

BJÖRN AXTELIUS, docent, Avdelningen för samhällsodontologi, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, Malmö

BJÖRN SÖDERFELDT, professor, Avdelningen för samhällsodontologi, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, Malmö

Vad är oral hälsa?

Hälso- och sjukdomsbegreppet sett ur teoretisk synvinkel

⊕ Insikten om att vårdens resurser inte kommer att räcka till för att behandla all oral sjukdom i befolkningen har betytt att begreppet oral hälsa allt mer hamnat i fokus.

Rent samhällsekonomiskt är det mer fördelaktigt att förebygga än att behandla sjukdom. Det innebär också mindre lidande för patienten. Ett *salutogenetiskt perspektiv* (se ordförklaring) [1] minskar påfrestningarna på vården och ger ett snabbare och mer komplikationsfritt tillfrisknande [2].

Det är därför viktigt att diskutera begreppen "oral sjukdom" och "oral hälsa": hur de översätts i daglig klinisk praxis, hur de beskrivs i internationella och nationella deklARATIONER samt i svensk lagstiftning.

Författarna föreslår även tre nivåer på utfallsvariabler som bör beaktas vid forskning om oral sjukdom/ohälsa. Artikeln är ett försök att ur teoretisk synvinkel bidra till utvecklingen av hälso- och sjukdomsbegreppet.

Salutogenetiskt perspektiv

Innebörden i begreppet salutogent är att man söker efter orsaker till att människor, trots olika påfrestningar, håller sig friska i stället för att fråga efter varför de blir sjuka. (Salus=hälsa på latin.)

REFERENTGRANSKAD. ACCEPTERAD FÖR PUBLICERING 4 APRIL 2004

I dagens Sverige stämmer lagarna som reglerar tandvården inte överens med dess tillämpning i klinisk praxis. Vårdens fokus ligger på tekniska vårdinsatser (vårdproduktion) för att åtgärda oral sjukdom – inte på insatser för ökad oral hälsa. Ett exempel finns i utredningen Tandvårdsöversyn 2000 "Tandvården till 2010" där begreppet god tandhälsa definieras som avsaknad av smärta eller obehag från tänder och munhåla, förmågan att obehindrat kunna tugga olika typer av föda, avsaknad av obehandlad karies och tandlossning, ett så lågt antal lagade tänder som möjligt, avsaknad av synliga tandluckor, samt ett ur individens synpunkt utseendemässigt godtagbart bett [3, sid 132].

Samtidigt kritiserar utredningen denna traditionella syn när den skriver: "Genom att en god tandhälsa i stor utsträckning uppnås med andra medel än de traditionella, som är inriktade på sjukdomsbehandling, krävs en förnyad organisation och ett förnyat arbetsätt inom tandvården med andra personalgrupper än tandläkare som viktiga inslag." [3, sid 145].

Även i forskningen studerar man vanligen variabler som är relevanta för ett traditionellt sjukdomsrelaterat vårdutfall på i första hand biologisk nivå. Det blir ett självförstärkande system som vidmakthåller ett traditionellt synsätt på vad oral sjukdom är och vilka möjliga terapeutiska insatser som finns.

Tandvårdslagens §2 anger en klar målsättning för allt tandvårdsrelaterat arbete: "Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen." [4]. Nationella Folkhälsokommittén har för hälso- och sjukvårdens del skrivit: "Målet (välfärdsålet) är inte primärt ett ekonomiskt mål." [5]. Målet är att skapa det goda samhället, där hälsa är en fundamental resurs för medborgarnas goda liv.

Ändå drivs sjukvården med ekonomiska förtecken. Det är ovanligt att man förväntas redovisa medicinska eller hälsoeffekter av sina insatser. Det som används är produktivitetmått det vill säga mått på antal besök och vård dagar liksom ekonomiska redovisningar [5, 6].

Vi vill påstå att detta i ännu högre grad gäller för tandvården. Förutom några få frågor i levnadsnivåundersökningarna saknas det till exempel rikstäckande undersökningar av vuxnas tandhälsoutveckling. De få undersökningar som genomförts, främst av olika landsting, är inte samordnade. Till skillnad från det omfattande analysarbete som sedan många år lagts ned på den allmänna hälsan och som haft stor betydelse för såväl forskning, folkhälsoarbete och sjukvård visar kunskapen om orala hälsoproblem på en mycket disparat bild. Jämfört med de resurser som satsas på hälsofrågor i allmänhet är det en bråkdel som ägnas tandvården och oral hälsa. Förhållandet är mest uppenbart i forskningen. Det finns således ett stort behov av att förstärka kunskaperna om den orala hälsan.

Det finns flera anledningar till ekonomifixeringen inom vården. Baserat på hur tandvården på många håll i Sverige är organiserad vad gäller arbetsfördelning, resultatredovisning och personalomhändertagande, tycks det hos vårdstyrande lagstiftare, vårdekonomer och vårdadministratörer enligt vår mening till en betydande grad finnas brister i kunskap och förståelse för det kliniska arbetets karaktär. Samtidigt ska det dock sägas att det finns tandvårdsorganisationer med inslag av andra förhållningssätt.

Vid den konsensuskonferens om oral hälsa som hölls år 2002 var man överens om att vi inte kan definiera begreppet oral hälsa får vi svårt att kommunicera både inom professionen och med beslutsfattare [7]. Artikelns syftar till att klargöra detta område. En inledande beskrivning av den historiska behandlingen av begreppet oral hälsa är därför på sin plats.

Oral hälsa

Ur den stora mängden internationella rapporter och konferenser om hälsobegreppet lyfter vi fram följande: WHO:s ursprungliga definition från år 1946 [8], den så kallade Lalonde-rapporten från 1974 [9], begreppet "Public Health" [10], samt Surgeon Generals rapport från år 2000 [11]. Från en nationell horisont berörs "Konsensuskonferensen om oral hälsa" [7], speciellt avsnitten "Socialstyrelsens Tandvårdspersonalutredning" år 1995, med dess utgångspunkt i en diskussionspromemoria från 1977 [12] samt "Tandvårdsöversyn 2000" [3]. När det gäller allmänhälsan refereras till Socialstyrelsens "Folkhälsorapport år 2001" [13] och Nationella Folkhälsokommitténs rapport år 2000 [5]. Vi tror att dessa rapporter är viktiga milstolpar i hälsobegreppets utveckling.

När WHO i sin konstitution år 1946 definierade hälsa som "*a complete state of physical, mental, and social well-being and not just the absence of infirmity*" [8] var detta ett radikalt grepp med ett visionärt mål: att hälsa är något annat och mer än bara frånvaron av sjukdom och att det omfattar individens hela livssituation.

På senare tid har man försökt beskriva sambandet mellan begreppen hälsa och sjukdom på så sätt att god hälsa är en positiv kraft vid sjukdom (man blir lättare frisk) men att det också kan vara nedbrytande för individen med ohälsa även när professionen inte finner någon sjukdom [2]. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport framgår det att 25 procent av den svenska befolkningen anser sig vara vid god hälsa trots att de har en kronisk sjukdom [13]. Begreppen är således inte överlappande utan täcker olika aspekter av individens livssituation.

Fyra kunskapsområden

Lalonde-rapporten 1974 försökte beskriva de riskfaktorer som bidrar till ohälsa inom fyra kunskapsom-

råden: 1. biologiska, 2. individ-relaterade, 3. samhällseliga, 4. relaterade till (tand)vårdsorganisation [9]. I Surgeon Generals rapport första rapport på tandvårdens område konstateras att samhällets försök att förbättra hälsan i befolkningen har fokuserats på organisationsnivån trots att sjuklighet och död huvudsakligen är framsprungna ur faktorer som relateras till de tre andra nivåerna [11]. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport förs resonemang som modifierar den traditionella syn på relationen mellan folkhälsa och sjukvårdens insatser. Man betraktar vårdens arbete för att förbättra livskvaliteten för patienterna som ett sätt att bidra till bättre folkhälsa [13]. (Läs gärna kapitlen 3 och 10 i rapporten.)

Omkring mitten av sjuttioalet trädde ett nytt perspektiv fram: "New Public Health" [10]. Hälsöfrämjande arbete ses som nödvändigt, och består "... i den process som ger människor möjligheten att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den." [14]. Nationella folkhälsokommittén beskriver synsättet vidare: "Det förutsätter både att det finns utrymme och möjligheter för individen att påverka den egna situationen och att de samhällsbetingelser som är avgörande för en god hälsa kan kontrolleras och förbättras." [5].

Det finns också kritiska röster som menar att betoningen på vetenskapliga principer för organisering, mätning, reglering och hantering för förbättring av folkhälsan ("public health") är ett uttryck för en politisk och ideologisk markering [15]. Det personliga livsutrymmet blir allt mer offentligt. Därigenom blir det mer legitimt för samhället att ha synpunkter på och vilja påverka den enskilda individen. Ett exempel är frågan om rökare ska få röka så mycket de vill och samtidigt få hjärt-kärloperationer utförda i samma utsträckning som icke-rökare.

Syftet med betoningen på folkhälsa skulle vara att utöka och stärka samhällets stöd för det dominerande teknokratiska paradigmet vars yttersta konsekvens är en ökad kontroll över medborgarnas livsstil. Vi menar dock att maktfördelningen i folkhälsoarbetet är den avgörande faktorn. Det kan också innebära att medborgarna själva får ökad makt över sina liv.

Surgeon General [11] slår fast fyra teser som anses specifika för den orala hälsan:

1. "Oral health is essential to the general health and well-being of all Americans and can be achieved by all Americans."

Det innebär enligt vår mening att oral hälsa är absolut nödvändigt för god allmänhälsa och är möjligt att uppnå för alla människor oavsett riskgrupp;

2. "Oral health means much more than healthy teeth."

Surgeon General beskriver hur oral hälsa innebär att funktionen hos oral vävnad ("tissues in the oral, dental and cranio-facial complex") "... represent the very essence of our humanity. They allow us to speak

and smile; sigh and kiss; smell, taste, touch, chew, and swallow; cry out in pain; and convey a world of feelings and emotions through facial expressions."

Det innebär enligt vår mening att oral hälsa är något mer än friska tänder och tandkött. Det behövs något annat än bara professionens mått på sjukdom. Vidare bör patientens egen uppfattning om sitt orala hälsotillstånd betraktas som avgörande. Subjektiva mått är lika viktiga som objektiva;

3. "The increased importance of prevention."

Bakgrunden är de accelererande tandvårdskostnaderna där upprätthållandet av hälsa (primärprevention) blir allt mer viktigt i stället för att enbart återställa hälsa och funktion (sekundär/tertiär prevention). De kroniska livsstilssjukdomarna kommer i fokus;

4. "General health risk factors also affect oral and craniofacial health."

Det innebär att allmänhälsan påverkar och påverkas av oral hälsa, det så kallade "Converse Paradigm of Care" [16], och att riskfaktorer som är relaterade till allmän och oral hälsa på ett dynamiskt sätt samspelar såväl på biologisk nivå som på individ-, samhällselig och vårdorganisatorisk nivå.

Våra slutsatser från de internationella deklARATIONERNA om oral hälsa blir:

1. **Oral hälsa omfattar något annat och mer än oral sjukdom;**
2. **Oralt folkhälsoarbete är en integrerad och nödvändig del av sjukdomsrelaterat vårdarbete;**
3. **Oralt folkhälsoarbete syftar till att förebygga utveckling av sjukdom och öka förutsättningarna för snabb återhämtning till hälsa när väl sjukdom inträffat;**
4. **Oralt folkhälsoarbete måste integreras i klinisk praxis och få resurser för detta arbete både i klinik och forskning;**
5. **Folkhälsoarbetet innehåller också en maktaspekt och måste organiseras så att medborgarna ökar sin egen makt över sina liv.**

Svenska deklARATIONER

Låt oss titta närmare på svenska deklARATIONER. Socialstyrelsens Tandvårdspersonalutredning (1995) utgår enligt Hans Sundberg, tidigare medicinalråd vid Socialstyrelsen, från en diskussionspromemoria från 1977 [12]. Promemorian citeras i Konsensusrapporten om målen för den svenska tandvårdsförsäkringen [7]:

1. "Fullständig oral hälsa hos kommande generationer, det vill säga ett väl fungerande fullständigt, naturligt bett i avsaknad av sjukliga förändringar i tänder och omgivande vävnader.;"

2. "Sådan oral hälsa hos den nuvarande befolkningen att kvarvarande tänder bibehålles fria från karies

och parodontit, att restbettet kan upprätthålla en god tuggfunktion samt att protetiska konstruktioner fungerar tillfredsställande utan att förorsaka sjukliga förändringar i munhålan.”

Målen och definitionerna på hälsa upprepas i ”Tandvårdsöversyn 2000” [3] och i Socialstyrelsens folkhälsoberättelse [13]. Där utgörs dock avsnittet om tandhälsa (under avsnittet ”Folksjukdomar”) av enbart sex sidor. Man ger visserligen en översiktlig beskrivning av hur hälsotillståndet utvecklas i olika befolkningsgrupper och strävar efter att påverka politiska beslutsfattare för att skapa förutsättningar för en utveckling mot god tandhälsa. Men de utfallsvariabler man använder sig av är antal egna tänder, tuggförmåga, tändernas utseende, tandläkarbesök fördelat på kön, ålder och socialklass samt DMFT fördelat på ålder och län.

Man kan således konstatera att Socialstyrelsens redovisningar av oral hälsa baseras på traditionella biologiska mått på oral sjukdom i huvudsak genom prevalensstudier på karies och parodontit samt tuggförmåga. En mer folkhälsoinriktad ambition uttrycks endast i förbigående genom att man noterar behovet av den orsaksinriktade tandhålsövårdande behandlingen.

Konsensusrapporten från Mullsjö-konferensen konstaterar att ”Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom.” [7]. Det är en nära översättning av WHO:s ursprungliga definition från 1946 [8]. Vidare hävdas det att begreppet hälsa/ohälsa är relaterat till individens subjektiva uppfattning medan begreppet frisk/sjuk är relaterat till professionens objektiva uppfattning.

Vi konstaterar att Konsensuskonferensen slår fast värdet av patientens upplevelse av hälsa i det sjukvårdande arbetet men att den dröjer kvar i synen att enbart professionen kan vara objektiv och kunskapsförmedlande. Det är teknokratien som har makten över definitionerna av sjukdom och hälsa.

Vi menar att hälsa likaväl som sjukdom kan konstateras såväl subjektivt som objektivt, var och en med sitt unika bidrag till förståelsen av utvecklingen av sjukdom. Professionen är inte objektiv i en absolut mening vilket är lätt att konstatera i litteraturen om beslutsfattande och variationer i beslut [17]. Vi saknar även en beskrivning av de krav som hälsovårdande arbete ställer på vårdgivaren: perspektivet ”patientempowerment” saknas helt; det vill säga frågan om makten över medborgarnas liv.

Empowerment

Vad innebär då det hälsofrämjande ”empowermentperspektivet”? Nationella Folkhälsokommitténs rapport [5] säger: ”Hälsofrämjande arbete är den pro-

cess som hjälper människor att uppleva en känsla av sammanhang, liksom ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.”, samt att ”Det hälsofrämjande perspektivet baseras på en människosyn som ser patienten som en aktiv medproducent av sin egen hälsa, så kallad empowermentstrategi.”

Rapporten beskriver de viktiga komponenterna i hälsofrämjande vårdarbete. Det finns principiella skillnader mellan att förebygga en specifik sjukdom och att främja hälsa. Det är nödvändigt att förstå vad som skapar och upprätthåller hälsan. Man fokuserar på salutogenes istället för patogenes. Hälsobegreppet ses som en resurs i vardagslivet som både leder till en ökad motståndskraft mot insjuknande och till ett snabbare återhämtande från sjukdom.

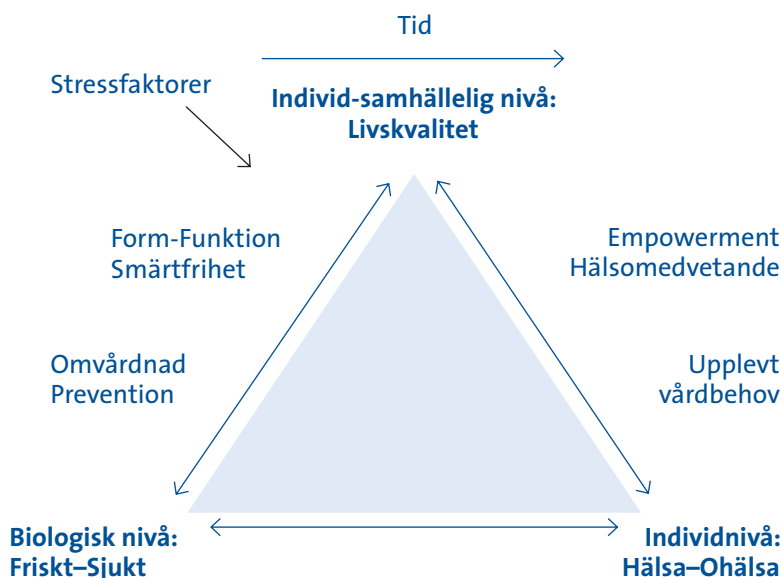
Hälsofrämjande arbete är i ännu större utsträckning än sjukdomsförebyggande ett utpräglat multidisciplinärt kunskapsområde [5]. Det omfattar en breddning av kunskaper och integrerar beteendeforskning, samhällsvetenskap och humaniora. Kunskap om interaktionen mellan hälsa och sjukdom, mellan kropp och själ, är en förutsättning för en förståelse av komplexa samband

Vårdens uppgift är att bidra till synergieffekter så att bättre hälsa bidrar till mindre sjukdom och mindre sjukdom till bättre hälsa. Framför allt ses empowerment som ett återförande av ansvaret till individen. Inte på det sätt som traditionell ”victimblamingepidemiologi” framställer det (att det är individens eget fel att han blir sjuk) utan snarare med fokus på möjligheter och hinder för individen att ta ansvaret för sin hälsa. Blicken riktas mot faktorer som varuutbud, kulturella värderingar, mediasamhällets passivisering av individen, kommersiella krafter och politiska värderingar. Sockerindustrin, tobakstillverkare, alkoholindustrin och andra hälsofarliga grenar av livsmedelsindustrin avkrävs ett ansvar för att forma de förutsättningar under vilka individen kan ta sitt ansvar.

Vårdens praxis

Så långt internationella och svenska deklARATIONER kring begreppen oral hälsa och sjukdom. Låt oss nu se på den svenska lagstiftningen, och rekapitulera Tandvårdslagens §2: ”Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.” [4]. I Socialstyrelsens ”Tandvårdsöversyn 2000” [3] konkretiseras detta mål i ett antal delmål (se ovan).

Förre medicinalrådet på Socialstyrelsen, Hans Sundberg, har kritiserat detta [7]. Han menar att detta är definitioner som består av negationer av hälsa, samt att patientens uppfattning endast anförs under punkten 6. Hans Sundberg ställer frågan: Kan inte patienterna ha någon uppfattning om sin orala hälsa utöver sitt utseende? Den officiella linjen ut-



Figur 1: Helhetssyn på oral sjukdom, oral hälsa och livskvalitet (Axtelius & Söderfeldt).

gör inte en helhetssyn på oral hälsa utan är enbart en uppräknning av traditionella biologiska mått på sjukdom.

Vi menar att den svenska lagstiftningen och dess tillämpningar i ringa grad berör den orala hälsans betydelse för allmänhälsa och livskvalitet. Definitionerna återspeglar i stället en biologisk/essentialistisk syn på oral ohälsa där varje sjukdomstillstånd tycks ha en idealiserad typvariant som prototyp – den biologiska, statistiska normalvärdesmodellen. Den synen på oral hälsa överensstämmer inte med nutida, vetenskapligt förankrade internationella deklARATIONER. Det tycks finnas vattentäta skott mellan de insiktsfulla diskussionerna om allmänhälsan och synen på den orala hälsan. Detta avspeglas också i den praktiska tandvården, där produktion och ekonomi helt tycks ha tagit över hälsomålen.

Tandvården är utsatt för ett hårt ekonomiskt tryck. De fåtaliga hälsoarbetarna för en förtvivlad kamp mot produktionskravens dominans [18]. Följdriktigt inriktas också forskning och utvecklingsarbete på de traditionella måtten.

Målet med sjuk- och tandvård är att hjälpa individer i alla åldrar att öka sin livslängd och förbättra sin livskvalitet (citerat ur programförklaringen ”Healthy People 2010” [11]).

Ledande samhällsmedicinare har uttryckt det så här: ”Även om sjukvården är aldrig så avancerad bidrar den inte nämnvärt till att förlänga livet. Kanske med upp till 5 år genom behandling med effektiva läkemedel, blodtrycksbehandling, kranskärlsoperationer, insulinbehandling och dialys, för att nämna några exempel. Det här bidraget till ett längre liv är givetvis viktigt men relativt av mindre vikt jämfört

med den betydelse välfärd och de olika livsstilsfaktorerna har. Men – sjukvården ger oss trygghet och en förbättrad livskvalitet” [13].

Vi tror att detta utan vidare kan tillämpas på tandvården.

I Folkhälsorapporten beskrivs detta som att: ”Det är vårdens uppgift, för alla dem som inte kan botas, att stödja och hjälpa individen att leva ett så bra liv som möjligt med sin sjukdom eller sitt funktionshinder.” [13]. Detta mål utgör en integration av välbefinnande utifrån socialt, fysiskt och mentalt välbefinnande. Vi närmar oss här begreppet livskvalitet.

Livskvalitet

Begreppet livskvalitet, även orallhälsorelaterad livskvalitet, har allt mer kommit att diskuteras i olika rapporter. Begreppet används ibland felaktigt som synonym till hälsa. Enligt Brülde och Tengland är livskvalitet ett vidare begrepp och innefattar en upplevelse av lycka och tillfredsställelse med livet som inte alltid har en relation till sjukdom eller funktionsförmåga [19]. I ”Healthy People 2010” definieras livskvalitet som: ”En individs personliga upplevelse av fysisk och mental hälsa och förmågan att reagera på faktorer i den fysiska och sociala miljön” [11]. Ingelhart och Bagramian har i en sammanställning av en konferens om orallhälsorelaterad livskvalitet 2002 summerat modern forskning [20]: ”Orala tillstånd kan ha en signifikant påverkan, både positiv eller negativ, både för en individs känsla av personligt välbefinnande och för samhällets funktion som helhet. En sådan förståelse är viktig eftersom frågan hur oral hälsa påverkar livskvalitet i sin helhet... är den viktiga utfallsvariabeln och indikator på framgång i varje strategi för oral hälsa.” (Vår översättning.)

För att förstå begreppet som oral sjukdom, oral hälsa och oral livskvalitet finns det således som möjliga utfallsvariabler i odontologisk forskning åtminstone tre viktiga dimensioner – biologi, individ och samspillet individ-samhälle (fig 1).

När tandvården arbetar på ett mer traditionellt sätt längs dimensionen friskt-sjukt är faktorer som att erbjuda smärtfrihet och återställa form och funktion, men även omvårdnadsaspekten och preventivt arbete, viktiga. Utifrån ett hälsoperspektiv kommer andra faktorer i fokus: att uppmärksamma och hjälpa patienten att klargöra sina vårdbehov, att stimulera patientens ”empowerment” i sin livssituation och att öka dennes hälsomedvetande för att kunna ta välinformerade beslut i vård- och hälsofrågor. I förlängningen kommer livskvalitetsaspekten att vara den avgörande utfallsvariabeln för insatser längs dessa två dimensioner. Den dynamiska karaktären på samspillet mellan dimensioner och insatser ges av tidsaxeln och de stressfaktorer som patient och vårdgivare utsätts för.

Delfaktorerna i de tre dimensionerna kan beskrivas i Lalondes ”Health Field Model” (fig 2). Ur bio-

Biologi

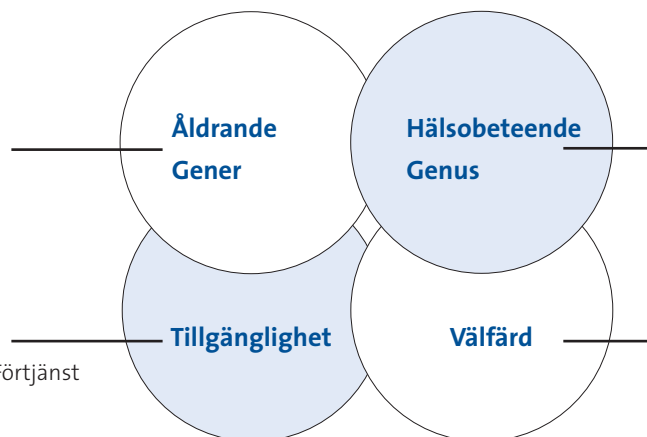
Individ

Form/Funktion

- Tugga mat
- Tala
- Svälja
- Le
- Smärtfrihet

Kvalitet

Behov/Rättighet/Förtjänst



- Kost
- Sprit
- Tobak
- Motion
- Lågt grönt/fruktintag
- Högt kolesterol
- Högt blodtryck

Fattigdom

Etnicitet

Socialkontakt:

- Kommunikation
- Sociala interaktioner

Vårdorganisation

Samhälle

Figur 2. Komponenter av "Oral Health Related Quality of Life" (OHRQOL) – Lalonde 1974, Axtelius & Fridell 2001, Ingelhart & Bagramian 2002, s-o Isacson 2003.

logisk synpunkt ses smärtfrihet och återställande av form och funktion som centrala; det vill säga att kunna tugga mat, tala, svälja och le. Åldrande och gener är bakomliggande faktorer.

På individnivå ses de sju riskbeteendeområdena för allmänhälsan som viktiga: kost, sprit, tobak, motion, lågt grönt/fruktintag, högt kolesterol, högt blodtryck.

På samhällsnivå kan bristen på välfärd ses som övergripande. Det innefattar bland annat fattigdom, etnicitet och bristen på sociala kontakter.

Ur vårdorganisatorisk synpunkt är vårdens tillgänglighet både ur kvantitativ och kvalitativ synpunkt en viktig faktor.

Det är vår uppgift som forskare att se hur sambanden mellan dessa dimensioner fungerar i detalj för att förstå de komplexa mekanismerna mellan de fyra hälsobestämmande fälten.

Referenser

1. Antonovsky A. A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer – the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry* 1984; 2:1–13.
2. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Liber AB, 1979.
3. Statens Offentliga Utredningar 2002:53. Tandvården till 2010. Slutbetänkande av utredningen tandvårdsöversyn 2000. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer, 2002.
4. SFS 1985:125. Web-adress: <http://rixlex.riksdagen.se/htbin/thw>.
5. Nationella Folkhälsokommittén. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Rapport från arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan. Underlagsrapport nr 15, 2000, sid 16, 34.
6. Fölster S, Hallström O, Morin A, Renstig M. Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser

används. Stockholm: Ekerlids Förlag, 2003.

7. Konsensuskonferens Oral hälsa. Hugoson A, Koch G, Johansson S, red. Stockholm: Gothia, 2003.
8. WHO. Constitution. New York, 1946. Web-adress: <http://www.who.int/en/>.
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Queens Printer, 1974.
10. Pine CM. Introduction, principles and practice of public health. I: Pine CM, red. Community oral health. Oxford: Reed Educational and Professional Publishing, Ltd., 1997, sid 1–10.
11. US. Department of Health and Human Services. Oral health in America: A Report of the Surgeon General, pp.1-4. Rockville, MD: U.S., 2000.
12. Socialstyrelsens Tandvårdspersonalutredning: "Planering för framtidens tandvård. Diskussionspromemoria". Socialstyrelsen, september 1977.
13. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Modin-Tryck, 2001.
14. Ottawamanifestet om hälsofrämjande arbete 1: Vigörspecial nr 5/87. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. Stockholm, 1987.
15. Petersen A, Lupton D. The new public health. Health and self in the age of risk. London: Sage Publ Ltd, 1996.
16. Rutkauskas JS. The medical necessity of periodontal care. *Periodontology* 2000 2000; 23:151–6.
17. The challenges of medical practice variations. Anders TF & Mooney G, red. London: The MacMillan Press Ltd, 1990.
18. Bejerot E. Dentistry in Sweden – healthy work or ruthless efficiency? Doktorsavhandling, Tandvårdshögskolan, Lunds Universitet.
19. Brülde B, Tengland P-A. Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning. Lund: Studentlitteratur, 2003.
20. Oral health-related quality of life. Ingelhart MR, Bagramian RA, red. Chicago: Quintessence Books, 2002.

Adress:

Björn Axtelius,
Avdelningen för
sammhälsodontologi,
Odontologiska
fakulteten,
205 06 Malmö
E-post:
Bjorn.Axtelius@mah.se