



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for klinisk odontologi

Soldaters munnhelse- og kostholdsvaner. En kvantitativ pilotundersøkelse basert på spørreskjemadata fra førstegangstjenesten.

Tim Niklas Engel, Hanne Johansen Lillegård og Sara Kristine Strand

Masteroppgave i klinisk odontologi, mai 2023



FORSVARET
Forsvarets sanitet

Foto: Forsvarets mediesenter

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	6
1 Introduksjon	7
1.1 Hensikt	10
1.2 Hypoteser	10
2 Metode	11
2.1 Beskrivelse av metode	11
2.2 Spørreundersøkelsen	11
2.3 Statistiske analyser	12
2.4 Etske betraktninger	13
3 Resultater	14
3.1 Utvalget	14
3.2 Tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner	15
3.3 Sukkerinntak	17
3.4 Inntak av syreholdig drikke	18
3.5 Helsekompetanse	20
4 Diskusjon	23
4.1 Hovedfunnene	23
4.2 Styrker og svakheter	26
4.3 Videre forskning og praktiske implikasjoner	27
5 Konklusjon	28
Vedlegg	30
6 Referanser	42

Tabeller

Beskrivelse av utvalg	14
<i>Frekvenstabell: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner</i>	15
<i>ANOVA pairwise comparison: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner</i>	17
<i>Frekvenstabell: sukkerinntak</i>	17
<i>Krystabell: sukkerinntak i felt, sammenlignet med leir og hjemme</i>	18
<i>ANOVA pairwise comparison: sukkerinntak</i>	18
<i>Frekvenstabell: inntak av syreholdig drikke</i>	18
<i>Krystabell: Daglig inntak av syreholdig drikke</i>	19
<i>ANOVA pairwise comparison: daglig inntak av syreholdig drikke</i>	19
<i>Multinomial logistisk regresjons-analyse: mangelfull helsekompetanse</i>	21

Vedlegg

<i>Korrelasjon: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner</i>	30
<i>Korrelasjon: sukkerinntak</i>	31
<i>Korrelasjon: inntak av syreholdig drikke</i>	31
<i>Frekvenstabell: helsevaner blant soldater sammenlignet med deres helsekompetansenivå</i>	32
<i>Korrelasjonsanalyse: helsekompetanse, kosthold, tannhelse og røyking</i>	33
<i>Spørreundersøkelsen</i>	33

Sammendrag

Introduksjon

Til tross for at de fleste sykdommer i munnen kan forebygges, er flere tilstander fortsatt vanlige og betraktes derfor som folkehelseutfordringer. Denne pilotstudien hadde til hensikt å kartlegge munnhelse- og kostholdsvaner til soldater i førstegangstjenesten, både i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Videre ville vi undersøke hvilke vaner, og eventuelt hvilke av bakgrunnsfaktorene egenvurdert kosthold, egenvurdert tannhelse, arbeidstid og undersøkelsesintervall, som kjennetegner soldater med mangelfull helsekompetanse.

Metode

Et elektronisk spørreskjema ble sendt ut til 9992 soldater som avtjente førstegangstjeneste i det norske Forsvaret høsten 2022. Deskriptiv statistikk ble utført ved hjelp av krysstabeller og Kji-kvadrattest. One-way repeated measures ANOVA ble brukt for å undersøke forskjeller i vaner mellom tre ulike kontekster; felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Multinomial logistisk regresjon ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom funnene og mangelfull helsekompetanse.

Resultat

Resultatene viste signifikant forskjell i munnhygienevaner, tobakksbruk, sukkerinntak og inntak av syreholdig drikke mellom felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. For disse variablene, bortsett fra inntak av syreholdig drikke, kom felttjeneste dårligst ut. Om lag halvparten av soldatene rapporterte om et daglig sukkerinntak, uavhengig av om de var i felt (62%), leir (50%) eller hjemme (49%). Lignende resultater ble funnet for inntak av syreholdige drikker (47% i felt, 52% i leir og 47% hjemme). Mangelfull helsekompetanse viste en positiv korrelasjon med bakgrunnsfaktorene egenvurdert kosthold, egenvurdert tannhelse og røyking ($p < 0.001$). Soldater med mangelfull helsekompetanse (43%) hadde større sannsynlighet for å vurdere sitt eget kosthold som dårlig sammenlignet med soldater med tilfredsstillende helsekompetanse (OR 2.6).

Konklusjon

Mange soldater i denne studien hadde ugunstige munnhygiene- og kostholdsvaner. Studien indikerer at det kan være behov for økt oppmerksomhet rundt munnhygiene- og kostholdsvaner hos soldater. Militærtjenesten kan være en barriere for god munnhelse, men kan også være en helsefremmende arena. Fokus på munnhelse og munnhelsefremmende tiltak i Forsvaret kan ha

flere fordeler. En må derimot forsikre seg om at informasjonen som gis er i samsvar med soldatenes helsekompetanse.

Abstract

Introduction

Although most oral diseases are preventable, several conditions are still common and considered public health challenges. This pilot study aimed to assess oral health habits and dietary habits among soldiers in basic military training, both in field, camp, and home settings. Furthermore, we aimed to assess health literacy and explore associations between inadequate health literacy, habits and the background factors self-assessed diet, self-assessed oral health, working hours and recall interval.

Method

An electronic questionnaire was distributed to 9992 soldiers in basic military training in the Norwegian Armed Forces in the autumn of 2022. Descriptive statistics were performed using cross-tabulations and Chi-squared tests. One-way repeated measures ANOVA was used to investigate differences in habits between three different contexts: field, camp, and home settings. Multinomial logistic regression was used to examine associations between the findings and inadequate health literacy.

Results

The results revealed significant differences in oral hygiene habits, tobacco use, sugar consumption, and acidic beverage intake among soldiers in field, camp, and home settings. Field service had the poorest outcomes in all categories, except for acidic beverage intake. Approximately half of the soldiers reported daily sugar intake regardless of whether they were in field (62%), camp (50%), or home settings (49%). Similar results were found for daily consumption of acidic beverages (47% in field, 52% in camp and 47% at home). Health literacy had a positive correlation with the background factors self-assessed diet, self-assessed oral health and smoking ($p < 0.001$). Soldiers with inadequate health literacy (43%) were more likely to rate their diet as poor than soldiers with adequate health literacy (OR 2.6).

Conclusion

Many soldiers in this study had unfavourable oral hygiene and diet habits. The study suggests that increased attention to oral hygiene and dietary habits among soldiers may be warranted.

Military service might present barriers to good oral health behaviour, but it may also be a suitable setting for promoting oral health and changing habits. It might be reasonable to consider implementing oral health-promoting programmes for soldiers in the future. Such programmes should take health literacy levels of soldiers into account.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en del av studieprogrammet i odontologi ved UiT – Norges Arktiske Universitet. Oppgaven er et samarbeid mellom odontologistudenter, veiledere og Forsvarets helseregister.

Vi ønsker å rette en stor takk til Forsvaret/Forsvarets Sanitet og Forsvarets helseregister for et godt samarbeid. Spesielt takk til ernæringsfysiolog og forskningskoordinator Kristine Vejrup for gode innspill til kostholdsspørsmål og til Inger Rudvin, institutt for Militær Epidemiologi, Forsvarets Helseregister og Forsvarets Sanitet, for det praktiske rundt design og utsendelse av spørreundersøkelsen.

En stor takk rettes også til våre veiledere, førsteamanuensis Linda Stein, institutt for klinisk odontologi ved UiT – Norges arktiske universitet og førsteamanuensis Heming Olsen-Bergem, ved institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo og Forsvarets Sanitet for god veiledning fra start til slutt.

Til slutt ønsker vi å takke alle soldatene som har svart på spørreundersøkelsen og dermed gjort denne masteroppgaven mulig.

1 Introduksjon

Flere tusen unge voksne tjenestegjør i Forsvaret årlig. I 2023 er det planlagt for at omlag 10000 personer skal ha innrykk til førstegangstjenesten, ca. 36% av disse kvinner (1). Utvalgsprosessen for førstegangstjenesten innebærer at alle norske statsborgere svarer på et elektronisk egenerklæringsskjema etter de fyller 17 år. De som Forsvaret mener egner seg til tjeneste deltar på sesjon det året de fyller 18 eller 19 år, og utvalgte av disse har innrykk før de fyller 20 (2). En stor andel av de som begynner i førstegangstjenesten er derfor en gruppe som forlater det trygge og stabile hjemmet for aller første gang. Dette er en tid hvor mange unge voksne flytter hjemmefra, og får større ansvar for eget liv og helse. Ansvar for å ivareta gode munnhelse- og kostholdsvaner, og å oppsøke hjelp ved behov, faller i stor grad på det enkelte individ.

Tenner og munnen blir gjerne ekskludert når man snakker om helse, men faktum er at munnhelse er en viktig del av den generelle helsen (3). Blant annet er karies (hull i tennene) den mest utbredte sykdommen i verden, men alt for ofte blir ikke karies anerkjent som en folkehelse sykdom av både myndigheter og helsepersonell (3). Karies oppstår når normale bakterier i munnen konsumerer sukker fra maten vi spiser og omdanner det til syrer som bryter ned tennene (3).

Barn og unge til og med 18 år har tilbud om gratis årlig kontroll i den offentlige tannhelsetjenesten, og følgelig foreligger det tall og informasjon om tannhelsen til den unge befolkningen i Norge. Som hovedregel bruker statistisk sentralbyrå (SSB) data fra kontrollgruppene 5, 12 og 18 år for å samle statistikk om tannhelsen til norske barn og unge. Folkehelseinstituttet (FHI) har i en rapport fra 2009 brukt tall fra SSB for å vise at det har vært en nedgang på antall tenner med karieserfaring hos alle disse aldersgruppene i perioden 1985-2007. Dette gjelder spesielt for 18-åringene (4).

Number of decayed, missing and filled teeth (DMFT) brukes av tannhelsepersonell som en indikator på tannstatusen til pasienter, og forklarer hvor mange permanente tenner som har vært rammet av sykdom eller som har vært behandlet med fylling eller trekking (5). På landsbasis var litt mer enn to av ti (21.9%) 18-åringene kariesfrie i 2015, og nesten en av ti (9.6%) hadde en DMFT på 9 eller mer (6). Til sammenligning var mer enn tre av ti (30.5%) av alle 18 åringer som ble undersøkt kariesfrie i 2020. Det samme året var det 6.2% av de undersøkte 18-åringene som hadde en DMFT på 9 eller mer (7). Dette viser i likhet med andre lignende publikasjoner at tannhelsen hos den unge befolkningen i Norge har blitt bedre og bedre (8, 9).

En annen munnhelsetilstand som har fått økt oppmerksomhet de siste årene er erosjoner (syreskader). Definisjonen av erosjon er «tap av tannens hardvev ved en kjemisk prosess som ikke involverer påvirkning av bakterier» ((10), s. 4). Flere prevalensstudier har slått fast at det er en økning i erosjoner, særlig i den yngre befolkningsgruppen (11). Den vanligste årsaken til erosjoner er inntak av syreholdige drikker, slik som brus, energidrikk eller juice (12, 13).

Flere studier kan vise til at et økt sukkerinntak fører til karies (14). Det tilsettes sukker til en rekke mat- og drikkevarer, og brus, saft og godteri er de største kildene til tilsatt sukker i kosten (15). I følge rapporten «Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer» fra 2011 lå inntaket av sukker blant 16-29-åringene på 60% over anbefalt mengde (16). Rapporten viser også til at voksne de siste 20 årene har hatt et kosthold som består av 13-15% sukker. For å minimalisere risiko for erosjoner og karies anbefales det blant annet å redusere mengden og frekvensen på inntak av syreholdige drikker og sukker, og å unngå småspising (17). Unge voksne anbefales i tillegg til dette å pusse tennene to ganger daglig med fluortannkrem, og å bruke tanntråd som hjelpemiddel for å rengjøre mellom tennene. Systematiske studier har vist at disse gode munnhelsevanene reduserer forekomsten av munnhelsesykdom (18).

Vaner defineres ofte som adferd styrt av automatiske, mentale prosesser som innlæres av et gjentakende handlingsmønster (19). Handlinger kan være både nyttige og mindre nyttige. Mindre nyttige handlinger, som for eksempel å bite negler eller hyppig småspising kalles gjerne en uvane. Det er vanskeligere å endre allerede etablerte vaner sammenlignet med å etablere nye vaner, og situasjonen man befinner seg i har også i stor grad innvirkning på handlinger (20). Forskning har vist at det tar om lag 66 dager å etablere en ny vane (21).

Forbedret helsekompetanse kan ha innvirkning på positiv vanedanning. Helsekompetanse er et relativt nytt begrep innenfor helse, og er viktig for at en pasient skal kunne være aktiv og delaktig i egen behandling (22). Helsekompetanse defineres som en persons evne til å få tak i, tolke, forstå og bruke helseinformasjon (23). Studier viser at de med mangelfull helsekompetanse har dårligere evne til å forstå og anvende råd fra helsemyndigheter og i varierende grad benytter seg av forskjellige helsetilbud (24). For eksempel kan én med mangelfull helsekompetanse ha vansker for å forstå hvordan man fyller ut et helseskjema eller å forstå instruksjoner som følger med legemidler. En person med tilfredsstillende helsekompetanse kan ha bedre forutsetning til å gjennomføre oppgaver som dette. Når det gjelder tannhelse, ser man at de med mer mangelfull helsekompetanse har en høyere DMFT, samt økt forekomst av

tannkjøttssykdom (25). I følge Helsedirektoratets rapport «Befolkningens helsekompetanse del 1» har 66% av den norske befolkningen tilfredsstillende helsekompetanse (26). Enkelte studier har vist at helsekompetansen hos studenter er lavere enn ellers i befolkningen (27). Utdanningsinstitusjoner og Forsvaret har en gylden mulighet til å optimalisere helsekompetansen til sine studenter og soldater og oppfordre dem til å ta informerte beslutninger om deres egen helse.

Det finnes lite informasjon om omfanget av munnhelse og behandlingsbehov i den voksne befolkningen i Norge. Det skyldes blant annet mangel på register og rutinemessig innsamling av data for denne gruppen. Enkelte studier har samlet noe informasjon om temaet, for eksempel Fit Futures (28).

I det norske Forsvaret samles data om munnhulesykdom og -plager gjennom en innrykksundersøkelse gjort av Forsvarets Sanitet (FSAN) sin underavdeling, Forsvarets Tannhelsetjeneste (FTHT). Dersom innrykksundersøkelsen viser behandlingsbehov får soldatene gratis tannbehandling ved Forsvarets tannklinikker (29). Hovedoppgaven til FTHT er at Forsvarets stridsevne styrkes og opprettholdes, og Forsvarets Helseregister (FHR) skriver i sin rapport «Helse for stridsevne» at god tannhelse er viktig for at nødvendige oppdrag ikke skal forsinkes eller forhindres. De deler tannhelsen til vernepliktige inn i 3 kategorier; *Dental Fitness Class I, II og III*, hvor klasse I defineres som «ingen behandlingsbehov». I 2021 utgjorde denne gruppen 72.7%. Av de som hadde behandlingsbehov ved innrykk til førstegangstjenesten i 2021 var det flest tannrestaureringer på grunn av karies, etterfulgt av kirurgiske inngrep. De kirurgiske inngrepene dreide seg i hovedsak om fjerning av visdomstener (30). Rapporten inneholder ingen data eller informasjon om erosjoner.

I løpet av tiden i Forsvaret har hver enkelt soldat i varierende grad felttjeneste, hvor feltøvelser vanligvis har en varighet på 3-14 dager. Da er soldatene utendørs, bor sammen i telt og øver på ulike disipliner innenfor krigføring. Tiden for egenomsorg kan være knapp i en tenkt krigssituasjon som feltøvelser er, og det kan tenkes at munnhygiene nedprioriteres til fordel for søvn og mat. I felttjeneste spiser soldatene nesten utelukkende feltrasjon. Innholdet i feltrasjon er nøye utarbeidet av Forsvaret for å kunne opprettholde soldatenes prestasjoner under pågående øvelser og strid (31). Denne inneholder mange raske karbohydrater, som for eksempel sjokolade, kakao, nøtter og energidrikk (31). Nedprioritert munnhygiene i kombinasjon med et kariogent kosthold vil sannsynligvis kunne ha negativ innvirkning på soldatenes munnhelse. Utover feltøvelser tilbringer soldatene tiden sin sammen i militærleiren eller hjemme på

permisjon. Variasjoner på vaner innad i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon kan ha innvirkning på deres totale munnhelse og behandlingsbehov.

Slik situasjonen er i dag foreligger det sparsomt med informasjon om munnhelse- og kostholdsvanene til soldater i førstegangstjenesten, og ingen studier som skiller på vaner i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. For at Forsvaret skal kunne tilby forebyggende tiltak til sitt personell trengs det forskning på dette feltet.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne pilotstudien er å kartlegge munnhelsevaner og kostholdsvaner til soldater i førstegangstjenesten, både i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Videre ville vi undersøke hvilke vaner, og eventuelt hvilke av bakgrunnsfaktorene egenvurdert kosthold, egenvurdert tannhelse, arbeidstid og undersøkelsesintervall, som kjennetegner soldater med mangelfull helsekompetanse.

1.2 Hypoteser

1. Soldater har dårligere selvrapporterte vaner hva gjelder tannpuss, tanntråd og tobakk i felttjeneste sammenlignet med leirtjeneste og hjemmesituasjon
2. Soldater har økt selvrapportert sukkerinntak i felttjeneste sammenlignet med leirtjeneste og hjemmesituasjon
3. Soldater har et økt selvrapportert inntak av syreholdig drikke i felttjeneste sammenlignet med leirtjeneste og hjemmesituasjon
4. Soldater med mangelfull helsekompetanse har helsemessig mer ugunstige munnhelse- og kostholdsvaner enn de med tilfredsstillende helsekompetanse

2 Metode

2.1 Beskrivelse av metode

For å besvare hypotesene våre, valgte vi å bruke en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, som innebar en spørreundersøkelse (Vedlegg 6) til målgruppen som var soldater i førstegangstjenesten i det norske Forsvaret.

2.2 Spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen (Vedlegg 6) var et samarbeid mellom UiT – Norges arktiske universitet og Forsvarets Helseregister (FHR). Spørreskjemaet ble utarbeidet i perioden mars til september 2022 av forfatterne av denne oppgaven, veiledere Linda Stein (UiT) og Heming Olsen-Bergem (UiO, FSAN), Kristine Vejrup, (forskningskoordinator i FHR/FSAN) og Inger Rudvin (FHR/FSAN). Spørreundersøkelsen besto av 4 deler; 1) bakgrunnsinformasjon, 2) felt-, 3) leirtjeneste og 4) hjemmesituasjon. Hver del inneholdt spørsmål om soldatenes munnhelse- og kostholdsvaner. Soldatene fikk maksimalt 38 spørsmål, inkludert samtykke og noen oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene omhandlet soldatenes munnhygienevaner, spise- og drikkevaner, tobakksvaner og deres arbeidsoppgaver i Forsvaret. I tillegg inneholdt spørreundersøkelsen validerte HLS-Q12-spørsmål for å vurdere deltakernes helsekompetanse.

HLS-Q12 er kortversjonen av “The European Health Literacy Survey Questionnaire” (HLS-EU-Q47). HLS-Q12 er et måleinstrument bestående av 12 spørsmål som kartlegger en persons evne til å finne, forstå og vurdere informasjon og opplysninger i forbindelse med sin helse, -undersøkelser og kosthold (32). HLS-Q12 gir en score fra 12-48, og soldatene ble rangert etter hvilken score de fikk; nivå 0 (score 12-26), nivå 1 (score 27-32), nivå 2 (score 32-38) og nivå 3 (score 39-48). Deltakere som ikke svarte på ett eller flere spørsmål, eller som svarte *vet ikke* fikk en score på under 12. Disse ble ekskludert fra analysen. Videre ble nivå 0-1 slått sammen til «mangelfull helsekompetanse» og nivå 2-3 til «tilfredsstillende helsekompetanse», for å forenkle de statistiske analysene.

De fleste spørsmålene i spørreundersøkelsen er validerte, og ble hentet fra tidligere studier som Mor-barn-undersøkelsen, HUNT og Fit Figures 1 og 3. Noen spørsmål ble utformet spesifikt for denne undersøkelsen, da det ikke fantes validerte spørsmål som dekket temaet vi ønsket å undersøke.

Undersøkelsen ble distribuert primo november 2022 via Digipost til 9992 soldater gjennom Forsvarets personell- og vernepliktsenter (FPVS), innenfor deres rammer av Data Protection Impact Assessment (DPIA). Soldatene fikk digital informasjon om undersøkelsen i selve spørreskjemaets introduksjon. Det ble også sendt ut en purring etter 3 uker til inviterte som enda ikke hadde besvart undersøkelsen. Da vi mottok det innsamlede datasettet fra FHR den 15.12.2022, hadde 3123 soldater åpnet undersøkelsen og 2201 samtykket til å delta. Av disse var det 1026 som ikke svarte på alle spørsmålene, men data fra disse ble likevel inkludert i analysene. Spørreundersøkelsen ble gjennomført én gang før data ble analysert, og samtykke ble innhentet fra samtlige.

2.3 Statistiske analyser

Statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS for datamaskin (versjon 29.0, IBM SPSS Statistics, USA). Datasettet ble analysert ved bruk av frekvensanalyser, korrelasjonsanalyser, ANOVA og multinominale logistiske regresjonsanalyser. Det ble gjennomført Pearson Kji-kvadrattest for å teste signifikans blant situasjonene felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon.

One-way repeated measures ANOVA-analyse ble brukt for å undersøke forskjeller i vaner mellom tre ulike kontekster; felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Mauchly test i kombinasjon med Greenhouse-Geisser fortalte oss om en eventuell forskjell ikke var en tilfeldig observasjon. Logistisk regresjons-analyse ble brukt for å kunne kontrollere og beskrive effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Korrelasjonsanalysen fortalte om det var statistisk sammenheng mellom variabler som ble testet.

For analysene ble «tannpuss med manuell tannbørste» og «tannpuss med elektrisk tannbørste» slått sammen til en felles variabel; «tannpuss». Denne variabelen ble målt i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. For å måle frekvens på tannpuss brukte vi svaralternativene «aldri», «sjeldnere enn 1 gang daglig» og «1 gang daglig» som tilsvarte **ikke adekvat** tannpuss og «2 ganger daglig» og «mer enn 2 ganger daglig» som tilsvarte **adekvat** tannpuss. Denne inndelingen i **ikke adekvat** og **adekvat** tannpuss berodde på Helsedirektoratet sine anbefalinger (33).

For tanntråd ble det brukt liknende svaralternativer hvor «aldri» og «mindre enn 1 gang daglig» tilsvarer **ikke adekvat** tanntrådbruk og «1 gang daglig», «2 ganger daglig» og «mer enn 2 ganger daglig» tilsvarer **adekvat** tanntrådbruk.

Soldatene svarte på spørsmål om de bruker tobakk eller ikke for hver del av undersøkelsen. De av soldatene som svarte «ja» fikk svaralternativene «daglig», «av og til», «før, men ikke nå» og «nei, aldri» for enten røyk, snus eller begge deler. Røyking og snusing ble igjen sammenslått til variablene «røyking totalt» og «snusing totalt». Det ble også laget egne variabler for «tobakk total i felt», «tobakk total i leir» og «tobakk total hjemme». Bruk av e-sigarett ble ekskludert fra analysene på grunn av svært lave verdier.

Deltakerne svarte på hvor mange ganger daglig de inntok sukker, fra 0 til 6 ganger. De som svarte 0 ganger ble delt inn i «ikke daglig sukkerinntak», mens de som svarte 1 til 6 ganger daglig ble slått sammen til «daglig sukkerinntak».

For å få en bedre oversikt over inntak av syreholdig drikke blant soldatene ble variablene «PWO», «brus m/ sukker», «brus u/ sukker», «saft/iste m/ sukker», «saft/iste u/ sukker», «juice», «energidrikk m/ sukker», «energidrikk u/ sukker», «sportsdrikk», lagt sammen til variabelen «daglig inntak av syreholdig drikke» i henholdsvis felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon.

Signifikans-nivået ble satt til $p < 0.05$ på alle analysene.

2.4 Ethiske betraktninger

Forsvarets helseregister (FHR) eier informasjon om alle ansatte i det norske Forsvaret, som gir datagrunnlag til statistisk forskning om helse og sikkerhet (34).

Spørreundersøkelsen i denne studien er en intern kvalitetsundersøkelse/rutinekontroll av Forsvarets soldater. Det var ikke nødvendig å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), da FHR gjorde en egen Data Protection Impact Assessment (DPIA).

Innsamlet data inneholdt sensitive helseopplysninger fra soldatene. For å bevare soldatenes anonymitet, mottok vi av-anonymiserte data fra FHR, og håndterte ikke sensitive personopplysninger.

Dataen ble oppbevart på UiT Office 365 i en egen mappe, kun tilgjengelig for veiledere og studentene som deltar i prosjektet.

3 Resultater

3.1 Utvalget

Spørreundersøkelsen ble distribuert til 9992 soldater i førstegangstjenesten, hvorav 3123 åpnet skjemaet. Av disse samtykket 2201 til undersøkelsen, noe som utgjør en svarprosent på 22%.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalg: bakgrunnsfaktorer

		Menn % (n)	Kvinner % (n)	Total % (n)	p-verdi*
Egenvurdert tannhelse					0.001
	Meget god/god	62 (619)	74.0 (621)	68 (1240)	
	Hverken god eller dårlig	33.0 (328)	23 (197)	28 (525)	
	Meget dårlig/dårlig	5 (48)	3 (21)	4 (69)	
Egenvurdert kosthold					0.277
	Meget godt/godt	59 (590)	56 (469)	58 (1059)	
	Hverken godt eller dårlig	34 (334)	37 (311)	35 (654)	
	Meget dårlig/dårlig	7 (71)	7 (57)	7 (128)	
Tobakksvaner					0.001
	Røyk	12 (204)	4 (55)	8 (259)	
	Snus	24 (425)	16 (211)	20 (636)	
Helsekompetansenivå**					0.001
	Mangelfull	37 (361)	49 (404)	43 (765)	
	Tilfredsstillende	63 (608)	51 (416)	57 (1024)	
Arbeidstid					0.009
	Natt	4 (37)	4 (35)	4 (72)	
	Kveld	13 (133)	14 (121)	14 (254)	
	Dag	23 (231)	17 (141)	20 (372)	
	Natt og kveld	60(594)	65 (542)	62 (1136)	
Undersøkelsesintervall					0.004
	Mer enn én gang i året	5 (50)	5 (48)	5 (98)	
	Hvert år	46 (474)	46 (403)	46 (877)	
	Annet hvert år	31 (321)	35 (312)	33 (633)	
	Med lengre enn to års mellomrom	13 (131)	11 (93)	12 (224)	
	Nei, kun ved akutte problemer	4 (41)	3 (26)	3 (67)	
	Nei, går aldri	1 (16)	0 (1)	1 (17)	

*p-verdi hentet fra Kji-kvadrattest

** Målt ved HLS-Q12

Tabell 1 beskriver karakteristika i utvalget av soldater. Om lag to tredjedeler (68%) vurderte tannhelsen sin som «meget god» eller «god», mens et mindretall (4%) vurderte tannhelsen som «dårlig» eller «meget dårlig». Det var flere kvinnelige enn mannlige soldater som vurderte tannhelsen som «god», og forskjellen var signifikant ($p < 0.001$). Når det gjelder egenvurdering av kosthold var det drøye halvparten (58%) som vurderte sitt kosthold som «meget godt» eller «godt» og mindre enn en av ti (7%) som vurderte kostholdet som «dårlig» eller «meget dårlig». Det var ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjaldt egenvurdering av

kostholdet. Tobakksvanene blant soldatene viste at færre enn en av ti (8%) røykte, mens to av ti snuste (20%). Det var flere menn enn kvinner som både snuste og røykte, og forskjellen var signifikant ($p < 0.001$). Ved måling av helsekompetanse fant man at godt under halvparten (43%) hadde «mangelfull helsekompetanse». Det var flere menn enn kvinner som scoret lavt på helsekompetanse ($p < 0.001$). Godt over halvparten av soldatene (62%) hadde en arbeidshverdag som inkluderte arbeid på «både natt og kveld», mens to av ti (20%) jobbet «kun på dagtid». «Kun kveld» (14%) og «kun natt» (4%) var mindre vanlig og det var ikke signifikante forskjeller i arbeidstid mellom kvinnelige og mannlige soldater. På bruk av tannhelsetjenester svarte majoriteten av soldatene (79%) at de tidligere har «gått årlig» (46%) eller «annen hvert år» (33%) til tannhelsesjekk. Om lag en av ti (12%) gikk til sjekk med «lengre enn 2 års mellomrom», og et fåtall (3%) gikk utelukkende «kun ved akutte problemer» eller «aldri» (1%). Kvinner brukte tannhelsetjenesten mer ($p < 0.004$). Av de som gikk «kun ved akutte problemer» eller «aldri» oppga den største andelen av soldatene (38%) at de ikke hadde følt et behov for undersøkelse. Andre prioriterte ikke tannhelsen sin (24%) eller hadde ikke tilstrekkelig økonomi (20%).

3.2 Tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner

Tabell 2. Frekvenstabell: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner

		Felt % (n)	Leir % (n)	Hjemme % (n)	p-verdi felt/leir*	p-verdi felt/hjemme*
Tannpuss	Adekvat (T)	38 (1194)	58 (1804)	50 (1565)	0.001	0.001
	Adekvat (M)	33 (584)	52 (926)	45 (793)		
	Adekvat (K)	45 (610)	65 (878)	57 (772)		
Tanntrådbruk	Adekvat (T)	4 (89)	27 (544)	35 (674)	0.001	0.001
	Adekvat (M)	3 (36)	21 (228)	29 (294)		
	Adekvat (K)	6 (53)	35 (316)	43 (380)		
Tobakksbruk	Snuser (T)	87 (598)	93 (579)	94 (515)	0.001	0.001
	Snuser (M)	86 (406)	93 (386)	93 (338)		
	Snuser (K)	90 (192)	94 (193)	94 (177)		
	Røyker (T)	35 (242)	9 (57)	11 (59)	0.001	0.001
	Røyk (M)	41 (195)	11 (45)	13 (47)		
	Røyk (K)	22 (47)	6 (12)	6 (12)		
p-verdi* M/K tannpuss		0.001	0.001	0.001		
p-verdi* M/K tanntrådbruk		0.005	0.001	0.001		
p-verdi* M/K røyk		0.001	0.041	0.018		
p-verdi* M/K snus		0.179	0.752	0.723		

*p-verdi har kommet frem av Person Kji-Kvadrat. T = total (menn + kvinner), M = menn, K = kvinner. Prosent for M og K er hentet fra prosent innad i kjønn.

Tabell 2 viser inndelingen av «adekvat tannpuss», «adekvat tanntrådbruk» og «tobakksbruk» mellom menn og kvinner og hvordan disse fordelte seg i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Undersøkelsen viste en tydelig forskjell på «adekvat tannpuss» mellom felt (38%), leir (58%) og hjemme (50%), ($p < 0.001$). Forskjellene var også lignende for menn (felt 33%, leir 52% og hjemme 45%) og for kvinner (felt 45%, leir 65% og hjemme 57%). Det var flere kvinner enn menn som pusset adekvat ($p < 0.001$). Soldatene pusset best i leir. Drøye en av seks (16%) av de som pusset adekvat i leir pusset ikke adekvat hjemme. Forskjellen mellom leir og hjemme var signifikant ($p < 0.001$).

Undersøkelsen viste også en tydelig forskjell i tanntrådbruk mellom felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon ($p < 0.001$). Om lag en tredjedel (35%) brukte tanntråd én gang om dagen eller mer hjemme, om lag en fjerdedel (27%) gjorde det i leir mens kun et fåtall (4%) brukte tanntråd «adekvat» i felt. For menn var det en lignende variasjon mellom felt (3%), leir (21%) og hjemme (29%) og det samme gjaldt for kvinner (felt 6%, leir 35% og hjemme 43%). Kvinner brukte mer tanntråd enn menn ($p < 0.001$).

Det var et tydelig skille på snusbruk og røyking i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Av de soldatene som brukte tobakk i felt snuste nesten ni av ti (87%) mens om lag en tredjedel (35%) røykte. Snusbruk økte fra felt til henholdsvis leir- (93%) og hjemmesituasjon (94%), mens mengden røyking avtok i leir (9%) og hjemme (11%). Menn røykte mer enn kvinner innenfor felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon ($p < 0.001$). Det var ikke signifikante forskjeller i snusbruk mellom menn og kvinner.

Det var en statistisk, positiv korrelasjon for variablene tannpuss, tanntrådbruk, snus og røyk mellom henholdsvis felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Korrelasjonen var sterkest mellom leir og hjemme ($r = 0.805$ for tannpuss, $r = 0.720$ for tanntråd og $r = 0.890$ for tobakk). Tobakk er i denne sammenhengen ikke delt inn i snusing og røyking (Vedlegg 1).

Tabell 3. ANOVA pairwise comparison: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner

Variabel		ANOVA tilpasset Differanse (95% KI)	MS Error	p-verdi
	Felt*	0	0	
Tannpuss	Leir	-0.195 (-0.217 – (-0.174))	0.009	0.001
	Hjemme	-0.119 (-0.141 – (-0.096))	0.009	0.001
	Felt*	0	0	
Tanntrådbruk	Leir	-0.238 (-0.261 - (-0.214))	0.010	0.001
	Hjemme	-0.312 (-0.338 – (-0.287))	0.011	0.001
	Felt*	0	0	
Snus	Leir	-0.002 (-0.0012 – 0.008)	0.004	1.000
	Hjemme	0.010 (-0.08 – 0.028)	0.007	0.591
	Felt*	0	0	
Røyk	Leir	0.224 (0.179 – 0.270)	0.019	0.001
	Hjemme	0.203 (0.158 – 0.249)	0.019	0.001

*felt ble brukt som referanse

Mauchly's test ($p < 0.001$) Greenhouse-Geisser ($p < 0.001$)

Tabell 3 viser parvis sammenligning mellom tannpuss, tanntrådbruk, snus og røyk og felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Det var en statistisk signifikant forskjell mellom tannpuss og tanntrådbruk i felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon ($p < 0.001$). Det ble pusset mer i leir enn i felt og hjemme, mens tanntråd ble brukt mest hjemme.

De av soldatene som snuste, uavhengig av kjønn, snuste tilnærmet like mye i felt-, leirtjeneste ($p < 1.0$) og hjemmesituasjon ($p < 0.591$). De som røyket, røykte mest i leir og minst i felt ($p < 0.001$).

3.3 Sukkerinntak

Tabell 4. Frekvenstabell: sukkerinntak

Variabel	Felt % (n)	Leir % (n)	Hjemme % (n)	Total (n)
Daglig sukkerinntak	62 (1939)	50 (1555)	49 (1523)	3123
Ikke daglig sukkerinntak	38 (1184)	50 (1568)	51 (1600)	3123

Sukkerinntak i analysen inkluderte «godteri», «sjokolade», «proteinbar», «sukkerbrus» og «kaffe/te med sukker». Om lag halvparten hadde et daglig inntak av sukker fordelt mellom felt- (62%), leirtjeneste (50%) og hjemmesituasjon (49%), (Tabell 4).

Tabell 5. Krysstabell: sukkerinntak i felt, sammenlignet med leir og hjemme

Variabel	Daglig sukkerinntak leir	Daglig sukkerinntak hjemme
Ikke daglig sukkerinntak i felt	5 (70)	5 (84)
Daglig sukkerinntak i felt	95 (1485)	95 (1439)
Total	1555	1523
p-verdi*	0.001	0.001

*p-verdi har kommet frem av Person Kji-Kvadrat.

Kji-kvadrat-testen viste at det var statistisk signifikant sammenheng mellom både daglig sukkerinntak i felt og leir, og i felt og hjemme ($p < 0.001$).

Korrelasjonsanalysen viste i likhet med Kji-kvadrat-testen at et daglig sukkerinntak i felt hadde en positiv korrelasjon med sukkerinntaket i leir ($r = 0.689$) og hjemme ($r = 0.651$), ($p < 0.001$). Den sterkeste korrelasjonen så man mellom felt og leir (Vedlegg 2).

Tabell 6. ANOVA pairwise comparison: sukkerinntak

Variabel		ANOVA tilpasset differanse	MS Error	p-verdi
Daglig sukkerinntak	Felt*	0	0	
	Leir	0.123 (0.106-0.140)	0.007	0.001
	Hjemme	0.133 (0.116-0.151)	0.007	0.001

*felt ble brukt som referanse

Mauchly test ($p < 0.001$) Greenhouse-Geisser ($p < 0.001$)

Felt hadde en økt gjennomsnittlig verdi når det kom til daglig sukkerinntak, sammenlignet med både leir og hjemme ($p < 0.001$). Daglig sukkerinntak i leir sammenlignet med hjemme, var ikke signifikant.

3.4 Inntak av syreholdig drikke

Tabell 7. Frekvenstabell: inntak av syreholdig drikke

Variabel	Felt % (n)	Leir % (n)	Hjemme % (n)	Total (n)
Daglig inntak av syreholdig drikke	47 (1467)	52 (1627)	47 (1456)	3123
Ikke daglig inntak av syreholdig drikke	53 (1656)	48 (1496)	53 (1667)	3123

Spørreundersøkelsen viser at syreholdige drikker ble konsumert med en høyere frekvens i leir (52%) enn i felt (47%) og hjemme (47%). Kji-kvadrat-testen viste at det var statistisk signifikant sammenheng mellom både inntak av syreholdig drikke i felt og leir, og i felt og hjemme ($p < 0.001$) (Tabell 7).

Den syreholdige drikken som ble konsumert mest i felttjenesten var «energidrikk» (25% av inntak av syreholdig drikke). «Juice» var den største kilden til syreholdige drikke i leirtjeneste (48% av daglig inntak av syreholdig drikke) og hjemmesituasjon (35% av daglig inntak av syreholdig drikke).

Tabell 8. Krysstabell: daglig inntak av syreholdig drikke

Variabel	Daglig inntak av syreholdig drikke i leir	Daglig inntak av syreholdig drikke i hjemmet
	Drikker	Drikker
Daglig inntak av syreholdig drikkesyreinntak i felt	74 (1208)	75 (1093)
Ikke daglig inntak av syreholdig drikkesyreinntak i felt	26 (419)	25 (363)
Total (n)	1627	1627
p-verdi*	0.001	0.001

*p-verdi har kommet frem av Person Kji-Kvadrat.

Det var en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. Korrelasjonen var sterkest mellom hjemmesituasjonen og leirtjenesten ($r=0.71$).

Tabell 9. ANOVA pairwise comparison: daglig inntak av syreholdig drikke

Variabel		ANOVA tilpasset Differanse (95% KI)	MS Error	p-verdi
				0.001
Daglig inntak av syreholdig drikke	Felt*	0	0	
	Leir	-0.051 (-0.071 - -0.031)	0.008	0.001
	Hjemme	0.004 (-0.017 -0.024)	0.007	0.001

*Felt ble brukt som referanse

Mauchly test ($p<0.001$) Greenhouse-Geisser ($p<0.001$)

ANOVA-analysen viste at konsumet av syreholdig drikke var gjennomsnittlig høyest i leir (52%), etterfulgt av felt (47%) og hjemme (47%), og gjennomsnittene var signifikante ($p<0.001$).

3.5 Helsekompetanse

Godt over halvparten av soldatene beskrev sin egen tannhelse (68%) og kost (58%) som «meget god/god». Av de soldatene som beskrev sin egen tannhelse som «meget god/god» hadde 39% mangelfull helsekompetanse. For soldater som beskrev sin egen tannhelse som «verken god eller dårlig» hadde 52% mangelfull helsekompetanse og de som beskrev sin egen tannhelse som «meget dårlig/dårlig» hadde 40% mangelfull helsekompetanse. Seks av ti (60%) som beskrev sin tannhelse som «meget dårlig/dårlig» hadde tilfredsstillende helsekompetanse. Over halvparten av soldatene som vurderte sitt kosthold til enten «verken god eller dårlig» (53%) eller «meget dårlig/dårlig» (59%) hadde mangelfull helsekompetanse.

Av de som opplyste at de røyket var det 68% som hadde en score som tilsvarer tilfredsstillende helsekompetanse.

47% av de soldatene som kun oppsøkte tannhelsehjelp ved «akutte problemer» hadde tilfredsstillende helsekompetanse. Av de som aldri gikk til tannlege eller tannpleier hadde 67% tilfredsstillende helsekompetanse. Av soldatene som gikk til årlig tannhelsesjekk hadde nesten fire av ti (39%) mangelfull helsekompetanse, mens nesten halvparten (45%) hadde mangelfull helsekompetanse av de som gikk «hvert annet år» (Vedlegg 4).

Helsekompetanse hadde en positiv korrelasjon til bakgrunnsfaktorene egenvurdert kosthold, egenvurdert tannhelse og røyking ($p < 0.001$), hvorav den sterkeste relasjonen var til kosthold ($r = 0.19$). En høyere helsekompetanse ga en bedre egenvurdering av kosthold. Røyking hadde en negativ korrelasjon med både egenvurdert kosthold og tannhelse (Vedlegg 5).

Tabell 10. Multinomial logistisk regresjons-analyse: mangelfull helsekompetanse.

Variabel		OR	95% KI	p-verdi
Kosthold	Godt kosthold (Referanse)	1		
	Verken godt eller dårlig kosthold	2	1.6-2.5	0.001
	Dårlig kosthold	2.6	1.7-3.8	0.001
Tannhelse	God tannhelse (referanse)	1		
	Verken god eller dårlig tannhelse	1.4	1.2-1.8	0.001
	Dårlig tannhelse	0.8	0.5-1.4	0.5
Arbeidstid utenom dagtid	Dag (referanse)	1		
	Kveld	1.1	0.8-1.6	0.426
	Natt	0.9	0.5-1.5	0.696
	Natt og kveld	0.9	0.7-1.2	0.606
Undersøkelsesintervall	Nei, aldri (referanse)	1		
	Nei, kun i akutte situasjoner	2.3	0.7-7.6	0.170
	Med mer enn 2 års mellomrom	1.3	0.5-4.9	0.414
	Hvert annet år	1.6	0.5-4.8	0.396
	Hvert år	1.3	0.4-3.9	0.636
	Oftere enn hvert år	2.6	0.7-7.7	0.135
Snus	Snuser (referanse)	1		
	Snuser ikke	1.1	0.9-1.3	0.561
Røyk	Røyker (referanse)	1		
	Røyker ikke	1.6	1.2-2.2	0.002
Tannpuss	Adekvat (referanse)	1		
	Ikke adekvat	0.99	0.5-1.5	0.989
Tanntråd	Adekvat (referanse)	1		
	Ikke adekvat	1.1	0.8-1.4	0.565
Inntak av syreholdig drikke	Daglig inntak	1		
	Ikke daglig inntak	0.6	0.4-1	0.055

Verdi som vises, er fra mangelfull helsekompetanse. Tilfredsstillende helsekompetanse ble brukt som referansegruppe.

n «daglig sukkerinntak» i kombinasjon med «mangelfull helsekompetanse» var for lav til å beregne Odds Ratio. Sukkerinntak ble derfor ekskludert fra tabell 10.

Ifølge den multinominale logistiske regresjons-analysen var det 2.6 ganger høyere sannsynlighet for at en soldat med mangelfull helsekompetanse vurderte sitt eget kosthold som «dårlig», sammenlignet med de som vurderte sitt kosthold som «godt». Odds-rasjonen ble 2 når «verken godt eller dårlig» kosthold og «godt» kosthold ble sammenlignet med hverandre (Tabell 10).

Det var 20% mindre sannsynlighet for at en soldat som vurderte sin egen tannhelse som «dårlig» hadde mangelfull helsekompetanse sammenlignet med de som vurderte sin tannhelse til «god». Det var 1,4 ganger høyere sannsynlighet for at noen med egenvurdert «verken god eller dårlig» tannhelse hadde mangelfull helsekompetanse sammenlignet med de som vurderte den som «god».

Analysene viste ingen statistisk sammenheng mellom mangelfull helsekompetanse og bakgrunnsfaktorene arbeidstid og undersøkelsesintervall.

Når det kommer til røyking så viste analysen at det var 1.6 ganger høyere sannsynlighet for at de som «ikke røyker» hadde mangelfull helsekompetanse sammenlignet med de som «røyker».

Når det gjaldt resterende munnhelse- og kostholdsvaner viste analysene ingen sammenheng mellom sannsynligheten for mangelfull helsekompetanse og snus, tannpuss, inntak av sukker eller inntak av syreholdige drikker på et signifikant nivå.

4 Diskusjon

4.1 Hovedfunnene

Studien viser at soldatene hadde dårligst munnhygienevaner i felt. Det kan tenkes at tannpuss nedprioriteres til fordel for mat, søvn og andre behov, og/eller på grunn av manglende tiltaksevne eller værforhold. I leir og hjemme ligger forholdene i utgangspunktet til rette for at adekvat tannpuss skal kunne utføres. Likevel er det overraskende at halvparten (50%) av soldatene hadde inadekvate pussevaner hjemme, og at over fire av ti (42%) hadde det i leir. Det er interessant at soldatene pusset bedre i leir enn hjemme. Det var imidlertid hjemme soldatene hadde høyest adekvat tanntrådbruk, noe som kan tyde på at tanntråd ikke var en utbredt del av hygienerutinene til soldatene når de befant seg i tjeneste.

Vi stiller spørsmål ved om bedre vaner i leir skyldes en gruppentilpassning som det er mangel på hjemme. Eller kan det skyldes mangel på etablerte, gode vaner utenfor Forsvaret? Etablerte vaner kan være svært vanskelige å endre. I en studie fra 2009, fant de at det i gjennomsnitt tar 66 dager å endre eller forme en vane (21). Den beste måten å endre en vane på er via indre motivasjon, men en holdningsendring starter ofte med en ytre påvirkning eller regulering (20). Forsvaret vil kunne fungere som en viktig initiativtager når det gjelder endring av vaner.

Ettersom soldatene utfører alle sine gjøremål sammen i leir, kan det tenkes at dette fellesskapet har en positiv påvirkningskraft og er en bidragsyter til vaneendring. For å kunne holde på en god vane, er kontinuitet nøkkelen, og tiden i førstegangstjenesten er en ypperlig arena for opprettholdelse eller forbedring av disse, ettersom oppholdet er langt over 66 dager.

Så mange som én av fem (20%) soldater snuste og litt under én av ti (8%) røykte. I følge tall fra SSB var det 2% av unge mellom 16 og 24 år som røykte på nasjonalt nivå i 2022 (35). Våre tall er dermed fire ganger høyere enn tall fra det nasjonale utvalget, noe som er interessant. Selv om data fra vår undersøkelse ikke inneholdt alder kan man anta at majoriteten av utvalget bestod av soldater under 24 år, basert på når de fleste avtjener førstegangstjeneste. Likevel var antallet røykere såpass lavt (n=259), at man må være forsiktig med å ilegge funnet for mye vekt. Godt over halvparten av de som røykte hadde tilfredsstillende helsekompetanse. Dette er overraskende og ikke som forventet, da man kan anta at de med tilfredsstillende helsekompetanse tar mer gunstige valg for sin egen helse. Funnet avviker også fra andre studier som tar for seg helsekompetanse og tobakksbruk (36).

Når det gjaldt snusing viste tall fra SSB at 22% av unge i alderen 16 til 24 år snuste i 2022 (35). Disse nasjonale tallene er tilnærmet like som resultatene fra vår studie. Det er fortsatt oppsiktsvekkende at så mange unge i Forsvaret røyker og snuser. Man kan undres over om gruppementaliteten i Forsvaret kan være en medvirkende faktor til tobakksbruk. Forsvaret burde ha som mål at tiden i førstegangstjenesten skal være en tid hvor soldatene påvirker hverandre til å ta helse- og prestasjonsfremmende valg, også når det gjelder røyking og snusing.

Selv om man ser en nedadgående trend av DMFT (7), er hull i tennene stadig et folkehelseproblem i Norge, og syreskader på tennene er et betydelig økende problem. Det er med bakgrunn i denne studien grunnlag for å undersøke tilgjengeligheten til sukkerholdige matvarer og syreholdige drikker i forsvarsleirene, da over halvparten av soldatene hadde et daglig inntak av dette og tilbringer størsteparten av tjenestetiden i leir. Konkrete tiltak Forsvaret kan vurdere er å øke priser på kioskarer og redusere antall eller fjerne juicedispensere i sine messer. Utplassering av flere vandispensere vil også sikre lett tilgjengelighet til vann, noe som er en viktig faktor for at soldatene skal kunne velge vann som tørstedrikk.

Sammen med de lokale plagene i munnhulen følger det også kostholds- og helsemessige utfordringer ved inntak av for mye sukker, for mye sukkererstatninger og energidrikker. I følge nasjonale, faglige råd om kosthold og næringsstoffer, er de største kildene til tilsatt sukker i kosten brus, godteri og saft. Helsedirektoratet anbefaler at tilsatt sukkerinntak bør være under 10% av daglig energiinntak (37). Halvparten av soldatene hadde et daglig sukkerinntak utenom de faste måltidene, og det kan tenkes at mange overskrider denne anbefalingen. Mengden sukker soldatene inntar, kan med fordel forskes på ved fremtidige studier. I felttjeneste spiser soldatene nesten utelukkende feltrasjon (FR). Innholdet i FR er nøye utarbeidet av Forsvaret for å kunne opprettholde soldatens prestasjoner under pågående øvelser og strid. Denne inneholder mange raske karbohydrater (31). Siden det legges opp til at soldatene skal ha et såpass sukkerrikt og erosivt kosthold må det i tillegg tilrettelegges for gode og forebyggende munnhelsetiltak. Soldatene kunne for eksempel fått utlevert tannbørste, tannkrem og fluortilskudd ved innrulling. En mulig løsning kan være å produsere et tann-sett til bruk i felt, i likhet med sy-sett eller våpenpusse-sett. Befalet må i så orden oppfordre soldatene til å bruke dette, på lik linje med bruk av BC (Bæsj & Carry).

Syv av ti soldater rapporterte sin egen tannhelse som god. Svært få vurderte tannhelsen sin som dårlig, men av disse hadde flesteparten tilfredsstillende helsekompetanse. Dette avviker fra

andre studier som tar for seg sammenhengen mellom selvvurdering av oral helse og helsekompetanse (38).

Andre studier viser at personer med mangelfull helsekompetanse, også har høyere DMFT (25). Studien vår viste at dårlig egenvurdert kosthold var én av tre bakgrunnsfaktorer som kunne kobles til mangelfull helsekompetanse. Det var 2.6 ganger høyere sannsynlighet for at en med mangelfull helsekompetanse også hadde dårlig selvrapportert kosthold. Det kan være nærliggende å tro at personer med mangelfull helsekompetanse har dårligere kunnskap om helsefremmende kosthold enn de med tilfredsstillende helsekompetanse. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom soldater med mangelfull helsekompetanse og bakgrunnsfaktorene arbeidstid, undersøkelsesintervall og munnhelsevaner; pussing, tanntråd, snus, sukkerinntak og inntak av syreholdig drikke. En mulig forklaring på dette kan være at vårt utvalg kanskje ikke var representativt nok i forhold til den generelle befolkningen.

Av de som vurderte sin egen tannhelse som «dårlig» og «god», hadde om lag seks av ti (60% og 61%) tilfredsstillende helsekompetanse. Man kan anta at de med tilfredsstillende helsekompetanse har et bedre grunnlag til å vurdere sin egen helse korrekt, og kanskje stiller de også høyere krav til sin egen tannhelse. Det kan derfor være bakgrunn for å si at den gjennomsnittlige vurderingen av tannhelse i denne studien er reell.

Forsvaret har til enhver tid et ubetinget ansvar for helsen til de unge voksne som de har innrullert. Dette ivaretar Forsvaret ved forebyggende tiltak som god tilrettelegging for riktige helsevalg, både fysisk og psykisk. Treningssentre med instruktører, velferdstiltak og opplæring av befal i helsefremmende og forebyggende tiltak er noe av det Forsvaret prioriterer å bruke ressurser på. I tillegg til dette har Forsvaret egne institusjoner som behandler fysisk og psykisk skade og sykdom, herunder også munn- og tannsykdom. Det er derimot lite oppmerksomhet rettet mot forebyggende tiltak mot skade og sykdom mot munn og tenner, og det er lite oppmerksomhet rettet mot usunn mat og drikke, og mot snus og annen tobakksbruk i Forsvaret.

Troppsbealet er i en god posisjon til å informere soldatene om kosthold og munnhelse, og bør gå foran som gode eksempler. Dette burde også gjelde bruken av snus som vi vet har store negative helseeffekter. Snus kan gi økt risiko for høyt blodtrykk, økt dødelighet etter hjerteinfarkt og slag, og inneholder flere stoffer som vurderes som kreftfremkallende (39). Forsvaret kunne med fordel innført en tobakksfri arbeidshverdag for sine ansatte. Dette ville vært helsefremmende for de det gjelder, og de ansatte ville i enda større grad vært gode forbilder

for sine soldater. Opplæring av befal om helsefremmende munnhygiene kunne vært gjort av tannlegene i Forsvaret. For å få best mulig resultater av eventuelle tiltak må informasjonen og opplæringen som gis tilpasses soldatenes helsekompetansenivå.

Det vil være aktuelt å gjennomføre spørreundersøkelsen i nye kull av innrullerte soldater etter innføring av intervensjoner for å se om disse har innvirkning på munnhelsen og kosthold i førstegangstjenesten. Et bedre samarbeid med informert befal som informasjonskilde i forkant og underveis av spørreundersøkelsen, kunne ha økt interessen og forståelsen av viktigheten for å svare, og dermed ført til en høyere svarprosent.

4.2 Styrker og svakheter

Denne studien har flere svakheter. Undersøkelsen ble sendt ut senere enn først planlagt, og måtte avsluttes tidligere, for at vi skulle få tid til å analysere data. Det ble sendt ut én purring til soldatene, men vi måtte starte analysene uten svarene som kom inn etter purringen. Dermed ble svarprosenten noe lavere enn det vi hadde ønsket oss, 22% (n = 2201). En annen svakhet er at man kan anta at de soldatene som faktisk fullførte undersøkelsen, kan være av den pliktoppfyllende typen, eller at de anså undersøkelsens tema som viktig eller mer interessant enn de som ikke svarte, slik som Leverage-salience theory beskriver (40). Dette kan være med på å gi et mindre representativt utvalg. Selv om svarprosenten er noe lavere enn det vi hadde sett for oss, er feilmarginen i undersøkelsen 1.8% i et 95% konfidensintervall, grunnet høy n. Man bør likevel være forsiktig med å generalisere ut fra dette utvalget.

En generell svakhet med spørreundersøkelser er hukommelsesskjevhet. Man er avhengig av at man kan stole på deltakerens hukommelse. Man har en tendens til å underestimere hendelser som skjer ofte og overestimere hendelser som skjer sjeldent (41). Denne skjevheten må tas høyde for ved fortolkning av resultatene.

Selv om undersøkelsen ble dobbeltsjekket og det ved utsendingstidspunktet ikke ble funnet noe galt, oppdaget vi feil da vi fikk tilsendt datasettet. Noen spørsmål hadde blitt kuttet ut og noen svaralternativer tilføyet eller mistet, noe som kan ha hatt påvirkning på svarene. Vi oppdaget også en digital feil med et oppfølgingsspørsmål tidlig i undersøkelsen. Spørsmålet skulle man bare få hvis man svarte «sjeldent» eller «aldri» på tannpuss i felt, men alle fikk dette spørsmålet. Soldatene kunne da svare «annet» og skrive et svar i fritekst. Her fikk vi flere svar om at soldatene allerede hadde sagt at de pusset tennene i felt. Dette var et unødvendig irritasjonsmoment tidlig i spørreundersøkelsen som kan ha ført til at noen avsluttet den.

I designet av spørreundersøkelsen ble det brukt mange validerte spørsmål fra Fit Futures, Mor-Barn-undersøkelsen og HLS-Q12. Bruken av validerte spørsmål styrker studien. Noen spørsmål designet vi selv, da det ikke fantes validerte spørsmål som omhandlet tematikken vi var interessert i å undersøke.

I denne studien har vi for å tolke og presentere svarene valgt å dikotomisere noen av variablene. Svakheten med dette er at noe av informasjonen går tapt, noe som reduserer den statistiske styrken (42). Fordelen er at dette forenklet både statistiske analyser, presentasjonen og fortolkningen av resultatene.

Styrken med å gjennomføre en digital spørreundersøkelse er at det er relativt lett å nå ut til soldatene som er spredt over hele landet. Det er lett for soldatene å gjennomføre undersøkelsen digitalt, hvor og når som helst, da så godt som alle har en smart-telefon eller nettbrett.

4.3 Videre forskning og praktiske implikasjoner

Denne masteroppgaven begrenser seg til hensikten og de fire hypotesene. Datasettet inneholder ut over dette mange flere variabler som kan analyseres og sammenlignes opp mot hverandre og andre helseaspekter. Håpet er at denne pilotstudien skal initiere til videre oppmerksomhet rundt munnhelse i Forsvaret og bidra til videre forskning. En interessant vei videre ville være å koble sammen data fra spørreundersøkelsen med kliniske orale undersøkelser av soldatene. Spørreundersøkelsen kan med fordel distribueres årlig for å kartlegge utviklingen av munnhelsevanene og virkningen av eventuelle tiltak.

Ved å samle inn data fra flere kull vil man kunne få et betydelig bedre datagrunnlag for å sikrere kunne uttale seg om sammenhenger. Basert på denne og fremtidige studier vil man kunne utvikle kunnskapsbaserte tiltak rettet mot å forebygge og bedre munnhelse. Det vil være mulig å initiere intervensjonsforskning som også måler effektene av slike tiltak. På den måten kan forskningen bidra til å fremme soldatenes munnhelse når de er i tjeneste, samt bidra til å skape varige vaner som kan fremme god munnhelse også etter endt førstegangstjeneste.

5 Konklusjon

Oppsummert var det forskjell i munnhygienevaner, tobakksbruk, og inntak av både sukker- og syreholdig drikke mellom felt-, leirtjeneste og hjemmesituasjon. For disse variablene, bortsett fra inntak av syreholdig drikke, kom felttjeneste dårligst ut. I utvalget var det mange soldater som rapporterte om uheldige vaner, både når det gjaldt tobakksbruk, munnhygienevaner og kostholdsvaner. I tillegg var helsekompetansenivået lavere i dette utvalget enn nasjonale tall av gjennomsnittet av den voksne befolkningen i Norge. Det var 2.6 ganger høyere sannsynlighet for at personer med mangelfull helsekompetanse vurderte sin egen kost som «dårlig/meget dårlig». Mange av soldatene hadde ikke adekvate tannpussevaner i felt (62%), leir (42%) og hjemme (50%), som vil si at de pusset mindre enn to ganger daglig. Så mye som to av ti (20%) snuste og nesten en av ti (8%) røyket. Røyking var den tobakksvanen som avvok mest fra nasjonale tall. Om lag halvparten av soldatene rapporterte om et daglig sukkerinntak, uavhengig av om de var i felt (62%), leir (50%) eller hjemme (49%). Lignende resultater ble funnet for inntak av syreholdig drikke (felt 47%, leir 52% og hjemme 47%). Dersom disse funnene bekreftes i et mer representativt utvalg, kan det ytterligere bekrefte at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder munnhelsevaner og kosthold blant våre soldater.

Selv om man ser en trend med dårligere munnhelse- og kostholdsvaner i felttjeneste i forhold til i leirtjeneste og hjemmesituasjon kan man konkludere med at det trengs mer forskning på dette området. Studien kan ikke trekke noen konklusjon om bakgrunnsfaktorer som kjennetegner mangelfull helsekompetanse, utover egenvurderingen «dårlig/meget dårlig» kosthold, egenvurderingen «verken god eller dårlig» tannhelse og «ikke-røyking». For å se en eventuell sammenheng mellom munnhelse- og kostholdsvaner og helsekompetanse trengs det utfyllende studier.

Forsvaret har til enhver tid et ubetinget ansvar for helsen til de unge voksne som de har innrullert og burde ha potensiale til å være en helsefremmende arena for munnhelse. Tilrettelegging for tannpuss under øvelser og utdeling av tannbørste, tannkrem og fluortilskudd i feltpakning er tiltak som kunne hjulpet soldatene til å utføre adekvat tannpuss i felt. Det kan med fordel utføres kvalitative studier på hvorfor soldatene ikke pusser adekvat i felt, for å finne målrettede tiltak. Videre vil bedre tilgang på vanddispensere, redusert tilgang på sukkerholdige og sure mat- og drikkevarer, samt økt kunnskap også kunne gjøre det enklere for soldatene å ta gode valg for sin egen helse.

Befalet kan ha stor påvirkningskraft ovenfor sine soldater og deres valg i hverdagen. Dette er noe man kan dra fordeler av i en helsefremmende kontekst. Vi anser det som nyttig at tannlegene i Forsvaret bidrar med sin spesialkompetanse innenfor munnhelse til å drive innadrettet opplæring av befal når det gjelder gode, helsefremmende munnhygiene- og kostholdsvaner. Det er viktig at informasjon fra tannlegene tilpasses befalets og soldatenes helsekompetanse, for å sikre at videreformidlingen blir så korrekt og forståelig som mulig.

Vedlegg

Vedlegg 1. Korrelasjon: tannpuss-, tanntråd- og tobakksvaner

Variabel			Felt	Leir	Hjemme
Tannpuss	Felt	Pearson Correlation	1	0.475	0.440
		p-verdi		0.001	0.001
		Total (n)	3123	3123	3123
	Leir	Pearson Correlation	0.475	1	0.805
		p-verdi	0.001		0.001
		Total (n)	3123	3123	3123
	Hjemme	Pearson Correlation	0.440	0.805	1
		p-verdi	0.001	0.001	
		Total (n)	3123	3123	3123
Tanntråd	Felt	Pearson Correlation	1	0.340	0.292
		p-verdi		0.001	0.001
		Total (n)	2150	1983	1917
	Leir	Pearson Correlation	0.340	1	0.720
		p-verdi	0.001		0.001
		Total (n)	1983	1983	1917
	Hjemme	Pearson Correlation	0.292	0.720	1
		p-verdi	0.001	0.001	
		Total (n)	1917	1917	1917
Tobakk	Felt	Pearson Correlation	1	0.888	0.823
		p-verdi		0.001	0.001
		Total (n)	3123	3123	3123
	Leir	Pearson Correlation	0.888	1	0.889
		p-verdi	0.001		0.001
		Total (n)	3123	3123	3123
	Hjemme	Pearson Correlation	0.823	0.889	1
		p-verdi	0.001	0.001	
		Total (n)	3123	3123	3123

Vedlegg 2. Korrelasjon: sukkerinntak

Variabel		Sukkerinntak felt	Sukkerinntak leir	Sukkerinntak hjemme
Sukkerinntak felt				
	Pearson	1	0.689	0.651
	p-verdi		0.001	0.001
Sukkerinntak leir				
	Pearson	0.686	1	0.740
	p-verdi	0.001		0.001
Sukkerinntak hjemme				
	Pearson	0.651	0.740	1
	p-verdi	0.001	0.001	

Vedlegg 3. Korrelasjon: inntak av syreholdig drikke

Variabel		Inntak av syreholdig drikke i felt	Inntak av syreholdig drikke i leir	Inntak av syreholdig drikke i hjemme
Inntak av syreholdig drikke i felt				
	Pearson Correlation	1	0.57	0.53
	p-verdi		0.001	0.001
Inntak av syreholdig drikke i leir				
	Pearson Correlation	0.57	1	0.71
	p-verdi	0.001		0.001
Inntak av syreholdig drikke hjemme				
	Pearson Correlation	0.53	0.71	1
	p-verdi	0.001	0.001	

Vedlegg 4. Frekvenstabell: helsevaner blant soldater sammenlignet med deres helsekompetansenivå

		Tilfredsstillende Helsekompetanse % (n)	Mangelfull Helsekompetanse % (n)	Totalt % (n)	p-verdi*
Egenvurdert tannhelse					0.001
	Meget god/god	61 (738)	39 (472)	68 (1210)	
	Hverken god eller dårlig	48 (245)	52 (263)	28(508)	
	Meget dårlig/dårlig	60 (40)	40 (27)	4 (67)	
Egenvurdert kosthold					0.001
	Meget god/god	65 (677)	35 (358)	58 (1035)	
	Hverken god eller dårlig	47 (293)	53 (331)	35 (624)	
	Meget dårlig/dårlig	41 (51)	59(73)	7 (124)	
Tobakksvaner					0.001
	Røyk	68 (155)	32 (73)	13 (228)	
Undersøkelsesintervall					0.021
	Mer enn én gang i året	46 (40)	54 (48)	5 (88)	
	Hvert år	61 (499)	39 (323)	46 (822)	
	Annet hvert år	55 (328)	45 (265)	33 (593)	
	Med lengre enn to års mellomrom	57 (118)	43 (91)	12 (209)	
	Nei, kun ved akutte problemer	47 (29)	53 (33)	3 (62)	
	Nei, går aldri	67 (10)	33 (5)	1 (15)	
Tannpuss					0.764
	Adekvat	57 (963)	43 (722)	94 (1685)	
	Ikke adekvat	59 (61)	41 (43)	6 (104)	
Tanntråd					0.725
	Adekvat	58 (137)	42 (98)	13 (235)	
	Ikke adekvat	57 (887)	43 (667)	87 (1554)	

*p-verdi har kommet frem av Person Kji-Kvadrat..

Vedlegg 5. Korrelasjonsanalyse: helsekompetanse, kosthold, tannhelse og røyking.

Variabel		Helsekompetanse	Egenvurdert kosthold	Egenvurdert tannhelse	Røyking
Helsekompetanse					
	Pearson Correlation	1	0.19	0.088	0.083
	p-verdi		0.001	0.001	0.001
Egenvurdert kosthold					
	Pearson Correlation	0.19	1	0.23	-0.077
	p-verdi	0.001		0.001	0.001
Egenvurdert tannhelse					
	Pearson Correlation	0.088	0.23	1	-0.077
	p-verdi	0.001	0.001		0.001
Røyking					
	Pearson Correlation	0.083	-0.077	-0.077	1
	p-verdi	0.001	0.001	0.001	

Undersøkelsesintervall ble ekskludert fra denne tabellen da variabelen ikke er bivariat

Vedlegg 6. Spørreundersøkelsen

TANNHELSE V06

Spørreundersøkelse om munnhygiene og kosthold/ernæring

Du er invitert til å svare på denne spørreundersøkelsen på bakgrunn av at du avtjener eller nylig har avtjent militær førstegangstjeneste i det norske Forsvaret.

Undersøkelsen er en del av en masteroppgave som skrives av tannlegestudenter ved Institutt for klinisk odontologi i Tromsø i samarbeid med Forsvarets helseregister. Hensikten er å kartlegge munnhygiene og ernæring hos soldater.

Undersøkelsen er delt inn i 4 hoveddeler; «på øvelse», «i leir», «hjemme» og «generelle opplysninger». Svar så korrekt som mulig på alle spørsmålene.

Estimert tid på å gjennomføre undersøkelsen er 10 minutter.

Besvarelsen lagres i Forsvarets helseregister (FHR) uten involvering av prosjektleder eller prosjektmedarbeidere. Innkomne svar og personopplysninger aidentifiseres før utlevering til analyse. Det vil si at de utleveres uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger slik at de som står for analysen og forskning ikke kan identifisere enkeltpersoner. Helsepersonell eller befal uten tilknytning til FHR har ikke tilgang til registeret.

Ditt samtykke er frivillig og kan trekkes tilbake hvis du skulle ombestemme deg. Dette kan du gjøre via Forsvarets nettside om personvern.

Tusen takk for ditt bidrag!

q00_ans_samtykke - Samtykke

Jeg samtykker til at mine svar på spørreundersøkelsen kan brukes til forskning slik det er beskrevet.

Etter du har avgitt ditt svar vennligst trykk på ">" nederst eller øverst for å gå videre

- Ja (1)
 Nei (0)

q00_nonans_samtykke - Samtykke

Jeg samtykker til at mine svar på spørreundersøkelsen kan brukes til forskning slik det er beskrevet.

Etter du har avgitt ditt svar vennligst trykk på ">" nederst eller øverst for å gå videre

- Ja (1)
 Nei (0)
 Nei. Jeg ønsker ikke flere henvendelser fra prosjektet (2)

q01_Felt_varighet - Varighet på øvelsen

DEL 1: På øvelse / i felt

Tenk på den siste øvelsen du var på, evt. øvelsen du er på nå.
Hva er / var varigheten på øvelsen?

(antall dager)

- 1 (1)
 2 (2)
 3 (3)
 4 (4)
 5 (5)
 6 (6)
 7 (7)
 Annet (8) _____
 Vet ikke (9)

q02B - Del 1. Bruksfrekvens i felt

Når du er i felt, hvor ofte bruker / brukte du vanligvis:

(Antall ganger daglig, i gjennomsnitt)

	Aldri (1)	Mindre enn 1 (2)	1 (3)	2 (4)	Mer enn 2 (5)
Elektrisk tannbørste (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuell (vanlig) tannbørste (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanntråd (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tannpirker (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluortabletter/fluorskyll (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mellomromsbørste (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q02b_hvorfor - I Felt, hvorfor ikke tannbørste

Hvorfor bruker du aldri / sjelden tannbørste når du er i felt?

(Angi den viktigste årsaken)

- Har ikke tannbørste (1)
- Har ikke tid (2)
- Tenker ikke på det (3)
- Bryr meg ikke om å pusse tennene (4)
- Annen årsak (5) _____

q03 - Påminnelse om tannpus

Kan du huske å ha blitt minnet på å pusse tennene dine i løpet av feltøvelsen?

- Ja (1)
- Nei (2)

q04 - Måltider i felt

Hvor mange ganger per døgn spiser / spiste du (feltrasjon + annet)?

- 0 (1)
- 1 (2)
- 2 (3)
- 3 (4)
- 4 (5)
- Mer enn 4 (6)

q05b - Snacks i felt

Hvor mange ganger per dag spiser / spiste du følgende i løpet av feltøvelsen:

	Aldri/sjelden (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	Mer enn 6 (5)
Frukt (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nøtter (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brødskive (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knekkebrød (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Godteri (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjokolade (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yoghurt (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteinbar (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q06 - Drikke i felt

Hvor mange ganger per dag drikker / drakk du følgende i løpet av feltøvelsen:

	Aldri/sjelden (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	Mer enn 6 (5)
Preworkout (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brus med sukker (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brus uten sukker (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saft/iste med sukker (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saft/iste uten sukker (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffe/te med sukker (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffe/te uten sukker (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juice (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melk (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energidrikk (redbull, monster etc) (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportsdrikk (yt, powerade etc) (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q07 - Sukker

Har du (før denne undersøkelsen) på noe tidspunkt tenkt over om ditt kosthold ute i felt inneholder mye sukker?

- Aldri (1)
 Noen ganger (2)
 Ofte (3)

q08 - Tobakk i felt

Bruker / brukte du noen form for tobakk (snus, røyk, e-sigarett) i felt?

- Ja (1)
 Nei (2)

q08a - Tobakksvaner i felt

Beskriv dine tobakksvaner på øvelse / i felt:

	Daglig (1)	Av og til (2)	Før, men ikke nå (3)	Nei, aldri (4)
Røyk (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snus (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-sigarett (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q08b

Begynte du med tobakk (snus, røyk, e-sigarett) i Forsvaret?

- Ja (1)
 Nei (2)

q10 - Del 2. Bruksfrekvens i leir

Del 2: I leir

Når du er i leir, hvor mange ganger bruker du vanligvis:

(Antall ganger daglig, i gjennomsnitt)

	Aldri (1)	Mindre enn 1 (2)	1 (3)	2 (4)	Mer enn 2 (5)
Elektrisk tannbørste (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuell (vanlig) tannbørste (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanntråd (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tannpirker (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluortabletter/fluorskyll (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mellomromsbørste (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q10a - I leir, hvorfor ikke tannbørste

Hvorfor bruker du sjelden / aldri tannbørste når du er i leir?

(angi viktigste årsak)

- Har ikke tannbørste (1)
- Har ikke tid (2)
- Tenker ikke på det (3)
- Bryr meg ikke om å pusse tennene (4)
- Annen årsak (5) _____

q11 - Måltider i leir

Hvor ofte spiser /spiste du frokost, lunsj, middag, og kvelds (hverdag og helg) i leiren?
(gjennomsnittlig antall ganger i uken)

	Aldri/sjelden (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	Hver dag (5)
Frokost (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunsj (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Middag (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvelds (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q12b – Drikke i leir

Kryss av for hva du bruker / brukte å drikke sammen med måltidene i leir:

(Du kan krysse av for flere alternativ per måltid):

	q12b_q85 - Frokost (leir):	q12b_q86 - Lunsj (leir):	q12b_q87 - Middag (leir):	q12b_q88 - Kvelds (leir):
Melk (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe/Te (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe/Te med sukker (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus med sukker (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus uten sukker (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrikk med sukker (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrikk uten sukker (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen drikke (10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

q13 - Snacks i leir

Hvor ofte spiser / spiste du følgende i leir?

(gjennomsnittlig antall ganger per dag)

	Aldri/sjelden (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	Mer enn 6 (5)
Frukt (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nøtter (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Godteri (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjokolade (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yoghurt (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteinbar (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q14 - Tobakk i leir

Bruker / brukte du noen form for tobakk (snus, røyk, e-sigarett) i leir?

- Ja (1)
- Nei (2)

q14a - Tobakksvaner i leir

Beskriv dine tobakksvaner i leiren:

	Daglig (1)	Av og til (2)	Før, men ikke nå (3)	Nei, aldri (4)
Røyk (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snus (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-sigarett (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q20 - Del 3. Bruksfrekvens hjemme

DEL 3: Hjemme

Tenk på hverdagen utenom Forsvaret. Når du er hjemme, hvor ofte bruker du vanligvis: (gjennomsnittlig antall ganger per dag)

	Aldri (1)	Mindre enn 1 (2)	1 (3)	Mer enn 2 (4)
Elektrisk tannbørste (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuell (vanlig) tannbørste (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanntråd (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tannpirker (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluortabletter/fluorskyll (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mellomromsbørste (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q20a - Hjemme, hvorfor ikke tannbørste

Hvorfor bruker du aldri / sjelden tannbørste hjemme? (Angi viktigste årsak)

- Har ikke tannbørste (1)
- Har ikke tid (2)
- Tenker ikke på det (3)
- Bryr meg ikke om å pusse tennene (4)
- Annen årsak (5) _____

q21 - Tannlegefrekvens

Har du frem til nå gått regelmessig til tannlege / tannpleier?

- Ja, mer enn en gang i året (1)
- Ja, hvert år (2)
- Ja, hvert annet år (3)
- Ja, med lengre mellomrom enn 2 år (4)
- Nei, bare for akutte problemer (5)
- Nei, går aldri (6)

q21a

Hva er den viktigste årsaken til at du ikke jevnlig går til tannlege?

- Har ikke kjent/følt behov for det (1)
- Har ikke prioritert det (2)
- Vanskelig å få en time hos tannpleier/tannlege (3)
- Redd for å gå til tannpleier/tannlege (4)
- Økonomiske årsaker (5)
- Andre årsaker (6)

q22b - Måltider hjemme

Hvor ofte spiser du vanligvis frokost, lunsj, middag, og kvelds (hverdag og helg) når du er hjemme?

	Aldri eller nesten aldri (1)	1-2 ganger per uke (2)	3-4 ganger per uke (3)	5-6 ganger per uke (4)	Hver dag (5)
Frokost (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunsj (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Middag (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvelds (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q23b - Drikke hjemme

Kryss av for hva du bruker å drikke sammen med måltidene når du er hjemme:

(Du kan krysse av for flere alternativ per måltid)

	q23b_q74 - Frokost (hjemme)	q23b_q75 - Lunsj (hjemme)	q23b_q76 - Middag (hjemme)	q23b_q77 - Kvelds (hjemme)
Melk (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe/Te (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe/Te med sukker (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus med sukker (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus uten sukker (7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrikk med sukker (8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrikk uten sukker (9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen drikke (10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

q24 - Snacks hjemme

Hvor ofte spiser / har du spist følgende når du er hjemme:

(gjennomsnittlig antall ganger per dag)

	Aldri / sjeldent (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	Mer enn 6 (5)
Frukt (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nøtter (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Godteri (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjokolade (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yoghurt (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteinbar (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q25 - Tobakk hjemme

Bruker du noen form for tobakk (snus, røyk, e-sigarett) når du er hjemme?

- Ja (1)
 Nei (2)

q25a - Tobakksvaner hjemme

Beskriv dine tobakksvaner når du er hjemme:

	Daglig (1)	Av og til (2)	Før, men ikke nå (3)	Nei, aldri (4)
Røyk (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snus (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-sigarett (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q26 - Helsekompetanse

Noen spørsmål om helsekompetanse:

På en skala fra veldig vanskelig til veldig lett, hvor lett vil du si det er å:

	Veldig vanskelig (1)	Vanskelig (2)	Lett (3)	Veldig lett (4)	Vet ikke (5)
Finne opplysninger om behandlinger av sykdom som gjelder deg? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forstå hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vurdere fordeler og ulemper ved ulike typer behandlinger? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følge bruksanvisningene som er angitt på forpakningen til legemidler? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finne informasjon om hvordan psykiske problemer som stress og depresjon kan takles? (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forstå hvorfor du har behov for generelle helseundersøkelser (f.eks mammografi, måle blodsukkeret og blodtrykket)? (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vurdere om opplysninger som media gir om helseisiko er til å stole på (TV, internett eller andre medier)? (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie og venner? (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finne informasjon om sunne vaner, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring? (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forstå informasjon på matemballasje? (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedømme hvilke hverdagsvaner som har sammenheng med helsen din (spise- og drikkevaner, mosjon osv)? (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta avgjørelser for å bedre helsen din? (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

q30 - Høyde

DEL 4: Generelt

Vi vil gjerne vite litt mer om deg.

Hvor høy er du? (i centimeter)

Antall centimeter (1) _____

q31 - Vekt

Hvor mye veier du? (antall kilo)

Antall kilo: (1) _____

q32 - Tjenestetype

Hvilken type tjeneste utfører du i løpet av førstegangstjenesten?

Velg det alternativet som best beskriver din stilling/arbeidsoppgave.

Alternativene er inspirert av Forsvarets tjenesteguide. Vi setter pris på andre alternativer som dere mener passer bedre

- Vakt- og sikring (inkl. tjeneste med hund, brann, militærpoliti) (1)
- Kjøkken (2)
- Sanitet (3)
- Velferd (4)
- Jeger (5)
- Ingeniør (6)
- Samband (7)
- Tjeneste på fartøy (inkl. båtoperatør) (8)
- Vognfører (9)
- Minedykker (10)
- Fallskjermjeger (11)
- Kystjeger (12)
- Musikk og drill (13)
- Etterretning (14)
- Annet (15) _____

q33 - Skiftarbeid

Inkluderer din tjeneste arbeid utenom dagtid?

- Ja natt (1)
- Ja kveld (2)
- Ja begge (3)
- Nei (4)

q34 - Kveld/natt hovedsakelig

Er majoriteten av din arbeidstid på kveld- eller nattestid?

- Ja (1)
- Nei (2)

q35 - Tannhelsen din

Hvordan vil du selv beskrive tannhelsen din?

- Meget dårlig (1)
- Dårlig (2)
- Verken dårlig eller god (3)
- God (4)
- Meget god (5)

q36 - Tannhelsetilbudet

Hvordan vil du beskrive tannhelsetilbudet som gis gjennom Forsvaret?

- Meget dårlig (1)
- Dårlig (2)
- Verken dårlig eller godt (3)
- Godt (4)
- Meget godt (5)

q37 - Kosthold

Hvordan vil du selv vurdere ditt kosthold?

- Meget dårlig (1)
- Dårlig (2)
- Verken dårlig eller godt (3)
- Godt (4)
- Meget godt (5)

i12_end - Fullført

Du har nå fullført spørreundersøkelsen.
Gå videre for å avslutte.

6 Referanser

1. Forsvaret. Forsvaret i tall [Nettside]. Lillehammer: Forsvaret; 2023 [updated 28.04.2023; cited 2023 28.04]. Available from: <https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/forsvaret-i-tall>.
2. Forsvaret. Krav til militærtjeneste [Nettside]. Forsvaret.no: Forsvaret; 2021 [updated 21.09.2022; cited 2023 25.02]. Available from: <https://www.forsvaret.no/krav>.
3. Selwitz DRH, Ismail AI, Pitts NB. Dental Caries. The Lancet [Internet]. 2007 [cited 2022 05.05]; 369(9555):[51-9 pp.].
4. Lyshol H, Biehl A. Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap [Rapport]. Nasjonalt folkehelseinstitutt: Avdeling for helsestatistikk; 2009 [updated 12.04.2016; cited 2022 12.04]. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20095-pdf.pdf>.
5. sentralbyrå S. Tannhelsetenesta [Nettside]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2022 [updated 15.06.2022; cited 2023 27.04]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/tannhelsetenesta>.
6. Sentralbyrå S. Tannhelsetilstand og kariesforekomst blant utvalgte aldersgrupper, etter alder, region, statistikkvariabel og år [Statistikk]. Oslo: Statistikkbanken; 2020 [updated 16.03.2020; cited 2022 06.04]. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/11959/tableViewLayout1/>.
7. Helsedirektoratet. Tannhelsetilstand og kariesforekomst blant 18-åringer [Nettside]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [updated 17.06.2021; cited 2022 06.04]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/tannhelse/tannhelsetilstand-og-kariesforekomst-blant-18-%C3%A5ringer#referere>.
8. Statens helsetilsyn. Årsmelding for tannhelsetjenesten 1999 og 2000 [Årsmelding]. Oslo: Statens helsetilsyn; 2001 [updated 15.11.2001; cited 2022 12.04]. Available from: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/andrepublikasjoner/aarsmelding_tannhelsetj_1999_2000_ik-2758.pdf?fbclid=IwAR1jY6xzPLdySNmK2fvZyGla1wRsAVSfdEPubIsGm1TJv1oBzC9L0s_ajf8_S_g5FHyiHlkeVVg6I0Bsg.
9. Haugejorden O. Tannhelsesituasjonen i Norge – holder prognosene for tannhelseutviklingen?2002 [cited 2022 12.04]; 112:[256-9 pp.]. Available from: https://www.tannlegetidende.no/journal/2002/5/dnt-28032/Tannhelsesituasjonen_i_Norge_%E2%80%93_holder_prognosene_for_tannhelseutviklingen?fbclid=IwAR1jY6xzPLdySNmK2fvZyGla1wRsAVSfdEPubIsGm1TJv1oBzC9L0s_ajf8.
10. Johansson A-K, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental Erosion and Its Growing Importance in Clinical Practice: From Past to Present. International Journal of Dentistry [Internet]. 2012 [cited 2023 04.04]; 2012(Special issue):[1-17 pp.].
11. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, Incidence and Distribution of Erosion. S. Karger AG; 2014. p. 55-73.
12. Chan AS, Tran TTK, Hsu YH, Liu SYS, Kroon J. A systematic review of dietary acids and habits on dental erosion in adolescents. International Journal of Paediatric Dentistry [Internet]. 2020 [cited 2023 21.04]; 30(6):[713-33 pp.]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/ipd.12643>.
13. Mulic A, Skudutyte-Rysstad R, Tveit AB, Skaare AB. Risk indicators for dental erosive wear among 18-yr-old subjects in Oslo, Norway. Eur J Oral Sci. 2012;120(6):531-8.

14. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res* [Internet]. 2014 Jan [cited 2023 23.03]; 93(1):[8-18 pp.].
15. Helsedirektoratet. Kostrådene - Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags [Nettside]. Oslo: Helsedirektoratet; [updated 24.10.2016; cited 2023 03.04]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen#unnga-mat-og-drikke-med-mye-sukker-til-hverdags-begrunnelse>.
16. ernæring Nrf. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag Nasjonalt råd for ernæring 2011 [Rapport]. Helsedirektoratet2011 [updated januar. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag/Kostr%C3%A5d%20for%20%C3%A5%20fremme%20folkehelsen%20og%20forebygge%20kroniske%20sykdommer%20%E2%80%93%20metodologi%20og%20vitenskapelig%20kunnskapsgrunnlag.pdf/_attachment/inline/2a6293e0-169e-41bd-a872-f3952dbb22c2:0d09926111d614e6059e804b7f9b21c17bd0c1cd/Kostr%C3%A5d%20for%20%C3%A5%20fremme%20folkehelsen%20og%20forebygge%20kroniske%20sykdommer%20%E2%80%93%20metodologi%20og%20vitenskapelig%20kunnskapsgrunnlag.pdf.
17. Mulic A, Uhlen M-M, Tveit AB, Stenhagen KR. Dentale erosjoner - forekomst, registrering, årsaker, genetik og prinsipper for behandling. *Tidende* [Internet]. 2019 [cited 2023 20.02]; 5(129):[452-64 pp.].
18. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm A-K, Källestål C, Lagerlöf F, et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *PubMed* [Internet]. 2003 [cited 2023 04.04]; 61(6):[347-55 pp.].
19. Gardner B. A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2015 [cited 2023 04.04]; 9(3):[277-95 pp.].
20. Willumsen T, Myran L, Lein JPÅ. *Odontologisk psykologi*. Oslo: Gyldendal; 2018.
21. Lally P, Jaarsveld CHMv, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology* [Internet]. 2009 16.07.2009 [cited 2023 04.04]; 40(6):[998-1009 pp.]. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.mime.uit.no/doi/10.1002/ejsp.674>.
22. Helsedirektoratet. Helsekompetanse - Kunnskap og tiltak [Nettside]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [updated 16.02.2021; cited 2023 22.04]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#hvorforhelsekompetanseeriktig>.
23. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Gutterrud Ø. Befolkningens helsekompetanse, Del 1. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 12.04]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf.
24. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review2011 19 july [cited 2023 04.04]; 155(2):[97-107 pp.].
25. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*. 2018;18(1).
26. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Gutterrud Ø. Befolkningens helsekompetanse [Rapport]. Helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet; 2021 [updated 2121; cited 2023 21.03].

Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf.

27. Lucas Kühn PB, Claudia Hildebrand, Jule Kunkel, Jörg Reitermayer, Hagen Wäsche and Alexander Woll. Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 04.04]; 9:[1-15 pp.].

28. universitet» U-Na. Fit Futures [Nettside]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet; 2023 [cited 2023 26.04]. Available from: <https://uit.no/research/fitfutures>.

29. Forsvaret. Håndbok for forvaltning av utskrivnings- og verneplikten i Norge Del E. Forvaltning av mannskaper under førstegangstjeneste. Vernepliktshåndboken Del E.: Forsvaret; 2020 [updated 15. Desember; cited 2023 04.03]. Available from: <https://regelverk.forsvaret.no/fileresult?attachmentId=20027537>.

30. sanitet F. Helse for stridsevne 2022 - Nøkkeltall og forskningsresultater fra Forsvarets helseregister [Rapport]. Lillehammer: Forsvarets sanitet; 2022 [cited 2023 25.02]. Available from: https://www.forsvaret.no/forskning/forsvarets-helseregister-ime/publikasjoner/helse-for-stridsevne-2022.pdf/_attachment/inline/38e52dd4-39d3-4616-b74c-08034c01fc2f:87924a4eea4da2077dc92175c8d2084abfe83c23/helse-for-stridsevne-2022.pdf.

31. NATO. Requirements of individual operational rations for military use. . Allied medical publication. NATO; 2019 April 2019.

32. Finbråten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G, Pettersen KS, Trollvik A, Guttersrud Ø. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2018 2018/06/28 [cited 2023 04.03]; 18(506):[1-17 pp.]. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-018-3275-7.pdf>.

33. Helsedirektoratet. Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år [Nettside]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [updated 02.05.2019; cited 2023 04.02]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar/rad/voksne-bor-pusse-tennene-to-ganger-daglig-med-fluortannkrem#ab46892e-385c-44f0-8591-1ed83158b006-praktisk>.

34. Forsvaret. Forsvarets Helseregister Oslo: Forsvaret; 2022 [cited 2022 12.04]. Available from: <https://www.forsvaret.no/forskning/forsvarets-helseregister-ime>.

35. Helsedirektoratet. Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter [Nettside]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [updated 19. januar 2023; cited 2023 25. april 2023]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>.

36. Rababah JA, Al-Hammouri MM. Health Literacy and Smoking Habits Among a Sample of Jordanian University Students. *J Community Health*. 2023;48(1):30-7.

37. Helsedirektoratet. Kostrådene og næringsstoffer Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [updated 24.10.2016. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/inntak-av-naeringsstoffer/karbohydrater-kostfiber-og-tilsatt-sukker>

38. Bado FMR, De Checchi MHR, Cortellazzi KL, Ju X, Jamieson L, Mialhe FL. Oral health literacy, self-rated oral health, and oral health-related quality of life in Brazilian adults. *Eur J Oral Sci* [Internet]. 2020 June 2020 [cited 2023 28. april]; 128(3):[218-25 pp.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eos.12695>.

39. Health) FNIoP. Helserisiko ved snusbruk [Rapport]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019 [cited 2023 26. april]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2019/helserisiko-ved-snusbruk2/>.
40. Seifert T. Encyclopedia of Survey Research Methods [E-bok]. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.; 2008 [cited 2023 26. mars]. Available from: <https://methods.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-survey-research-methods>.
41. Slattery EL, Voelker CC, Nussenbaum B, Rich JT, Paniello RC, Neely JG. A practical guide to surveys and questionnaires. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011;144(6):831-7.
42. Skovlund E. Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internet]. 2017 [cited 2023 04. april]. Available from: <https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0972>.