sidste 5 år, mens det gjaldt for 30 % af dem, der ikke havde erosioner. Der var dog relativt få, der havde erosioner. Se bilagstabel 33.

29 % af dem, der ikke havde fordybde pocher, og 34 % af dem, der havde fordybde pocher, havde fået en forebyggende ydelse inden for de seneste 5 år. Blandt dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde 34 %

fået en forebyggende ydelse inden for de seneste 5 år, mens det gjaldt for 29 % af dem, der ikke havde haft tandpine. Blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 33 % fået en forebyggende ydelse de seneste 5 år, mens det gjorde sig gældende for 22 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået mindst én forebyggende ydelse i perioden 2003-2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være 25-34 år (OR=2,85), have fordybede pocher ( $\geq 5$  mm) (OR=1,57), være karakteriseret som parodontosepatient (OR=1,36) og indtage 2 eller flere lægemidler (OR=1,85). Se bilagstabel 35.

### 6.3.5 Røntgenydelse 2007

"Røntgenydelse" er i denne rapport sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten, som var gældende på det tidspunkt (196): Bitewings i forbindelse med regelmæssig diagnostisk undersøgelse, Bitewings i forbindelse med diagnostisk og forebyggende grundydelse, Bitewings i forbindelse med kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse og Røntgenoptagelse. Se Bilag 2.

De fire overenskomsttydelser vil alle have indeholdt mindst én røntgenoptagelse.

Væsentligste fund:

- Knap 40 % havde fået mindst én røntgenydelse
- Deltagere med mere end 20 egne tænder var mere tilbøjelige til at have fået en røntgenydelse
- Deltagere, som havde færre end 20 sunde tænder, eller som ingen carierede tandflader havde, havde øget tilbøjelighed til at have fået en røntgenydelse
- Rygerne og de, som angav at have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde øget tilbøjelighed til at have fået en røntgenydelse

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 39 % fået mindst én røntgenydelse. Blandt de 21-34-årige havde 46 % fået mindst én røntgenydelse, og andelen faldt med stigende aldersgruppe til 37 % blandt de 65-74-årige. I relation til antal tænder sås det, at blandt dem, der havde 20 eller flere egne tænder, havde 40 % fået mindst én røntgenydelse, mens det kun gjaldt for 27 % af de deltagere, der havde 1-19 egne tænder. Blandt dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, havde 45 % fået mindst én røntgenydelse, mens 27 % af dem, der havde ingen fyldte flader, havde fået mindst én røntgenydelse. Blandt dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde 52 % fået mindst én røntgenydelse, og blandt dem, der ikke havde haft tandpine, havde 38 % fået mindst én røntgenydelse. Blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 41 % fået mindst én røntgenydelse, hvilket gjaldt 36 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået mindst én røntgenydelse i 2007, var signifikant mere tilbøjelige til at have mere end 20 tænder

(OR=3,11), have ingen sunde tænder (OR=2,01), have 1-19 sunde tænder (OR=1,40), have ingen carierede tandflader (OR=2,02), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=1,75) og være ryger (OR=1,32). Se bilagstabel 36.

### 6.3.6 Røntgenydelse 2003-2007

Væsentligste fund:

- 87 % af deltagerne havde fået mindst én røntgenydelse på 5 år
- De yngste var mere tilbøjelige til at have fået mindst én røntgenydelse på 5 år
- Jo højere uddannelse, desto større var tilbøjeligheden til at have fået mindst én røntgenydelse på 5 år
- De, der havde flere end 20 egne tænder og færre sunde tænder eller havde mange fyldte flader, havde øget tilbøjelighed til at have fået mindst én røntgenydelse på 5 år
- De, der havde indløst recept på lægemidler, havde øget tilbøjelighed til at have fået mindst én røntgenydelse på 5 år.

87 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en røntgenydelse inden for de seneste 5 år. Flere kvinder (88 %) end mænd (85 %) havde fået en røntgenydelse inden for de seneste 5 år. I relation til aldersgrupper forholdt det sig således, at de største andele, der havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år, var blandt de 25-34 årige (91 %) og blandt de 45-54-årige (89 %), mens den mindste andel, der havde fået en røntgenydelse, var blandt de 65-74-årige (82 %). Blandt de lavest uddannede sås den mindste andel (80 %), der havde fået røntgenydelse inden for de sidste 5 år, mens de største andele sås blandt henholdsvis de højt uddannede (91 %) og de meget højt uddannede (90 %). Der var færrest (82-86 %) blandt dem, der tjente under 200.000 kr., og flest blandt dem, der tjente 400.000 kr. eller derover, som havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

Der var sammenhæng mellem antal bevarede tænder og at have fået en røntgenydelse de sidste 5 år: Således havde 88 % af dem, der havde 20 eller flere egne tænder, og 65 % af dem, der havde 1-19 egne tænder, fået en røntgenydelse de sidste 5 år. Blandt dem, der havde ingen sunde tænder, sås den mindste andel (81 %), der havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år, mens de største andele, der havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år, sås blandt dem, der havde flest sunde tænder. Således havde 87 % af dem, der havde 20 eller flere sunde tænder, og 89 % af dem, der havde 1-19 sunde tænder, fået en røntgenydelse de sidste 5 år. I relation til antal fyldte tandflader sås det, at jo flere fyldte tandflader, desto større var andelen, der havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år. Således var der 92 % blandt dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, og 76 % af dem, der havde ingen fyldte tandflader, der havde fået en røntgenydelse de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

I relation til mundhygiejne sås det, at den mindste andel (83 %), der havde fået en røntgenydelse, var blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, og i relation til fæstetab sås det li-

geledes, at den mindste andel, der havde fået en røntgenydel- se, var blandt dem, der havde størst fæstetab (86 %), mens det gjaldt 88 % blandt dem, der ikke havde fæstetab. Blandt dem, der indtog mere sukker end det maksimalt anbefalingsede, havde 89 % fået en røntgenydel- se de sidste 5 år, mens det gjaldt for 86 % af dem, der holdt sig under maksimal anbefalingen. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at delta- gerne, der havde fået mindst én røntgenydel- se i perioden 2003-2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være 25-34 år (OR=2,31), have høj (OR=1,99) eller meget høj (OR=1,91) ud- dannelse, have 20 eller flere tænder (OR=4,34), have ingen sunde tænder (OR=2,12), have 1-19 sunde tænder (OR=1,97), have mere end 50 fyldte tandflader (OR=4,88), have 26-49 fyldte tandflader (OR=2,39) og tage 2 eller flere lægemidler (OR=1,45) og tage 1 lægemiddel (OR=1,41). Se bilagstabel 36.

### 6.3.7 Parodontalydelse 2007

“Parodontalydelse” i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten, som var gældende på det tidspunkt (196): Almindelig parodontalbehandling, Udvidet parodontalbehandling, Udvidet tandrensning, Tandrosrensning, Ki- rurgisk parodontalbehandling, Kontrol efter almindelig parodon- talbehandling, Kontrol efter udvidet parodontalbehandling og Kontrol efter kirurgisk parodontalbehandling. Se bilag 2.

De otte overenskomstydelser kan samlet betegnes som forskellige former for behandlinger, som gennemføres, når der er konstateret en vis grad af parodontal sygdom.

Væsentligste fund:

- 12 % havde fået en parodontalydelse
- Med stigende alder øgedes tilbøjeligheden til at have fået en parodontalydelse
- De, der havde moderat mundhygiejne, dybe pocher, fæstetab og var kendetegnet som parodontosepatient, havde øget tilbøjelighed til at have fået en parodontal- ydelse
- Rygerne og ex-rygerne var mere tilbøjelige til at have fået en parodontalydelse.

Knap 12 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en parodontalydelse. Det gjaldt 13 % af mændene og 11 % af kvinderne. I relation til aldersgrupper steg andelen med stigen- de alder, således at godt 1 % af de 21-34-årige steg op til knapt 19 % blandt de 65-74-årige havde fået en parodon- talydelse. I relation til uddannelsesniveau var det blandt de me- dium uddannede, der var den største andel (16 %), som havde fået parodontalydelse, mens det var blandt de højt uddannede, den mindste andel (9 %), der havde fået en parodontalydelse, fandtes. Deltagerne med en årsindkomst på 100.000-199.999 kr. havde den største andel (16 %), der havde fået en parodon- talydelse. En større andel (16 %) blandt dem, der havde 1-19 egne tænder, havde fået parodontalydelse sammenlignet med andelen (12 %) blandt dem, der havde 20 eller flere egne tæn- der. Samme tendens sås blandt dem, der havde ingen sunde

tænder. Her havde 16 % fået en parodontalydelse, mens knapt 3 % blandt dem, der havde 20 eller flere sunde tænder, havde fået en parodontalydelse. Se bilagstabel 31.

I forhold til mundhygiejne sås det, at jo dårligere mund- hygiejne, des større var andelen, der havde fået en parodon- talydelse. Således var der 22 % blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, 13 % blandt dem, der havde moderat mundhy- giejne og 6 % blandt dem, der havde god mundhygiejne, der havde fået en parodontalydelse. Samme billede sås i relation til gingival blødning. Blandt dem, der havde meget lidt (< 10 %) gingival blødning, havde 9 % fået en parodontalydelse, mens det gjaldt for 15 % af dem, der havde mere udbredt gingival blødning (25+ %). Ligeledes viste det sig, at 9 % af dem, der ikke havde fordybede pocher, og 31 % af dem, der havde for- dybede pocher, havde fået en parodontalydelse. I forhold til fæstetab havde 6 % med lille fæstetab og 18 % med stort fæstetab fået en parodontalydelse. Blandt de deltagere, der var betegnet som parodontosepatienter, havde 30 % fået en paro- dontalydelse, mens 10 % af dem, der ikke var betegnet som en parodontosepatient, havde fået en parodontalydelse. Se bi- lagstabel 31.

Blandt deltagere, der indtog mere sukker, end myndighe- derne anbefaler, havde 10 % fået en parodontalydelse, mens det gjaldt for 14 % blandt dem, der indtog under maksimal- anbefalingerne. Blandt rygerne havde 18 % og blandt ex-ry- gerne 15 % fået en parodontalydelse, mens 9 % af aldrig-ry- gerne havde fået en parodontalydelse. I relation til alkohol viste det sig, at 10 % af de, der drak under genstandsgrænserne, og 15 % af de, der drak over genstandsgrænserne, havde fået en parodontalydelse, mens 15 % blandt de, der var alkoholafhol- dende, havde fået en parodontalydelse. I forhold til lægemidler havde 14 % af de, der havde indløst recept på 2 eller flere læ- gemidler, fået en parodontalydelse. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at delta- gerne, der havde fået mindst én parodontalydelse i 2007, var signifikant mindre tilbøjelige til at være 21-34 år (OR=0,15), være 35-44 år (OR=0,47), signifikant mere tilbøjelige til at have moderat mundhygiejne (OR=1,85), have ringe mundhygiejne (OR=3,16), have pocher  $\geq$  5 mm (OR=3,36), have fæstetab  $\geq$  5 mm (OR=1,87), være karakteriseret som parodontosepatient (OR=2,56) og være ryger (OR=2,33). Se bilagstabel 37.

### 6.3.8 Parodontalydelse 2003-2007

Væsentligste fund:

- Knap en fjerdedel havde fået en parodontalydelse på 5 år
- Med stigende alder øgedes tilbøjeligheden til at have fået en parodontalydelse på 5 år
- De, der havde dårlig mundhygiejne, dybe pocher, fæstetab og var karakteriseret som parodontosepatient, havde øget tilbøjelighed til at have fået en parodontal- ydelse på 5 år
- Rygerne og ex-rygerne havde øget tilbøjelighed til at have fået en parodontalydelse på 5 år.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 22 % fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. Det gjaldt flere mænd (24 %) end kvinder (21 %). I relation til aldersgrupper sås det, at med stigende alder øgedes andelen, der havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. Således var der 5 % blandt de yngste og henholdsvis 33 % blandt de 65-74-årige og 32 % blandt de 75+-årige, der havde fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. Den største andel, der havde fået en parodontalydelse i de sidste 5 år i forhold til uddannelsesgrupperne, var blandt de lavtuddannede. Her havde godt 27 % mod 18 % blandt de højt uddannede og 21 % blandt de meget højt uddannede fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. Et lignende billede sås i relation til årsindkomstgrupper: 30 % blandt de, der havde en årsindkomst på 100.000-199.999 kr. og henholdsvis 18 % blandt de, der tjente 300.000-399.999 kr. og 21 % blandt de, der tjente mere end 400.000 kr., havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. Se bilagstabel 33.

Blandt de, der havde bevaret mere end 20 egne tænder, havde 22 % fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 30 % af de, der havde bevaret 1-19 egne tænder. Ligeledes sås det, at 28 % blandt de, der ingen sunde tænder havde, og 9 % blandt de, der havde 20 eller flere sunde tænder, havde fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. 23 % af de, der ikke havde nogle carierede tandflader, og 14 % af de, der havde 3 carierede tandflader, havde fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. Blandt de, der havde mere end 26 fyldte tandflader, havde 26 % fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år, mens det gjaldt for 15 % af dem, der havde 25 eller færre fyldte tandflader.

I relation til mundhygiejne sås der den sammenhæng, at jo dårligere mundhygiejne, desto større var andelen, der havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. Blandt deltagere med god mundhygiejne havde 14 %, og blandt deltagere med ringe mundhygiejne havde 35 % fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år. 28 % af de, der havde udbredt gingival blødning, og 16 % af de, der havde meget lidt gingival blødning, havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. Ligeledes sås det, at blandt dem, der havde fordybede pocher, havde 47 % fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år, mod 18 % af dem, der ikke havde fordybede pocher. I relation til fæstetab havde 30 % af dem, der havde stort fæstetab mod 13 % blandt dem, der havde lille fæstetab, fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. Og blandt de deltagere, der var karakteriseret som parodontosepatienter, havde 46 % fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år, mod 20 % blandt dem, der ikke var karakteriseret som parodontosepatienter. Se bilagstabel 33.

25 % af dem, der indtog mindre end maksimal-anbefalingen for sukker, og 19 % af dem, der indtog mere sukker end anbefalingen, havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år. I relation til rygestatus sås det, at 30 % af dem, der var rygere, og 26 % af ex-rygerne havde fået en parodontalydelse inden for de seneste 5 år, mens det gjaldt for 18 % af aldrig-rygerne. Blandt dem, der indtog mere alkohol end gen-

standsgrænsen, havde 26 % fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 20 % af dem, der drak under genstandsgrænsen. I relation til lægemidler sås det, at blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 25 % fået en parodontalydelse inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 19 % af dem, der havde indløst recept på et lægemiddel, og for 16 % af dem der ikke havde indløst recept på lægemidler. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagere, der havde fået mindst én parodontalydelse i 2003-2007, var signifikant mindre tilbøjelige til at være 25-34 år (OR=0,18), være 35-44 år (OR=0,42), være 45-54 år (OR=0,58) og var signifikant mere tilbøjelige til at have 26-49 fyldte tandflader (OR=1,25), have moderat mundhygiejne (OR=1,74), have ringe mundhygiejne (OR=2,38), have pocher  $\geq$  5 mm (OR=3,24), have fæstetab  $\geq$  5 mm (OR=1,74), være karakteriseret som parodontosepatient (OR=2,75), være ryger (OR=2,03) eller ex-ryger (OR=1,35). Se bilagstabel 37.

### 6.3.9 Fylldning 2007

Ydelsen "Fylldning" i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten (196): Ikke-kombineret fylldning i kindtand, Kombineret fylldning i kindtand, Dobbelt-kombineret fylldning, Plastfylldning, enkeltflade, Plastfylldning, flerfladet, Glasionomerfylldning og Gradvis ekskavering. Se Bilag 2.

De tolv overenskomstydelser kan samlet betegnes som forskellige former for tandfyldninger – store som små – og i flere forskellige materialer.

Væsentligste fund:

- Godt 40 % havde fået en fylldning
- Mænd var mere tilbøjelige end kvinder til at have fået en fylldning
- De 75+-årige og de, der havde mere end 20 tænder, var mere tilbøjelige til at have fået en fylldning
- De, der havde færre end 20 sunde tænder eller 26, eller som havde flere fyldte tandflader, var mere tilbøjelige til at have fået en fylldning
- De, der havde ringe mundhygiejne, eller som havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, var mere tilbøjelige til at have fået en fylldning
- De, der indtog mere sukker dagligt end anbefalet, var mere tilbøjelige til at have fået en fylldning.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde godt 40 % fået en fylldning, heriblandt 45 % af mændene og 38 % af kvinderne. I forhold til alder viste det sig, at med stigende alder øgedes andelen, der havde fået en fylldning. Således havde 25 % af de 21-34-årige og op til 57 % af de 75+-årige fået en fylldning. Den største andel (47 %), der havde fået en fylldning, var blandt de lavtuddannede sammenlignet med andelen (37 %) blandt de meget højt uddannede. I forhold til indkomstniveau sås den største andel (46 %), der havde fået en fylldning, blandt deltagere, der havde en årsindkomst på 100.000-199.999 kr. sammenlignet

med den mindste andel (35 %), som var blandt dem, der havde en årsindkomst på 400.000+ kr. Se bilagstabel 31.

48 % af deltagerne, der havde 1-19 egne tænder, havde fået en fyldning, og blandt dem, der ingen sunde tænder havde, var andelen, der havde fået en fyldning, højest (55 %), mens andelen var lavest (18 %) blandt dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. I relation til antal fyldte flader sås der den sammenhæng, at jo flere fyldte tandflader, desto flere fyldninger havde deltageren fået. Således havde 5 %<sup>1</sup> af dem, der havde ingen fyldte tandflader, fået en fyldning, mens det gjaldt for 53 % af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader. I relation til mundhygiejne sås det, at jo bedre mundhygiejne, desto mindre var andelen, der havde fået en fyldning. 54 % af dem, der havde ringe mundhygiejne, og 43 % af dem, der havde moderat mundhygiejne, havde fået en fyldning, mens det gjaldt for 32 % af dem, der havde god mundhygiejne. Se bilagstabel 31.

Blandt dem, der havde meget lidt gingival blødning, havde 34 % fået en fyldning, mens 45 % af dem, der havde udbredt gingival blødning, havde fået en fyldning. Samme mønster sås i relation til pocher, hvor henholdsvis 40 % af dem, der havde relativt sunde pocher, og 46 % af dem, der havde fordybede pocher, havde fået en fyldning. Og i relation til fæstetab sås det, at henholdsvis 35 % af dem, der havde lille fæstetab, og 46 % af dem, der havde stort fæstetab, havde fået en fyldning. 46 % af parodontosepatienter og 40 % af dem, der ikke var karakteriserede som parodontosepatienter, havde fået en fyldning. Blandt dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde 50 % fået en fyldning, mens det gjaldt for 39 % af dem, der ikke havde haft tandpine. I relation til rygning sås det, at 38 % af aldrig-rygerne og 44 % af ex-rygerne havde fået en fyldning. 44 % blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, og 36 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde fået en fyldning. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået mindst én fyldning i 2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,47), være 75+ år (OR=1,85), have 20 eller flere egne tænder (OR=1,92), have ingen sunde tænder (OR=4,45), have 1-19 sunde tænder (OR=2,71), have mere end 50 fyldte tandflader (OR=8,12), have 26-49 fyldte tandflader (OR=5,99), have ringe mundhygiejne (OR=1,68), have gingival blødning ved mere end 10 % af målte sites (OR=1,28-1,39), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=1,62), indtage mere sukker dagligt end anbefalet (OR=1,19) og drikke under genstandsgrænsen (OR=1,24). Se bilagstabel 38.

### 6.3.10 Fyldning 2003-2007

Væsentligste fund:

- 81 % havde fået en fyldning inden for 5 år
- Mænd og aldersgruppen 55-74 år havde forøget tilbøjelighed til at have fået en fyldning inden for 5 år
- Lavtuddannede havde mest forøget tilbøjelighed til at have fået en fyldning inden for 5 år
- De, der havde færre end 20 sunde tænder og de, der allerede havde fyldte tandflader, havde øget tilbøjelighed til at have fået en fyldning inden for 5 år
- De, der havde carierede tandflader, havde øget tilbøjelighed til at have fået en fyldning inden for de sidste 5 år
- De, der indtog mere sukker dagligt end det maksimalt anbefalede, havde øget tilbøjelighed til at have fået en fyldning inden for de sidste 5 år.

Der var 81 % af Tandundersøgelsens deltagere, der havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Flere mænd (83 %) end kvinder (80 %) havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Det gjaldt to tredjedele (63 %) af deltagerne i alderen 25-34 år, og procentandelen øgedes jævnt med stigende alder således, at næste alle (93 %) i aldersgruppen 75+ år havde fået en fyldning inden for de seneste 5 år. I forhold til uddannelsesniveau var der den sammenhæng, at jo længere uddannelse, desto mindre var andelen, der havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Således var der 88 % af dem, som havde lav uddannelse, og 78 % af dem, som havde meget høj uddannelse, der havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. 86 % af dem, der havde en årsindkomst på 100.000-199.999 kr., og 76 % blandt dem, der havde en indkomst på 400.000 kr. eller derover, havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

I relation til antal bevarede egne tænder sås det, at 81 % af dem, der havde bevaret 20 eller flere tænder, og 91 % af dem, der havde bevaret 1-19 tænder, havde fået en fyldning inden for de seneste 5 år. Sammenhængen mellem antal sunde tænder og fyldninger var således, at jo flere sunde tænder, desto mindre var andelen, der havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der ingen sunde tænder havde, havde 93 % fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for henholdsvis 83 % af dem, der havde 1-19 sunde tænder, og 47 % af dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. I relation til antal carierede tandflader havde 90 % af dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, og 80 % af dem, der ingen carierede tandflader havde, fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Der sås den sammenhæng mellem antal fyld-

1 Det forekommer pudefuld, at de, der ved den kliniske undersøgelse i 2008 registreredes som caries og fyldningsfrie, skulle have fået en fyldningsydelse i 2007. Forklaringen kan være, at mindre plastfyldninger fx kan være vanskelige at se på grund af fyldningsmaterialets såkaldte kamæleon-effekt, som medfører, at plastmaterialet optager farve fra den omkringliggende emalje, hvorfor mindre plastfyldninger let kan overses. En alternativ forklaring kan være, at en fyldning fra 2007 er lagt i en visdomstand, som efterfølgende er fjernet, dvs. før patienten er blevet undersøgt i Tandundersøgelsen.

te tandflader og at have fået en fyldning inden for de sidste 5 år, at jo flere fyldte tandflader, desto større var andelen, der havde fået en fyldning. Således havde 92 % af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, mod 17 % af dem, der ikke havde fyldte tandflader<sup>1</sup>, fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

89 % af dem, der havde ringe mundhygiejne, og 84 % af dem, der havde moderat mundhygiejne, havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 74 % af dem, der havde god mundhygiejne. Blandt dem, der havde lidt gingival blødning, var der 77 %, der havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 86 % af dem, der havde udbredt gingival blødning. I relation til pocher sås det, at 80 % af dem, der ikke havde fordybete pocher, og 88 % af dem, der havde fordybete pocher, havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Blandt deltagere med lille fæstetab havde 75 %, og blandt deltagere med stort fæstetab havde 88 % fået en fyldning inden for de sidste 5 år. 89 % af de deltagere, der var karakteriseret som parodontosepatienter, havde fået en fyldning inden for de sidste fem år, mens det gjaldt for 81 % af dem, der ikke var karakteriseret som parodontosepatienter. Se bilagstabel 33.

I relation til spyttsekretion sås det, at jo mindre spyttsekretion, des større var andelen, der havde fået en fyldning i de sidste 5 år: 87 % af dem, der led af hyposalivation, og 86 % af dem, der havde nedsat spyttsekretion, havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 80 % af dem, der havde normal spyttsekretion. Blandt dem, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, havde 85 % fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det var 81 % blandt dem, der ikke havde haft tandpine. I forhold til rygestatus sås det, at 80 % af aldrig-rygerne, 81 % af rygerne og 84 % af ex-rygerne havde fået en fyldning inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 84 % fået en fyldning inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 78 % blandt henholdsvis dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, og dem der havde indløst recept på ét lægemiddel. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagere, der havde fået mindst én fyldning i perioden fra 2003-2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,34), være 55-74 år (OR=1,53-2,00), have lav uddannelse (OR=1,47), have høj uddannelse (OR=1,30), have årsindkomst mellem 200.000 til 299.999 kr. (OR=1,38), have ingen sunde tænder (OR=8,38), have 1-19 sunde tænder (OR=4,26), have 4 eller flere carierede tandflader (OR=2,65), have 2 carierede tandflader (OR=1,66), have én carieret tandflade (OR=1,33), have mere end 50 fyldte tandflader (OR=49,20), have 26-49 fyldte tandflader (OR=34,11), have 1-25 fyldte tandflader (OR=12,94), have fæstetab  $\geq$  5 mm (OR=1,46) og indtage mere sukker, end myndighederne anbefaler (OR=1,46). Se bilagstabel 38.

### 6.3.11 Rodbehandling 2007

Ydelsen "Rodbehandling" i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten (196): Pulpa-

overkapning, Koronal amputation, Akut oplukning og Apikal amputation og rodfyldning. Se Bilag 2.

De fire overenskomststydelser kan samlet betegnes som forskellige former for rodbehandlinger, uanset om der har været tandpine eller ej.

Væsentligste fund:

- Næsten 6 % havde fået en rodbehandling
- Mænd var mere tilbøjelige til at have fået en rodbehandling sammenlignet med kvinder
- De, der ingen sunde tænder havde, var mere tilbøjelige til at have fået rodbehandling
- De, der led af hyposalivation, havde øget tilbøjelighed til at have fået en rodbehandling
- De, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, var mere tilbøjelige til at have fået en rodbehandling
- De, der havde fået 2 eller flere lægemidler, havde øget tilbøjelighed til at have fået en rodbehandling.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde knapt 6 % fået en rodbehandling. Det gjaldt for lidt flere mænd (7 %) end kvinder (5 %). Den laveste andel (2 %), der havde fået en rodbehandling, var blandt de 21-34-årige. I relation til antal sunde tænder sås det, at blandt dem, der havde ingen sunde tænder, havde 10 % fået en rodbehandling, og blandt dem, der havde 20 eller flere tænder, havde under 2 % fået en rodbehandling. 10 % af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, og ingen af dem, der havde ingen fyldte tandflader, havde fået en rodbehandling. Blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, havde 9 % fået en rodbehandling, mens det gjaldt for 5 % af dem, der havde god mundhygiejne. I relation til pocher havde 9 % af dem, der havde fordybete pocher, og 5 % af dem, der ikke havde fordybete pocher, fået en rodbehandling. Blandt deltagere med fæstetab havde 7 % fået en rodbehandling, mens det gjaldt for 5 % af dem, der ikke havde fæstetab. Se bilagstabel 31.

11 % af deltagerne, der led af hyposalivation, og 5 % af dem, der havde normal salivation, havde fået en rodbehandling. I forhold til tandpine sås det, at 11 % blandt dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, og 5 % af dem, der ikke havde haft tandpine, havde fået en rodbehandling. Blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 7 % fået en rodbehandling, mens det gjaldt for 3 % blandt dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagere, der havde fået mindst én rodbehandling i 2007, var signifikant mindre tilbøjelige til at have 26-49 fyldte tandflader (OR=0,65), have 1-25 fyldte tandflader (OR=0,43) og signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,47), have ingen sunde tænder (OR=4,96), lide af hyposalivation (OR=2,29), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=2,41), drikke under genstandsgrænsen (OR=1,57) og indtage 2 eller flere lægemidler (OR=2,44). Se bilagstabel 39.



### 6.3.12 Rodbehandling 2003-2007

Væsentligste fund:

- En fjerdedel havde fået en rodbehandling inden for 5 år
- Mænd var mere tilbøjelige end kvinder til at have fået en rodbehandling inden for 5 år
- Med alderen øgedes tilbøjeligheden til at have fået en rodbehandling inden for 5 år
- De, der ingen sunde tænder havde, de, der havde mange carierede tandflader, og de, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, havde øget tilbøjelighed til at have fået en rodbehandling inden for 5 år
- De, der led af hyposalivation, og de, som havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde øget tilbøjelighed til at have fået en rodbehandling inden for 5 år
- De, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, havde øget tilbøjelighed til at have fået en rodbehandling inden for 5 år.

En fjerdedel (23 %) af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Der var flere mænd (24 %) end kvinder (22 %), der havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Der var færrest (9 %) blandt de yngste og flest (30 %) blandt de ældste, der havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Blandt de lavest uddannede sås den største andel (27 %), der havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år sammenholdt med andelen (20 %) blandt de meget højt uddannede. Se bilagstabel 33.

31 % af dem, der havde ingen sunde tænder, havde fået en rodbehandling inden for de sidste fem år, mens det gjaldt for 7 % blandt dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. Knap en tredjedel (32 %) blandt dem, der havde 4 eller flere carierede tandflader, havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 22 % af dem, der havde ingen eller én carieret tandflade. Ligeledes havde en tredjedel (32 %) af dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det var 4 % blandt dem, der havde ingen fyldte tandflader (jf. fodnoten side 39). Blandt dem, der havde ringe mundhygiejne, havde 30 % fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det var 19 % af dem, der havde god mundhygiejne. Se bilagstabel 33.

En relativt større andel (26 %) blandt dem, der havde udbredt gingival blødning, og en relativt mindre andel (20 %) blandt dem, der havde lidt gingival blødning, havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der havde fordybete pocher, var der 26 %, der havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 22 % af dem, der ikke havde fordybete pocher. 26 % blandt dem, der havde stort fæstetab, og 19 % blandt dem, der havde lille fæstetab, havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der var karakteriseret som parodontosepatienter, havde 27 % fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det var 22 % blandt dem, der ikke var parodontosepatienter. Se bilagstabel 33.

28 % af dem, der led af hyposalivation, og 27 % af dem, der led af nedsat spyttsekretion, havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 21 % af dem, der havde normal spyttsekretion. Blandt dem, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, havde 33 % fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år, mens det var 21 % blandt dem, der ikke havde haft tandpine. En fjerdedel (26 %) blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, og 17 % blandt dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde fået en rodbehandling inden for de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagerne, der havde fået mindst én rodbehandling i perioden fra 2003-2007, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,23), være ældre end 35 år (OR=1,78-2,84), have høj uddannelse (OR=1,28), have 20 eller flere egne tænder (OR=1,95), have ingen sunde tænder (OR=3,92), have 1-19 sunde tænder (OR=2,45), have 4 eller flere carierede tandflader (OR=1,79), have 50 eller flere fyldte tandflader (OR=9,74), lide af hyposalivation (OR=1,45), have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=1,70) og indtage 2 eller flere lægemidler (OR=1,52). Se bilagstabel 39.

### 6.3.13 Extraktion/operativ fjernelse af tand 2007

Ydelsen "Extraktion/operativ fjernelse af tand" i denne rapport er sammensat af følgende ydelser fra Tandlægeoverenskomsten (196): Tandudtrækning og Operativ fjernelse af tænder, rodspidser og mindre cyster. Se Bilag 2.

De to overenskomstydelser kan samlet betegnes som tandudtrækninger, idet begge medfører fjernelse af tanden henholdsvis med tang eller ved kirurgisk indgreb.

Væsentligste fund:

- 6 % havde fået fjernet en tand
- Mænd var mere tilbøjelige til at have fået fjernet en tand sammenlignet med kvinder
- De, der ingen sunde tænder havde og de, der havde fordybete pocher, havde øget tilbøjelighed til at have fået fjernet en tand
- De, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, havde øget tilbøjelighed til at have fået fjernet en tand.

Knap 6 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået trukket eller opereret en tand ud. I relation til aldersgrupper sås det, at den største andel (10 %), der havde fået fjernet en tand, var blandt de 75+-årige, mens den mindste andel (3 %) sås blandt de 35-44-årige. Det var blandt de lavest uddannede, at den største andel (8 %) havde fået fjernet en tand i forhold til de meget højt uddannede, hvor den mindste andel (5 %), der havde fået fjernet en tand, sås. Deltagerne med en årsindkomst under 200.000 kr. havde de største andele (7 %), der havde fået fjernet en tand sammenlignet med deltagerne med en årsindkomst mellem 300.000 og 399.999 kr., hvor der sås den mindste andel (4 %), der havde fået fjernet en tand. Se bilagstabel 31.

5 % af dem, der havde 20 eller flere egne tænder, og 15 % af dem, der havde 1-19 egne tænder, havde fået fjernet en tand. Blandt dem, der havde ingen sunde tænder, havde 11 % fået fjernet en tand sammenlignet med andelen blandt deltagere, der havde 20 eller flere sunde tænder, hvor 2 % havde fået fjernet en tand. Blandt dem, der havde 50 eller flere fyldte tandflader, havde 7 % fået fjernet en tand, mens det gjaldt for under 2 % af dem, der havde ingen fyldte tandflader. I relation til pocher sås det, at andelen, der havde fået fjernet en tand, blandt dem, der havde fordybede pocher, var 9 %, mens den var 5 % blandt dem, der ikke havde fordybede pocher. 7 % blandt dem, der havde stort fæstetab, og 4 % blandt dem, der ikke havde fæstetab, havde fået fjernet en tand. Blandt parodontosepatienter havde 8 %, og blandt ikke-parodontosepatienter havde 5 % fået fjernet en tand. Se bilagstabel 31.

I relation til tandpine havde 10 % af dem, der havde haft tandpine inden for de seneste 12 måneder, og 5 % af dem, der ikke havde haft tandpine, fået fjernet en tand. I relation til rygestatus sås den største andel (7 %), der havde fået fjernet en tand blandt ex-rygerne, mens den mindste andel (5 %) sås blandt aldrig-rygerne. 5 % af dem, der drak under genstandsgrænsen, og 6 % af dem, der drak over genstandsgrænsen, havde fået fjernet en tand i 2007. Til sammenligning sås den største andel (9 %), der havde fået fjernet en tand, blandt dem, der ikke drak alkohol. I forhold til lægemidler sås det, at 7 % af dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, og 3 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler, havde fået fjerne en tand. Se bilagstabel 31.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagere, der havde fået mindst én ekstraktion/operation, var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,53), have ingen sunde tænder (OR=4,43), have pocher  $\geq$  5 mm (OR=1,95) og have haft tandpine inden for de seneste 12 måneder (OR=2,32). Se bilagstabel 40.

### 6.3.14 Extraktion/operativ fjernelse af tand 2003-2007

Væsentligste fund:

- 24 % havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år
- De yngste og de ældste deltagere havde størst tilbøjelighed til at have fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år
- De, der havde færre end 20 egne og færre end 20 sunde tænder, var mere tilbøjelige til at have fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år
- De, der havde fordybede pocher, stort fæstetab og var karakteriseret som parodontosepatient, havde øget tilbøjelighed til at have fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år
- Rygere og ex-rygere samt de, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde øget tilbøjelighed til at have fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 24 % fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. Det gjaldt for lidt flere mænd (25 %) end kvinder (23 %). Den mindste andel (16 %), der havde fået

fjernet en tand inden for de sidste 5 år, var blandt de 35-44-årige, mens den største andel (42 %) var blandt de 75+-årige. 32 % af deltagerne med lav uddannelse og 22 % af deltagerne med meget høj uddannelse havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. I relation til indkomstriveau sås det, at 29 % af dem, der havde en årsindkomst under 200.000 kr., og 21 % af dem, der tjente 400.000 kr. og derover, havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

55 % af dem, der havde 1-19 egne tænder tilbage, og 22 % af dem, der havde 20 eller flere egne tænder tilbage, havde fået en tand fjernet inden for de sidste fem år, mens det gjaldt for 3 % af dem, der ikke længere havde egne tænder tilbage. Blandt dem, der ikke havde nogen sunde tænder, havde 41 % fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for henholdsvis 21 % af dem, der havde 1-19 sunde tænder, og 11 % af dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. I relation til antal fyldte tandflader sås det, at 26 % blandt dem, der havde mere end 26 fyldte tandflader, og under 20 % af dem, der havde 25 eller færre fyldte tandflader, havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. Se bilagstabel 33.

Andelen af deltagere med ringe mundhygiejne, som havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år, var 35 %, mens det gjaldt for henholdsvis 24 % af dem, der havde moderat mundhygiejne, og for 20 % af dem, der havde god mundhygiejne. Mere end en fjerdedel (27 %) af dem, der havde udbredt gingival blødning, og lige godt 1/5 (22 %) af dem, der havde lille gingival blødning, havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. 36 % af dem, der havde fordybede pocher, og 22 % af dem, der ikke havde fordybede pocher, havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der havde fæstetab, havde 29 % fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 18 % af dem, der ikke havde fæstetab. Blandt dem, der var karakteriseret som parodontosepatienter, havde 37 % fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år, mens det gjaldt for 22 % af dem, der ikke var parodontosepatienter. Se bilagstabel 33.

28 % af dem, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, havde fået fjernet en tand inden for de seneste 5 år mod 23 % blandt dem, der ikke havde haft tandpine. Godt 30 % af rygerne, 26 % af ex-rygerne og 21 % af aldrig-rygerne havde fået fjernet en tand inden for de sidste 5 år. Blandt dem, der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler, havde 28 % fået fjernet en tand inden for de seneste 5 år, mens det gjaldt for 16 % af dem, der ikke havde indløst recept på lægemidler. Se bilagstabel 33.

Efter kontrol for mulige confoundere sås det, at deltagere, der havde fået mindst én ekstraktion/operation i perioden 2003-2007, var signifikant mindre tilbøjelige til at være 35-44 år (OR=0,52), være 45-54 år (OR=0,48), være 65-74 år (OR=0,59) og var signifikant mere tilbøjelige til at være mand (OR=1,22), have færre end 20 egne tænder (OR=1,50), have ingen sunde tænder (OR=4,53), have 1-19 sunde tænder (OR=2,23), have pocher  $\geq$  5 mm (OR=1,73), have fæstetab  $\geq$  5 mm (OR=1,36), være karakteriseret som parodontosepatient (OR=1,67), være ryger (OR=1,74) eller ex-ryger (OR=1,25) og have indløst recept på 2 eller flere lægemidler (OR=1,37). Se bilagstabel 40.

# 7 Diskussion

## 7.1 Materiale og metode

I første delrapport (1) redegjordes for den interne og eksterne validitet i Tandundersøgelsen, som ikke var helt optimal. Det blev beskrevet, hvilke konsekvenser stikprøvens manglende repræsentativitet havde i forhold til resultaterne af Tandundersøgelsen, ligesom det blev beskrevet, hvilken betydning den manglende repræsentativitet havde i forhold til at kunne generalisere Tandundersøgelsens resultater til hele den danske befolkning. Konklusionen blev, at undersøgelsens resultater derfor kun kunne generaliseres til den del af den danske befolkning, som er socioøkonomisk godt stillet, har en relativ god oral status, er sundhedsminded, og som deltager regelmæssigt i voksentandplejetilbuddet.

Også i forbindelse med afdækning af sammenhænge mellem oral sundhed og henholdsvis livsstilsfaktorer, livsstilssygdomme, lægemiddelforbrug og brug af tandlægeydelser vil selektionen have en u hensigtsmæssig indflydelse. Med sit fokus på sundhed vil Tandundersøgelsen sandsynligvis i højere grad have appelleret til den del af befolkningen, som var fokuseret på sund livsstil, og som efter deres egen opfattelse havde en relativ god almen og oral sundhed. Det vil formodentlig betyde, at de, der valgte at deltage, havde et relativt lavere forbrug af lægemidler, da de var forholdsvis raske deltagere set i forhold til den del af de potentielle deltagere til undersøgelsen, der fravalgte at deltage, og i forhold til befolkningen i al almindelighed. Endvidere vil de, der valgte at deltage i en tandundersøgelse, sandsynligvis være relativt mere interesserede i deres orale sundhed og vedligeholdelse af denne, hvorfor de formodentlig oftere var regelmæssige brugere af tandplejen. I relation til fx uddannelses- og indkomstgruppe vil det eksempelvis betyde, at inden for hver af uddannelses- og indkomstgrupperne har KRAM-undersøgelsen og Tandundersøgelsen sandsynligvis fået fat i den "sundeste" del af borgerne fra hver enkelt af uddannelses- og indkomstgrupperne, også blandt de lavest uddannede og blandt dem, der havde de laveste årsindkomster.

### 7.1.1 Sukker og læskedrikke

Da Tandundersøgelsen først blev koblet til KRAM-undersøgelsen relativt sent i forløbet, var der ikke i udviklingen af KRAM-undersøgelsens kostspørgeskema anlagt et særligt tandsundhedsmæssigt perspektiv. I relation til Tandundersøgelsens fokus var en af svaghederne ved KRAM-undersøgelsens kostspørgeskema derfor, at der var en lang række føde- og drikkevarer, som hyppigt indtages af danskere – især yngre danskere, som ikke var inkluderet i spørgeskemaet. Det gælder fx kaffe eller te med sukker, iste, cider, energidrikke, drikkeyoghurt, cultura, sukker/honning på morgenmadsprodukterne, smoothies osv. Man undersøgte desuden ikke, om læskedrikke blev indtaget sammen med mad. Man kan desuden diskutere, om variabelen vedrørende læskedrikke genstande er korrekt. Det kommer an på, hvordan man tæller juice med. I denne rapport's opgørelse antages det, at juice indeholder mest frugtsukker og relativt lidt tilsat sukker. Men i andre undersøgelser antages det, at juice indeholder ligeså meget tilsat sukker som sodavand og saft.

Sukkerindholdet afhænger dog helt af de enkelte produkter. Endvidere er underrapportering af indtag af føde- og drikkevarer, der anses for usunde, et generelt problem i kostundersøgelser (47). Det betyder, at resultaterne vedrørende dagligt sukkerindtag og læskedrikke i denne undersøgelse sandsynligvis er i underkanten af, hvad der reelt er indtaget.

### 7.1.2 Rygning

Når tre svarkategorier på spørgsmålet "Ryger du?" er slået sammen, så kan det bevirke, at rygervariablen "fortyndes". Det skyldes, at der blandt rygerne vil være nogle, som er såkaldte "festrygere", som kun lejlighedsvist ryger og dermed formodentlig udviser mindre sygelighed set i forhold til, hvis de havde været dagligrygere eller storrygere. Ligeledes har variabelen ikke medtaget forskelle i, hvor meget tobak rygerne røg. Der vil således både være storrygere, "almindelige" rygere og festrygere i rygervariablen. Samlet set vurderes det derfor, at rygervariablen på den måde godt kan anvendes til at beskrive rygerne i Tandundersøgelsen, ligesom andre undersøgelser opgør rygestatus på samme måde (40, 41).

### 7.1.3 Alkohol

Det kan naturligvis have betydning, at nærværende opgørelse tager udgangspunkt i de nugældende genstandsgrænser, idet Tandundersøgelsen er gennemført i 2008/2009, hvor der var højere maksimale genstandsgrænser. Tandundersøgelsens veluddannede og relativt sundhedsmindede deltagere hører formodentlig til blandt den del af befolkningen, der i relativt større udstrækning retter sig efter myndighedernes anbefalinger. På den anden side er det kun godt halvdelen af befolkningen, der har kendskab til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (88), så de fastsatte genstandsgrænser behøver ikke at have haft betydning for adfærden blandt deltagerne i Tandundersøgelsen i relation til alkoholindtagelse.

### 7.1.4 Livsstilssygdomme

Man kan naturligvis diskutere, hvorvidt kriterierne for henholdsvis metabolisk syndrom, prædiabetes og diabetes, som er populationspecifikke, er for restriktive, hvilket medfører kategorisering af flere personer med forstadier til sygdom eller egentlig sygdom. Men med udgangspunkt i WHO's udmeldinger samt de amerikanske sundhedsmyndigheder CDC (Center of Disease Control) vurderes kriterierne at være velovervejede, hvorfor der skal være tungtvejende grunde til at afvige fra disse. Samme overvejelser kan man have i relation til kategoriseringen af blodtryk. Men også her blev det vurderet, at kriterierne var anvendelige, bl.a. set i relation til eventuel tidlig opsporing af risikopatienter i fremtiden.

### 7.1.5 Receptpligtige lægemidler

Den tidsmæssige diskrepans mellem receptindløsningen af lægemidler og deltagelse i Tandundersøgelsen eller KRAM-undersøgelsen kan have haft betydning for resultaterne, eksempelvis hvis lægemidlerne ikke længere blev taget eller havde virkning på det tidspunkt, hvor deltageren blev undersøgt i KRAM-un-

dersøgelsen eller i Tandundersøgelsen. Derudover kan der være deltagere, som først i 2008 er begyndt at tage lægemidler, som kan have indvirket på deres undersøgelsesresultater, der er indsamlet i 2008 i Tandundersøgelsen. Desuden kan man ikke være sikker på, at blot fordi en recept er indløst, at så er medicinen også blevet indtaget og/eller brugt af den, som den er udskrevet til (197). Brugerbetalingen på lægemidler i Danmark taler dog for, at de fleste sandsynligvis tager den medicin, de indløser recept på.

### 7.1.6 Tandplejeydelser

Det kan ikke afvises, at man kunne have opnået andre resultater af analyserne, hvis ydelsesnumrene ikke havde været sammenlagte eller havde været sammenlagt anderledes. Derudover har eksklusion af de yngre deltagere i visse af analyserne bevirket, at antallet af deltagere i den yngste aldersgruppe er blevet reduceret. Det er dog blevet vurderet, at analyserne kun skulle omfatte deltagere, som potentielt kunne have fået ydelse. Dvs. deltagere, som havde den "rigtige" alder, og som havde været til tandlæge (bortset fra de kliniske undersøgelses-ydelser) og dermed potentielt kunne have fået ydelsen.

Sammenhængen mellem brug af tandplejeydelser og indkomstforhold var muligvis blevet bedre belyst ved at anvende en variabel, som i højere grad afspejlede den disponible indkomst frem for den skattepligtige årsindkomst, idet husholdningernes rådighedsbeløb efter betaling af faste udgifter anvendes til betaling for tandplejeydelser. Endvidere ville indkomstvariablen måske have fungeret bedre, hvis den havde været inddelt i kvartiler eller kvintiler, hvorved alle Tandundersøgelsens deltagere var blevet inddelt i 4 eller 5 lige store grupper i relation til indkomststørrelse.

## 7.2 Resultater

### 7.2.1 Sukkerindtag

Der viste sig at være god overensstemmelse mellem Tandundersøgelsen resultater og den seneste kostundersøgelse (47), som begge viste, at en tredjedel indtager mere sukker dagligt end anbefalet, og at yngre indtager mere sukker dagligt sammenlignet med ældre. I denne undersøgelse afspejler det formodentlig, at sukker fra søde læskedrikke er medregnet i sukervariablen, og netop yngre indtager flere søde læskedrikke, men at sukker fra alkohol ikke er medregnet i sukervariablen, hvilket formentlig ville have medført, at flere i de ældre aldersgrupper ville have overskredet sukkeranbefalingen. At yngre danskere indtager mere sukker end ældre aldersgrupper skyldes sandsynligvis også, at unge er vokset op i en rigere tid, hvor der er råd til at købe søde varer, og hvor tilgængeligheden er konstant og udbuddet i top. Der sås ingen positiv sammenhæng mellem cariesforekomst og sukkerindtag, hvilket antagelig skyldes den regelmæssige brug af fluor-tandpasta, og/eller at deltagerne i Tandundersøgelsen for størstedelens vedkommende var regelmæssige, velbehandlede patienter. Der var dog alligevel statistisk signifikant sammenhæng mellem sukkerindtag over det anbefalede og det at have mere end 50 fyldte tandflader. Så stort sukkerindtag

medfører måske ikke på kort sigt større forekomst af caries, men det gør det på længere sigt.

En større andel af deltagere med den laveste uddannelse indtog mere sukker end anbefalet. Det viser andre undersøgelser også (50), og det forklares med, at mindre viden medfører større indtag. Med virkning fra 1. januar 2010 vedtog Folketinget nye afgifter, således at afgiften på sukkerholdig is, chokolade og sukkervarer forhøjedes med 25 %, mens afgiften på sukkerholdig sodavand forhøjedes med 17 øre pr. liter, og afgiften på sukkerfri sodavand blev sænket med 34 ører pr. liter. Dette var ud fra et tandsundhedsmæssigt perspektiv ikke hensigtsmæssigt. Formålet med de nye afgifter var at begrænse indkøb af slik og søde sager og dermed sænke befolkningens indtag. Der er endnu ikke gennemført undersøgelser, som kan dokumentere, om dette virker. Men da man i 1976 indførte en sukkerafgift på husholdningssukker, som medførte en væsentlig prisforhøjelse, sås efterfølgende et faldende forbrug af sukker. I 1989 blev denne afgift imidlertid fjernet, og der sås derefter et stigende forbrug af sukker (37). Økonomiske restriktioner ser således ud til at virke i relation til sukkerindtag.

Den positive sammenhæng mellem stort sukkerindtag og lille tendens til gingival blødning, pocher og fæstetab under 4 mm og ikke at være en parodontosepatient er forventelig. Det skyldes, at den bakterielle mikroflora, der er til stede i mundhulen hos individer, der indtager store mængder sukker og dermed oftere på sigt vil udvikle caries, består overvejende af andre bakterier end de bakterier, der er i den bakterielle mikroflora hos individer, der udvikler parodontale sygdomme (198). At deltagere med nedsat spyttsekretion indtager mere sukker end anbefalet er ikke overraskende. Bolsjer og pastiller anvendes ofte til at stimulere spyttsekretionen og dermed få smurt slimhinden (174) og kan således måske forklare det større sukkerindtag blandt deltagere med nedsat spyttsekretion.

### 7.2.2 Læskedrikke

Blandt Tandundersøgelsens deltagere viste der sig ligesom i kostundersøgelsen 1995-2006 (47) at være sammenhæng mellem at indtage mere sukkerholdig kost end anbefalet og indtage meget læskedrik. Det skyldes sandsynligvis, at når man er vant til en relativt sukkerholdig kost, så vælger man også søde læskedrikke, dvs. man vænner sig til, at alt skal smage sødt. Selvom man eventuelt vælger lightprodukter, så er de fx tilsat med sødemidlet aspartam, således at man stadig får den søde smag (199). Enkelte studier har peget på, at kunstige sødemidler – især aspartam – stimulerer appetitten, således at der indtages mere af lightproduktet, så det samlede kalorieindtag overstiger kalorieindtaget fra almindelige sukkersødede produkter (200). Sukkersødede drikkevarer kan til gengæld øge risikoen for positiv energibalanc og vægtøgning. En mulig forklaring kan være nedsat mæthedfølelse ved indtag af sukker i flydende form sammenlignet med sukker i fast form (37). Der er således al mulig grund til, at indtag af læskedrikke – både sukkersødet og lightprodukterne – begrænses mest muligt.

Væsentligt flere (32 %) i Tandundersøgelsen indtog mere end 2 liter læskedrikke sammenlignet med oplysninger fra pe-

rioden 2003-2006, hvor 9 % af voksne danskere indtog mere end 2 liter læskedrik pr. uge (47). Det kan skyldes, at andelen af dem, der har et overdrevent læskedrikindtag, er øget siden 2006. Det kan desuden skyldes, at læskedrik-emballage i perioden fortsat er øget. I 1973 kom 1-liter flasker på markedet, i 1991 introduceredes 1½-liter flasker i plast, og i 1995 kom ½-liters flasker med skruelåg i handlen. I dag er det ikke ualmindeligt, at dagligvarebutikker har 2-liters flasker på tilbud, således at der sælges både 5 og 10 flasker à 2 liter til spotpriser (201). Det har naturligvis været medvirkende til at øge danskeres indtag af læskedrikke.

I perioden 1992-2010 er læskedrikforbruget i Danmark steget fra 60 liter til mere end 100 liter pr. indbygger pr. år. Sodavandsindtag har igennem denne periode skiftet karakter fra at være en luksusvare til at være en dagligvare (201). Det kan derfor ikke undre, at deltagernes tilbøjelighed til at drikke mere end ½ liter læskedrik om ugen øgedes med faldende alder. Jo yngre man er, desto mere almindeligt har det været at drikke sodavand, mens midaldrende og ældre danskere i højere grad opfatter sodavand og andre læskedrikke som tilbehør ved festlige lejligheder. Kostundersøgelsen i 2003-2006 kom frem til samme resultat, nemlig at det især var de 15-34-årige, der gennemsnitligt drak mest sodavand (47).

Deltagerne i Tandundersøgelsen, der drak mere end ½ liter læskedrik pr. uge, var mere tilbøjelige til at have medium eller meget høj uddannelse. Andre undersøgelser viser, at det især er de lavest uddannede, som indtager meget sodavand (47, 201), enten fordi de ikke er bekendt med anbefalingerne, eller fordi det er vanskeligt at ændre vaner. De forskellige resultater i relation til uddannelsesniveau kan skyldes, at deltagerne i Tandundersøgelsen var meget sundhedsmindede. Det betyder, at de lavtuddannede deltagere måske har kendt til anbefalingerne om maksimalt ½ liter læskedrik om ugen. Det kan også skyldes forskellige måder at danne uddannelsesvariable på.

Det viste sig ikke overraskende, at deltagerere, der drak mere end ½ liter læskedrik om ugen, var mere tilbøjelige til også at indtage mere sukker i fødevarer end anbefalet af Fødevarestyrelsen, ligesom de var mere tilbøjelige til at have én carieret tandflade. Det stemmer godt overens med Fødevareinstituttets kostundersøgelse (47), som tidligere har dokumenteret, at "søde kostvaner" har en tendens til at følges ad, således at de, der drikker meget sodavand, også har et stort indtag af fx slik og søde sager. Derudover forøges risikoen for caries i tænderne ved hyppig indtagelse af sukker, fordi stigende indtagelseshyppighed har vist sig at medvirke til at øge mængden af indtaget (59).

### 7.2.3 Rygning

Da rygevaner gøres op hvert år, anvendes data fra rygevanerundersøgelsen i 2008, hvor Tandundersøgelsen blev gennemført. I forhold til rygevanerundersøgelsen i 2008 (41) var der kun halvt så mange rygere i Tandundersøgelsen som i den danske befolkning. Det kan skyldes, at rygere har foretrukket ikke at deltage i KRAM-undersøgelsen, som havde særligt fokus på bl.a. rygning, og dermed blev rekrutteringen af rygere til Tandundersøgelsen sandsynligvis væsentligt mindre. Men det er måske mere sandsynligt en

følge af, at en forholdsmeæssig stor del af Tandundersøgelsens deltagere var højt eller meget højt uddannede, hvilket mindsker sandsynligheden for, at man er ryger (41).

Aldersgruppeinddelingen i rygevanerundersøgelsen er anderledes end i Tandundersøgelsen. Det kan derfor være vanskeligt at sammenligne rygeprævalensen i aldersgrupperne. Men det ser ud til, at de rygende deltagere under 35 år ikke har holdt sig tilbage med at deltage i KRAM-undersøgelsen og Tandundersøgelsen, mens andelen af rygere i aldersgrupperne over 35 år er cirka halveret i forhold til rygevanerundersøgelsen.

Den sociale gradient i rygning sås blandt Tandundersøgelsens deltagere, idet deltagerne med den højeste uddannelse var mindre tilbøjelige til at være rygere. Der var dog ikke en helt entydig sammenhæng med de øvrige uddannelsesgrupper. Det kan skyldes den måde, hvorpå uddannelsesvariablen er dannet. Det sås endvidere, at de deltagere, der var rygere, havde mistet flere tænder, hvilket er en almindelig kendt følge af rygning (16). Desuden var rygerne mere tilbøjelige til at have symptomer på parodontal sygdom (15) og have ringe mundhygiejne, hvilket ligeledes øger risikoen for at miste tænder.

Sammenhæng mellem mundtørhed og daglig rygning er vist i en ny undersøgelse (202), og det gjorde sig også gældende for deltagerne i Tandundersøgelsen. Ligeledes har en ældre undersøgelse påvist, at der er signifikant reduceret flow rate fra mundens spytkirtler, når man ryger og drikker (203). Hvorvidt rygernes tilbøjelighed til at drikke over genstandsgrænserne skyldes mundtørhed, fortæller Tandundersøgelsen ikke noget om. Men det er et faktum, at kombinationen af rygning og alkoholindtag udgør en alvorlig risiko for udvikling af bl.a. cancer i mundhulen (92).

### 7.2.4 Alkohol

Når man sammenligner Tandundersøgelsens resultater med Sundhedsstyrelsens resultater (4) på baggrund af de nye lavrisiko genstandsgrænser, ses det, at godt 10 % flere overskred lavrisikogrænsen blandt Tandundersøgelsens deltagere. Det skyldes sandsynligvis, at der var en relativt større andel, der havde en højere uddannelse, som netop hyppigere overskrider både lav- og højrisikogrænsen. At de 35-44-årige i Tandundersøgelsen var dem, der sjældnest overskred lavrisikogrænsen, er helt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens resultater. Her overskred 7 % af mændene og 3 % af kvinderne lavrisikogrænsen. Forklaringen på, at de 35-44-årige mindst hyppigt overskrider lavrisikogrænsen, kunne være, at denne aldersgruppe ofte tilhører gruppen af travle småbørnsfamilier.

Når man sammenligner resultaterne fra Tandundersøgelsen med Statens Institut for Folkesundheds alkoholundersøgelse (88), så ser det ligeledes ud til, at en større andel (35 %) af deltagerne i Tandundersøgelsen drak mere end lavrisiko genstandsgrænsen. I 2008 angav 32 % af voksne danskere, at de drak henholdsvis 8-14, 15-21 eller 22 eller flere genstande pr. uge (88). Men i disse tal er der ikke taget højde for køn, som bevirker, at mænd, der har svaret, at de drak mellem 8-14 genstande, ikke overskrider de nye genstandsgrænser. Det betyder, at der nok var færre end 32 %, der drak over

genstandsgrænserne i 2008, og derfor ser det ud til, at prævalensen er høj blandt Tandundersøgelsens deltagere.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere var der ikke flere mænd end kvinder, der overskred genstandsgrænserne. Det forholdt sig faktisk omvendt. Det kan igen skyldes, at der er anvendt de nye og væsentligt mere restriktive genstandsgrænser, som medfører, at kvinder relativt let kommer til at overskride grænsen, hvis ægtefæller fx deler en flaske vin et par gange om ugen. Der sås heller ikke et større forbrug af alkohol blandt de yngre aldersgrupper end blandt de ældre aldersgrupper. Det kan til dels skyldes, at de unge, der drikker meget, har fravalgt at deltage, eller det kan skyldes underreportering. På den anden side så det ikke ud til, at de ældre deltagere underreporterede deres alkoholindtag eller undlod at deltage i KRAM-undersøgelsen og Tandundersøgelsen på grund af fokuset på alkohol. Det er formodentlig, fordi der blandt den midaldrende og ældre del af befolkningen er en accept af at drikke alkohol i dagligdagen.

Den sociale skævhed i alkoholforbrug (90) viste sig ved, at de meget højt uddannede i Tandundersøgelsen var signifikant mere tilbøjelige til at have overskredet genstandsgrænserne. I relation til indkomst sås det, at deltagerne i den højeste og den laveste indkomstgruppe var mest tilbøjelige til at overskride genstandsgrænsen, mens de, der tjente mellem 100.000 og 399.999 kr., var signifikant mindre tilbøjelige til at overskride genstandsgrænserne. At de meget højt uddannede indtager mere alkohol kan forklares med, at de højest uddannede som oftest også er dem, der har de højeste lønninger og dermed bedst har råd.

Den beskyttende effekt af alkohol i relation til fæstetab kunne ikke genfindes blandt Tandundersøgelsens deltagere. Faktisk havde mere end en tredjedel af dem, der overskred genstandsgrænserne, relativt stort fæstetab. Det skyldes sandsynligvis, at der var en øget tilbøjelighed til, at de, der overskred genstandsgrænserne, var enten rygere eller ex-rygere, hvorved deres fæstetab sandsynligvis i højere grad kan tilskrives deres rygning eller tidligere rygning end alkoholindtaget. Til gengæld var de deltagere, der overskred genstandsgrænserne, mere tilbøjelige til at have bevaret 20 eller flere egne tænder. Så i relation til bevarelse af tænder havde alkohol i Tandundersøgelsen en beskyttende effekt.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere sås ikke sammenhæng mellem alkoholindtagelse og kostkvalitet (99), således at sukkerindtaget var højere blandt dem, der overskred genstandsgrænserne (100). Tværtimod sås der den sammenhæng, at deltagerne, der overskred genstandsgrænserne, var mere tilbøjelige til at indtage mindre sukker i kosten. Det kan skyldes, at sukker fra alkohol ikke er medregnet i sukkervariablen. Såfremt sukkervariablen havde indeholdt sukker fra alkohol, så ville de deltagere i Tandundersøgelsen, der overskred genstandsgrænserne, formodentlig også have overskredet det anbefalede maksimale sukkerindtag pr. dag.

Set i lyset af at Tandundersøgelsens deltagere var regelmæssige brugere af voksentandplejen, men samtidig havde et relativt stort indtag af sukker og læskedrikke samt alkohol, og

at der for så vidt angik de yngre deltagere var en del rygere, kan man overveje, hvorvidt voksentandplejen udnytter sit potentiale for at bidrage til indsatsen i relation til begrænsning af sukkerindtag, forbrug af læskedrikke, rygning og alkohol.

### 7.2.5 Det metaboliske syndrom

At mere end en fjerdedel af Tandundersøgelsens deltagere kunne betegnes som havende metabolisk syndrom skyldes, at gennemsnitsalderen blandt Tandundersøgelsens deltagere var relativt høj, nemlig 55 år. Det kan sandsynligvis forklare den relativt højere prævalens sammenlignet med andre undersøgelser, hvor man vurderer, at prævalensen af metabolisk syndrom er 10-15 % (102). Der var tydelig tendens til, at de, der kunne kategoriseres som metabolisk syndrom-patienter, havde øget tilbøjelighed til at have lav eller medium uddannelse og tjene under 200.000 kr. pr. år. Det skyldes formentlig, at andelen af fede er større blandt de lavest uddannede, og at fedme er et væsentligt element i det metaboliske syndrom (102).

Metabolisk syndrom-patienter havde signifikant forøget tilbøjelighed til at have bevaret under 20 egne tænder. Det stemmer godt overens med andre undersøgelser resultater (105, 108, 109), som har peget på, at individer med færre end 21 egne tænder gennemsnitligt har mere end 3 gange større tilbøjelighed til at være fede som følge af, at et mindre velfungerende tandsæt fører til mindre sundt valg af kost. Den øgede tilbøjelighed til at have bevaret færre end 20 egne tænder blandt metabolisk syndrom-patienter kan endvidere muligvis hænge sammen med, at disse patienter også havde øget tilbøjelighed til at være ex-rygere, hvilket kan have medført tidligere tandtab som følge af rygning (80).

Metabolisk syndrom-patienter havde endvidere øget tilbøjelighed til at have 3 carierede tandflader, hvilket kan forklares med, at indtagelse af usunde fødevarer både er en risikofaktor for caries, men også for vægtøgning, højt BMI og dermed symptomer på metabolisk syndrom (105, 108, 109).

### 7.2.6 Diabetes og prædiabetes

Andelen af deltagere i Tandundersøgelsen med diagnosticeret diabetes var lavere end i befolkningen som helhed (18). Det skyldes antageligt, at KRAM-undersøgelsen ikke har appelleret til diabetikerne, dels på grund af sit fokus på sundhed, og dels fordi diabetikerne i forvejen går til mange kontrol- og opfølgingsundersøgelser og derfor måske har fravalgt yderligere tests. Til gengæld var procentandelen af prædiabetikere godt og vel dobbelt så stor som diabetiker-andelen, hvilket stemmer godt overens med, at der formodes at være relativt mange flere, der går rundt med uopdaget prædiabetes end det samlede antal diabetikere – diagnosticerede såvel som ikke-diagnosticerede (103). Da prædiabetikere endnu ikke har en erkendt sygdom, vil de formodentlig gerne deltage i en undersøgelse med fokus på sundhed. Samtidig skyldes den store andel af prædiabetikere formodentlig også, at gennemsnitsalderen for Tandundersøgelsens deltagere var høj, og risikoen for prædiabetes øges med stigende alder.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere var der en klar sammenhæng mellem henholdsvis prædiabetes og aldersgrup-

pe samt diabetes og aldersgruppe, således at odds ratio steg med stigende alder. Tandundersøgelsens resultater afspejlede således andre undersøgelsers resultater og demonstrerede, at livsstilssygdomme som diabetes og prædiabetes udvikles med årene. Samtidig viste der sig i relation til prædiabetes at være en sammenhæng mellem odds ratio og indkomst, således at jo lavere indkomst, des højere odds ratio for prædiabetes. Blandt Tandundersøgelsens deltagere så der således ud til at være ulighed i disponeringen for prædiabetes.

I relation til odontologiske variable var der blandt prædiabetespatienter en overhyppighed af personer med under 20 egne tænder. Det kan muligvis forklares med, at nogle af følgesygdommene til diabetes (herunder parodontitis) allerede opstår i prædiabetes-tilstanden, og dermed har personer med prædiabetes mistet relativt flere tænder sammenlignet med ikke-prædiabetikere (116). Desuden kunne det lavere antal tænder blandt prædiabetikere skyldes tandtab som følge af tandudtrækninger måske på grund af caries, hvilket kunne skyldes en uhensigtsmæssig livsstil med stort indtag af søde sager, der leder både til caries og prædiabetes.

De diagnosticerede diabetespatienter var mere tilbøjelige til at have moderat mundhygiejne. Såfremt det gør sig gældende generelt for diabetikere i Danmark, er det ret alvorligt, da den dårlige mundhygiejne øger risikoen for inflammation af tandkødet og dermed udvikling af parodontitis, som igen kan lede til problemer med at regulere blodsukkeret. Til gengæld sås det, at diabetikerne oftere var ex-rygere, alkoholafholdende og indtog mindre sukker end de maksimale anbefalinger fra myndighederne, hvilket antageligt kan tilskrives den forebyggelsesindsats og intensive opfølgning, som sundhedsvæsenet gennemfører i forhold til diagnosticerede diabetikere.

### 7.2.7 Hjerte-karsygdomme

Med stigende alder øges blodtrykket kraftigt (18), og det medførte, at andelen med forhøjet og alvorligt forhøjet blodtryk var relativt høj blandt Tandundersøgelsens deltagere, hvor gennemsnitsalderen var 55 år (1). Det er samtidig tankevækkende, at så stor en del af stikprøven, som må antages at være meget sundhedsminded, går rundt med højt blodtryk, der er ubehandlet eller ikke sufficient behandlet. Tilbøjeligheden til forhøjet blodtryk viste sig især blandt mænd og fra aldersgruppen 45-54 år. Dvs. at hvis samme forhold gør sig gældende blandt danskerne generelt, så vil det fra denne alder kunne være relevant at indføre tidlig opsporing af risikopatienter i voksentandplejen, og et større fokus bør antageligt rettes mod mænd.

Odontologisk set havde Tandundersøgelsens deltagere med forhøjet blodtryk øget tilbøjelighed til at have gingival blødning, men i øvrigt normale pochedybder (0-4 mm). Det kunne forklares med, at det øgede tryk i karrene relativt lettere udløser blødning ved pochemåling. Gingival inflammation har i en svensk undersøgelse vist sig at være associeret med hjerte-karsygdom (204), og i 2010 har en meget stor amerikansk undersøgelse påvist, at gingival blødning er associeret med forhøjet blodtryk (205). Samtidig havde deltagerne i Tandundersøgelsen med forhøjet blodtryk større tilbøjelighed til at lide af nedsat spytksekretion

(177), hvilket muligvis kan tilskrives, at de er i medicinsk behandling, eksempelvis med vanddrivende medicin for at sænke blodtrykket, dog uden at det har haft tilstrækkelig effekt.

### 7.2.8 KOL

Andelen af deltagere i Tandundersøgelsen, der havde symptomer på nedsat/svært nedsat lungefunktion, var godt og vel tre gange større end resultater fra en undersøgelse i 2010 (18). Det skyldes bl.a., at Tandundersøgelsens deltagere både omfatter dem, der har erkendt KOL, og også afslører dem, der ikke har erkendt sygdom, i modsætning til fx Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse (18), som angiver selvoplyste informationer om konstateret sygdom. Samtidig har det betydning, at Tandundersøgelsens deltageres gennemsnitsalder var 55 år, og andelen med KOL stiger støt med alderen fra cirka 35-års-alderen.

Sammenhængen mellem under 20 bevarede tænder og nedsat/stærkt nedsat lungefunktion hænger antageligt sammen med, at KOL som oftest er forårsaget af tidligere rygning, ligesom stort tandtab ofte er forårsaget af parodontitis, som er en af følgerne efter rygning. Fælles risikofaktorer kan således være forklaringen på både den nedsatte lungefunktion og tandtabet.

Når der blandt Tandundersøgelsens deltagere var relativt store andele, der dels havde symptomer på metabolisk syndrom, forhøjet blodtryk samt KOL, giver det anledning til at efterlyse overvejelser om, hvordan voksentandplejens faglige kompetencer i relation til forebyggelse og tidlig opsporing af livsstilssygdomme kan bringes til at spille sammen med andre sundhedsprofessionelle i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i fremtiden.

### 7.2.9 Antal receptpligtige lægemidler

Det er vanskeligt at sammenligne Tandundersøgelsens resultater for så vidt angår antal receptpligtige lægemidler, idet Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse (18), som er nærliggende at sammenligne med, opgør det selvrapporterede lægemiddelforbrug som "inden for de seneste 14 dage", mens Tandundersøgelsens informationer om lægemiddelforbrug er baseret på et registerudtræk over 12 måneder. Hvis man alligevel gør forsøget, så viser undersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed, at 48 % af befolkningen har brugt receptpligtig medicin inden for de seneste 14 dage. Ser man bort fra de andele af Tandundersøgelsens deltagere, der har indløst recept på henholdsvis ingen eller blot ét lægemiddel i løbet af ét helt år, så udgør andelen, der har indløst recept på lægemidler, 57 %. Det stemmer godt overens med, at gennemsnitsalderen blandt Tandundersøgelsens deltagere var 55 år (1), hvilket sandsynligvis betyder, at de indtager relativt flere lægemidler.

Der viste sig en række ligheder mellem Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse (18) og Tandundersøgelsen. Kvinder havde generelt indløst recept på flere lægemidler gennem året sammenlignet med mænd, og brugen af lægemidler steg med stigende alder, ligesom antallet af lægemidler steg gradvist med stigende alder. Blandt Tandundersøgelsens ældste deltagere havde 90 % indløst recept på mindst ét lægemiddel

i løbet af et år, mens cirka 80 % af Statens Institut for Folkesundheds (18) undersøgelses deltagere havde fået lægemidler inden for de seneste 14 dage. Disse to undersøgelses fund modsiger for så vidt ikke hinanden, idet det er sandsynligt, at der er en større andel, der har fået lægemidler, hvis der kigges på en tidsmæssig længere periode.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde høj uddannelse, sås en øget tilbøjelighed til at have indløst recept på 4 eller flere receptpligtige lægemidler i løbet af et år. Det kan måske forklares med, at med stigende uddannelse øges viden om mulighederne for forebyggelse af fx livsstilssygdomme (kolesterolmedicin, blodtryksmedicin osv.), og dermed vil den del af deltagerne, der har høj – men ikke den højeste – uddannelse, måske efterspørge forebyggende medicin. Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse (18) viser, at tilbøjeligheden til at have brugt medicin inden for de seneste 14 dage er mindst blandt deltagere med lang videregående uddannelse og øges med faldende uddannelseslængde, således at de kortest uddannede har størst tilbøjelighed til at have brugt medicin inden for de seneste 14 dage. Tandundersøgelsens deltagere, som havde en årlig indkomst på mellem 100.000 og 199.999 kr., havde øget tilbøjelighed til at have indløst recept på 4 eller flere receptpligtige lægemidler, hvilket sandsynligvis kan tilskrives gruppen af folkepensionister.

De deltagere, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler i løbet af et år, havde øget tilbøjelighed til at lide af hyposalivation. Det kan ikke afvises, at hyposalivationen er forårsaget af indtagelsen af mange lægemidler. Det kan dog ikke afgøres med sikkerhed, om der er tale om en sammenhæng her, idet undersøgelsen ikke fortæller noget om, hvorvidt lægemidlerne er indtaget samtidigt (polyfarmaci) eller ét ad gangen i løbet af året. Meget taler dog for, at nogle af lægemidlerne er indtaget samtidigt. På trods af den øgede forekomst af hyposalivation blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på 4 eller flere lægemidler, sås der ikke øget forekomst af caries, hvilket sandsynligvis kan forklares med, at deltagerne i Tandundersøgelsen overvejende var regelmæssige patienter, som tandlægeligt var velbehandlede.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde svaret "ja" til at have haft tandpine inden for det seneste år, sås en øget tilbøjelighed til at have indløst recept på 4 eller flere receptpligtige lægemidler. Det kan muligvis skyldes sammenhæng mellem at have haft tandpine inden for det seneste år og indtagelse af flere lægemidler (smertestillende, antibiotika mv.). Derudover var der øget tilbøjelighed til at have indløst recept på 4 eller flere lægemidler blandt rygere og ex-rygere. Dette skyldes antageligt, at især rygere – men til en vis grad også ex-rygere – vil trækkes med en række livsstilssygdomme gennem resten af livet, eksempelvis KOL og forhøjet blodtryk, hvilket vil kræve medicinering.

### 7.2.10 Typer af receptpligtige lægemidler

#### *Systemiske midler til infektionssygdomme*

Blandt Tandundersøgelsens deltagere var det hyppigste lægemiddel, som var indløst på recept, antibiotika. Antibiotika ud-

skrives ofte i tandplejen i forbindelse med behandling af dentale foci eller ved forebyggelse af generel spredning af infektion. Og der sås da også en forøget tilbøjelighed til at have indløst recept på antibiotika blandt de ældste deltagere og dem, der havde svaret "ja" til at have haft tandpine inden for det seneste år. Forbruget af antibiotika har været stigende igennem de seneste 10 år, men ser nu ud til at stagnere. Forbruget af antibiotika er størst blandt ældre (206), og der er en overdødelighed på 2-300 i Danmark pr. år på grund af resistensudvikling, som medfører, at patienter ikke kan behandles med antibiotika. De patienter, der hyppigst ikke kan behandles på sædvanlig vis med antibiotika på grund af manglende effekt, er patienter med nedsat immunforsvar, kroniske sygdomme og nyretransplanterede (207). At kvinder var mere tilbøjelige til at have indløst recept på antibiotika er ikke overraskende, idet kvinder tager mere medicin sammenlignet med mænd (18). Ligeledes var det ikke overraskende, at rygere oftere havde indløst recept på antibiotika, idet rygeres immunforsvar er ringere, og fx sårheling bl.a. i mundhulen er kompromitteret (77).

#### *Midler for muskler, led og knogler*

Antiinflammatoriske og antireumatiske midler anvendes almindeligvis ved behandling af muskel- og ledsygdomme, eksempelvis gigt. Det er derfor ikke usædvanligt, at tilbøjeligheden til at have indløst recept på disse midler øgedes med stigende alder. Der var dog en lidt større andel (20 %) af Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på disse midler sammenlignet med den danske befolkning generelt (16 %) (181). Årsagen til denne forskel kunne være den relativt høje gennemsnitsalder (55 år) blandt Tandundersøgelsens deltagere. Men når man sammenligner den ældste aldersgruppe (75+ år) i Tandundersøgelsen, hvor 30 % havde indløst recept på antiinflammatoriske og antireumatiske lægemidler, så havde kun 24 % af den ældste aldersgruppe (80+ år) i befolkningen (181) indløst recept på disse midler. Forskellen kan sandsynligvis forklares med, at antallet af 75+-årige i Tandundersøgelsen var relativt begrænset. Antiinflammatoriske midler anvendes også jævnligt i tandplejen, og analysen viste faktisk, at de, der havde indløst recept på antiinflammatoriske og antireumatiske midler, havde en øget tilbøjelighed til at have svaret "ja" til at have haft tandpine inden for det seneste år.

#### *Midler for hjerte og kredsløb samt blod og bloddannende organer*

Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet anvendes til patienter med forhøjet blodtryk. De er kendt for i odontologisk sammenhæng at kunne forårsage mundtørhed (175, 177), og det slog også igennem i denne undersøgelses analyser. Andelen i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på midler for renin-angiotensinsystemet, stemte overens med andelen i den danske befolkning generelt (181). Generelt i Danmark er der i de senere år set en voldsom stigning i anvendelsen af disse midler, især blandt de 40+-årige (181). Ligeledes er andelen i befolkningen over 40 år, der tager lipidreducerende midler – også kaldet statiner – for at sænke kolesterolindholdet i blodet



og dermed forebygge blodpropper, steget markant igennem de seneste år (181). Der var en lidt større andel af Tandundersøgelsens deltagere, som havde indløst recept på lipidreducerende midler sammenlignet med befolkningen generelt (181). Det tyder på, at Tandundersøgelsens deltagere var forebyggelsesmindede. Den multivariate analyse viste, at de, der havde indløst recept på lipidreducerende midler, havde en øget tilbøjelighed til at have pochedybder  $\geq 5$  mm, hvilket ikke umiddelbart kan forklares, udover at de også havde øget tilbøjelighed til ringe mundhygiejne. Da andelen i befolkningen, som tager dette lægemiddel, er meget stor, kunne det være oplagt at betragte afkræfte, om der er en sådan sammenhæng.

Det var især mændene i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på blodpropmidler. Andelen i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på blodpropmidler, var lidt mindre end i befolkningen generelt (181), hvilket tyder på, at de, der har været ramt af blodprop, har fravalgt at deltage i KRAM-undersøgelsen og dermed også i Tandundersøgelsen. Der var ligeledes en mindre andel af Tandundersøgelsens deltagere, som havde indløst recept på vanddrivende midler sammenlignet med resten af befolkningen (181). Vanddrivende midler er kendt for at kompromittere spytksekretionen (174, 175, 177), og det viste sig også i Tandundersøgelsen. Brugen af vanddrivende midler er faldet en smule igennem de senere år (181), hvilket kan få en positiv betydning i tandplejen, idet der så vil være relativt færre, der får bivirkninger i form af reduceret spytksekretion. Betareceptorblokerende midler anvendes efter blodprop – akut myokardieinfarkt. Det var også især mænd i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på disse midler. Andelen i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på betareceptorblokerende midler, svarede til den andel i befolkningen, der indløste recept på disse midler i 2007 (181).

For så vidt angik alle midler for hjerte og kredsløb viste der sig en socioøkonomisk gradient blandt Tandundersøgelsens deltagere, således at tilbøjeligheden til at have indløst recept på disse midler øgedes med faldende årsindkomst. Samme tendens fandt Statens Institut for Folkesundhed i deres seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse (18).

#### *Midler med virkning på centralnervesystemet*

Psykofarmaka er en fællesbetegnelse for antipsykotika, litium, anxiolytika samt hypnotika og sedativa, dvs. det omfatter antipsykotiske midler, angstdæmpende midler samt sove- og beroligende midler. I tandplejen er det væsentligt at kende til patientens brug af psykofarmaka, da de er kendt for at nedsætte spytksekretionen (174, 175, 177), men det slog kun igennem i den bivariate analyse. Knap 9 % af Tandundersøgelsens deltagere havde indløst recept på psykofarmaka, hvilket er lidt under den andel (10 %) i den danske befolkning generelt, der havde indløst recept på disse midler (181). Det skyldes antagelig, at Tandundersøgelsens deltagere i højere grad tilhørte de højeste socioøkonomiske grupper, som måske havde mindre behov for denne type lægemidler. Men den væsentligste forklaring er nok, at KRAM-undersøgelsen og Tandundersøgelsen ikke har appelleret til den del af befolkningen, der indtager

psykofarmaka, hvorved andelen er blevet mindre. I relation til aldersgrupper sås det tydeligt, at der i alle aldersgrupper var en mindre andel blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på psykofarmaka sammenlignet med andelen i den danske befolkning (181). Endvidere havde Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på psykofarmaka, øget tilbøjelighed til at have svaret "ja" til at have haft tandpine inden for det seneste år. Det er vanskeligt at vurdere, om det skyldes, at de på grund af ringere tandstatus har haft tandpine, eller om det skyldes, at deltagere, der havde indløst recept på psykofarmaka, oftere havde smerter.

Psykoanaleptika er en fællesbetegnelse for antidepressiva og CNS-stimulerende midler. Disse midler har kendte bivirkninger i mundhulen i form af mundtørhed (174, 175, 177) og er derfor også interessante i en odontologisk sammenhæng. Der var også en relativt mindre andel af Tandundersøgelsens deltagere, som havde indløst recept på psykoanaleptika sammenlignet med andelen i den danske befolkning, der har fået disse lægemidler (181). Med stigende alder øgedes forskellen mellem den procentandel i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på psykoanaleptika sammenlignet med andelen i den danske befolkning. Forskellen i procentandelen udgjorde 2 % blandt de yngste deltagere, og den steg til 20 % forskel blandt de ældste deltagere. Det tydeliggør, at deltagerne i Tandundersøgelsen i langt mindre udstrækning end den generelle danske befolkning havde indløst recept på psykoanaleptika og formentlig dermed også i mindre udstrækning led af sygdomme, som kræver behandling med psykoanaleptika. Som forventet var der tydeligvis øget tilbøjelighed til at lide af nedsat spytksekretion eller egentlig hyposalivation blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på psykoanaleptika.

#### *Midler mod sygdomme i fordøjelsesorganer og stofskifte*

Også midler mod mavesyreforstyrrelser er kendt for at kunne nedsætte spytksekretionen (174, 175), og behandling med disse midler iværksættes ofte efter en periode med reflux-problemer (sure opstød). Dette kunne give anledning til tand-erosioner, men det slog dog ikke igennem i analyserne, hvilket kan skyldes, at andelen af deltagere med erosioner var relativt begrænset. Der var god overensstemmelse mellem andelen i Tandundersøgelsen, der havde indløst recept på midler mod mavesyrerelaterede forstyrrelser og andelen i den danske befolkning generelt (181). Med stigende aldersgruppe øgedes forskellen dog mere og mere mellem Tandundersøgelsens andel og andelen i befolkningen, der havde indløst recept på disse midler. I den yngste aldersgruppe var der 1 % færre blandt Tandundersøgelsens deltagere, stigende til en forskel på 12 % færre blandt de ældste deltagere i Tandundersøgelsen sammenlignet med den generelle danske befolkning (181). Tandundersøgelsens deltagere havde således i mindre grad end danskere generelt indløst recept på mavesyrerelaterede lægemidler, hvilket formentlig afspejler, at Tandundersøgelsens deltagere var mere raske, også for så vidt angår ulcussygdomme.

#### *Midler med virkning på respirationsorganer og sanserne*

Antihistaminer er ligeledes kendt for at nedsætte spytksekretionen (174, 175), hvilket også blev fundet blandt Tandundersøgelsens deltagere. En lidt større andel af deltagere i Tandundersøgelsen under 65 år og en lidt mindre andel af deltagere i Tandundersøgelsen over 65 år havde sammenlignet med den danske befolkning generelt (181) indløst recept på antihistaminer. Antihistaminer kan også købes i håndkøb, men oplysningerne om håndkøbsmedicin var selvrapporterede i KRAM-undersøgelsen, og under 1 % af Tandundersøgelsens deltagere oplyste, at de havde købt antihistaminer i håndkøbssalg. Derfor er oplysningerne om antihistaminer fra håndkøbssalg ikke medtaget her.

De såkaldte bronkodilatorer – det vil sige KOL-midler – er ligeledes kendt for at genere spytksekretionen (174, 175). Procentandelen blandt Tandundersøgelsens deltagere, der havde indløst recept på midler mod KOL, var relativt lavere end i befolkningen generelt (181), og det gjaldt i alle aldersgrupper – dog mest udpræget blandt deltagere over 65 år. Det afspejler igen, at deltagere i Tandundersøgelsen var de sunde og raske, der ikke havde problemer som følge af KOL. De deltagere i Tandundersøgelsen, som så faktisk havde indløst recept på KOL-midler, var relativt godt stillet odontologisk set, idet de ikke var mere tilbøjelige til at have færre end 20 tænder, dvs. deres rygning havde ikke medført omfattende tandtab. På den anden side var deres tandsæt meget behandlet, hvilket bl.a. kan skyldes, at de havde øget tilbøjelighed til at lide af hyposalivation, som har medført øget odontologisk sygelighed.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere var der en lidt større andel, der havde indløst recept på næsemidler sammenlignet med den danske befolkning generelt (181). Andelen var cirka 2 % større fra 40-årsalderen og opefter. Sygdomme i næsehulen hører ikke til alvorlige sygdomme, og at Tandundersøgelsens deltagere anvendte disse midler hyppigere er sandsynligvis blot et udtryk for, at deltagere tilhørte den raske del af befolkningen, som var ex-rygere, som kun lider af småkavanker, og som søger lægelig behandling for disse småkavanker. Der var en mindre andel, som havde indløst recept på hoste- og forkølelsesmidler sammenlignet med den danske befolkning (181), og det sås i alle aldersgrupper. Det vidner igen om, at deltagere i Tandundersøgelsen hørte til den sunde og raske del af befolkningen. Øjenmidler er interessante i en odontologisk sammenhæng. Det skyldes, at nogle patienter lider af Sjögrens syndrom, som er en kronisk betændelse i spytt- og tårekirtler, der medfører nedsat spytt- og tåreproduktion og dermed tørhedsgener, som giver behov for øjenmidler (208). En lige stor andel i Tandundersøgelsen og i den danske befolkning (181) havde indløst recept på øjenmidler. Der kunne dog ikke konstateres nedsat spytksekretion blandt dem, der havde indløst recept på øjenmidler.

#### *Midler med virkning på urogenitalsystemet og kønshormoner*

Kønshormoner kan indvirke på tandkødet og forårsage gingivitis (174, 175). Ikke overraskende var det kvinderne i Tandundersøgelsen – især 18-34-årige – der havde indløst recept på kønshormoner. Det så dog ikke ud til at influere i negativ ret-

ning i relation til gingival blødning eller fordybede pocher hos deltagere i Tandundersøgelsen.

Når man tager udgangspunkt i, at deltagere i Tandundersøgelsen var relativt sunde og raske, men alligevel i løbet af ét år havde indløst en del recepter, tegner der sig et billede af, at lægemiddelforbruget blandt danskere generelt formodentlig er noget højere og muligvis endnu mere komplekst. Spørgsmålet rejser sig derfor, om tandlæger – og for så vidt også læger – er tilstrækkeligt rustede til at kunne overskue komplekse medicinske patienters risiko for lægemiddelinteraktioner i relation til tandlægebehandling. Af patientsikkerhedsmæssige årsager kunne det overvejes at indføre, at alle elektroniske patientjournalssystemer, som tandlæger anvender, har en integreret "cave"-funktion, som umiddelbart vil markere, hvis der er interaktioner i patientens lægemiddeloplysninger og/eller i forbindelse med tandlægens ordination til patienten. Herved vil man formodentlig i højere grad kunne sikre sig mod uheldige lægemiddelinteraktioner.

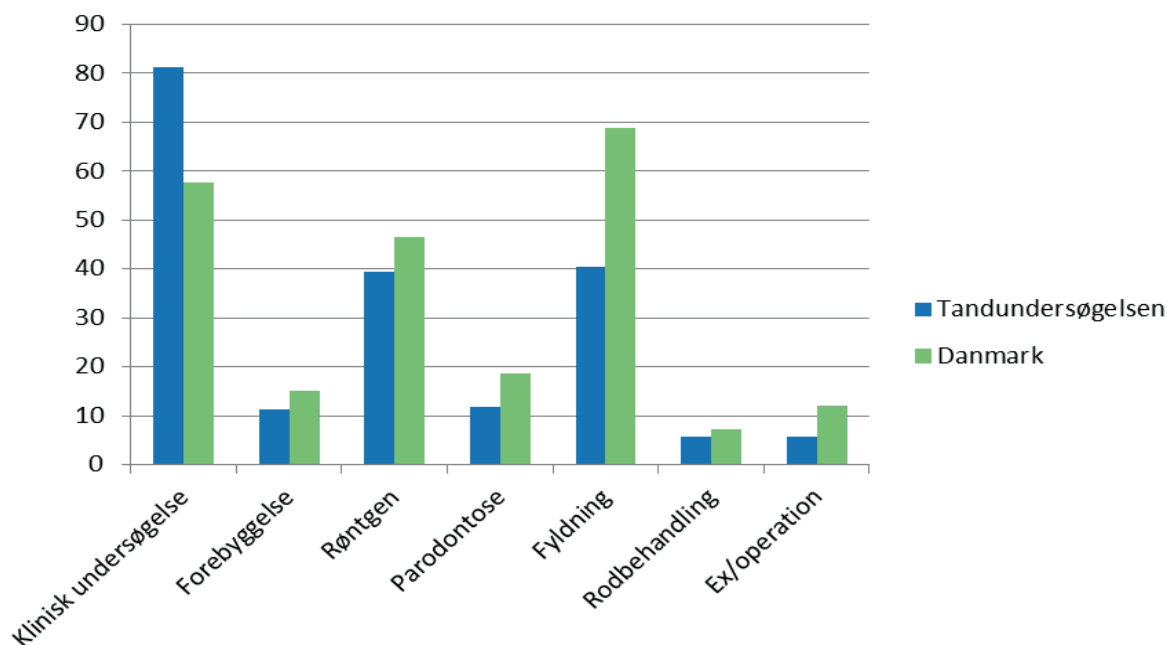
#### **7.2.11 Tandplejeydelser**

Tandundersøgelsens deltagere var for størstedelens vedkommende regelmæssige patienter de seneste 5 år, og mere end 80 % havde været til tandlæge i 2007 mod under 60 % af den generelle befolkning (se Figur 4 næste side). Man kan diskutere, hvor hyppigt man skal have en tandundersøgelse for at blive betegnet som en "regelmæssig patient". Almindeligvis defineres regelmæssig tandpleje som mindst ét tandlægebesøg i gennemsnit pr. år pr. person gennem de seneste 5 år. Færre end 5 besøg i en sådan tidsperiode karakteriseres som uregelmæssig tandpleje, og hvis der ingen besøg har været igennem 5 år betegnes det som ingen brug af tandpleje (183, 184).

På trods af at en stigende andel af Tandundersøgelsens deltagere i løbet af de seneste 5 år havde fået forebyggende ydelser, røntgenbilleder, tandrensninger og parodontalydelser, så havde en relativt mindre andel af Tandundersøgelsens deltagere sammenlignet med den del af den danske befolkning, der havde været til tandlæge i 2007, fået disse tandplejeydelser (jf. Figur 4). At en stigende andel af Tandundersøgelsens deltagere i løbet af de seneste 5 år havde fået disse behandlinger, hænger formodentlig sammen med deres relativt høje gennemsnitsalder (1), idet behovet for forebyggende og vedligeholdende tandbehandling øges med stigende alder. Til gengæld havde en faldende andel af Tandundersøgelsens deltagere fået fyldningsydelser med materialet sølvamalgam, og en større andel havde fået større fyldningsydelser med plast, helt i overensstemmelse med den vedtagne udfasning af sølvamalgam i tandplejen (209). Det kan have en betydning for sammenligning af de 2 opgørelser, at ydelsesstatistikken for de 5 regioner i 2007 kun omfatter ydelser leveret af tandlæger (210), mens de ydelser, Tandundersøgelsens deltagere havde modtaget, omfatter både tandplejer- og tandlægeydelser.

Det overordnede billede af Tandundersøgelsens deltagere sammenlignet med den del af den danske befolkning, der havde benyttet tandplejen i 2007, var, at Tandundersøgelsens deltagere langt overvejende var regelmæssige patienter, som deltog

**Figur 4:** Sammenligning af andelen af deltagere i Tandundersøgelsen (over 18 år) og andelen af voksenbefolkningen i Danmark (over 16 år) (210), der har fået forskellige typer af tandplejeydelser i 2007. Det er forudsat, at indbyggertallet (15+ år) pr. 1. januar 2007 var 4.432.931 (211).



i det forebyggende tandplejetilbud, og at de odontologisk set var relativt raske, og at en relativt mindre andel af Tandundersøgelsens deltagere derfor havde fået foretaget mere invasiv tandbehandling sammenlignet med andre brugere af tandplejen. Det understøtter beskrivelsen af Tandundersøgelsens deltagere i den første delrapport (1), som viste, at det var en særlig selekteret gruppe, der tilhørte den socioøkonomisk bedre stillede del af befolkningen, som var meget sundhedsminded.

Mere end 81 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en klinisk tandundersøgelse i 2007, og i løbet af en 5-årsperiode havde mere end halvdelen fået mindst én tandundersøgelse pr. år, og yderligere en fjerdedel havde fået 4 tandundersøgelser i 5-årsperioden. Under 10 % havde ikke fået en tandundersøgelse i løbet af 5-årsperioden, hvilket sammenlignet med andre undersøgelser er en relativt lille andel. I 2008 havde knapt 16 % af befolkningen ikke været til tandlæge de seneste 5 år (212). Statens Institut for Folkesundhed kunne i 2012 vise, at der i perioden 1987-2005 overordnet var sket en stigning i andelen, der regelmæssigt havde været til tandlæge i løbet af de seneste 5 år, mens der fra 2005 til 2010 overordnet er sket et fald (18, 194).

Når andelen i voksenbefolkningen, der ikke benytter tilbuddet om regelmæssige forebyggende tandundersøgelser, er stigende, og i 2007 udgjorde mere end 40 % (se Figur 4), synes der at være behov for, at sundhedsplanlæggere og -myndigheder overvejer, hvordan man kan styrke indsatsen for, at en

større andel i voksenbefolkningen deltager i det regelmæssige og forebyggende tandplejetilbud og herunder kommer med forslag til, hvordan voksentandplejen selv kan bidrage.

Også i andre nordiske lande har man oplevet, at en faldende andel af voksne i befolkningen har fået en tandundersøgelse. I Sverige har man oplevet, at alle aldersgrupper mellem 30 og 80 år brugte færre tandplejeydelser i 2003 sammenlignet med 1993 (213). Senest har den svenske pendant til Regionernes Lønnings- og Takstnævn vist, at færre og færre svenskere går til tandlægen, selvom svenskernes tandsundhed bliver dårligere. Forsäkringskassan har vist, at hver femte voksne svensker ikke har fået en tandundersøgelse de seneste 3 år, og næsten en tredjedel af voksne svenskere har ikke været til tandlæge inden for de seneste 2 år. 59 % af befolkningen over 20 år besøgte tandplejen i 2011, og 73 % af befolkningen over 20 år besøgte tandplejen de seneste 2 år. I perioden 2009-2011 besøgte 6 % tandlægen udelukkende med henblik på akut nødbehandling (190).

I Norge viste en undersøgelse fra 2004 (191) blandt knapt 2.500 voksne nordmænd, at 78 % havde været til tandlæge inden for det seneste år, og 87 % havde været til tandlæge inden for de seneste 2 år. Andelen, der havde været til tandlæge sidste år, var lavest blandt de yngste (76 %) og højest blandt de ældre (94 %). 69 % af voksenbefolkningen var regelmæssige brugere, dvs. de havde været til tandlæge mindst én gang om året de sidste 5 år. 22 % havde ikke været til tand-

læge det sidste år, og den væsentligste grund var, at disse patienter gik til tandlæge sjældnere end hvert år. Senest har en ny undersøgelse fra Norge vist, at blandt 1.861 personer på 20+ år havde 80 % været til tandlæge sidste år (214).

Det var især Tandundersøgelsens mænd, som i højere grad end kvinder ikke havde været til tandundersøgelse både det seneste år og i en 5-årsperiode. Også i andre undersøgelser er mænd overrepræsenteret blandt dem, der ikke går regelmæssigt til tandlæge (185, 215). Det forklares med, at mænd og kvinder udviser forskellig grad af egenomsorg for tænderne, således at kvinder gør mere ud af mundhygiejnen, som også er påvirket positivt af tandlægebesøg (40).

Alderen spillede en væsentlig rolle blandt Tandundersøgelsens deltagere i relation til at have fået en tandundersøgelse. Jo yngre, des større var tilbøjeligheden til ikke at have været til tandlæge i 2007 og have fået 2 eller færre tandundersøgelser i 5-årsperioden. I 2011 viste Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, at andelen af befolkningen, der ikke havde været til tandlæge i 5 år, i perioden 2003-2008 var steget blandt de yngste aldersgrupper og faldet blandt de ældste aldersgrupper. Statens Institut for Folkesundhed har ligeledes vist, at udviklingen fra 1987 er forskellig i de forskellige aldersgrupper. Blandt de 16-44-årige har der været et markant fald i andelen, mens der blandt de 65+-årige har været en markant stigning i andelen, der har været regelmæssigt til tandlæge (18). En undersøgelse blandt den københavnske befolkning viste i 2005 (185), at borgere på 65 år eller ældre i ringe grad deltog i det forebyggende tandplejetilbud, på trods af at netop denne aldersgruppe havde stort tandbehandlingsbehov.

At yngre går sjældnere til tandundersøgelser, skyldes sandsynligvis den forbedrede tandsundhed (216), som ikke motiverer dem til at opsøge de regelmæssige forebyggende besøg. Dataanalysen i Tandundersøgelsen viste da også, at der var en øget tilbøjelighed til ikke at have været til tandundersøgelse det seneste år blandt dem, der havde 20 eller flere sunde tænder. Samtidig sås det, at også de, der havde færre end 20 egne tænder, gik mindre regelmæssigt til tandundersøgelse. Blandt Tandundersøgelsens deltagere kunne det således demonstreres, at antallet af bevarede tænder har betydning for brugen af tandplejetilbuddet, ligesom også andre undersøgelser har vist (189, 191, 193).

Tandundersøgelsen viste desuden, at deltagere, der var rygere, havde mange carierede tandflader, havde dårlig mundhygiejne eller havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, oftere ikke havde været til tandlæge ikke blot det seneste år, men også inden for en 5-årsperiode. Det så således ud til, at der var en gruppe med væsentlige risikofaktorer og meget stor grad af oral sygelighed og dermed stort behov for regelmæssig tandpleje, som ikke deltog i det regelmæssige forebyggende tandplejetilbud. I 2008 viste en litteraturgennemgang, at størstedelen af befolkningen bruger tandplejen regelmæssigt, men der var fortsat en social gradient i brugen af forebyggende tandpleje (184). Arbejderbevægelsens Erhvervsråds undersøgelse fra 2011 indikerede, at indkomsten er en af de faktorer, der har størst betydning for, om tandlægebesøget gentagne

gange bliver sprunget over, idet 27 % blandt danskere med den laveste indkomst og 6 % blandt danskere med den højeste indkomst ikke har været til tandlægen de seneste 5 år (212). Og blandt Tandundersøgelsens deltagere sås det da også, at deltagere med en årsindkomst under 200.000 kr. havde næsten 3 gange øget tilbøjelighed til kun at have fået højst 2 tandundersøgelser på 5 år.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere sås der ikke i relation til uddannelsesniveau forskel i benyttelse af tandplejetilbuddet. Det kan skyldes, at langt den største del af Tandundersøgelsens deltagere var relativt højere uddannet end den øvrige befolkning, og at deltagerne udgjorde en særlig selekteret gruppe. Men uddannelse har i andre undersøgelser vist sig at have en relativ stor betydning for deltagelse i tandplejetilbuddet (19, 193), og det viste sig i en undersøgelse fra 2011 (212), at der var 3 gange så mange ufaglærte, der ikke gik regelmæssigt til tandlæge, sammenlignet med dem, der havde en videregående uddannelse.

En analyse af brugen af tandpleje i Sverige fra 1993-2003 viste i 2010, at socioøkonomiske forskelle i befolkningen ikke havde konsekvenser for brugen af voksentandplejen (213). Til gengæld kunne en undersøgelse fra Norge påvise, at der var sammenhæng mellem indkomst og tandlægebesøg inden for det sidste år (191), og blandt dem, der ikke havde været til tandlæge sidste år, angav 45 %, at de ikke havde råd (191). Senest har en anden norsk undersøgelse vist, at større indkomst medførte en lidt forøget sandsynlighed for at have været til tandlæge det seneste år (214).

På baggrund af forskellige undersøgelser forskellige resultater kunne det i kommende undersøgelser være interessant at analysere på befolkningsniveau, hvordan ikke-regelmæssige brugere af voksentandplejen i Danmark adskiller sig fra regelmæssige brugere eksempelvis i relation til køn, alder, uddannelse, indkomst, etnicitet, tandstatus, livsstil, generel sygelighed, lægemiddelforbrug samt forbrug af andre ydelser i sundhedsvæsenet, fx hos praktiserende læge.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 11 % fået en forebyggende ydelse det seneste år, og en tredjedel havde fået mindst én forebyggende ydelse inden for en 5-årsperiode. Det er relativt færre sammenlignet med den del af befolkningen, der benyttede tandplejesystemet i 2007 (210) og kan sandsynligvis tilskrives, at Tandundersøgelsens deltagere var forholdsvis sunde odontologisk set. Det var især de yngste deltagere i Tandundersøgelsen, der havde fået forebyggende ydelser, hvilket også tidligere har vist sig i en dansk undersøgelse (183). Det er tankevækkende, at det i særdeleshed er de yngre, der får forebyggende ydelser, idet også alle andre aldersgrupper og måske især de ældste har behov for forebyggelse. De mange bevarede tænder langt op i årene, som er meget restaurerede, kræver særlig omhyggelig vedligeholdelse, i særdeleshed hvis den ældre begynder at indtage lægemidler, der nedsætter spytsekretionen, eller hvis finmotorikken kompromitteres, så den ældre får problemer med at opretholde en sufficient mundhygiejne (217). I løbet af få måneder kan et tandsæt, som igennem hele livet er blevet fint vedligeholdt, smuldre væk.

Derudover viste det sig, at deltagere i Tandundersøgelsen med meget høj uddannelse var mere tilbøjelige til at have fået en forebyggende ydelse i 2007. Der er således noget, der tyder på, at meget højt uddannede i højere grad efterspørger eller tilbydes forebyggelse.

Der var 40 %, som havde fået en røntgenydelse i 2007, og næsten 90 % havde fået mindst én røntgenydelse inden for en 5-årsperiode. Det er en lidt mindre andel sammenlignet med tandplejens brugere generelt, hvor 46 % havde fået en røntgenydelse i 2007 (210). Det skyldes antagelig, at Tandundersøgelsens deltagere var relativt raske tandplejepatienter. Med lav sygdomsrisiko og sygdomsprogression vil der ofte være indikation for sjældnere røntgenundersøgelse. Samtidig sås det, at deltagere, der havde mere end 20 egne tænder, færre end 20 sunde tænder eller mange fyldte tandflader, oftere havde fået en røntgenydelse, hvilket forekommer logisk, idet det vil være vanskeligere at diagnosticere caries, når der er mange tætsiddende tænder og mange fyldte flader, hvorunder der kan være skjult caries. Det sås endvidere, at jo højere uddannelse, desto større var tilbøjeligheden til at have fået en røntgenydelse inden for en 5-årsperiode. Så også i relation til røntgendiagnostik kunne det se ud til, at de veluddannede er mere forebyggelsesminded og har fokus på, at sygdom opda- ges tidligst muligt.

Rygere og de, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, havde i højere grad fået en røntgenydelse i 2007, og de, som havde indløst recept på lægemidler, havde oftere fået mindst én røntgenydelse inden for en 5-årsperiode. Det er alle sammen grupper af patienter med stor sygdomsrisiko, og der vil dermed være indikation for at supplere tandundersøgelse med røntgendiagnostik.

12 % af Tandundersøgelsens deltagere i modsætning til næsten 19 % af tandplejens brugere generelt (210) havde fået en parodontalydelse i 2007, og i en 5-årsperiode havde næsten en fjerdedel af Tandundersøgelsens deltagere fået en parodontalydelse. Det understøtter igen billedet af Tandundersøgelsens deltagere som relativt raske tandplejepatienter. Med stigende alder øgedes sandsynligheden for at have fået en parodontalydelse både i 2007 og inden for en 5-årsperiode. Dette er i overensstemmelse med andre undersøgelsers fund (183). Ikke overraskende var det især deltagere med dårlig mundhygiejne, dybe pocher og fæstetab samt rygere og ex-rygere, der havde fået en parodontalydelse i 2007 og inden for en 5-årsperiode. Men der var faktisk op til 10 %, som havde fået en parodontalydelse i 2007, selvom de stort set ikke havde gingival blødning, pocher og fæstetab < 4 mm og blev karakteriseret som værende ikke-parodontosepatient. Forklaringen kan naturligvis være, at de ved deres behandling i 2007, hvilket altså lå forud for, at deltagerne gennemgik Tandundersøgelsen, er blevet "kureret" fuldstændigt for deres parodontale sygdom. Men forklaringen holder ikke, da fæstetab for altid vil være tabt og ikke kan "kureres". Tandundersøgelsens analyse giver derfor anledning til at efterlyse mulighed for at koble odontologiske diagnoser til ydelsesforbruget, idet det vil være interessant at

kunne afdække, hvilke diagnoser der ligger til grund for at bruge de parodontale ydelser i overenskomsten.

Også i relation til fyldninger viste det sig, at Tandundersøgelsens deltagere var relativt mere raske sammenlignet med den del af befolkningen, der havde deltaget i tandplejetilbudet i 2007: 40 % af Tandundersøgelsens deltagere og næsten 70 % af andre brugere af tandplejen havde fået en fyldning i 2007. Det var især mænd og dem, der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, der havde fået en fyldning. Det kan tolkes således, at når man er mindre tilbøjelig til at gå til forebyggende undersøgelser, så er man mere tilbøjelig til at få foretaget mere invasive typer af tandbehandlinger som fx fyldningsterapi.

Set over en 5-årsperiode havde 81 % af Tandundersøgelsens deltagere fået mindst én fyldning. Det var især lavtuddannede og dem, der allerede havde mange fyldninger eller havde carierede tandflader, der havde størst tilbøjelighed til at have fået en fyldning i løbet af en 5-årsperiode. Også de, der indtog mere sukker dagligt, end myndighederne anbefaler, havde størst sandsynlighed for at have fået en fyldning inden for 5 år. Det er logisk, at de, der indtager meget sukker, får caries og dermed skal have en fyldning. Det er ligeledes nærliggende at slutte, at de, der allerede har mange fyldte tandflader, vil være relativt mere disponerede for at få nye cariesangreb enten i kanttilslutning til de eksisterende fyldninger eller som følge af, at der er dårlig mundhygiejne. At lavtuddannede var mere tilbøjelige til at have fået mindst én fyldning kan skyldes, at de deltager mindre regelmæssigt i det forebyggende tandplejetilbud (215).

6 % af Tandundersøgelsens deltagere havde fået en rodbehandling i 2007, og en fjerdedel havde fået en rodbehandling i en 5-årsperiode. Det er lidt færre end de godt 7 % af tandplejens øvrige brugere, der havde fået en rodbehandling i 2007 (210). De, der havde fået rodbehandling, var karakteriseret ved især at være mænd, have haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, lide af hyposalivation og have fået mange lægemidler. Patientgruppen i relation til rodbehandling omfatter således dem, der relativt sjældnere benyttede det forebyggende tandplejetilbud, og dem der havde særlige risikofaktorer for tandsygdom. Med alderen øges tilbøjeligheden til at have fået en rodbehandling inden for en 5-årsperiode. Det hænger sammen med, at med flere og større restaureringer øges risikoen for rodbehandling. At yngre også kan få behov for en rodbehandling kan hænge sammen med, at yngre benytter det forebyggende tandplejetilbud i mindre omfang end tidligere og sammenlignet med ældre aldersgrupper. Med længere intervaller imellem tandundersøgelserne øges risikoen for, at eventuelle cariesangreb vokser sig så store, at de når ind til midten af tanden, hvor nerven sidder, hvorved behovet for en rodbehandling opstår.

Blandt Tandundersøgelsens deltagere havde 6 % fået fjernet en tand i 2007. Til sammenligning havde 12 % af tandplejens brugere i 2007 fået fjernet en tand (210), så også i relation til behov for fjernelse af tænder ser det ud til, at Tandundersøgelsens deltagere var relativt raske. Over en 5-årsperiode havde 24

% fået fjernet en tand. Mænd var lidt mere tilbøjelige til at have fået fjernet en tand. Det kan dels skyldes, at mænd kommer senere til tandlæge med deres tandproblemer, hvilket kan betyde, at sygdommen er så fremskreden, at tanden ikke længere kan reddes, men det kan også skyldes, at mænd hellere vælger "hurtige" løsninger frem for længerevarende og mere omfattende (også økonomisk set) løsninger. Med stigende alder øgedes sandsynligheden for, at Tandundersøgelsens deltagere havde fået fjernet en tand, hvilket stemmer godt overens med den første delrapports resultater vedrørende Tandundersøgelsens deltagere, som viste, at andelen, der havde bevaret 20 eller flere tænder, faldt med alderen (1).

De, der havde fået fjernet en tand, var især deltagere med parodontale symptomer, de der havde haft tandpine inden for de sidste 12 måneder, rygere, og de der havde indløst recept på 2 eller flere lægemidler. Igen viser det sig, at de, der har særlige risikofaktorer eller risikoadfærd, oftere vil have mistet tænder.

På baggrund af Tandundersøgelsens deltageres forbrug af tandplejeydelser rejser der sig en række spørgsmål i relation til, hvordan efterspørgslen på og adgangen til forskellige typer af basale tandplejeydelser påvirkes af sociale faktorer, og hvorvidt der forekommer en udbyder induceret ulighed i, hvilke typer basale tandplejeydelser forskellige socioøkonomiske grup-

per tilbydes i voksentandplejen. Spørgsmålet er desuden, hvilke faktorer der har størst betydning for udførelse af forskellige basale tandplejeydelser, eksempelvis oral sygdom, patientens ønske, tandlægens ønske/beslutning, tandlægens alder/kandidatår, patientens økonomiske muligheder, mv. For at belyse dette må der designes undersøgelser, som er specifikt målrettet afdækning af dette, da det ikke ligger inden for rammerne af denne undersøgelse.

Afslutningsvis er det i relation til brug af tandplejeydelser vigtigt at holde sig for øje, at det ikke udelukkende er patientens eller tandlægens valg, hvilke ydelser der ydes. Patienter vil naturligvis til en vis grad kunne efterspørge bestemte ydelser, som de særligt gerne vil have, når de er til tandundersøgelse. Tandlægen er forpligtet til at leve op til overenskomstens aftalte rammer og har desuden visse faglige og etiske forpligtelser som autoriseret sundhedsperson. Ikke desto mindre kan tandlægen – stadig inden for overenskomstens rammer – have ønske om, at hans eller hendes patientgruppe skal være meget velbehandlede, og tandlægen kan sågar have et mere eller mindre eksplicit ønske om at "ligge højt" i ydelsesstatistikken. Det kan således have betydning for patienternes tandstatus og ydelsesforbrug, hvilken tandlægepraksis patienten så at sige er blevet "eksponeret" for, ligesom tandlægens måde at anvende ydelserne på, vil have betydning for patientens tandplejeforbrug.

- (1) Cortsen B. Tandstatus - tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (2) Sundhedsministeriet. Godt på vej mod et sundere Danmark. 2009; Available at: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20dokumenter/Sundhedspakken09/handout7.ashx>. Accessed Jun 4, 2012.
- (3) OECD. Society at a glance 2011. OECD Social indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8111041e.pdf?expires=1338800623&id=id&accname=guest&checksum=1096A956A1D3B389DFE5DBAE260B0403> ed. Paris: OECD Publishing; 2011.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (5) Petersen P, Ueda H. Oral health ageing societies. Integration of oral health and general health. 2006; Available at: [http://www.who.int/oral\\_health/events/Oral%20health%20report%202.pdf](http://www.who.int/oral_health/events/Oral%20health%20report%202.pdf). Accessed 6 Juli, 2012.
- (6) Danmarks Statistik. Statistiske Efterretninger: Serien Befolkning og Valg, Befolkningsudviklingen frem til år 2100. København: Danmarks Statistik; 1999.
- (7) Madsen HK, Hallas J. Danish drug consumption trends. *Ugeskr Laeger* 2009 Mar 2;171(10):775-777.
- (8) Langgaard-Lauridsen P, Engel Hansen H. Forbruget af lægemidler i 2009. Analyse. 2010; Available at: [http://www.apotekerforeningen.dk/pdf/Analyser2010/Forbruget\\_af\\_laegemidler\\_2009.pdf](http://www.apotekerforeningen.dk/pdf/Analyser2010/Forbruget_af_laegemidler_2009.pdf). Accessed Jun 17, 2012.
- (9) Sheiham A. Sugars and dental decay. *Lancet* 1983 Apr 16;1(8329):873.
- (10) Woodward M, Walker AR. Sugar consumption and dental caries: evidence from 90 countries. *Br Dent J* 1994 Apr 23;176(8):297-302.
- (11) Larsen M, Poulsen S, Hansen IL. Erosion og klinik hos en gruppe danske skolebørn. *Tandlægebladet* 2003;107(4):240-246.
- (12) Esmark L. Forekomst af tanderosion hos en gruppe danske 12-17-årige. *Tandlægebladet* 2009;113(9):662-665.
- (13) Mandel L. Dental erosion due to wine consumption. *J Am Dent Assoc* 2005 Jan;136(1):71-75.
- (14) Mulic A, Tveit AB, Hove LH, Skaare AB. Dental erosive wear among Norwegian wine tasters. *Acta Odontol Scand* 2010 Jan;69(1):21-26.
- (15) Adler L, Modin C, Friskopp J, Jansson L. Relationship between smoking and periodontal probing pocket depth profile. *Swed Dent J* 2008;32(4):157-163.
- (16) Niederman R. Causal association between smoking and tooth loss is highly likely. *Evid Based Dent* 2011;12(3):77.
- (17) Pedersen AML, Dynesen AW, Jensen SB. Udredning af xerostomi og nedsat spyttsekretion. *Tandlægebladet* 2011;115(5):374-382.
- (18) Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. 1st ed. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet; 2012.
- (19) Petersen PE, Ekholm O, Jürgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebeføg i Danmark. Situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet* 2010;114(6):480-491.
- (20) Glick M. Screening for traditional risk factors for cardiovascular disease: a review for oral health care providers. *J Am Dent Assoc* 2002 Mar;133(3):291-300.
- (21) Glick M. Expanding the dentist's role in health care delivery: is it time to discard the Procrustean bed? *J Am Dent Assoc* 2009 Nov;140(11):1340-1342.
- (22) Nattestad A, Schou S. Symposium 2007: Dentoalveolær kirurgi. *Tandlægebladet* 2007;111(14):1088-1097.
- (23) Holmstrup P, Fiehn NE. Mouth diseases--a focus for cooperation. *Ugeskr Laeger* 2010 Nov 1;172(44):3015.
- (24) Sproat C, Beheshti S, Harwood AN, Crossbie D. Should we screen for hypertension in general dental practice? *Br Dent J* 2009 Sep 26;207(6):275-277.
- (25) Glick M, Greenberg BL. The potential role of dentists in identifying patients' risk of experiencing coronary heart disease events. *J Am Dent Assoc* 2005 Nov;136(11):1541-1546.
- (26) Ali D, Kunzel C. Diabetes mellitus: update and relevance for dentistry. *Dent Today* 2011 Dec;30(12):45-6, 48-50; quiz 51.
- (27) Ireland RS, Bowyer V, Ireland A, Sutcliffe P. The medical and dental attendance pattern of patients attending general dental practices in Warwickshire and their general health risk assessment. *Br Dent J* 2012 Apr 20;212(8):E12.
- (28) Fernandez-Feijoo J, Nunez-Orjales JL, Limeres-Posse J, Perez-Serrano E, Tomas-Carmona I. Screening for hypertension in a primary care dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010 May 1;15(3):e467-72.

- (29) Jontell M, Glick M. Oral health care professionals' identification of cardiovascular disease risk among patients in private dental offices in Sweden. *J Am Dent Assoc* 2009 Nov; 140(11):1385-1391.
- (30) Coulthard P. Should GPs be checking blood pressure? *Br Dent J* 2002 Sep 14;193(5):269.
- (31) Laurence B. Dentists consider medical screening important and are willing to incorporate screening procedures into dental practice. *J Evid Based Dent Pract* 2010 Dec;10(4):254-256.
- (32) Greenberg BL, Glick M, Frantsve-Hawley J, Kantor ML. Dentists' attitudes toward chairside screening for medical conditions. *J Am Dent Assoc* 2010 Jan;141(1):52-62.
- (33) Greenberg BL, Kantor ML, Jiang SS, Glick M. Patients' attitudes toward screening for medical conditions in a dental setting. *J Public Health Dent* 2011 Oct 10.
- (34) Krustrup U, Petersen PE. Dansk tandpleje under forandring - hvad mener tandlægerne? *Tandlægebladet* 2008;112(8):696-706.
- (35) Statens Institut for Folkesundhed, editor. *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.
- (36) Statens Institut for Folkesundhed. *KRAM-kostspørgeskema*. 2011; Available at: <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kost-spørgeskema.pdf>. Accessed 23. marts, 2011.
- (37) Ernæringsrådet. *Sukkers sundhedsmæssige betydning*. Søborg: Ernæringsrådet; 2003.
- (38) Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen. "Maks ½ liter sodavand eller saft om ugen". 2009; Available at: <http://www.mak-senhalvliter.dk/Services/omkampagnen/omkampagnen.htm>. Accessed Maj 21, 2012.
- (39) Ismail AI, Burt BA, Eklund SA. The cariogenicity of soft drinks in the United States. *J Am Dent Assoc* 1984 Aug;109(2):241-245.
- (40) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- (41) Sundhedsstyrelsen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks lungeforening. *Monitorering af danskernes rygevaner, 2008*. 2009; Available at: [http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal%20og%20undersoegelser/Danskernes%20rygevaner/2008/kryds\\_alle.ashx](http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal%20og%20undersoegelser/Danskernes%20rygevaner/2008/kryds_alle.ashx). Accessed Maj 23, 2012.
- (42) Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol*. 2010; Available at: [http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol/Alkoholudmelding\\_Aug2010/NOTAT\\_alkoholudmelding\\_aug\\_2010.ashx](http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol/Alkoholudmelding_Aug2010/NOTAT_alkoholudmelding_aug_2010.ashx). Accessed Maj 24, 2012.
- (43) Grauballe M, Rydnert J, Clausen LG, Holmstrup P, Flyvbjerg A, Schou S. Metabolisk syndrom, diabetes mellitus og disse tilstandes betydning for mundhulen. *Tandlægebladet* 2012; 116(2):96-104.
- (44) World Health Organization. *Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes*. Switzerland: World Health Organization; 2011.
- (45) National Institute for Clinical Excellence. *Chronic obstructive pulmonary disease - management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. 2012; Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG101>. Accessed Jun 26, 2012.
- (46) WHO. *ATC structure and principles*. 2011; Available at: [http://www.whocc.no/atc/structure\\_and\\_principles/](http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/). Accessed Jun 12, 2012.
- (47) Fagt S, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Groth MV, Christensen T, Trolle E editors. *Danskernes kostvaner 1995-2006. Status på udvikling med fokus på frugt og grønt samt sukker*. Søborg: DTU Fødevarestitutttet; 2008.
- (48) Beauchamp GK, Cowart BJ. Congenital and experiential factors in the development of human flavor preferences. *Appetite* 1985 Dec;6(4):357-372.
- (49) Fødevarestyrelsen. *Alt om kost*. 2011; Available at: [http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De\\_8\\_kostraad/Spar\\_paa\\_sukker/forside.htm](http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_8_kostraad/Spar_paa_sukker/forside.htm). Accessed 14. maj, 2012.
- (50) Pedersen AN, Fagt S, Ovesen L, Schroll M. Quality control including validation in dietary surveys of elderly subjects. The validation of a dietary history method (the SENECA-method) used in the 1914-population study in Glostrup of Danish men and women aged 80 years. *J Nutr Health Aging* 2001;5(4):208-216.
- (51) Nyvad B, Fejerskov O. Development, structure and pH of dental plaque. In: Thylstrup A FO, editor. *Textbook of Clinical Cariology* Copenhagen: Munksgaard 1994: 89-110.
- (52) Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol* 2001 May;46(5):413-423.



- (53) Lingstrom P, Birkhed D. Plaque pH and oral retention after consumption of starchy snack products at normal and low salivary secretion rate. *Acta Odontol Scand* 1993 Dec;51(6):379-388.
- (54) STEPHAN RM. pH and dental caries. *J Dent Res* 1947 Aug;26(4):340.
- (55) World Health Organization. Fluorides and oral health. Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1994;846:1-37.
- (56) Burt BA, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *J Dent Educ* 2001 Oct;65(10):1017-1023.
- (57) Duggal MS, Toumba KJ, Amaechi BT, Kowash MB, Higham SM. Enamel demineralization in situ with various frequencies of carbohydrate consumption with and without fluoride toothpaste. *J Dent Res* 2001 Aug;80(8):1721-1724.
- (58) Sreebny LM. Sugar availability, sugar consumption and dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982 Feb;10(1):1-7.
- (59) World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2003;916:i-viii, 1-149, backcover.
- (60) Bryggeriforeningen. Tal fra Bryggeriforeningen. Læskedrikke 2007. 2007; Available at: <http://ipaper.ipapercms.dk/Bryggerigruppen/Foreningen/TalFraBryggeriforeningen/lasktal07/>. Accessed Maj 22, 2012.
- (61) Dhingra R, Sullivan L, Jacques PF, Wang TJ, Fox CS, Meigs JB, et al. Soft drink consumption and risk of developing cardio-metabolic risk factors and the metabolic syndrome in middle-aged adults in the community. *Circulation* 2007 Jul 31;116(5):480-488.
- (62) Bryggeriforeningen. Light sodavand vokser. 2011; Available at: <http://www.dev-bryggeriforeningen.dk/default.asp?pid=191&visnyhed=370>. Accessed 8. november, 2011.
- (63) Kræftens Bekæmpelse. Voksnes rygevaner. 2012; Available at: <http://www.cancer.dk/forebyg/roegfri/fakta+rygning/Voksnes+rygevaner/>. Accessed Maj 23, 2012.
- (64) Teknologi-rådet. Høring om tilsætningsstoffer og tobaksvarer. 2006; Available at: [http://www.tekno.dk/pdf/hoeringer/p06\\_Hoering\\_om\\_tobaksvarer.pdf](http://www.tekno.dk/pdf/hoeringer/p06_Hoering_om_tobaksvarer.pdf). Accessed Maj 23, 2012.
- (65) Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner 2011. Rygerne stopper i stort tal. 2012; Available at: [http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal\\_og\\_undersoegelser/](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal_og_undersoegelser/) Danskernes\_rygevaner/Udvikling2011.aspx. Accessed Maj 23, 2012.
- (66) Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner 2011. Frekvensfordelinger. 2012; Available at: <http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/Tal%20og%20undersoegelser/Danskernes%20rygevaner/2011/Danskernes%20rygevaner%202011%20-%20frekvensfordelinger.ashx>. Accessed Maj 23, 2012.
- (67) Clemmensen KKB, Lyng E, Clemmensen IH. Nationale befolkningsundersøgelser om rygning og salg af tobak i Danmark i perioden 1920-2010. *Ugeskrift for læger* 2012(174):1797.
- (68) West R, Zatonski W, Przewozniak K, Jarvis MJ. Can we trust national smoking prevalence figures? Discrepancies between biochemically assessed and self-reported smoking rates in three countries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007 Apr;16(4):820-822.
- (69) Skatteministeriet. Status over grænsehandel. København: Skatteministeriet; 2010.
- (70) Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). København: Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
- (71) Johnson N. Oral cancer. Practical prevention. *FDI World* 1997 Nov-Dec;6(6):10-16.
- (72) Bilde A, von Buchwald C, Hillerup S. Behandling af mundhulecancer - en standardiseret behandling i Danmark. *Tandlægebladet* 2005;109:958-963.
- (73) Grau C. Generelle udrednings- og behandlingsstrategier for hoved- og halscancer i Danmark. *Tandlægebladet* 2012; 116(6):412-417.
- (74) Holmstrup P, Reinholdt J, Poulsen A. Marginal parodontitis er en af de almindeligste inflammatoriske sygdomme. *Ugeskr Læger* 2010 November 1.;172(44):3029-3032.
- (75) Thomsen KB, Berg M. Rygnings effekt på det immunologiske respons i forbindelse med marginal parodontitis. *Tandlægebladet* 2009;113(4):278-288.
- (76) Kaldahl WB, Johnson GK, Patil KD, Kalkwarf KL. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996 Jul;67(7):675-681.
- (77) Frick WG, Seals RR, Jr. Smoking and wound healing: a review. *Tex Dent J* 1994 Jun;111(6):21-23.
- (78) Meechan JG, Macgregor ID, Rogers SN, Hobson RS, Bate JP, Dennison M. The effect of smoking on immediate post-ex-

traction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988 Oct;26(5):402-409.

(79) Holmstrup P, Bessermann M. Clinical, therapeutic, and pathogenic aspects of chronic oral multifocal candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983 Oct;56(4):388-395.

(80) Bahrami G, Vaeth M, Kirkevang LL, Wenzel A, Isidor F. Risk factors for tooth loss in an adult population: a radiographic study. *J Clin Periodontol* 2008 Dec;35(12):1059-1065.

(81) Isidor F, Schou S. Implantatbehandling på parodontitis-modtagelige patienter. *Tandlægebladet* 2010;114(2):122-128.

(82) EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Tobacco and oral diseases--report of EU Working Group, 1999. *J Ir Dent Assoc* 2000;46(1):12-9, 22.

(83) Ness L, Rosekrans Dde L, Welford JF. An epidemiologic study of factors affecting extrinsic staining of teeth in an English population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1977 Jan;5(1):55-60.

(84) FDI/WHO. Tobacco or oral health: an advisory guide for oral health professionals. UK: World Dental Press; 2005.

(85) Gordon JS, Andrews JA, Lichtenstein E, Severson HH. The impact of a brief tobacco-use cessation intervention in public health dental clinics. *J Am Dent Assoc* 2005 Feb;136(2):179-86; quiz 230-1.

(86) Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995 Oct 9;155(18):1933-1941.

(87) Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Assoc* 1999 Feb;130(2):219-226.

(88) Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen. Alkohol i Danmark. Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitik 2008. København: Center for alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed; Syddansk Universitet; 2008.

(89) Bjerrum L, Barfod S, Becker U. Spørg til alkoholvaner - diagnostik og behandling af alkoholproblemer. København: Sundhedsstyrelsen; Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010.

(90) Hermansen K, Schmidt EB, Tjønneland A, Tolstrup JS, Grønbæk M. Alkohol og livsstilssygdomme. København: Motions- og Ernæringsrådet; 2007.

(91) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington: American Institute for Cancer Research; 2007.

(92) Franceschi S, Levi F, La Vecchia C, Conti E, Dal Maso L, Barzan L, et al. Comparison of the effect of smoking and alcohol drinking between oral and pharyngeal cancer. *Int J Cancer* 1999 Sep 24;83(1):1-4.

(93) Bilde A, Hillerup S. Diagnose og behandling af orale plancellulære karcinomer. *Tandlægebladet* 2012;116(6):430-434.

(94) Kræftens Bekæmpelse. Hoved-hals kræft. 2011; Available at: <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/hoved+hals+kraeft/>. Accessed Maj 24, 2012.

(95) Bundgaard T, Pfeiffer P, Lindeberg H. Orale karcinomer. *Tandlægebladet* 2002;106(7):538-541.

(96) Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst* 2007 May 16; 99(10):777-789.

(97) Kongstad J, Hvidtfeldt UA, Gronbaek M, Jontell M, Stoltze K, Holmstrup P. Amount and type of alcohol and periodontitis in the Copenhagen City Heart Study. *J Clin Periodontol* 2008 Dec;35(12):1032-1039.

(98) Heegaard K, Avlund K, Holm-Pedersen P, Hvidtfeldt UA, Bardow A, Gronbaek M. Amount and type of alcohol consumption and missing teeth among community-dwelling older adults: findings from the Copenhagen Oral Health Senior study. *J Public Health Dent* 2011 Fall;71(4):318-326.

(99) Lyhne N, Christensen T, Groth MV, Fagt S, Biloft-Jensen A, Hartkopp H, et al. Danskernes kostvaner 2000-2002. Hovedresultater. Søborg: Danmarks Fødevareforskning; 2005.

(100) Bøgh-Sørensen L, Biloft-Jensen A, Groth MV, Matthiesen J, Fagt S, Hels O. Sammenhængen mellem alkoholindtag og kostkvalitet. *Ugeskrift for læger* 2009;171(9):695-699.

(101) Perheentupa U, Laukkanen P, Veijola J, Joukamaa M, Jarvelin MR, Laitinen J, et al. Increased lifetime prevalence of dental trauma is associated with previous non-dental injuries, mental distress and high alcohol consumption. *Dent Traumatol* 2001 Feb;17(1):10-16.

(102) Henriksen JE. Det metaboliske syndrom. 2008; Available at: <http://www.netdokter.dk/sygdomme/fakta/metaboliskesyndrom.htm>. Accessed Maj 25, 2012.

(103) Glumer C, Jorgensen T, Borch-Johnsen K, Inter99 study. Prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in a Danish population: the Inter99 study. *Diabetes Care* 2003 Aug; 26(8):2335-2340.

- (104) Sørensen TIA. Fedme - hvad vi ved og ikke ved. *Tandlægebladet* 2012;116(4):256-257.
- (105) Friedlander AH, Weinreb J, Friedlander I, Yagiela JA. Metabolic syndrome: pathogenesis, medical care and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2007 Feb;138(2):179-87; quiz 248.
- (106) Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 1996 Apr;127(4):459-467.
- (107) Johansson I, Tidehag P, Lundberg V, Hallmans G. Dental status, diet and cardiovascular risk factors in middle-aged people in northern Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994 Dec;22(6):431-436.
- (108) Forslund HB, Lindroos AK, Blomkvist K, Hakeberg M, Berggren U, Jontell M, et al. Number of teeth, body mass index, and dental anxiety in middle-aged Swedish women. *Acta Odontol Scand* 2002 Dec;60(6):346-352.
- (109) Marcenés W, Steele JG, Sheiham A, Walls AW. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saude Publica* 2003 May-Jun;19(3):809-816.
- (110) Saito T, Shimazaki Y, Koga T, Tsuzuki M, Ohshima A. Relationship between upper body obesity and periodontitis. *J Dent Res* 2001 Jul;80(7):1631-1636.
- (111) D'Aiuto F, Sabbah W, Netuveli G, Donos N, Hingorani AD, Deanfield J, et al. Association of the metabolic syndrome with severe periodontitis in a large U.S. population-based survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2008 Oct;93(10):3989-3994.
- (112) Timonen P, Niskanen M, Suominen-Taipale L, Jula A, Knuutila M, Ylostalo P. Metabolic syndrome, periodontal infection, and dental caries. *J Dent Res* 2010 Oct;89(10):1068-1073.
- (113) Sundhedsstyrelsen. Diabetes. Tal på diabetes 1996-2010. 2011; Available at: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Diabetes.aspx>. Accessed Maj 29, 2012.
- (114) Green A. Diabetes Mellitus i Danmark 1997-2006. Epidemiologiske analyser; 2008.
- (115) Diabetesforeningen. Diabetes koster milliarder. 2006; Available at: [http://barometer.diabetes.dk/sitecore/content/diabetes,-d,-dk/Aktuelt/~/\\_media/Files/Diabetes.dk/Rundt\\_om\\_diabetes/paa\\_tryk/Behandlerbladet/Behandlerblad%20nr.23.ashx](http://barometer.diabetes.dk/sitecore/content/diabetes,-d,-dk/Aktuelt/~/_media/Files/Diabetes.dk/Rundt_om_diabetes/paa_tryk/Behandlerbladet/Behandlerblad%20nr.23.ashx). Accessed Jun 1, 2012.
- (116) Diabetesforeningen. Fakta om diabetes. 2012; Available at: [http://www.diabetes.dk/Rundt\\_om\\_diabetes.aspx](http://www.diabetes.dk/Rundt_om_diabetes.aspx). Accessed Maj 29, 2012.
- (117) Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: update on associations and risks. *J Clin Periodontol* 2008 Sep;35(8 Suppl):398-409.
- (118) Rasmussen SS, Glumer C, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K. Determinants of progression from impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance to diabetes in a high-risk screened population: 3 year follow-up in the ADDITION study, Denmark. *Diabetologia* 2008 Feb;51(2):249-257.
- (119) Chavarry NG, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009;7(2):107-127.
- (120) Preshaw PM. Periodontal disease and diabetes. *J Dent* 2009 Aug;37(8):S575-7.
- (121) Det Nationale Indikatorprojekt. Diabetes. National auditreport. Århus: NIP; 2011.
- (122) Pontes Andersen CC, Flyvbjerg A, Buschard K, Holmstrup P. Periodontitis is associated with aggravation of prediabetes in Zucker fatty rats. *J Periodontol* 2007 Mar;78(3):559-565.
- (123) Pontes Andersen CC, Buschard K, Flyvbjerg A, Stoltze K, Holmstrup P. Periodontitis deteriorates metabolic control in type 2 diabetic Goto-Kakizaki rats. *J Periodontol* 2006 Mar;77(3):350-356.
- (124) Holmstrup P. Parodontose kan påvirke diabetesregulering. *Behandlerbladet* 2010(April 2010):20-24.
- (125) Koromantzos PA, Makrilakis K, Dereka X, Katsilambros N, Vrotsos IA, Madianos PN. A randomized, controlled trial on the effect of non-surgical periodontal therapy in patients with type 2 diabetes. Part I: effect on periodontal status and glycaemic control. *J Clin Periodontol* 2011 Feb;38(2):142-147.
- (126) Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 May 12;(5):CD004714.
- (127) Pucher J, Stewart J. Periodontal disease and diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2004 Feb;4(1):46-50.
- (128) Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010 Feb;33(2):421-427.
- (129) Williams RC, Mahan CJ. Periodontal disease and diabetes in young adults. *J Am Med Assoc* 1960 Feb 20;172:776-778.

- (130) Grossi SG, Skrepcinski FB, DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ. Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. *J Periodontol* 1996 Oct;67(10 Suppl):1094-1102.
- (131) Mosen DM, Pihlstrom DJ, Snyder JJ, Shuster E. Assessing the association between receipt of dental care, diabetes control measures and health care utilization. *J Am Dent Assoc* 2012 Jan; 143(1):20-30.
- (132) Bergmann OJ. Diabetes mellitus og oral sundhed. *Tandlægebladet* 2004;108(14):1168-1174.
- (133) Groule V, Falch IB, Lyng AML. Orale aspekter ved type 1-diabetes. *Tandlægebladet* 2009;113(4):2-8.
- (134) Reuterving CO, Reuterving G, Hagg E, Ericson T. Salivary flow rate and salivary glucose concentration in patients with diabetes mellitus influence of severity of diabetes. *Diabete Metab* 1987 Jul-Aug;13(4):457-462.
- (135) Twetman S, Johansson I, Birkhed D, Nederfors T. Caries incidence in young type 1 diabetes mellitus patients in relation to metabolic control and caries-associated risk factors. *Caries Res* 2002 Jan-Feb;36(1):31-35.
- (136) Mealey BL. Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *J Am Dent Assoc* 2006 Oct;137 Suppl:26S-31S.
- (137) Firatli E, Yilmaz O, Onan U. The relationship between clinical attachment loss and the duration of insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) in children and adolescents. *J Clin Periodontol* 1996 Apr;23(4):362-366.
- (138) Hugoson A, Thorstensson H, Falk H, Kuylenstierna J. Periodontal conditions in insulin-dependent diabetics. *J Clin Periodontol* 1989 Apr;16(4):215-223.
- (139) Novaes AB, Gutierrez FG, Novaes AB. Periodontal disease progression in type II non-insulin-dependent diabetes mellitus patients (NIDDM). Part I--Probing pocket depth and clinical attachment. *Braz Dent J* 1996;7(2):65-73.
- (140) Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 Jun;30(3):182-192.
- (141) Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont* 2009 Feb;18(2):88-96.
- (142) Lindhe J, Lang NP, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. 5th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008.
- (143) Pedersen AML. Diabetes Mellitus and Related Oral Manifestations. 2004;2012(Maj 29):229-248.
- (144) Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc* 2008 Oct;139 Suppl:19S-24S.
- (145) Hardy SL, Brennand CP, Wyse BW. Taste thresholds of individuals with diabetes mellitus and of control subjects. *J Am Diet Assoc* 1981 Sep;79(3):286-289.
- (146) Lalla E, Kunzel C, Burkett S, Cheng B, Lamster IB. Identification of unrecognized diabetes and pre-diabetes in a dental setting. *J Dent Res* 2011 Jul;90(7):855-860.
- (147) Li S, Williams PL, Douglass CW. Development of a clinical guideline to predict undiagnosed diabetes in dental patients. *J Am Dent Assoc* 2011 Jan;142(1):28-37.
- (148) Hjerteforeningen. Fakta om hjertekarsygdom i Danmark. 2012; Available at: [http://www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/fakta/fakta\\_om\\_hjertekarsygdomme/](http://www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/fakta/fakta_om_hjertekarsygdomme/). Accessed Maj 31, 2012.
- (149) Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2007.
- (150) Suadcani P, Hein OH, Gyntelberg F. Lifestyle, social class, and obesity-the Copenhagen Male Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005 Jun;12(3):236-242.
- (151) Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002 Dec 14;360(9349):1903-1913.
- (152) Greenberg BL, Glick M, Goodchild J, Duda PW, Conte NR, Conte M. Screening for cardiovascular risk factors in a dental setting. *J Am Dent Assoc* 2007 Jun;138(6):798-804.
- (153) Gasbjerg BE. Blodtryksmåling i privat tandlægepraksis. 2010:1-59.
- (154) Belstrom D, Damgaard C, Nielsen CH, Holmstrup P. Does a causal relation between cardiovascular disease and periodontitis exist? *Microbes Infect* 2012 May;14(5):411-418.
- (155) Klinge B, Holmstrup P. Parodontit och allmänsjukdomar. *Tandlægebladet* 2004;108(2):116-125.
- (156) Geismar K, Stoltze K, Sigurd B, Gyntelberg F, Holmstrup P. Periodontal disease and coronary heart disease. *J Periodontol* 2006 Sep;77(9):1547-1554.
- (157) Valtonen VV. Role of infections in atherosclerosis. *Am Heart J* 1999 Nov;138(5 Pt 2):S431-3.

- (158) Mattila KJ, Valtonen VV, Nieminen MS, Asikainen S. Role of infection as a risk factor for atherosclerosis, myocardial infarction, and stroke. *Clin Infect Dis* 1998 Mar;26(3):719-734.
- (159) Forner L, Larsen T, Kilian M, Holmstrup P. Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *J Clin Periodontol* 2006 Jun;33(6):401-407.
- (160) Kuramitsu HK, Kang IC, Qi M. Interactions of *Porphyromonas gingivalis* with host cells: implications for cardiovascular diseases. *J Periodontol* 2003 Jan;74(1):85-89.
- (161) Beck JD, Offenbacher S, Williams R, Gibbs P, Garcia R. Periodontitis: a risk factor for coronary heart disease? *Ann Periodontol* 1998 Jul;3(1):127-141.
- (162) Haraszthy VI, Zambon JJ, Trevisan M, Zeid M, Genco RJ. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. *J Periodontol* 2000 Oct;71(10):1554-1560.
- (163) Buhlin K, Hultin M, Norderyd O, Persson L, Pockley AG, Pussinen PJ, et al. Periodontal treatment influences risk markers for atherosclerosis in patients with severe periodontitis. *Atherosclerosis* 2009 Oct;206(2):518-522.
- (164) Sundhedsstyrelsen. KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. 2007; Available at: <http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/KOL/KOLanbefalinger.pdf>. Accessed Jun 18, 2012.
- (165) Laursen LC. Lungemedicin og allergi. *Tandlægebladet* 2009;113(13):990-996.
- (166) Danmarks lungeforening. Hvad er KOL? 2011; Available at: <http://www.lunge.dk/hvad-er-kol>. Accessed Jun 1, 2012.
- (167) Mojon P. Oral health and respiratory infection. *J Can Dent Assoc* 2002 Jun;68(6):340-345.
- (168) Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol* 2006 Sep;77(9):1465-1482.
- (169) Sharma N, Shamsuddin H. Association between respiratory disease in hospitalized patients and periodontal disease: a cross-sectional study. *J Periodontol* 2011 Aug;82(8):1155-1160.
- (170) Liu Z, Zhang W, Zhang J, Zhou X, Zhang L, Song Y, et al. Oral hygiene, periodontal health and chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Clin Periodontol* 2012 Jan;39(1):45-52.
- (171) Sundhedsstyrelsen. Befolkningens brug af medicin mod folkesygdomme. 2012; Available at: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/statistik-og-analyser/statistik/brug-af-medicin-mod-folkesygdomme>. Accessed Jun 12, 2012.
- (172) ÆldreForum. Ældre & tandsundhed. ÆldreForum; 2001.
- (173) Pedersen AM, Bardow A, Jensen SB, Nauntofte B. Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion. *Oral Dis* 2002 May;8(3):117-129.
- (174) Jensen SB, Dynesen AW, Pedersen AML. Xerostomi og nedsat spyttsekretion: demografiske aspekter og årsager. *Tandlægebladet* 2011;115(5):366-373.
- (175) Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Lægemiddelinducerede forandringer i spyttet og udvikling af sygdom i mundhulen. *Tandlægebladet* 1998;102(7):1-13.
- (176) Sreebny LM. The causes of dry mouth: a broad panoply. *Dry mouth - The malevolent symptom: A Clinical guide*. Sreebny, L.M.; ed. Iowa: Wiley-Blackwell; 2010:89-127.
- (177) Føhns CL, Pedersen AML, Andersen SE. Medicin og mundtørhed. *Månedsskrift for almen praksis* 2012;Oktober:835-846.
- (178) Nederfors T, Isaksson R, Mornstad H, Dahlof C. Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult Swedish population--relation to age, sex and pharmacotherapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 Jun;25(3):211-216.
- (179) Smidt D, Torpet LA, Nauntofte B, Heegaard KM, Pedersen AM. Associations between oral and ocular dryness, labial and whole salivary flow rates, systemic diseases and medications in a sample of older people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011 Jun;39(3):276-288.
- (180) Lægehåndbogen. Geriatri: Tilstande og sygdomme: Polyfarmaci hos ældre. 2010; Available at: <http://laegehaandbogen.dk/geriatri/tilstande-og-sygdomme/polyfarmaci-hos-eldre-27305.html>. Accessed Jun 11, 2012.
- (181) Statens Serum Institut. Medstat.dk. 2012; Available at: <http://www.medstat.dk/>. Accessed Jun 13, 2012.
- (182) Kirkegaard E, Borgnakke W, Grønbaek L. Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning (Licentiatafhandling). Århus: Århus og Københavns Tandlægehøjskole; 1986.
- (183) Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet hos voksne i Danmark 1994. *Tandlægebladet* 1996;100(6):215-222.
- (184) Christensen LB, Petersen PE. Brug af tandplejesystemet og egenomsorg i Danmark. *Tandlægebladet* 2008;112(2):134-141.

- (185) Christensen LB, Hede B, Sundby A. Den københavnske befolknings anvendelse af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser. *Tandlægebladet* 2005;109(14):1126-1132.
- (186) Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001 Aug;59(4):201-211.
- (187) Pedersen KM. Sundhedspolitik. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
- (188) Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983 Jun;11(3):162-168.
- (189) Christensen LB, Petersen PE, Steding-Jessen M. Consumption of dental services among adults in Denmark 1994-2003. *Eur J Oral Sci* 2007 Jun;115(3):174-179.
- (190) Försäkringskassan. Det statsliga tandvårdsstödet - en lägesrapport 2012. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
- (191) Holst H, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2005;115(4):212-216.
- (192) Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent* 2004 Summer; 64(3):127-135.
- (193) Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krusturup U. Voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbudet i Danmark 2000. Sociale og adfærdsmæssige determinanter for udvikling. *Tandlægebladet* 2003;107(9):672-84.
- (194) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2012.
- (195) Petersen PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990 Jun;18(3):153-158.
- (196) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Tandlægeforeningen. Tandlægeoverenskomst. Landsoverenskomst om tandlægehjælp. København: Danske Regioner; 2007.
- (197) Kildemoes HW, Sorensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health* 2011 Jul;39(7 Suppl):38-41.
- (198) Saini S, Aparna, Gupta N, Mahajan A, Arora DR. Microbial flora in orodental infections. *Indian J Med Microbiol* 2003 Apr-Jun;21(2):111-114.
- (199) Fødevarestyrelsen. Spar på sukkeret. 2011; Available at: [http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De\\_8\\_kostraad/Spar\\_paa\\_sukker/forside.htm](http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_8_kostraad/Spar_paa_sukker/forside.htm). Accessed Maj 18, 2012.
- (200) Drewnowski A. Intense sweeteners and energy density of foods: implications for weight control. *Eur J Clin Nutr* 1999 Oct;53(10):757-763.
- (201) Roland T, Preisler J. Hvem styrer indkøbsvognen? Sundhed og forbrug 2010. 2011; Available at: [http://fdb.dk/sites/default/files/r\\_2\\_10289%20FDB\\_Rapport%20web.pdf](http://fdb.dk/sites/default/files/r_2_10289%20FDB_Rapport%20web.pdf). Accessed Maj 22, 2012.
- (202) Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekback G, Ordell S, Carlsson GE. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 2012 Jun; 29(2):e107-15.
- (203) Maier H, Born IA, Mall G. Effect of chronic ethanol and nicotine consumption on the function and morphology of the salivary glands. *Klin Wochenschr* 1988;66 Suppl 11:140-150.
- (204) Buhlin K, Gustafsson A, Hakansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol* 2002 Mar;29(3):254-259.
- (205) Tsakos G, Sabbah W, Hingorani AD, Netuveli G, Donos N, Watt RG, et al. Is periodontal inflammation associated with raised blood pressure? Evidence from a National US survey. *J Hypertens* 2010 Dec;28(12):2386-2393.
- (206) Lægemedelstyrelsen. Forbruget af antibiotika 2000-2005. 2006; Available at: <http://ext.laegemiddelstyrelsen.dk/statistik/forbrugsanalyser/antibiotika-notat/antibiotika-notat.asp>. Accessed Jun 12, 2012.
- (207) Jensen JU, Bjerrum L. Markant stigning i antibiotikaforbruget i almen praksis. *Ugeskrift for læger* 2011;173(45):2853-2856.
- (208) Asmussen KH. Reumatoid arthritis og Sjögrens syndrom. *Tandlægebladet* 2012;116(3):176-181.
- (209) Sundhedsstyrelsen. Udfasning af amalgam i tandplejen - afklaring af muligheder og anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (210) Danske Regioner. Kontrolstatistik Tandlæge, 2007, fem regioner. København: Danske Regioner; 2008.

- (211) Danmarks Statistik. NYT fra Danmarks Statistik. Befolkning 1. januar 2007. NYT Danmarks Statistik 2007;Februar 14(69).
- (212) Baadsgaard M, Holme A. Store forskelle på, hvor i landet tandlægebesøget bliver fravalgt. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2011.
- (213) Sondell K, Soderfeldt B, Hugoson A. Dental care utilization in a Swedish county in 1993 and 2003. Swed Dent J 2010; 34(4):217-228.
- (214) Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2012 Jan 12.
- (215) Baadsgaard M, Holme A. Mange i Danmark går ikke regelmæssigt til tandlægen. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2011.
- (216) Vilstrup L, Christensen LB, Hede B, Kristensen SF. Tandsundhed for brugere af praksistandplejen i 2000-2008. Tandlægebladet 2010;114(9):704-712.
- (217) Vehkalahti M, Knuutila M. Förebyggande vård främjar äldres munhälsa. Tandlægebladet 2008;112(2):142-152.
- (218) Greve Kommunale Tandpleje. Sukkerindhold i madvarer. 2012; Available at: <http://www.greve.dk/Borger/Sundhed%20og%20sygdom/Tandplejen/B%C3%B8rne-%20og%20Unge-tandplejen/Sodavand%20og%20syre/Sukkerindhold%20i%20f%C3%B8devarer.aspx>. Accessed 10. juli, 2012.
- (219) Fødevarestyrelsen. Du er måske for sød. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2008226.pdf> ed. Søborg: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevarestyrelsen; 2012.

# Bilag 1

## Bilagstabeller

**Bilagstabel 1: Tandundersøgelsens deltageres procentandele, der indtog over den maksimalt anbefalede daglige mængde sukker i relation til en række variable**

Sukkerindtag, bivariate analyser	Over maksimalt indtag/dag	n	
Køn	Mand	31,9***	1.303
	Kvinde	39,7***	2.068
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Aldersgrupper	18-34 år	48,7***	349
	35-44 år	50,8***	504
	45-54 år	43,1***	745
	55-64 år	29,5***	1.020
	65-74 år	24,3***	638
	75+ år	29,6	115
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Antal tænder	0	17,6	17
	1-19	30,8	159
	20+	37,1*	3.195
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Antal sunde tænder	0	30,1***	601
	1-19	36,8	2.379
	20+	46,0***	391
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Antal carierede tandflader	0	37,1	2.304
	1	33,9	663
	2	36,8	212
	3	36,6	93
	4+	45,5	99
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Antal fyldte tandflader	0	34,7	75
	1-25	41,6***	1.136
	26-49	34,8	1.282
	50+	33,3**	878
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>	<b>3.371</b>
Mundhygiejne	God	40,5**	978
	Moderat	36,4	2.049
	Ringe	28,5**	277
	<b>Total</b>	<b>36,9</b>	<b>3.304</b>

Fortsættes næste side...



...Bilagstabel 1 fortsat

Sukkerindtag, bivariate analyser	Over maksimalt indtag/dag	n
Gingival blødning	0-9,99 %	39,2*
	10-24,99 %	36,9
	25+ %	34,3*
	<b>Total</b>	<b>36,9</b>
Pochedybde	0-4 mm	37,9***
	≥ 5 mm	28,8***
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>
Fæstetab	0-4 mm	42,5***
	≥ 5 mm	30,9***
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>
Parodontosepatient	Nej	37,4**
	Ja	29,0**
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>
Spytsekretion	Normal	36,3
	Nedsat	42,3*
	Hypsalivation	36,0
	<b>Total</b>	<b>36,8</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	36,1
	Ja	40,6
	<b>Total</b>	<b>36,7</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 2: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med sukkerindtag over anbefalet maksimalt dagligt indtag**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,36 (1,15-1,60)***
Aldersgruppe	18-34 år	330	1,79 (1,09 -2,74)*
	35-44 år	480	1,84 (1,14-2,98)**
	45-54 år	706	1,29 (0,80-2,05)
	55-64 år	953	0,82 (0,52-1,29)
	65-74 år	563	0,70 (0,44-1,12)
	75+ år	103	1
Uddannelse	Lav	437	1,34 (1,05-1,71)*
	Medium	537	1,21 (0,97-1,51)
	Høj	745	1,02 (0,84-1,24)
	Meget høj	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1
	100.000-199.999 kr.	671	0,85 (0,58-1,23)
	200.000-299.999 kr.	820	1,13 (0,78-1,64)
	300.000-399.999 kr.	840	1,23 (0,84-1,78)
	400.000+ kr.	647	1,21 (0,82-1,79)
Antal tænder	0	1	-
	1-19	140	1,04 (0,70-1,54)
	20+	2.994	1
Antal carierede tandflader	0	2.140	1
	1	622	0,86 (0,71-1,05)
	2	198	0,88 (0,64-1,21)
	3	85	0,83 (0,52-1,34)
	4+	90	1,26 (0,80-1,98)
Antal fyldte tandflader	0	51	1
	1-25	1.078	1,33 (0,73-2,43)
	26-49	1.186	1,62 (0,87-3,04)
	50+	820	1,99 (1,04-3,80)*

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 2 fortsat

Variabel		n	OR (CI)
Mundhygiejne	God	930	1,28 (0,93-1,76)
	Moderat	1.947	1,25 (0,93-1,68)
	Ringe	258	1
Spytsekretion	Normal	2.592	0,96 (0,72-1,29)
	Nedsat	315	1,18 (0,82-1,69)
	Hyposalivation	228	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1
	Ja	403	1,18 (0,94-1,47)
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1,22 (0,97-1,55)
	Ex-ryger	1.096	1,04 (0,81-1,33)
	Ryger	424	1
Alkohol	0	379	1
	< genstandsgrænsen	1.672	1,05 (0,82-1,33)
	> genstandsgrænsen	1.084	0,85 (0,66-1,10)

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 3: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på læskedrikindtagelse pr. uge (mindre end ½ liter, ½-2 liter og mere end 2 liter) i relation til en række variable**

Læskedrikindtag, bivariate analyser		Læskedrik pr. uge			n
		< ½ liter	½ -2 liter	> 2 liter	
Køn	Mand	26,6	34,8***	38,6***	1.284
	Kvinde	37,2	35,2***	27,6***	2.031
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Aldersgruppe	18-34 år	16,9	37,6***	45,6***	338
	35-44 år	22,4	35,7***	41,9***	496
	45-54 år	28,6	38,2***	33,2*	735
	55-64 år	41,0	33,0***	26,0***	1.007
	65-74 år	40,4	33,2**	26,5***	627
	75+ år	47,3	33,0*	19,6***	112
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Antal tænder	0	46,7	26,7	26,7	15
	1-19	41,3	36,1	22,6**	155
	20+	32,6	35,0	32,3**	3.145
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Antal sunde tænder	0	40,8	33,9**	25,3***	593
	1-19	33,3	34,7	32,0	2.338
	20+	20,1	39,1***	40,9***	384
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Antal carierede tandflader	0	34,4	34,5*	31,2*	2.269
	1	29,9	40,0**	30,1	652
	2	33,5	27,7	38,8	206
	3	30,0	32,2	37,8	90
	4+	26,5	33,7	39,8	98
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Antal fyldte tandflader	0	29,6	33,8	36,6	71
	1-25	27,0	36,6***	36,5***	1.113
	26-49	35,0	33,8	31,2	1.266
	50+	38,5	35,0*	26,5***	865
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 3 fortsat

Læskedrikindtag, bivariate analyser		Læskedrik pr. uge			n
		< ½ liter	½ -2 liter	> 2 liter	
Erosioner	0	33,1	35,4	31,5	3.227
	1+	33,0	23,9	43,2	88
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>
Mundhygiejne	God	30,2	36,3	33,5*	961
	Moderat	34,1	34,3	31,6	2.019
	Ringe	34,4	36,7	28,9	270
	<b>Total</b>	<b>33,0</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.250</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	31,1	36,0	32,8	1.227
	10-24,99 %	32,8	33,3	33,9	917
	25+ %	34,9	35,8	29,3*	1.137
	<b>Total</b>	<b>32,9</b>	<b>35,2</b>	<b>31,9</b>	<b>3.281</b>
Pochedybde	0-4 mm	32,2	35,1	32,6**	2.890
	≥ 5 mm	38,6	34,6	26,8**	422
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.312</b>
Fæstetab	0-4 mm	28,6	35,3***	36,1***	1.668
	≥ 5 mm	37,6	34,8***	27,6***	1.644
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.312</b>
Parodontosepatient	Nej	32,4	35,0	32,6**	3.030
	Ja	39,7	35,8	24,5**	282
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.312</b>
Spytsekretion	Normal	32,8	35,8	31,4	2.673
	Nedsat	32,1	35,2	32,7	321
	Hyposalivation	38,0	27,0**	35,0	237
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,8</b>	<b>3.231</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	33,5	34,5	32,0	2.881
	Ja	30,6	38,5	30,9	434
	<b>Total</b>	<b>33,1</b>	<b>35,1</b>	<b>31,9</b>	<b>3.315</b>

\*P&lt;0,05, \*\*P&lt;0,01, \*\*\*P&lt;0,001.

**Bilagstabel 4: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med læskedrikindtag over ½ liter pr. uge**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.195	1,95 (1,63-2,34)***
	Kvinde	1.886	1
Aldersgruppe	18-34 år	319	3,87 (2,27-6,61)***
	35-44 år	470	2,55 (1,55-4,18)***
	45-54 år	696	2,01 (1,26-3,22)**
	55-64 år	942	1,27 (0,81-1,98)
	65-74 år	553	1,33 (0,85-2,10)
	75+ år	101	1
Uddannelse	Lav	430	1
	Medium	528	1,42 (1,07-1,88)*
	Høj	729	1,14 (0,87-1,50)
	Meget høj	1.394	1,32 (1,03-1,70)*
Indkomst	-99.999 kr.	152	1
	100.000-199.999 kr.	664	0,97 (0,65-1,44)
	200.000-299.999 kr.	804	1,08 (0,73-1,61)
	300.000-399.999 kr.	824	1,21 (0,81-1,82)
	400.000+ kr.	637	1,15 (0,75-1,76)
Antal tænder	0	1	-
	1-19	136	1,06 (0,72-1,55)
	20+	2.944	1
Antal carierede tandflader	0	2.105	1
	1	613	1,23 (1,00-1,52)*
	2	192	0,95 (0,68-1,33)
	3	82	1,05 (0,63-1,73)
	4+	89	1,17 (0,69-1,99)
Mundhygiejne	God	911	1
	Moderat	1.919	1,03 (0,86-1,24)
	Ringe	251	1,09 (0,79-1,50)
Spytsekretion	Normal	2.548	1,10 (0,81-1,49)
	Nedsat	310	1,24 (0,85-1,82)
	Hyposalivation	223	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.686	1
	Ja	395	1,11 (0,87-1,42)
Sukkerindtag fra fødevarer	Mindre end anbefalet	1.917	1
	Mere end anbefalet	1.164	2,58 (2,16-3,08)***
Rygning	Aldrig-ryger	1.590	1,02 (0,79-1,31)
	Ex-ryger	1.077	0,77 (0,60-1,00)*
	Ryger	414	1
Alkohol	0	369	1
	< genstandsgrensen	1.649	1,27 (0,99-1,64)
	> genstandsgrensen	1.063	1,30 (0,99-1,70)

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 5: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på rygestatus (aldrig-ryger, ex-ryger og ryger) i relation til en række variable**

Rygning, bivariate analyser		Rygestatus			n
		Aldrig-ryger	Ex-ryger	Ryger	
Køn	Mand	46,4	38,9***	14,7**	1.607
	Kvinde	54,5	32,4***	13,1**	2.532
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.139
Aldersgruppe	18-34 år	64,1	15,1***	20,8	423
	35-44 år	58,3	26,2***	15,5	606
	45-54 år	50,1	36,2	13,7	890
	55-64 år	49,4	37,2*	13,4	1.204
	65-74 år	47,5	42,3***	10,2*	830
	75+ år	36,0	54,8***	9,1	186
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.139
Antal tænder	0	38,7	35,5	25,8*	31
	1-19	30,9	50,7***	18,4***	207
	20+	52,6	34,1***	13,4***	3.901
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.139
Antal sunde tænder	0	41,5	44,6***	13,9*	771
	1-19	51,6	35,0	13,4	2.893
	20+	65,9	18,7***	15,4	475
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.139
Antal carierede tandflader	0	52,7	34,7	12,6***	2.845
	1	49,3	35,7	15,0	805
	2	51,8	34,5	13,7	255
	3	43,8	42,0	14,3	112
	4+	40,5	30,6	28,9***	121
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.138
Antal fyldte tandflader	0	56,6	20,8**	22,6	106
	1-25	55,7	28,1***	16,2	1.377
	26-49	46,8	40,3***	12,9	1.578
	50+	52,0	37,2	10,8**	1.078
	<b>Total</b>	51,4	34,9	13,7	4.139

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 5 fortsat

Rygning, bivariate analyser		Rygestatus			n
		Aldrig-ryger	Ex-ryger	Ryger	
Mundhygiejne	God	59,0	30,4***	10,5***	1.186
	Moderat	49,8	36,6**	13,6	2.511
	Ringe	38,4	37,0**	24,6***	354
	<b>Total</b>	<b>51,5</b>	<b>34,8</b>	<b>13,7</b>	<b>4.051</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	56,2	32,4***	11,4***	1.530
	10-24,99 %	51,7	35,4	12,9	1.125
	25+ %	46,6	37,0***	16,4***	1.430
	<b>Total</b>	<b>51,6</b>	<b>34,8</b>	<b>13,6</b>	<b>4.085</b>
Pochedybde	0-4 mm	54,2	33,5***	12,2***	3.592
	≥ 5 mm	32,4	44,4***	23,2***	543
	<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>34,9</b>	<b>13,7</b>	<b>4.135</b>
Fæstetab	0-4 mm	59,2	29,2***	11,6***	2.072
	≥ 5 mm	43,5	40,7***	15,8***	2.063
	<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>34,9</b>	<b>13,7</b>	<b>4.135</b>
Parodontosepatient	Nej	53,1	34,2***	12,7***	3.762
	Ja	33,8	42,1***	24,1***	373
	<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>34,9</b>	<b>13,7</b>	<b>4.135</b>
Spytsekretion	Normal	51,2	35,7	13,0*	3.296
	Nedsat	51,8	31,5	16,7	413
	Hyposalivation	52,5	29,9	17,6	324
	<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>34,8</b>	<b>13,8</b>	<b>4.033</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	52,0	34,8	13,2**	3.594
	Ja	47,2	36,0	16,9*	545
	<b>Total</b>	<b>51,4</b>	<b>34,9</b>	<b>13,7</b>	<b>4.139</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .



**Bilagstabel 6: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med rygning**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1,28 (1,01-1,61)*
	Kvinde	1.923	1
Aldersgruppe	18-34 år	330	13,45 (5,04-35,90)***
	35-44 år	480	7,98 (2,99-21,28)***
	45-54 år	706	5,87 (2,23-15,46)***
	55-64 år	953	4,88 (1,89-12,58)**
	65-74 år	563	3,02 (1,16-7,88)*
	75+ år	103	1
Uddannelse	Lav	437	1,31 (0,93-1,85)
	Medium	537	1,59 (1,18-2,15)**
	Høj	745	1,48 (1,13-1,94)**
	Meget høj	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,35 (0,80-2,27)
	100.000-199.999 kr.	671	1,39 (0,96-2,02)
	200.000-299.999 kr.	820	1,27 (0,90-1,78)
	300.000-399.999 kr.	840	1,00 (0,72-1,39)
	400.000+ kr.	647	1
Antal tænder	0	1	-
	1-19	140	1,73 (1,06-2,82)*
	20+	2.994	1
Antal carierede tandflader	0	2.140	1
	1	622	1,00 (0,77-1,31)
	2	198	0,94 (0,60-1,45)
	3	85	0,91 (0,47-1,78)
	4+	90	1,77 (1,06-2,95)*
Mundhygiejne	God	930	1
	Moderat	1.947	1,60 (1,23-2,08)***
	Ringe	258	3,44 (2,34-5,06)***

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 6 fortsat

Variabel		n	OR (CI)
Pochedybde	0-4 mm	2.742	1
	≥ 5 mm	393	2,04 (1,51-2,75)***
Fæstetab	0-4 mm	1.574	1
	≥ 5 mm	1.561	2,00 (1,55-2,60)***
Parodontosepatient	Nej	2.871	1
	Ja	264	1,83 (1,29-2,59)**
Spytsekretion	Normal	2.592	1
	Nedsat	315	1,48 (1,06-2,05)*
	Hyposalivation	228	1,58 (1,08-2,30)*
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1
	Ja	403	1,33 (1,00-1,79)*
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,15 (0,92-1,44)
	Mere end anbefalet	1.165	1
Alkohol	0	379	1
	< genstandsgrænsen	1.672	0,98 (0,69-1,39)
	> genstandsgrænsen	1.084	1,79 (1,25-2,56)**

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 7: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på alkoholindtagelse (ingen alkohol, under genstandsgrænsen og over genstandsgrænsen) i relation til en række variable**

Alkoholindtag, bivariate analyser		Antal genstande pr. uge			n
		Ingen	< genstandsgrænsen	> genstandsgrænsen	
Køn	Mand	8,2	61,1***	30,7***	1.608
	Kvinde	15,8	47,1***	37,1***	2.537
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,6</b>	<b>4.145</b>
Aldersgruppe	18-34 år	16,5	58,2	25,3***	423
	35-44 år	17,7	63,8	18,5***	605
	45-54 år	10,1	57,1***	32,8	888
	55-64 år	11,1	47,4	41,5***	1.207
	65-74 år	12,0	46,2	41,8**	834
	75+ år	17,0	42,6*	40,4	188
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,6</b>	<b>4.145</b>
Antal tænder	0	22,6	51,6	25,8	31
	1-19	23,7	42,0***	34,3***	207
	20+	12,2	53,1***	34,7***	3.907
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,6</b>	<b>4.145</b>
Antal sunde tænder	0	14,1	48,0	37,9	775
	1-19	12,5	52,3	35,3	2.896
	20+	13,3	61,2	25,5*	474
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,6</b>	<b>4.145</b>
Antal carierede tandflader	0	12,6	51,9	35,5	2.849
	1	11,3	52,0	36,6	805
	2	14,4	59,9	25,7*	257
	3	13,4	62,5	24,1	112
	4+	24,8	43,8***	31,4***	121
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,7</b>	<b>4.144</b>
Antal fyldte tandflader	0	19,8	53,8	26,4**	106
	1-25	15,8	56,6*	27,5***	1.376
	26-49	11,2	52,1*	36,7**	1.582
	50+	10,8	47,6	41,5***	1.081
	<b>Total</b>	<b>12,9</b>	<b>52,5</b>	<b>34,6</b>	<b>4.145</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 7 fortsat

Alkoholindtag, bivariate analyser		Antal genstande pr. uge			n
		Ingen	< genstandsgrensen	> genstandsgrensen	
Erosioner	0	12,8	52,5	34,7	4.038
	1+	15,0	54,2	30,8	107
	<b>Total</b>	12,9	52,5	34,6	4.145
Mundhygiejne	God	12,1	56,0	31,9	1.188
	Moderat	12,7	51,6	35,6	2.514
	Ringe	15,3	47,2	37,6	354
	<b>Total</b>	12,8	52,5	34,7	4.056
Gingival blødning	0-9,99 %	12,4	53,7	33,9	1.535
	10-24,99 %	13,1	50,1	36,8	1.126
	25+ %	12,7	53,4	33,8	1.430
	<b>Total</b>	12,7	52,6	34,7	4.091
Pochedybde	0-4 mm	12,8	53,0	34,2	3.597
	≥ 5 mm	12,9	49,8	37,3	544
	<b>Total</b>	12,8	52,5	34,6	4.141
Fæstetab	0-4 mm	13,6	55,4	30,9***	2.074
	≥ 5 mm	12,0	49,6	38,4***	2.067
	<b>Total</b>	12,8	52,5	34,6	4.141
Parodontosepatient	Nej	12,7	52,9	34,4	3.768
	Ja	14,2	49,1	36,7	373
	<b>Total</b>	12,8	52,5	34,6	4.141
Spytsekretion	Normal	12,3	53,1*	34,6	3.302
	Nedsat	15,3	47,7*	37,0	413
	Hyposalivation	14,5	51,9	33,6	324
	<b>Total</b>	12,8	52,4	34,8	4.039
Tandpine inden for det seneste år	Nej	12,6	52,5	34,8	3.599
	Ja	14,3	52,2	33,5	546
	<b>Total</b>	12,9	52,5	34,6	4.145

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 8: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med alkoholindtag over genstandsgrænsen**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,74 (1,46-2,07)***
Aldersgruppe	18-34 år	330	1
	35-44 år	480	0,73 (0,51-1,05)
	45-54 år	706	1,46 (1,06-2,02)*
	55-64 år	953	2,48 (1,83-3,38)***
	65-74 år	563	3,04 (2,19-4,23)***
	75+ år	103	3,06 (1,86-5,06)***
Uddannelse	Lav	437	1
	Medium	537	1,23 (0,93-1,63)
	Høj	745	1,19 (0,90-1,56)
	Meget høj	1.416	1,49 (1,16-1,92)**
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,14 (0,77-1,69)
	100.000-199.999 kr.	671	0,70 (0,53-0,91)**
	200.000-299.999 kr.	820	0,60 (0,47-0,77)***
	300.000-399.999 kr.	840	0,74 (0,59-0,93)**
	400.000+ kr.	647	1
Antal tænder	0	1	-
	1-19	140	0,66 (0,45-0,97)*
	20+	2.994	1
Erosioner	0	3.051	1
	1+	84	1,06 (0,65-1,75)
Mundhygiejne	God	930	1
	Moderat	1.947	1,01 (0,84-1,20)
	Ringe	258	1,09 (0,80-1,49)
Spytsekretion	Normal	2.592	1,19 (0,88-1,61)
	Nedsat	315	1,21 (0,83-1,75)
	Hyposalivation	228	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1,05 (0,83-1,33)
	Ja	403	1
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,22 (1,03-1,43)*
	Mere end anbefalet	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,80 (1,51-2,13)***
	Ryger	424	2,35 (1,89-2,97)***

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 9: Tandundersøgelsens deltageres procentandele med metabolisk syndrom i relation til en række variable**

Metabolisk syndrom, bivariate analyser		MetS symptomer	n
Køn	Mand	26,0	1.530
	Kvinde	24,9	2.443
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>
Aldersgruppe	18-34 år	4,7***	402
	35-44 år	12,4***	588
	45-54 år	22,4*	835
	55-64 år	33,4***	1.154
	65-74 år	34,1***	809
	75+ år	35,7**	185
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>
Antal tænder	0	51,7**	29
	1-19	46,8***	205
	20+	24,0***	3.739
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>
Antal sunde tænder	0	38,4***	748
	1-19	24,7	2.773
	20+	7,5***	452
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>
Antal carierede tandflader	0	26,2	2.736
	1	23,9	760
	2	24,5	245
	3	26,6	109
	4+	15,4**	123
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>
Antal fyldte tandflader	0	29,5	105
	1-25	17,0***	1.315
	26-49	28,3**	1.523
	50+	31,2***	1.030
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 9 fortsat

Metabolisk syndrom, bivariate analyser		MetS symptomer	n
Mundhygiejne	God	19,6***	1.142
	Moderat	26,8**	2.405
	Ringe	33,3***	339
	<b>Total</b>	<b>25,2</b>	<b>3.886</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	20,8***	1.474
	10-24,99 %	24,6	1.076
	25+ %	29,8***	1.370
	<b>Total</b>	<b>25,0</b>	<b>3.920</b>
Pochedybde	0-4 mm	24,0***	3.452
	≥ 5 mm	33,8***	517
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.969</b>
Fæstetab	0-4 mm	20,4***	1.985
	≥ 5 mm	30,3***	1.984
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.969</b>
Parodontosepatient	Nej	24,3***	3.612
	Ja	35,3***	357
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.969</b>
Spytsekretion	Normal	24,2**	3.174
	Nedsat	29,6*	392
	Hyposalivation	29,7	310
	<b>Total</b>	<b>25,2</b>	<b>3.876</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	25,3	3.445
	Ja	25,8	528
	<b>Total</b>	<b>25,3</b>	<b>3.973</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 10: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med metabolisk syndrom**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.132	1,11 (0,91-1,35)
	Kvinde	1.815	1
Aldersgruppe	18-34 år	308	1
	35-44 år	458	2,71 (1,48-4,96)**
	45-54 år	651	5,69 (3,22-10,06)***
	55-64 år	894	9,73 (5,61-16,913)***
	65-74 år	539	6,79 (3,84-12,01)***
	75+ år	97	5,90 (2,90-12,01)***
Uddannelse	Lav	415	1,49 (1,14-1,96)**
	Medium	506	1,47 (1,14-1,89)**
	Høj	690	1,21 (0,95-1,53)
	Meget høj	1.336	1
Indkomst	-99.999 kr.	149	1,97 (1,23-3,15)**
	100.000-199.999 kr.	634	1,63 (1,19-2,234)**
	200.000-299.999 kr.	776	1,19 (0,89-1,59)
	300.000-399.999 kr.	789	1,39 (1,05-1,85)*
	400.000+ kr.	599	1
Antal tænder	0	1	-
	1-19	134	1,85 (1,27-2,70)**
	20+	2.812	1
Antal cariereede tandflader	0	2.016	1,80 (0,92-3,50)
	1	577	1,68 (0,85-3,34)
	2	188	1,83 (0,87-3,86)
	3	80	2,35 (1,02-5,41)*
	4+	86	1
Mundhygiejne	God	880	1
	Moderat	1.827	1,10 (0,89-1,36)
	Ringe	240	1,25 (0,89-1,77)
Spytsekretion	Normal	2.436	1
	Nedsat	295	1,25 (0,93-1,67)
	Hyposalivation	216	1,30 (0,94-1,80)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.840	1
	Mere end anbefalet	1.107	1,00 (0,83-1,21)
Rygning	Aldrig-ryger	1.516	1
	Ex-ryger	1.034	1,29 (1,06-1,57)**
	Ryger	397	1,11 (0,83-1,47)
Alkohol	0	353	1,38 (1,03-1,86)*
	< genstandsgrænsen	1.570	1,15 (0,95-1,41)
	> genstandsgrænsen	1.024	1

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001



**Bilagstabel 11: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på diabetes og prædiabetes (ikke syg/ingen symptomer, prædiabetes-symptomer og diabetiker) i relation til en række variable**

Diabetes/prædiabetes, bivariate analyser		Ikke syg	Prædiabetes	Diabetes	n
Køn	Mand	91,0	5,9	3,0*	1.707
	Kvinde	93,1	5,0	1,9*	2.695
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>
Aldersgrupper	18-34 år	98,7	0,7***	0,7**	450
	35-44 år	97,8	1,4***	0,8**	650
	45-54 år	95,2	4,0*	0,8***	953
	55-64 år	90,2	6,8**	3,0	1.260
	65-74 år	88,2	7,1**	4,7***	887
	75+ år	78,2	17,8***	4,0*	202
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>
Antal tænder	0	72,7	15,2**	12,1***	33
	1-19	82,3	13,2***	4,5*	220
	20+	93,0	4,8***	2,2***	4.149
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>
Antal sunde tænder	0	86,0	9,5***	4,5***	819
	1-19	93,0	4,9*	2,1	3.080
	20+	98,2	1,4***	0,4***	503
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>
Antal carierede tandflader	0	91,8	5,7	2,5	3.026
	1	93,1	4,7	2,2	849
	2	95,2	3,0	1,8	271
	3	91,8	6,6	1,6	122
	4+	93,2	4,5	2,3	133
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.401</b>
	Antal fyldte tandflader	0	87,8	7,0	5,2*
1-25		95,5	3,5***	1,1***	1.474
26-49		91,7	5,4	2,9	1.675
50+		89,5	7,5***	3,0	1.138
<b>Total</b>		<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 11 fortsat

Diabetes/prædiabetes, bivariate analyser		Ikke syg	Prædiabetes	Diabetes	n
Mundhygiejne	God	94,1	4,6	1,3**	1.245
	Moderat	92,0	5,2	2,8**	2.683
	Ringe	88,7	9,0***	2,4	379
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,4</b>	<b>2,3</b>	<b>4.307</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	94,1	4,3*	1,7*	1.619
	10-24,99 %	92,4	5,6	2,0	1.207
	25+ %	90,8	6,1	3,1**	1.517
	<b>Total</b>	<b>92,4</b>	<b>5,3</b>	<b>2,3</b>	<b>4.343</b>
Pochedybde	0-4 mm	92,6	5,2	2,2	3.821
	≥ 5 mm	90,3	6,2	3,5	577
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.398</b>
Fæstetab	0-4 mm	93,8	4,3***	1,9*	2.204
	≥ 5 mm	90,8	6,4***	2,8*	2.194
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.398</b>
Parodontosepatient	Nej	92,5	5,2	2,2	4.001
	Ja	90,4	6,0	3,5	397
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.398</b>
Spytsekretion	Normal	92,5	5,2	2,2	3.526
	Nedsat	92,3	4,7	3,0	428
	Hyposalivation	89,9	7,7*	2,4	338
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,4</b>	<b>2,3</b>	<b>4.292</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	92,4	5,4	2,3	3.814
	Ja	91,8	5,1	3,1	588
	<b>Total</b>	<b>92,3</b>	<b>5,3</b>	<b>2,4</b>	<b>4.402</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 12: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis diabetes og prædiabetes**

Variabel		Diabetes		Prædiabetes (diabetespatienter ekskluderet)	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.211	1,42 (0,85-2,38)	1.140	1,22 (0,85-1,74)
	Kvinde	1.922	1	1.839	1
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	316	1
	35-44 år	479	0,95 (0,21-4,39)	465	1,42 (0,33-6,07)
	45-54 år	708	1,25 (0,31-5,00)	676	6,18 (1,82-21,00)**
	55-64 år	953	2,48 (0,72-8,59)	901	9,73 (2,97-31,92)***
	65-74 år	562	3,67 (1,04-12,89)*	525	6,99 (2,07-23,55)**
	75+ år	103	3,55 (0,78-16,14)	96	26,32 (7,31-94,79)***
Uddannelse	Lav	436	0,93 (0,46-1,88)	409	1,24 (0,78-1,97)
	Medium	537	1,29 (0,70-2,38)	506	1,00 (0,63-1,60)
	Høj	745	0,76 (0,37-1,55)	711	0,95 (0,59-1,50)
	Meget høj	1.415	1	1.353	1
Indkomst	-99.999 kr.	156	2,33 (0,77-7,07)	146	3,87 (1,58-9,51)**
	100.000-199.999 kr.	671	1,32 (0,58-3,00)	631	3,42 (1,77-6,64)***
	200.000-299.999 kr.	820	1,24 (0,56-2,73)	785	2,34 (1,23-4,45)**
	300.000-399.999 kr.	840	0,95 (0,41-2,17)	803	2,45 (1,30-4,62)**
	400.000+ kr.	646	1	614	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,03 (0,42-2,57)	131	1,69 (0,98-2,92)**
	20+	2.992	1	2.847	1
Mundhygiejne	God	930	1	900	1
	Moderat	1.945	2,73 (1,33-5,60)**	1.832	0,90 (0,61-1,33)
	Ringe	258	1,22 (0,39-3,80)	247	1,14 (0,65-2,02)
Gingival blødning	0-9,99 %	1.165	1	1.123	1
	10-24,99 %	878	1,04 (0,51-2,12)	830	1,33 (0,82-2,16)
	25+ %	1.079	1,47 (0,74-2,94)	1.016	1,26 (0,76-2,09)

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 12 fortsat

Variabel		Diabetes		Prædiabetes (diabetespatienter ekskluderet)	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Pochedybde	0-4 mm	2.740	1	2.615	1,15 (0,71-1,85)
	≥ 5 mm	393	1,19 (0,64-2,20)	364	1
Fæstetab	0-4 mm	1.574	1,35 (0,79-2,31)	1.510	1,15 (0,79-1,67)
	≥ 5 mm	1.559	1	1.469	1
Parodontosepatient	Nej	2.869	1	2.735	1,67 (0,90-3,12)
	Ja	264	1,26 (0,61-2,61)	244	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.467	1
	Nedsat	315	0,94 (0,42-2,13)	299	0,88 (0,49-1,57)
	Hyposalivation	226	1,28 (0,59-2,79)	213	1,16 (0,66-2,05)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.969	1,90 (1,06-3,41)*	1.856	1
	Mere end anbefalet	1.164	1	1.123	1,09 (0,77-1,54)
Rygning	Aldrig-ryger	1.614	1	1.547	1
	Ex-ryger	1.095	1,65 (0,99-2,73)*	1.030	1,29 (0,90-1,84)
	Ryger	424	0,87 (0,37-2,04)	402	1,22 (0,72-2,07)
Alkohol	0	378	2,69 (1,38-5,25)**	347	1,67 (0,97-2,87)
	< genstandsgrænsen	1.671	1,17 (0,68-2,03)	1.601	1,65 (1,13-2,41)**
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.031	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 13: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på blodtryk (normalt, forhøjet og alvorligt forhøjet) i relation til en række variable**

Hjerte-karsygdomme, bivariate analyser		Blodtryk			n
		Normalt	Forhøjet	Alvorligt forhøjet	
Køn	Mand	37,1	52,1***	10,8***	1.638
	Kvinde	62,5	33,1***	4,4***	2.590
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.226</b>
Aldersgrupper	18-34 år	75,7	23,1***	1,2***	432
	35-44 år	64,6	32,6***	2,7***	619
	45-54 år	57,1	37,1**	5,7*	905
	55-64 år	47,7	43,4***	8,9***	1.226
	65-74 år	38,9	51,5***	9,5***	850
	75+ år	33,7	52,0***	14,3***	196
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.228</b>
Antal tænder	0	51,6	29,0	19,4*	31
	1-19	46,0	45,5	8,5	211
	20+	53,0	40,3	6,7*	3.986
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.228</b>
Antal sunde tænder	0	46,3	45,4***	8,3**	791
	1-19	50,9	41,7**	7,5**	2.949
	20+	73,8	25,0***	1,2***	488
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.228</b>
Antal carierede tandflader	0	52,2	40,8	7,0	2.906
	1	52,1	41,6	6,2	819
	2	55,8	35,8	8,5	260
	3	53,0	39,1	7,8	115
	4+	59,1	34,6	6,3	127
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,5</b>	<b>6,9</b>	<b>4.227</b>
Antal fyldte tandflader	0	64,0	28,8**	7,2	111
	1-25	62,1	32,9***	5,0***	1.400
	26-49	47,7	43,9***	8,4***	1.615
	50+	46,7	46,2***	7,1	1.102
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.228</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 13 fortsat

Hjerte-karsygdomme, bivariate analyser		Blodtryk			n
		Normalt	Forhøjet	Alvorligt forhøjet	
Mundhygiejne	God	58,3	36,9***	4,8***	1.204
	Moderat	51,2	41,5*	7,2	2.569
	Ringe	44,5	45,3**	10,2***	364
	<b>Total</b>	<b>52,7</b>	<b>40,5</b>	<b>6,8</b>	<b>4.137</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	58,3	35,7***	6,0**	1.557
	10-24,99 %	53,5	40,4	6,1	1.158
	25+ %	46,3	45,5***	8,2***	1.458
	<b>Total</b>	<b>52,7</b>	<b>40,4</b>	<b>6,8</b>	<b>4.173</b>
Pochedybde	0-4 mm	53,6	40,1*	6,3***	3.668
	≥ 5 mm	46,8	42,6*	10,6***	556
	<b>Total</b>	<b>52,7</b>	<b>40,5</b>	<b>6,9</b>	<b>4.224</b>
Fæstetab	0-4 mm	58,2	36,7***	5,2***	2.109
	≥ 5 mm	47,2	44,3***	8,6***	2.115
	<b>Total</b>	<b>52,7</b>	<b>40,5</b>	<b>6,9</b>	<b>4.224</b>
Parodontosepatient	Nej	53,4	40,1*	6,4***	3.843
	Ja	44,9	43,8*	11,3***	381
	<b>Total</b>	<b>52,7</b>	<b>40,5</b>	<b>6,9</b>	<b>4.224</b>
Spytsekretion	Normal	53,1	40,5	6,4**	3.374
	Nedsat	50,1	40,8	9,1	419
	Hyposalivation	51,4	38,5	10,1*	327
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>7,0</b>	<b>4.120</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	51,8	41,1**	7,1*	3.669
	Ja	58,5	36,1**	5,4*	559
	<b>Total</b>	<b>52,6</b>	<b>40,4</b>	<b>6,9</b>	<b>4.228</b>

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001

**Bilagstabel 14: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med forhøjet/alvorligt forhøjet blodtryk**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	2,69 (2,28-3,18)***
	Kvinde	1.922	1
Aldersgruppe	18-34 år	330	1
	35-44 år	480	1,35 (0,97-1,87)
	45-54 år	706	1,89 (1,39-2,59)***
	55-64 år	953	2,83 (2,10-3,81)***
	65-74 år	562	3,73 (2,70-5,16)***
	75+ år	103	4,58 (2,72-7,71)***
Uddannelse	Lav	437	1,21 (0,95-1,55)
	Medium	536	1,04 (0,84-1,30)
	Høj	745	1,13 (0,93-1,36)
	Meget høj	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1
	100.000-199.999 kr.	670	1,27 (0,86-1,86)
	200.000-299.999 kr.	820	1,24 (0,85-1,81)
	300.000-399.999 kr.	840	1,43 (0,97-2,10)
	400.000+ kr.	647	1,28 (0,85-1,91)
Antal tænder	0	1	-
	1-19	140	1,01 (0,69-1,47)
	20+	2.993	1
Antal sunde tænder	0	524	1,37 (0,94-2,00)
	1-19	2.232	1,53 (1,13-2,06)**
	20+	378	1
Mundhygiejne	God	930	0,86 (0,63-1,17)
	Moderat	1.946	0,89 (0,67-1,18)
	Ringe	258	1

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 14 fortsat

Variabel		n	OR (CI)
Gingival blødning	0-9,99 %	1.165	1
	10-24,99 %	879	1,16 (0,94-1,44)
	25+ %	1.079	1,55 (1,24-1,94)***
Pochedybde	0-4 mm	2.741	1,19 (0,93-1,51)
	≥ 5 mm	393	1
Fæstetab	0-4 mm	1.573	1,07 (0,90-1,27)
	≥ 5 mm	1.561	1
Parodontosepatient	Nej	2.870	1
	Ja	264	1,03 (0,77-1,37)
Spytsekretion	Normal	2.591	1
	Nedsat	315	1,31 (1,02-1,68)*
	Hyposalivation	228	1,26 (0,94-1,68)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.969	1
	Mere end anbefalet	1.165	1,02 (0,87-1,20)
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1
	Ex-ryger	1.095	1,12 (0,95-1,32)
	Ryger	424	0,81 (0,64-1,03)
Alkohol	0	379	1
	< genstandsgrænsen	1.671	1,00 (0,79-1,28)
	> genstandsgrænsen	1.084	1,06 (0,82-1,36)

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$



**Bilagstabel 15: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på Ventilationskapacitet (FEV1/FVC) (normal, nedsat og svært nedsat) i relation til en række variable**

KOL, bivariate analyser		Ventilationskapacitet= FEV1/FVC			n
		Normal > 70 %	Nedsat (KOL) < 70 %	Svært nedsat (KOL) < 50 %	
Køn	Mand	82,3	16,4	1,3	1.437
	Kvinde	81,1	17,9	1,0	2.306
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>
Aldersgrupper	18-34 år	80,5	19,0	0,5	379
	35-44 år	81,4	17,0	1,6	553
	45-54 år	80,7	18,7	0,6	812
	55-64 år	82,9	16,4	0,8	1.057
	65-74 år	81,0	17,3	1,7	775
	75+ år	82,6	14,4	3,0*	167
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>
Antal tænder	0	82,1	14,3	3,6	28
	1-19	77,8	18,5	3,7***	189
	20+	81,7	17,3	1,0***	3.526
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>
Antal sunde tænder	0	81,9	15,8	2,3***	692
	1-19	81,4	17,8	0,8**	2.626
	20+	81,9	17,2	0,9	425
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>
Antal carierede tandflader	0	81,1	17,8	1,2	2.555
	1	82,1	16,8	1,1	738
	2	83,8	14,9	1,3	235
	3	82,0	18,0	0,0	100
	4+	83,3	15,8	0,9	114
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.742</b>
Antal fyldte tandflader	0	80,4	18,6	1,0	97
	1-25	80,5	18,2	1,3	1.266
	26-49	82,3	16,6	1,1	1.419
	50+	81,9	17,2	0,9	961
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 15 fortsat

KOL, bivariate analyser		Ventilationskapacitet= FEV1/FVC			n
		Normal > 70 %	Nedsat (KOL) < 70 %	Svært nedsat (KOL) < 50 %	
Mundhygiejne	God	80,5	18,6	0,9	1.057
	Moderat	81,9	17,0	1,1	2.282
	Ringe	82,2	16,0	1,8	325
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,4</b>	<b>1,1</b>	<b>3.664</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	81,3	17,8	0,9	1.385
	10-24,99 %	81,2	17,5	1,4	1.008
	25+ %	81,8	17,0	1,2	1.300
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,4</b>	<b>1,1</b>	<b>3.693</b>
Pochedybde	0-4 mm	81,2	17,6	1,2	3.243
	≥ 5 mm	83,5	15,7	0,8	498
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.741</b>
Fæstetab	0-4 mm	81,7	17,2	1,1	1.860
	≥ 5 mm	81,4	17,5	1,1	1.881
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.741</b>
Parodontosepatient	Nej	81,4	17,5	1,1	3.400
	Ja	83,0	15,8	1,2	341
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.741</b>
Spytsekretion	Normal	81,7	17,2	1,1	2.991
	Nedsat	79,1	19,8	1,1	369
	Hyposalivation	82,6	16,0	1,4	287
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,4</b>	<b>1,1</b>	<b>3.647</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	81,2	17,6	1,1	3.248
	Ja	83,6	15,4	1,0	495
	<b>Total</b>	<b>81,5</b>	<b>17,3</b>	<b>1,1</b>	<b>3.743</b>

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001

**Bilagstabel 16: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med KOL**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.255	1,02 (0,84-1,25)
	Kvinde	1.999	1
Aldersgruppe	18-34	337	1,47 (0,83-2,61)
	35-44 år	490	1,34 (0,77-2,34)
	45-54 år	714	1,56 (0,92-2,67)
	55-64 år	941	1,24 (0,74-2,07)
	65-74 år	640	1,30 (0,78-2,19)
	75+ år	132	1
Uddannelse	Lav	513	1
	Medium	582	0,91 (0,67-1,25)
	Høj	764	0,90 (0,66-1,22)
	Meget høj	1.395	1,08 (0,82-1,42)
Indkomst	-99.999 kr.	177	1
	100.000-199.999 kr.	739	1,20 (0,77-1,85)
	200.000-299.999 kr.	854	1,27 (0,82-1,96)
	300.000-399.999 kr.	838	1,04 (0,67-1,63)
	400.000+ kr.	646	0,96 (0,60-1,53)
Antal tænder	0	7	1,92 (0,36-10,28)
	1-19	160	1,66 (1,11-2,47)**
	20+	3.087	1
Mundhygiejne	God	957	1,15 (0,80-1,66)
	Moderat	2.015	1,07 (0,76-1,49)
	Ringe	282	1
Spytsekretion	Normal	2.658	1,10 (0,78-1,56)
	Nedsat	343	1,22 (0,80-1,87)
	Hyposalivation	253	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.676	1,01 (0,77-1,33)
	Ex-ryger	1.133	0,87 (0,65-1,16)
	Ryger	445	1
Alkohol	0	420	1
	< genstandsgrensen	1.695	0,95 (0,72-1,26)
	> genstandsgrensen	1.139	1,12 (0,84-1,51)

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 17: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på antal receptpligtige lægemidler i 2007 (henholdsvis ingen, 1, 2, 3 og 4 eller flere lægemidler) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene er ikke testede mod hinanden**

Antal receptpligtige lægemidler 2007, bivariate analyser		0	1	2	3	4+	n
Køn	Mand	31,2***	21,2	13,4***	11,4**	22,8***	1.707
	Kvinde	18,1***	19,4	17,4***	14,2**	31,0***	2.695
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>
Aldersgrupper	18-34 år	28,9**	24,4*	17,1	14,7	14,9***	450
	35-44 år	27,5**	24,5**	19,1**	11,5	17,4***	650
	45-54 år	29,5***	21,6	16,8	10,4**	21,7***	953
	55-64 år	21,8	19,5	15,2	15,1**	28,3	1.260
	65-74 år	15,4***	16,5**	13,5*	12,4	42,2***	887
	75+ år	8,9***	8,4***	11,4	18,3*	53,0***	202
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>
Antal tænder	0	6,1*	6,1*	9,1	18,2	60,6***	33
	1-19	14,1**	15,5	9,5**	14,5	46,4***	220
	20+	23,8***	20,4*	16,2**	13,0	26,6***	4.149
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>
Antal sunde tænder	0	15,3***	12,3***	14,0	15,8**	42,6***	819
	1-19	23,9	21,6***	15,7	12,9	26,0***	3.080
	20+	31,8***	23,5*	19,3*	10,3*	15,1***	503
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>
Antal carierede tandflader	0	22,0**	19,7	15,8	13,4	29,0**	3.026
	1	25,9*	20,6	15,1	13,4	25,0*	849
	2	25,1	21,4	17,7	11,1	24,7	271
	3	27,0	21,3	14,8	8,2	28,7	122
	4+	24,1	20,3	17,3	13,5	24,8	133
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.401</b>
Antal fyldte tandflader	0	18,3	17,4	18,3	11,3	34,8	115
	1-25	27,5***	22,1*	16,5	11,8	22,0***	1.474
	26-49	22,5	20,3	16,1	13,0	28,1	1.675
	50+	19,0***	17,4**	14,2	15,1*	34,3***	1.138
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>
Erosioner	0	22,9**	20,1	15,8	13,2	28,0	4.285
	1+	33,3**	20,5	15,4	10,3	20,5	117
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 17 fortsat

Antal receptpligtige lægemidler 2007, bivariate analyser		0	1	2	3	4+	n
Mundhygiejne	God	24,3	23,5***	16,6	12,5	23,1***	1.245
	Moderat	23,1	19,3	15,5	13,3	28,7*	2.683
	Ringe	21,9	15,0**	16,4	14,2	32,5*	379
	<b>Total</b>	<b>23,4</b>	<b>20,1</b>	<b>15,9</b>	<b>13,2</b>	<b>27,4</b>	<b>4.307</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	24,3	21,5	17,0	12,0	25,1**	1.619
	10-24,99 %	22,8	19,7	14,8	12,6	30,1*	1.207
	25+ %	22,7	19,1	15,7	14,6*	27,9	1.517
	<b>Total</b>	<b>23,3</b>	<b>20,1</b>	<b>15,9</b>	<b>13,1</b>	<b>27,5</b>	<b>4.343</b>
Pøchedybde	0-4 mm	23,4	20,4	15,8	13,0	27,5	3.821
	≥ 5 mm	21,5	18,0	15,9	14,2	30,3	577
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.398</b>
Fæstetab	0-4 mm	24,9**	21,3*	16,6	13,2	24,0***	2.204
	≥ 5 mm	21,5**	18,8*	14,9	13,0	31,7***	2.194
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.398</b>
Parodontosepatient	Nej	23,4	20,3	15,8	12,9	27,6	4.001
	Ja	20,9	18,1	15,4	15,4	30,2	397
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.398</b>
Spytsekretion	Normal	24,4***	20,8*	16,0	13,0	25,9***	3.526
	Nedsat	17,5**	18,7	15,0	14,7	34,1**	428
	Hyposalivation	18,6*	16,0*	14,2	12,1	39,1***	338
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>20,2</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,7</b>	<b>4.292</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	23,6	20,3	15,7	13,3	27,1**	3.814
	Ja	20,1	18,9	16,7	11,9	32,5**	588
	<b>Total</b>	<b>23,3</b>	<b>20,1</b>	<b>15,8</b>	<b>13,1</b>	<b>27,8</b>	<b>4.402</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 18: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med fire eller flere lægemidler i 2007**

Variabel		n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,70 (1,40-2,05)***
Aldersgruppe	18-34 år	330	1
	35-44 år	480	1,21 (0,82-1,80)
	45-54 år	706	1,62 (1,12-2,35)**
	55-64 år	953	2,13 (1,50-3,03)***
	65-74 år	563	3,76 (2,60-5,43)***
	75+ år	103	7,04 (4,16-11,94)***
Uddannelse	Lav	437	1,17 (0,90-1,51)
	Medium	537	1,18 (0,93-1,50)
	Høj	745	1,26 (1,02-1,57)*
	Meget høj	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,48 (0,96-2,29)
	100.000-199.999 kr.	671	1,48 (1,11-1,98)**
	200.000-299.999 kr.	820	1,29 (0,99-1,68)
	300.000-399.999 kr.	840	1,08 (0,82-1,40)
	400.000+ kr.	647	1
Antal tænder	0	1	-
	1-19	140	1,34 (0,93-1,95)
	20+	2.994	1
Erosioner	0	3.051	1,35 (0,76-2,43)
	1+	84	1
Mundhygiejne	God	930	1
	Moderat	1.947	1,04 (0,86-1,26)
	Ringe	258	0,94 (0,68-1,31)
Gingival blødning	0-9,99 %	1.165	1,22 (0,95-1,56)
	10-24,99 %	879	1,39 (1,12-1,73)**
	25+ %	1.080	1

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 18 fortsat

Variabel		n	OR (CI)
Pochedybde	0-4 mm	2.742	1,33 (1,02-1,73)*
	≥ 5 mm	393	1
Parodontosepatient	Nej	2.871	1,52 (1,10-2,09)**
	Ja	264	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1
	Nedsat	315	1,21 (0,93-1,58)
	Hyposalivation	228	1,50 (1,11-2,02)**
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1
	Ja	403	1,59 (1,26-2,01)***
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,16 (0,97-1,39)
	Mere end anbefalet	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,55 (1,29-1,86)***
	Ryger	424	1,57 (1,22-2,03)***
Alkohol	0	379	1,44 (1,10-1,89)**
	< genstandsgrænsen	1.672	1,07 (0,89-1,29)
	> genstandsgrænsen	1.084	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 19:** Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på forskellige typer af receptpligtige lægemidler i 2007 (henholdsvis 1= Antibiotika, 2= Antiinflammatoriske og antireumatiske midler, 3= Kønshormoner, 4= Øjenmidler, 5= Renin-angiotensinmidler og 6= lipidreducerende midler) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene er ikke testede mod hinanden

Typer af lægemidler, bivariate analyser		1	2	4	4	5	6	n
Køn	Mand	25,2***	18,3*	0,3***	10,5***	12,5***	11,2	1.707
	Kvinde	33,6***	21,1*	25,0***	14,4***	8,9***	9,6	2.695
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>
Aldersgrupper	18-34 år	30,9	10,4***	36,0***	9,1**	0,7***	0	450
	35-44 år	28,5	14,0***	15,7	9,5**	2,5***	1,2***	650
	45-54 år	28,9	19,4	8,3***	10,6*	6,0***	4,2***	953
	55-64 år	29,8	23,2**	15,2	13,7	12,2**	12,1**	1.260
	65-74 år	32,2	23,2**	13,8	16,3**	19,6***	22,5***	887
	75+ år	37,6*	29,7***	10,9	22,8***	24,8***	24,8***	202
<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>	
Antal tænder	0	30,3	27,3	9,1	21,2	39,4***	45,5***	33
	1-19	37,7*	22,7	12,3	20,0**	15,9**	23,2***	220
	20+	30,0*	19,8	15,6	12,5***	9,8***	9,3***	4.149
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>
Antal sunde tænder	0	37,4***	25,3***	14,7	16,0**	20,3***	20,9***	819
	1-19	29,2**	20,0	14,2**	12,3	9,1***	8,8***	3.080
	20+	25,8*	11,5***	24,1***	11,7	1,4***	1,8***	503
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>
Antal carierede tandflader	0	30,7	20,6	15,7	13,5	10,5	10,9*	3.026
	1	29,0	19,1	14,5	12,5	9,7	9,7	849
	2	30,6	20,7	15,9	12,9	10,3	5,9*	271
	3	28,7	17,2	12,3	9,0	12,3	10,7	122
	4+	31,6	13,5	18,0	6,8*	9,0	6,8	133
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.401</b>
Antal fyldte tandflader	0	30,4	18,3	22,6*	17,4	13,9	14,8	115
	1-25	28,6	15,7***	17,9**	11,0**	5,6***	5,3***	1.474
	26-49	30,1	20,8	12,1***	13,2	11,9**	11,3	1.675
	50+	32,9*	24,5***	16,3	14,5	13,8***	14,6***	1.138
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>

Fortsættes næste side...



...Bilagstabel 19 fortsat

Typer af lægemidler, bivariate analyser		1	2	4	4	5	6	n
Erosioner	0	30,5	20,1	15,4	13,1*	10,5	10,5**	4.285
	1+	23,1	17,1	14,5	6,8*	5,1	2,6**	117
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>
Mundhygiejne	God	28,8	16,6***	18,8***	12,0	7,1***	7,0***	1.245
	Moderat	31,1	21,3**	15,0	13,4	10,4	10,1	2.683
	Ringe	29,3	22,2	8,4***	11,6	16,1***	18,7***	379
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,5</b>	<b>12,9</b>	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>	<b>4.307</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	28,9	17,2***	16,9*	12,2	8,8*	7,0***	1.619
	10-24,99 %	32,9*	21,9*	15,9	14,5*	9,1	9,8	1.207
	25+ %	29,7	21,5	13,8*	12,2	12,0**	13,1***	1.517
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,5</b>	<b>12,8</b>	<b>10,0</b>	<b>9,9</b>	<b>4.343</b>
Pochedybde	0-4 mm	30,3	19,7**	16,4***	13,0	9,5***	9,1***	3.821
	≥ 5 mm	31,0	21,8**	9,2***	12,5	15,6***	17,3***	577
	<b>Total</b>	<b>30,4</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.398</b>
Fæstetab	0-4 mm	30,0	17,9	18,9***	12,6	7,4***	6,8***	2.204
	≥ 5 mm	30,7	22,1	11,9***	13,2	13,2***	13,6***	2.194
	<b>Total</b>	<b>30,4</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.398</b>
Parodontosepatient	Nej	30,5	19,8	16,0**	13,0	9,7***	9,4***	4.001
	Ja	29,2	21,7	10,1**	12,1	16,6***	18,6***	397
	<b>Total</b>	<b>30,4</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.398</b>
Spytsekretion	Normal	29,2**	19,5*	15,2	12,5	9,7**	9,9	3.526
	Nedsat	35,7**	21,5	16,6	14,0	11,4	9,3	428
	Hyposalivation	34,0	24,3*	16,0	15,1	15,1**	15,1**	338
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,1</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>4.292</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	29,4***	19,4**	15,4	13,1	10,5	10,2	3.814
	Ja	36,6***	24,0**	15,3	11,7	9,4	10,5	588
	<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>15,4</b>	<b>12,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>4.402</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 20: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis antibiotika samt antiinflammatoriske og antireumatiske midler**

Variabel		Antibiotika		Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,53 (1,29-1,83)***	1.923	1,19 (0,97-1,45)
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	1
	35-44 år	480	0,85 (0,62-1,17)	480	1,29 (0,83-2,00)
	45-54 år	706	0,82 (0,60-1,11)	706	1,94 (1,29-2,91)**
	55-64 år	953	0,91 (0,68-1,22)	953	2,41 (1,64-3,55)***
	65-74 år	563	1,07 (0,78-1,47)	563	2,08 (1,38-3,15)**
	75+ år	103	1,72 (1,06-2,79)*	103	3,49 (1,98-6,14)***
Uddannelse	Lav	437	1,11 (0,87-1,43)	437	1,22 (0,92-1,60)
	Medium	537	1,13 (0,90-1,41)	537	1,15 (0,89-1,49)
	Høj	745	1,11 (0,91-1,35)	745	1,19 (0,94-1,49)
	Meget høj	1.416	1	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1	157	1,21 (0,75-1,94)
	100.000-199.999 kr.	671	0,81 (0,56-1,19)	671	1,29 (0,94-1,75)
	200.000-299.999 kr.	820	1,11 (0,76-1,61)	820	1,25 (0,95-1,66)
	300.000-399.999 kr.	840	1,01 (0,69-1,49)	840	0,96 (0,73-1,27)
	400.000+ kr.	647	1,10 (0,74-1,64)	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,27 (0,88-1,84)	140	0,86 (0,57-1,32)
	20+	2.994	1	2.994	1
Antal sunde tænder	0	524	1,81 (1,23-2,66)**	524	1,06 (0,66-1,69)
	1-19	2.233	1,34 (0,99-1,81)	2.233	1,12 (0,76-1,64)
	20+	378	1	378	1
Mundhygiejne	God	930	1,15 (0,83-1,58)	930	1
	Moderat	1.947	1,27 (0,94-1,70)	1.947	1,15 (0,93-1,41)
	Ringe	258	1	258	1,03 (0,72-1,48)
Spytsekretion	Normal	2.592	0,84 (0,63-1,13)	2.592	1
	Nedsat	315	1,07 (0,75-1,53)	315	0,94 (0,70-1,27)
	Hyposalivation	228	1	228	1,16 (0,84-1,60)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1	2.732	1
	Ja	403	1,38 (1,10-1,72)**	403	1,40 (1,10-1,80)**
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,07 (0,91-1,26)	1.970	1
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1,03 (0,85-1,25)
Rygning	Aldrig-ryger	1615	1	1615	0,91 (0,69-1,20)
	Ex-ryger	1096	1,26 (1,06-1,49)**	1096	1,00 (0,75-1,33)
	Ryger	424	1,50 (1,18-1,89)**	424	1
Alkohol	0	379	1,21 (0,94-1,56)	379	1
	< genstandsgrænsen	1672	1,00 (0,84-1,20)	1672	0,91 (0,68-1,21)
	> genstandsgrænsen	1084	1	1084	1,02 (0,76-1,37)

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001

**Bilagstabel 21: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis kønshormoner og øjenmidler**

Variabel		Kønshormoner		Øjenmidler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1
	Kvinde	1.923	100,81 (41,32-245,96)***	1.923	1,51 (1,19-1,92)**
Aldersgruppe	18-34 år	330	4,06 (1,80-9,15)**	330	1
	35-44 år	480	0,98 (0,43-2,20)	480	1,06 (0,65-1,73)
	45-54 år	706	0,43 (0,19-0,98)*	706	1,06 (0,67-1,70)
	55-64 år	953	1,12 (0,51-2,43)	953	1,36 (0,88-2,12)
	65-74 år	563	1,30 (0,59-2,86)	563	1,96 (1,23-3,11)**
	75+ år	103	1	103	3,05 (1,63-5,68)***
Uddannelse	Lav	437	1	437	1,32 (0,96-1,82)
	Medium	537	1,10 (0,74-1,64)	537	1,02 (0,75-1,39)
	Høj	745	1,16 (0,80-1,66)	745	1,02 (0,77-1,35)
	Meget høj	1.416	1,11 (0,79-1,56)	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	0,95 (0,55-1,63)	157	0,57 (0,30-1,08)
	100.000-199.999 kr.	671	1,17 (0,78-1,75)	671	0,99 (0,68-1,44)
	200.000-299.999 kr.	820	1,25 (0,86-1,82)	820	1,09 (0,78-1,53)
	300.000-399.999 kr.	840	1,14 (0,78-1,66)	840	1,16 (0,84-1,61)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	0,67 (0,37-1,20)	140	1,36 (0,87-2,11)
	20+	2.994	1	2.994	1
Mundhygiejne	God	930	1,61 (0,96-2,71)	930	1,54 (0,98-2,41)
	Moderat	1.947	1,57 (0,96-2,58)	1.947	1,45 (0,95-2,20)
	Ringe	258	1	258	1
Gingival blødning	0-9,99 %	1.165	0,98 (0,71-1,35)	1.165	1,06 (0,77-1,46)
	10-24,99 %	879	1,02 (0,77-1,35)	879	1,23 (0,94-1,62)
	25+ %	1.080	1	1.080	1
Pochedybde	0-4 mm	2.742	1,54 (1,03-2,29)*	2.742	1,31 (0,92-1,85)
	≥ 5 mm	393	1	393	1
Fæstetab	0-4 mm	1.574	1,33 (1,04-1,72)	1.574	1,36 (1,07-1,74)**
	≥ 5 mm	1.561	1	1.561	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1,23 (0,82-1,83)	2.592	1
	Nedsat	315	0,82 (0,50-1,35)	315	0,97 (0,68-1,37)
	Hyposalivation	228	1	228	1,07 (0,73-1,58)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1	1.970	1,24 (0,99-1,56)
	Mere end anbefalet	1.165	1,02 (0,81-1,27)	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1	1.615	0,83 (0,60-1,16)
	Ex-ryger	1.096	1,14 (0,90-1,45)	1.096	1,14 (0,81-1,59)
	Ryger	424	1,34 (0,97-1,85)	424	1
Alkohol	0	379	1,00 (0,71-1,39)	379	1
	< genstandsgrænsen	1.672	1,06 (0,84-1,35)	1.672	0,98 (0,70-1,38)
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.084	1,17 (0,82-1,66)

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 22: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis renin-angiotensin midler og lipidreducerende midler**

Variabel		Renin-angiotensin midler		Lipidreducerende midler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1,43 (1,09-1,87)**	1.212	1,09 (0,83-1,43)
	Kvinde	1.923	1	1.923	1
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	-
	35-44 år	480	2,42 (0,66-8,95)	480	0,05 (0,02-0,13)***
	45-54 år	706	8,30 (2,53-27,24)***	706	0,18 (0,10-0,32)***
	55-64 år	953	13,16 (4,10-42,26)***	953	0,47 (0,28-0,77)**
	65-74 år	563	22,23 (6,89-71,70)***	563	0,83 (0,51-1,35)
	75+ år	103	29,43 (8,48-102,10)***	103	1
Uddannelse	Lav	437	1	437	1
	Medium	537	1,19 (0,79-1,80)	537	1,11 (0,76-1,61)
	Høj	745	1,11 (0,73-1,71)	745	1,08 (0,73-1,61)
	Meget høj	1.416	1,22 (0,84-1,79)	1.416	0,77 (0,54-1,11)
Indkomst	-99.999 kr.	157	2,17 (1,11-4,22)*	157	3,19 (1,70-5,99)***
	100.000-199.999 kr.	671	1,67 (1,07-2,60)*	671	1,79 (1,13-2,84)**
	200.000-299.999 kr.	820	1,56 (1,02-2,36)*	820	1,66 (1,07-2,57)*
	300.000-399.999 kr.	840	1,76 (1,17-2,64)**	840	1,53 (0,97-2,39)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	0,66 (0,38-1,12)	140	1,31 (0,85-2,02)
	20+	2.994	1	2.994	1
Antal sunde tænder	0	524	3,13 (1,13-8,66)*	524	1,15 (0,45-2,94)
	1-19	2.233	2,18 (0,82-5,77)	2.233	0,90 (0,37-2,21)
	20+	378	1	378	1
Mundhygiejne	God	930	1	930	1
	Moderat	1.947	1,03 (0,76-1,38)	1.947	1,02 (0,75-1,38)
	Ringe	258	1,27 (0,81-1,99)	258	1,63 (1,07-2,50)*
Pochedybde	0-4 mm	2.742	1,03 (0,72-1,46)	2.742	1
	≥ 5 mm	393	1	393	1,40 (1,02-1,93)*
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1
	Nedsat	315	1,21 (0,80-1,82)	315	0,94 (0,62-1,43)
	Hyposalivation	228	1,44 (0,94-2,20)*	228	1,43 (0,95-2,16)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,39 (1,05-1,84)	1.970	1,13 (0,86-1,49)
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1,17 (0,75-1,82)	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,89 (1,22-2,93)**	1.096	1,30 (0,99-1,70)
	Ryger	424	1	424	1,35 (0,92-1,99)
Alkohol	0	379	1,31 (0,87-1,97)	379	1,19 (0,79-1,80)
	< genstandsgrænsen	1.672	1,05 (0,80-1,38)	1.672	1,16 (0,88-1,52)
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.084	1

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 23:** Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på forskellige typer af receptpligtige lægemidler i 2007 (henholdsvis 7= Psykofarmaka, 8= Blodpropmidler, 9= Vanddrivende midler, 10= Mavesyre-midler og 11= Antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene ikke er testede mod hinanden

Lægemidler, bivariate analyser		7	8	9	10	11	n
Køn	Mand	6,7***	11,2***	6,3**	4,6***	4,6***	1.707
	Kvinde	9,8***	5,9***	9,2**	8,0***	8,0***	2.695
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>
Aldersgrupper	18-34 år	2,0***	0	0,4***	4,7	4,7	450
	35-44 år	4,2***	0,6***	1,1***	5,8	5,8	650
	45-54 år	6,7*	2,5***	4,5***	7,9	7,9	953
	55-64 år	10,1*	7,8	9,8**	7,4	7,4	1.260
	65-74 år	14,4***	17,7***	14,9***	6,4	6,4	887
	75+ år	12,4*	33,7***	22,8***	4,5	4,5	202
<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>	
Antal tænder	0	21,2**	24,2**	24,2**	12,1	12,1	33
	1-19	13,2**	17,7***	18,6***	8,6	8,6	220
	20+	8,3**	7,3***	7,4***	6,5	6,5	4.149
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>
Antal sunde tænder	0	14,3***	17,5***	17,1***	7,9	7,9	819
	1-19	8,1	6,6***	6,9***	6,7	6,7	3.080
	20+	2,6***	0,8***	0,6***	4,6*	4,6*	503
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>
Antal carierede tandflader	0	9,1	8,4	8,9**	6,8	6,8	3.026
	1	8,2	6,7	6,7	5,3	5,3	849
	2	7,0	7,0	4,1**	7,0	7,0	271
	3	4,1	8,2	9,0	5,7	5,7	122
	4+	8,3	7,5	5,3	11,3*	11,3*	133
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.401</b>
Antal fyldte tandflader	0	8,7	9,6	7,8	6,1	6,1	115
	1-25	5,6***	4,1***	4,1***	6,6	6,6	1.474
	26-49	9,0	8,9	8,5	6,1	6,1	1.675
	50+	12,0***	11,5***	12,4***	7,6	7,6	1.138
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>
Erosioner	0	8,6	8,1	8,1	6,7	6,7	4.285
	1+	9,4	3,4	4,3	5,1	5,1	117
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 23 fortsat

Lægemidler, bivariate analyser		7	8	9	10	11	n
Mundhygiejne	God	6,7**	5,5***	5,9**	5,7	5,7	1.245
	Moderat	9,2*	7,9	8,2	7,1	7,1	2.683
	Ringe	9,0	14,2***	12,7***	6,3	6,3	379
	<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>4.307</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	7,8	5,9**	6,6**	6,1	6,1	1619
	10-24,99 %	8,0	8,5	8,0	6,3	6,3	1.207
	25+ %	9,6*	9,1**	9,4**	7,1	7,1	1.517
	<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>7,7</b>	<b>7,9</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>4.343</b>
Pochedybde	0-4 mm	8,4	7,2***	7,5**	6,8	6,8	3.821
	≥ 5 mm	10,2	13,3***	11,3**	5,9	5,9	577
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.398</b>
Fæstetab	0-4 mm	6,9***	5,0***	5,6***	7,0	7,0	2.204
	≥ 5 mm	10,4***	10,9***	10,4***	6,3	6,3	2.194
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.398</b>
Parodontosepatient	Nej	8,4*	7,3***	7,6***	6,7	6,7	4.001
	Ja	11,3*	14,4***	12,6***	6,0	6,0	397
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.398</b>
Spytsekretion	Normal	7,6***	7,5**	7,5**	5,4***	5,4***	3.526
	Nedsat	13,6***	8,4	8,9	12,6***	12,6***	428
	Hyposalivation	10,9	12,7**	13,6**	11,2***	11,2***	338
	<b>Total</b>	<b>8,5</b>	<b>8,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>4.292</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	8,2**	8,4**	8,0	6,2**	6,2**	3.814
	Ja	11,4**	5,4**	8,2	9,5**	9,5**	588
	<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>	<b>4.402</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 24: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis psykofarmaka og blodpropmidler**

Variabel		Psykofarmaka		Blodpropmidler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1,84 (1,35-2,52)***
	Kvinde	1.923	1,67 (1,22-2,28)**	1.923	1
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	-
	35-44 år	480	1,99 (0,81-4,85)	480	0,02 (0,01-0,07)***
	45-54 år	706	3,14 (1,37-7,21)**	706	0,10 (0,05-0,18)***
	55-64 år	953	4,75 (2,13-10,58)***	953	0,20 (0,12-0,33)***
	65-74 år	563	6,96 (3,08-15,74)***	563	0,53 (0,32-0,85)**
	75+ år	103	7,27 (2,70-19,56)***	103	1
Uddannelse	Lav	437	1	437	1
	Medium	537	0,72 (0,45-1,16)	537	1,42 (0,89-2,28)
	Høj	745	0,91 (0,58-1,43)	745	1,84 (1,12-3,00)*
	Meget høj	1.416	1,07 (0,71-1,60)	1.416	1,40 (0,89-2,19)
Indkomst	-99.999 kr.	157	0,73 (0,33-1,62)	157	2,02 (0,90-4,51)
	100.000-199.999 kr.	671	0,93 (0,58-1,48)	671	2,09 (1,25-3,49)**
	200.000-299.999 kr.	820	1,19 (0,79-1,80)	820	1,83 (1,12-2,98)*
	300.000-399.999 kr.	840	0,91 (0,59-1,39)	840	1,34 (0,80-2,24)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,29 (0,76-2,19)	140	1,17 (0,72-1,92)
	20+	2.994	1	2.994	1
Mundhygiejne	God	930	1,42 (0,82-2,49)	930	1
	Moderat	1.947	1,41 (0,85-2,36)	1.947	0,96 (0,67-1,36)
	Ringe	258	1	258	1,30 (0,79-2,11)
Gingival blødning	0-9,99 %	1.165	1,07 (0,72-1,57)	1.165	1
	10-24,99 %	879	0,79 (0,56-1,13)	879	1,54 (1,01-2,34)*
	25+ %	1.080	1	1.080	1,18 (0,76-1,84)
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1
	Nedsat	315	1,37 (0,92-2,04)	315	1,12 (0,70-1,81)
	Hyposalivation	228	1,03 (0,63-1,68)	228	1,49 (0,93-2,40)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1	2.732	1,24 (0,79-1,95)
	Ja	403	1,62 (1,14-2,30)**	403	1
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,38 (1,02-1,87)*	1.970	1,32 (0,95-1,84)
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,46 (1,08-1,97)**	1.096	1,40 (1,02-1,92)*
	Ryger	424	2,21 (1,51-3,25)***	424	1,37 (0,87-2,17)
Alkohol	0	379	1	379	0,78 (0,46-1,32)
	< genstandsgrænsen	1.672	1,03 (0,66-1,60)	1.672	1,02 (0,75-1,39)
	> genstandsgrænsen	1.084	1,06 (0,68-1,66)	1.084	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 25: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis vanddrivende midler og midler mod mavesyrerelaterede sygdomme**

Variabel		Vanddrivende midler		Mavesyrerelaterede midler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,67 (1,21-2,30)**	1.923	1,03 (0,76-1,39)
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	1
	35-44 år	480	1,43 (0,26-7,92)	480	1,63 (0,75-3,56)
	45-54 år	706	8,58 (2,02-36,43)**	706	2,41 (1,17-4,98)*
	55-64 år	953	15,78 (3,81-65,28)***	953	2,75 (1,37-5,50)**
	65-74 år	563	23,42 (5,63-97,54)***	563	3,13 (1,53-6,42)**
	75+ år	103	49,14 (11,12-217,21)***	103	5,41 (2,30-12,71)***
Uddannelse	Lav	437	1,43 (0,96-2,13)	437	1,21 (0,80-1,83)
	Medium	537	1,36 (0,93-2,01)	537	1,55 (1,07-2,25)*
	Høj	745	1,02 (0,69-1,52)	745	1,26 (0,87-1,81)
	Meget høj	1.416	1	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,06 (0,47-2,39)	157	1,39 (0,69-2,82)
	100.000-199.999 kr.	671	1,69 (1,02-2,82)*	671	1,37 (0,86-2,20)
	200.000-299.999 kr.	820	1,18 (0,71-1,94)	820	1,17 (0,75-1,83)
	300.000-399.999 kr.	840	1,50 (0,91-2,45)	840	0,95 (0,61-1,49)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,56 (0,98-2,48)	140	1,42 (0,85-2,38)
	20+	2.994	1	2.994	1
Erosioner	0	3.051	1	3.051	1,24 (0,45-3,46)
	1+	84	1,29 (0,50-3,35)	84	1
Mundhygiejne	God	930	1	930	1
	Moderat	1.947	0,91 (0,65-1,27)	1.947	1,09 (0,79-1,51)
	Ringe	258	1,14 (0,69-1,86)	258	0,82 (0,47-1,41)
Pochedybde	0-4 mm	2.742	1	2.742	1,65 (1,05-2,58)*
	≥ 5 mm	393	1,04 (0,71-1,54)	393	1
Parodontosepatient	Nej	2.871	1	2.871	1,93 (1,09-3,44)*
	Ja	264	1,29 (0,81-1,97)	264	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1
	Nedsat	315	1,36 (0,89-2,07)	315	1,06 (0,68-1,64)
	Hyposalivation	228	1,74 (1,13-2,67)**	228	1,14 (0,71-1,84)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,08 (0,80-1,47)	1.970	1,19 (0,88-1,59)
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,32 (0,98-1,77)	1.096	1,42 (1,06-1,91)*
	Ryger	424	1,17 (0,74-1,84)	424	1,37 (0,90-2,07)
Alkohol	0	379	1,13 (0,72-1,78)	379	1,78 (1,19-2,65)**
	< genstandsgrænsen	1.672	1,25 (0,92-1,70)	1.672	1,01 (0,74-1,37)
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.084	1

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.



**Bilagstabel 26: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis antidepressiva/psykostimulerende/antidemens midler og næsemidler**

Variabel		Antidepressiva/psykostimulerende/antidemens midler		Næsemidler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,30 (0,93-1,84)	1.923	1,08 (0,78-1,50)
Aldersgruppe	18-34 år	330	3,26 (0,71-15,01)	330	1
	35-44 år	480	4,61 (1,03-20,58)*	480	1,41 (0,76-2,62)
	45-54 år	706	6,54 (1,51-28,34)**	706	1,39 (0,77-2,53)
	55-64 år	953	5,45 (1,29-23,12)*	953	1,02 (0,57-1,85)
	65-74 år	563	3,08 (0,71-13,29)	563	1,39 (0,75-2,60)
	75+ år	103	1	103	1,44 (0,56-3,75)
Uddannelse	Lav	437	1	437	1,09 (0,68-1,73)
	Medium	537	1,20 (0,71-2,03)	537	0,85 (0,54-1,33)
	Høj	745	1,33 (0,80-2,19)	745	1,13 (0,79-1,61)
	Meget høj	1.416	1,46 (0,91-2,33)	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,92 (0,84-4,41)	157	1,06 (0,49-2,27)
	100.000-199.999 kr.	671	3,53 (2,07-6,01)***	671	0,87 (0,52-1,47)
	200.000-299.999 kr.	820	1,70 (1,00-2,86)*	820	1,00 (0,64-1,58)
	300.000-399.999 kr.	840	1,57 (0,95-2,62)	840	1,16 (0,76-1,76)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,09 (0,55-2,15)	140	1,78 (0,35-1,76)
	20+	2.994	1	2.994	1
Antal fyldte tandflader	0	51	1	51	0,61 (0,08-4,79)
	1-25	1.078	3,37 (0,44-25,90)	1.078	1,83 (1,15-2,91)**
	26-49	1.186	2,50 (0,32-19,73)	1.186	1,18 (0,79-1,76)
	50+	820	3,03 (0,38-24,34)	820	1
Mundhygiejne	God	930	0,77 (0,42-1,40)	930	1,57 (0,80-3,08)
	Moderat	1.947	1,02 (0,60-1,73)	1.947	1,45 (0,76-2,75)
	Ringe	258	1	258	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1,33 (0,71-2,51)
	Nedsat	315	2,02 (1,34-3,04)**	315	1,68 (0,80-3,50)
	Hyposalivation	228	2,53 (1,63-3,92)***	228	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1	2.732	1
	Ja	403	1,45 (0,99-2,12)	403	1,04 (0,67-1,61)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1	1.970	1,18 (0,87-1,60)
	Mere end anbefalet	1.165	1,18 (0,87-1,60)	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1	1.615	1,60 (0,94-2,73)
	Ex-ryger	1.096	1,53 (1,10-2,13)*	1.096	1,84 (1,07-3,17)*
	Ryger	424	1,97 (1,31-2,96)**	424	1
Alkohol	0	379	1,51 (0,98-2,33)	379	1,03 (0,64-1,64)
	< genstandsgrænsen	1.672	1,04 (0,75-1,46)	1.672	0,86 (0,62-1,19)
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.084	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 27:** Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på forskellige typer af receptpligtige lægemidler i 2007 (henholdsvis 12= Næsemidler, 13= Betareceptorblokerende midler, 14= Antihistaminer, 15= KOL-midler og 16= Hoste-/forkølelsemidler) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene er ikke testede mod hinanden

Lægemidler, bivariate analyser		12	13	14	15	16	n
Køn	Mand	6,1	6,8	4,4**	4,6	4,4	1.707
	Kvinde	6,9	5,6	6,4**	5,6	5,4	2.695
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>
Aldersgrupper	18-34 år	5,1	0,4***	5,3	4,0	1,6***	450
	35-44 år	7,5	1,5***	7,8**	4,3	5,1	650
	45-54 år	7,2	3,1***	5,8	4,7	3,8*	953
	55-64 år	6,0	6,9	6,0	5,2	4,7	1.260
	65-74 år	6,9	11,6***	3,7**	6,8*	7,9***	887
	75+ år	5,9	17,3***	4,0	5,9	7,4	202
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>
Antal tænder	0	6,1	18,2**	0	12,1	9,1	33
	1-19	5,0	13,2***	5,9	6,8	6,8	220
	20+	6,7	5,6***	5,6	5,1	4,9	4.149
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>
Antal sunde tænder	0	6,5	11,7***	5,9	8,3***	6,6*	819
	1-19	6,8	5,4**	5,4	4,5**	5,0	3.080
	20+	5,6	1,0***	6,4	4,4	2,6**	503
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>
Antal carierede tandflader	0	6,7	6,3	5,9	5,2	5,1	3.026
	1	6,9	5,1	5,1	4,4	5,3	849
	2	5,9	6,6	5,5	5,2	3,0	271
	3	4,1	5,7	1,6*	7,4	4,1	122
	4+	4,5	6,0	5,3	8,3	6,8	133
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.401</b>
Antal fyldte tandflader	0	4,3	7,0	5,2	8,7	4,3	115
	1-25	7,4	3,5***	5,9	5,0	4,1	1.474
	26-49	6,3	6,9	5,0	4,4	5,6	1.675
	50+	6,2	8,2**	6,2	6,2	5,4	1.138
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>
Erosioner	0	6,6	6,1	5,7	5,3	5,0	4.285
	1+	6,0	3,4	1,7	3,4	4,3	117
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 27 fortsat

Lægemidler, bivariate analyser		12	13	14	15	16	n
Mundhygiejne	God	6,8	4,0***	6,5	4,3	4,4	1.245
	Moderat	6,7	6,6*	5,6	5,7*	5,1	2.683
	Ringe	4,0*	7,9	3,2*	4,5	5,0	379
	<b>Total</b>	<b>6,5</b>	<b>6,0</b>	<b>5,7</b>	<b>5,2</b>	<b>4,9</b>	<b>4.307</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	7,2	4,9*	6,2	4,9	4,9	1.619
	10-24,99 %	7,0	6,3	5,7	5,6	4,6	1.207
	25+ %	5,5*	6,7	5,0	4,9	5,3	1.517
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0</b>	<b>4.343</b>
Pochedybde	0-4 mm	6,9**	5,7**	6,0**	5,3	4,9	3.821
	≥ 5 mm	4,2**	8,8**	3,1**	4,9	5,4	577
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.398</b>
Fæstetab	0-4 mm	7,1	4,5***	6,1	4,9	4,2**	2.204
	≥ 5 mm	6,1	7,7***	5,1	5,6	5,8**	2.194
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.398</b>
Parodontosepatient	Nej	6,8*	5,8*	5,9**	5,2	5,0	4.001
	Ja	3,8*	8,8*	2,8**	5,0	4,8	397
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.398</b>
Spytsekretion	Normal	6,4	5,7*	5,4	4,7**	5,0	3.526
	Nedsat	7,9	7,2	5,8	6,1	4,7	428
	Hyposalivation	5,9	8,3	5,9	8,3**	5,0	338
	<b>Total</b>	<b>6,5</b>	<b>6,1</b>	<b>5,5</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0</b>	<b>4.292</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	6,5	6,3	5,3*	5,0	5,0	3.814
	Ja	7,0	4,8	7,3*	6,6	5,3	588
	<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4.402</b>

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$

**Bilagstabel 28: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis betareceptorblokerende midler og antihistaminer**

Variabel		Betareceptorblokerende midler		Antihistaminer	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1,19 (0,85-1,68)	1.212	1
	Kvinde	1.923	1	1.923	1,35 (0,95-1,92)
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	1
	35-44 år	480	4,51 (0,54-37,96)	480	1,34 (0,75-2,39)
	45-54 år	706	12,62 (1,68-94,80)**	706	0,89 (0,49-1,60)
	55-64 år	953	21,36 (2,92-156,34)**	953	1,03 (0,59-1,81)
	65-74 år	563	32,62 (4,44-239,50)**	563	0,54 (0,27-1,09)
	75+ år	103	45,40 (5,82-354,06)***	103	0,79 (0,25-2,48)
Uddannelse	Lav	437	1,06 (0,67-1,69)	437	0,95 (0,55-1,63)
	Medium	537	1,08 (0,69-1,67)	537	0,92 (0,57-1,49)
	Høj	745	1,34 (0,88-2,04)	745	1,32 (0,91-1,91)
	Meget høj	1.416	1	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,95 (0,88-4,37)	157	0,57 (0,21-1,52)
	100.000-199.999 kr.	671	1,85 (1,07-3,19)*	671	1,03 (0,60-1,78)
	200.000-299.999 kr.	820	1,09 (0,63-1,87)	820	0,99 (0,61-1,60)
	300.000-399.999 kr.	840	1,28 (0,76-2,17)	840	1,14 (0,73-1,77)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	1,46 (0,85-2,49)	140	1,16 (0,48-2,79)
	20+	2.994	1	2.994	1
Mundhygiejne	God	930	1	930	2,28 (1,01-5,15)*
	Moderat	1.947	1,33 (0,89-1,98)	1.947	1,81 (0,82-4,00)
	Ringe	258	1,40 (0,79-2,49)	258	
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1
	Nedsat	315	1,18 (0,72-1,95)	315	1,06 (0,64-1,75)
	Hyposalivation	228	1,47 (0,88-2,46)	228	1,18 (0,06-2,10)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.732	1,39 (0,83-2,31)	2.732	1
	Ja	403	1	403	1,46 (0,97-2,20)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,07 (0,76-1,50)	1.970	1,02 (0,74-1,40)
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	1	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,25 (0,90-1,74)	1.096	0,98 (0,69-1,38)
	Ryger	424	0,88 (0,52-1,50)	424	1,02 (0,63-1,63)
Alkohol	0	379	1	379	0,58 (0,32-1,07)
	< genstandsgrænsen	1.672	1,17 (0,69-2,00)	1.672	1,08 (0,77-1,53)
	> genstandsgrænsen	1.084	1,20 (0,69-2,06)	1.084	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 29: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis midler mod kronisk obstruktive lungesygdomme (KOL) og hoste-/forkølelsemidler**

Variabel		KOL-midler		Hoste-/forkølelsemidler	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.212	1	1.212	1
	Kvinde	1.923	1,12 (0,77-1,61)	1.923	1,41 (0,97-2,04)
Aldersgruppe	18-34 år	330	1	330	1
	35-44 år	480	1,25 (0,60-2,60)	480	2,23 (0,92-5,38)
	45-54 år	706	1,40 (0,70-2,79)	706	2,17 (0,92-5,13)
	55-64 år	953	1,27 (0,65-3,45)	953	2,57 (1,12-5,88)*
	65-74 år	563	1,49 (0,74-2,98)	563	4,07 (1,74-9,48)**
	75+ år	103	1,40 (0,49-3,99)	103	2,86 (0,85-9,60)
Uddannelse	Lav	437	0,97 (0,59-1,61)	437	1,06 (0,64-1,75)
	Medium	537	0,90 (0,56-1,46)	537	0,73 (0,44-1,23)
	Høj	745	1,04 (0,69-1,58)	745	1,12 (0,74-1,68)
	Meget høj	1.416	1	1.416	1
Indkomst	-99.999 kr.	157	1,58 (0,69-3,63)	157	0,77 (0,30-1,99)
	100.000-199.999 kr.	671	1,60 (0,90-2,84)	671	1,07 (0,61-1,88)
	200.000-299.999 kr.	820	1,47 (0,87-2,49)	820	1,03 (0,61-1,72)
	300.000-399.999 kr.	840	1,01 (0,59-1,73)	840	0,99 (0,60-1,64)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	0,81 (0,36-1,83)	140	0,80 (0,36-1,80)
	20+	2.994	1	2.994	1
Mundhygiejne	God	930	1,12 (0,55-2,27)	930	1,33 (0,66-2,68)
	Moderat	1.947	1,32 (0,69-2,53)	1.947	1,32 (0,69-2,52)
	Ringe	258	1	258	1
Spytsekretion	Normal	2.592	1	2.592	1
	Nedsat	315	1,44 (0,88-2,34)	315	0,74 (0,41-1,33)
	Hyposalivation	228	1,70 (1,01-2,86)*	228	1,03 (0,57-1,87)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.970	1,02 (0,72-1,44)	1.970	1,18 (0,82-1,68)
	Mere end anbefalet	1.165	1	1.165	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.615	0,88 (0,53-1,46)	1.615	1
	Ex-ryger	1.096	1,10 (0,66-1,84)	1.096	1,11 (0,77-1,59)
	Ryger	424	1	424	1,46 (0,91-2,36)
Alkohol	0	379	1,04 (0,61-1,76)	379	1,11 (0,65-1,90)
	< genstandsgrænsen	1.672	0,98 (0,68-1,41)	1.672	1,06 (0,74-1,52)
	> genstandsgrænsen	1.084	1	1.084	1

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 30: Procentandele af Tandundersøgelsens deltagere der har fået forskellige ydelser hos tandlæge eller tandplejer i hvert af årene 2003, 2004, 2005, 2006 og 2007**

Ydelsestype	Ydelsesnavn	Ydelsesnr.	2003	2004	2005	2006	2007
Kliniske undersøgelser	RDU fra 26 år	1140	60,7	60,5	60,1	61,6	59,1
	RDU 18-25 år	1141	2,4	2,0	1,8	1,5	1,7
	KRDU fra 26 år	1170	-	44,2	57,6	57,4	56,7
	KRDU 18-25 år	1171	-	1,1	1,1	1,1	0,8
	DFG	2910	1,3	1,0	0,9	1,1	1,3
Forebyggelse	IFB	2920	8,1	8,9	8,7	9,2	9,1
	KIFB	2930	0,6	0,5	1,0	1,0	0,8
Røntgen	BW v. RDU	1150	14,1	15,0	14,1	16,4	14,0
	BW v. DFG	1151	-	0,4	0,4	0,5	0,8
	BW v. KRDU	1152	-	-	-	-	3,9
	RTG	1300	18,7	19,5	19,7	21,2	18,4
Tandrensning	Tandrensning a	1301	70,2	69,7	69,4	69,5	68,8
	Tandrensning b	1302	1,6	1,8	1,6	1,6	1,6
Parobehandling	APA	1420	2,5	2,7	2,9	3,1	3,3
	Udvidet tandrensning	1425	3,9	4,3	4,9	5,2	5,8
	UPA	1430	0,4	0,4	0,2	0,5	0,3
	Tandrodsrens	1431	5,8	6,2	6,7	7,5	7,5
	Kir. PA	1440	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4
	Ktr. Paro a	1452	1,0	1,0	1,5	1,6	1,6
	Ktr. Paro b	1453	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Ktr. Paro c	1454	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Fyldningsterapi	A sølv	1501	5,0	4,5	4,9	3,9	4,2
	B sølv	1502	12,6	11,0	10,8	9,6	8,0
	C sølv	1503	6,2	5,7	6,1	5,5	4,3
	E plast	1505	19,1	18,7	19,3	18,7	18,6
	F plast	1506	6,2	6,9	7,0	7,7	8,0
	G enkeltfladet	1507	1,9	2,4	2,4	2,3	2,7
	A sølv gradvis eksk.	1551	0	-	0	0	0
	B sølv gradvis eksk.	1552	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
	C sølv gradvis eksk.	1553	0,1	0,1	0	0	0
	F plast gradvis eksk.	1556	0,1	0	0	0	0
	G enkeltfladet gradvis eksk.	1557	0	0,1	0,1	0,1	0,1
G flerfladet gradvis eksk.	1558	-	-	-	-	0	
Rødbehandling	Pulpaoverkapn.	1600	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3
	Koronal amp.	1601	0	-	0,1	0,1	0,1
	Akut oplukning	1605	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1
	Apikal amp. og rodfyldning	1606	4,9	5,0	4,4	4,8	4,8
Tandudtrækning	Ex pr. tand	1701	3,6	3,7	3,4	3,7	3,4
	Operativ fjernelse af tand	1801	2,2	2,5	3,0	2,7	2,4
Andet	Konsultation	3020	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4

**Bilagstabel 31: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på forskellige typer af tandlæge/tandplejerydelser i 2007 (henholdsvis 1= Klinisk undersøgelse, 2= Forebyggelse, 3= Røntgen, 4= Parobehandling, 5= Fyldning, 6= Rodbehandling og 7= Ex/op) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene er ikke testede mod hinanden**

Ydelser 2007, bivariate analyser		1	2	3	4	5	6	7	n
Køn	Mand	79,1**	10,5	38,4	13,1*	44,5***	6,7	6,2	1.691
	Kvinde	82,6**	11,7	40,0	10,9*	38,0***	5,4	5,3	2.665
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Aldersgruppe	21-34 år	65,3***	20,8***	45,5*	1,2***	25,0***	1,9**	4,5	404
	35-44 år	75,4***	10,6	40,4	4,9***	30,6***	4,3	3,2**	650
	45-54 år	80,8	9,2*	39,9	9,5*	36,6*	6,5	4,4	953
	55-64 år	86,0***	10,3	38,6	15,1***	42,9*	6,2	6,5	1.260
	65-74 år	85,3***	11,8	37,0	18,6***	48,7***	6,7	6,9	887
	75+ år	86,1	11,5	40,2	15,8	56,9***	7,5	9,9**	202
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Uddannelse	Lav	83,3	9,0	35,6	14,6*	47,1***	7,3	8,0**	624
	Medium	86,7	11,2	37,9	15,9***	42,7	5,2	5,9	713
	Høj	85,7	11,9	40,2	9,3**	39,0	6,6	5,4	925
	Meget høj	83,1*	12,0	40,2	10,8*	37,1**	5,1	4,9	1.710
	<b>Total</b>	<b>84,4</b>	<b>11,3</b>	<b>39,1</b>	<b>12,0</b>	<b>40,1</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>	<b>3.972</b>
Indkomst	-99.999 kr.	75,8**	14,0	38,7	7,2*	42,0	5,3	7,1	198
	100.000-199.999 kr.	82,6	10,5	36,7	15,6***	46,2***	5,2	7,2**	995
	200.000-299.999 kr.	86,5*	12,9	41,2	12,4	41,7	6,0	6,4	1.112
	300.000-399.999 kr.	85,6	10,6	39,5	9,8**	37,5*	5,9	4,4*	1.080
	400.000+ kr.	83,5	10,3	40,0	12,3	35,3**	6,3	4,9	814
	<b>Total</b>	<b>84,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>12,2</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>	<b>4.199</b>
Antal tænder	0	3,0***	0	0	0	0	0	0	33
	1-19	77,3	12,9	26,5***	16,4*	47,6*	5,3	14,5***	220
	20+	82,1***	11,2	40,0***	11,6	40,1	5,9	5,2***	4.103
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Antal sunde tænder	0	82,3	11,6	39,3	16,4***	54,6***	9,6***	10,5***	819
	1-19	83,3***	11,0	39,5	11,9	39,5	5,4*	4,8***	3.067
	20+	66,2***	12,9	37,9	2,9***	17,7***	1,6**	2,3**	470
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Antal carierede tandflader	0	82,8***	10,9	39,7	12,2	39,9	6,1	5,8	2.985
	1	80,6	12,9	39,5	11,7	40,1	4,8	4,7	847
	2	79,5	8,0	41,3	10,7	42,3	5,2	5,6	268
	3	71,3**	16,1	32,2	9,0	47,1	3,4	5,7	122
	4+	63,9***	11,8	31,8	8,3	48,2	10,6	7,5	133
	<b>Total</b>	<b>81,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.355</b>
Antal fyldte tandflader	0	34,6***	8,1	27,0	1,9**	5,4***	0	1,9	107
	1-25	74,3***	12,6	35,7**	8,4***	26,5***	3,0***	4,7	1.438
	26-49	85,4***	11,2	38,5	13,7**	43,5**	5,5	5,8	1.673
	50+	88,3***	10,0	44,9***	14,2**	52,6***	9,7***	6,8*	1.138
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 31 fortsat

Ydelser 2007, bivariate analyser		1	2	3	4	5	6	7	n
Erosioner	0	81,3	11,5*	39,5	11,9*	40,6	5,9	5,7	4.243
	1+	78,8	3,4*	33,7	5,3*	36,0	5,6	1,8	113
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Mundhygiejne	God	82,9	9,2**	38,9	6,2***	32,2***	5,0	4,7	1.222
	Moderat	82,2	12,2*	40,4	12,9**	42,5**	5,9	5,8	2.662
	Ringe	74,8***	12,4	33,3*	22,2***	53,5***	8,5*	7,2	377
	<b>Total</b>	<b>81,7</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.261</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	82,4	10,3	40,5	8,6***	34,0***	5,3	5,5	1.590
	10-24,99 %	82,2	11,1	37,9	12,0	43,1*	5,1	5,7	1.197
	25+ %	81,4	12,4	39,1	15,2***	44,8***	7,1*	6,1	1.510
	<b>Total</b>	<b>82,0</b>	<b>11,2</b>	<b>39,3</b>	<b>11,8</b>	<b>40,3</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.297</b>
Pochedybde	0-4 mm	81,1	10,8*	39,1	8,9***	39,6**	5,4**	5,1**	3.775
	≥ 5 mm	82,3	14,1*	40,8	30,7***	45,7**	8,6**	8,7**	577
	<b>Total</b>	<b>81,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,3</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.352</b>
Fæstetab	0-4 mm	78,3***	11,3	38,9	6,1***	34,7***	5,0*	4,3***	2.158
	≥ 5 mm	84,2***	11,3	39,8	17,5***	45,7***	6,7*	6,9***	2.194
	<b>Total</b>	<b>81,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,3</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.352</b>
Parodontosepatient	Nej	81,4	11,1	39,2	10,0***	39,9*	5,7	5,4*	3.955
	Ja	80,1	13,2	40,6	30,0***	45,9*	7,5	8,1*	397
	<b>Total</b>	<b>81,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,3</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.352</b>
Spytsekretion	Normal	80,4**	11,5	39,2	11,8	39,6	5,4**	5,5	3.491
	Nedsat	84,9*	10,6	42,2	11,5	42,5	5,8	6,4	424
	Hyposalivation	84,0	11,1	39,4	12,2	44,8	10,8***	5,7	332
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,5</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,9</b>	<b>5,6</b>	<b>4.247</b>
Tandpine indenfor det seneste år	Nej	82,7***	10,7**	37,7***	12,0	39,1***	5,1***	5,0***	3.771
	Ja	72,0***	15,4**	51,8***	10,2	50,4***	11,4***	9,6***	585
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>
Sukkerindtag	< end anbefalet	84,9	11,2	39,1	13,7***	40,0	6,2	5,5	2.119
	> end anbefalet	84,2	11,5	40,2	9,5***	40,6	5,3	5,3	1.218
	<b>Total</b>	<b>84,6</b>	<b>11,3</b>	<b>39,5</b>	<b>12,1</b>	<b>40,2</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>3.337</b>
Rygning	Aldrig-ryger	85,3**	10,6	38,9	8,8***	37,8**	5,7	5,0*	2.093
	Ex-ryger	85,9*	11,3	37,9	14,9***	43,8**	6,4	6,9*	1.446
	Ryger	76,6***	14,8*	43,5*	17,6***	40,2	4,0	5,6	555
	<b>Total</b>	<b>84,3</b>	<b>11,4</b>	<b>39,1</b>	<b>12,1</b>	<b>40,2</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>	<b>4.094</b>
Alkohol	0	80,5**	11,4	39,4	15,1*	42,8	5,5	8,6**	523
	< genstandsgrænse	84,3	11,3	39,4	10,0***	40,6	6,5	4,9**	2.161
	> genstandsgrænse	85,7	11,4	38,7	14,5**	39,1	4,9	6,1	1.416
	<b>Total</b>	<b>84,3</b>	<b>11,3</b>	<b>39,1</b>	<b>12,2</b>	<b>40,3</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>	<b>4.100</b>
Antal lægemidler	0	68,1***	7,0***	36,0*	8,4***	35,7**	2,6***	3,0***	1.008
	1	84,4**	10,8	38,1	10,6	35,9**	4,4	5,0	880
	2+	85,5***	12,8***	40,9*	13,6***	43,6***	7,4***	6,9***	2.468
	<b>Total</b>	<b>81,2</b>	<b>11,3</b>	<b>39,4</b>	<b>11,8</b>	<b>40,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4.356</b>

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.



**Bilagstabel 32: Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på antal kliniske undersøgelser i 2003-2007 (henholdsvis ingen, 1, 2, 3, 4 og 5 i løbet af de fem år) i relation til en række variable**

Bivariate analyser, ydelse: Antal kliniske undersøgelser 2003-2007		0	1	2	3	4	5	n
Køn	Mand	9,1*	3,7	5,0*	8,3	25,1	48,9*	1.671
	Kvinde	7,4*	2,8	3,7*	6,8	26,9	52,5*	2.618
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Aldersgruppe	25-34 år	13,4***	8,6***	9,5***	11,9**	24,9	31,8***	337
	35-44 år	9,4	5,1**	6,8***	7,2	29,1	42,5***	650
	45-54 år	8,5	2,6	3,3	9,5**	28,1	48,0*	953
	55-64 år	5,8***	1,8**	3,0**	6,6	26,2	56,6***	1.260
	65-74 år	8,1	2,0*	3,5	5,2**	22,7**	58,5***	887
	75+ år	6,9	3,0	2,0	4,0	24,8	59,4*	202
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Uddannelse	Lav	6,5**	2,1	4,0	7,6	23,1**	56,6*	618
	Medium	3,7	2,7	3,7	6,2	29,7	54,0	707
	Høj	4,3	2,4	4,1	7,2	28,8	53,2	921
	Meget høj	4,2	4,3**	4,8	8,9*	26,8	50,9*	1.665
	<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>3,2</b>	<b>4,3</b>	<b>7,8</b>	<b>27,2</b>	<b>52,9</b>	<b>3.911</b>
Indkomst	-99.999 kr.	9,3**	5,5	7,1	7,1	24,7	46,2	182
	100.000-199.999 kr.	6,8***	4,4*	4,0	6,6	25,5	52,8	959
	200.000-299.999 kr.	3,8	2,4*	4,0	6,6	25,3	57,9***	1.105
	300.000-399.999 kr.	2,9**	2,7	4,7	8,0	30,8**	51,0	1.075
	400.000+ kr.	4,5	3,3	4,3	9,8**	27,1	50,9	814
	<b>Total</b>	<b>4,6</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>7,6</b>	<b>27,1</b>	<b>53,0</b>	<b>4.135</b>
Antal tænder	0	90,9***	6,1	0	0	3,0**	0***	33
	1-19	8,6	3,2	5,9	8,2	24,1	50,0	220
	20+	7,4***	3,1	4,1	7,4	26,5	51,6**	4.036
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Antal sunde tænder	0	9,0	2,8	3,3	6,8	22,1**	55,9**	819
	1-19	7,3**	2,4***	3,9	6,9	27,2*	52,3**	3.051
	20+	11,5**	9,1***	8,4***	11,5**	26,7	32,9***	419
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Antal carierede tandflader	0	7,6	2,7*	3,6**	6,9	26,1	53,0***	2.947
	1	7,7	3,2	5,0	7,0	27,9	49,2	833
	2	7,6	3,8	4,2	9,5	26,2	48,7	263
	3	10,7	7,4**	8,3*	10,7	23,1	39,7**	121
	4+	18,5***	5,6	8,9**	12,1*	20,2	34,7***	124
	<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.288</b>
Antal fyldte tandflader	0	50,5***	7,5**	9,7**	6,5	11,8**	14,0***	93
	1-25	11,0***	5,2***	5,8***	7,9	26,9	43,2***	1.388
	26-49	5,2***	2,2**	3,7	7,5	28,0*	53,4*	1.670
	50+	5,3***	1,7**	2,5**	6,5	23,6*	60,4***	1.138
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 32 fortsat

Bivariate analyser, ydelse: Antal kliniske undersøgelser 2003-2007		0	1	2	3	4	5	n
Erosioner	0	8,1	3,1	4,1	7,3	26,1	51,3	4.179
	1+	8,2	3,6	6,4	10,0	29,1	42,7	110
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Mundhygiejne	God	6,3*	3,0	4,8	7,3	26,4	52,2	1.182
	Moderat	7,5	3,2	3,8	7,2	26,9	51,4	2.636
	Ringe	12,2***	2,7	4,5	9,0	22,9	48,7	376
	<b>Total</b>	<b>7,6</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,4</b>	<b>26,4</b>	<b>51,4</b>	<b>4.194</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	6,8	3,4	4,8	6,9	27,4	50,6	1.548
	10-24,99 %	6,9	2,9	4,5	8,6	24,3*	52,9	1.182
	25+ %	8,1	2,9	3,5	7,0	27,1	51,4	1.500
	<b>Total</b>	<b>7,3</b>	<b>3,1</b>	<b>4,3</b>	<b>7,4</b>	<b>26,4</b>	<b>51,5</b>	<b>4.230</b>
Pochedybde	0-4 mm	8,0	3,2	4,1	7,5	26,6	50,6	3.711
	≥ 5 mm	7,8	2,8	4,7	6,4	23,5	54,7	574
	<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,4</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.285</b>
Fæstetab	0-4 mm	9,7***	4,0**	4,7	7,8	26,5	47,4***	2.097
	≥ 5 mm	6,4***	2,3**	3,7	6,9	25,9	54,7***	2.188
	<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,4</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.285</b>
Parodontosepatient	Nej	7,9	3,1	4,1	7,4	26,6*	50,9	3.890
	Ja	8,9	3,0	5,1	7,3	22,0*	53,7	395
	<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,4</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.285</b>
Spytsekretion	Normal	8,1	3,3	4,5	7,5	26,2	50,3*	3.436
	Nedsat	6,7	2,4	3,3	7,2	23,7	56,7*	418
	Hyposalivation	9,8	1,8	3,4	4,6*	28,0	52,4	328
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,3</b>	<b>7,2</b>	<b>26,1</b>	<b>51,1</b>	<b>4.182</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	7,4***	2,7***	3,9*	7,1	26,2	52,8***	3.715
	Ja	12,4***	5,9***	6,1*	9,2	26,1	40,2***	574
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>
Sukkerindtag	< end anbefalet	4,1	3,1	4,2	7,5	26,9	54,3	2.091
	> end anbefalet	4,3	3,5	4,1	8,7	27,1	52,3	1.192
	<b>Total</b>	<b>4,2</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>	<b>7,9</b>	<b>27,0</b>	<b>53,5</b>	<b>3.283</b>
Rygning	Aldrig-ryger	3,9*	3,2	3,8	7,2	27,2	54,7*	2.052
	Ex-ryger	4,2	2,7	4,2	7,8	27,4	53,7	1.439
	Ryger	8,1***	4,6*	6,8**	10,0*	26,0	44,5***	542
	<b>Total</b>	<b>4,6</b>	<b>3,2</b>	<b>4,3</b>	<b>7,8</b>	<b>27,1</b>	<b>53,0</b>	<b>4.033</b>
Alkohol	0	7,4**	5,2**	5,2	9,1	26,2	46,8**	515
	< genstandsgrænsen	4,4	3,1	4,0	7,8	27,5	53,2	2.129
	> genstandsgrænsen	4,0	2,6	4,4	7,0	26,9	55,1	1.395
	<b>Total</b>	<b>4,6</b>	<b>3,2</b>	<b>4,3</b>	<b>7,7</b>	<b>27,1</b>	<b>53,0</b>	<b>4.039</b>
Antal lægemidler	0	20,4***	3,9	4,1	6,6	23,7*	41,3***	989
	1	4,1***	3,5	4,1	7,1	27,9	53,4	863
	2+	4,5***	2,7*	4,3	7,8	26,5	54,3***	2.437
	<b>Total</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>4.289</b>

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 33:** Tandundersøgelsens deltageres procentandele fordelt på forskellige typer af tandlæge/tandplejerydelser i 2003-2007 (henholdsvis 1= Forebyggelse, 2= Røntgen, 3= Parobehandling, 4= Fyldning, 5= Rodbehandling og 6= Ex/op) i relation til en række variable. Hver af variablene er X<sup>2</sup>-testet med en dummyvariabel (ja/nej), og alle "ja"-kolonnerne er stillet op side om side i tabellen. Dvs. at variablene er ikke testede mod hinanden

Ydelser 2003-2007, bivariate analyser		2	2	3	4	5	6	n
Køn	Mand	26,9**	85,3**	23,5*	83,3**	23,7	25,0	1.519
	Kvinde	31,6**	88,0**	20,9*	80,0**	21,8	22,8	2.424
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Aldersgruppe	25-34 år	41,8***	91,1**	5,0***	62,7***	8,6***	21,1	292
	35-44 år	30,4	88,8	11,1***	68,1***	19,2*	15,5***	589
	45-54 år	27,1*	89,1**	17,1***	78,8*	21,4	17,1***	872
	55-64 år	28,4	87,4	26,4***	86,6***	25,3**	27,3***	1.187
	65-74 år	29,2	82,0***	32,7***	89,8***	25,5*	28,3***	815
	75+ år	33,0	83,0	32,2***	92,6***	29,8*	42,1***	188
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Uddannelse	Lav	28,4	79,8***	27,2**	88,4***	26,6**	31,7***	578
	Medium	29,2	82,4***	26,3**	84,1*	24,8	26,0	681
	Høj	30,1	90,5***	18,3**	80,8	23,8	21,9	881
	Meget høj	30,5	89,5***	21,1	77,5***	19,7***	21,8**	1.595
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>22,4</b>	<b>81,2</b>	<b>22,7</b>	<b>24,2</b>	<b>3.735</b>
Indkomst	-99.999 kr.	35,8	86,1	20,9	81,8	25,5	28,6	165
	100.000-199.999 kr.	30,6	82,1***	29,7***	86,0***	22,7	28,5**	894
	200.000-299.999 kr.	30,8	87,7	22,5	81,9	24,6	25,8	1.063
	300.000-399.999 kr.	28,0	88,1	18,3***	80,2	20,7	21,8**	1.044
	400.000+ kr.	28,6	90,1**	21,0	76,3***	21,5	21,0**	777
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>22,7</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>24,5</b>	<b>3.943</b>
Antal tænder	0	33,3	0***	0	0***	0	3,0**	3
	1-19	32,3	65,2***	29,5**	90,5**	24,9	54,5***	201
	20+	29,6	88,2***	21,7	80,9**	22,4	22,2***	3.739
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Antal sunde tænder	0	30,6	80,8***	28,1***	92,5***	30,9***	41,1***	745
	1-19	29,3	88,6***	22,1	82,8***	22,4	20,7***	2.827
	20+	31,8	86,5	8,8***	47,4***	7,0***	11,2***	371
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Antal carierede tandflader	0	30,4	86,7	22,9*	79,8***	22,1	23,8	2.722
	1	30,6	87,8	21,4	83,0	22,0	21,6	769
	2	21,0**	87,2	19,0	86,4*	23,0	23,2	243
	3	25,9	88,0	14,0	86,1	27,8	30,6	108
	4+	32,7	85,1	16,1	90,1*	31,7*	29,0	101
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Antal fyldte tandflader	0	32,6	76,1*	9,7**	17,4***	4,3**	18,3	46
	1-25	31,0	82,9***	15,4***	66,7***	12,1***	20,0***	1.236
	26-49	29,8	86,7	25,5***	87,5***	24,6**	25,7**	1.583
	50+	28,2	92,3***	25,6**	91,7***	32,3***	25,5	1.078
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 33 fortsat

Ydelser 2003-2007, bivariate analyser		2	2	3	4	5	6	n
Erosioner	0	30,0*	87,0	22,2*	81,3	22,6	23,8	3.842
	1+	20,8*	86,1	12,7*	79,2	18,8	19,1	101
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Mundhygiejne	God	29,0	87,3	13,7***	74,2***	19,1**	20,1**	1.108
	Moderat	30,5	87,5	23,8***	83,6***	23,3	23,8	2.439
	Ringe	28,2	83,3*	35,1***	88,5**	30,0**	34,6***	330
	<b>Total</b>	<b>29,9</b>	<b>87,1</b>	<b>22,0</b>	<b>81,4</b>	<b>22,7</b>	<b>23,7</b>	<b>3.877</b>
Gingival blødning	0-9,99 %	28,3	86,3	16,0***	77,4***	20,0**	21,7*	1.443
	10-24,99 %	31,3	88,2	22,8	80,7	21,7	22,2	1.101
	25+ %	29,9	86,9	27,7***	85,7***	26,1***	27,1***	1.378
	<b>Total</b>	<b>29,7</b>	<b>87,0</b>	<b>22,1</b>	<b>81,3</b>	<b>22,6</b>	<b>23,7</b>	<b>3.922</b>
Pochedybde	0-4 mm	29,2*	87,0	18,1***	80,3***	22,0*	21,8***	3.413
	≥ 5 mm	33,6*	86,8	46,7***	87,7***	26,3*	35,7***	529
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,6</b>	<b>23,7</b>	<b>3.942</b>
Fæstetab	0-4 mm	29,8	88,3**	13,4***	74,6***	19,3***	18,3***	1.894
	≥ 5 mm	29,8	85,6**	30,1***	87,5***	25,5***	28,8***	2.048
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,6</b>	<b>23,7</b>	<b>3.942</b>
Parodontosepatient	Nej	29,5	86,9	19,5***	80,5***	22,1*	22,4***	3.582
	Ja	32,2	87,2	46,3***	88,6***	26,9*	36,5***	360
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,6</b>	<b>23,7</b>	<b>3.942</b>
Spytsekretion	Normal	29,6	86,7	22,2	80,0***	21,3***	23,2	3.158
	Nedsat	31,3	88,2	19,4	85,9**	27,2*	25,1	390
	Hyposalivation	29,7	89,9	23,2	87,2**	28,4**	25,3	296
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>87,1</b>	<b>22,0</b>	<b>81,1</b>	<b>22,5</b>	<b>23,5</b>	<b>3.844</b>
Tandpine inden for det seneste år	Nej	29,2*	86,6	22,2	80,7**	21,1***	23,0**	3.440
	Ja	33,6*	89,3	20,4	85,3**	32,6***	27,9**	503
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>
Sukkerindtag	< end anbefalet	29,4	85,7**	24,6***	80,7	22,4	23,0	2.005
	> end anbefalet	30,0	89,1**	18,9***	82,3	21,7	22,9	1.141
	<b>Total</b>	<b>29,6</b>	<b>87,0</b>	<b>22,5</b>	<b>81,3</b>	<b>22,2</b>	<b>23,0</b>	<b>3.146</b>
Rygning	Aldrig-ryger	29,3	87,7	18,3***	79,6**	21,4*	21,4***	1.971
	Ex-ryger	29,8	85,5*	25,9***	83,9**	24,4	26,3*	1.378
	Ryger	31,7	87,8	29,9***	80,5	23,1	30,3**	498
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>22,6</b>	<b>81,3</b>	<b>22,7</b>	<b>24,4</b>	<b>3.847</b>
Alkohol	0	32,5	84,9	25,6	79,5	22,6	25,6	477
	< genstandsgrænsen	28,3*	87,2	19,9***	81,7	22,7	23,3	2.036
	> genstandsgrænsen	31,1	87,2	25,8***	81,3	22,7	25,5	1.339
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>22,7</b>	<b>81,3</b>	<b>22,7</b>	<b>24,4</b>	<b>3.852</b>
Antal lægemidler	0	22,2***	85,0	16,3***	77,9**	17,0***	16,3***	787
	1	28,0	87,9	19,0*	77,9**	19,6*	21,0*	828
	2+	32,9***	87,2	25,2***	83,6***	25,5***	27,6***	2.328
	<b>Total</b>	<b>29,8</b>	<b>86,9</b>	<b>21,9</b>	<b>81,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>	<b>3.943</b>

\*P<0,05, \*\*P<0,01, \*\*\*P<0,001.

**Bilagstabel 34: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis ingen klinisk undersøgelse i 2007 og med to eller færre kliniske undersøgelser i perioden 2003-2007**

Variabel		Ingen klinisk undersøgelse 2007		To eller færre kliniske undersøgelser 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	1.200	1,48 (1,17-1,86)**	1.185	1,71 (1,31-2,23)***
	Kvinde	1.903	1	1.865	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	298	7,61 (2,94-19,69)***	245	9,10 (2,93-28,21)***
	35-44 år	480	6,00 (2,37-15,14)***	480	6,86 (2,28-20,69)**
	45-54 år	706	4,25 (1,71-10,58)**	706	3,92 (1,31-11,69)*
	55-64 år	953	2,62 (1,08-6,39)*	953	2,82 (0,97-8,20)
	65-74 år	563	1,71 (0,69-4,22)	563	2,39 (0,82-6,97)
	75+ år	103	1	103	1
Uddannelse	Lav	424	1	420	1
	Medium	527	0,79 (0,53-1,18)	522	0,91 (0,57-1,46)
	Høj	739	0,83 (0,57-1,22)	737	1,06 (0,68-1,66)
	Meget høj	1.413	0,99 (0,70-1,41)	1.371	1,29 (0,86-1,95)
Indkomst	-99.999 kr.	136	1,48 (0,88-2,48)	123	2,83 (1,61-4,98)***
	100.000-199.999 kr.	662	1,32 (0,92-1,87)	623	1,77 (1,17-2,66)**
	200.000-299.999 kr.	818	0,90 (0,65-1,25)	811	1,02 (0,69-1,50)
	300.000-399.999 kr.	840	0,92 (0,68-1,24)	837	1,07 (0,76-1,53)
	400.000+ kr.	647	1	647	1
Antal tænder	0	1	-	1	-
	1-19	140	2,01 (1,10-3,66)*	140	1,37 (0,68-2,75)
	20+	2.962	1	2.909	1
Antal sunde tænder	0	524	1	524	1
	1-19	2.224	1,19 (0,79-1,80)	2.211	1,07 (0,68-1,69)
	20+	355	2,29 (1,37-3,83)**	315	2,20 (1,24-3,90)**
Antal carierede tandflader	0	2.112	1	2.082	1
	1	620	1,10 (0,84-1,43)	610	1,30 (0,96-1,75)
	2	196	1,29 (0,86-1,92)	192	1,39 (0,87-2,20)
	3	85	1,73 (1,01-2,97)*	84	2,46 (1,41-4,30)**
	4+	90	2,32 (1,41-3,82)**	82	3,00 (1,73-5,19)***
Antal fyldte tandflader	0	44	1,69 (0,77-3,72)	32	2,85 (1,14-7,17)*
	1-25	1.055	1,50 (1,03-2,18)*	1.015	1,65 (1,07-2,55)*
	26-49	1.184	1,13 (0,81-1,56)	1.183	1,12 (0,77-1,63)
	50+	820	1	820	1
Mundhygiejne	God	914	1	880	1
	Moderat	1.933	1,18 (0,93-1,50)	1.915	1,18 (0,89-1,56)
	Ringe	256	2,42 (1,64-3,56)***	255	2,02 (1,30-3,16)**

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 34 fortsat

Variabel		Ingen klinisk undersøgelse 2007		To eller færre kliniske undersøgelser 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Spytsekretion	Normal	2.568	1,09 (0,71-1,66)	2.524	1
	Nedsat	312	0,87 (0,51-1,50)	307	0,74 (0,47-1,16)
	Hyposalivation	223	1	219	1,20 (0,77-1,89)
Tandpine indenfor det seneste år	Nej	2.700	1	2.654	1
	Ja	403	2,14 (1,64-2,80)***	396	2,29 (1,70-3,07)***
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.956	1,04 (0,84-1,30)	1.928	1,01 (0,79-1,3)
	Mere end anbefalet	1.147	1	1.122	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.593	1	1.557	1
	Ex-ryger	1.096	1,09 (0,86-1,39)	1.089	1,14 (0,86-1,50)
	Ryger	414	1,54 (1,15-2,08)**	404	1,69 (1,21-2,37)**
Alkohol	0	372	1	364	1,41 (0,98-2,04)
	< genstandsgrænsen	1.662	0,80 (0,58-1,10)	1.633	0,78 (0,59-1,04)
	> genstandsgrænsen	1.069	0,98 (0,70-1,38)	1.053	1
Antal lægemidler	0	644	1,37 (1,05-1,78)*	631	1,27 (0,94-1,72)
	1	680	1,14 (0,87-1,48)	665	1,11 (0,82-1,50)
	2+	1.779	1	1.754	1

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 35: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én forebyggende ydelse i 2007 og med mindst én forebyggende ydelse i perioden 2003-2007**

Variabel		Forebyggelse 2007		Forebyggelse 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1	1.129	1
	Kvinde	1.645	1,03 (0,77-1,36)	1.809	1,08 (0,90-1,30)
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	3,41 (1,46-7,98)**	224	2,85 (1,59-5,10)***
	35-44 år	376	1,35 (0,61-3,00)	456	1,54 (0,90-2,61)
	45-54 år	599	1,11 (0,51-2,39)	680	1,26 (0,76-2,10)
	55-64 år	848	1,14 (0,55-2,35)	926	1,20 (0,74-1,94)
	65-74 år	514	1,17 (0,57-2,42)	549	1,28 (0,79-2,08)
	75+ år	97	1	103	1
Uddannelse	Lav	365	1	406	1
	Medium	462	1,29 (0,79-2,10)	504	1,06 (0,78-1,42)
	Høj	635	1,49 (0,93-2,37)	709	1,15 (0,86-1,53)
	Meget høj	1.174	1,67 (1,08-2,59)*	1.319	1,19 (0,91-1,55)
Indkomst	-99.999 kr.	106	1,09 (0,55-2,16)	115	1,24 (0,80-1,94)
	100.000-199.999 kr.	558	1,12 (0,73-1,71)	605	1,06 (0,80-1,41)
	200.000-299.999 kr.	715	1,08 (0,73-1,58)	787	0,97 (0,75-1,24)
	300.000-399.999 kr.	716	0,99 (0,68-1,44)	811	0,94 (0,74-1,20)
	400.000+ kr.	541	1	620	1
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	0,91 (0,45-1,84)	136	1
	20+	2.519	1	2.802	1,05 (0,67-1,65)
Antal sunde tænder	0	468	1,51 (0,80-2,87)	512	1
	1-19	1.929	1,49 (0,89-2,49)	2.136	1,06 (0,82-1,38)
	20+	239	1	290	0,84 (0,56-1,27)
Mundhygiejne	God	775	1	857	0,89 (0,64-1,25)
	Moderat	1.663	1,34 (1,00-1,80)*	1.850	0,96 (0,71-1,32)
	Ringe	198	1,54 (0,93-2,54)	231	1
Gingival blødning	0-9,99 %	975	1	1.081	0,89 (0,70-1,13)
	10-24,99 %	743	0,96 (0,67-1,37)	831	1,05 (0,85-1,30)
	25+ %	912	1,08 (0,75-1,55)	1.019	1
Pochedybde	0-4 mm	2.294	1	2.563	1
	≥ 5 mm	342	1,65 (1,16-2,37)**	375	1,57 (1,22-2,01)***
Parodontosepatient	Nej	2.411	1	2.686	1
	Ja	225	1,34 (0,86-2,10)	252	1,36 (1,00-1,85)*

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 35 fortsat

Variabel		Forebyggelse 2007		Forebyggelse 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Sptysekretion	Normal	2.167	1,21 (0,73-1,99)	2.435	0,96 (0,70-1,31)
	Nedsat	275	1,18 (0,64-2,17)	296	1,05 (0,71-1,54)
	Hyposalivation	194	1	207	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1	2.573	1
	Ja	304	1,34 (0,95-1,91)	365	1,01 (0,79-1,29)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1,04 (0,80-1,35)	1.860	1
	Mere end anbefalet	967	1	1.078	1,03 (0,87-1,22)
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1	1.506	1
	Ex-ryger	949	1,08 (0,82-1,43)	1.052	1,02 (0,85-1,22)
	Ryger	321	1,47 (1,02-2,10)*	380	1,02 (0,79-1,31)
Alkohol	0	306	1	344	1
	< genstandsgrænsen	1.417	1,10 (0,73-1,66)	1.579	0,99 (0,76-1,28)
	> genstandsgrænsen	913	1,18 (0,77-1,82)	1.015	1,19 (0,90-1,57)
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	1,37 (0,89-2,12)	638	1,28 (0,98-1,68)
	2+	1.548	1,86 (1,28-2,72)**	1.701	1,85 (1,47-2,33)***

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .



**Bilagstabel 36: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én røntgenoptagelse i 2007 og med mindst én røntgenoptagelse i perioden 2003-2007**

Variabel		Røntgen 2007		Røntgen 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1	1.129	1,05 (0,82-1,36)
	Kvinde	1.645	1,02 (0,85-1,22)	1.809	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	1,04 (0,59-1,83)	224	2,31 (1,03-5,19)*
	35-44 år	376	0,73 (0,44-1,21)	456	1,40 (0,71-2,76)
	45-54 år	599	0,72 (0,45-1,17)	680	1,24 (0,66-2,33)
	55-64 år	848	0,65 (0,41-1,02)	926	1,32 (0,74-2,36)
	65-74 år	514	0,70 (0,44-1,11)	549	1,14 (0,64-2,04)
	75+ år	97	1	103	1
Uddannelse	Lav	365	1	406	1
	Medium	462	1,18 (0,88-1,58)	504	1,05 (0,74-1,49)
	Høj	635	1,24 (0,94-1,65)	709	1,99 (1,37-2,91)***
	Meget høj	1.174	1,23 (0,94-1,60)	1.319	1,91 (1,36-2,68)***
Indkomst	-99.999 kr.	106	0,73 (0,46-1,17)	115	1
	100.000-199.999 kr.	558	0,89 (0,67-1,18)	605	0,72 (0,39-1,32)
	200.000-299.999 kr.	715	1,00 (0,78-1,29)	787	0,86 (0,47-1,59)
	300.000-399.999 kr.	716	0,97 (0,77-1,23)	811	0,93 (0,50-1,74)
	400.000+ kr.	541	1	620	1,10 (0,57-2,14)
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	1	136	1
	20+	2.519	3,11 (1,90-5,10)***	2.802	4,34 (2,68-7,01)***
Antal sunde tænder	0	468	2,01 (1,33-3,05)**	512	2,12 (1,21-3,71)**
	1-19	1.929	1,40 (1,00-1,97)*	2.136	1,97 (1,27-3,06)**
	20+	239	1	290	1
Antal carierede tandflader	0	1.832	2,02 (1,10-3,70)*	2.022	1
	1	523	1,76 (0,95-3,28)	588	0,88 (0,66-1,16)
	2	160	1,86 (0,95-3,67)	183	0,94 (0,59-1,50)
	3	64	1,26 (0,56-2,80)	79	1,26 (0,58-2,71)
	4+	57	1	66	1,01 (0,47-2,18)
Antal fyldte tandflader	0	27	1	29	1
	1-25	821	1,54 (0,64-3,73)	953	1,58 (0,57-4,36)
	26-49	1.042	1,96 (0,79-4,87)	1.156	2,39 (0,83-6,87)*
	50+	746	2,42 (0,96-6,10)	800	4,88 (1,64-14,56)**
Mundhygiejne	God	775	1,33 (0,94-1,89)	857	0,96 (0,62-1,48)
	Moderat	1.663	1,31 (0,95-1,81)	1.850	1,02 (0,68-1,54)
	Ringe	198	1	231	1

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 36 fortsat

Variabel		Røntgen 2007		Røntgen 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Spytsekretion	Normal	2.167	1	2.435	1
	Nedsat	275	1,08 (0,83-1,41)	296	1,18 (0,80-1,74)
	Hyposalivation	194	1,12 (0,82-1,51)	207	1,65 (0,99-2,73)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1	2.573	1
	Ja	304	1,75 (1,37-2,24)***	365	1,18 (0,82-1,70)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1,02 (0,86-1,20)	1.860	1
	Mere end anbefalet	967	1	1.078	1,27 (0,99-1,62)
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1	1.506	1
	Ex-ryger	949	0,99 (0,83-1,18)	1.052	1,00 (0,78-1,29)
	Ryger	321	1,32 (1,02-1,70)*	380	1,25 (0,86-1,83)
Alkohol	0	306	1,00 (0,75-1,31)	344	0,98 (0,67-1,43)
	< genstandsgrænsen	1.417	1,03 (0,86-1,24)	1.579	1,03 (0,80-1,33)
	> genstandsgrænsen	913	1	1.015	1
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	0,89 (0,70-1,15)	638	1,36 (0,97-1,93)
	2+	1.548	1,06 (0,86-1,32)	1.701	1,45 (1,08-1,93)**

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 37: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én parodontalbehandling i 2007 og med mindst én parodontalbehandling i perioden 2003-2007**

Variabel		Parobehandling 2007		Parobehandling 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1,16 (0,89-1,49)	1.129	1,08 (0,88-1,32)
	Kvinde	1.645	1	1.809	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	0,15 (0,04-0,50)**	224	0,18 (0,08-0,38)***
	35-44 år	376	0,47 (0,23-0,99)*	456	0,42 (0,24-0,73)**
	45-54 år	599	0,85 (0,44-1,61)	680	0,58 (0,35-0,97)*
	55-64 år	848	1,06 (0,59-1,93)	926	0,87 (0,55-1,39)
	65-74 år	514	1,55 (0,86-2,79)	549	1,32 (0,83-2,10)
	75+ år	97	1	103	1
Uddannelse	Lav	365	1,03 (0,72-1,47)	406	1
	Medium	462	1,13 (0,82-1,56)	504	0,94 (0,69-1,28)
	Høj	635	0,81 (0,58-1,11)	709	0,87 (0,64-1,18)
	Meget høj	1.174	1	1.319	1,05 (0,79-1,38)
Indkomst	-99.999 kr.	106	1	115	1
	100.000-199.999 kr.	558	1,61 (0,79-3,28)	605	1,17 (0,72-1,91)
	200.000-299.999 kr.	715	1,34 (0,65-2,73)	787	0,98 (0,60-1,59)
	300.000-399.999 kr.	716	1,34 (0,65-2,80)	811	0,89 (0,54-1,48)
	400.000+ kr.	541	1,74 (0,82-3,68)	620	1,05 (0,63-1,76)
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	1	136	1
	20+	2.519	1,15 (0,66-2,00)	2.802	1,27 (0,81-1,99)
Antal sunde tænder	0	468	1	512	0,98 (0,58-1,65)
	1-19	1.929	1,06 (0,76-1,47)	2.136	1,07 (0,68-1,68)
	20+	239	1,08 (0,52-2,26)	290	1
Antal fyldte tandflader	0	27	1,00 (0,11-8,84)	29	2,51 (0,80-7,82)
	1-25	821	1,25 (0,86-1,83)	953	1,17 (0,87-1,58)
	26-49	1.042	1,07 (0,81-1,42)	1.156	1,25 (1,00-1,57)*
	50+	746	1	800	1
Mundhygiejne	God	775	1	857	1
	Moderat	1.663	1,85 (1,36-2,52)***	1.850	1,74 (1,38-2,18)***
	Ringe	198	3,16 (2,04-4,88)***	231	2,38 (1,68-3,37)***
Gingival blødning	0-9,99 %	975	1	1.081	1
	10-24,99 %	743	1,04 (0,74-1,45)	831	1,17 (0,90-1,52)
	25+ %	912	1,04 (0,74-1,46)	1.019	1,27 (0,97-1,66)

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 37 fortsat

Variabel		Parobehandling 2007		Parobehandling 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Pochedybde	0-4 mm	2.294	1	2.563	1
	≥ 5 mm	342	3,36 (2,52-4,50)***	375	3,24 (2,52-4,16)***
Fæstetab	0-4 mm	1.264	1	1.429	1
	≥ 5 mm	1.372	1,87 (1,42-2,47)***	1.509	1,74 (1,41-2,15)***
Parodontosepatient	Nej	2.411	1	2.686	1
	Ja	225	2,56 (1,80-3,62)***	252	2,75 (2,04-3,70)***
Spytsekretion	Normal	2.167	1,08 (0,70-1,67)	2.435	1,02 (0,72-1,43)
	Nedsat	275	0,99 (0,57-1,72)	296	0,83 (0,54-1,29)
	Hyposalivation	194	1	207	1
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1,24 (0,85-1,81)	2.573	1,16 (0,88-1,54)
	Ja	304	1	365	1
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1,11 (0,86-1,43)	1.860	1,08 (0,89-1,32)
	Mere end anbefalet	967	1	1.078	1
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1	1.506	1
	Ex-ryger	949	1,43 (1,10-1,85)**	1.052	1,35 (1,11-1,64)**
	Ryger	321	2,33 (1,67-3,27)***	380	2,03 (1,55-2,66)***
Alkohol	0	306	1,26 (0,87-1,84)	344	1,10 (0,81-1,48)
	< genstandsgrænsen	1.417	0,81 (0,63-1,04)	1.579	0,92 (0,75-1,12)
	> genstandsgrænsen	913	1	1.015	1
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	0,97 (0,66-1,42)	638	0,92 (0,68-1,23)
	2+	1.548	1,10 (0,80-1,51)	1.701	1,14 (0,89-1,45)

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 38: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én fyldning i 2007 og med mindst én fyldning i perioden 2003-2007**

Variabel		Fyldning 2007		Fyldning 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1,47 (1,23-1,77)***	1.129	1,34 (1,07-1,69)**
	Kvinde	1.645	1	1.809	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	1	224	1
	35-44 år	376	1,08 (0,70-1,66)	456	0,73 (0,50-1,08)
	45-54 år	599	1,14 (0,74-1,74)	680	0,90 (0,60-1,35)
	55-64 år	848	1,32 (0,87-2,01)	926	1,53 (1,00-2,33)*
	65-74 år	514	1,46 (0,94-2,29)	549	2,00 (1,22-3,28)**
	75+ år	97	1,85 (1,02-3,37)*	103	1,82 (0,78-4,28)
Uddannelse	Lav	365	1,03 (0,79-1,34)	406	1,47 (1,01-2,14)*
	Medium	462	0,89 (0,70-1,12)	504	1,08 (0,80-1,42)
	Høj	635	1,01 (0,82-1,25)	709	1,30 (1,01-1,67)*
	Meget høj	1.174	1	1.319	1
Indkomst	-99.999 kr.	106	1,17 (0,72-1,88)	115	1,08 (0,62-1,88)
	100.000-199.999 kr.	558	1,31 (0,98-1,75)	605	1,27 (0,89-1,81)
	200.000-299.999 kr.	715	1,27 (0,99-1,64)	787	1,38 (1,02-1,87)*
	300.000-399.999 kr.	716	1,17 (0,92-1,49)	811	1,25 (0,95-1,65)
	400.000+ kr.	541	1	620	1
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	1	136	1
	20+	2.519	1,92 (1,24-2,97)**	2.802	1,43 (0,67-3,03)
Antal sunde tænder	0	468	4,45 (2,77-7,15)***	512	8,38 (4,90-14,33)***
	1-19	1.929	2,71 (1,80-4,07)***	2.136	4,26 (3,10-5,84)***
	20+	239	1	290	1
Antal carierede tandflader	0	1.832	1	2.022	1
	1	523	0,98 (0,80-1,21)	588	1,33 (1,03-1,72)*
	2	160	1,03 (0,73-1,46)	183	1,66 (1,06-2,61)*
	3	64	1,25 (0,73-2,12)	79	2,00 (0,99-4,06)
	4+	57	1,14 (0,65-2,00)	66	2,65 (1,08-6,52)*
Antal fyldte tandflader	0	27	1	29	1
	1-25	821	3,26 (0,74-14,48)	953	12,94 (3,88-43,15)***
	26-49	1.042	5,99 (1,33-26,99)*	1.156	34,11 (9,95-116,85)***
	50+	746	8,12 (1,79-36,93)**	800	49,30 (14,00-173,56)***
Mundhygiejne	God	775	1	857	1
	Moderat	1.663	1,19 (0,99-1,44)	1.850	1,23 (0,99-1,53)
	Ringe	198	1,68 (1,20-2,35)**	231	1,28 (0,81-2,01)

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 38 fortsat

Variabel	Fyldning 2007		Fyldning 2003-2007		
	n	OR (CI)	n	OR (CI)	
Gingival blødning	0-9,99 %	975	1	1.081	1
	10-24,99 %	743	1,39 (1,10-1,76)**	831	0,97 (0,74-1,28)
	25+ %	912	1,28 (1,00-1,63)*	1.019	1,17 (0,87-1,59)
Fæstetab	0-4 mm	1.264	1	1.429	1
	≥ 5 mm	1.372	1,12 (0,93-1,35)	1.509	1,46 (1,16-1,85)**
Spytsekretion	Normal	2.167	1	2.435	1
	Nedsat	275	1,22 (0,93-1,59)	296	1,38 (0,96-1,99)
	Hyposalivation	194	1,11 (0,81-1,51)	207	1,14 (0,75-1,73)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1	2.573	1
	Ja	304	1,62 (1,26-2,07)***	365	1,20 (0,88-1,65)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1	1.860	1
	Mere end anbefalet	967	1,19 (1,00-1,42)*	1.078	1,46 (1,18-1,80)**
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1	1.506	1
	Ex-ryger	949	1,11 (0,92-1,32)	1.052	1,06 (0,85-1,33)
	Ryger	321	1,06 (0,82-1,38)	380	0,92 (0,68-1,26)
Alkohol	0	306	1,16 (0,87-1,53)	344	1
	< genstandsgrænsen	1.417	1,24 (1,03-1,50)*	1.579	1,25 (0,91-1,72)
	> genstandsgrænsen	913	1	1.015	0,88 (0,62-1,23)
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	0,97 (0,75-1,25)	638	0,92 (0,69-1,23)
	2+	1.548	1,13 (0,90-1,41)	1.701	1,19 (0,92-1,54)

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

**Bilagstabel 39: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én rodbehandling i 2007 og med mindst én rodbehandling i perioden 2003-2007**

Variabel		Rodbehandling 2007		Rodbehandling 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1,47 (1,01-2,13)*	1.129	1,23 (1,00-1,50)*
	Kvinde	1.645	1	1.809	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	1	224	1
	35-44 år	376	1,13 (0,41-4,19)	456	1,78 (1,02-3,11)*
	45-54 år	599	1,61 (0,52-5,03)	680	1,85 (1,06-3,23)*
	55-64 år	848	1,47 (0,47-4,57)	926	2,22 (1,28-3,86)**
	65-74 år	514	1,85 (0,58-5,91)	549	2,05 (1,15-3,66)*
	75+ år	97	1,18 (0,29-4,77)	103	2,84 (1,41-5,71)**
Uddannelse	Lav	365	1,21 (0,71-2,06)	406	1,12 (0,84-1,50)
	Medium	462	0,82 (0,49-1,38)	504	1,19 (0,92-1,55)
	Høj	635	1,39 (0,91-2,12)	709	1,28 (1,01-1,62)*
	Meget høj	1.174	1	1.319	1
Indkomst	-99.999 kr.	106	1	115	1,03 (0,61-1,73)
	100.000-199.999 kr.	558	1,27 (0,43-3,76)	605	0,88 (0,64-1,22)
	200.000-299.999 kr.	715	1,51 (0,51-4,45)	787	0,98 (0,74-1,30)
	300.000-399.999 kr.	716	2,08 (0,70-6,24)	811	0,98 (0,75-1,28)
	400.000+ kr.	541	1,99 (0,64-6,19)	620	1
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	1	136	1
	20+	2.519	2,06 (0,86-4,90)	2.802	1,95 (1,22-3,12)**
Antal sunde tænder	0	468	4,96 (1,53-16,09)**	512	3,92 (2,25-6,83)***
	1-19	1.929	2,34 (0,78-7,03)	2.136	2,45 (1,49-4,03)***
	20+	239	1	290	1
Antal carierede tandflader	0	1.832	1	2.022	1
	1	523	0,81 (0,51-1,27)	588	1,03 (0,82-1,30)
	2	160	0,92 (0,44-1,89)	183	1,11 (0,76-1,62)
	3	64	0,47 (0,11-1,98)	79	1,22 (0,71-2,09)
	4+	57	1,86 (0,73-4,75)	66	1,79 (1,02-3,15)*
	Antal fyldte tandflader	0	27	-	29
	1-25	821	0,43 (0,24-0,77)**	953	3,04 (0,39-23,60)
	26-49	1.042	0,65 (0,44-0,97)*	1.156	6,83 (0,87-53,79)
	50+	746	1	800	9,74 (1,23-77,34)*

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 39 fortsat

Variabel		Rodbehandling 2007		Rodbehandling 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Mundhygiejne	God	775	1	857	1
	Moderat	1.663	0,96 (0,65-1,42)	1.850	1,04 (0,84-1,297)
	Ringe	198	1,68 (0,91-3,08)	231	1,39 (0,98-1,98)
Spytsekretion	Normal	2.167	1	2.435	1
	Nedsat	275	1,07 (0,61-1,87)	296	1,24 (0,93-1,67)
	Hyposalivation	194	2,29 (1,40-3,76)**	207	1,45 (1,05-2,00)*
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1	2.573	1
	Ja	304	2,41 (1,61-3,62)***	365	1,70 (1,32-2,18)***
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1,18 (0,82-1,70)	1.860	1
	Mere end anbefalet	967	1	1.078	1,06 (0,87-1,28)
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1,46 (0,81-2,65)	1.506	1
	Ex-ryger	949	1,41 (0,77-2,58)	1.052	1,06 (0,86-1,29)
	Ryger	321	1	380	1,08 (0,81-1,43)
Alkohol	0	306	1,45 (0,79-2,65)	344	1,19 (0,87-1,62)
	< genstandsgrænsen	1.417	1,57 (1,06-2,33)*	1.579	1,18 (0,96-1,44)
	> genstandsgrænsen	913	1	1.015	1
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	1,52 (0,79-2,92)	638	1,22 (0,90-1,64)
	2+	1.548	2,44 (1,40-4,25)**	1.701	1,52 (1,17-1,96)**

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .



**Bilagstabel 40: Multivariate logistiske regressionsanalyser for en række variables association med henholdsvis mindst én ekstraktion/operation i 2007 og med mindst én ekstraktion/operation i perioden 2003-2007**

Variabel		Ekstraktion/operation 2007		Ekstraktion/operation 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Køn	Mand	991	1,53 (1,04-2,25)*	1.129	1,22 (1,00-1,49)*
	Kvinde	1.645	1	1.809	1
Aldersgruppe	21-34/25-34 år	202	1,40 (0,50-3,92)	224	1,04 (0,58-1,89)
	35-44 år	376	0,66 (0,27-1,65)	456	0,52 (0,31-0,88)**
	45-54 år	599	0,66 (0,29-1,51)	680	0,48 (0,30-0,79)**
	55-64 år	848	0,58 (0,28-1,19)	926	0,67 (0,43-1,06)
	65-74 år	514	0,70 (0,34-1,41)	549	0,59 (0,37-0,93)*
	75+ år	97	1	103	1
Uddannelse	Lav	365	1	406	1,19 (0,90-1,57)
	Medium	462	0,81 (0,45-1,45)	504	0,88 (0,68-1,15)
	Høj	635	1,06 (0,60-1,85)	709	1,00 (0,79-1,27)
	Meget høj	1.174	0,96 (0,57-1,64)	1.319	1
Indkomst	-99.999 kr.	106	2,19 (0,92-5,19)	115	1,33 (0,81-2,18)
	100.000-199.999 kr.	558	1,41 (0,76-2,62)	605	1,09 (0,80-1,50)
	200.000-299.999 kr.	715	1,23 (0,69-2,18)	787	1,08 (0,82-1,44)
	300.000-399.999 kr.	716	1,08 (0,61-1,92)	811	1,11 (0,84-1,46)
	400.000+ kr.	541	1	620	1
Antal tænder	0	-	-	-	-
	1-19	117	1	136	1,50 (0,99-2,26)*
	20+	2.519	1,07 (0,54-2,12)	2.802	1
Antal sunde tænder	0	468	4,43 (1,65-11,92)**	512	4,53 (2,75-7,49)***
	1-19	1.929	1,80 (0,74-4,38)	2.136	2,23 (1,44-3,45)***
	20+	239	1	290	1
Mundhygiejne	God	775	1	857	1
	Moderat	1.663	1,22 (0,80-1,85)	1.850	1,16 (0,94-1,43)
	Ringe	198	0,97 (0,48-1,96)	231	1,38 (0,97-1,95)
Pochedybde	0-4 mm	2.294	1	2.563	1
	≥ 5 mm	342	1,95 (1,23-3,09)**	375	1,73 (1,33-2,24)***
Fæstetab	0-4 mm	1.264	1	1.429	1
	≥ 5 mm	1.372	1,46 (0,96-2,22)	1.509	1,36 (1,11-1,68)**
Parodontosepatient	Nej	2.411	1	2.686	1
	Ja	225	1,52 (0,85-2,71)	252	1,67 (1,24-2,31)**

Fortsættes næste side...

...Bilagstabel 40 fortsat

Variabel		Extraktion/operation 2007		Extraktion/operation 2003-2007	
		n	OR (CI)	n	OR (CI)
Spytsekretion	Normal	2.167	1,18 (0,61-2,28)	2.435	1
	Nedsat	275	1,13 (0,50-2,56)	296	0,96 (0,71-1,29)
	Hyposalivation	194	1	207	1,15 (0,82-1,61)
Tandpine inden for det seneste år	Nej	2.332	1	2.573	1
	Ja	304	2,32 (1,53-3,54)***	365	1,29 (0,99-1,66)
Sukkerindtag	Mindre end anbefalet	1.669	1	1.860	1
	Mere end anbefalet	967	1,18 (0,82-1,69)	1.078	1,18 (0,98-1,43)
Rygning	Aldrig-ryger	1.366	1	1.506	1
	Ex-ryger	949	1,36 (0,93-1,99)	1.052	1,25 (1,02-1,53)*
	Ryger	321	1,16 (0,67-2,02)	380	1,74 (1,33-2,27)***
Alkohol	0	306	1,44 (0,85-2,44)	344	1
	< genstandsgrænsen	1.417	0,86 (0,58-1,28)	1.579	1,20 (0,89-1,61)
	> genstandsgrænsen	913	1	1.015	1,02 (0,74-1,39)
Antal lægemidler	0	517	1	599	1
	1	571	1,13 (0,60-2,15)	638	1,06 (0,79-1,43)
	2+	1.548	1,67 (0,98-2,85)	1.701	1,37 (1,07-1,76)**

\* $P < 0,05$ , \*\* $P < 0,01$ , \*\*\* $P < 0,001$ .

## Bilag 2

# Sukkerindtag

---

### Hyppighed af fødevarerindtag beregnet:

Aldrig/sjældent = 0/30  
1 x månedligt = 1/30  
2-3 x månedligt = 3/30  
1-2 x ugentligt = 8/30  
3-4 x ugentligt = 16/30  
5-6 x ugentligt = 24/30  
1 x dagligt = 30/30  
2 eller flere x dagligt = 60/30

### Hyppighed af læskedrikingtag beregnet (glas pr. dag, 1 glas = 250 ml):

Aldrig/sjældent = 0/30  
1 x månedligt = 1/30  
2-3 x månedligt = 3/30  
1-2 x ugentligt = 8/30  
3-4 x ugentligt = 16/30  
5-6 x ugentligt = 24/30  
1 x dagligt = 30/30  
2-3 x dagligt = 90/30  
4-5 x dagligt = 150/30  
6-7 x dagligt = 210/30  
8 eller flere x dagligt = 240/30

### Sukkerindhold pr. 100 g (både naturligt og tilsat sukker) (218, 219):

1 sukkerknald = 2 g sukker  
Marmelade/syltetøj på brød (2 g) = 10 g sukker/100 g  
Honning på brød (2 g) = 10 g sukker/100 g  
Flødeis (1 skive/is = 20 g sukker) = 20 g  
Sodavandsis/sorbet (1 skive/is = 30 g sukker) = 30 g  
Skærekage/tørkage (1 kage = 40 g sukker) = 40 g  
Wienerbrød (1 stk. wienerbrød = 40 g sukker) = 40 g  
Flødeskumskage/lagkage (1 kage/stk. = 40 g sukker) = 40 g  
Småkager/kiks = 40 g  
Frugttærte (1 stk. = 40 g) = 40 g  
Mørk chokolade = 50 g sukker/100 g  
Lys chokolade = 60 g sukker/100 g  
Blandet slik – fx Matadormix = 80 g sukker/100 g  
Karameller = 50 g sukker/100 g  
Bolcher = 80 g sukker/100 g  
Lakrids = 50 g sukker/100 g  
Lakridskonfekt = 84 g sukker/100 g  
Vingummi = 40 g sukker/100 g  
Rosiner, fx 1 håndfuld = 50 g rosiner = 36 g sukker = 72 g sukker/100 g  
Orangejuice = 3 g sukker/100 g  
Æblejuice = 3 g sukker/100 g  
Saftevand = 25 g sukker/100 g  
Sodavand = 25 g sukker/100 g

Hyppighed pr. måned er først omregnet til hyppighed pr. dag og derefter ganget med mængden af sukkerindhold (g).

## Bilag 3

### Konstruerede ydelsesvariable

---

Oversigt over sammenlagte ydelsesnumre i Tandlægeoverenskomsten i forbindelse med konstruktion af nye ydelsesvariable		
Nye konstruerede ydelsesvariable	Omfatter ydelsesnumrene	Omfatter ydelsesårene
Klinisk undersøgelse 2007 / 2003-2007	1140 + 1141 + 1170 + 1171 + 2910	2007 / 2003-2007
Forebyggelse 2007 / 2003-2007	2920 + 2930	2007 / 2003-2007
Røntgen 2007 / 2003-2007	1150 + 1151 + 1152 + 1300	2007 / 2003-2007
Parodontose 2007 / 2003-2007	1420 + 1425 + 1430 + 1431 + 1440 + 1452 + 1453 + 1454	2007 / 2003-2007
Fyldning 2007 / 2003-2007	1501 + 1502 + 1503 + 1505 + 1506 + 1507 + 1551 + 1552 + 1553 + 1555 + 1556 + 1557 + 1558	2007 / 2003-2007
Rodbehandling 2007 / 2003-2007	1600 + 1601 + 1605 + 1606	2007 / 2003-2007
Tandudtrækning 2007 / 2003-2007	1701 + 1801	2007 / 2003-2007