

# Kartlegging av kostholds- og livsstilsvaner blant unge voksne mellom 16-30 år

Med fokus på atferd og vaner hos unge personer med  
innvandrers bakgrunn



Belma Focak og Maliha Khan

Veiledere:  
Seniorforsker Aida Mulic og  
Førsteamanuensis Kjersti Refsholt Stenhagen

Masteroppgave ved  
Det odontologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

INNHALDFORTEGNELSE

---

1.0 Forord .....	side 3
2.0 Introduksjon .....	side 5
2.1 Kostholdsvaner.....	side 5
2.2 Sosioøkonomisk status.....	side 9
2.3 Atferd og vaner relatert til tannhelse.....	side 12
2.4 Trening og erosjoner .....	side 13
2.5 Innvandrere i Norge .....	side 15
3.0 Hensikten med oppgaven og hypoteser.....	side 18
4.0 Materiale og metode .....	side 19
5.0 Resultater.....	side 21
5.1 Beskrivelse av populasjonen.....	side 21
5.2 Bakgrunnsinformasjon.....	side 23
5.3 Utdanning .....	side 23
5.4 Trening .....	side 25
5.5 Kunnskap om erosjoner .....	side 26
5.6 Hjelpemidler ved hjemmerutiner .....	side 28
5.7 Kunnskap om tannhelse og holdninger .....	side 29
5.8 Drikke- og kostholdsvaner .....	side 31
6.0 Diskusjon.....	side 39
7.0 Konklusjon.....	side 46
8.0 Referanseliste .....	side 47
9.0 Vedlegg: PDF av nettskjemaene .....	side 51

## 1.0 FORORD

---

Problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven er de unges tannhelse og helsevaner. Man ønsker å oppnå innsikt i ulike grupper i befolkningen, og om det er eventuelle forskjeller innad i disse, og hva disse eventuelt skyldes. Dermed vil man få en bredere forståelse av tannhelsetilstanden i ulike samfunn. Målet var å gjøre befolkningen, og særlig de utsatte gruppene, mer bevisst på egen tannhelse og for å sette inn riktige tannhelsefremmende tiltak. Ved valg av emne for masteroppgaven, ønsket vi å belyse et tema som i stor grad er relevant i dagens samfunn. Tallene for innvandring til Norge øker stadig, noe som også fremmer interessen for å kartlegge de ulike folkegruppene, spesielt innenfor helse og livsstil.

Unge voksne mellom 16-30 år er i samfunnet en sårbar gruppe, derfor valgte vi å fokusere på denne aldergruppen. Det er i den alderen man har mye å tenke på, forandringer skjer og noen flytter ut hjemmefra. Man blir mer selvstendig og ansvarlig. De fleste er i en etableringsfase med jobb, skole og familie. Den nye atmosfæren kan være stressende nok i seg selv som gjør at tannhelse ikke er det første de prioriterer. Det kan tenkes at det er her vi forventer å se størst variasjon i holdninger og vaner. Det er kjent at individets bakgrunn har ulike tradisjoner knyttet til tannhelseatferd og vaner.

Derfor var hensikten med studien å bevisstgjøre ungdommer om egen tannhelse samt å øke egen kunnskap hos tannhelsepersonell slik at individrettet forebyggende behandling kan iverksettes og implementeres.

Det ble gjort en litteraturstudie for å se på ulike faktorer som er avgjørende for egen tannhelseatferd. Ved hjelp av spørreskjemaer ønsket vi å få inn data som kunne hjelpe oss med å danne et visst bilde av forholdene per dags dato. Det ble fremstilt et spørreskjema på norsk til unge voksne i Norge, og et på bosnisk til unge voksne i Bosnia. Det ble så trukket ut to undergrupper fra det «norske spørreskjemaet», der den ene gruppen var de med vestlig bakgrunn og den andre med pakistansk bakgrunn.

Vi produserte et arbeid som vi har lært mye av og som vi håper vil være nyttig for annet tannhelsepersonell.

Stor takk til våre veiledere, Aida Mulic og Kjersti Refsholt Stenhagen for hjelpen i arbeidet med denne oppgaven. Tilslutt vil vi takke alle deltakere som fylte ut spørreskjema, og som gjorde det mulig å utføre dette prosjektet.

20.mai.2017

Belma Focak

Maliha Khan

## 2.0 INTRODUKSJON

---

Det skjer stadig innvandring til Norge fra alle verdensdeler, mer fra noen deler av verden enn andre. Tall fra Statistisksentralbyrå viser at antallet nye innvandrere og norskfødte innvandrere har økt de siste 15 årene (26). Norge er nå et multikulturelt land og har en innvandrerguppe på 13,4% av befolkningen(24). Hvis man ser på fordelingen regionalt, så består for eksempel 33% av befolkningen i Oslo av innvandrere (26). Pakistanske innvandrere og norskfødte med pakistanske innvandrerforeldre representerer en av de største innvandrerguppene i Norge med 19 571 innbyggere (33), mens bosniere derimot utgjør en mindre gruppe med ca. 13 474 innbyggere (33). De fleste i disse to gruppene bor i hovedstaden. Tallene for innvandring til Norge øker stadig, noe som også fremmer interessen for å kartlegge de ulike folkegruppene, spesielt innenfor helse og livsstil.

I dagens samfunn er det økt fokus på helse og livsstil. Man ønsker å optimalisere utseende og utsette sykdom så lenge som overhodet mulig. Dermed blir man rådet til å spise riktig, mosjonere, og holde seg unna uheldige vaner og uvaner. Ettersom det er stort fokus på trening og økt konsum av frukt og grønnsaker, som skal bidra med viktige vitaminer og mineraler for at kroppen skal kunne holde tritt i den aktive hverdagen, er det viktig å gjøre folk oppmerksomme på hvilken betydning dette har for tannhelsen

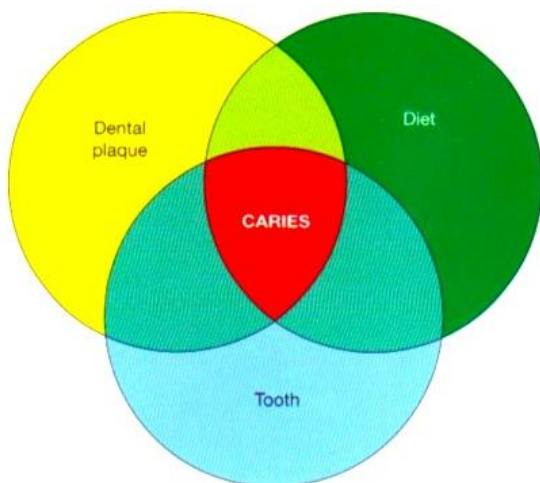
Det er en rekke nøkkelfaktorer som påvirker tannhelsen på ulike måter, slik som kostholdsvaner, sosioøkonomisk status, samt atferd og kulturell bakgrunn, noe som vil belyses videre i oppgaven. I denne oppgaven har vi hovedfokus på de vanligste sykdommene innenfor tannhelse hos unge mennesker, nemlig karies og erosjoner .

## 2.1 KOSTHOLDSVANER

---

Kostholdsvaner påvirker den orale helsen. Kosten er en avgjørende etiologisk faktor for orale sykdommer, den har betydning for både karies og erosjoner. Ulike mekanismer sammen med kostens innhold gir opphav til skader. Hovedårsaken til utvikling av karies er spisemønster og kostholdsvaner relatert til bruk av sukker (21). Nedbrytbare karbohydrater er en årsaksfaktor for karies, mens den sure kosten utgjør risiko for dentale erosjoner. Samtidig kan søte drikker og frukt utgjøre risiko for både karies og erosjoner (22).

Den mest kjente fremstillingen av karies er fra 1960 der Keyes betegnet karies som et samspill av mange faktorer (53) for å få karies i en tann måtte det være en mikroflora tilstede (i plakket) som kunne fermentere karbohydrater til syre som så over tid kunne demineralisere tannens hardvev (Figur 1).



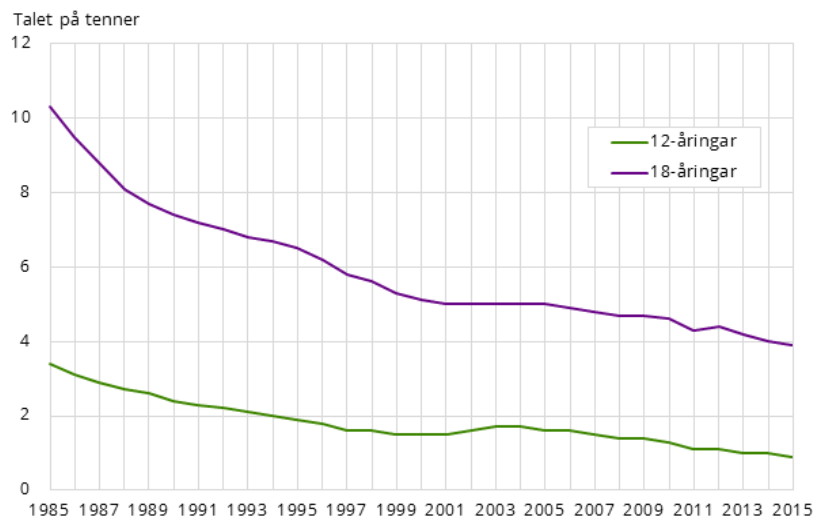
Figur 1: Keyes triade

Karbohydrater metaboliseres av kariogene mikroorganismer i biofilm, disse danner syre som demineraliserer tannsubstansen. Inntaksfrekvensen er den som avgjør om en skade oppstår eller ikke. Høy inntaksfrekvens øker tiden for demineralisering og remineraliseringstiden blir kortere (22).

Sukkerinnholdet i kosten hos den norske befolkning har minsket i energiprosent de siste tiårene. Engrosforbruket (sier noe om det årlige forbruket av ulike matvarer målt i kg per innbygger) på karbohydrater og sukker har minsket betydelig ifølge rapporten til Helsedirektoratet fra 2015 (20).

Karies har vært et stort problem når det gjelder ungdoms tannhelse de seneste hundre år i Norge. Det har nå i de siste tiår vært en betydelig bedring i tannhelsen (2), og de nyeste tallene fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (2) viser f.eks. at i 2015 hadde en

gjennomsnittlig 18-åring en karieserfaring, altså tannen har karies, er restaurert eller trukket på grunn av karies, på DMFT=3,9 i snitt, mot ca. DMFT= 6,3 i 1995 (Figur 2).



Figur 2: <https://www.fhi.no/fp/tannhelse/tannhelse---faktaark-og-helsestatis/>

**Erosjoner** derimot har blitt et økende utbredt problem blant ungdommene. En av de tidligste definisjonene av dentale erosjoner ble utarbeidet av Pindborg i 1970 der tilstanden defineres som et irreversibelt, progressivt tap av dentalt hardvev som ikke skyldes bakterier(51). I 1996 ble denne definisjonen utvidet til å definere dentale erosjoner som et fysisk resultat av et patologisk, kronisk og lokalisert tap av dentalt hardvev som er kjemisk etset bort fra tannoverflaten av en syre og/eller en chelator som ikke stammer fra bakterier(52), og den nyeste definisjonen legger også vekt på at dette er en *kjemisk-mekanisk* prosess som har fått benevnelse «erosive tooth wear» i den engelske litteraturen (54).

I 2013 kom en studie fra Oslo utført på 18 åringer (39). I forbindelse med rutineundersøkelse i Den Offentlige Tannhelsetjenesten ble 1456 individer screenet for erosjonsskader. Her var det en prevalens på 38 % og en signifikant høyere andel hos gutter enn hos jenter. I en studie av Uhlen og medarbeidere (55) ble det også nylig vist at bl.a. genetiske faktorer kan forklare hvorfor jenter har mindre erosjoner enn gutter. Cuppings, ble sett hos 62 % av individene, vanligvis på 1.molar i underkjeven og oftest med erosjon på andre tannflater (39). En nyere studie blant 16-18-åringer fra Rogaland viser at forekomsten av erosjoner er på 64 % (42), og blant 16-åringer i Troms er den på 32 % (56). Det er få undersøkelser som er

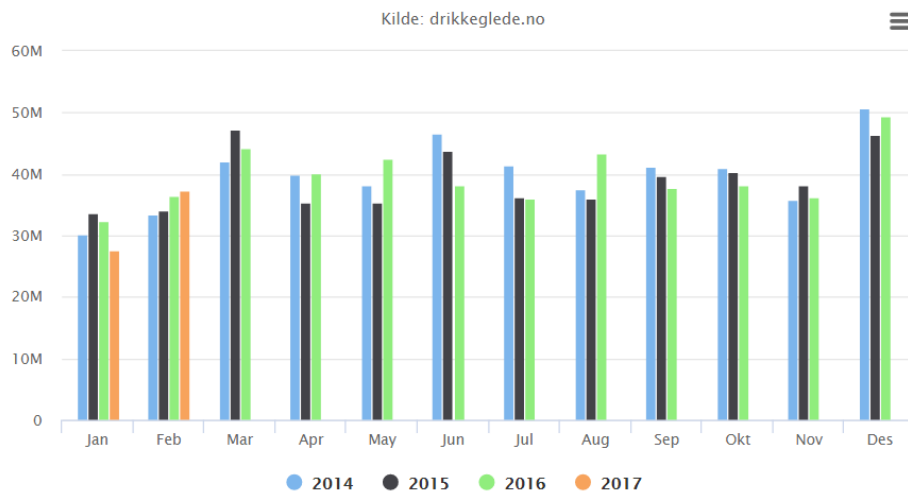
utført på den voksne befolkningen, men en sveitsisk studie viste at 30 % av unge voksne (26-30 år) hadde minst én alvorlig erosjonsskade (57). En nylig finsk studie blant voksne viste at 75 % av disse hadde tannslitasjer (58).

Dentale erosjoner har en multifaktoriell etiologi der flere faktorer kan bidra samtidig og gi en additiv effekt. I litteraturen oppgis oftest inntak av syrlig mat og drikke, samt gastrointestinale forstyrrelser som de mest dominerende etiologiske faktorene. Dagens kosthold har medført at vi oftere, og i større mengder, konsumerer erosiv mat og drikke. Størst forandring har skjedd i vårt valg av *drikker*, der konsumering av leskedrikker og juice har økt betraktelig. Denne økningen har vært spesielt stor blant barn og ungdom (36) Konsumet av alkoholfrie drikkevarer (mineralvann, juice og brus) har blitt mangedoblet, og i Norge drikker vi i gjennomsnitt 106 liter per år og ligger på toppen blant de andre europeiske land når det gjelder inntak av slike drikker (36). Dagens kosthold har medført økt konsum av sure drikker med lav pH. Dette innebærer en økt risiko for erosjonsskader. Selv naturlige produkter som appelsin og klementiner kan forårsake erosjonsskader om det konsumeres hyppig. Også når det gjelder erosjonsskader har individrelaterte faktorer stor betydning. Både inntaksfrekvens og variasjoner i saliva mengde og saliva sammensetning har vist å være avgjørende for om skade oppstår eller ei (22).

Den mest markante forandringen i barn og ungdommens kostvaner er økt forbruk av leskedrikker og godteri konsum. Ofte etableres et høyt sukkerinntak i unge år (22). I en studie av Åstrøm, Klepp og Samdal fra 2004 (59), så de på aldergruppene 11,13 og 15 år fra 1989 til 2001. Resultatene viste tydelig aldersavhengig økning i sukkerinntaket. Det kom da også fram at gutter og jenter hadde nesten fem ganger så stor sannsynlighet for å drikke brus daglig i 2001, sammenlignet med sannsynligheten i 1989. Inntaket av godteri/søtsaker var også økt for begge kjønn (21).

I februar 2017 var salg av brus 37,2 mill. liter i Norge. Totalsalget i 2016 var så høy som ca. 474 mill. liter (Figur 3) (36) I Bosnia var salget pr innbygger 33 L i 2011, det vil si ca. 125 mill. liter for hele året (regner ut ifra at det er ca. 3,8 million innbyggere). Det er betydelig høyere salg av brus i Norge enn i Bosnia. Dette kan gi en pekepinn på mengde liter som konsumeres i løpet av året. Norge er blant de ti landene der det konsumeres mest brus. (37)





Figur 3. Salg av brus per år i Norge (million liter)

([http://drikkeglede.no/tall\\_og\\_fakta/?PT\\_Radnr=3&mnd=5&aar=2017](http://drikkeglede.no/tall_og_fakta/?PT_Radnr=3&mnd=5&aar=2017))

## 2.2 SOSIOØKONOMISK STATUS

Den sosioøkonomiske statusen til unge voksne og for deres foreldre har vist seg å ha betydning for deres tannhelseatferd.

Tannsykdomsbildet viser stor variasjon mellom de ulike landsdelene og de sosiale gruppene i den nordiske befolkningen. Jo færre ressurser folk har (lav sosial status, utdanning og økonomi) jo dårligere blir egenomsorgen, også den tannhelsebevarende atferden. Mye tyder på at de med lav sosioøkonomisk status benytter seg av tannhelsetjenesten i mindre grad (15).

Når man gjennomfører undersøkelser blant ungdom, er det ofte vanskelig å få målt sosioøkonomisk status på en god måte fordi de er i en overgangsposisjon. Foreldrene har bestemt sosial status, samtidig som de prøver å finne egen plass i samfunnet (15). Unge voksne som flytter hjemmefra er ofte under en flytteprosess, og har ofte trang økonomi, som gjør at tannhelsen ikke blir prioritert. Det kan ta flere år før de oppsøker en tannlege.

Unge voksne og ungdommer bruker tannlegetjenester ulikt. I en artikkel fra statistisk sentralbyrå kommer det frem at kvinner går oftere til tannlegen enn menn, og de yngste går sjeldnest. Det er også forskjell på de med høy utdanning og høy inntekt og de med lav utdanning og lav inntekt. De først nevnte benytter seg av tannlegetjenester oftere og har mindre udekkede behov, enn den andre gruppen (19). En studie gjort av Ekornrud og Jensen

fra 2011 (19) har resultater som viser tydelige forskjeller i tannlegebesøk og sosiale dimensjoner. De voksne med høgskole- eller universitetsutdanning som høyeste utdanningsnivå, og de som har 1 million kroner eller mer i inntekt, er de som oftest går til tannlegen. Antall besøkende går ned ved fallende utdanning og inntekt (19). Undersøkelser har vist at de med mest negative forhold til skolen, de som rapporterer svake skoleprestasjoner og de med minst ambisiøse utdanningsplaner, skiller seg sterkt ut (15).

Noen studier har vist sterk sammenheng mellom høy utdanning, høy inntekt og tannlegebesøk de siste 12 årene, mens andre resultater viser svak sammenheng mellom inntekt og tannlegebesøk. Det er noen forskjeller, men det er klart at behovet hos unge voksne er størst og de rapporterer ofte et udekket behov (19).

Siden de sosioøkonomiske forholdene i Norge er relativt homogene kan disse forskjellene med bakgrunn i sosioøkonomiske faktorer mellom de ulike ungdomsgruppene være vanskelig å avdekke. Derfor ønsket vi å inkludere ungdommer fra Bosnia-Herzegovina, et land som skiller seg fra Norge i både kariesforekomsten blant barn og unge, og i BNP (Brutto Nasjonal Produkt). BNP brukes som en betegnelse på velstanden i et gitt land, og måles ved å summere sammen verdien på alle varer og tjenester som produseres i landet i løpet av ett år (28).

På det internasjonale pengefondets liste fra 2010 finner vi Bosnia-Hercegovina på 104 plass med 16.202 dollar per innbygger per år, mens Norge ligger på 25 plass med 413.511 dollar per innbygger per år (29). En studie fra 2013 (1) viser at det er relativt høy karies forekomst blant barn og unge i Bosnia-Hercegovina sammenlignet med Vest Europeiske land.

Mesteparten (72%) av bosniske barn i tenårene har moderat risiko for utvikling av karies, mens kun 20% hadde lav kariesrisiko (1). Denne studien viste en signifikant forskjell mellom de sosioøkonomiske forholdene og kariesforekomsten. Dessuten var foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn av stor betydning for forekomsten av karies og kvaliteten av oral hygiene hos pasientene, også i forhold til boforhold, enten urbant eller ruralt (12). Til sammenligning kan man altså ikke finne de samme forskjellene i Norge. Grunnet den høye forekomsten av karies hos unge i Bosnia- Hercegovina, ble det i 2005 satt i gang et prosjekt der 99,5% av alle førskolebarna ble undersøkt. Hensikten var at alle skolebarna skulle læres opp i gode hygiene- og tannhelsevaner (12). Statistikk fra 2013 viser fortsatt at det er høy

forekomst av karies blant befolkningen i Bosnia-Herzegovina. For barn mellom 7-18 år er insidensen 38,6% og for befolkningen over 19 år er insidensen 56,7%. Studien fra 2013 (1) viser også til at Bosnia-Herzegovina er et land med svært lav forekomst av naturlig fluor i drikkevannet, og det finnes heller ikke tilsatt fluor i drikkevannet. I tillegg er det daglige kostholdet preget av et høyt sukkerholdig inntak, der den bosniske mattradisjonen og den daglige sosialiseringen, som innebærer gjentatte porsjoner med kaffe med en obligatorisk sukkerbit eller to på siden, preger hverdagen til bosniere.

Tannklinikker i Aust-Agder har erfart at barn fra Øst-Europa har et veldig annerledes forhold til sukker og tannstell enn etnisk norske barn (34). Dette skyldes trolig de kulturelle vanene som går i arv, men statistikk har vist at bosniere er blant den gruppen innvandrere som trenger kortest tid til integrering i det norske samfunnet (35), og det kan dermed tenkes at de gode vanene i den norske befolkningen også har smittet over på bosniere i Norge.

Et annet land som har lignende kariessituasjon blant barn og unge er Pakistan, der karies er en av de mest fremtredende orale sykdommene. Dette skyldes blant annet helseprioriteringer, ugunstig kostmønster og begrensede ressurser i helsesektoren. På grunn av dårlige sosioøkonomiske forhold forblir dette et problem i landet (32). Det er heller ingen konsept for tannlegebesøk jevnlig, men først når man får vondt. Spesielt de rurale borgere mangler tilstrekkelig tilgang til tannhelsetjenester. Omtrent 30% av befolkningen i Pakistan lever under fattigdomsgrensen og over halvparten har ikke tilgang til basale helsetjenester. Det er en utfordring for foreldrene å utdanne deres barn. Det er slike faktorer som fører til lav utdanningsrate, og også gir mangel på informasjon om egen helse. En studie viser at omtrent 50% av barna i Pakistan aldri har brukt tannbørste før (31).

Kariesforekomsten hos Pakistanske innvandrere i Norge er høyere enn hos etniske nordmenn. Grunnen ligger blant annet i at det er store forskjeller mellom det tradisjonelle pakistanske kostholdet og det norske kostholdet (5). Årsaken til at flere førstegenerasjonsnordmenn fra Pakistan har hull i tennene enn etniske nordmenn, er at de ikke har nok kunnskap om hva som er sunt kosthold. Det største problemet er et for høyt inntak av saft og godteri (30).

Det er her viktig å poengtere at majoriteten av pakistanere som selv har innvandret til Norge, har relativt kort skolegang fra hjemlandet. De har hatt lite skolegang, og noen er nesten analfabeter. Dette kan gjøre det vanskelig å tilegne seg ny informasjon på et fremmed språk (5). Men ettersom pakistanere er blant de første innvandrerne som kom til Norge, kan det tenkes at mange har bodd her lenge og har tatt til seg norske kostvaner.

### 2.3 ATFERD OG VANER RELATERT TIL TANNHELSE

---

Det som skjer i familien, på skolen, i fritiden og på alle arenaer man er på preger ens livsstil og atferd. Atferden ungdom utvikler er uttrykk for kulturelle forhold og subkulturer de unge tilhører. Livsstil er noe som kommer til uttrykk gjennom atferd. Det har blitt gjort flere studier på hvordan atferd og vaner påvirker tannhelsen. Faktorer som spiller inn er den sosioøkonomiske status, kultur, tannpussrutiner, tannlegebesøk, trening, sykdommer (erosjoner og karies), utdanning, inntekt, kosthold, generellhelse og medikamenter. Atferd har relevans på tvers av nasjonaliteter og etniske grupper (14).

Hva betyr atferd? Definisjonen fra *Store norske leksikon*: «Atferd, den totale personlige eller gruppemessige menneskelige oppførsel og uttrykksform som preges av det herskende kulturmønster på en bestemt tid og bestemt sted. En individs atferd er resultat av dets personlig utvikling og en gruppe bestemmes av felles tradisjoner, vaner og normer» (13).

Tannhelse relaterte livsstilssykdommer som erosjoner, karies, gingivitt og periodontitt kan forebygges ved å endre personlig atferd. Det finnes tre kategorier innenfor tannhelseatferd som er viktig for å redusere forekomst av karies: 1) fjerne bakterielegg ved tannpuss og interdental renhold (tanntråd / tannstikker/interdentale børster) 2) bruk av fluor og 3) regelmessig bruk av tannhelsetjenester (14).

Panelstudier «voksen i år 2000» utført blant ungdom i Hordaland bekrefter at det er en positiv sammenheng mellom økende alder og inntak av sukret mineralvann, og andelen som børster tenner flere ganger per dag minket hos jenter og gutter fra 15- 18 årsalder (14).

En studie utført i Norge av Strøm (2009): «Unge menneskers syn på egen tannhelse», er et spørreskjema i aldersgruppen 20-29 år benyttet for å kartlegge hygienevaner. Resultatene viser at 96% bruker tannbørste, flere som bruker det uregelmessig, og flere menn enn

kvinne som ikke bruker den oftere enn ukentlig/månedlig. Over halvparten av deltakerne i denne studien benyttet seg ikke av skyllemiddel med fluor. Det var flere jenter som oppga at de var på jevnlig kontroll hos tannlegen, mens gutter oftere har vært innom tannlegen for en akutt time (16).

En undersøkelse gjennomført blant norsk ungdom slo fast ved at beslutningen om å bruke tanntråd er knyttet til sosialt press og forventninger om å mestre den type atferd.

Ungdommer bruker tanntråd for å få renere tenner og friskere pust, og fordi de tror at foreldre og tannlegen vil at de skal bruke det. Denne aldersgruppen drikker ikke sukkerfritt for å unngå tannsykdom, men for å holde seg slanke, i form og rene i munnen. Det ble også konkludert at foreldrenes tannhelseatferd kan påvirke ungdommers holdninger og vaner langt opp i ungdomsårene, fordi ungdom identifiserer seg med foreldrene (14).

#### 2.4 TRENING OG EROSJONER

---

I følge WorldAtlas (6) er Norge på 8. plass på listen over land med størst leskedrikk konsum, med 98 liter per capita, sammenlignet med Argentina som ligger på 1. plass med 155 liter per capita (oppdaterte tall fra 5. August 2016). Data fra folkehelseinstituttet viser at erosjoner er et stadig økende problem hos den unge befolkningen (24). Det er ulike årsaker til forekomsten av erosjoner. Det skyldes gjerne, som tidligere nevnt, hyppig inntak av mat og drikke med lav pH-verdi som over tid kan gi betydelig substans tap av tenneses hardvev, uten innblanding av bakterier, og forekommer i ulike grader alt etter hvor mye substans som er tapt, og graderes deretter.

Med dagens økende interesse og behov for å optimalisere utseendet i forhold til standarder utsettes kroppens muskulatur og tenneses hardvev for påkjenninger. Fysisk trening er mer og mer vanlig, og som en følge av dette er det også økt konsum av sportsdrikker. For å dra tråden tilbake til utgangspunktet er det naturlig å tenke at en sunn livsstil vil bety større inntak av frukt og grønt, samt høyere forekomst av fysisk aktivitet og dermed høyt inntak av syreholdige sportsdrikker eller andre forfriskende leskedrikker. Alle disse faktorene fører til en høyere risiko for utvikling av erosjoner, noe som er blitt undersøkt tidligere i en studie fra 2010 (7), der det er vist at 54% av de undersøkte studentene hadde ulik grad av erosjoner.

Det synes som om unge mennesker i dag har god kunnskap om hva som er sunn livsstil med tanke på kosthold. Det er gitt ulikt utslag på studier som har undersøkt effekten av sure frukter og erosjoner, men det er derimot bevist at personer som er mer fysisk aktive, har økt forekomst av denne typen hardvevsskade (7).

Dentale erosjoner kan også skyldes påvirkning fra kroppens indre så vel som ytre faktorer. Til de indre faktorene hører sure oppstøt (refluks) eller oppkast, som vil føre til redusert pH i munnhulen. I følge Norsk helseinformatikk har 5-10 % av den voksne befolkningen problemer med sure oppstøt (8). Dette kan da skyldes sykdommer som gastroøsofageal refluks, magesår, funksjonell dyspepsi, og sjeldnere; hjertekrampe og spiserørskreft. Det finnes også pasienter med refluks problematikk uten symptomer eller ubehag, kjent som "stille refluks" [Rai and Orlando, 2001], med en rapportert forekomst på ca. 25 %. Mange medikamenter som brukes mot refluks sykdommer kan forårsake munntørrhet (10), som igjen ødelegger munnhulens evne til å produsere saliva som en beskyttelsesmekanisme.

Det er velkjent at ulike former for spiseforstyrrelser er forekommende blant barn og unge [Rome, 2012]. I Norge viser tall basert på spørreundersøkelser at forekomsten av alle typer spiseforstyrrelser blant ungdom (14-15-åringer) er 12,5 %; 17,9 % blant kvinner og 6,5 % blant gutter [Kjelsas et al., 2004]. Hos norske kvinner er det rapportert en forekomst på 0,4 % av anoreksi og 1,6 % av bulimi [Gotestam and Agras, 1995]. En nylig studie basert på HUNT-undersøkelsen («Nord-Trøndelag Health Study») blant 27 252 kvinner viste at 11,8 % av kvinner under 30 år rapporterte en eller annen form for spiseforstyrrelse [Eik-Nes et al., 2015], og tall fra Folkehelseinstituttet (NFI) (9) viser at det er om lag 2% av kvinner i Norge mellom 15-44 år som sliter med bulimi.

En rekke studier har vist en høyere forekomst av dentale erosjoner hos pasienter med spiseforstyrrelser [Dynesen et al., 2008; Johansson et al., 2012; Ohrn and Angmar-Mansson, 2000; Rytomaa et al., 1998; Uhlen et al., 2014]. Johansson et al. [2012] fant at disse pasientene hadde 8,5 ganger større risiko for å utvikle slike skader sammenlignet med friske personer. I tillegg hadde de med lengst sykdomsperiode også de alvorligste. Dette er også bekreftet i en forholdsvis ny studie av Uhlen et al. [2014] som viste at nesten 70 % av 66 individer med bulimi og oppkastepisoder hadde erosjoner, og de fleste lesjonene og de alvorligste skadene var hos dem som har hatt sykdommen lengst. Johansson et al. [2012]

fant også at de som rapporterer daglig oppkast har 5,5 ganger høyere risiko for å utvikle slike skader, sammenlignet med friske individer.

Det er viktig å finne de bakenforliggende årsakene til slike skader på tennene for å kunne iverksette en årsaksrettet behandling og for å hindre at omfattende og kostbar tannrestaurering må iverksettes, og for å kunne planlegge forebyggende tiltak, som gjerne innebærer livsstilsendringer (10), og da er det viktig å ha formidlet informasjonen tydelig til pasientene.

## 2.5 INNVANDRERE I NORGE

---

Det er i dag om lag 760 000 personer med innvandrerbakgrunn i Norge (24), som fordeler seg på henholdsvis 332 000 vestlige, og 428 000 ikke-vestlige personer. De ti største innvandrergruppene fra ikke-vestlige land er fra Polen, Litauen, Somalia, Irak, Filippinene, Pakistan, Eritrea, Thailand, Russland og Iran. Den polske innvandrergruppen er størst, og utgjør 95 700 personer. Den nest største gruppen er fra Litauen og utgjør 37 400 personer. Den tredje største gruppen er somaliere, med 28 300 personer. Pakistanere er den 6. største innvandrer gruppen i Norge og utgjør ca. 19 000 personer (25). Per 1. januar 2015 er det 35 192 norsk-pakistanere i Norge, hvorav 19 219 er innvandrere og 15 973 er norskfødte etterkommere. I 2003 var det 13.572 førstegenerasjonsinnvandrere fra Bosnia Hercegovina i Norge, aldersfordelingen er tilnærmet lik fordelingen i det norske samfunnet. Denne gruppen innvandrere er blant de med høyest utdanningsnivå og regnes for å være godt integrerte i det norske samfunnet.

Selv om vi har liten kunnskap om tannhelsen blant voksne innvandrere i Norge, har det blitt gjort en rekke studier blant barn med innvandrerbakgrunn [Brobakken et al., 2003; Skeie et al., 2005; Strand et al., 2012; Wigen and Wang, 2010]. Enkeltstående undersøkelser kan tyde på noe høyere kariesforekomst hos barn av innvandrerforeldre sammenlignet med barn av norske foreldre [Gimmestad et al., 2006; Strand et al., 2012]: f.eks. hadde 50–60 % av treåringene med innvandrerbakgrunn ingen kariesangrep, mot 84 prosent av treåringene med norsk bakgrunn. Tilsvarende forskjeller er funnet hos 12- og 18-åringene [Skeie et al., 2005]. En ny svensk studie blant voksne immigranter viste at de hadde en høyere kariesforekomst (3 av 4) sammenlignet med jevngamle ikke-immigranter. Videre så oppsøkte de tannhelsetjenester og pusset tenner sjeldnere enn kontrollgruppen [Olerud et al., 2016].

Småtann prosjektet fra 2002-2004 (5) viste at barn med ikke-vestlig bakgrunn har høyere forekomst av karies enn barn med vestlig bakgrunn. Annenhver 3-åring hadde karies i den ikke-vestlige gruppen. Det ble også vist at særlig pakistanske barn hadde høyere dmfs enn jevnaldrende norske barn. DMFS/dmfs er et mål på kariesforekomsten i permanente/temporære tenner hos et individ og kan måles på enten flate-nivå (dmfs, decayed, missing or filled surfaces) eller på tann-nivå (dmft, decayed, missing or filled teeth). Denne betegnelsen brukes som et hjelpemiddel for å registrere karies kvantitativt og er et viktig hjelpemiddel i en helhetlig og individualisert kariesbehandling. Av småtannstudien (5) fremkom det at foreldrene til barna med ikke-vestlig bakgrunn hadde negative holdninger til oral hygiene og ettergivenhet, og at dette var de viktigste faktorene til de ulike utfallene. Det er altså viktig å danne gode vaner tidlig, for vaner som dannes før 5-årsalderen, vises å være vanskelige å endre (5). Barnas vaner påvirkes av foreldrenes vaner, og man ser gjerne en sammenheng mellom graden av foreldrenes utdanning og kariesforekomst.

Dette kan blant annet skyldes kosthold, munnhygienevaner og kulturspesifikke vaner [Skaare et al., 2008], der holdninger, vaner og kunnskap om tannhelse har vist seg å være noen av de viktigste parameterne for oral helse. Begrensningene og utfordringene ligger i de kulturelle- og språklige barrierene. For at tannhelsebudskapet skal nå fram bør samarbeid mellom ulike instanser etableres, som f.eks. med helsestasjoner, leger og utdanningsinstitusjoner. Videre bør informasjon og kunnskap om tannhelse, kosthold og tannpuss formidles på en alternativ måte, helst på deres eget språk.

I følge data fra Folkehelseinstituttet fra 2015 ses en betydelig bedring i tannhelsen i Norge de siste par tiårene, sannsynligvis grunnet introduksjonen av fluortannpasta på 70-tallet. Men man ser fortsatt forskjeller som kan forklares med økonomi, alder og geografiske variasjoner (hvor i landet man bor) (2). Opplysningene er basert på årlige rapporteringer til KOSTRA databasen, som alle kommuner plikter å rapportere til. Det er vist at barn med innvandrerbakgrunn har flere hull i tennene enn norske barn, men det er ikke gjort noen undersøkelse på forskjellene mellom de ulike innvandrergruppene. En studie fra 2012 bekrefter ulikheter i prevalens mellom de ulike gruppene, men mener også at det ikke er noen merkbar forskjell mellom tannhelsen til barn på øst- og vestkanten i Oslo (4). Dette er som forventet da tannhelsetilbudet er gratis for alle barn tom. 18 år over hele byen. Men



ettersom det er en distinkt kulturelle og adferds forskjeller mellom innvandrerbarn og etnisk norske, er det nettopp dette som kan være årsaken til en forutinntatt oppfatning om at det er forskjeller på bydeler i Oslo, avhengig av etnisiteten til den gruppen som dominerer bydelsbildet.

### 3.0 HENSIKTEN MED OPPGAVEN OG HYPOTESER

---

Hensikten med denne studien var å bruke et spørreskjema for å kartlegge kosthold- og atferds vaner hos unge voksne mellom 16 til 30 år, og deretter se om det er likheter og ulikheter mellom de med vestlig bakgrunn (definert etter mors bakgrunn) og de med pakistansk bakgrunn (både første og andre generasjonsinnvandrere). Formålet var å undersøke om disse vanene persisterer til tross for endrede boforhold. Studien hadde også som formål å kartlegge betydningen av de sosioøkonomiske forholdene og holdningene i Bosnia-Hercegovina.

Hensiktene med denne studien:

- Å kartlegge hvor mye kunnskap befolkningen fra ikke-vestlige land har om hvordan sunn livsstil (kosthold og trening) kan virke på tannhelsen
- Undersøke om deltagerne bruker ulike fluorpreparater i sin daglige munnhygiene rutiner
- Kartlegge kunnskaper om erosjoner og egen tannhelse og hvor bevisste de unge er over hva det sunne kostholdet gjør med tennene
- Å få innsikt i variasjoner i de forskjellige gruppene
- Diskutere hva variasjonene kan skyldes
- Gjøre deltagerne mer bevisste, og dermed vekke interesse for egen tannhelse
- Hvilke forskjeller og likheter er det mellom unge voksne i Norge og i Bosnia?

Hypoteser:

- Det er korrelasjon mellom sosioøkonomiske faktorer og kunnskapen om tannhelsevaner
- Tannhelsevaner arves fra innvandrers- foreldregenerasjonen og til andregenerasjonsinnvandrere, og fører til andre holdninger enn en kan forvente hos etnisk norske barn
- Det er forskjell i kosthold og tannhelsevaner hos ungdommer med ikke vestlig bakgrunn, sammenlignet med de med vestlig bakgrunn.
- Ulik oppvekstbakgrunn gir forskjellige holdninger til tannhelsen.

## 4.0 MATERIALER OG METODER

---

Denne masteroppgaven er basert på kvantitativ forskningsmetode der et spørreskjema har blitt brukt for å få frem unge voksnes oppfatninger om egen helse fra eget perspektiv.

Før vi satte i gang med forskningsdelen av oppgaven vår, og med bakgrunn i våre hensikter med studien og hypoteser, måtte vi ha klart for oss følgende punkter:

### 1. Målgruppen for undersøkelsen (utvalgseenheten):

Ved å velge ut en utvalgseenhet, fant vi det både tidsbesparende, i tillegg til at det reduserer andelen feilkilder som vanligvis kan oppnås ved innsamling av store mengder data. Derfor valgte vi oss ut en målgruppe som er lett påvirkelig i dagens samfunn, nemlig unge mellom 16-30 år.

### 2. Hvor mange som skal undersøkes (utvalgsstørrelsen):

Oppgaven vår baserer seg på et ekstensivt forskningsopplegg, altså at vi trekker et utvalg i befolkningen og undersøker de ønskede enheter og variabler. Utvalgsstørrelsen vår ble regnet ut til 384, med et konfidensintervall på 95 % og en feilmargin på 5 % der populasjonsstørrelsen er ukjent.

### 3. Hvordan skal utvalget treffes:

Vi utarbeidet et spørreskjema både i papirform og elektronisk (se vedlegg). Ved hjelp av dette skjemaet ønsket vi å samle inn informasjon om deltagerens generelle helse og anamnesticke opplysninger. Videre spurte vi om deltagerens og foreldrenes utdanning. Vi fokuserte også på hvor deltagerne opprinnelig var fra og hvor de var bosatt nå.

Videre var det viktig for oss å kartlegge vanene til de utvalgte gruppene, både når det gjelder spise- og drikkevaner, og når det gjelder hygiene og hjemmerutiner. Ettersom trening er sentral faktor som kan påvirke tannhelse, ønsket vi å vite litt om dette også.

Vi spurte også om pasientenes erfaring med tannhelse, tannlegebesøk og informasjon om tannhelse via ulike informasjonsmedier. Vi anså det som svært viktig å få et bilde av pasientenes kunnskap og holdninger om egen tannhelse for å komplettere inntrykket, ettersom vi ikke hadde mulighet til å undersøke disse klinisk.

#### 4. Hvordan skal utvalget nås (utvalgsmedia):

Spørreskjemaene ble altså utformet og distribuert både i papirformat og som en elektronisk versjon. Papirformatet ble distribuert i "feltet", omkring i byen og på fakultetet for å nå ut til de ulike gruppene, mens det elektroniske skjemaet ble publisert på sosiale medier på internett. For å kunne nå ut til den bosniske undersøkelsesgruppen ble det nettbaserte spørreskjemaet annonsert på sosiale medier som f.eks. Facebook, der deltagerne kunne klikke seg gjennom spørsmålene. Svarene ble samlet på administratorsiden, eksportert som et «Excel-dokument» og dermed overført til statistikkprogrammet SPSS for tolkning av resultatene.

#### Etiske aspekter:

Alle data var anonymiserte og deltagerne var myndige ( $\geq 16$  år) og hadde samtykkekompetanse. Studien var dermed ikke meldepliktig. Personopplysningene deltagerne oppga var kun kjønn og alder. Deltagerne ble på forhånd informert om at undersøkelsen var frivillig og anonym.

#### Statistiske analyser:

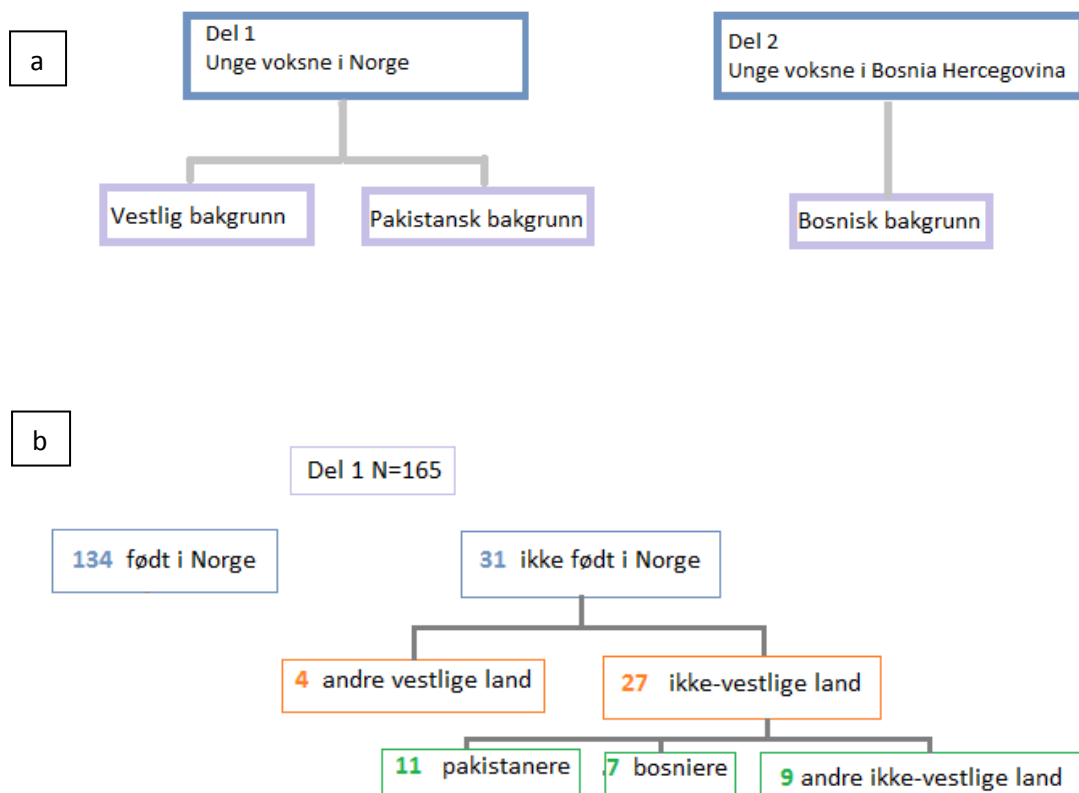
Besvarelser fra spørreskjemaene ble importert og analysert i statistikkprogrammet SPSS (versjon 22.0). For å forenkle analysene og inkludere flere i hver gruppe ble svaralternativer rekodet og dikotomisert, eksempelvis til sjelden eller ofte. Høy score på holdningsspørsmål var i favør av oral helse, og summen av disse scorene ga et kvantitativt uttrykk for studentenes holdninger. Bivariat analyse (Chi-kvadrat-test) ble benyttet for å undersøke sammenhenger, og Crohnbachs  $\alpha$  ble brukt for å teste intern konsistens av holdningsspørsmålene. Inter-observatørenighet ble uttrykt ved Cohens kappa. Signifikansnivå ble satt til  $<0.05$ .

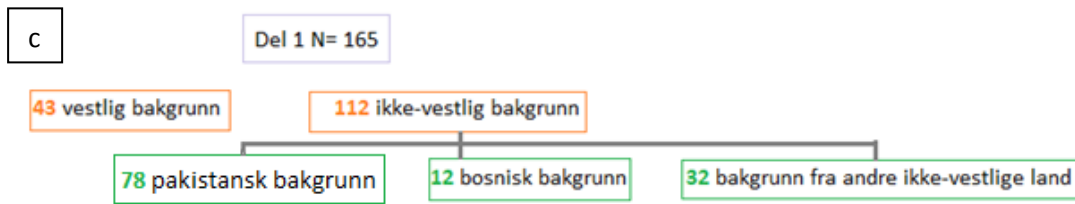
## 5.0 RESULTATER

---

### 5.1 BESKRIVELSE AV POPULASJONEN

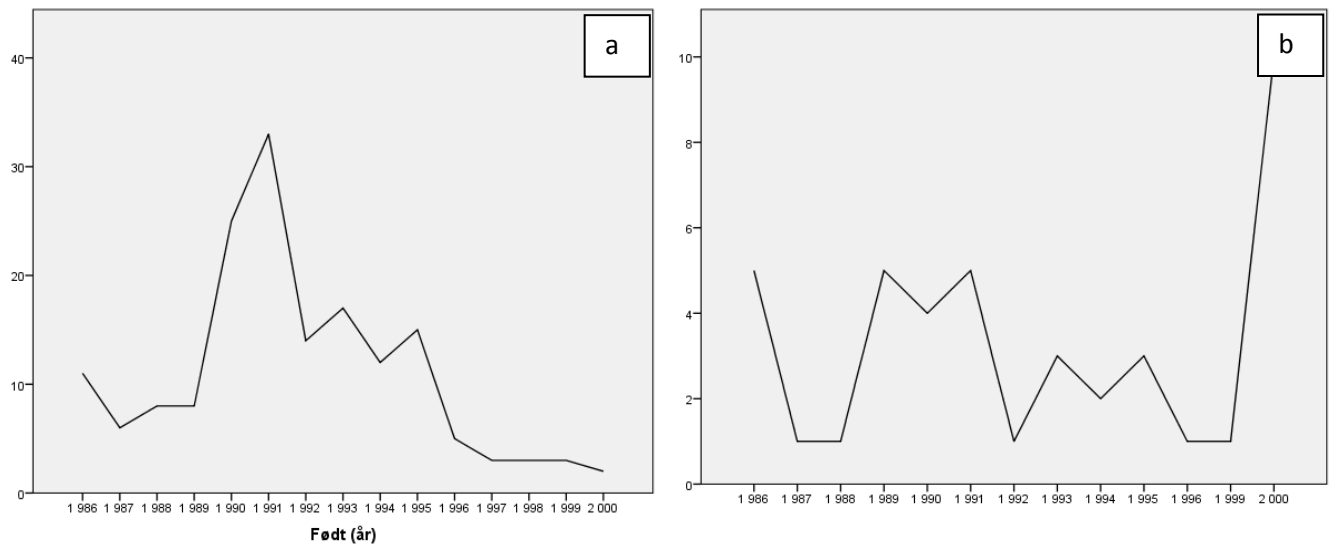
Resultatene fra undersøkelsen ble delt i del 1 og del 2, der den første delen gjelder for alle de unge i Norge og er svar på den norske nettbaserte spørreundersøkelsen. Den tilsvarende nettbaserte undersøkelsen på bosnisk ble besvart av ungdommer i Bosnia-Hercegovina og er fremstilt som resultater i del 2. Videre, for å få en innsikt i ulike etniske grupper i den norske befolkningen ble resultatene fra del 1 sortert slik at man skiller mellom deltakere med vestlig bakgrunn, de med ikke-vestlig bakgrunn, og de med pakistansk bakgrunn. Disse undergruppene er videre kommentert og vurdert hver for seg og er blitt sammenlignet opp mot deltakerne fra Bosnia og deltakerne i del 1 samlet (Figur 4).





Figur 4: a) Inndeling av subpopulasjoner, b) Fødested, c) Bakgrunnen til deltakerne

Figur 5a viser alder etter året deltakerne i Norge (Del I) er født, med en gjennomsnittsalder på 24 år (median 25; SD 3,12). Av de som svarte, utgjorde 68% kvinner og 32% menn. Utvalgsgruppen bestod av 165 deltagere. Figuren til høyre (b) viser aldersfordelingen etter året deltakerne i Bosnia (Del II) er født i. Her får vi en gjennomsnittsalder på 23 år, som gir oss et godt sammenligningsgrunnlag med gruppen i Norge. Her var utvalgsgruppen noe mindre og bestod av 42 deltagere.



Figur 5: Aldersfordelingen i gruppen for a) Alle de unge i Norge (DEL 1) og b) Bosniere i Bosnia (DEL 2)

## 5.2 BAKGRUNNSINFORMASJON

	<b>Alle unge i Norge</b> (N=165)	<b>Vestlig bakgrunn i Norge</b> (N=39)	<b>Pakistanere i Norge</b> (N=78)	<b>Bosniere i Bosnia</b> (N=42)
<b>Gj.snitts alder</b>	24 år	25 år	23 år	23 år
<b>Kjønn</b>				
kvinner:	112(67,9 %)	25 (64,1%)	52 (66,7%)	23 (54,8 %)
menn:	53 (32,1 %)	14 (35,9%)	26 (33,3%)	19 (45,2 %)
<b>Sykdommer</b>				
Ja:	23 <sup>1</sup>	4 <sup>3</sup>	15 <sup>4</sup>	1 <sup>5</sup>
Nei:	142	35	63	41
<b>Utdanning:</b>				
vgs:	37	9	17	31
Høyere utdanning:	114	30	54	11
Annet:	14	2	7	0
Innen helse:	52 <sup>2</sup>	17	19	4
<b>Oslo</b>	110	27	51	-
Øst:	77	15	51	-
Vest:	33	12	0	-

Tabell 1

<sup>1</sup> Astma/allergi, hypothyroidose, depresjon/angst

<sup>2</sup> Hvorav 32 er odontologi studenter

<sup>3</sup> Astma/allergi

<sup>4</sup> Astma/allergi, stoffskifte (høy/lav), Irritable bowl syndrome, migrene, Ms, PCOS

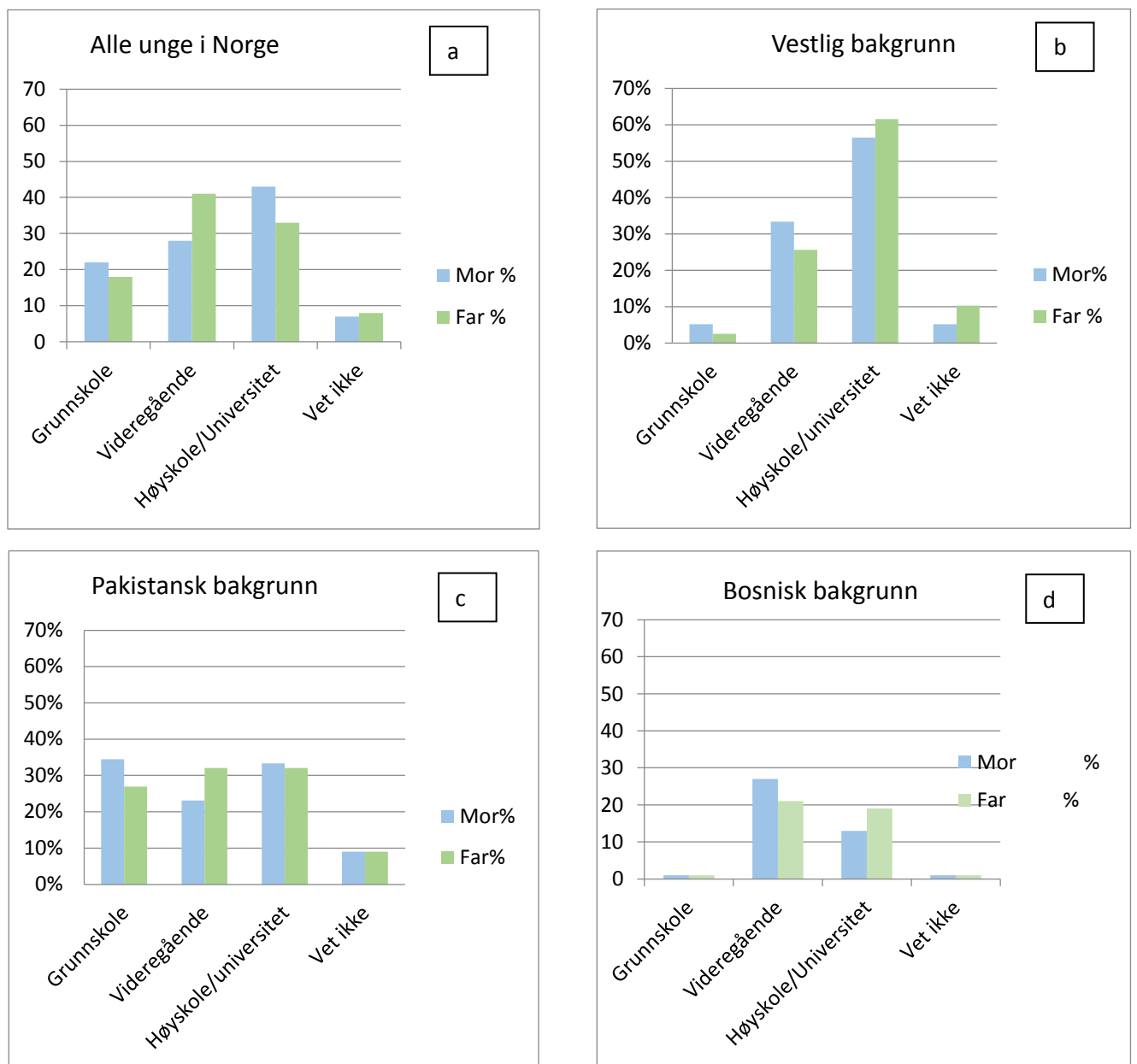
<sup>5</sup> Diabetes Type 1

## 5.3 UTDANNING

Deltakernes utdanning del 1: Av de 165 som svarte hadde 37 videregående utdanning, 45 hadde gjennomført/påbegynt bachelor grad, 69 hadde master. Dette er i Tabell 1 slått sammen til høyere utdanning. Resterende 14 svarte at de har annen type utdanning. Av de totalt 114 med gjennomført/påbegynt høyere utdanning var det 52 som hadde erfaring med helsefag. Når det gjelder de med vestlig bakgrunn, hadde 9 av deltakerne videregående utdanning, 30 hadde høyere utdanning og 2 hadde oppgitt annen utdanning. Av de med pakistansk bakgrunn hadde 17 videregående utdanning, 54 hadde høyere utdanning og 7 hadde annen type utdanning.

Deltakernes utdanning del 2: Av de 42 deltagerne var det 31 stykker med videregående utdanning, og 11 stykker med høyere utdanning, hvorav 4 studerte helsefag.

## Foreldrenes utdanning del 1 og 2



Figur 6 : Viser foreldrenes utdanning, a) Unge i Norge b) Vestlig bakgrunn c) Pakistansk bakgrunn d) Bosnisk bakgrunn

Del 1: Størsteparten har svart at mor har høyere utdanning, mens fedrene stort sett har gjennomført videregående utdanning.

Flere med vestlig bakgrunn har foreldre med høyere utdanning, 62% for far og 56% for mor.

De med pakistansk bakgrunn har en jevn fordeling av foreldrenes utdanning.

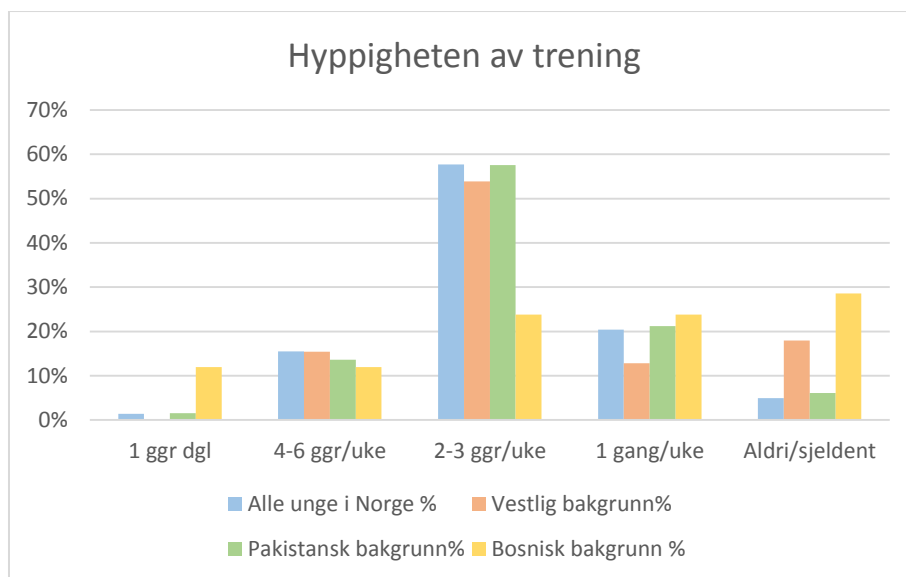
Del 2: av de 42 deltakerne, hadde 48% foreldre med videregående utdanning, mens 32 hadde foreldre med høyere utdanning.



## 5.4 TRENING

	Alle ung. i Norge (N=165)	Vestlig bakgrunn i Norge (N=39)	Pakistanere i Norge (N=78)	Bosniere i Bosnia (N=42)
<b>Trener du?</b>				
ja:	142 (86,1 %)	35 (89,7 %)	66 (84,6 %)	32 (76,2 %)
	109 kondisjon	24 kondisjon	52 kondisjon	23 kondisjon
	104 styrke	29 styrke	46 styrke	15 styrke
Nei:	23 (13,9 %)	4 (10,3 %)	12 (15,4 %)	10 (23,8%)
<b>Hva drikker du under trening?</b>				
vann	154 (93,3 %)	36 (92,3 %)	72 (92,3 %)	37 (88,1 %)
annet(sportsdrikker)	1 (0,6 %)	1 (2,6 %)	6 (7,7 %)	2 (4,8 %)
Ingen drikke	9 (5,5 %)	2 (5,1 %)	0 (0%)	3 (7,1 %)
Ikke svart:	1 (0,6%)			

Tabell 2: Trening



Figur 7: Hyppighet av trening

## 5.5 KUNNSKAP OM EROSJONER

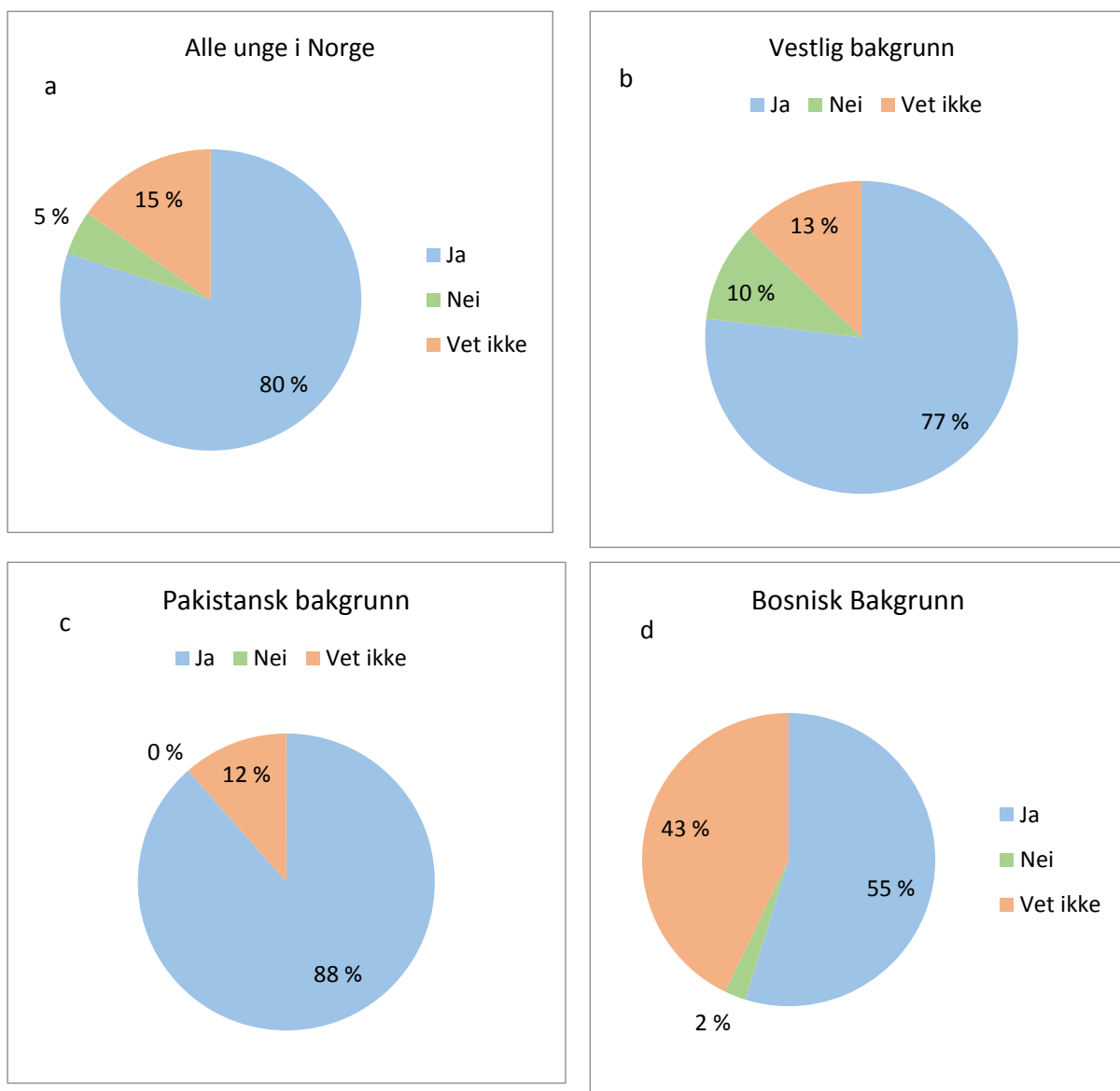
	Alle unge i Norge (N=165)	Vestlig bakgrunn i Norge (N=39)	Pakistanere i Norge (N=78)	Bosniere i Bosnia (N=42)
<b>Har du hørt om syreskader på tenner?</b>				
Ja:	149 (90,3 %)	37 (94,9 %)	71 (91,0 %)	20 (47,6 %)
Nei:	16 (9,7 %)	2 (5,1 %)	7 (9 %)	22 (52,4 %)
<b>Tror du selv du har syreskader?</b>				
ja:	49 (29,7 %)	12 (30,8%)	22 (28,2 %)	5 (11,9 %)
Nei:	100 (60,6 %)	25 (64,1%)	49 (62,8 %)	15 (35,7 %)
Vet ikke:	16 (9,7 %)	2 (5,1%)	7 (9 %)	22 (52,4 %)
<b>Har tannlegen nevnt noe om syreskader på tennene dine?</b>				
Ja:	15 (9,1 %)	5 (12,8 %)	9 (11,5 %)	7 (16,7 %)
Nei:	148 (89,7 %)	34 (87,2 %)	67 (85,9 %)	35 (83,3 %)
Ikke svart:	2 (1,2 %)	0 (0%)	2 (2,6%)	0 (0%)
<b>Tror du at du har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse?</b>				
Ja:	105 (63,6 %)	31 (79,5 %)	45 (57,7 %)	15 (35,7 %)
<b>Hvor lærte du det?</b>				
Skolen:	87	26	39	8
Media:	23	4	10	7
Helsesenter <sup>1</sup> :	23	5	18	5
Annet <sup>2</sup> :	18	6	8	5
Nei:	60 (36,4 %)	8 (20,5 %)	33 (42,3 %)	27 (64,3 %)

Tabell 3: Kunnskap om erosjoner

<sup>1</sup> Lege/tannlege/helsesøster

<sup>2</sup> Familie/studie/internett

Tror du at god munnhygiene kan forebygge/ stanse slik syreskade?



Figur 8, a: Alle de unge i Norge b: Vestlige i Norge, c: Pakistanere, d: Bosniere i Bosnia

Rett Bosnisk Bakgrunn til Bosnisk bakgrunn

## 5.6 HJELPEMIDLER VED HJEMMERUTINER

	Alle unge i Norge (N=165)	Vestlig bakgrunn i Norge (N=39)	Pakistanere i Norge (N=78)	Bosniere i Bosnia (N=42)
Tannbørste med fluortannkrem	164 (99,4%)	38 (97,4 %)	78 (100 %)	42 (100%)
Tannkrem uten fluor	1 (0,06%)	1 (2,6%)		
Tanntråd	100 (49,5%)	28 (71%)	40 (51,3 %)	17 (40,5%)
Interdentalbørster	12 (5,9%)	3 (7,7 %)	5 (6,4 %)	4 (9,5%)
Munnskyll	86 (42,6%)	19 (48,7 %)	39 (50 %)	18 (42,8%)
Miswak	4 (2%)	1 (2,6 %)	2 stk (2,6 %)	3 (7,2%)
Annet			2 stk (2,6 %)	

Tabell 4: Hvilke hjelpemidler som brukes for gjennomføring av hjemme rutinen

Av alle de unge i Norge var det 86 av 165 som brukte munnskyll og 46% brukte dette daglig, 13% brukte det to ganger om dagen, 13% brukte det 2-3 ganger i uken og 28% mente ingen av alternativene var passende, og oppgav svaret som annet.

Av de med vestlig bakgrunn, var det 52,6% som brukte munnskyll daglig, 26,3% brukte det 2 ganger per dag, 10,5% stk. brukte det 2-3 x per uke.

Av de med pakistansk bakgrunn brukte 29,5 % munnskyll daglig, 3,8 % bruker det 2x pr dag og 3,8% bruker det 2-3 ganger per uke.

Av de 18 deltakerne fra Bosnia som brukte munnskyll, svarte 5.5% at de brukte det daglig, 83.4% brukte munnskyll to ganger om dagen, og 11% brukte munnskyll 2-3 ganger i uken. Samtlige av de 18 oppgav at de brukte Listerine, mens blant de unge som bodde i Norge brukte de fleste fluorskyll.

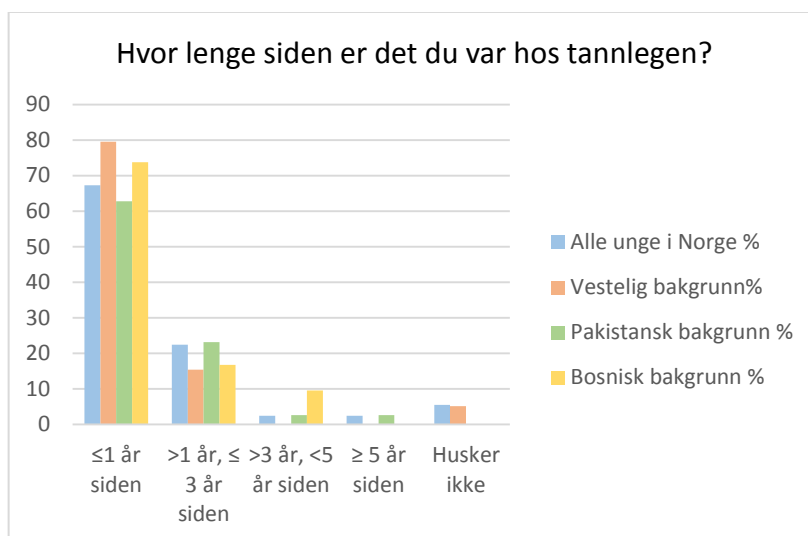
	Alle ung. i Norge (N=165)	Vestlig bakgrunn i Norge (N=39)	Pakistanere i Norge (N=78)	Bosniere i Bosnia (N=42)
Flux/Nycomed	27	11	12	
Colgate	8	1	5	
Listerine	14	3	5	18
SB12	12	1	2	
Corsodyl	3		2	
Aloe vera	2			
annet	12			

Tabell 5: Type skyllemiddel

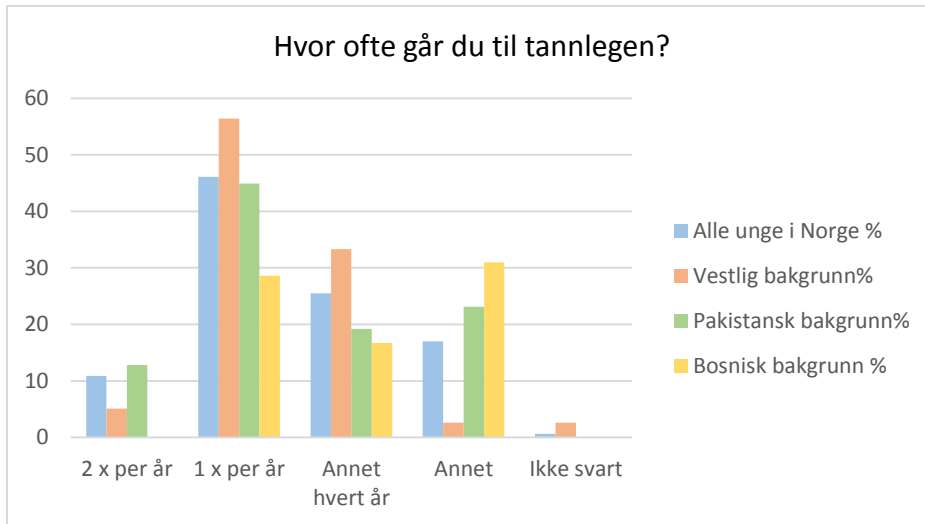
## 5.7 KUNNSKAP OM TANNHELSE OG HOLDNINGER

	Alle unge i Norge (N=165)	Vestlig bakgrunn i Norge (N=39)	Pakistanere i Norge (N=78)	Bosniere i Bosnia (N=42)
<b>Har du vært hos tannlegen?</b>				
Ja:	156 (94,5 %)	37 (94,9 %)	71 (91,0 %)	40 (95,2 %)
Nei:	8 (4,8 %)	1 (2,6%)	7 (9,0 %)	2 (4,8 %)
Ikke svart:	1 (0,6 %)	1 (2,6%)		
<b>Har du noen gang hatt plager med tennene?</b>				
Ja:	99 (60 %)	23 (59 %)	49 (62,8 %)	24 (57,1 %)
Nei:	66 (40 %)	16 (41 %)	29 (37,2 %)	18 (42,9 %)
<b>Har du noen fyllinger?</b>				
Ja:	113 (68,5 %)	28 (71,8 %)	50 (64,1 %)	37 (88,1 %)
Nei:	51 (30,9 %)	11 (28,2 %)	27 (34,6 %)	5 (11,9 %)
Vet ikke:	1 (0,6 %)			

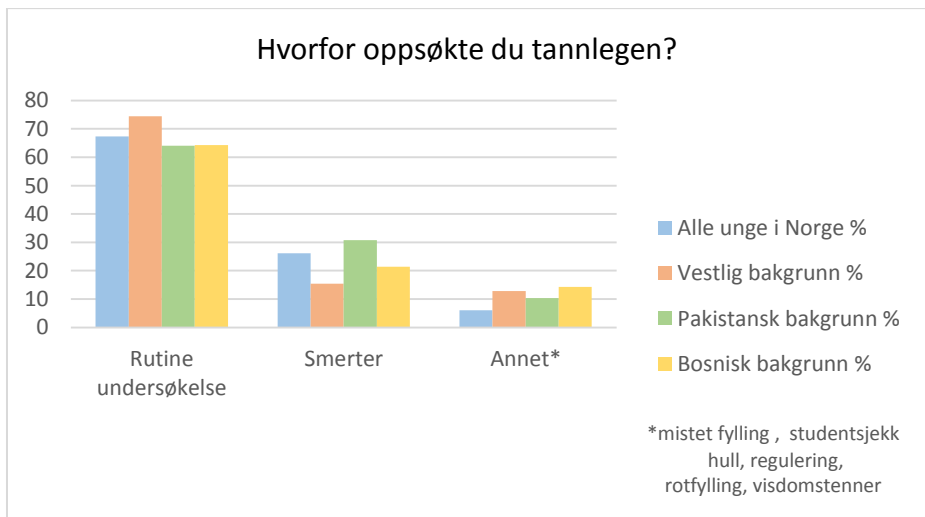
Tabell 6: kunnskap om tannhelse og holdninger



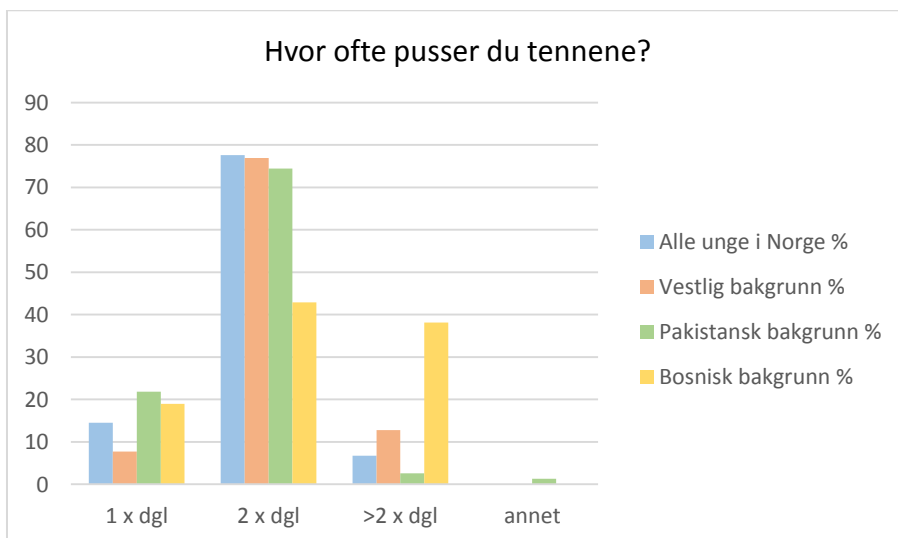
Figur 9: Siste tannlegebesøk samlet for alle gruppene.



Figur 10: Hyppighet av tannlegebesøk, samlet for alle gruppene



Figur 11: Besøksgrunn ved siste tannlegebesøk, samlet for alle gruppene



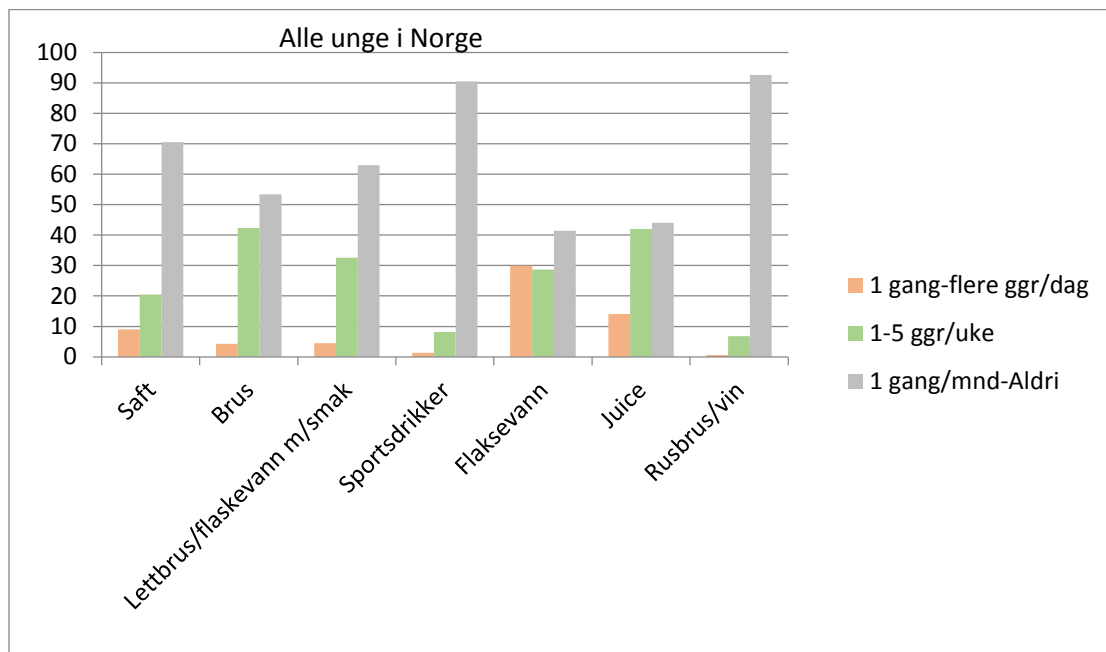
Figur 12: Hyppighet av tannpuss for alle i Norge

## 5.8 DRIKKE- OG KOSTHOLDSVANER

### Drikkevaner:

Unge i Norge N=165	Saft (%)	Brus (%)	Lettbrus/ flaksevann m/smak (%)	Sportsdrikker (%)	Flaske- vann (%)	Juice (%)	Rusbrus/ vin (%)
1 gang-flere ggr dgl	15 (9%)	7 (4,3%)	10 (4,5%)	2 (1,3%)	49 (29,9%)	23 (14%)	2 (0,6%)
1-5 ggr/uke	34 (20,5%)	69 (42,3%)	72 (32,6%)	13 (8,2%)	47 (28,7%)	69 (42%)	22 (6,8%)
1gang/mnd- aldri	117 (70,5%)	87 (53,4%)	139 (62,9%)	144 (90,5%)	68 (41,4%)	73 (44%)	299 (92,6%)

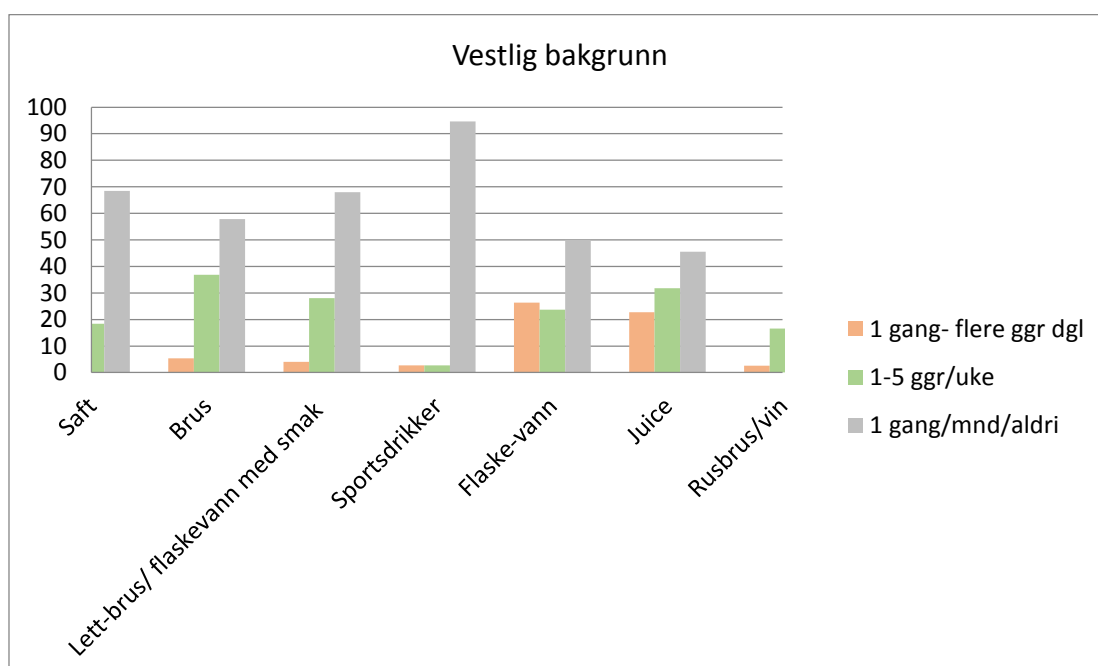
Tabell 7: Drikkemengde alle de unge i Norge:



Figur 13: Drikkevaner hos alle de unge i Norge

Vestlig bakgrunn N= 39	Soft (%)	Brus (%)	Lett-brus/ flaskevann m/smak(%)	Sportsdrikker(%)	Flaske- vann(%)	Juice(%)	Rusbrus/ vin (%)
1 gang-flere ggr dgl	5 (13,2%)	2 (5,3%)	3 (4,0 %)	1 ( 2,7%)	10 (26,3%)	10 (22,7%)	2 (2,6%)
1-5ggr/uke	7 (18,4 %)	14 (36,8%)	21 (28,0 %)	1 (2,7%)	9 (23,7%)	14 (31,8%)	13 (16,6%)
1 gang/mnd -aldri	26 (68,4%)	22 (57,9%)	51 (68,0 %)	35 (94,6%)	19 (50%)	20 (45,5%)	63 (80,8%)

Tabell 8: Drikkemengde for de med vestlig bakgrunn



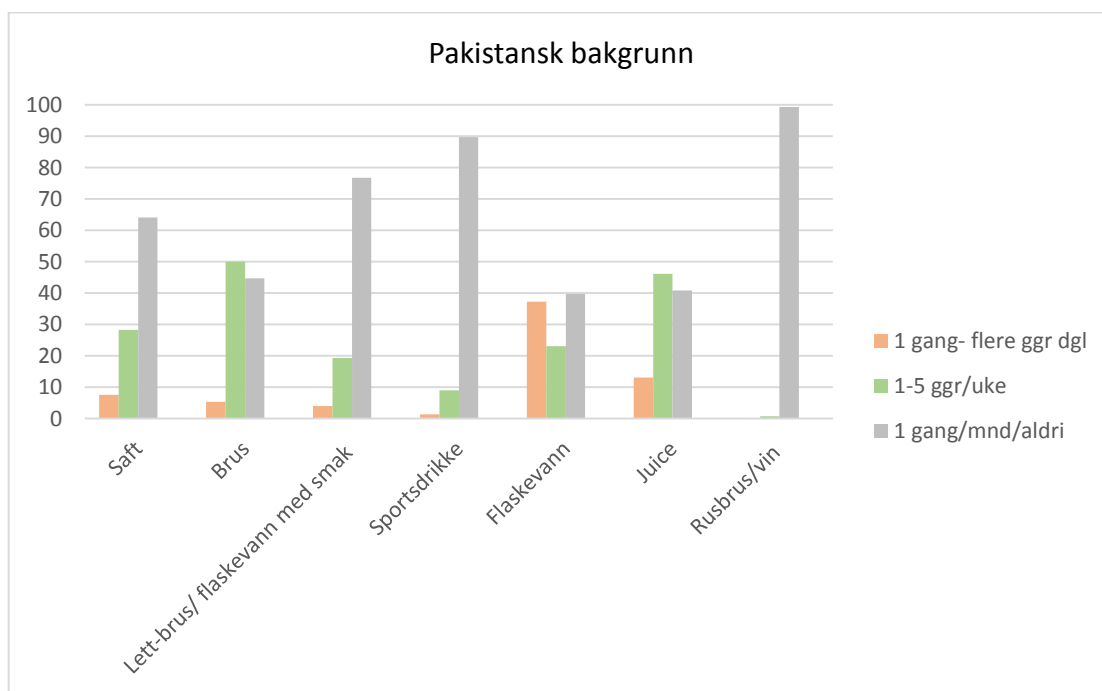
Figur 14: Drikkevaner hos individer med vestlig bakgrunn

Flaske-vann rettes til flaskevann



Pakistansk bakgrunn N= 78	Saft(%)	Brus(%)	Lett-brus/ flaskevann m/smak(%)	Sportsdrikker(%)	Flaske- vann(%)	Juice(%)	Rusbrus/ vin (%)
1 gang- flere ggr dgl	6 (7,6%)	4 (5,3%)	6 (4%)	1 (1,3%)	29 (37,2%)	10 (13,1%)	0 (0%)
1-5 ggr/uke	22 (28,3%)	38 (50%)	29 (19,3%)	7 (9,0%)	18 (23,1%)	35 (46,1%)	1 (0,7%)
1gang/mnd- aldri	50 (64,1%)	34 (44,7%)	115 (76,7%)	70 (89,7%)	31 (39,7%)	31 (40,8%)	150 (99,3%)

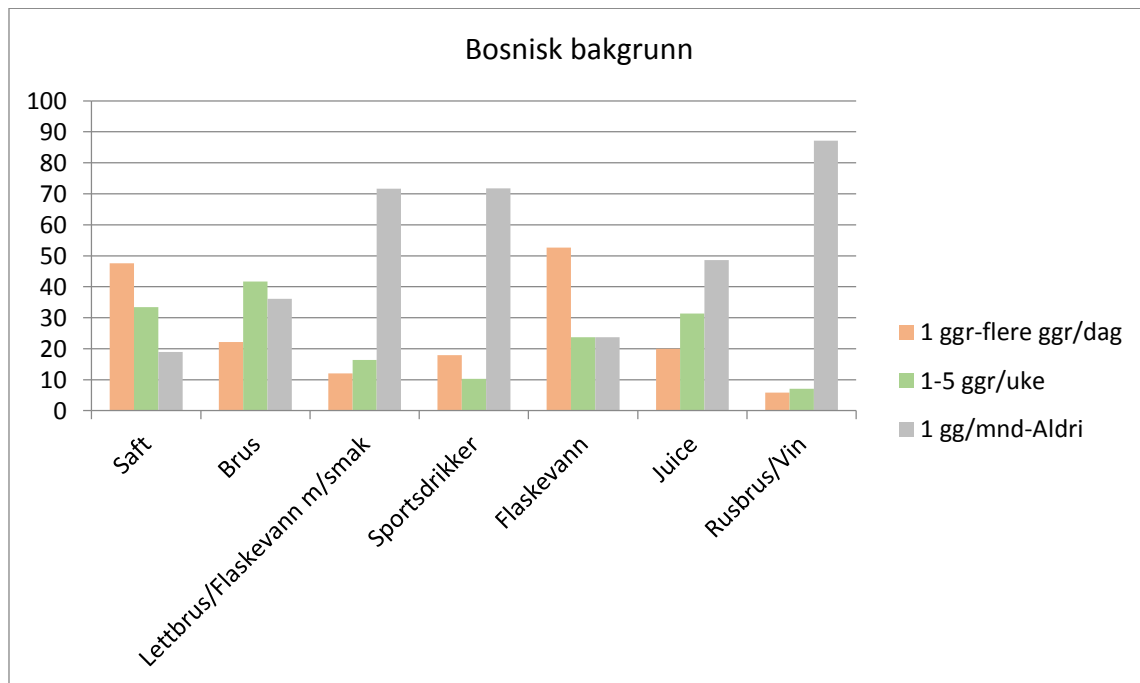
Tabell 9: Drikkemengde pakistanere i Norge



Figur 15: Drikkevaner hos pakistanere i Norge

Bosnisk bakgrunn N=42	Saft(%)	Brus(%)	Lettbrus/ Flaskevann m/smak(%)	Sportsdrikke(%)	Flaske- vann(%)	Juice(%)	Rusbrus/ Vin(%)
1 ggr-flere ggr/dag	20 (47,6%)	8 (22,2%)	8 (12%)	7 (17,9%)	20 (52,6%)	7 (20%)	4 (5,8%)
1-5 ggr/uke	14 (33,4%)	15 (41,7%)	11 (16,4%)	4 (10,3%)	9 (23,7%)	11 (31,4%)	5 (7,1%)
1gang/mnd- Aldri	8 (19%)	13 (36,1%)	48 (71,6%)	28 (71,8%)	9 (23,7%)	17 (48,6%)	61 (87,1%)

Tabell 10: Drikkemengde blant bosniere (Del II)

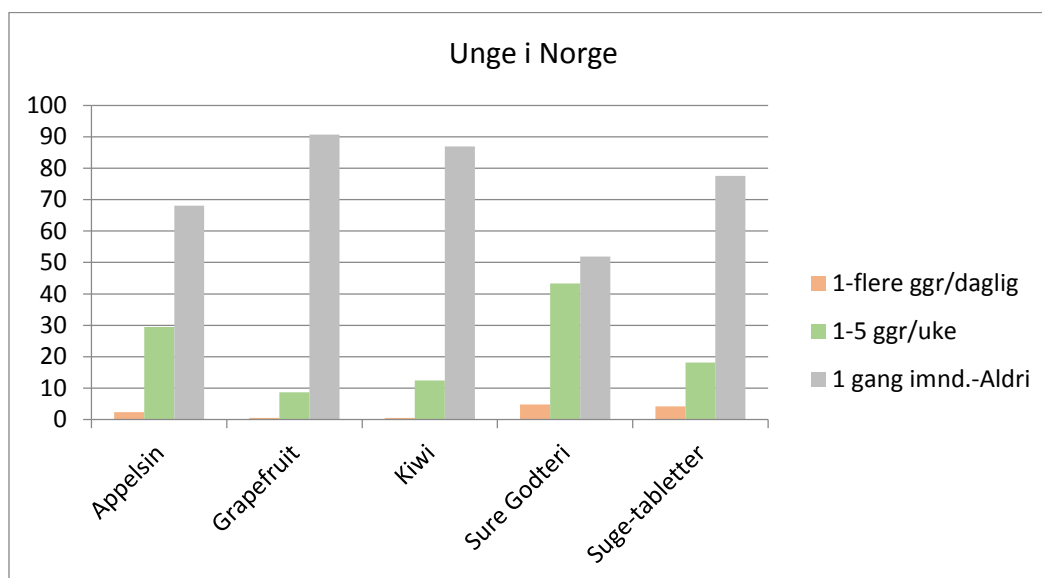


Figur 16: Drikkevaner hos bosniere (Del II)

## Kostholdsvaner

Alle ungdommene i Norge N=165	Appelsin(%)	Grapefruti(%)	Kiwi(%)	Sure godteri(%)	Sugetabletter(%)
1- Flere ggr/daglig	4 (2,4%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	5 (4,8%)	7 (4,2%)
1-5 ggr/uken	49 (29,5%)	14 (8,7%)	20 (12,5%)	45 (43,3%)	30 (18,2%)
1 gang/mnd.-aldri	113 (68,1%)	146 (90,7%)	139 (86,9%)	54 (51,9%)	128 (77,6%)

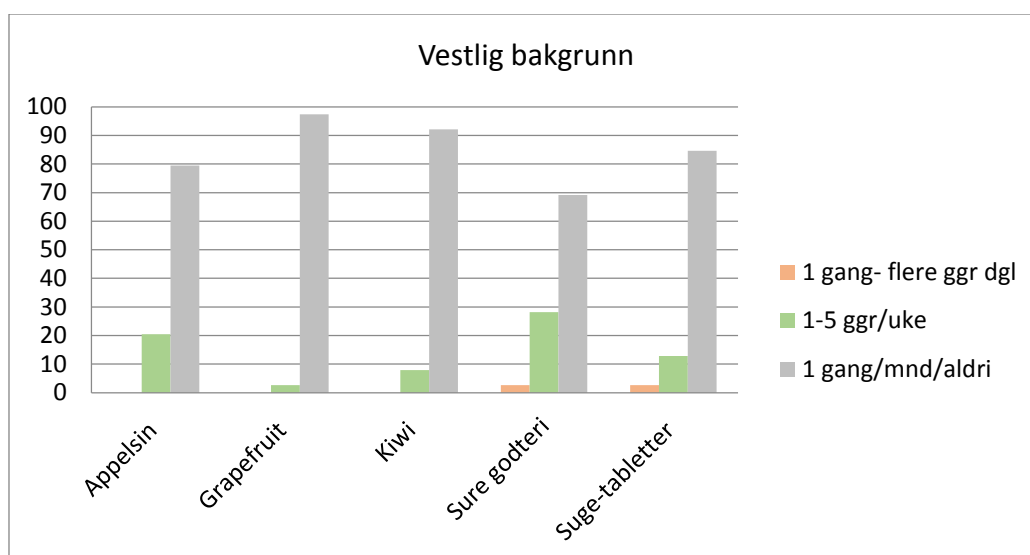
Tabell 11: Matvarer: Alle ungdommene i Norge



Figur 17: Spisevaner hos alle unge i Norge

Vestlig bakgrunn	Appelsin(%)	Grapefruit (%)	Kiwi (%)	Sure godteri(%)	Sugetabletter (%)
<b>N=39</b>					
1 gang- flere ggr dgl	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)
1-5 ggr/uke	8 (20,5%)	1 (2,6%)	3 (7,9%)	11 (28,2%)	5 (12,8%)
1 gang/mnd-aldri	31 (79,5%)	38 (97,4%)	35 (92,1%)	27 (69,2%)	33 (84,6%)

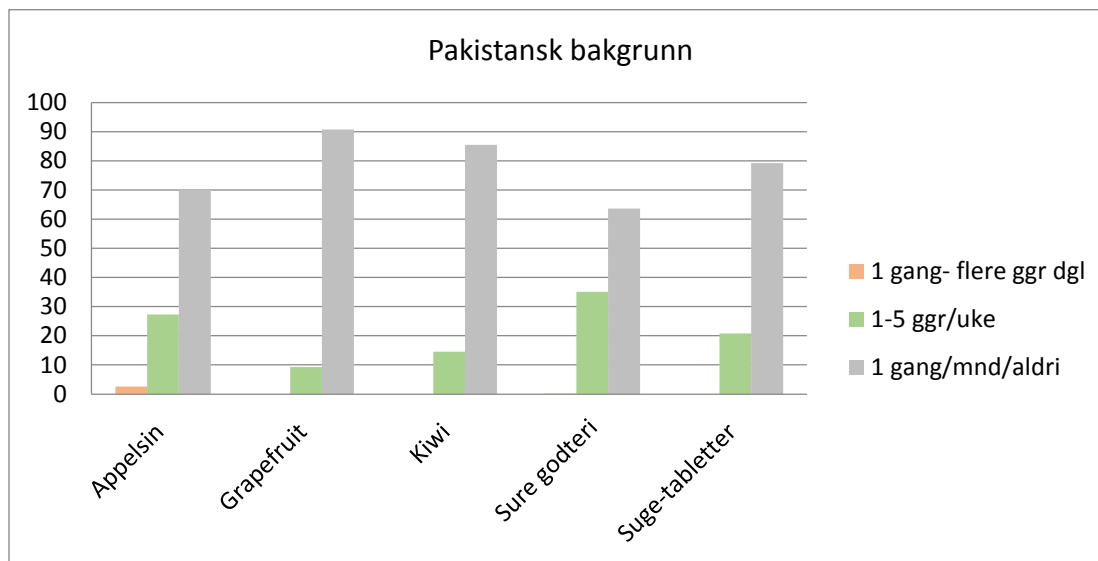
Tabell 12: Matvarer vestlig bakgrunn



Figur 18: Spisevaner hos de med vestlig bakgrunn i Norge

Pakistansk bakgrunn N= 78	Appelsin(%)	Grapefruit(%)	Kiwi (%)	Sure godteri(%)	Sugetabletter(%)
1 gang- flere ggr dgl	2 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,3%)	0 (0%)
1-5 ggr/uke	21 (27,3%)	7 (9,3%)	11 (14,5%)	27 (35,1%)	16 (20,8%)
1 gang/mnd-aldri	54 (70,1%)	68 (90,7%)	65 (85,5%)	49 (63,6%)	61 (79,2%)

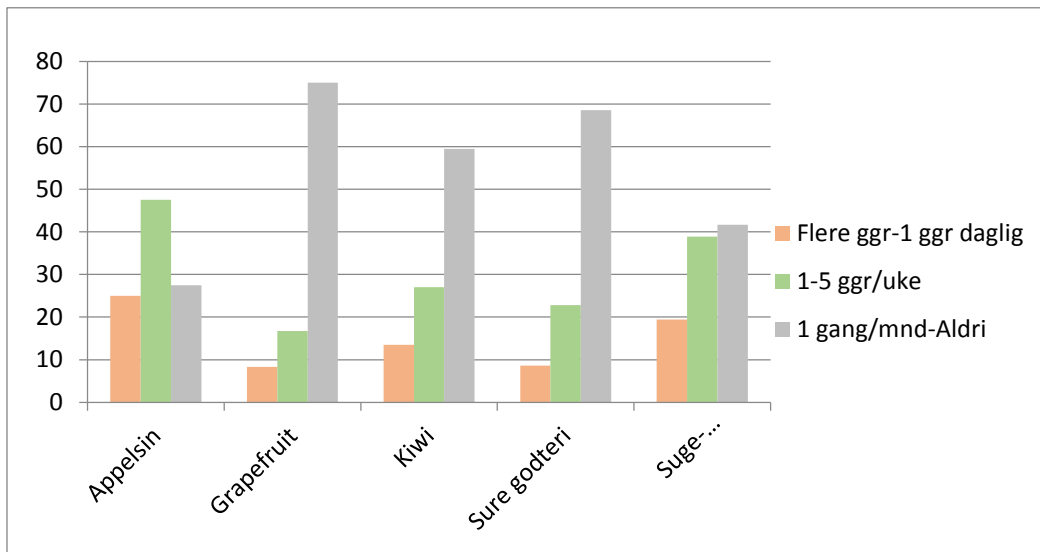
Tabell 13: Matvarer Pakistanere



Figur 19: Spisevaner blant pakistanere i Norge

Bosnisk bakgrunn N= 42	Appelsin(%)	Grapefruit(%)	Kiwi(%)	Sure godteri(%)	Sugetabletter(%)
Flere ggr-1 ggr daglig	10 (25,0%)	3 (8,3%)	5 (13,5%)	3 (8,6%)	7 (19,4%)
1-5 ggr/uke	19 (47,5%)	6 (16,7%)	10 (27,0%)	8 (22,8%)	14 (38,9%)
1 gang/mnd-aldri	11 (27,5%)	27 (75,0%)	22 (59,5%)	24 (68,6%)	15 (41,7%)

Tabell 14: Matvarer Bosniere



Figur 20: Spisevaner blant bosniere (Del II)

## 6.0 DISKUSJON

---

Tannhelseatferd hos de enkelte har grobunn i ulike faktorer som former ens livsstil. I denne studien har det blitt benyttet spørreskjema for å kartlegge de ulike gruppenes tannhelsevaner relatert til deres livsstil. Et viktig ledd i kartleggingen er organiseringen av tannhelsetjenesten i Norge. Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig og en privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) gir tannhelsetjenester til prioriterte grupper ifølge tannhelseloven. Den private sektoren tilbyr tannhelsetjenester til den voksne befolkningen. Fram til fylte 18 år (gruppe A) har norske barn rett til gratis tannlege, frem til fylte 20 år (gruppe D) har de reduserte priser på tannbehandling. Etter fylte 20 år er situasjonen slik at unge voksne må ta ansvar for egen tannhelse. De må da selv skaffe time hos tannlegen for kontroll og/eller eventuell behandling (23), og det er ofte på dette tidspunktet at mange faller ut av de gode rutinene.

Etter resultatbehandlingen ser vi at det er noen forskjeller mellom resultatene i del 1 og del 2 av undersøkelsen vår. Det som skiller seg mest ut er at det er en betydelig forskjell i antall besvarelser i de to delene, med 165 i første del mot en utvalgsgruppe på 42 deltakere i del 2. Dette gav noen utfordringer ved vurdering av resultatene, og har medført usikkerhetsmomenter som vi har måttet ta stilling til.

Gjennomsnittsalderen i undersøkelsen som en helhet kommer på 23-24 år, men i del 1 er det et flertall av de som er født i 1990-1991 som har svart, mens det i del 2 er en stor andel av deltakerne som er født i år 2000. Noe som kan gå igjen som en systematisk feilkilde i undersøkelsen og som kan gjøre resultatene noe misvisende. Likevel er det også en representativ del i aldersgruppen 1989-1991 som har svart og som jevner ut dette noe. I alle undergruppene er det et flertall av kvinner som har deltatt i studien.

Besvarelsene de ulike deltakerne gav er blitt illustrert ved hjelp av grafer. For å kunne sette resultatene fra de ulike utvalgsgruppene i sammenheng er det i figurene (7,9,10,11 og 12) valgt å slå sammen resultatene fra Del 1 og 2 i en og samme graf for lettere å kunne tolke forskjellene i atferd og vaner hos deltakerne.

Når det gjelder deltakernes utdanning, hadde 69% av alle de unge i Norge høyere utdanning, 77% av de med vestlig bakgrunn, 69% av pakistanere og 26% av de unge i Bosnia hadde

høyere utdanning. Årsaken til at færre hadde høyere utdanning i Del 2 Bosnia kan være at en stor andel var født i 2000 og var bare 16 år. Av de 165 i Norge som svarte, var det 52 stykker som hadde utdanning innen helse og sosialfag, hvorav 32 var odontologi studenter. Mens det i Bosnia kun var 10% som hadde utdanning innen helse. Dette kan være grunnen til at de har svart så ulikt på hvor mye kunnskap de har om tannhelse; 80% av alle de unge i Norge svarte at de trodde god tannhelse kunne forebygge syreskader, 77% av de med vestlig bakgrunn, 88% av pakistanerne i Norge mente det samme, mens kun 55% av de bosniske ungdommene trodde dette. En annen grunn kan være at informasjonen som gis til de bosniske ungdommene fra tannhelsepersonell har mer fokus på kariesforebyggelse enn på dentale erosjoner da karies er fremdeles et stort problem i Bosnia.

Generelt sett var foreldrenes utdanning lavere i den bosniske gruppen sammenlignet med de fra den norske gruppen. Ungdommene med pakistansk bakgrunn hadde foreldre med lavere utdanning, enn de med vestlig bakgrunn. I den sistnevnte gruppen var det flere foreldre som hadde gått høyere utdanning/universitet. I denne undersøkelsen er det en liten andel av befolkningen som er representert, men det kan tenkes at den lave utdanningsraten i Bosnia-Hercegovina og Pakistan gjenspeiles i resultatene (31, 38).

Forekomsten av syreskader i Norge er funnet å være 38% blant norske 18-åringer (46) i vår undersøkelse var det omtrent 30% av alle de unge i Norge som trodde de hadde syreskader, mot 11,9% i Bosnia Hercegovina. Det er veldig få studier om forekomsten av syreskader blant unge i Bosnia Hercegovina, noe som kan være et godt emne til videre forskning. Andre studier fra Norge har også funn som viser at 33% av ungdommene tror at de har syreskader på tennene sine (49), mot våre 30%. Det at det er en forskjell mellom forekomsten på 30% i vår studie, mot tidligere funn på 38%, har nok sammenheng i at vi kun baserer våre resultater på deltakernes subjektive opplevelser av egen tannhelse. I den bosniske gruppen var det kun 11,9% som mente de hadde syreskader, noe som kan ha sammenheng med at kun 47,6% i det hele tatt hadde hørt om hva syreskader er og kun 35,7% mener de selv har tilstrekkelig kunnskap om egen tannhelse. Av deltakerne fra Norge hadde 90% hørt om syreskader.

Dersom studien hadde blitt supplert med en klinisk undersøkelse av kalibrerte og objektive behandlere, hadde man muligens fått et resultat nærmere det som er realiteten. Det kan



hende deltakerne i undersøkelsen ikke er klar over hva man skal se etter selv, eller at de ikke oppdager syreskadene selv, før de begynner å få symptomer som ising, eller at de først legger merke til det når substanstapet er blitt betydelig stort slik at det blir merkbart for de også. Det at pasientene har fått ulike beskjeder fra tannlegen, kan tyde på at det er ulike scoring systemer som er brukt, og kanskje de tidligste stadier ikke er blitt registrert og pasienten er ikke blitt informert om det. Dessuten kan kunnskapsnivået om erosjoner og fokus på dette blant tannleger variere mellom Norge og Bosnia.

Tallene fra alle gruppene viser at over 80% ikke har hørt om syreskader fra tannlegen (tabell 3). Mulic og Kopperud (42) viste at tannleger i Norge er oppdaterte og har god kunnskap om dentale erosjoner, men det er viktig å få gitt god pasientinformasjon om forebygging av slike skader og tidlig diagnostikk, f.eks. ved å ta salivaprøver eller innhente kostholdsinformasjon. Under halvparten av tannlegene i undersøkelsen brukte kostholds skjema for å finne årsaken bak erosjonene hos pasientene (42). Informasjonsmangelen gjenspeiler seg også ved spørsmålet om ungdommene selv tenker at syreskader kan forebygges via munnhygiene, der hele 43% fra den bosniske gruppen svarer vet ikke. Dette kan tyde på manglende kunnskap om dentale erosjoner.

Av de oppgitte alternativene for sure drikker, drikkes det mest juice i løpet av uken. Det er mellom 50-60% som konsumerer juice i løpet av uken, noen flere ganger daglig også. Disse tallene er jevnlig for alle gruppene. I de ulike gruppene var det svært lave tall for konsum av sure matprodukter daglig. Men i løpet av uken var konsumet av surt godteri og appelsin høyt. Sjøvik et. al fra 2014 mener at fokuset i befolkningen har flyttet seg fra kariesforekomst, som synes å være lavere i disse dager, og til dentale erosjoner. Og at dette er den nye livsstils tannsykdommen, og gjør noen spennende funn angående forekomsten av syreskader hos 16-, 17- og 18-åringer i Vest-Norge, nemlig at ungdommene øker inntak av sure leskedrikker med økende alder, og at dette er en klar risiko for utvikling av syreskader på tennene. Det vi ser (av tabellene 7-14) er at de fleste bosniere drikker saft og flaskevann flere ganger om dagen, brus, lettbrus, og sportsdrikker blir konsumert i mindre grad. Blant pakistanerne var det flest som drakk flaskevann på dagsbasis, på ukeshbasis var det flere som drakk både brus, lettbrus, og juice, mens på månedsbasis var det et helt klart flertall som drakk lettbrus og vann med smak. Blant de med vestlig bakgrunn drakk flertallet flaskevann

og juice på dagsbasis, mens på ukesbasis var det flest som drakk brus og lettbrus/flaskevann på smak, på månedsbasis var det et flertall som svarte at de drakk rusbrus. Blant alle de unge i Norge var det et flertall av de som drakk juice og flaskevann på dagsbasis, videre er det en ganske jevn fordeling av de som drikker saft, brus, lettbrus/vann med smak, juice og flaskevann. På månedsbasis er det igjen et klart flertall som drikker rusbrus, men med ganske høye svarprosenten på de resterende svaralternativene. Med dette ser vi at de unge inntar store mengder av drikkevarer som øker sjansen for erosjoner på tennene.

Det kan være en sammenheng med lavere inntak av brus, sportsdrikker, flaskevann med smak, juice, rusbrus, vin hos bosniere sammenlignet med de unge i Norge, og den lave økonomien også. Det kan også være at de konsumerer mer kaffe, som jo er en viktig del av den sosiale tradisjonen blant både unge og eldre i Bosnia. I undersøkelsen er ikke utvalgsstørrelsen stor nok til at man kan si at det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller i tannhelsen blant bosniere i Bosnia. Men tidligere studier (40) har vist at det er betydelige forskjeller mellom foreldrenes utdanning og arbeid og forekomst av tannsykdom hos barn, og det er vist tydelige forskjeller mellom de som bor urbant og de som bor ruralt. Når det gjelder kulturelle forskjeller ser vi at både de unge med vestlig bakgrunn og de med pakistansk bakgrunn, oftere inntar brus og juice på ukebasis.

De fleste ungdommene i Norge rapporterte at de trener 2-3 ganger i uken, som utgjør ca. 60%. For de med vestlig bakgrunn utgjør disse tallene 54% og for de med pakistansk bakgrunn 58%. Det ser derfor ikke ut til å være stor forskjell mellom gruppene. I den bosniske gruppen derimot var det for samme mengde trening 24%. I underkant av 30% av ungdommene i Bosnia oppgav at de trener aldri eller sjeldent mot cirka 5% blant ungdommene i Norge. Det kan tenkes at det har sammenheng med trend og kulturforskjeller. Det er kjent at det også er forskjell i de sosiale aktivitetene blant ungdommer.

En feilkilde ved tolkning av våre funn kan relateres til bruk av spørreskjema fordi en da er avhengig av deltagernes hukommelse, subjektive holdninger og ærlighet. Ulike individer har ulikt kosthold, og det er mange som ikke husker hvor ofte og hvor mye de inntar av ulike produkter. Det har ikke vært mulighet til å undersøke pasientene klinisk og det finnes ingen vurdering av den kliniske tannhelsen deres, men vi har innhentet en oversikt over

deltagernes holdninger til tannhelsen og fått en viss pekepinn på hvordan deres orale helsesituasjon utarter seg.

Ut i fra resultatene ser det ut til at de fleste norske ungdommer går til tannlegen en gang per år eller annen hvert år (Figur 10). Det finnes ingen offisielle registerdata om tannbehandling i den norske befolkningen, etterspørselen i Norge er kartlagt på forskerinitiativ. I nasjonale utvalgsundersøkelser har det kommet frem at unge mer enn eldre etterspurte årlig tannbehandling (43).

Ca. 22% av de med pakistansk bakgrunn i Norge rapporterer at de går til tannlegen sjeldnere enn hvert halvannet år. De er også den gruppen som skårer høyere enn andre grupper på at de drar til tannlegen først når de har smerter (figur 10 og 11). Den årlige etterspørsel etter tannbehandling ligger høyt i Norge: 78 % har vært hos tannlegen i løpet av det siste året og 87% de to siste år (43). I artikkelen " Ungdoms orale helse i Norge ved tusenårsskiftet" (I. Espelid, 2002) hadde de som ikke hadde vært hos tannlegen, begrunnet dette med at de ikke hadde følt behov, ikke hadde råd, var redde eller ikke var innkalt.

Når det gjelder pussevaner svarte 70% av alle ungdommene i Norge at de går til tannlegen 1-2 ganger i året, mens 40% av ungdommene i Bosnia svarte det samme. Dette kan skyldes den økonomiske situasjonen i Bosnia og tannhelsetilbudet. Tannhelsetjenesten i Bosnia-Hercegovina er delt inn i offentlig sektor, forsikringsbasert og privat sektor. Det er en stadig økning av spesialist utdannede tannleger, men som kun utfører behandling på helt grunnleggende nivå. Endringene i den bosniske helsetjenesten har fulgt et Europeisk mønster i de senere årene (47), der de følger et system som skal sørge for universell helseforsikring til hele befolkningen, men til tross for dette så er det likevel 15% av befolkningen som ikke blir dekket av denne type forsikring (38). Det er altså mange som kun går til tannlegen for å få akuttbehandling (39). Arbeidsledigheten i Bosnia er høy: 28% av den arbeidsdyktige befolkningen er arbeidsledige, sammenlignet med omtrent 5% i Norge, noe som sannsynligvis kan føre til at tannlegebesøk blir nedprioritert.

Av de som lever i Oslo, bodde alle de med pakistansk bakgrunn i østkant bydelene. Resultatene viste at ca. halvparten med vestlig bakgrunn bodde på østkanten og andre halvparten på vestkanten i Oslo. Studien av Mulic et al. 2013 (39) har vist at det ikke er

signifikante forskjeller mellom forekomst av erosjonsskader og forskjeller på individer som bor på Oslo øst, sammenlignet med Oslo vest. Når det gjelder forskjeller i tannhelse mellom deltagere med innvandrerforeldre og etnisk norske, har undersøkelsen vist at det ikke er betydelige forskjeller. Både de med pakistansk bakgrunn og de med vestlig bakgrunn oppsøker tannlege i like stor grad, også sammenlignet med alle de unge i Norge. De har nokså lik karieserfaring og kunnskap om egen tannhelse. En annen studie (48) viser heller ingen forskjell mellom tannhelsen til barn som bor på Oslos østkant med barn som bor på Oslos vestkant, men det var derimot signifikante forskjeller mellom innvandrerbarn og norske barn, på begge sider av byen. Bosniske barn har betydelig dårligere tannhelse sammenlignet med andre vestlige Europeiske land (1), og det er her betydelige forskjeller i sosioøkonomisk status; og det er vist at denne er avgjørende for god tannhelse.

Nesten halvparten av ungdommene i Bosnia har svart at de pusser tennene 2 ganger om dagen, mens 78% av alle ungdommene i Norge pusser tennene to ganger om dagen. Men så bruker 83% av ungdommene i Bosnia munnskyll to ganger daglig, mot 13% av alle ungdommene i Norge. Det kan da tenkes at ungdommene i Bosnia er påvirket av reklamer og media; som lover at munnskyllmiddelet Listerine, som de fleste av deltakerne oppgav at de bruker, kan erstatte den daglige tannpussen og beskytte tennene mot hull i 24 timer (41). Deltagerne i Norge brukte hovedsakelig fluorskyll.

#### HYPOTESER

- *Tannhelsevaner arves fra innvandrer- foreldregenerasjonen og til andregenerasjonsinnvandrere, og fører til andre holdninger enn en kan forvente hos etnisk norske barn*

Det er faktum at det som skjer i familien preger ens vaner og atferd relatert til tannhelsen (14). Gode vaner dannes i tidlig alder, og barna påvirkes av foreldrenes vaner (5). Ut i fra resultatene fra vår studie er det ikke vesentlig forskjell mellom hygienevaner hos subgruppene, vestlig bakgrunn og pakistansk bakgrunn. Det ble rapportert inn noe lavere bruk av tanntråd blant de med pakistansk bakgrunn, 51,3%, enn de med vestlige bakgrunn 71%. Det kan tenkes å ha en sammenheng med foreldrenes kunnskap om tannhelse å gjøre. Man ser gjerne sammenheng mellom foreldrenes utdanning og kariesforekomsten (5). Det kan også være at kulturelle

forskjeller gjør at man ikke ser viktigheten av tantråd bruk. I studier gjort tidligere har de sett at foreldrene til barna med ikke-vestlig bakgrunn hadde mer negative holdninger til oral hygiene enn de med vestlig bakgrunn(5). Vaner som kan vise seg å henge igjen i voksen alder.

- *Det er forskjell i kosthold og tannhelsevaner hos ungdommer med ikke vestlig bakgrunn, sammenlignet med de med vestlig bakgrunn.*

Det viste seg å være noe høyere forekomst av uvaner relatert til kosthold, mer hos de med pakistansk bakgrunn enn hos de med vestlig bakgrunn. 50 % med pakistansk bakgrunn oppgir de drikker brus 1-5 ganger i uken, mot 36,8% blant de med vestlig bakgrunn. Det ser ut til å være noe høyere konsum av både juice og saft i den pakistanske gruppen også (Tabell 8 og 9). Det er derimot ingen betydelige forskjeller mellom subgruppene i inntak av sure matvarer. Det tradisjonelle pakistanske kostholdet viser stor forskjell fra det norske kostholdet (5). Årsaken til høyere forekomst av karies blant pakistanere i Norge nevnes å være mangel på kunnskap om hva som er sunt kosthold. Det største problemet er et for høyt inntak av saft og godteri (30).

- *Sammenheng mellom tannhelse og sosioøkonomisk status.*

I denne undersøkelsen ses ingen forskjeller mellom de ulike gruppene i Norge, men resultatene må tolkes med forsiktighet i og med at det er en liten utvalgsstørrelse undersøkelsen er basert på. Dette funnet støtter opp om annen forskning som er blitt gjort med dette temaet (50). Når det gjelder de bosniske deltakerne i undersøkelsen er det flest med lavere utdanning som har svart, og kunnskapsnivået angående tannhelse er ikke høyt. Dermed kan man trekke assosiasjoner som er vist i andre studier også om at sosioøkonomiske forhold er avgjørende for god tannhelse (1).

- *Ulik oppvekstbakgrunn gir forskjellige holdninger til tannhelsen*

Studien til Mulic et al. 2013 (39) har vist at det ikke er signifikante forskjeller mellom forekomst av erosjonsskader og om man bor på øst- eller vestkanten i Oslo. Når det gjelder forskjeller i tannhelse mellom innvandrerbarn og etnisk norske, har

undersøkelsen vist at det ikke er betydelige forskjeller. Både de med pakistansk bakgrunn og de med vestlig bakgrunn oppsøker tannlege i like stor grad, også sammenlignet med alle de unge i Norge. De har nokså lik karieserfaring og kunnskap om egen tannhelse. En annen studie (48) viser heller ingen forskjell mellom tannhelsen til barn som bor på Oslos østkant med barn som bor på Oslos vestkant, men det var derimot signifikante forskjeller mellom innvandrerbarn og norske barn, på begge sider av byen. Studier fra Bosnia Hercegovina viste en signifikant forskjell mellom de sosioøkonomiske forholdene og kariesforekomsten. Og at foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn var av stor betydning for forekomsten av karies og kvaliteten av oral hygiene hos pasientene, også i forhold til boforhold, enten deltakerne bodde urbant eller ruralt (12).

## 7.0 KONKLUSJON

---

Selv om resultatene som oppgaven presenterer ikke danner et tilstrekkelig grunnlag som man kan trekke plausible konklusjoner fra, er det en del som støtter opp om tidligere forskning og litteratur. Kartleggingen av vaner og atferd viser at det generelt er noen hull i kunnskapen hos de unge om egen tannhelse og erosjoner på tennene, og det er nettopp dette vi ønsker å opplyse om, slik at det kan settes inn tiltak for å øke bevisstheten rundt nettopp dette.

## 8.0 REFERANSER

---

- (1) Nina Markovic, Amra Arslanagic Muratbegovic, Sedin Kobaslija, Elmedin Bajric, Mediha Selimovic-Dragas, Amina Huseinbegovic. Caries Prevalence of children and adolescents in Bosnia and Hercegovina. 2013, Academy of science and Arts of Bosnia and Herzegovina.
- (2) Helsedirektoratet; utvikling I Norsk helse, rapport fra 2015- Matforsyningsstatistikk og helse rapporter.
- (3) Heidi Lyshol Anna Biehl. Tannhelsestatus i Norge , En oppsummering av eksisterende kunnskap , Rapport 2009:5, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- (4) Tone Strand, Hildegunn Wingdahl, Dorthe Holst. Barns tannhelse i Oslo, Norsk Tannlegeforenings tid. 2012.
- (5) Marit S. Skeie, Ivar Espelid, Kristin S. Klock, Anne Skaare og Dorthe Holst, SMÅTANN-prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse, Nor Tannlegeforen Tid 2011; 121: 220—6
- (6) Worldatlas- Countries With The Highest Levels Of Soft Drink Consumption, Revidert 1. Mars 2017.
- (7) Skaare, Mulic, Bjørg Tveit, Sagen, Uhlen Dentale erosjoner blant studenter i Oslo i 2010.. (998-994) Nor Tannlegeforen Tid 2011; 121: 988—94
- (8) Norsk helseinformatikk, Syreplager. Revidert: 31.12.16.  
<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/mage-tarm/syreplager-refluks-veiviser-2230.html>
- (9) Folkehelseinstituttet, FAKTAARK: Spiseforstyrrelser - fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse Oppdatert 25.01.2016
- (10) Ann-Katrin Johansson, Dental erosjon. Moderne tannslitasje og ny folkesykdom, Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 260—5.
- (11) Felleskatalogen- Nexium Enterotabletter,  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/nexium-2care4-615280> (besøkt 15.05.17)
- (12). Saban, Ridic, Karamenic, Delic-Sarac, Dzananovic, Coric, Ridic, Panjeta. Assessments of the socioeconomic status and diet on the prevalence of dental caries at school children in central Bosnian canton. Mater Sociomed 2014;26(5):309-312.
- (13) Det store norske leksikon (<https://snl.no/atferd>) (besøkt 02.12.17)
- (14) Knut-Inge Klepp, Leif Edvard Aarø (red.), 2009, Ungdom, livsstil og helsefremmede arbeid, kapittel 1 s.19-40, Oslo.
- (15) Knut-Inge Klepp, Leif Edvard Aarø (red.), 2009, Ungdom, livsstil og helsefremmede arbeid, kapittel 5, s.89-102, Oslo.
- (16) Kjetil Strøm, 2009, Unge menneskers syn på egen tannhelse, En kvalitativ og kvantitativ studie, Universitetet i Oslo

- (17) <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/bosniere-integreringsvinnerne>, Samfunnsspeilet, 4/2016, På flukt fra Bosnia-Hercegovina til Norge på 1990-tallet, Bosniere – integreringsvinnerne? Publisert: 14. desember 2016, Forfatter: Minja Tea Dzamarija
- (18) Saeed A. U., Khorram N., Softa S., 2013, Livsstil og karies hos ikke-vestlige barn I et generasjonsperspektiv, Universitetet i Oslo
- (19) Trond Ekorndrud, Arne Jensen, 2011, Tannhelse blant voksne, voksne bruker tannlegetenester ulikt, Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå, 4/2011, 2-8 (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vaksne-bruker-tannlegetenester-ulikt>).
- (20) Helsedirektoratet  
<https://helsedirektoratet.no/lists/publikasjoner/attachments/1021/utviklingen-i-norsk-kosthold-2015-IS-2382.pdf> (besøkt 02.02.17), Helsedirektoratet; utvikling I Norsk helse, rapport fra 20015- Matforsyningsstatistikk og helse rapporter.
- (21) Anne Nordrehaug Åstrøm, Knut-Inge Klepp og Oddrun Samdal, 2004, Konsum av sukret mineralvann og søtsaker blant norske skoleelever: sterk økning fra 1989 til 2001, Den norske tannlegeforenings Tidene, 114: 816–21 (<http://www.tannlegetidende.no/i/2004/15/dntt-120665>)
- (22) Peter Lingström och Christina Fjellström, 2008, Så påverkar kostvanor den orala hälsan, Den norske tannlegeforenings tidene, 118: 14–21
- (23) Regjeringens nettside  
(<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>) (besøkt 02.03.17)
- (24) Nøkkeltall for innvandring og innvandrere, oktober 2016  
(<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>) (besøkt 02.03.17)
- (25) Nesten 10 000 bosatte syriske innvandrere, mars 2016  
(<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03>) (besøkt 02.02.17)
- (26) Innvandrere på Oslo-kartet  
(<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-pa-oslo-kartet>) (besøkt 27.03.17)
- (27) <http://www.zzjzfbih.ba/svjetski-dan-oralnog-zdravlja/> (besøkt 15.02.17) Institute for public health FBiH, publisert 11. Mars 2015.
- (28, 29) <http://www.globalis.no/Statistikk/BNP-per-innbygger> (besøkt 01.04.17), BNP per innbygger, Globalis, FN-sambandet, United Nations Association of Norway.
- (30) <http://www.utrop.no/15020> (besøkt 01.04.17), Utrop-Norges første flerkulturelle avis, Dårlig tannhelse, Toril Thu Strande 16.06.2008 12:06
- (31) MA Shah, ML Darby, DB Bauman, 2009, Improving oral health in Pakistan using dental hygienists, Int J Dent Hygiene 9, 2011; 43–52



- (32) Namrita Harchandani, 2012, Oral health challenges in Pakistan and approaches to these problems, Pakistan Oral & Dental Journal Vol 32, No. 3: 497-501
- (33) IMDI, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Innvandrerbefolkningen i Norge, oppdatert 29.november 2016
- (34) Erik Wiig Andersen, NRK Sørlandet, Tannkrise blant barn fra Øst-Europa, Publisert 11.04.2014
- (35) Kommunal Rapport, Bosniere klarer seg best, Av Tone Holmquist, 21.11 1997.
- (36) Bryggeri- og drikkevare foreningen (besøkt 01.04.17)  
[http://drikkeglede.no/tall\\_og\\_fakta/?PT\\_Radnr=3&mnd=5&aar=2017](http://drikkeglede.no/tall_og_fakta/?PT_Radnr=3&mnd=5&aar=2017)
- (37)[http://www.slate.com/articles/health\\_and\\_science/map\\_of\\_the\\_week/2012/07/map\\_of\\_soda\\_consumption\\_americans\\_drink\\_more\\_than\\_anyone\\_else.html](http://www.slate.com/articles/health_and_science/map_of_the_week/2012/07/map_of_soda_consumption_americans_drink_more_than_anyone_else.html) (besøkt 01.04.17)
- (38) Kelly Hill, Original Articles, Possibilities for Social Cohesion in Education: Bosnia-Herzegovina, Peabody Journal of education, volume 86, publisert 2011
- (39) Mulic A, Skudutyte-Rysstad R, Tveit AB, Skaare AB. Risk indicators for dental erosive wear among 18-yr-old subjects in Oslo, Norway. Eur J Oral Sci 2012; 120: 531–538.
- (40) Aida Saban, Ognjen Ridic, Jasenko Karamehic, Orhan Saban, Marina Delic-Sarac, Nejra Džananovic, Jozo Coric, Goran Ridic, and Mirsad Panjeta, Journal List Mater Sociomedv. Assessments of the Socioeconomic Status and Diet on the Prevalence of Dental Caries at School Children in Central Bosnian Canton, US National Library of Medicine, National Institutes of health.
- (41)[http://www.listerine.no/startpage\\_16210.aspx?utm\\_medium=cpc&utm\\_source=google&utm\\_term=listerine&utm\\_content=text&utm\\_campaign=go-no-nor-ps-listerine-bc-exa/bm&gclid=CJ2c3YD35NMCFQuUsgodm08PGA](http://www.listerine.no/startpage_16210.aspx?utm_medium=cpc&utm_source=google&utm_term=listerine&utm_content=text&utm_campaign=go-no-nor-ps-listerine-bc-exa/bm&gclid=CJ2c3YD35NMCFQuUsgodm08PGA) (13.05.17)
- (42) Jenny Bogstad Sjøvik, Anne Bjørg Tveit, Trond Storesund & Aida Mulic  
Dental erosion: a widespread condition nowadays? A cross-sectional study among a group of adolescents in Norway, Acta Odontologica Scandinavica, (2014)
- (42) Aida Mulic og Simen E. Kopperud, Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger, Nor Tannlegeforen Tid 2013; 123: 784–8
- (43) Dorthe Holst, Jostein Grytten og Irene Skau, Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. Nor Tannlegeforen Tid 2005; 115: 212–6
- (44) Jostein Grytten, Etterspørsel og tilbud av tannhelsetjenester – betydning for arbeidsmarkedet for tannhelsepersonell, Tannlegespesialistenes fellesorganisasjon Fornebu 30.01.2015 (<https://www.tannlegeforeningen.no/ViewFile.aspx?id=5659>)

- (45) Ivar Espelid, Ungdoms orale helse i Norge ved tusenårsskiftet, *Nor Tannlegeforen Tid* 2002;112:266-9
- (46) Aida Mulic, Anne Bjørg Tveit & Anne Skaare .Prevalence and severity of dental erosive wear among a group of Norwegian 18-year-olds. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2013;71(3-4):475-81,
- (47) Šejla Cilovic-Lagarija, Mediha Selimoviæ-Dragaš, Efficiency of dental health care in Federation of Bosnia and Herzegovina, Institute for Public Health of Federation of Bosnia and Herzegovina, , *Journal of Health Sciences* 2013;3(2):145-150)
- (48) Tone Strand, Hildegunn Wingdahl og Dorthe Holst; "Barns Tannhelse i Oslo, Et kombinert etnisk- og øst-vest-perspektiv, *Nor Tannlegeforen Tid*. 2012; 122:872-7
- (49) Anne B. Skaare, Aida Mulic, Mina Aker Sagen, Marte-Mari Uhlen og Anne Bjørg Tveit; Dentale erosjoner blant studenter 2010, *Nor Tannlegeforen Tid*. 2011; 121:988-94
- (50) Jenny Bogstad Søvik, Erosjoner blant norske 16-18-åringene. Hyppighet, risikoindikatorer og genetisk variasjon, *Nor Tannlegeforen Tid* 2016; 116: 298
- (51) [Pindborg, 1970]
- (52) J. M. ten Cate and T. Imfeldten Cate JM, Imfeld T, Dental erosion, summary: Dental erosion, summary *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 241-244. ©Munksgaard, 1996. Dental Sciences
- (53) Av Fejerskov, Nyvad, Kidd, *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*, Keyes 1960, third edition.
- (54) T. Baumann, T. S. Carvalho & A. Lussi , The effect of enamel proteins on erosion, received: 16 July 2015, accepted: 22 September 2015, Published: 15 October 2015
- (55) Uhlen MM, Stenhagen KR, Dizak PM, Holme B, Mulic A, Tveit AB, Genetic variation may explain why females are less susceptible to dental erosion, Vieira AR. *Eur J Oral Sci* 2016; 124: 426–432. © 2016 Eur J Oral Sciences
- (56) Mulic, A ; Fredriksen, Ø ; Jacobsen, I D ; Tveit, A B ; Espelid, I ; Crossner, C G Dental erosion: Prevalence and severity among 16-year-old adolescents in Troms, Norway, *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, September 2016, Vol.17(3), pp.197-201
- (57) Prof Dr Adrian Lussi, Dr Matthias Strub, OA, Dr Brigitte Zimmerli, OA, Dr Thomas Jaeggi, OA *Dental Erosions: Diagnosis, Risk Factors*, , Department of Preventive, Restorative and Pediatric Dentistry University of Bern, Switzerland
- (58) Viivi Alaraudanjokia,\*, Henna Saarelaa, Reetta Pesonen, Marja-Liisa Laitala, Heikki Kiviahdea, Leo Tjäderhanea,b,c, Adrian Lussid, Paula Pesonenb, Vuokko Anttonena, Is a Basic Erosive Wear Examination (BEWE) reliable for recording erosive tooth wear on 3D models?, *Journal of Dentistry*
- (59) Åstrøm, Klepp og Samdal, «Konsum av sukret mineralvann og søtsaker blant norske skoleelever: sterk økning fra 1989 til 2001», *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 816—21



# Tannhelse blant unge voksne mellom 16-30 år

Side 1

Dette spørreskjemaet er en del av en masteroppgave som skrives ved Det odontologiske fakultet. Den skal brukes til å kartlegge atferd og vaner rundt egen tannhelse blant unge voksne. Spørreskjemaet er anonymt.

Født (år) \*

Kjønn \*

- Kvinne  
 Mann

Side 2

Sideskift

## Generelt

Har du noen sykdommer? \*

- Ja  
 Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du noen sykdommer?»: Ja

Hvis ja, hvilke?

Bruker du noen medikamenter? angi hvilke

Er du født i Norge? \*

- Ja  
 Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Er du født i Norge?»: Nei

Hvis nei, hvilket land?

Hvilket land kommer foreldrene dine fra?

Mor fra:

Far fra:

Side 3

Sideskift

## Utdanning

- Grunnskole  
 Videregående: studiespesialisering  
 Videregående: idrettsfag  
 Videregående: yrkesfag  
 Bachelor utdanning  
 Master utdanning  
 Phd  
 Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Utdanning»: Bachelor utdanning, Annet, Phd, Master utdanning

Studieretning:

### Abeid (en eller fere)

- Elev/student
- Arbeider i privat sektor fulltid
- Arbeider i offentlig sektor fulltid
- Selvstendig næringsdrivende?
- Arbeidsløs
- Annet (deltid)

Hvilken utdanning har foreldrene dine?

	Grunnskole	Videregående	Høyskole/universitet	Vet ikke
Mor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Side 4

Sideskift

### Hvilken by bor du i?

### Hvis du bor i Oslo, hvilken bydel?

Side 5

Sideskift

### Atferd og vaner

Hvor ofte drikker du en eller flere av disse? (kan sette flere kryss)

	Flere ganger daglig	1 gang daglig	3-5 ganger i uken	1-2 ganger i uken	1 gang i måneden	Aldri
Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportsdrikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flaskevann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flaskevann med smak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusbrus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Side 6

Sideskift

Hvor ofte spiser du følgende (kan sette flere kryss)

	Flere ganger daglig	1 gang daglig	3-5 ganger i uken	1-2 ganger i uken	1 gang i måneden	Aldri
Appelsiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grapefrukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sure godteri/drops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugetabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Side 7

Sideskift

### Driver du med, eller har du drevet med, fysisk trening de siste 5 årene \*

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Driver du med, eller har du drevet med, fysisk trening de siste 5 årene»: Ja

### Hvis ja, hva slags?

- Kondisjon/utholdenhet
- Styrke

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Driver du med, eller har du drevet med, fysisk trening de siste 5 årene»: Ja

### Hvor ofte?

- Daglig
- 4-6 ganger i uken
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- Sjelden eller aldri

### Trener du aktiv nå? \*

- Ja
- Nei

### Hvor lang periode trente du eventuelt?

### Drikker/ drakk du under eller etter trening?

- Nei
- Ja, vann
- Ja, annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Drikker/ drakk du under eller etter trening?»: Ja, annet

### spesifiser:

Sideskift

Side 8

### Har du hørt om syreskader på tennene?

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du hørt om syreskader på tennene?»: Ja

### Hvis ja, tror du selv du har syreskader?

- Ja
- Nei

### Har tannlegen nevnt noe om syreskader på tennene dine?

- Ja
- Nei

### Tror du at god munnhygiene kan forebygge/ stanse slik syreskade?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Sideskift

Side 9

### Har du vært hos tannlegen?

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du vært hos tannlegen?»: Ja

#### Hvor lenge siden er det du var hos tannlegen?

- 1 år eller mindre
- Mer enn 1 år, mindre enn 3 år
- Mer enn 3 år, mindre enn 5 år
- 5 år eller mer

#### Sist du var hos tannlegen, hva var hensikten med besøket?

- Rutineundersøkelse
- Behandle plager med tennene/tannpine
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Sist du var hos tannlegen, hva var hensikten med besøket?»: Annet

#### Spesifiser:

#### Hvor ofte går du til tannlegen?

- En gang i året
- To ganger i året
- Annethvert år
- Annet

#### Har du noen gang hatt plager med tennene?

- Ja
- Nei

#### Har du noen fyllinger?

- Ja
- Nei

Generell kunnskap

#### Tror du at du har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse?

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Tror du at du har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse?»: Ja

#### Hvis du svarte ja på forrige spørsmål, hvor lærte du det?

- Skolen
- Media
- Helsecenter
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hvis du svarte ja på forrige spørsmål, hvor lærte du det?»: Annet

#### Hvis annet, hvor?

Sideskift

#### Hjemmerutiner

##### Hva bruker du når du skal gjennomføre hjemmerutinen

- Tannbørste med tannkrem
- tantråd

- Interdentalbørste
- Munnskyll
- Pinne/Miswak
- Annet

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Hva bruker du når du skal gjennomføre hjemmerutinen»: Munnskyll

**Hvor ofte bruker du munnskyll og hvilken type?**

**Hvor ofte pusser du tennene**

- En gang om dagen
- To ganger om dagen
- Flere ganger om dagen
- Annenhver dag
- Annet

Sideskift

**Andre kommentarer**

**Takk for deltakelsen!**

Hilsen Belma Focak og Maliha Khan



## Anketa o oralnom zdravlju kod omladine

Side 1

Ova anketa je dio magistarskog rada na stomatološkom fakultetu u Oslu. Želimo da uporedimo navike i znanje oko sopstvenog oralnog zdravlja kod mladih između 16-30 godina. Anketa je anonimna.

Godina rođenja \*

Spol \*

- Zensko  
 Musko

Sideskift

Side 2

### Opšta informacija o zdravlju

Dali bolujete od neke bolesti? \*

- DA  
 NE

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Dali bolujete od neke bolesti?»: DA

Ako ste odgovorili da, navedite od koje/kojih

Dali koristite medikamente ili prehrambene dodatke? Navedite koje.

Navedite mjesto rođenja \*

### Mjesto rođenja vasih roditelja

Majka

Otac

Sideskift

Side 3

### Skolovanje

- Osnovna  
 Srednja  
 Bachelor  
 Magistar  
 Doktorat  
 Drugo

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Skolovanje»: Magistar, Bachelor, Srednja, Drugo, Doktorat

Smijer studija/skolovanja

Posao (mozete izabrati vise odgovora)

- Dzak/Student  
 Zaposlen/a u privatnom sektoru  
 Zaposlen/a u javnom sektoru  
 Samozaposlen/a

Nezaposlen/a

Drugo

Skolovanje vaših roditelja

### Skolovanje vase majke

Osnovna

Srednja

Visa skola/ Univerzitet

Ne znam

### Skolovanje vaseg oca

Osnovna

Srednja

Visa skola/ Univerzitet

Ne znam

Sideskift

Side 4

**Navedite u kojem gradu živite \***

Koliko često pijete navedene proizvode?

	Vise puta dnevno	Jednom dnevno	3-5 puta sedmicno	1-2 puta sedmicno	Jednom mjesecno	Nikad
Sok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gazirani sok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Light proizvodi gaziranih sokova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportski napitci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flasirana voda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flasirana voda sa okusom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dzus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napici poput Somersbya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sideskift

Side 5

**Koliko često jedete navedene proizvode?**

	Vise puta dnevno	Jednom dnevno	3-5 puta sedmicno	1-2 puta sedmicno	Jednom mjesecno	Nikad
Narandje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grapefruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kisele slatkise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bombone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sideskift

Side 6

**Dali ste se bavili fizickim aktivnostima zadnjih 5 godina? I dali se idalje bavite?**

Da

Ne

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Dali ste se bavili fizickim aktivnostima zadnjih 5 godina? I dali se idalje bavite?»: Da

**Ako ste odgovorili da, koja je vrsta aktiviteta?**

- Snaga
- Kardio

**Koliko cesto se bavite fizickim aktivnostima?**

- Svakodnevno
- Jednom sedmicno
- 2-3 puta sedmicno
- 4-5 puta sedmicno
- Rijetko kad/nikada

**Dali trenirate idalje? \***

- Da
- Ne

**Koliko dugo ste se bavili fizickim aktivnostima? (godina, mjeseci ili slicno)**

**Dali ste pili osvezavajuce napitke tokom, ili nakon, treninga?**

- Ne
- Da, vodu
- Da, drugo

Dette elementet vises dersom et av falgende alternativer er valgt på spørsmål «Dali ste pili osvezavajuce napitke tokom, ili nakon, treninga?»: Da, drugo

**Navedite koju vrstu napitka**

Sideskift

Side 7

**Dali ste culi za erozije na zubima?**

- Da
- Ne

Dette elementet vises dersom et av falgende alternativer er valgt på spørsmål «Dali ste culi za erozije na zubima?»: Da

**Ako ste odgovorili "Da", dali mislite da vi to imate?**

- Da
- Ne

**Dali vam je vas stomatolog spominjao erozije?**

- Da
- Ne

**Dali mislite da adekvatna osobna higijena moze sprijeciti/zaustaviti erozije?**

- Da
- Ne
- Ne znam

Sideskift

Side 8

**Dali ste isli kod stomatologa?**

- Da
- Ne

**Kad ste zadnji put bili kod stomatologa?**

- Prije godinu dana ili manje

- Prije vise od godinu dana, manje od 3
- Prije vise od 3 godnie, manje od 5
- Prije 5 godina ili vise

**Povodom cega ste bili kod stomatologa zadnji put?**

- Rutinski pregled
- Zbog bolova/problema sa zubima
- Drugi razlog

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Povodom cega ste bili kod stomatologa zadnji put?»: Drugi razlog

**Navedite taj drugi razlog**

**Koliko cesto idete kod stomatologa?**

- Jednom godisnje
- Dva puta godisnje
- Svake druge godine
- Drugo

**Dali ste ikada imali problema sa zubima?**

- Da
- Ne

**Dali imate plombi u zubima?**

- Da
- Ne

Opsto znanje

**Dali mislite da imate dovoljno znanja o oralnom zdravlju?**

- Da
- Ne

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Dali mislite da imate dovoljno znanja o oralnom zdravlju?»: Da

**Ako ste odgovorili "Da" na predhodno pitanje, gdje ste to znanje stekli?**

- U skoli
- U medijima
- U domu zdravlja
- Drugo

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ako ste odgovorili "Da" na predhodno pitanje, gdje ste to znanje stekli?»: Drugo

**Ako ste odgovorili "drugo", gdje?**

Sideskift

Side 9

**Domace rutine**

**Sta koristite kad obavljate higijenu kod kuce? (mozete izabrati vise odgovora)**

- Cetkicu i kalodont
- Konac za zube
- Interdentalne cetkice
- Vodu za ispiranje zuba
- Stapic/Miswak

Drugo

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Sta koristite kad obavljate higijenu kod kuće? (možete izabrati više odgovora):  
Vodu za ispiranje zuba

**Ako koristite vodu za ispiranje zuba, koliko cesto koristite i koju vrstu?**

**Koliko cesto cistite zube?**

- Jednom dnevno
- Dva puta dnevno
- Vise puta dnevno
- Svaki drugi dan
- Drugo

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Koliko cesto cistite zube?»: Drugo

**Ako ste odgovorili "drugo", upisite komentar ovdje**

Side 10

Sideskift

**Ako imate dodatnih komentara na anketu, navedite ih ovdje**

**Hvala vam na pomoci!**

Sa postovanjem Maliha i Belma

Nettskjema v96.0