



Munhygienvanor och kunskap om oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund

-En enkätstudie

Oral health care habits and knowledge about oral health among adult individuals with foreign backgrounds.

Sara Alubusi

Fakulteten för hälsa, natur och teknikvetenskap

Tandhygienistprogrammet

Oral hälsa, examensarbete 15 hp

Handledare: Brittmarie Jacobsson

Examinator: Malin Stensson

Juni 2017

SAMMANFATTNING

Titel: Munhygienvanor och kunskap om oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund.

Oral health care habits and knowledge about oral health among adult individuals with foreign backgrounds.

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet

Kurs: Oral hälsa Examensarbete, 15 hp

Författare: Sara Alubusi

Handledare: Brittmarie Jacobsson

Sidor: 16

Månad och år för examen: Juni 2017

Nyckelord: Tandvårdskunskaper, munhygien, tandborstvanor, immigrant.

Syfte: Att undersöka munhygienvanor och kunskaper kring oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund.

Frågeställning: Finns det någon skillnad mellan hur ofta män och kvinnor med borstar?

Metod: Kvantitativ studie. Empirisk enkätstudie. Enkäten omfattar frågor om munhygienvanor, kunskap om karies och kunskap om parodontit. Urvalet bestod av vuxna män och kvinnor som har en utländsk bakgrund och är över 18 års ålder. Med utländsk bakgrund menas att individerna är födda utomlands och har utländska föräldrar. Studiedeltagarna befann sig på en SFI skola i Mellansverige.

Resultat: Antal studiedeltagare som deltog i studien var 78, (n=36 män), (n=29 kvinnor), (n=13 som inte angav kön). Majoriteten av studiedeltagarna visade sig ha goda vanor med antalet gånger de borstar tänderna per dag, hur ofta de använder fluor och användning av orala munhygiensprodukter utöver tandborste. Studien visar även att en mindre del av studiedeltagarna känner de största riskfaktorerna för att få orala sjukdomar.

Konklusion: Individer med utländsk bakgrund har goda munhygienvanor men saknar till viss del kunskap kring orsaken till varför orala sjukdomar som karies och parodontit uppstår.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Sverige som invandringsland.....	1
1.2 Tandvård i Sverige.....	1
1.3 Hälsa och oral hälsa hos vuxna.....	2
1.3.2 Fluor.....	2
1.4 Karies.....	3
1.5 Gingivit.....	3
1.6 Parodontit.....	3
1.7 Munhygienprodukter	4
1.8 Oral hälsa hos individer med utländsk bakgrund	5
2. Syfte	6
2.1 Frågeställning.....	6
3 Metod	6
3.1 Design.....	6
3.2 Enkät.....	7
3.3 Deltagare och urval av undersökningspersoner.....	7
3.4 Datainsamling.....	7
3.5 Databearbetning	8
3.6 Etiska överväganden.....	8
4. Resultat	8
4.1 Tandborstvanor.....	8
4.2 Fluor.....	9
4.3 Munhygiensprodukter.....	10
4.4 Tandvårdsbesök.....	11
4.5 Kunskap om karies.....	11
4.6 Kunskap om parodontala sjukdomar.....	11
4.7 Rökning och oral hälsa.....	12
5 Diskussion	13
5.1. Metoddiskussion.....	13
5.2. Resultatdiskussion.....	14
6. Konklusion	16
8. Referenslista	17
Bilaga 1 Enkät	
Bilaga 2 Informationsbrev till SFI rektor	
Bilaga 3 Informationsbrev till studiedeltagande Samtyckesblankett	
Bilaga 4 Samtyckesblankett	

1. Introduktion:

1.1 Sverige som invandringsland

Sverige har gått från att vara ett utvandringsland till invandringsland under de senaste 150 åren. Sedan andra världskriget har invandringen varit större än utvandringen. På grund av krig och fattigdom har invandringen ökat med åren. År 2014–2015 blev Sveriges största invandringsår på grund av flyktingar som flydde från krig i Syrien. År 2014 beräknades 16 % av Sveriges befolkning bestå av individer som inte är födda i Sverige. Totalt utgör dessa 16 % av Sveriges befolkning, det innebär 1,6 miljoner människor (Migrationsverket, 2016a).

Under år 2015 ansökte 162 877 asyl i landet, vilket är dubbelt så många som det var under året 2014. Med asylsökande menas individer med utländsk bakgrund som söker sig till ett land i behov av skydd. Asylsökande har rätt att stanna i landet under tiden för prövning av skyddsbehovet tills migrationsverket eller migrationsdomstolen har prövat deras ansökan. Hälften av de asylsökande under hela 2014 var ensamkommande barn och ungdomar och år 2015 ansökte totalt 35 369 ensamkommande barn och ungdomar asyl i Sverige. Största andelen av asylsökanden kom ursprungligen från Syrien, Eritrea, Afghanistan och Somalia. År 2016 har totalt 11 232 personer sökt asyl i Sverige och 1092 av det var ensamkommande barn från Syrien, Afghanistan och Irak (Migrationsverket, 2016b).

Alla personer som flyttar till Sverige erbjuds av kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare (SFI), det är en kvalificerad utbildning inom svenska språket för vuxna personer med annat modersmål än svenska. Under utbildningen får individerna lära sig och utveckla ett funktionellt andraspråk. Detta bidrar till ett aktivt deltagande i samhällslivet. Syftet med SFI utbildningen är att de ska ge språkliga redskap för kommunikation och närvarande i vardags, samhälles och arbetslivet. Därför anses det vara viktigt att elever ska utveckla språkförmågan genom att kunna kommunicera både muntligt och skriftligt utifrån sina behov (Skolverket 2016).

1.2 Tandvården i Sverige

Enligt tandvårdslagen (1985:125) är målet med tandvården i Sverige att uppnå en god tandhälsa och att tandvården skall vara lika för alla i hela landet. Tandvård kan utföras antingen genom offentliga vårdgivare folktandvården eller privata vårdgivare. Barn kallas regelbundet till tandvården och det är landstinget som ansvarar för detta basprogram. I Sverige är tandvården kostnadsfri för barn och ungdomar fram tills året personen har fyllt 21 år. Men i vissa landsting som Västra Götaland har det bestämts att hålla den kostnadsfria tandvården upp till 24 års ålder. Under perioden 2017–2019 har regeringen beslutat att höja åldersgränsen för avgiftsfri tandvård i tre steg från 21 till 23 år (Socialstyrelsen, 2016a).

Majoriteten av befolkningen i Sverige har generellt sett en god tandhälsa. Dock finns det stora skillnader i tandhälsan mellan olika grupper, som låginkomsttagare, lågutbildade och individer som är födda utomlands. Det är också vanligare att äldre personer får problem med mun och tandhälsan (Socialstyrelsen 2016a).

Inom tandvården användes begreppet *Patientfokuserad tandvård*, som bygger på Tandvårdslagen. Det innebär att respektera patientens självbestämmande och integritet. Vårdgivaren ska bestämma tillsammans med patienten genomförandet. Patienten ska bemötas med respekt och lyhördhet för att anpassas efter individens speciella behov, förväntningar och förutsättningar (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt lagen (2008:344) är landstingen skyldiga att erbjuda asylsökande tandvård för barn och vuxna. Barn under 18 år har samma rätt till tandvård som barn som är folkbokförda i landet, medan vuxna har begränsad rätt till tandvård som inte kan anstå. Tandvård som inte kan anstå innebär att en tandläkare eller annan tandvårdspersonal avgör behovet av vården i detta fall. Tillströmningen av asylsökande kan påverka tandvårdens möjligheter att garantera vård till dessa grupper i samhället. Tidigare har asylsökande hänvisats till folktandvården men idag finns också valfriheten att gå till privata vårdgivare (Socialstyrelsen 2016b).

1.3 Hälsa och oral hälsa hos vuxna

Enligt World Health Organization [WHO] (1948) definieras hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder”. Detta begrepp innebär att det är en grundläggande mänsklig rättighet att klara av det dagliga livet. Människans hälsa påverkas av livsvillkor och ärftliga förutsättningar. Det är en ständig process som pågår under livet redan från födseln och under hela livet (Socialstyrelsen 2013).

Den orala hälsan integreras med den allmänna hälsan och kan påverka livskvaliteten. Oral hälsa innefattar inte bara smärtfri i tänder och parodontium men även att vara fri från kronisk mun- och ansiktssmärta, orala sår, missbildningar i läppar och gom, oral cancer och halscancer, parodontal sjukdom, karies och parodontit samt andra sjukdomar som påverkar munhålan. Bristande oral hälsa hos barn och ungdomar bidrar till minskat välbefinnande samt begränsar deras aktivitet. Detta leder till minskat skoltid i världen (WHO 2016).

1.3.2 Fluor

En allmän rekommendation är att borsta tänderna med fluortandkräm morgon och kväll. Goda munhygienvanor har en betydelse för hälsa och sjukdom. Regelbunden tandborstning med fluortandkräm är effektivt för att förebygga karies (Socialstyrelsen, 2011).

Enligt nationella riktlinjer bör tänderna borstas med fluortandkräm två gånger per dag och använda sig av exempel fluortandsticka, fluorsugtabletter eller fluortuggummin eftersom de har en liten tilläggseffekt till den dagliga tandborstningen med fluortandkräm. Personer med förhöjd risk för karies eller tecken på aktiv karies rekommenderar tandvården att skölja med 0,2 procentig fluorlösning. Tandvården erbjuder även fluorlackning till karies patienter (Socialstyrelsen, 2011).

Fluor stärker tandemaljen och förebygger karies. Det finns så kallad pellicel som en tunn hinna av saliv och glykoproteiner där bakterierna fäster på. När vi äter och dricker bildas en syra som bakterierna omvandlar från sockret. pH-värdet sjunker i munnen på grund av

syran, då minskas protoner och vätejoner in mellan kalciumfosfatkristaller. Själva processen börjar nu när kalcium- och fosfatjonerna frigörs och lämnar tanden, vilket kallas för demineralisering (SBU 2002). Cirka 1–1,5 timmar efter sockerintaget minskas syraproduktionen och Ph-värdet neutraliseras igen (remineralisering). Då tandsubstansen återbyggs av det kalcium och fosfat som finns kvar i vätskan runt tandkristallerna. Närvaron av fluoridjoner underlättar remineraliseringen genom att föra tillbaka mineraljonerna som tanden förlorade vid kariesangreppet. På så sätt försvåras demineraliseringen på grund av hydroxidjonerna ersätts med fluoridjoner och bildar fluorapatit (SBU 2002).

1.4 Karies

Karies är en multifaktoriell sjukdom som påverkas av tid, kost och bakterier. Plack bildas i lager på lager och eftersom det bildats flera lager av bakterier blir det svårare att få bort (Bratthall, Petersson, 2005). Mängden plackförekomst i munhålan spelar också roll då bakterierna kan ligga kvar länge om det finns mycket plack i munnen. Förekomsten av kariesrelaterade bakterier i placket såsom mutansstreptokocker har en inverkan då dessa bakterier effektivt orsakar karies. Vad individen äter påverkar kariesprogressionen då bakterierna i plack lever på de kolhydrater som passerar munhålan. Bakterierna skapar syra av kolhydrater vilket sedan fräter på tanden och med tiden skapar en kavitet om demineraliseringen (bakteriernas nedbrytningsprocess av tandvävnaden) är större än remineraliseringen (salivens uppbyggnadsprocess av tandvävnad). Om individen har ett frekvent intag av kolhydrater får även bakterierna det och ökar sina antal snabbare samt ökar sjukdomsprogressionen snabbare. Sjukdomsprogressionen påverkas även av koncentrationen kolhydrater och födans klubbighet. Individens brukande av fluorpreparat spelar roll för kariesrisken då fluoret verkar mot karies på flera olika sätt. Fluoret hjälper remineraliseringen och försvårar demineraliseringen av emaljen (Bratthall, Petersson, 2005).

1.5 Gingivit

Om individer har bristande munhygien skapas en plackansamling. Plack består av flera lager bakteriebeläggningar. Några av bakteriearterna i oralt-plack har förmågan att skada tandens omliggande vävnad och skapa en inflammation med sina toxiner. Toxinerna som de skadliga bakterierna frisläpper är exotoxin och endotoxin. Grampositiva stavar tillverkar framförallt exotoxiner som gör skada i den infekterade vävnaden runt tanden och kan också skada andra vävnader om det sprids vidare i blodkärlen. Endotoxin frisläpps från gramnegativa bakteriers cellvägg när de blir skadade eller dör. Dessa bakteriegifter skapar en infektion och kroppen svarar med en inflammation. Kliniskt får inflammationen gingivan att svullna och rodna samt att blödning kan framstå vid rengöring eller spontant. Om inflammationen förblir obehandlad så ökar risken för parodontit (Schätzle *et al.* 2009).

1.6 Parodontit

Parodontit är en sjukdom som bryter ner den parodontala vävnaden och käkbenet runt tänderna. Tändernas stödjevävnad är bland annat alveolarben och rothinna. Rothinnan är som små trådar som sitter mellan käkbenet och tanden. Dessa ligament gör att tanden sitter fast och har spänst. När käkbenet drar sig tillbaka vid parodontit lossnar ligamenten

och tanden blir lösare. Om parodontiten förblir obehandlad och benet runt tanden och dess ligament försvinner sitter tanden endast fast med nerver och blodkärlen vid rotspetsen. Tandens är då mycket lös och har stor risk för att ramla ut och det är därför sjukdomen kallas tandlossning. Att parodontitens sjukdomsförlopp eskalerar eller minskar beror på flera olika faktorer. Risken för att få parodontit ökar med åldern då bennedbrytning sker snabbare och sjukdomens tillbakadragning blir mindre. Progressionen för parodontiten påverkas av mängden subgingival tandsten och parodontala bakterier. Tandsten skapas när döda bakterier stelnar tillsammans med mineraler från saliven (Schätzle et al 2009).

Rökning är en riskfaktor då det försämrar cirkulationen och försvagar försvaret mot bakterier som orsakar parodontit. Tobak innehåller kolmonoxid som bland annat sänker syremättnaden av hemoglobin i tandkötet hos friska individer. Då när syrespanningen minskar i tandköttsfickorna, gynnar det tillväxten av de anaeroba bakterierna som utvecklar parodontit. Synliga tecken på sjukdomen såsom rodnad, svullnad och blödning i tandkötet minskar hos rökare då nikotinet är kärlsammandragande (Zee 2009).

Rökare löper 5 gånger större risk för parodontit än icke rökare. Rökare har oftast sämre läkningsförmåga och det gör det svårare att lyckas med en behandling då gingiviten inte läker ut efter behandlingen (Ivarsson *et al.* 2012).

1.7 Munhygienprodukter

Goda munhygienvanor har en betydelse för hälsa och sjukdom. Regelbunden tandborstning med fluortandkräm är effektivt för att förebygga karies (SBU, 2002).

Den dagliga munhygien innebär att avlägsna plack och matrester med hjälp av tandborstning och approximal tandrengöring. En allmän rekommendation är att borsta tänderna med fluortandkräm morgon och kväll. Approximala hjälpmedel kompletterar och minskar risken för tandköttsinflammation. Egenvården förebygger och behandlar gingivit, karies och parodontit som orsakas av olika mikroorganismer som livnär sig i den orala biofilmen (Fejerskov *et al.* 2015).

Utöver en konventionell tandborste finns maskinella tandborstar. Enligt SBU:s slutsatser, konstaterades att framförallt alla motroterande och vibrerande eltandborstar kan vara mer effektivt när det gäller att reducera graden av gingivit jämfört med en vanligt manuell tandborste (SBU, 2004).

Det finns olika approximala hjälpmedel anpassat efter olika mellanrum i munnen. Interdentalborstar eller så kallade mellanrumsborstar finns i olika grovlekar. Den typen av mellanrumsborste är effektiv för att rengöra öppna approximalrum. Tandstickor finns att välja i olika storlekar för olika stora approximalrum. Tillverkningen av stickorna är olika, ute i marknaden finns det av lind, björk, balsaträ och plast. Tandtråd används vid trånga approximala mellanrum. Det finns olika typer av tråd, rund och flat, vaxad eller ovaxad (Darby & Walsh, 2010).

Miswak är en traditionell tuggpinne som används för tandrengöring mest i Asien, Afrika, Sydamerika och muslimska länder (Sukkarwalla *et al.* 2013). Förutom att den har en rengörande effekt av tänderna, har den också en religiös innebörd. Anledningen till att folket använder sig av Miswak i de muslimska länderna beror på den starka tron att den

har en förebyggande effekt mot sjukdomar. Det anses som ett antibakteriellt medel och en mekanisk rengöring. En studie gjordes i USA där visades att 43 % av de somaliska deltagarna använde Miswak (Geltman *et al.* 2013). En annan i studie från Saudi Arabien visade att Miswak användes istället för tandborste eller som komplement till tandborstning. Deltagare som hade karies använde sig mer av Miswak än hos de utan visade studien (Amin & Al-Abad 2008).

1.8 Oral hälsa hos individer med utländskbakgrund

Individer med utländsk bakgrund har fler kariesangrepp än de födda i landet enligt flertalet studier (Jacobsson *et al* 2011) (Ghiabi *et al* 2014) (Mao *et al* 2015) (Mattila *et al* 2016). En kanadensisk studie som gjordes på 45 invandrare och på 41 flyktingar från Bhutan i Asien visade att de hade många problem med sin orala hälsa. Karies var mycket vanligt då varje individ i genomsnitt hade cirka 10 av sina tänder drabbade av sjukdomen (Ghiabi *et al* 2014). Liknande resultat har visats på invandrare från Kina som invandrat till länderna Nya Zeeland, Kanada, USA, och Storbritannien. I alla dessa länder hade de invandrande individerna i genomsnitt fler obehandlade kariesangrepp än befolkningen födda i landet (Mao *et al* 2015). En finsk studie som gjordes på vuxna individer från Afrika, Asien och Europa visade att den orala hälsan var nedsatt på många punkter så som vid kariesförekomst i jämförelse med de som var födda i landet (Mattila *et al* 2016). Den högre förekomsten av karies hos individer med utländsk bakgrund har även dokumenterats i Sverige. En undersökning som gjordes i Jönköping år 1993 samt 2003 (Jacobsson *et al* 2011) visade tecken på att yngre individer med utländsk bakgrund hade en sämre oral hälsa än de som hade en svensk bakgrund. Undersökningen gjordes två gånger med ett mellanrum på 10 år för att kunna se skillnaden mellan de olika tidpunkterna. Deltagarna i studien var individer med svensk bakgrund och individer med utländsk bakgrund. Samtliga åldersgrupper med utländsk bakgrund hade år 2003 statistiskt signifikant fler kariesangrepp än barn och ungdomar med svensk bakgrund och oddskvoten för att bli utsatt för karies var i studien sex gånger högre för 15-åringar med utländsk bakgrund i jämförelse med 15-åringar med svensk bakgrund (Jacobsson *et al* 2011).

Förekomsten av gingivit har undersökts hos individer med utländsk bakgrund och visat på att förekomsten är högre hos dem än hos de som är födda i landet (Mao *et al* 2015) (Mattila *et al* 2016) (Ghiabi *et al* 2014). Gingivit var något som förekommer mer frekvent hos individer med utländsk bakgrund från Kina i länderna Nya Zeeland, Kanada, USA, och Storbritannien jämfört med individerna födda i landet (Mao *et al* 2015). Överkänslighet och blödning från tandköttet var även mer förekommande i Finland bland individer med utländsk bakgrund från Afrika, Asien och Europa jämfört med individer som var födda i Finland (Mattila *et al* 2016). Den kanadensiska studien (Ghiabi *et al* 2014) visade att individerna med utländsk bakgrund från Bhutan i Asien hade mer plack, tandsten och problem med gingivit jämfört med invånarna födda i landet. Exempelvis var det bara 11 % som inte hade någon eller en mindre grad av gingivit medan de kvarstående 89 % hade moderat eller grav gingivit (Ghiabi *et al* 2014).

Förekomsten av parodontit hos individer med utländsk bakgrund har dokumenterats i flera studier (Hjern, Grindefjord, 2010) (Mao *et al* 2015) (Ghiabi *et al* 2014). De har påvisat att individer med utländsk bakgrund är de som är i störst behov av tandvård i Sverige. I studien deltog individer med svensk bakgrund och individer med utländsk

bakgrund från Polen, Chile, Turkiet och Iran. Individerna med utländsk bakgrund hade mer förlorade tänder, fler proteser, oftare problem med att tugga och fler av dem var helt tandlösa jämfört med individerna med svensk bakgrund som deltog i studien. Exempelvis visade det sig att 96,5 % av individerna med svensk bakgrund hade kvar sina egna tänder jämfört med individerna från Polen där 85 % hade kvar sina egna tänder (Hjern, Grindefjord, 2010). En större förlust av tänder hos individer med utländsk bakgrund jämfört med befolkningen födda i landet har påvisats även hos individer med kinesisk bakgrund i länderna Nya Zeeland, Kanada, USA, och Storbritannien (Mao *et al* 2015). Även i den kanadensiska studien med individer med utländskbakgrund från Bhutan var parodontit vanligt förekommande. (Ghiabi *et al* 2014).

En finsk studie (Mattila *et al* 2016) som utfördes på vuxna invandrare från Afrika, Asien och Europa gjordes för att undersöka egenvårdsvanorna hos dem. Deltagarna intervjuades anonymt i 30 minuter. Resultatet visade att nästan alla hade blödningar vid borstning samt att hälften av de som deltog i studien borstade tänderna 2 gånger om dagen. Av de som borstade brukade inte alla tandkräm. Mellanrumshjälpmiddel användes regelbundet av hälften av deltagarna. Övriga studiedeltagare använde mellanrumshjälpmiddel sporadiskt. Kvinnorna visade sig vara mer noga med sin munhygien än männen. Egenvårdsvanorna har förbättrats hos flera av studiens deltagande sedan de kommit till Finland. (Mattila *et al* 2016).

En stor invandring innebär en ökad påfrestning på tandvården från individer med utländsk bakgrund. Hos individerna med utländsk bakgrund har man funnit en nedsatt oral hälsa. Att undersöka vad individer med utländsk bakgrund vet om orala sjukdomar samt vilka munhygiensvanor de har kan hjälpa till att hitta eventuella riskfaktorer till nedsatt oral hälsa. Detta hjälper tandvården att se inom vilket område man bör informera. och stärka denna grupp för att vid behålla deras orala hälsa.

2. Syfte

Syftet med studien är att undersöka munhygiensvanor och kunskaper kring oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund.

2.1 Frågeställning

Finns det någon skillnad mellan män och kvinnor när det gäller egenvårdsvanor och kunskap om den orala hälsan?

3. Metod

En kvantitativ empirisk enkätstudie.

3.1 Design

Studien genomfördes som en empirisk studie med kvantitativ ansats. Studien var en tvärsnittsstudie där mätinstrumentet bestod av en enkät med 10 frågor angående munhygiensvanor och de vanligaste orala sjukdomarna karies och parodontit.

3.2 Enkät

En enkät med flertal egenframställda frågor angående kunskap kring oral hälsa, demografiska frågor och frågor kring munhälsobeteende har använts. Frågorna var slutna och öppna svar kunde inte anges. Dessa frågor besvarades genom att kryssa i ett eller flera antal alternativ. Enkäten bestod av 10 frågor (Bilaga 1). Sex av enkätens frågor handlade om individens vanor när det gällde att ta hand om sin orala hälsa. Frågorna handlade om hur ofta de brukade olika orala hygienprodukter, vilka produkter de använde samt när på dagen de använder dem. En fråga handlade om hur rökning påverkar den orala hälsan. En fråga handlade om vad de trodde att blödning från tandköttet berodde på. Tre frågor var kopplade till symptom kring munsjukdomarna gingivit, parodontit och karies. Svarsalternativen varierade på de olika frågorna från få alternativ där bara ett svar fick kryssas i till många alternativ där flera svar fick kryssas i.

3.3 Deltagare och urval av undersökningsspersoner

Deltagare som medverkar i studien är vuxna män och kvinnor som har en utländsk bakgrund och är över 18 års ålder. Med utländsk bakgrund menas att individen är född utomlands och har utländska föräldrar. Deltagarna studerar vid svenska för invandare (SFI), där vuxna personer med ett annat modersmål än svenska läser det svenska språket. De har den möjligheten att utveckla svenska språkförmågan genom att kommunicera muntligt och skriftligt på svenska. Studien var riktad till en SFI Skola med cirka 200 elever som har valts ut eftersom rektor och lärare är intresserade av denna typ av arbete samt lättillgängliga. Studien baseras på ett icke slumpmässigt urval och delvis bekvämlighetsurval av vuxna individer. Alla fick möjligheten att delta och även de inte kunde så mycket svenska fick chans att delta då tolk fanns på plats. De cirka 80 individerna från fem olika klasser som deltog i studien fanns på en SFI skola i Mellansverige.

3.4 Datainsamling

Studieansvarig tog kontakt med lärare och rektor på skolan och förklarade arbetet. Rektor visade intresse och informationsbrev skickades (Bilaga 2). Tid och plats för datainsamlingen bestämdes tillsammans med rektor och studieansvariga kom till platsen. Alla 200 elever fanns inte tillgängliga då de hade nationella prov. Data samlades in från de klasser som inte hade nationella prov. Studieansvariga gick mellan 5 olika klasser på den utvalda skolan. I varje klassrum gavs en kort presentation, samma information som stod i studiedeltagarbrevet (bilaga 3). Detta gjordes för att studiedeltagarna lättare skulle förstå studiens upplägg genom att få både muntlig och skriftlig information. Studiedeltagarna fick därefter en samtyckesblankett och en enkät som de lämnade in samtidigt när de fyllt i båda. Studieansvariga gick runt och hjälpte till genom att visa bilder på mobil och förklara frågorna med andra ord när någon fråga var svårförstådd. Arabisk tolk fanns på plats då de flesta talade arabiska. Tolken hjälpte till att översätta frågor till arabiska när språksvårigheter förekom. Enkäterna har gått igenom en och en för att avgöra om de är brukbara. Enkäter som inte följt frågornas instruktioner har tagits bort från studien. De enkätdata som blivit godkänd har gått vidare till databearbetning.

3.5 Databearbetning

Statistisk bearbetning av svaren från enkäterna har gjorts i programmet Windows Office Excel. Resultatet redovisas i löpande text med absoluta och relativa frekvenser och med beskrivande statistik i stapeldiagram.

3.6 Etiska överväganden

Arbetet har följt de fyra forskningsetiska principerna: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna informerades både muntligt och skriftligt (Bilaga 3) samt att övriga frågor besvarades på plats. Samtyckeskravet uppfylldes genom att deltagarna själva bestämde om de ville delta i studien genom att fylla i samtyckesblankett (Bilaga 4) och enkät (Bilaga 1). Deltagarna var också informerade om att de kunde avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak när de ville. Konfidentialitetskravet uppfylldes, vilket innebar att de som hade hand om studien har tystnadsplikt och enkäten innehöll inte information som kan spåras tillbaka till individen av utomstående. Enkäterna förvaras inlåsta och oåtkomliga för utomstående. Nyttjandekravet uppfylldes genom att inte använda enkäterna till något annat än denna studie. Studien har fått ett etiskt godkännande från etiska rådet för oral hälsa på Karlstads universitet. När studien är klar förstörs påskrivna enkäter i en dokumentförstörare.

4. Resultat

Av de 82 enkäter som delades ut besvarades 100 %. Internt bortfall var 4 enkäter därför att för många svarsalternativ var ikryssade på frågorna eller att enkäten lämnats tom. Slutliga antalet enkäter som ingick i studien blev 78 stycken.

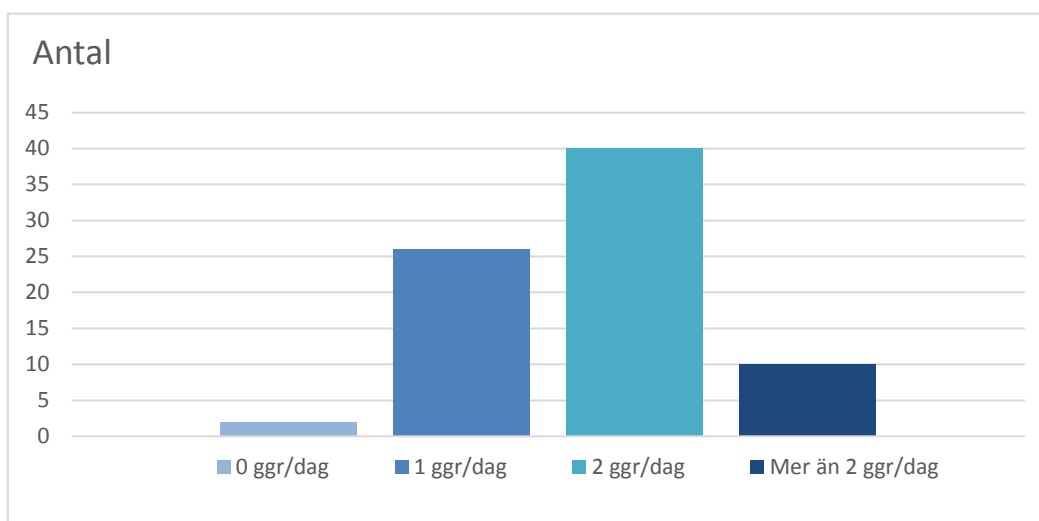
Av de som deltog var 29 kvinnor, 36 män samt att 13 av studiedeltagarna valde att inte fylla i kön.

De 78 Studiedeltagarna var från 17 olika länder. Syrisk bakgrund var det vanligaste bland studiedeltagarna då 73 % var från Syrien (57 individer). Övriga studiedeltagare var från Palestina (2 individer), Eritrea (2 individer), Afghanistan (2 individer), Irak (2 individer), Somalia (2 individer), Chile (en individ), Colombia (en individ), Kongo-Kinshasa (en individ), Kina (en individ), Cong (en individ), Kurdistan (en individ), Thailand (en individ), Vietnam (en individ), Turkiet (en individ), Iran (en individ) och Gambia (en individ).

Studiedeltagarnas ålder var varierande. Majoriteten av deltagarna var inom åldersspannet 20–49 år med en medelålder på 35,2 år. Endast en individ var yngre (18 år) och 6 individer över 50,35,2 års ålder.

4.1 Tandborstvanor

Det var 51 % av individerna som borstade 2 gånger om dagen (Figur 1). Det näst vanligaste var att borsta en gång om dagen som 34 % av individerna gjorde. Att borsta mer än två gånger om dagen gjorde 9 % av individerna och 3 % av individerna borstade inte tänderna. Av män borstade 44 % en gång om dagen och 44 % två gånger om dagen. Hos kvinnor borstade 21 % en gång om dagen och 66 % två gånger om dagen.



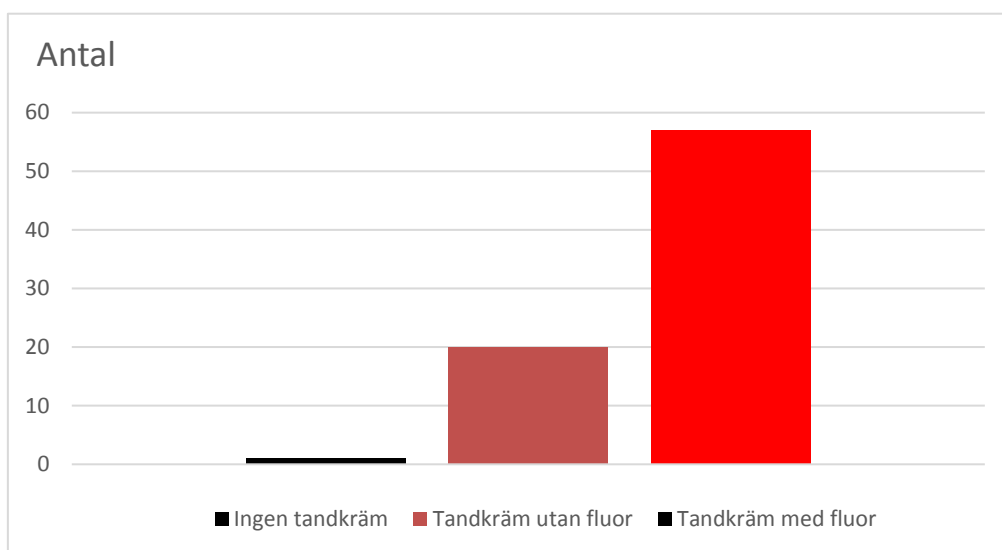
Figur 1. Antal individer och antal gånger som tänder borstas per dag. $n=78$

Det var 90 % av individerna som svarade att de använde sig av en vanlig manuell tandborste och 8 % av individerna svarade att de använde sig av en eltandborste. En av de två deltagarna som inte använde sig av tandborste använde Miswak. Hos män var 86 % som använde sig av en vanlig manuell tandborste och 11 % använde sig av eltandborste. Hos kvinnor visade att 90 % använde sig av vanlig manuell tandborste och 7 % använde eltandborste.

Den vanligaste tiden på dygnet som individerna borstade tänderna var på kvällen innan de gick och la sig som 80 % gjorde. Ungefär lika många borstade på morgonen vilket var 79 % av individerna. Dock var de som borstade på morgonen indelade i 2 grupper. Av individerna hade 35 % tandborstvanorna att borsta innan de ätit frukost medan 42 % av individerna borstade efter dom ätit frukost. Av individerna borstade också 1% av dem tänderna mitt på dagen och 5 % borstade innan middagen. Av individerna fanns det 1 % som inte borstade tänderna. Hos män var det 83 % som borstade tänderna innan de gick och la sig och 36 % borstade de tänderna antingen innan och 36 % efter frukost. När det kom till kvinnor var 34 % av de som borstade innan frukost, 45 % efter frukost och 90 % innan de gick och la sig.

4.2 Fluor

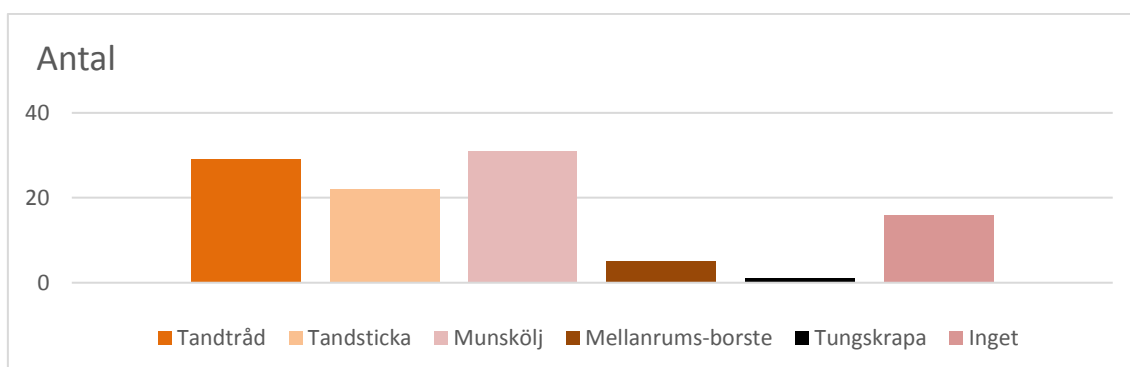
Det visade sig att 73 % av individerna använder sig av fluortandkräm när de borstar tänderna medan 26 % av individerna använder sig av tandkräm utan fluor vid borstning (Figur 2). De återstående 1 % individer använder ingen tandkräm alls. Män som svarade på att de använder sig av fluortandkräm var 64 % och 33 % använde tandkräm utan fluor. Hos kvinnor var 76 % som använder sig av fluortandkräm och 24 % angav att de använder tandkräm utan fluor.



Figur 2. Antal individer och tandkrämsvanor. $n=78$

4.3 Munhygiensprodukter

Figur 3 nedan visar resultatet på **fråga 4** från enkäten ”Använder du något mer än tandborste när du gör rent?”. Här fick studiedeltagarna kryssa alla svarsalternativ som stämde överens hos dem. Resultatet visas i antal individer som använder sig av vad.: 37 % av individerna använder tandtråd, 28 % använder tandsticka, 40 % använder munskölj, 6 % använder mellanrumsborste, 1 % använder tungskrapa, 21 % använder inget hjälpmedel utöver tandborste. Andel män som angav att de använde sig av tandtråd var 39 %, tandsticka var 31 % som använde sig av och 33 % använde munskölj med fluor. Mellanrumsborste använde 11 % av männen, medans tungskrapa 3 % och 22% angav att de inte använde något mer än tandborste. Andel kvinnor som angav att de använde sig av tandtråd var 38 %, 31 % använde tandsticka och 48 % använde munskölj med fluor. Mellanrumsborste var 7 % av kvinnorna som använde och 24 % av kvinnorna använde inget mer än en tandborste.



Figur 3. Antal individer och munhygiensprodukter. $n=78$

4.4 Tandvårdsbesök

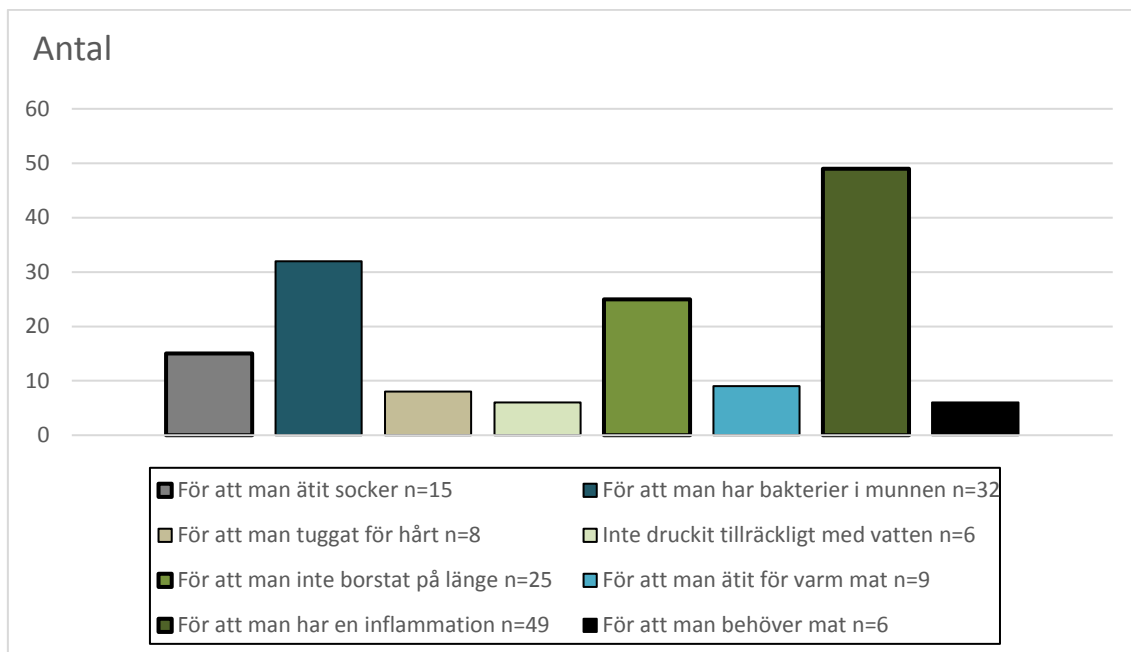
Av individerna som deltog i studien gick 65 % till tandvården en gång om året eller oftare. Mer varierande vanor (Att gå vartannat år till tandvården samt en gång vart femte år) fanns hos 9 % av individerna. De individer som aldrig gick till tandvården var 26 %. Av männen gick 69 % till tandvården en gång om året eller oftare och 19 % gick aldrig till tandvården. Hos kvinnor var 59 % som gick till tandvården en gång om året eller oftare och 31 % besökte inte tandvården.

4.5 Kunskap om karies

Det som 69 % av individerna ansåg var viktigast för att inte få hål i tänderna vara att borsta tänderna. Att använda fluor ansåg 23 % av individerna vara det viktigaste för att inte få hål i tänderna och 8 % av deltagarna angav att de trodde att kostfrekvensen var det viktigaste för att inte få hål i tänderna. Det var 58 % av männen som ansåg att det var viktigt att borsta tänderna, 14 % svarade att inte äta ofta och 28 % svarade på att använda fluor. Hos kvinnor var det 97 % som angav att borsta tänderna för att inte få hål i tänderna, inge angav om att äta för ofta och 3 % svarade på att använda fluor.

4.6 Kunskap om parodontala sjukdomar

En deltagare kryssade inte i något alternativ så detta är resultatet på 77 deltagare (Figur 4) I denna fråga fick det kryssas i allt man trodde var relaterat till blödning från tandköttet. De tre resultat som deltagarna trodde var mest relevanta till blödning var "för att man har en inflammation" som 63 % av deltagarna valde, "för att man har bakterier i munnen" som 41 % av deltagarna valde och "för att man inte borstat på länge" som 32 % av deltagarna valde. Männen som svara på att det berodde "för att man har en inflammation" var 44 %, 42 % kryssade i "för att man har bakterier i munnen" och 31 % svarade "för att man inte borstat på länge. Hos kvinnor var 76 % som trodde att de berodde på inflammation, 38 % trodde att det var bakterier som orsakar inflammation och 31 % kryssade i inte borstat på länge.

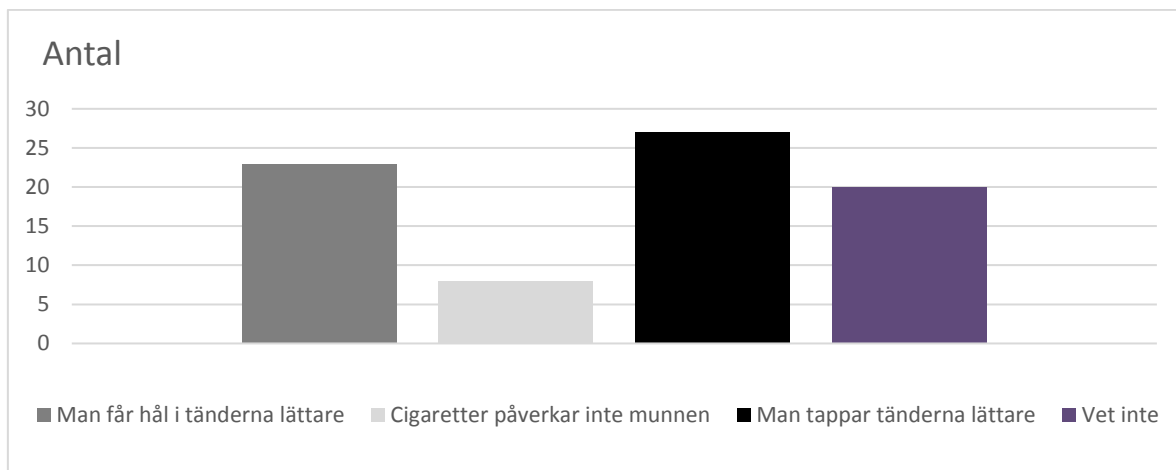


Figur 4. Antal individer och vad de tror blödningar från tandköttet beror på. n=77

På frågan om vad som är viktigast för att inte drabbas av tandlossning. 17 studiedeltagarna kryssade i flera eller alla alternativ på denna fråga så deras svar räknades bort. Återstående 61 deltagares svar. Av deltagarna ansåg 49 % att det viktigaste för att undvika tandlossning var att få bort beläggningar från tänderna. Av individerna trodde 36 % att rökningen var det viktigaste att undvika för att få ha kvar sina tänder. Av individerna ansåg även 15 % att tillskott av fluor var viktigast för att inte drabbas av tandlossning. Av männen ansåg 42 % att det var viktigt att göra rent i munnen, undvika rökning svarade 29 % på och 25 % angav tillskott av fluor. Andel kvinnor som ansåg att det var viktigt att göra rent i munnen var 41 %, 44 % svarade på att undvika rökning och 15 % angav tillskott av fluor var viktigt för att undvika tandlossning.

4.7 Rökning och oral hälsa

Av de deltagande individerna trodde 30 % att rökningen gör att man får hål i tänderna lättare medan 35 % av individerna kryssade i att man tappar tänderna lättare av rökning. (Figur 5) Det var 10 % av individerna som trodde att rökning inte påverkar tänderna på något sätt och 25 % av individerna visste inte om röken påverkade tänderna på något sätt. Av männen var 39 % som kryssade i rökning orsakar hål i tänderna och 31 % kryssade i att rökning kan orsaka tandlossning. De som svarade på att rökning inte påverkar alls var 8 % och 22 % visste inte. Hos kvinnor var 17 % som svare på att det orsakar hål i tänderna och 21 % svarade på tandlossning. Antal kvinnor som kryssade i att de inte påverkar var 3 % och 28 % visste inte.



Figur 5. Antal individer och hur de tror rökning påverkar tänderna. $n=78$

5. Diskussion

Majoriteten av studiedeltagarna visade sig ha goda tandborstvanor/munhygiensvanor med antalet gånger de borstar tänderna per dag, vilken tid på dygnet de väljer att borsta, brukandet av fluor och användning av orala munhygiensprodukter utöver tandborste. Studien visade även att en mindre del av studiedeltagarna känner de största riskfaktorerna för att få orala sjukdomar.

5.1 Metoddiskussion

Fördelar med studiens metod var att studieansvariga var på plats med deltagarna och kunde hjälpa till med de frågor som upplevdes svåra. Eftersom de flesta talade arabiska var metoden att ha arabisk tolk på plats gynnsam för studien.

Nackdelar med studiens metod var att enkäten kunde utföras bättre på flera sätt. Frågorna borde försökt göras ännu mer tydliga och lättare att svara på. Detta märks på vissa frågors svar exempelvis fråga 10 där skulle väljas ett svar men 17 studiedeltagare kryssade i fler eller alla alternativ. Bilder hade underlättat på några frågor för att ytterligare förtydliga svarsalternativen. Frågan om hur ofta de besöker tandvården borde gjorts om så det fanns alternativ för dem som gick till tandvården flera gånger om året. Språksvårigheter och missförstånd kan misstänkas deltagit till att studiens resultat inte är 100 % korrekt jämfört med verkligheten. Tolken pratade en annorlunda dialekt som kan missförstås av några deltagare som frågade om hjälp på sitt språk samt att en översättning kan påverka svaret beroende på hur frågan tolkas. Fluor var ett begrepp många frågade om och som var svårt för studieansvariga att förklara trots tolk. En pilotstudie hade varit till hjälp för att kunna se vilka frågor som var svårförstådda och omformulera dem till den riktiga studien för att undvika bortfall och få respons på vad vi borde ha ändrat på.

Enkäten borde haft svarsalternativet ”vet inte” på flera frågor så studiedeltagarna inte blev tvungna att välja ett svarsalternativ de var osäkra på. Detta leder till att resultatet kan avvika från verkligheten då de som inte visste kan ha kryssat i ett slumpmässigt svarsalternativ.

I studien var det två deltagare som inte borsta men en av dem använde sig av en miswak istället för borste. Detta fick vi reda på då deltagaren ville ha hjälp med frågan då han inte visste vart han skulle kryssa i. Här borde vi haft alternativet ”annat” på frågan.

Eftersom hela 73 % av studiedeltagarna kom från Syrien blev resultatet mest inriktat på hur munhygiensvanor och kunskap om orala sjukdomar var från individer födda i Syrien. Därför kan inte resultatet generaliseras på individer med utländsk bakgrund ifrån någon av de andra länderna exempelvis Kongo eller Iran.

Språksvårigheter, missförstående och feltolkande av frågorna kan tänkas sänka studiens reliabilitet för svaren inte alltid blir så exakta som tänkt. Om reliabiliteten sänks på grund av att många missuppfattar frågan så sänker det inte endast reliabiliteten utan även validiteten (Trost, 2012).

5.2. Resultatdiskussion

Resultatet visar att de flesta studiedeltagare har bra tandborstningsvanor. Nästan alla borstar minst en gång om dagen förutom två av deltagarna. En studie redovisar att individer som har goda kunskaper inom ämnet oral hälsa skapar goda munhygiensvanor. Därför är det viktigt att invandrare i Sverige kommer in tidigt i den organiserande tandvården och skaffar sig grundläggande kunskaper (Dumitrescu *et al.* 2011). Frågan är om dessa vanor kommer ifrån hemlandet eller om vanorna har kommit till under tiden i Sverige. Användandet av tandvård och orala hygienvanor kan påverkas av migrationsprocessen och anpassning till en ny kultur (Kaboa *et al.* 2016). Resultatet av studien visar att den manuella tandborsten är det som används av de flesta och endast några använder eltandborste. En anledning som är mest trolig till varför den manuella tandborsten är så populär kan vara att den väljs på grund av ekonomiska skäl. Eltandborsten är mycket dyrare än de manuella. En annan anledning kan vara att eltandborsten inte är lika lättillgänglig som den manuella. Vanor är något människan inte ofta vill bryta och tidigare munhygienserfarenheter samt föreställningar påverkar den nuvarande munhygien. (Kaboa *et al.* 2016). Detta leder till att den manuella tandborsten väljs fast eltandborsten är mer effektiv på att få bort plack. Eller så kan det ha att göra med att de inte har kunskapen om att eltandborsten är bättre på att avlägsna plack.

En studie gjordes på individer från Litauen (Sakalauskiene *et al.* 2011) Visar att det finns en könsskillnad i frekvensen av tandborstningsvanor. Enligt studien borstar 73 % av kvinnor mer än en gång om dagen och 49 % av män mer än en gång om dagen. Jämfört med denna studie där 76 % av kvinnorna borstade mer än en gång om dagen och av män borstade 56 % mer än en gång om dagen. De båda studierna har liknande resultat där kvinnan är mer noga med frekvent borstning. En finsk studie (Matilla *et al.* 2016) visade att hälften av alla individer med utländsk bakgrund borstar tänderna två gånger om dagen. Detta stämmer överens med resultatet från denna studie.

Majoriteten av studiedeltagarna använde sig av fluortandkräm, dock var det en relativt hög andel (26 %) av studiedeltagarna som använde sig av tandkräm utan fluor.

Anledning till detta kan vara att det saknas kunskap om fluors nyttiga effekter att ta bort plack från tändernas fria ytor (Ramos-Gomez *et al.* 2010). Utan använder en som är billig eller smakar bra. En annan anledning som är trolig är kommunikationssvårigheter med studiedeltagarna. En studiedeltagare använde sig inte av någon tandkräm. Det var mycket

bra att många utöver en konventionell tandborste använde sig av approximala hjälpmedel för deras orala hälsa. Approximala hjälpmedel var populärt samt någon typ av mun skölj. Det var dock en femtedel av deltagarna som inte använde sig av något extra hjälpmedel för sin munhygien. Detta kan bero på att många upplever att det är tidskrävande eller svårt att använda approximala hjälpmedel och avstår från dem ifall inte någon visar en lättare teknik eller ett annat hjälpmedel som passar individen bättre (Darby & Walsh, 2010). I studien (Mattila *et al* 2016) använde sig endast hälften av studiedeltagarna sig av mellanrumshjälpmedel jämfört med denna studie där en femtedel inte använde sig av det.

Det framgick att många av deltagarna gick till tandvården en gång om året eller oftare. Detta är mycket bra för deras orala hälsa då de hos tandvården får hjälp med sina orala besvär och råd på hur de ska sköta sig kring munhygien. Det var även en stor andel som inte går till tandvården alls. Det kan bero på tidigare erfarenheter från hemlandets tandvård som är annorlunda från här i Sverige eller på grund av socioekonomiska faktorer. En studie som gjordes i Kanada påvisade att 50 % av studiedeltagarna med utländsk bakgrund inte har besökt tandvården och anledningen till detta var att familjen hade låg inkomst och okunskap om tandhälsan (Werneck *et al.* 2008). Patienter med låg inkomst kan antas välja billigare behandlingsåtgärder, alternativ tack nej till behandling. Jämfört med patienter med god ekonomi (Socialstyrelsen 2012).

På frågan om cigaretter påverkar munnen var svarsresultaten mycket uppdelade. Trettiofem procent av deltagarna kände till sambandet mellan rökning och tandlossning. Nästan lika många trodde att rökningen istället leder till hål. Många svarade att de inte visste och några svarade att det inte påverkade. Detta kan ha att göra med tidigare kunskaper om rökning från hemlandet. I hemlandet kanske inte samhället jobbar lika intensivt med förebyggande vårdinformation mot rökning. Befolkningsgrupper som kommer från utvecklingsländer har sämre oral hälsa på grund av livsstil, miljöfaktorer, och vårdens sätt att arbeta för förbyggande vård (Petersen *et al.* 2005). Tandvården i hemlandet kanske inte jobbar lika hårt med förebyggande information mot rökning och information om hur det påverkar munnen. Det som många studiedeltagare tog upp när de ville ha hjälp att förstå frågan var att de visste att tänderna blir gula av rökningen.

Det viktigaste för att inte få hål var enligt deltagarna att borsta tänderna och de trodde att det näst viktigaste var att bruka fluor. Endast 7 % av deltagarna trodde att kosten var det viktigaste sambandet till en kariesfri mun. Sambandet mellan kost och karies är ett fenomen som inte är välkänt inom alla kulturer (Darby & Walsh, 2010). I hemlandet finns inte samma tillgång till tandvård där sambandet mellan kost och karies diskuteras som i Sverige där alla får tillgång till tandvård enligt tandvårdslagen (SFS: 1985:125). På frågan om varför tandköttet blöder visade resultatet att deltagarna tror att det beror mest på plack, bakterier och inflammation. Många verkar vara medvetna om vad det är som orsakar blödandet. Men andra alternativ som ”för att man ätit socker”, ”för att man ätit för varm mat” eller ”för att man tuggat för hårt” hade även relativt många svar i resultatet. Vi vet inte hur deltagarna tar sig an problemet med blödande tandkött, om de slutar att borsta sina tänder eller om de borstar tänderna mer intensivt efter att de får blödning i tandköttet vid tandborstning, detta framkommer inte från resultatet av

enkäten. På frågan om vad som är viktigast för att inte tappa tänderna svarade de flesta deltagarna att det viktigaste är att få bort plack och andra beläggningar. Många svarade även att rökning bör undvikas för att behålla sina tänder. Några svarade att fluor är den

viktigaste faktorn. Här fick studien ett stort bortfall på 17 deltagare och frågan borde gjorts tydligare. Majoriteten av deltagarna verkar ha koll på hur tandlossning kan undvikas, vilket är mycket positivt.

Det är viktigt att tilläga att tandhygienprofessionen inte finns alla länder och det kan vara en faktor till brist på kunskap hos dessa individer (Socialstyrelsen 2007). Det skulle kanske vara nyttigt om att informerar om varför fluor är viktigt att bruka i vardagen för att stärka denna grupps munhälsa. Att informera om varför det är viktigt att använda något mer än tandborste samt informera om vilka alternativ som finns på marknaden skulle stödja deras orala hälsa. Det skulle också vara nyttigt att prata om munhälsoriskerna rökning för med sig till denna grupp så att fler vet hur det hänger ihop. Det skulle kanske vara bra att ha ett samtal för denna grupp om hur ofta och vad de bör äta eftersom det påverkar den orala hälsan. Informera bör delges om varför blödningar förekommer och vad som behöver göras för att gruppen ska kunna undvika framtida problem. Tandvården borde informera dessa individer noga när de besöker klinikerna samt försöka göra ett program som arbetar med att förklara orala sjukdomsrisker och egenvårdshjälpmedel på ett lättförstått sätt samt exempelvis besöka SFI skolor med detta program. Väl på skolan utarbetas programmet för de klasser som lärt sig svenska på en så pass hög nivå att de tar till sig informationen. Det är viktigt att fortsätta forska inom området för att undersöka mer av vad individer med utländsk bakgrund vet och inte vet om orala sjukdomar samt hur deras teknik är vid deras munhygiensvanor. Det är även viktigt att undersöka hur skillnaden i kunskap om orala sjukdomar är hos individer från olika länder för att kartlägga vilka grupper som innehar vilken information så det blir lättare att veta vad de olika grupper bör informeras om. Ett program med anpassad information till de grupper som är i behov det bör läggas upp.

6. Konklusion

En stor del av individerna med utländsk bakgrund som deltog i studien hade goda munhygiensvanor men inte tillräcklig kunskap kring varför orala sjukdomar som karies och parodontit uppstår. Studien visar att finns skillnader mellan män och kvinnor kring vilken kunskap deltagarna hade om den orala hälsan samt egenvårdsvanorna. Tandvårdsorganisationen kan bidra till att öka kunskapen hos dessa individer genom att besöka klasser på SFI skolor där språknivån är tillräckligt hög för att de ska få med sig informationen.

7. Referenslista

- Amin TT & Al-Abad BM. (2008). Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. *International journal of dental hygiene*, 6(4):361-70.
- Bratthall, D., Petersson, GH. (2005). Cariogram -- a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease. *Journal of Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 33(4), 256-264.
- Clarke, M., Locker, D., Murray, H., Payne, B. (1996). The oral health of disadvantaged adolescents in North York, Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 261-263.
- Darby, ML., Walsh, MM. (2010). *Dental hygiene, Theory and Practice*. 3. Uppl. Missouri: Saunders.
- Dumitrescu, A. L., Wagle, M., Dogaru, B. C. & Manolescu, B. (2011). Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *Journal of oral science*. 53 (3), 369-377.
- Fejerskov, O., Nyvad, B., Kidd, E. (2015). *Dental Caries The Disease and Its Clinical Management Third Edition*. John Wiley and Sons, LTD.
- Geltman, PL., Hunter Adams, J., Penrose, KL., Cochran, J., Rybin, D., Doros, G., Henshaw, M., Paasche-Orlow, M. (2013). Health Literacy, Acculturation, and the Use of Preventive Oral Health Care by Somali Refugees Living in Massachusetts. *Journal of immigrant and minority health*, Jun 9.
- Ghiabi,, E., Matthews, D.,; Brillant, M. (2014). The Oral Health Status of Recent Immigrants and Refugees in Nova Scotia, Canada. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 16 (1), 95-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-013-9785-9>.
- Hedman, E., Ringberg, K., Gabre, P. (2009). Oral health education for schoolchildren: a qualitative study of dental care professionals' view of knowledge and learning. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(3), 204- 211. doi: 10.1111/j.1601-5037.2009.0039.
- Hjern, A. Grindefjord, M. (2010). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Journal of Europe; Health Promotion*, 5(1), 23-32.
- Holm Ivarsson, B., Hjalmarsson, A., Pantzar, M. (2012). *Stödja patienter att sluta röka och snusa. rådgivning om tobak och avvänjning*. 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Jacobsson, B. K. G., Magnusson, T., Hugoson, A. (2011) Oral health in young individuals with foreign and Swedish backgrounds—a ten-year perspective. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 12(3), 151-8.
- Keboa, M.T., Hiles, N., Macdonald, ME. (2016). The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Global Health*. 12(29). doi: 10.1186/s12992-016-0200-x
- Mao, W., Wu, B., Chi, I. (2015). Oral Health among Older Chinese Immigrants and Implications for Social Work Practice. *Health Soc Work*. 40 (3),75-e82. doi: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv035>
- Mattila A., Ghaderi, P., Tervonen, L., Niskanen, L., Pesonen, P., Anttonen, V., Laitala ML. (2016), Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland—a pilot study. *The European Journal of Public Health*.
- Migrationsverket (2016a). *Historiskt*.
<http://dev.migrationsinfo.se/migration/sverige/historiskt/> [2016-05-03]
- Migrationsverket (2016b). *Sverige*.
<http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/> [2016-05-03]
- Muirhead, VE., Quiñonez, C., Figueiredo, R., Locker, D. (2009). Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 37(3),199-208. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00471.
- Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa Estupinan-Day, S. & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral disease and risk to oral health. *Buletin to the World Health Organization*. 3 (83), 61-69.
- Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. (2010). Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. *Journal of the California Dental Association*, 38(10):746-61.
- Sakalauskiene Z, Vehkalahti MM, Murtomaa H, Mačiulskienė V. (2011). Factors related to gender differences in toothbrushing among Lithuanian middle-aged university employees. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 47(3):180–6.
- SBU-statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling*.
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/att-forebygga-karies/>
[2017-01-09]
- SBU-statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling*.
<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/kronisk-parodontit---prevention-diagnostik-och-behandling/> [2017-01-09]

- Schätzle, M., Faddy, M.J., Cullian, M.P., Seymour, G.J., Lang M.P., Burgin W., Anerud, A., Boysen, H., Löe, H. (2009). The clinical course of chronic periodontitis: V. Predictive factors in periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 36 (5), 365-71. doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01391.x
- SFS 1985:125. Tandvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Skolverket (2016). Vad är kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare? <https://www.skolverket.se/skolformer/karta-over-utbildningssystemet/vuxenutbildning/utbildning-i-svenska-for-invandrare> [2017-04-07]
- Socialstyrelsen (2016b). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Slutrapport oktober 2016. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20370/2016-10-13.pdf> [2016-12-21]
- Socialstyrelsen (2016a). *Nationella planeringsstödet*. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård*. Stöd för styrning och ledning. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18313/2011-5-1.pdf> [2017-04-08]
- Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2/2/Documents/Tandvard-ochandhalsa.pdf> [2017-03-14]
- Socialstyrelsen (2007). *Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet*. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8959/2007-107-1_20071071_rev.pdf [2017-03-14]
- Sukkarwalla, A., Ali, SM., Lundgren, P., Tanwir, F. (2013). Efficacy of Miswak on Oral Pathogens. *Dental research journal*, 10(3):314–320.
- Werneck RI, Lawrence HP, Kulkarni GV, Locker D. (2008). Early childhood caries and access to dental care among children of Portuguese-speaking immigrants in the city of Toronto. *Journal (Canadian Dental Association)*, 74(9):805.
- Trots, J. & Hultåker, O. (2016). Enkätboken. 3. Uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Williams, Simon N. (2015). The incursion of ‘Big Food’ in middle-income countries: a qualitative documentary case study analysis of the soft drinks industry in China and India. *Journal of Critical Public Health*, 25(4): 455-473. doi: 10.1080/09581596.2015.1005056.

- World Health Organization, WHO (2016). Oral health. Policy basis.
http://www.who.int/oral_health/policy/en/ [2016-12-04]
- World Health Organization, WHO (2013). *Report on the global tobacco epidemic*.
http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/ [2017-04-11]
- World Health Organization, WHO (2016). *Trade, foreign policy, diplomacy and health*.
<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> [2017-04-05]
- Zee K-Y. (2009). Smoking and periodontal disease. *Australian Dental Journal*,54 (1), 44-50. doi: 10.1111/j.1834-7819.2009. 01142.x

Bilaga 1

Enkät

Kvinna [] Man []

Ålder:.....

Vilket land kommer du ifrån?.....

Fråga 1.

Hur många gånger om dagen borstar du tänderna?

0 gånger per dag []

1 gång per dag []

2 gånger per dag []

Mer än 2 gånger per dag []

Fråga 2.

Vilken typ av tandborste använder du?

En vanlig tandborste []

En eltandborste []

Ingen tandborste []

Fråga 3.

Använder du tandkräm när du borstar?

Ingen tandkräm []

Tandkräm utan fluor []

Tandkräm med fluor []

Fråga 4.

Använder du något mer än tandborste när du gör rent? Kryssa i alla du använder.

Ja tandtråd []

Ja tandsticka []

Ja Munsköljning med fluor []

Ja mellanrumsborste []

Ja tungskrapa []

Jag använder inget []

Fråga 5.

Ungefär hur ofta besöker du tandvården?

- En gång om året [] En gång vartannat år []
En gång vart tredje år [] En gång vart fjärde år []
En gång vart femte år [] Jag går inte till tandvården []

Fråga 6.

När brukar du borstar tänderna? Kryssa i de som stämmer.

- Innan frukost [] Efter frukost [] Mitt på dagen []
Innan middag [] När jag ska sova [] Jag borstar inte []

Fråga 7.

Påverkar cigaretter munnen? Välj ett svar.

- Ja man får hål i tänderna lättare [] Nej cigaretter påverkar inte munnen []
Ja man tappar tänderna lättare [] Vet inte []

Fråga 8.

Vad är viktigast för att man INTE ska få hål i tänderna? Välj ett alternativ.

- Att inte äta för ofta [] Att borsta tänderna [] Att använda fluor []

Fråga 9.

Vet du varför tandköttet ibland blöder när man gör rent? Kryssa i alla du tror stämmer.

- För att man har ätit socker [] För att man har mycket bakterier i munnen []
För att man tuggat för hårt [] För att man inte druckit tillräckligt med vatten []
För att man inte borstat på länge [] För att man ätit för varm mat []
För att man har en inflammation [] För att man behöver mat []

Fråga 10.

Vad är viktigast för att man INTE ska få tandlossning?

Att inte röka []

Att använda fluor []

Rengöra tänderna noga []

Bilaga 2

Informationsbrev till SFI rektor

Vi är två tandhygieniststudenter från tandhygienistprogrammet vid Karlstads Universitet. Vi kommer att skiva ett examensarbete under hösten och vintern 2016–2017 inom området oral hälsa. Vi har valt ämnet som handlar om oral hälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund. Bakgrunden till studien är att invandringen de senaste åren har ökat i Sverige vilket har lett till längre väntetider och mer arbete hos tandvården.

Ett frågeformulär kommer att besvaras av eleverna på SFI skolan. Frågorna beräknas ta cirka 10 minuter att besvara. Deltagandet i studien är helt frivilligt, deltagandet kan avbrytas när som helst fram till dess att frågeformuläret ska inlämnas. De som har hand om studien har tystnadsplikt, enkäten innehåller inte information som kan spåras tillbaka till individen och utomstående har inte tillgång till uppgifterna. Efter avslutat examensarbete kommer frågeformulären förstöras med dokumentförstörare.

Vuxna med utländsk bakgrund kan delta i studien. Det enda kravet som vi har är att personer som ska delta i studien ska kunna hantera det svenska språket någorlunda bra och har bott i Sverige 2–5 år. Vi kommer även att anpassa vår enkät efter språknivån hos dessa individer. Vi kommer vara på plats och dela ut och samla in enkäten.

Deltagarna kommer att delges resultatet i studien genom utskick till respektive SFI skola efter avslutat examensarbete våren 2017. Vid frågor är ni välkomna att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Tandhygieniststuderande:
Sebastian Toivanen
epost: polstamtoivanen@hotmail.com
Sara Alubusi
epost: al-ubusi_93@hotmail.com

Handledare:
Brittmarie Jacobsson
Tandhygienistprogrammet
Karlstad Universitet

Bilaga 3

Informationsbrev till studiedeltagare

Hej!

Vi är två tandhygienister från Karlstads universitet. Vi skriver ett examensarbete under hösten och vintern 2016–2017 angående munhälsa. Vi ska skriva om ämnet munhälsa hos vuxna individer med utländsk bakgrund. Bakgrunden till studien är att invandringen har ökat i Sverige de senaste åren vilket har lett till långa väntetider och mycket arbete för tandvårdsorganisationen.

Vi vill samla ihop information genom att dela ut ett frågeformulär som ni fyller i. På frågeformuläret finns det flera frågor om hur ni gör rent i munnen och vilka kunskaper ni har kring munhälsa. Ni fyller också i fakta om er själva men inte ert namn. Att fylla i frågorna ska ta ungefär 10 minuter. Informationen ni skriver kan inte spåras tillbaka till er och frågeformulären stannar hos oss tills vi är klara med arbetet då frågeformulären förstörs. Man behöver inte delta i studien om man inte vill. Du kan ändra dig innan du lämnar in frågeformuläret om du plötsligt inte vill delta och du behöver inte ha någon anledning till varför du inte vill.

Om du vill delta behöver du kunna läsa lite svenska samt att du måste komma från ett land utanför Sverige. För att delta måste du ha skrivit på en samtyckesblankett där du skriver på att du vill vara med och att du fått information om studien. Vi kommer att finnas på plats och dela ut frågeformuläret och samla in dem. Resultatet från studien kommer att skickas till SFI-skolan runt sommaren 2017. Om ni inte förstår någon fråga hjälper vi gärna till och försöker förklara och tolka. Vi är tacksamma för alla deltagare.

Med Vänliga Hälsningar.

Tandhygieniststuderande:
Sebastian Toivanen
epost: polstamtoivanen@hotmail.com
Sara Alubusi
epost: al-ubusi_93@hotmail.com

Handledare:
Brittmarie Jacobsson
Tandhygienistprogrammet
Karlstad Universitet

Bilaga 4

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående studien om kunskaper och egenvårdsvanor hos vuxna individer med utländsk bakgrund. Jag har även tagit del av informationen om att deltagandet är frivilligt, konfidentiellt samt att jag kan avbryta deltagandet i studien när som helst under datainsamlingen utan att ange orsak fram till dess att frågeformuläret inlämnas.

Här med ger jag mitt samtycke att medverka i studien.

Ort:.....Datum.....

Namn.....

Namnförtydligande.....