



Examensarbete, OH8365, 15 hp, för Kandidatexamen i Oral Hälsa  
VT 2016

Kunskap om barns munhälsa samt  
kostvanor hos svenskfödda respektive  
utlandsfödda föräldrar

Rebecca Cret och Muntadher Dakhil

**Författare**  
Rebecca Cret  
Muntadher Dakhil.

**Titel**  
Kunskap om barns munhälsa samt kostvanor hos svenskfödda respektive utlandsfödda föräldrar

**Handledare**  
Sara Henricsson

**Examinator**  
Pia Andersson

**Sammanfattning**  
Syftet med studien var att jämföra kunskap om barns munhälsa hos svenskfödda respektive utlandsfödda föräldrar. Metoden var kvantitativ och en enkät med 18 frågor har använts för datainsamling. Undersökningsgruppen var svenskfödda samt utlandsfödda föräldrar och enkäterna delades ut på en barnvårdscentral. Resultatet baseras på 142 besvarade enkäter, 78 (55 %) svenskfödda föräldrar och 64 (45 %) utlandsfödda föräldrarna. Det var 46 (59 %) svenskfödda föräldrar respektive 52 (81 %) utlandsfödda som ansåg att de har tillräckligt med kunskap om barns munhälsa. Studiens slutsats tyder på att det finns en signifikant skillnad i kunskap mellan grupperna gällande tandvårdsvanor ( $p=0,001$ ), fluorets funktion ( $p=0,001$ ) och om en mjölkttand är känsligare än en permanent tand ( $p=0,001$ ). De svenskfödda föräldrarna tycks ha mer kunskap än de utlandsfödda föräldrarna.

**Ämnesord**  
Barn, föräldrar, kostvanor, munhälsa, svenskfödda, utlandsfödda.

# Innehåll

<b>1. INTRODUKTION .....</b>	<b>5</b>
1.1. Hälsa och Munhälsa .....	5
1.2. Kostrekommendationer för barn .....	5
1.3. Primära bettet .....	6
1.4. Karies .....	6
1.4.1. <i>Early Childhood Caries</i> .....	7
1.5. Karies hos barn i Sverige .....	8
1.6. Tandvård för barn.....	8
1.7. Munvård och riktlinjer .....	9
<b>2. SYFTE.....</b>	<b>10</b>
<b>3. MATERIAL OCH METOD .....</b>	<b>10</b>
3.1. Design .....	10
3.2. Undersökningsgrupp och urval .....	10
3.3. Tillvägagångssätt och datainsamlingsmetod.....	11
3.4. Bortfall externt och internt.....	11
3.5. Pilotstudie.....	11
3.6. Bearbetning och analysmetod .....	12
3.7. Forskningsetiska överväganden .....	12
<b>4. RESULTAT.....</b>	<b>12</b>
4.1. Bakgrundsfrågor.....	13
4.2. Tandvårdsvanor.....	14
4.3. Uppskattning om de egna kunskaperna .....	14
4.4. Kunskap .....	15
4.5. Kostvanor .....	17

5.DISKUSSION .....	18
5.1. Metoddiskussion .....	18
5.2. Resultatdiskussion.....	20
6.SLUTSATS.....	22
7.REFERENSER.....	23
Bilaga 1 .....	
Bilaga 2 .....	
Bilaga 3 .....	

# 1. INTRODUKTION

## 1.1. Hälsa och Munhälsa

År 1946 definierades hälsa av World Health Organization (WHO) som: "Good health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Health is a resource for everyday life, not the object of living, and is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities." (WHO 2015). Med hälsa menas det allmänna tillståndet hos en individ. Enligt Socialtjänstlagen 1§ avses alla människor under 18 år som barn (Socialtjänstlagen 2012).

I det allmänna tillståndet ingår munhälsan. Det finns ingen allmän definition av begreppet munhälsa (Gift & Redford 1992), men ur ett holistiskt perspektiv (helhetssyn) betraktas munhälsa som en del av den allmänna hälsan och innefattar både oral funktion och välbefinnande (Darby & Walsh 1995). Definitionen av oral hälsa är enligt WHO: "Oral health is a state of being free from chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, birth defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and other diseases and disorders that affect the oral cavity. Risk factors for oral diseases include unhealthy diet, tobacco use, harmful alcohol use, and poor oral hygiene." (WHO 2015). Generellt är den orala hälsan hos barn i Sverige god, men den varierar beroende på vilken socioekonomisk bakgrund barnet har samt dennes etnicitet. Föräldrarnas ekonomiska situation och ursprungsland har visat sig ha en betydande roll för barnets hälsa samt för den orala hälsan (Socialstyrelsen 2012, Lingström & Birkhed 2009).

## 1.2. Kostrekommendationer för barn

Livsmedelverket har utformat kostrekommendationer för barn som bör följas. För att barn ska växa och utvecklas behöver de näring, och eftersom barn inte äter lika mycket som vuxna bör deras kost vara rik på vitaminer och mineraler. Förutom vitaminer och mineraler behöver de få tillräckligt med protein, fett och kolhydrater. Det är viktigt för barn att äta varierat.

Tallriksmodellen är en bra modell att utgå ifrån vid måltiderna och är uppdelad i tre delar, en stor del rotfrukter och grönsaker, en lika stor del kolhydrater och en sista mindre del består av protein. Livsmedelverket rekommenderar att måltiderna ska delas upp på tre huvudmål, frukost, lunch,

middag samt två till tre mellanmål dagligen (Livsmedelverket 2015). Småätande ska undvikas, dels för att det inte är bra för tänderna att ständigt utsättas för syraattacker och risken för att få karies ökar (Lingström & Birkhed 2009), och dels för att barn ska äta ordentligt vid huvudmåltiderna. Exempel på mat som barn behöver äta är fisk som är en viktig källa till barns utveckling av hjärna och syn. Även mjölkprodukter är viktiga då de bland annat bidrar med kalcium som behövs för att bygga barnets tänder och skelett (Livsmedelverket 2015).

### 1.3. Primära bettet

De primära tänderna börjar eruptera redan vid sex till åtta månaders ålder. Vanligtvis är det framtänderna i underkäken som erupterar först och följs sedan av framtänderna i överkäken vid nio till tolv månaders ålder. Så småningom erupterar kindtänderna och slutligen hörntänderna. När barnet är tre år gammalt bör alla 20 mjölkänder vara erupterade och färdigutvecklade. Tandruptionen kan variera från barn till barn, bland annat beroende på genetik. De primära tänderna är mycket mindre i storlek än de permanenta tänderna, men är uppbyggda på samma sätt. Skillnaden mellan primära och permanenta tänder är att de primära är vitare i färgen och känsligare än de permanenta tänderna. Det är inte förrän efter ett till två år som emaljen på de primära tänderna har fått en hård och skyddande yta (Koch et al. 2009).

### 1.4. Karies

Karies, ”hål i tänderna”, är en multifaktoriell sjukdom och även en av de vanligaste folksjukdomarna världen över. Karies uppkommer i form av nedbrytning av tandens hårdvävnad genom syraattacker från bakterier. Syraattackerna uppstår vid intag av fermentabla kolhydrater från antingen mat eller dryck (Selwitz et al. 2007). Det finns två typer av bakterier som särskilt associeras med karies, dessa är *Streptokocker Mutans* och *Lactobacillus*. De här två bakterierna anses ha störst betydelse för uppkomst av karies (Lingström & Birkhed 2009).

Syrorna som bildas sänker det naturliga pH-värdet i munhålan, som ligger på 7,0 och bidrar då till det som kallas för demineraliseringsprocessen (Kidd 2005). Det kritiska pH-värdet för tandens emalj är 5,7 och när pH-värdet har sjunkit till denna nivå startar demineraliseringsprocessen (Lingström et al. 1997, Persson 2007). Vid demineralisationsprocessen frigörs viktiga byggstenar från tanden till saliven, bland annat kalciumfosfater. Processen pågår under pH-sänkningen. När pH-värdet i munhålan börjar överstiga 5,7 startar processen för remineralisering. Remineralisering

innebär att tanden återuppbyggs med bland annat kalciumfosfater. Återuppbyggande sker med byggstenarna som finns kvar i saliven från demineraliseringen. Det som krävs för att återuppbyggnaden ska ske är att pH-värdet i munhålan neutraliseras och att syrorna spolats bort av saliven (Selwitz et al. 2007). Efter cirka två timmar har saliven neutraliserats syrorna och pH-värdet har återgått till sitt ursprungliga (7,0) (Lingström et al. 1997). Processen kan påskyndas med tillförsel av fluor (Selwitz et al. 2007). Fluor har visats sig ha en betydelsefull påverkan på kariesprocessen (Shivakumar et al. 2009). Fluor har en hämmande effekt på karies då dess egenskaper komplicerar demineraliseringsprocessen samt underlättar remineralisering. Om tandens uppbyggnad innehåller mer fluorapatit än hydroxidapatit blir tanden i högre grad motståndskraftig mot demineralisering då tandytan är svårupplösning (Fejerskov et al. 2008). Risk för att utveckla karies ökar vid en hög intagsfrekvens, högt sockerinnehåll i kost och dryck samt bristfälliga munhygienvanor (Lingström et al. 1997).

#### 1.4.1. *Early Childhood Caries*

Early Childhood Caries (ECC) är en kronisk kariessjukdom som förekommer hos barn under sex år. De faktorer som bidrar till en ökad risk för att ett barn ska drabbas av ECC är bland annat bakterien *Streptokocker Mutans*, dåliga kostvanor och bristande munhygien (Fung et al. 2013).

Kariogena bakterier överförs oftast från mamman till barnet genom att exempelvis mamman stoppar nappen i munnen innan barnet får den. Det är därför viktigt att föräldrarna har en god munhygien för att undvika överföring av bakterier till barnet. *Streptokocker Mutans* är den främsta bakterien som drabbar barn genom föräldrar och orsakar karies (Poureslami & Amerongen 2009, Caufield et al. 1993).

Kosten barnet får dagligen har även en betydande roll för kariesrisken. För en god tandhälsa bör barn förses med en balanserad och varierad kost. En del drycker, exempelvis juice och saft, innehåller höga sockerhalter och bidrar till en ökad kariesrisk. Även kost och dryck som innehåller fermenterbara kolhydrater, däribland välling som innehåller mjölk och mjöl kan öka risken för karies. Bakterien *Lactobacillus* lever på fermenterbara kolhydrater och trivs därför i barnets mun efter intag av välling. Barnet bör därför inte läggas innan tänderna har blivit borstade inför natten eller sköljt munnen med vatten dagtid (Fung et al. 2013). De tänder som främst drabbas av ECC är incisiverna i överkäken, därefter molarernas tuggytor i både överkäken och underkäken. Det beror på att incisiverna är de tänder som vanligtvis erupterar först och utsätts därför i större utsträckning

för påfrestningar. Molarernas tuggytor har fissurer som gör att mat och bakterier fastnar, detta leder till att de i större utsträckning drabbas av ECC (Poureslami & Amerongen 2009). Progressionen av karies i en mjölkttand sker fortare än i en permanent tand då emaljen är tunnare, vilket leder till att avståndet från emaljen till pulpan är kortare (Çolak et al. 2013).

## **1.5. Karies hos barn i Sverige**

Socialstyrelsen samlar in data gällande registrerad karies (endast manifest) hos hela befolkningen i Sverige från och med tre års ålder. Från 1985 (83 % kariesfria treåringar) till 2008 (95 % kariesfria treåringar) har andelen kariesfria treåringar ökat (Socialstyrelsen 2010).

Trots att antalet kariesfria barn i Sverige har ökat med åren är karies fortfarande vanligt bland svenska barn. En rapport från 2013 som inkluderar bland annat tre- och sexåringar, visar att antalet kariesfria treåringar (96 %) är oförändrad sedan år 2011. Däremot har antal kariesfria sexåringar minskat med 2 % från 79 % (år 2011) till 77 % (år 2013) (Socialstyrelsen 2015). Alla medlemsstater i Europa ska, enligt WHO, uppnå 80 % kariesfria sexåringar till år 2020. Sverige har under flera år varit väldigt nära att uppnå målet, men fortfarande är ungefär var femte sexåring kariesdrabbad (Socialstyrelsen, 2015). Initial- och manifest karies undersöktes på ett- och tvååringar i Sverige i en studie år 1991. I studien delades barnen in i immigranter (minst en av föräldrarna var födda utomlands) och icke immigranter. Resultatet visade att barnen som var immigranter hade fler initiala- och manifesta kariesangrepp än de barn som var icke immigranter (Wendt et al. 1991).

Barn med utländsk bakgrund har ofta högre kariesförekomst än barn utan utländsk bakgrund (Lingström & Birkhed 2009). Enligt Socialstyrelsen kan detta bero på låg socioekonomisk status, kulturella skillnader i barnuppfostran samt attityder, traditioner och beteenden (Socialstyrelsen 2013). Utbildningsnivå och socioekonomisk status har stor betydelse då föräldrar med högre utbildning och socioekonomisk status visar sig ha positiva attityder samt vanor gällande deras barns munhälsa (Borges et al. 2012).

## **1.6. Tandvård för barn**

År 1985 infördes Tandvårdslagen i Sverige och innehöll riktlinjer för hur tandvården skulle bedrivas (Tandvårdslagen 1985:125). Tandvården är kostnadsfri för barn och i Skåne gäller det till och med det år de fyller 19 år. Redan när barnet är ett år får det komma till tandvården för en



introduktion samt en munhälsobedömning. När barnet är tre år gammalt kallas det till sin första undersökning (Region Skåne 2012).

## **1.7. Munvård och riktlinjer**

Tandborstning med barntandkräm ska introduceras till barnet när första tanden erupterar, mängden tandkräm ska vara lika stor som barnets lillfingernagel (Kawashita et al. 2011). Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör barnets tänder borstas två gånger dagligen med fluortandkräm (Socialstyrelsen 2011a). Fluorets uppgift är att stärka tanden (Marinho et al. 2003). En mjuk, liten tandborste ska användas. Barn behöver hjälp med tandborstning upp till 9-10 års ålder (Region Skåne 2015). Föräldrar har en viktig roll för att kariesutveckling ska undvikas hos barnen eftersom deras livsstil återspeglas på barnen (Mattila et al. 2005).

Nationella riktlinjer för vuxentandvård har tagits fram och i nuläget finns det inga motsvarande riktlinjer för barntandvård (Socialstyrelsen 2011b). Svenska Pedodontiföreningen har gjort ett försök till att nationella riktlinjer för barntandvård ska tas fram, men har ännu inte lyckats. Pedodontiföreningen har sammanställt ett kvalitetsdokument som de rekommenderar tandvården att använda som vägledning för barn- och ungdomstandvård i Sverige, då de anser att det inte sker någon förbättring av den orala hälsan hos barn idag (Svenska Pedodontiföreningen 2014). Även Folk tandvården Skåne har utformat riktlinjer efter barns ålder som används vid undersökning (Region Skåne 2012). Folk tandvården Skåne arbetar både förebyggande och med åtgärder för att etablera en god tandhälsa hos barn (Region Skåne 2015).

Arbetet tandhygienisten utför kan beskrivas både som förebyggande och hälsofrämjande. Syftet med arbetet tandhygienister utför är att förebygga sjukdomar och ohälsa i munhålan både på individ- och gruppnivå. Tandhygienister ska även informera och stödja närstående i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa, möjliggöra delaktighet och egenansvar samt försäkra sig om att given information förstås korrekt (Socialstyrelsen 2005). Detta gäller även den information som ges till föräldrar om barns munhygienvanor, kost och fluortillskott. Kunskaper kan skilja sig åt hos föräldrar oavsett kulturell bakgrund. Det är därför viktigt för tandhygienister att ta reda på föräldrars kunskap gällande munvård samt kostvanor hos barn för att kunna utforma informationen på ett så bra sätt som möjligt (Socialstyrelsen 2005).

## **2. SYFTE**

Syftet med studien var att jämföra kunskapen om barns munhälsa hos svenskfödda respektive utlandsfödda föräldrar samt att undersöka barnens kostvanor.

## **3. MATERIAL OCH METOD**

### **3.1. Design**

Studien är empirisk och har utförts som en kvantitativ tvärsnittsstudie. Undersökningsverktyget var en enkät.

### **3.2. Undersökningsgrupp och urval**

Studien genomfördes på en barnvårdscentral (BVC) i nordöstra Skåne där barn 0-6 år behandlas. Föräldrar med fler barn utöver det som besöker BVC har inkluderats i studien då kunskapen hos dem kan variera.

Inklusionskriterier

Förälder till ett eller flera barn varav minst ett på besök på BVC i nordöstra Skåne.

Exklusionskriterier

De föräldrar som sjuksköterskan bedömde inte behärskar det svenska språket tillräckligt bra för att kunna besvara enkäten

Undersökningsgruppen bestod av svenskfödda och utlandsfödda föräldrar (n=142) till barn som behandlats på en BVC i nordöstra Skåne. Urvalet var konsekutivt, vilket innebär att alla föräldrar (n=169) som besökte BVC då studien utfördes blev fortlöpande kontrollerade mot studiens inklusionskriterier och exklusionskriterier (Olsson et al. 2011) av två sjuksköterskor. Om föräldrarna uppfyllde inklusionskriterierna blev de muntligt tillfrågade om medverkan i studien av sjuksköterskorna på BVC och involverades därefter i datainsamlingen. Vid medverkan i studien skedde en notering i barnets journal av sjuksköterskan för att undvika att föräldrar medverkade i studien mer än en gång. Målet var att antal deltagare i varje grupp skulle vara 100 föräldrar.

### **3.3. Tillvägagångssätt och datainsamlingsmetod**

Verksamhetscheferna på fyra barnavårdscentraler blev tillfrågade muntligt via telefon för medverkan i studien. Tre av de tillfrågade barnavårdscentralerna avböjde medverkan med hänvisning till den för tillfället stora arbetsbelastningen. Slutligen kvarstod en barnavårdscentral.

Undersökningsinstrumentet i studien var en egenkomponerad enkät med 18 frågor (Bilaga 1). Frågor om bakgrundsfakta, tidigare erfarenhet av tandvård, kost och munhygien ingick i enkäten. Studiens syfte presenterades hösten 2015 för verksamhetschefen på en BVC i nordöstra Skåne. Efter att ha fått ett medgivande att genomföra studien av verksamhetschefen på den aktuella BVC, bokades ett möte på BVC för att ge information, muntligt och skriftligt, till sjuksköterskorna. På mötet presenterade författarna studiens syfte, enkätfrågorna (Bilaga 1), användarmanualen för sjuksköterskorna (Bilaga 2), informationsbrevet till föräldrarna (Bilaga 3) samt bortfallslista.

Sjuksköterskorna delade ut enkäten tillsammans med ett kuvert och informationsbrevet till deltagarna. Enkäterna delades ut till föräldrar från v.6 till v.12 2016. Utdelning av materialet, ifyllningen av enkäten samt insamlingen skedde vid ett och samma tillfälle. Föräldrarna som avböjde medverkan i studien har noterats som bortfall. De förseglade kuverten förvarades inlåsta på BVC tills författarna av studien hämtade materialet.

### **3.4. Bortfall externt och internt**

Antalet föräldrar som blev tillfrågade för att medverka i studien var 169. Av dem tackade 142 (84 %) ja till medverkan. De föräldrar som avböjde att medverka i studien noterades på bortfallslistan av sjuksköterskorna och räknas som externt bortfall (n=27). Totalt inkluderades 142 enkäter i resultatet.

### **3.5. Pilotstudie**

För att säkerhetsställa att metoden var genomförbar och att undersökningsinstrumentet (enkäten) var tydlig och uppfattades på det sätt som avsågs för studien, genomfördes en pilotstudie. Pilotstudien besvarades på samma BVC som studien senare utfördes på. Anledningen till varför pilotstudien utfördes på samma BVC som studien genomfördes på var på grund av att författarna till studien ville kontrollera att sjuksköterskornas tillvägagångssätt skedde på det sätt som avsågs för studien. I pilotstudien medverkade tio föräldrar och svaren från dessa ingår inte i studiens

resultat. Efter pilotstudien genomfördes mindre justeringar i enkäten för att förtydliga och minska risken för missförstånd.

### **3.6. Bearbetning och analysmetod**

Materialet har bearbetas och analyserats i statistikprogrammet Statistical Package for Social Science (SPSS) version 23.0. Ett Chi två-test har använts för att jämföra grupperna svenskfödda föräldrar och utlandsfödda föräldrar. Signifikansnivån som används i studien är  $<0.05$ . Resultatet presenteras i tabeller och text.

### **3.7. Forskningsetiska överväganden**

Hänsyn har tagits till de fyra grundläggande etiska huvudkraven: informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Information till föräldrarna om studiens syfte samt att medverkan var frivillig skedde muntligt av sjuksköterskorna på barnvårdscentralen samt skriftligt via informationsbrevet. Alla enkäter fylldes i anonymt. Enkäterna placerades därefter i kuvert som förslöts och lämnades till sjuksköterskan för att sedan förvaras inlåsta. Enkäterna hämtades regelbundet och förvarades inlåsta även efter upphämtningen. Hänsyn har tagits till föräldrarna så att de inte upplevde sig kränkta i sin roll som förälder. Frågorna är därför formulerade så att föräldrarna i största möjliga utsträckning inte känt sig pressade eller otillräckliga i sin kunskap. På grund av detta fanns en strävan att formulera enkätfrågorna så objektivt som möjligt för att inte vilseleda föräldrarna. Det tydliggjordes även för verksamhetschefen samt sjuksköterskorna, att författarna inte ville undersöka eller ifrågasätta deras yrkesroll. Insamlad data användes endast till studiens syfte och efter studien är examinerad och godkänd, förstörs materialet.

## **4. RESULTAT**

Resultatet baseras på enkätsvar (Bilaga 1) från 142 föräldrar, och presenteras under fyra underrubriker, ”bakgrundsfrågor”, ”kostvanor”, ”tandvårdsvanor” och ”kunskap”.

## 4.1. Bakgrundsfrågor

Antalet svenskfödda föräldrar som besvarade enkäten var 55 % (n=78) och de utlandsfödda var 45 % (n=64). Av de utlandsfödda föräldrarna var 50 % (n=32) födda i Asien, 25 % (n=16) i Sydamerika, 22 % (n=14) i Europa och 3 % (n=2) i Nordamerika.

De utlandsfödda föräldrarna som medverkade i studien var 64. Av dessa har åtta bott i Sverige i mindre än två år, åtta i 2-5 år, 18 i 6-8 år och 30 i mer än nio år.

Av de svenskfödda föräldrarna var 67 % (n=52) kvinnor och 33 % (n=26) män och i gruppen med de utlandsfödda föräldrarna var 72 % (n=46) kvinnor och 28 % (n=18) män. Den åldersgrupp som bestod av flest personer för båda grupperna var åldersgruppen 31-40 år, där de svenskfödda föräldrarna utgjordes av 39 % (n=30) och de utlandsfödda av 72 % (n=46) (Tabell 1).

Tabell 1. Fördelning av ålder hos svenskfödda (SF, n=78) och utlandsfödda föräldrar (UF, n=64) i antal (n) och i procent (%).

Ålder	Svenskfödda n (%)	Utlandsfödda n (%)
< 20 år	0	0
20-30 år	40 (51)	12 (19)
31-40 år	30 (39)	46 (72)
> 40 år	8 (10)	6 (9)

Majoriteten av föräldrarna har universitet/högskoleutbildning, där de svenskfödda föräldrarna utgörs av 69 % (n=49) och de utlandsfödda av 58 % (n=37) (Tabell 2).

Tabell 2. Fördelning av utbildningsnivå mellan föräldrarna i antal (n=142).

Utbildning	Svenskfödda n (%)	Utlandsfödda n (%)
Ingen utbildning	2 (3)	2 (3)
Grundskola	5 (6)	9 (14)
Gymnasieskola	22 (28)	16 (25)
Högskola/Universitet	49 (69)	37 (58)

Av de 142 medverkande föräldrarna var det 42 % (n=59) som hade ett barn. Ingen hade fler än fem barn (Tabell 3).

Tabell 3. Fördelning av antal barn hos svenskfödda och utlandsfödda föräldrar (n=142).

Barn	SF (n=78) n (%)	UF (n=64) n (%)	Totalt
1 barn	39 (50)	20 (31)	59
2 barn	25 (32)	20 (31)	45
3 barn	10 (13)	15 (23)	25
4 barn	4 (5)	5 (8)	9
5 barn	0 (0)	4 (6)	4

## 4.2. Tandvårdsvanor

De föräldrar vars barn har besökt tandvården, utgjordes 41 % (n=32) av de svenskfödda föräldrarna och 72 % (n=46) av de utlandsfödda.

## 4.3. Uppskattning om de egna kunskaperna

Av de medverkande föräldrarna var det 59 % (n=46) av de svenskfödda föräldrarna respektive 81 % (n=52) av de utlandsfödda föräldrarna som ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa. Det var 19 % (n=12) av de utlandsfödda föräldrarna som ansåg att de inte har tillräckligt med kunskap jämfört med de svenskfödda föräldrarna som bestod av 41 % (n=32).

Av de 142 föräldrarna var det 78 som besökt tandvården med sitt/sina barn, 41 % (n=32) svenskfödda föräldrar och 59 % (n=46) utlandsfödda föräldrar. Av dessa som besökt tandvården med sina barn var det 80 % (n=62) som ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa, 42 % (n=26) svenskfödda föräldrar och 58 % (n=36) utlandsfödda föräldrar. Av de svenskfödda föräldrarna var det 23 % (n=6) respektive 28 % (n=10) av de utlandsfödda föräldrarna som besökt tandvården men ansåg ändå inte att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa.

Sammanlagt var det 64 föräldrar som inte hade besökt tandvården med sina barn ännu, av dessa var 72 % (n=46) svenskfödda och 28 % (n=18) utlandsfödda. Av de svenskfödda föräldrarna var det 43 % (n=20) föräldrar respektive 88 % (n=16) av de utlandsfödda föräldrarna som ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa trots att de inte besökt tandvården med sina barn.

#### 4.4. Kunskap

En signifikant skillnad kunde ses i svaren mellan de svenskfödda föräldrarna och de utlandsfödda om när det är lämpligt att börja borsta barnets tänder ( $p=0,001$ ), hur många gånger per dagen barnets bör tänder borstas ( $p=0,001$ ) och är hur stor mängd tandkräm i mängd som barnets bör användas ( $p=0,0001$ ). På samtliga av dessa tre frågor var det de svenskfödda föräldrarna som hade angett det korrekta svarsalternativet (Tabell 4).

Tabell 4. Fördelning över korrekta svarsalternativ mellan grupperna, i antal (n) och procent (%).

Enkät frågor/ Korrekt svarsalternativ	SF (n=78) n (%)	UF (n=64) n (%)	P-värde
När tror du att det är lämpligt att börja borsta barnets tänder? /”När första tanden kommer fram”	66 (85)	32 (50)	p=0,001
Hur många gånger per dag bör barnets tänder borstas? /”2 gånger”	74 (95)	38 (59)	p=0,001
Är det lämpligt att använda tandkräm till barn, om ja, hur står mängd? /”Tandkräm i mängd som barnets lillfingernagel”	68 (87)	36 (56)	p=0,001

Det fanns ingen signifikant skillnad ( $p=0,595$ ) i kunskap mellan de svenskfödda föräldrarna och de utlandsfödda vad gäller kunskap om bröstmjölk/amning och karies (Tabell 5). Det korrekta svarsalternativet ”Ja, ämnen i bröstmjölk kan öka risken för karies”, uppgavs av 15 % av de svenskfödda föräldrarna och 19 % av de utlandsfödda föräldrarna.

”Vatten” som lämpligast dryck vid törst uppgavs av 79 % av de svenskfödda föräldrarna och 72 % av de utlandsfödda föräldrar, en signifikant skillnad i kunskap kunde ses mellan grupperna ( $p=0,290$ ) (Tabell 5).

Vad gäller fluorets huvudsakliga funktion fanns en signifikant skillnad ( $p=0,001$ ) i kunskap mellan de svenskfödda föräldrarna och de utlandsfödda (Tabell 5), där 97 % av de svenskfödda och 53 % i gruppen med de utlandsfödda föräldrarna uppgav att den stärker tänderna. En fråga i enkäten handlar om en mjölkttand är känsligare än en vuxentand. Det var 72 % av de svenskfödda föräldrarna och 41 % av de utlandsfödda som angav korrekt alternativ (Tabell 5).

Tabell 5. Fördelning av antal korrekta svarsalternativ i grupperna i antal (n) och i procent (%).

Enkät frågor/ Korrekt svarsalternativ	SF (n=78) n (%)	UF (n=64) n (%)	p-värde
Kan amning och/eller bröstmjölksersättning öka risken för karies? / ”Ja, ämnen i bröstmjölk kan öka risken för karies”	12 (15)	12 (19)	$p=0,595$
Vad är lämpligast att ge om barnet blir törstig mellan måltiderna? (med tanke på munhålan) /”Vatten”	62 (79)	46 (72)	$p=0,290$
Tandkräm innehåller fluor. Vad tror du är fluorets huvudsakliga funktion? / ”Den stärker tänderna”	76 (97)	34 (53)	$p=0,001$
Karies kan man få när som helst i livet men, är mjölkttand känsligare för karies än en vuxentand? /”Ja, eftersom att mjölkttänder har tunnare emalj”	56 (72)	26 (41)	$p=0,001$



## 4.5. Kostvanor

På frågan som handlar om hur många gånger om dagen barnet/barnen stoppar något i munnen för att äta, visar Tabell 6 fördelningen mellan de svenskfödda och de utlandsfödda föräldrarna.

Tabell 6. Fördelning av svarsalternativ i gruppen med svenskfödda och utlandsfödda föräldrar på frågan ”Hur många gånger äter ditt/dina barn per dag?” (n=142).

Antal gånger barnet äter per dag	SF (n=39)	UF (n=20)	SF (n=39)	UF (n=44)
	Ett barn n (%)	Ett barn n (%)	Två eller fler barn n (%)	Två eller fler barn n (%)
4-5 gånger/dag	1 (3)	12 (60)	9 (23)	33 (73)
5-6 gånger/dag	16 (41)	4 (20)	16 (41)	8 (18)
6-7 gånger/dag	10 (26)	3 (15)	14 (36)	1 (2)
8 eller fler gånger/dag	12 (31)	1 (5)	0 (0)	3 (7)

Hur ofta barnet/barnen äter godis eller/och dricker läsk per vecka visas i Tabell 7. Frågan riktar sig endast till de barnet/barnen i hemmet som äter godis och dricker läsk.

Tabell 7. Fördelning av svarsalternativ i gruppen med svenskfödda och utlandsfödda föräldrar på frågan ”Hur ofta äter ditt/dina barn godis eller dricker läsk per vecka? (Gäller endast de barn i hemmet som äter godis)” n=80).

Hur ofta äter barnet/barnen godis eller dricker läsk per vecka.	SF (n=39)	UF (n=20)	SF (n=39)	UF (n=44)
	Ett barn n (%)	Ett barn n (%)	Två eller fler barn n (%)	Två eller fler barn n (%)
0 gånger/vecka	35 (90)	6 (30)	13 (33)	8 (18)
1-2 gånger/vecka	3 (8)	11 (55)	13 (33)	33 (75)
2-4 gånger/vecka	1 (2)	3 (15)	11 (28)	3 (7)
4 eller fler gånger/vecka	0 (0)	0 (0)	2 (5)	0 (0)

I Tabell 8 redovisas om barnen äter eller dricker under natten. Vatten räknades inte som dryck och om barnet inte fått tänder ännu räknades inte amning heller.

Tabell 8. Fördelning av svarsalternativ i gruppen med svenskfödda och utlandsfödda föräldrar på frågan ”Äter eller dricker ditt/dina barn på natten? (Gäller ej vatten och amning där barnet inte fått tänder)” (n=142)

Äter eller dricker ditt/dina barn på natten?	SF (n=39)	UF (n=20)	SF (n=39)	UF (n=44)
	Ett barn n (%)	Ett barn n (%)	Två eller fler barn n (%)	Två eller fler barn n (%)
Ja	12 (31)	9 (45)	2 (5)	17 (39)
Nej	27 (69)	11 (55)	37 (35)	27 (61)

## 5. DISKUSSION

### 5.1. Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte genomfördes en kvantitativ tvärsnittsstudie med användning av en egenkomponerad enkät med 18 frågor. En egenkomponerad enkät valdes som datainstrument eftersom vi inte ansåg att tidigare använda enkäter innehöll frågor som var jämförbart med studiens syfte. Eftersom målgruppen befann sig på BVC möjliggjorde det att ifyllnaden samt inlämning av enkäten kunde ske vid ett och samma tillfälle. Genom att använda enkät som undersökningsinstrument kunde ett större antal föräldrar medverka. Om en annan metod, till exempel en intervjustudie, hade använts skulle inte studien fått lika stor bredd. Däremot hade ett annat djup kunnat redovisas genom en intervjustudie.

Det kan ses som en brist att komponera en egen enkät eftersom den inte tidigare är testad och använd. I föreliggande studie utfördes en pilotstudie, där enkätfrågorna och sjuksköterskornas tillvägagångssätt testades. Vid pilotstudien framkom inga större problem med enkätfrågorna. Först vid redovisningen av enkätsvaren upptäcktes att en del av frågorna var formulerade så att de endast kunde besvaras angående ett barn. Dessa frågor är 11, 12 och 13. De här frågorna betraktas som en brist i den egenkomponerade enkäten och författarna av studien bedömde att inga rättvisande resultat kunde redovisas från de här frågorna, därför gjordes istället en jämförelse mellan de föräldrar som har ett barn och de föräldrar som har fler än ett barn, för att få ut ett resultat av de aktuella frågorna.

Svaren på fråga sju påverkas av barnets/barnens ålder/rar, vilket innebär att om en förälder endast har ett barn som är under 14 månader, har de inte besökt tandvården än. Författarna av studien kunde inte få fram åldern på barnet/barnen från fråga sju. Alternativt hade en fråga kunnat ställas om hur gammal barnet/barnen är.

Antalet föräldrar som tillfrågades (n=169) resulterade endast i externt bortfall på 16 % (n=27), vilket är en styrka med studiens tillvägagångssätt. Eftersom utdelning och information gavs direkt till sjuksköterskorna hade de möjlighet att ställa frågor om tillvägagångssättet. Därefter fick sjuksköterskorna ansvaret att tillfråga föräldrarna om medverkan i studien. Antalet externa bortfall beror på, enligt sjuksköterskorna, brist på tid. Föräldrarna som nekade deltagande i studien uppgav att de var stressade och inte hade tid att stanna kvar och besvara enkäten. Det förekom inga interna bortfall i studien, det anser författarna som en styrka.

Studien valdes att utföras på en barnvårdscentral eftersom sjuksköterskorna träffar föräldrarna till barnen de undersöker. Det personliga förhållandet mellan sjuksköterskan och föräldrarna kan ha påverkats vid tillfrågande om deltagande i studien. Föräldrarna kan ha känt sig tvingade att delta eller att deras roll som förälder ifrågasattes. Detta kan ha hänt trots informationsbrevet till föräldrarna där det framgick att medverkan var frivillig och att deras svar inte skulle kunna kopplas till dem.

Pilotstudien utfördes på samma BVC som studien senare genomfördes på. Vi som genomförde studien kunde studera sjuksköterskornas tillvägagångssätt och korrigera vid behov för att på så sätt undvika missförstånd. För att säkerställa att de föräldrar som varit med i pilotstudien inte medverkade i studien senare, gjordes en notering i barnets journal om att föräldern/föräldrarna medverkat i pilotstudien.

På grund av den relativt lilla undersökningsgruppen (n=142) blir procentantalet högre än om undersökningsgruppen hade varit större. Detta kan ses som missledande då procentantalet oftast är höga medan det i antal inte är många. Studiens resultat och trovärdighet hade styrkts om

undersökningsgruppen varit större med fler deltagare. Studiens resultat hade fått en större bredd på samtliga frågor i enkäten med trovärdigare resultat.

## **5.2. Resultatdiskussion**

Majoriteten av de utlandsfödda föräldrarna uppgav att de ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa, trots att studiens resultat visade att de utlandsfödda föräldrarna hade en större brist på kunskapsfrågorna än de svenskfödda föräldrarna.

Resultatet visade att det var 78 föräldrar som har besökt tandvården med sitt/sina barn, där 80 % (n=62) av dem ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om barns munhälsa. Av dessa var 42 % (n=26) svenskfödda och 58 % (n=36) utlandsfödda. En trolig orsak till varför fler utlandsfödda föräldrar har besökt tandvården med sina barn skulle kunna vara att fler av de utlandsfödda, hade fler barn än gruppen med svenskfödda föräldrar, vilket resultatet visade. Mer än hälften av de svenskfödda föräldrarna hade ett barn. Åldern på de här barnen framgår inte i resultatet, men det är troligt att de barnen är under 14 månader och har ännu inte fått besöka tandvården.

Enligt Jacobsson et al. (2011) har barn med utländsk bakgrund en sämre tandhälsa än svenska barn. De här barnen har en högre ökad risk (upp till sex gånger) för att utveckla karies jämfört med svenska barn (Jacobsson et al. 2011). I en studie av Stecksén-Blicks (2008) framgår det att 59 % av barnen i 4 års ålder med invandrabakgrund har karies. Detta skulle kunna tyda på att det finns en brist i kunskap hos de utlandsfödda föräldrarna om antingen kostvanor eller tandvårdsvanor, eller både och. Enligt Dumitrescu et al. (2011) skapas goda munhygien vanor genom att individen har kunskap inom området. Det är viktigt och kan därför vara av stor betydelse att invandrare som bosätter sig i Sverige, tidigt får komma in i den organiserade tandvården för att få grundläggande kunskaper om munhälsa. Azogui-Levy et al. (2003) menar att människor som invandrar till ett nytt land tar med sig tidigare tandvårdsvanor, kostvanor och erfarenheter, vilket kan betyda att de utlandsfödda föräldrarna är ovetande om att de brister i kunskap gällande barns munhälsa. I den befintliga studien visar resultatet att det på frågorna om tandvårdsvanor kan ses en skillnad i kunskapen mellan grupperna ( $p=0,001$ ), där fler i gruppen med svenskfödda föräldrar hade mer kunskap än de utlandsfödda föräldrarna vad gäller skötsel av barnets tänder. Trots det var det många av de svenskfödda föräldrarna som upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap, även

om studiens resultat visade att majoriteten av dem angav korrekt alternativ på flera av kunskapsfrågorna.

Idag finns det många barn med utlandsfödda föräldrar i Sverige. Kunskap, förståelse, synen på karies och vikten av att upprätthålla en god munhälsa varierar hos människor från olika kulturer samt länder (Wennhall et al. 2008). En skillnad i kunskap skulle därför kunna förklaras med att svenska vanor och traditioner skiljer sig från ursprungslandet hos de utlandsfödda föräldrarna. Eller att de utlandsfödda föräldrarna inte förstått eller fått den informationen från tandvården eller från BVC.

Resultatet visade att kunskapen om samband mellan bröstmjolk/amning i förhållande till karies var bristande. Majoriteten av deltagarna från båda grupperna uppgav fel svarsalternativ. Det råder en diskussion om det är så att bröstmjolk faktiskt orsakar karies. Enligt Birkhed et al. (1993) och Nobile et al. (2014) finns det ett samband mellan karies och bröstmjolk. Bröstmjolk ökar risken för karies och ju längre barnet ammas desto mer ökar risken för att utveckla ECC (Early Childhood Caries). Studierna visar även att mammor med högre utbildning och kunskap inte ammar sina barn längre än rekommenderat, vilket skulle kunna betyda att mammor med lägre utbildning ammar sina barn längre, således skulle det kunna vara så att de barnen i större utsträckning drabbas av ECC. Utbildningsnivå hos föräldrarna i den befintliga studien varierade. De föräldrar vars utbildningsnivå låg på högskola/universitet var för de svenskfödda 63 % (n=49) och för de utlandsfödda 58 % (n=37). Det finns ingen fråga i den befintliga studiens enkät om hur länge barnet/barnen ammas/ammades och författarna av studien kan därför endast spekulera om troliga orsaker till samband mellan karies och bröstmjolk i förhållande till utbildning.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna i enkätstudien på frågan om vad som rekommenderas att ge barnet om det blir törstigt. Vatten var för de flesta deltagarna det självklara valet, men trots detta var det ändå en hel del som uppav alternativet mjölk i båda grupperna. Det diskuteras om laktos ökar risken för karies eller inte. Mjölk innehåller laktos och enligt Lingström & Birkhed (2009) utgör laktos cirka tre till åtta procent av mjölken, vilket är en låg kariespotential jämfört med andra sockerarter. Mjölk ökar endast risken för karies under hög intagsfrekvens samt under extrema förhållanden där mycket bakteriebeläggningar finns på tänderna. Det ökar även

riskerna för karies om barnet redan är kariesaktivt eller har dåliga kostvanor överlag (Lingström & Birkhed 2009). En slutsats som kan dras ifrån detta är att både vatten och mjölk kan ges till barn vid törst, utan att oroa sig för att barnet ska drabbas av karies, om barnet har goda kostvanor samt tandvårdsvanor.

Tandhygienisten arbetar huvudsakligen med förebyggande vård och bör därför kunna identifiera riskfaktorer som kan leda till bristande munhälsa. Vid funna riskindikatorer hos individer bör tandhygienisten utifrån sin yrkesprofession motivera samt vägleda patienten till en förbättrad munhälsa. Samtidigt måste hänsyn till individens autonomi och kultur tas (Socialstyrelsen 2005).

Förslag på vidare forskning är att fördjupa sig i vilka kunskaper föräldrar redan har genom exempelvis en kvalitativ studie. En bättre insikt i hur föräldrar tolkar tandvårdens rekommendationer om hur barns tänder ska skötas samt vilka kostvanor som rekommenderas hade underlättat för tandvården. Detta hade sparat tid för tandvårdspersonalen men även gett dem bättre insikt på vad besökarna egentligen tycker om upplägget. Istället för att endast ge information till föräldrar, utan att ha någon garanti på att de lyssnar eller förstår, är en öppen dialog med föräldrarna att föredras. Frågorna kan inriktas på hur föräldrarna tror att barns tänder och kost bör skötas och samtidigt ge korrekt rekommendationer.

## **6. SLUTSATS**

Studiens slutsats tyder på att det finns en signifikant skillnad i kunskap mellan grupperna gällande tandvårdsvanor ( $p=0,001$ ), fluorets funktion ( $p=0,001$ ) och om en mjölkttand är känsligare än en permanent tand ( $p=0,001$ ). De svenskfödda föräldrarna tycks ha mer kunskap än de utlandsfödda föräldrarna.

## 7. REFERENSER

- Azogui-Levy S, Lombraïl P, Riordan PJ, Brodin M, Baillon-Javon E, Pirlet MC (2003). Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 s. 285–291.
- Birkhed D, Imfeld T, Edwardsson S (1993). pH changes in human dental plaque from lactose and milk before and after adaption. *Caries Research* 27, s. 43-50.
- Björndahl A & Hofoss D (1998). *Statistisk för hälso- och sjukvårdspersonal*. Universitetsförlaget Stockholm, s. 85-87.
- Borges HC, Garbín CA, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SA (2012). Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primarydentition. *Brazilian Oral Research*, 26(6), s. 564-70.
- Caufield P W, Cuter G R, Dasanayake A P (1993). Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. *Journal of Dental Research* 72, s. 37-45.
- Çolak H, Dülgergil C T, Dalli M, Hamidi MM (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine* 4, s. 29-38.
- Darby, M. & Walsh, M (1995). *Dental hygiene theory and practice* (1st ed). W.B. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Company.
- Dumitrescu A, Wagle L, Dogaru M, 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), s. 369-377.
- Folktandvården Skåne. Barn 0-5 år (Elektronisk). Tillgänglig: [www.foltandvardenskane.se](http://www.foltandvardenskane.se). (Läst: 2016-04-27).
- Fejerskov, O, Kidd, E, Nyvad, B & Baelum, V (2008). Fluorides in caries control. *Dental Caries – The Disease and its Clinical Management*. Oxford: Blackwell Munksgaard, s. 287-323.
- Fung M, Wong M, Lo E, Chu C (2013). Early Childhood Caries: A Literature Review. *Journal of Oral Hygiene & Health* 1(1), s. 1-7.
- Gift, H.C. & Redford, M (1992). Oral health and quality of life. *Clinical Geriatric Medicine*, 8, s. 673-683.

- Hjern A, Grindejord M (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity & Health* 5 (1), s. 23-32.
- Jacobsson, B, Koch, 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), s. 151-158.
- Kawashita Y, Kitamura M, Saito T (2011). Early Childhood Caries. *International Journal of Dentistry* 10, s. 1-7.
- Kidd E (2005) *Essentials of Dental Caries*. United States Oxford University: Elsevier, s. 2-11.
- Koch G, Kreiborg S, Andreasen J O (2009). Eruption and shedding of teeth. *Pediatric dentistry: a clinical approach*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lingström P, Johansson I, Birkhed D (2000). Perspektiv, tidskrift om socker och näring. Kost och karies. *Tandläkartidningen* 89, s. 41-47.
- Lingström P & Birkhed D (2009). Kost och karies på 2000-talet. *Nordisk Nutrition* 3, s.7-9.
- Lingström P, Johansson I, Birkhed D (1997). Kost och karies. *Tandläkartidningen*: 89, s. 41-47.
- Livsmedelverket 2015. Kostråd och matvanor (Elektronisk). Tillgänglig: [www.livsmedelverket.se](http://www.livsmedelverket.se). (Läst 2015-09-18).
- Marinho V C C, Higgins J P T, Logan S, Sheiham A (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Review) (Elektronisk). Tillgänglig: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com). (Läst 2016-01-19).
- Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, Sillanpää M (2005). Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontologica Scandinavica*, 63: (2), s.73-84.
- Nobile C, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C, Pavia C (2014). Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14:206.
- Olsson H, Sörensen S (2011). *Forskningsprocessen- kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber, s. 112.



Persson A (2007). Kan buffrande ämnen hindra pH-fall i plack? *Tandläkartidningen* 99(10), s. 56-58.

Poureslami, H. R, & Van Amerongen, W. E (2009). Early Childhood Caries (ECC): an infectious transmissible oral disease. *The Indian Journal of Pediatrics*, 76(2), s. 191-194.

Region Skåne 2012. Vårdprogram för barn-och ungdomstandvård (Elektronisk). Tillgänglig: [www.skane.se](http://www.skane.se). (Läst 2015-10-01).

Region Skåne 2015. Barn (Elektroniskt). Tillgänglig: [www.skane.se](http://www.skane.se). (Läst 2015-10-01).

Region Skåne 2015. Tandborstning (Elektronisk). Tillgänglig: [www.skane.se](http://www.skane.se). (Läst 2015-10-01).

Salanitri S, Seow WK (2013) Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management. *Australian Dental Journal*, 58(2), s. 133-140.

Selikowitz HS (1994). Acknowledging cultural differences in the care of refugees and immigrants. *International Dental Journal*. 44, s. 59-61.

Selwitz RH, Ismail AI & Pitts NB (2007). Dental Caries. *The Lancet*. 369, s. 51-58.

Shivakumar, K.M, Vidya, S. K & Chandu, G. N (2009). Dental caries vaccine. *Indian Journal of Dental Research*. 20 (1), s. 99-106.

Skeie MS, Klock KS, Haugejorden O, Riordan PJ, Espelid I (2010). Tracking of parents' attitudes to their children's oral health-related behavior- Oslo, Norway, 2002-04. *Acta Odontologica Scandinavica*, 68(1), s. 49-56.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-11-23).

Socialstyrelsen (2010). Karies hos barn och ungdomar – En lägesrapport för 2008 (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-10-23).

Socialstyrelsen (2011a). Centrala rekommendationer karies (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-10-01).

Socialstyrelsen (2011b). Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-10-01).

Socialstyrelsen (2012). Tandvård och tandhälsa (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-10-01).

- Socialstyrelsen (2013). Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst 2015-10-01).
- Socialstyrelsen (2015). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst-tandhälsa och tandvård (Elektronisk). Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). (Läst: 2015-10-01).
- Socialtjänstlagen, 2012:776.
- Statistiska Centralbyrån, SCB 2015. Definitioner (Elektronisk). Tillgänglig: [www.scb.se](http://www.scb.se). (Läst 2015-09-20).
- Stecksén-Blicks C, Kieri C, Nyman J-E, Pilebro, C, Borssén, E (2008). Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children-a 40-year perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18, s. 317-324.
- Svenska Pedodontiföreningen (2014). Kvalitetskriterier för barn-och ungdomstandvård (Elektronisk). Tillgänglig: [www.spf.nu](http://www.spf.nu). (Läst 2015-09-18).
- Tandvårdslagen. SFS 1985:125.
- Vered Y, Zini A, Livny A, Mann J, Sgan-Cohen H (2008). Changing dental caries and periodontal disease patterns among a cohort of Ethiopian immigrants to Israel. 1999–2005 *BMC Public Health* 2(8), s. 345.
- Vetenskapsrådet 2002. Forskningsetiska principer genom humanistiska samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wendt L K, Hallonsteen A L, Koch G (1991). Dental caries in one-and two-year-old children living in Sweden. Part I: A longitudinal study. *Swedish Dental Journal* 15, s. 1-6.
- Wennhall I, Matsson L, Schroder U, Twetman S (2008). Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18 s. 84-90.
- WHO (2015). Health (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int](http://www.who.int). (Läst 2015-09-18).
- WHO (2015). Oral Health (Elektronisk). Tillgänglig: [www.who.int](http://www.who.int) (Läst 2015-09-18).
- Zafar S, Harnekar S Y, Siddiqi A (2009). Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *International Dentistry South Africa* 11, s. 24-36.

# Bilaga 1

## Enkätfrågor

Enkäten är anonym och kommer inte på något sätt återkopplas till Er.  
Kryssa i endast ETT svarsalternativ, som du anser mest lämpligt, per fråga.

Man   
Kvinna

### 1. Hur gammal är Du?

Under 20 år  20-30 år  31-40 år  Över 40 år

### 2. Är Du född i Sverige?

Ja  Nej

### 3. Vilken kontinent kommer Du ifrån? (Svara ej på denna fråga om Du är född i Sverige)

Afrika  Asien  Sydamerika  Nordamerika  Oceanien  Europa

### 4. Hur länge har Du bott i Sverige? (Svara ej på denna fråga om Du är född i Sverige)

Mindre än 2 år  2-5 år  6-8 år  9 år eller mer

### 5. Vilken utbildning har Du? (Kryssa för din högsta)

Ingen utbildning  Grundskola  Gymnasieskola  
 Universitet/Högskola  Annan, ange vilken .....

### 6. Hur många barn har Du?

.....

### 7. Har ditt/dina barn fått besöka tandvården?

Ja  Nej

### 8. Tycker Du att Du har tillräckligt med kunskaper om ditt/dina barns munhälsa?

Ja  Nej

### 9. Kan amning och/eller bröstmjölk ersättning öka risken för karies?

Ja, om mamman äter mycket sötsaker kan det överföras till bröstmjölken  
 **Ja, ämnen i bröstmjolk kan öka risken för karies** (Birkhed et al. 1993 & Nobile et al. 2014)  
 Nej, det kan det aldrig

### 10. Vad är lämpligast att ge om barnet/barnen blir törstiga mellan måltiderna (Med tanke på munhålan)?

Juice  Vatten (Livsmedelverket 2015)  Mjök  Saft

**11. Hur många gånger äter ditt/dina barn per dag? (Varje gång de stoppar något i munnen)**

- 4-5 gånger/dag       5-6 gånger/dag       6-7 gånger/dag       8 eller fler gånger/dag

**12. Hur ofta äter ditt/dina barn godis eller dricker läsk per vecka? (Gäller de barn i hemmet som äter godis)**

- 0 gånger       1-2 gånger/vecka       2-4 gånger/vecka       4 eller fler gånger/vecka

**13. Äter eller dricker ditt/dina barn på natten? (Gäller ej vatten och amning där barnet inte fått tänder)**

- Ja       Nej

**14. När tror Du att det är lämpligt att börja borsta barnets tänder?**

- När barnet är 6 månader       När första tanden kommer fram (Kawashita 2011)  
 När barnet fyllt 1 år

**15. Hur många gånger per dag bör barnets tänder borstas?**

- Inte alls       1 gång       2 gånger (Socialstyrelsen 2011a)       3 gånger eller fler

**16. Är det lämpligt att använda tandkräm till barn, om Ja, hur stor mängd?**

- Tandkräm i mängd som barnets lillfingernagel (Kawashita 2011)  
 Ingen tandkräm alls  
 Lika mycket tandkräm som till en vuxen

**17. Tandkräm innehåller fluor. Vad tror du är fluorets huvudsakliga funktion?**

- Den stärker tänderna (Marinho et al. 2003)  
 Den gör att tandkrämen smakar gott  
 Den gör tänderna riktigt rena

**18. Karies kan man få när som helst i livet men, är en mjölkttand känsligare för karies än en vuxentand?**

- Ja, eftersom att mjölkttänder har tunnare emalj (Salanitri et al. 2013)  
 Nej, de är byggda på samma sätt  
 Ja, eftersom att mjölkttänder är mycket mindre än de permanenta tänderna

Vik ihop **enkäten** och lägg i kuvertet som du förseglar och lämnar över till din sjuksköterska.

**Tack** för din medverkan!

## Bilaga 2

### Användarmanual för enkätstudie till sjuksköterskorna

---

Kontrollera om föräldern passar studiens kriterier för att få delta innan denne tillfrågas. Kontrollera även att föräldern inte redan har medverkat i studien. Detta kan ni göra genom att läsa inklusionskriterierna samt exklusionskriterierna nedan. För att kontrollera att föräldern (förutsatt att denne inte själv säger att den redan deltagit) inte redan medverkat i studien tittar du i barnets journal efter en anteckning om medverkan i studien.

#### *Inklusionskriterier*

Förälder till ett eller flera barn varav åtminstone ett på BVC i Kristianstad

#### *Exklusionskriterier*

De föräldrar som sjuksköterskan bedömer inte behärskar det svenska språket tillräckligt bra för att kunna besvara enkäten.

Tillfråga föräldern om denne vill delta i en enkätstudie till en examensuppsats som görs av Tandhygieniststudenter vid Högskolan i Kristianstad.

#### **Om föräldern är intresserad av att svara på enkäten:**

Dela ut enkäten inklusive informationsbrevet och kuvert och informera om att enkäten inte tar många minuter att fylla i. Informera om att du inte får svara på några frågor som har med enkäten att göra och lämna rummet någon minut, om det behövs.

Ta emot det förseglade kuvertet och förvara inlåst tills det att vi på överenskommet datum hämtar samtliga kuvert. Enkäterna ska besvaras endast en gång av varje förälder, vilket ska säkerställas genom att du som personal i samband med inlämning av kuvert, noterar i barnets journal.

#### **Om föräldern inte är intresserad av att delta i studien:**

Notera på bortfallsbladet att personen avböjt.

Skulle föräldern under ifyllnadens gång (någon fråga ska vara ifylld) välja att avbryta medverkan, ska enkäten ändå läggas i kuvert som förseglas och tas emot av personalen. (Detta kommer senare att noteras som internt bortfall och svaren kommer INTE att ingå i studiens resultat).

# Bilaga 3

## Informationsbrev till dig som förälder

---

Vi är två studenter från Högskolan i Kristianstad som under våren 2016 läser sista terminen på Tandhygienistprogrammet. Vi gör vår Kandidatuppsats i Oral hälsa som är en enkätstudie och har som syfte att undersöka svenska samt utländska föräldrars kunskap om deras barns munhälsa. Medverkan är **frivillig** och enkäten fylls i **anonymt** och endast vi som utför studien kommer att läsa svaren. Syftet är **undersökande** och vi strävar inte på något sätt efter att döma dig som förälder. Efter ifyllnad lägger du enkäten i det medföljande kuvertet som försluts och lämnas till personalen. Insamlad data kommer endast användas till studiens syfte. Efter att studien är examinerad och godkänd, kommer enkäterna att förstöras. I enkäten som följer ber vi dig svara med **ett** svarsalternativ, det du anser mest lämpligt, per fråga.

Vi tackar dig för din medverkan som gör vår uppsats möjlig!

Vänliga hälsningar

Rebecca Cret

rebecca.cret0002@stud.hkr.se

Muntadher Dakhil

muntadher.dakhil0002@stud.hkr.se

Ansvarig handledare, Tandhygienistprogrammet, Högskolan Kristianstad

Sara Henricsson

Leg Tandhygienist, universitetsadjunkt i Oral Hälsa

Sara.henricsson@hkr.se