

Tannhelsepersonells erfaringer vedrørende barn med mye karies og foreldrenes tannhelsekunnskap

Studenter: Heela Faizi og Husna Noori
Veileder: Linda Stein

Masteroppgave innenfor odontologi, mai 2018

Innhold

Forord.....	3
Abstrakt/sammendrag	4
1. Introduksjon.....	6
2. Materiale og metode	10
Valg av metode:.....	10
Informanter:.....	11
Etisk betraktning.....	11
Forberedelse og gjennomføring av intervju:	12
Transkribering og analyse.....	13
Litteratursøk:.....	14
3. Resultater	15
Bakenforliggende faktorer	15
Foreldrenes kunnskap og holdninger.....	15
Foreldrenes bakgrunn.....	16
Betydning av foreldrerollen.....	17
Kommunikasjon.....	18
Oppfølging.....	18
Pasient/foreldres oral health literacy.....	18
Behandlers ivaretagelse av pasienten (empati, motivasjon, tilvenning)	20
Helsefremmede og forebyggende arbeid	23
Tverrprofesjonelt samarbeid	23
Politiske føringer (samhandlingsreformen, helsesøsters retningslinjer)	24
4. Diskusjon	26
Bakenforliggende faktorer	26
Kommunikasjon.....	28
Helsefremmende og forebyggende arbeid	31
Vurdering av studiens reliabilitet og validitet	34
Konklusjon.....	36
5. Referanser:.....	37
Vedlegg 1	40
Vedlegg 2	42
Takk!.....	43

Forord

Takk til vår veileder som hjalp oss gjennom hele veien, og ikke minst takk til alle anonyme tannleger/tannpleiere som var villig til å la seg intervjuet av oss og dermed gi oss et godt underlag for en god masteroppgave. Vi setter stor pris på deres bidragelse.

Ikke minst, vil vi takke våre kjære familiemedlemmer og venner som har støttet og motivert oss gjennom en krevende periode med siste årseksamener, klinikk og skriving av masteroppgaven.

Abstrakt/sammendrag

Bakgrunn: I Norge har 20 % av barn 80 % av de registrerte kariesangrepene. Forskning viser at foreldres kunnskap, atferd og evne til å forstå helseinformasjon påvirker barnets tannhelse. For eksempel har barn av foreldre som har problemer med å forstå helseinformasjon mer karies og uteblir oftere fra timeavtaler. Vi ville undersøke hvilke erfaringer tannleger/tannpleiere har vedrørende disse barna og deres foreldre. Tanker om hvordan man kan på best mulig måte ivareta disse barnas tannhelse var også av interesse. Hensikten med intervjuet var å samle inn nok erfaringskunnskap til å skrive en master om hvordan bakenforliggende faktorer og foreldre har påvirkning på barnets tannhelse. I tillegg var det ønskelig med tanker om hva helsearbeidere, spesielt innenfor tannhelsetjenesten, kan gjøre for å forbedre barnets tannhelse når foreldres kunnskap om tannhelsen er begrenset.

Metode: Et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert dybdeintervju av seks tannhelsepersonell med god erfaring med barnepasienter ble utført. Deretter ble intervjuene transkribert og analysert.

Funn og resultat: helsepersonellets erfaring viste at kariesutvikling hos barn er multifaktoriell, med stor påvirkning fra foreldrene. Faktorer som foreldrenes kunnskap, bakgrunn, hygienevaner, holdninger, livsstil, foreldrerolle og prioritering var av stor betydning for barnets orale helse. Informantene mente at tannhelsepersonellets kommunikasjon og relasjon til foreldre og barn hadde stor betydning for å forebygge og behandle karies hos barn. Oppfølging av pasientene, foreldrenes oral health literacy og behandlerens ivaretagelse hadde stor betydning for effektiv kommunikasjon, ifølge informantene. Samarbeid med andre sektorer innenfor samfunnet ble lagt vekt på av flere informanter, bl.a. utdanningssektoren, media og underholdningssektoren og resten av helse- og omsorgs sektoren. Noen av informantene mente at politiske føringer var viktig for å kunne få forbedring i samfunnets orale helse.

Konklusjon: Kariesutvikling hos barn var avhengig av flere faktorer, der foreldrenes innflytelse og rolle var av stor betydning. Foreldrenes holdning, bakgrunn, livsstil, kunnskap

og forståelse for helserelatert kunnskap (oral health literacy) påvirket barnets orale helse. Tannhelsepersonellets språk, kommunikasjonsegenskaper og motivasjon påvirket foreldrenes oral health literacy og relasjon til behandler, som igjen hadde påvirkning på forebygging og behandling av kariessykdommen. God kommunikasjon og relasjon til foreldre og barn hadde reduserende effekt på karies forekomsten. Samfunnet som helhet er ansvarlig for barnets kariesutvikling, og derfor vil et godt samarbeid innenfor flere sektorer i samfunnet gi gode resultater i forbindelse med reduksjon av karies forekomsten.

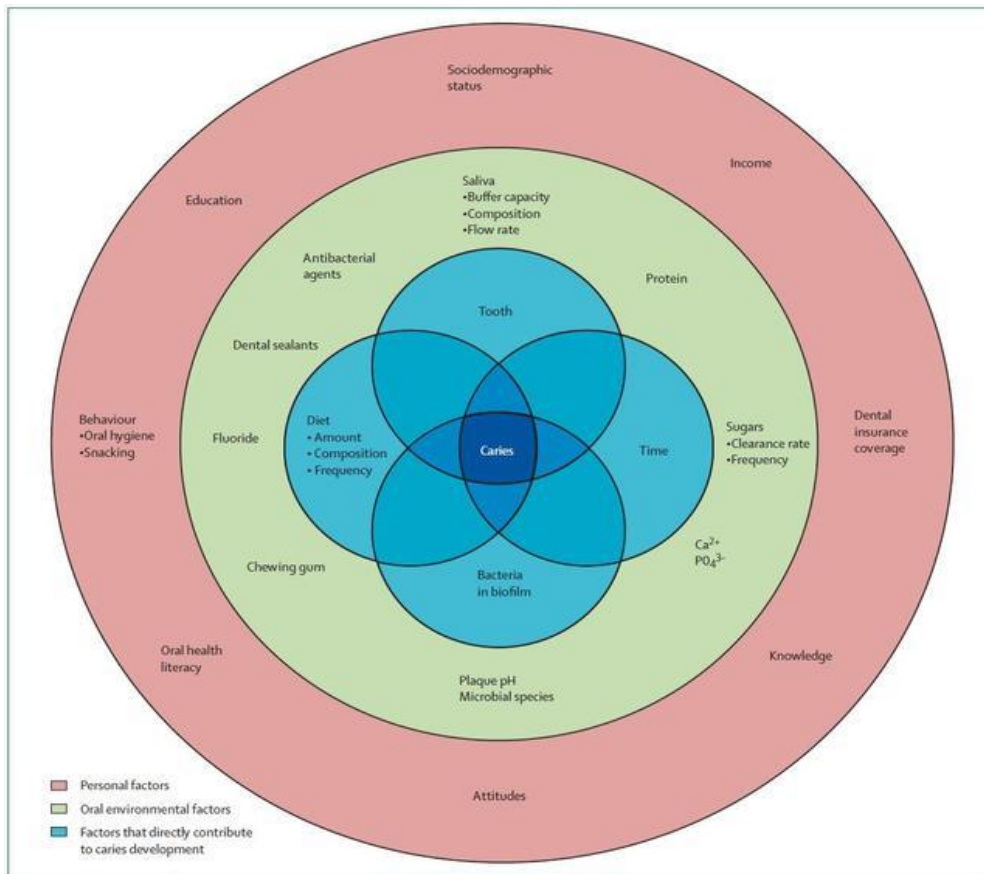
1. Introduksjon

Dental karies er den mest prevalente kroniske sykdommen på verdens basis, med tilregnet 5 milliarder mennesker som har karies. Dette er en stor økonomisk byrde for helsetjenesten (1). Når det gjelder Norge har kariesforekomsten hos barn gått ned i de siste ti-årene og ligger nå relativt lavt. Bl.a. ser vi fra registreringene fra Den offentlige tannhelsetjenesten at kariesfrie 12-åringere har økt fra 33% i 1991 til 59.2% i 2016. Likevel var det en liten gruppe av barn i 2016 som hadde høyt antall kariesangrep, altså en SIC indeks på 2.6% (2). Spesielt gjelder dette 5-åringere, som har mer urovekkende tall med en ustabil utvikling og ujevn fordeling. En studie fra 2007 viste skjevfordelingen av karies hos 5-åringere der 10% av barna hadde 70% av all karieserfaringen (3, 4). Samme problem finnes i USA der forbedring i den orale helsen ikke kan sees så mye hos småbarn som i andre grupper, og at ulikheten i oral helse hos de yngste barna er på vei til å bli større (5). Selv om forekomsten av karies er redusert, er sykdommen et alvorlig problem for de barna som rammes. Hos før-skolebarn kan karies ha innvirkning på barnets vekst, utvikling og livskvalitet. Det er vitenskapelig evidens for at karies i primærtannsettet øker risikoen for karies i det permanente tannsettet, i tillegg kan ubehandlet karies føre til smerte, infeksjon, forstyrret tannutvikling og søvnproblemer (4). Derfor er det viktig å tilpasse og fordele resursene til det det trengs, og risikopasient-barngruppen med mye karieserfaring, blir stadig viktigere målgruppe for oss for å kunne redusere kariesforekomsten (6).

For å kunne forbedre den orale helsen til barn gjennom å sette i gang de riktige tiltakene, er det først essensielt å vite hva som forårsaker karies, og spesielt da hvilke andre faktorer som bidrar til utvikling av karies hos denne gruppen. Som Duijster & Van Loveren forklarer i sin artikkel; å hindre karies i tenner virker ganske enkelt – man hindrer sykdommen ved å fjerne dental plakk hver dag, bruke fluor i tannkrem og kontrollere sukkerinntaket (8). Dette gjelder både forebygging og årsaksrettet behandling av karies, ikke symptombehandling av karies som er fyllingsterapi eller annen invasiv behandling. Det finnes en enkel behandling/forebyggingstiltak mot karies, men hvorfor er det da så vanskelig å hindre karies i å oppstå eller forebygge sykdommen?

Karies er en kronisk infeksjøs sykdom, og initieres av ugunstig oralmiljø og orale forhold. De ugunstige orale forholdene, bl.a. opphoping av belegg/plakk som inneholder energikilder for bakterier, legger til rette for bakteriell vekst og deres produksjon av syrlige komponenter. Det sure miljøet under plakk vil føre til demineralisering, og hvis demineralisering av tannvev overgår remineralisering dannes kaviteter, som er et av symptomene til karies. For å få kariøse kaviteter er det helt grunnleggende å ha kariogen diett (høyt sukker inntak), oral flora (spesielt bakterien *Strep. Mutans*), man må selvfølgelig ha tenner, og denne prosessen skjer over tid. Tid er en essensiell faktor i prosessen, fordi en tann må gå gjennom flere demineraliseringsfaser for en periode av tid frem til at en kavitet kan oppstå. Så hyppige sukkerinntak kombinert med dårlig oralhygiene over lang tid er assosiert med høy kariesprevalens (7).

At karies er så vanskelig å hindre har sammenheng med at karies har en multifaktorell etiologi, dvs. at det er flere kjente og muligens enda ukjente faktorer for oss som påvirker utviklingen av karies. Fejerskov og Manji (1990) (9) forklarte dette med at det finnes 3 hovedgrupper av faktorer som påvirker kariesutviklingen; 1) faktorer som direkte påvirker kariesutviklingen (markert blått i figur 1), 2) oralmiljø faktorer (markert grønt i figur 1) og 3) personlige faktorer (markert som rødt i figur 1).



Figuren forklarer at å fjerne belegg, altså pusse tenner, er påvirket av både oralmiljø faktorer og personlige faktorer som vaner, kunnskap, adferd, oppvekstvilkår, kultur, sosioøkonomisk bakgrunn, osv. En av måtene å vurdere oralkunnskap på er oral health literacy. Dette kompliserer etiologien til karies ytterligere. Fordi å kunne pusse tenner og fjerne plakk er det nødvendig bl.a. med vaner, forståelse og kunnskap om karies, foreldrenes hjelp og ikke minst deres holdninger til karies. Det er viktig å fokusere på bakenforliggende faktorer forbundet med kariesutviklingen, ikke bare på kliniske parametere eller nærliggende kariesrisikofaktorene som er mest vanlig, understrekes i Skeie (2011) sin forskningsartikkel fra SMÅTANN-prosjektet. Dette prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse (10). Foreldre er spesielt viktig for små-barns karieserfaring, ikke minst er det foreldres ansvar i å legge til rette og opprettholde barnets helse, inkludert tannhelse(7, 10) . Småbarnet selv kan ikke belastes/anklages for karieserfaringen(10). Derfor spiller foreldre en sentral rolle i forebygging av barnets oralhelse, og det er viktig at foreldrene prøver å forstå og lete etter kunnskap som kan komme til nytte for barnets orale helse (7).

Generelt er det vitenskapelig anerkjent at foreldrene har påvirkning i utvikling og forebygging av ECC, early childhood caries. SMÅTANN-undersøkelsen la vekt på undersøkelse av både tannhelseadferd og holdninger hos foreldre for å kunne forstå den komplekse etiologien til karies hos små barn. Oppfølgingsstudien av SMÅTANN viste at foreldrenes holdninger til orale helsen utgjorde en viktigere prediktor for kariestilvekst hos 3- og 5-åringer enn tidligere karieserfaring som regnes som den viktigste i dag. Det ble også konkludert med at kulturbakgrunn gjenspeiles i holdninger og vaner, men også i hvilket utdanningsnivå foreldrene har. Dermed vil mangel på kunnskap kunne føre til uheldige kostvaner med konsekvenser for den orale helsen (10), og dette anses som SMÅTANNs viktigste forskningsmessige bidrag i forebygging av ECC. Tidlige forebyggende tiltak rettet mot bearbeiding av foreldres holdninger kan da være en av viktige tiltak mot forebygging av ECC (10). I en systematisk oversiktsartikkel ble det konkludert med at foreldrenes orale helsevaner påvirker barnas orale helse, og at forebyggende tiltak kreves for å gi barn bedre orale helse og god livskvalitet. Spesielt skulle tiltakene fokusere på hele familien, deres livsstil og oral helse vaner (11).

Det finnes flere kvantitative studier som forklarer sammenhengen mellom foreldre og deres påvirkning på barns tannhelse, og kanskje enda flere studier som forklarer ulike strategier og hva man kan gjøre for å gi disse barn god tannhelse og forbedre kunnskap, holdninger og vaner hos foreldre. Kvalitative studier som fokuserer på bakenforliggende faktorer på tannklinikken og hvilke tiltak som erfaringsmessig fungerer bedre enn andre finnes det imidlertid sparsomt med informasjon om. Målet med denne studien var å undersøke tannlegers og tannpleieres erfaringer i møte med barn med mye karies og deres foreldre. Vi ville videre undersøke hvordan tannleger/tannpleiere ser på sammenhengen mellom barn med mye karies og foreldrenes kunnskap, og hva erfarne tannleger/tannpleiere gjør i møte med disse pasientene og deres erfaringer. Det var også ønskelig å få frem hvilke andre tanker tannleger/tannpleiere har med tanke på å ta vare på denne pasientgruppen og foreldrene og legge til rette for mulighet til bedre tannhelse.

2. Materiale og metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for denne studien. Vi vil gå litt inn på valg av metode, valg av informanter, forberedelse av intervju, gjennomføring av intervju, og transkribering og analyse av funn.

Valg av metode:

Forskningens tema og innfallsvinkel har vært retningsgivende for valg av metodiske tilnærming. Fokuset vårt var foreldres kunnskap og barnas tannhelse, om den har noe sammenheng, og hva kan vi som tannhelsepersonell kunne gjøre. Når en ønsker å få fram ulike forståelser og fortolkninger av et fenomen, så er en kvalitativ metode godt egnet. Vi har derfor valgt å benytte et kvalitativt forskningsdesign for vårt arbeid nettopp fordi i kvalitativ metode skal forskeren fange opp informantenes meninger og erfaringer på en ikke kvantifiserbar måte (12).

En kvalitativ metode vektlegger nærhet som er et viktig element for å få tak i andre menneskers oppfatning og for å få en god forståelse for deres virkelighet. I tillegg til at den er godt egnet for utforsking av samhandling, utviklingsprosesser og helhetsopplevelser, noe som er i samsvar med målsettingen for denne studien. Å fange opp både det kognitive og følelsesmessige aspektet i informantenes utsagn og ikke bare generelle holdninger til tema. Dialog ble vektlagt i denne undersøkelsen for å vise frem et troverdig bilde av informantenes erfaringer, holdning og kunnskap.

Som metode for innsamling av informasjon har vi valgt å benytte intervju et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener (12).

Det finnes ulike måter man kan utforme et slikt intervju på. Det kan være en samtale mellom forsker og informant, der hovedtema er bestemt på forhånd, men det vil være informantens

tema som styrer hele samtalen. Eller det kan være et strukturert intervju der både spørsmål og rekkefølgen er bestemt på forhånd. Vi valgte et semistrukturert intervju for å gi rom for refleksjon og utdyping av den kunnskap som informantene bringer fram. På denne måten ville informantene bli stilt tilnærmet de samme spørsmålene, samtidig som det åpnet for å kunne stille spørsmål med utgangspunkt i informantenes beskrivelser og utsagn for videre utdyping og avklaring. Det ble vektlagt at intervjuet kunne gi ny innsikt og forståelse, samt at den underliggende mening ble synliggjort. Innholdet i det som ble formidlet ville derved bli gjenstand for stadig nye spørsmål, svar og fortolkninger.

Informanter:

Utvalget ved en kvalitativ forskning bør ikke ha flere informanter enn hva som gjør det mulig å gjennomføre dybdeintervju med påfølgende analyse (12). Det ble derfor bestemt å ha seks personer for denne masterstudien.

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter bestående av tre tannleger og tre tannpleiere fra forskjellige deler av landet som har hatt lang erfaring med barnepasienter. Antall informanter fra hver yrkesgruppe ble bestemt på forhånd. Det var ønskelig å inkludere disse yrkesgrupper på bakgrunn av deres ulike ansvar og arbeidsoppgaver når det gjelder slike pasienter. Flere informanter ble rekruttert ved hjelp av fylkestannlege i de ulike fylkene. Det var ingen relasjon mellom intervjuer og informantene eller kontaktpersonen. Informantene ble tilsendt informasjonsskriv (vedlegg nr. 1) med et informert samtykke som skulle signeres.

Etisk betraktning

Kvalitative studier innebærer ofte flere datainnsamlingsmetoder som kan aktivere ulike etiske problemstillinger, bl.a. kvalitativ intervju, lydopptaks tagging, dokumentanalyse osv.. Uansett hvilken metode som velges er det viktig å følge og opprettholde etiske prinsipper, som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av informantenes integritet (13). Informantene ble informert og forsikret om at deres private informasjon ikke kommer til å bli

eksponert. Opptakene som ble tatt skal slettes etter godkjent masteroppgave. Prosjektet ble ikke meldt inn til NSD eller REK, siden dette ikke var nødvendig i vår situasjon.

Forberedelse og gjennomføring av intervju:

I studien ble det brukt en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg nr. 2) med relevante spørsmål som ble bruk for alle informantene. Intervjuguiden inneholdt syv hovedspørsmål som var basert fra tre hovedtema vi hadde. Det ble brukt åpent spørsmål og oppfølgingsspørsmål for å få mer og utfyllende informasjon fra informantene. Vi ønsket å skape en dialog som gav informantene frihet til å dele sine meninger og erfaringer. Spørreordene ble fremstilt i deskriptiv form: hvordan opplever du, kan du fortelle, kan du beskrive. Spørsmålene var delt i innledning, hoveddel og avslutning. Våre strukturerte intervjuguide var ikke ment å følges slavisk, men skulle sikre at man holdt tråden og at intervjueren fikk svar på alle sine spørsmål.

Intervjuene ble i hovedsak gjennomført på ledige kontorer ved informantenes arbeidsplass, med unntak av et intervju som foregikk hjemme hos informanten etter informantens ønske. Ved innledning av intervjuet ble informanten informert om hva som skulle skje. Vi gjentok formålet med studien og innholdet i den skriftlige informasjonen som informantene hadde mottatt på forhånd (vedlegg nr. 2). Vi startet hvert intervju med å presentere oss selv og prosjektet. Deretter gjentok vi den viktigste informasjonen som hadde fremgått i det tilsendte informasjonsskrivet, om våre taushetsplikter, informert samtykke, anonymisering av informantene i oppgaven. Vi ba også om tillatelse til å benytte oss av lydopptaker, noe alle informantene godtok. Intervjusituasjonen blir ved bruk av lydopptaker mindre stressende, samtidig som en får bedre muligheter til å konsentrere seg om det som blir sagt og følge det opp med nye spørsmål.

Vi starta intervjuet med å stille et åpent spørsmål både som en oppvarming og for å gi informantene tid til å reflekter og fortelle oss det de har opplevd gjennom sine erfaringer. Vanligvis begynte informanten å fortelle litt om seg selv og hvor lenge de hadde jobbet i dette feltet. Vi tok utgangspunkt i det informanten fortalte og kom med oppfølgingsspørsmål,

samtidig som vi var nøye på vise interesse for det som ble sagt, og gi oppmuntrede kommentarer som ja, aha, hm, akkurat, og for vise informantene at vi ønsket mer informasjon om det. På slutten av intervju spurte vi informantene om det var noe de hadde lyst til å tilføye, eller om det var noe de ikke hadde blitt spurt som de mente burde komme med i intervjuet.

Transkribering og analyse

Den informasjonen man får gjennom en slik datainnsamling, kan fort bli kaotisk og uoversiktlig, særlig når en er lite selektiv i forhold til hvilken informasjon en skal regne som data. Derfor valgte vi å ta med alt som ble sagt slike at transkribering ble skrevet ned ord for ord. Den ble skrevet på bokmål både for å anonymisere informanter og at ordrett sitering skal ikke bli oppfattet som krenkende av informantene.

Transkriberingsprosessen foregikk både underveis men for det meste etter intervjuperioden. Transkripsjonen besto av 47 sider med skriftstørrelse 11 og linjeavstand 1. Lydopptakene ble transkribert ordrett ved hjelp av VLC mediaplayer. Programmet ble valgt fordi vi hadde mulighet til å redusere hastigheten av lydopptakene, og dermed skrive ordrett hva informantene sa. Det lengste intervjuet varte 65min, det korteste 30min.

Analyse er en prosess som skal gi ytringene teori tilknytning noe som skjer vad at forskeren tolker ytringene og setter dem inn i en teoretisk sammenheng. Det er en prosess som innebærer både sammenfatning av dataene og en utvidelse av funnene når forskeren knytter refleksjoner over dataenes meningsinnhold til valgte tema. Dette er den viktigste og vanskeligste delen av en forskning som kan løses på flere forskjellige måter.

For å vise intervjuets mening i analysen ble transkripsjonene først lest gjentatte ganger for å få en helhet i det som var blitt sagt (12). Deretter ble det gjort en meningsfortetting. Vi analyserte en og en transkripsjon etter hverandre der vi valgte ut grunnkategorier, dvs. vi valgte stikkord som kunne sammenfatte sitatene. Så ble alle grunnkategoriene fra alle transkripsjonene samlet

på samme ark for å få et bedre oversikt. Denne oversikten ble brukt for velge ut 8 underkategoriene, som omfattet flere grunnkategorier. Både grunnkategoriene og underkategoriene dannet grunnlag for valg av 3 hovedkategorier. Se tabell 1.

Tabell 1. Hovedkategorier med underkategorier etter endt analyse

Bakenforliggende faktorer (Hovedkategori 1)	Kommunikasjon (Hovedkategori 2)	Helsefremmende og forebyggende arbeid (Hovedkategori 3)
Foreldrenes kunnskap og holdning Foreldrenes bakgrunn Betydning av foreldrerollen	Oppfølging av pasienter Pasienten/foreldres oral health literacy Behandlers ivaretagelse av pasient	Tverrprofesjonelt samarbeid Politiske føringer

Disse hovedkategoriene og underkategoriene dannet grunnlaget for resultat og diskusjon kapitlet, slik at hovedfunnene ble inndelt under disse kategoriene.

Litteratursøk:

Det ble gjennomført søk i Pubmed, Google Scholar, Tidsskrift for Den norske Tannlegeforening, Kunnskapscenteret for tannhelsetjenesten, Helsedirektoratets nettsider, Statistisk sentralbyrå (SSB). Søkord som ble mest brukt til innledningskapitlet var bl.a «foreldres kunnskap om barnas tannhelse» og «child caries AND parents knowledge». Det ble foretatt ytterligere søkerunde etter artikler for diskusjonskapitlet.

3. Resultater

I det følgende kapittelet presenteres de empiriske resultatene i form av sitater og kommentarer. Gjennom analysen dannet det seg tre hovedkategorier og sju underkategorier (Tabell 1) som vil strukturere presentasjonen av funnene.

Bakenforliggende faktorer

Foreldrenes kunnskap og holdninger

De fleste så en tydelig sammenheng mellom foreldres kunnskap og barnets tannhelse, og noen av informantene opplevde denne sammenhengen mer tydelig hos innvandrere med bakgrunn fra Aisa, Midt-Østen og Afrika. Denne sammenhengen kom tydelig frem når barnets tannhelse ikke visste forbedring, og der foreldrene ikke hadde den grunnleggende kunnskapen om hvordan ett hull ble til. Flere av foreldrene tok ikke karies i melketenner seriøst siden disse tennene skulle man miste uansett, eller at de ga barna sine nuggati på brødiskive som mellommåltid og saft/brus som tørste-drikke. En av informantene hadde opplevd at mor til et barn hadde tatt kontakt fordi barnet hadde utviklet karies uten at moren visste hvorfor. Etter grundig anamnese ble det oppdaget at moren hadde gitt melk på flaske etter kveldspussing. Det var ikke alltid foreldrene visste om sammenhengen mellom kosthold, fluor og tannpuss, og flere av informantene opplevde at foreldrene lot barna ta tannpussen selv.

En annen påvirkende faktor, som alle nevnte, var foreldrenes holdning. En informant sa at «[...] rutinene med faste måltider var jo bra, men det ble også spist mellom de faste måltidene». Det var mye søtsaker, det var lov å drikke saft med sukker, det var lov å drikke juice når man var tørst, tannpuss var det barna som utførte fordi de var så flinke. Så, det gikk mer på holdning, tror jeg [...]». En av informantene hadde opplevd at flere av pasientene, spesielt periodontitt- og kariespasienter, som hadde gitt opp sin tannhelse fordi de mente det lå i familien eller i genene. En annen informant prøvde å finne pasientens holdninger gjennom anamnesen, og dermed vite hvor viktig foreldrene syntes det var å ta vare på tenner. Dette ga informanten pekepinn på foreldrenes prioritering av tannhelse og dermed barnets karieserfaring.

Foreldrenes bakgrunn

Informantene mente at det var sammenheng mellom barnets orale helse og foreldrenes bakgrunn, oppvekst og ikke minst hva barn/foreldre hadde opplevd i sitt liv. «[...] det kan være forskjellige grunner til det, det kan være at de har vokst opp der det ikke er samme fokus på tannhelse, og hvis foresatte ikke har noe fokus på det så vil ikke barnet selv ha det heller», sa en informant. Annen informant så hvordan familiens opplevelser påvirke barnet ved å vise til flyktningene som hadde vært på flukt i mange år, bodd i flyktningleir i flere år og ikke hatt de grunnleggende behov dekket. Når disse barn kom til Norge fikk de mye karies, noe som kan skyldes at foreldrene vil gi ungene glede etter alle vanskelige tider de har opplevd. Foreldrene vil skjemme bort barnet og ønsker dem vel og godt, men samtidig så er ikke foreldrene klar over de uheldige konsekvensene av sine valg, sa informanten.

Forståelse av det norske språket ble oppfattet som et viktig verktøy av flere informanter. De mente at innvandrere/asylsøkere som ikke kunne språket ikke forstod informasjon om tannhelsen, og dermed ble det heller ingen forbedring og i verste fall forverring av den orale helsen.

Om foreldrene var etnisk norske eller innvandrere/asylsøkere påvirket også tannhelsen, fordi det kan være at foreldrene er oppvokst med andre samfunns holdninger og normer, eller at de ikke har hatt tilgang til tannhelsetjeneste for å kunne ivareta sin orale helse, mente flere av informantene. En av informantene forklarte det slik; «[...] nå har vi ganske mange fra Syria som kommer, og jeg opplever at hvis de kommer med mye karies så er det på en måte på grunn av annen kultur og annen oppfatning av tannhelse.». Kultur og livsstilsvaner var også viktig i utvikling av karies, mente en informant og viste til sin opplevelse med en type kultur der det var vanlig med sukker i te-en, men informanten opplevde også at vaner knyttet til kultur kunne forandres med spredning av kunnskap. Annen informant forklarte at orale hygienevaner til foreldre påvirket barnets, altså hvis mor/far ikke hadde gode vaner så ville ikke barn heller bry seg eller lære det.

Betydning av foreldrerollen

Påvirkning av foreldrenes rolle ble tatt opp av flere informanter. De registrerte at barnets tannhelse kunne skyldes svikt i foreldrenes rolle. «[...] tror ikke det er mangel på selve kunnskapen som er problemet. Jeg tror det er innenfor familie situasjonen, altså foreldre som ikke fungerer så bra i sin rolle». Noen av foreldrene hadde fraskrevet seg foreldreansvaret, bl.a. ved at det var forventet av barnet, som var på 10-11 år, skulle ha ansvar for å kjøpe tannbørste til seg selv. En annen informant hadde opplevd at en mor fornektet ansvar i barnets karieserfaring selv om hun ga brus/juice til sine barn fordi vann og melk var de «allergisk» mot, og der moren ikke visste interesse for barnets tannhelse.

Selv om foreldrene tar ansvar for barnets tannhelse, så er det ikke gitt at barnet har god oral helse. Noen av informantene mente at viljestyrke, trygghet og redusert ettergivenhet i foreldrerollen var viktige egenskaper hos foreldre. Informantene opplevde at det var vanskelig for noen foreldre å si nei til sine barn på butikken eller hjemme. For eksempel når barn ikke vil la sine foreldre pusse tenner og foreldre som gir etter fordi de ikke vil påtrengre seg på barnet sitt. Det kan også være at foreldrene ikke klarer å si nei til spising av smågodt/brus, og dermed ender barnet med å ha et uheldig kosthold. En av informantene nevnte at foreldre med innvandrerbakgrunn ikke lar sine barn gråte på butikken fordi de er redde for å bli oppfattet som dårlige foreldre, og derfor kjøpte de det barnet vil ha. Imidlertid opplevde en informant at en del av disse foreldrene «ønsker det absolutte beste for sine barn og søker nødvendig kunnskap for å kunne gi sine barn god tannhelse». De møter opp til timene og de har stadig vekk flere spørsmål.

En av informantene sa at familiesituasjonen har betydning for opprettholdelse av den orale hygienens selv om kunnskapen ikke er manglende. Informanten forklarte det slik; «Det er mange andre faktorer som kan være grunnen til at de ikke bruker kunnskapen, og det har med familiesituasjonen å gjøre, rett og slett. Det kan være at foreldrene har problemer, skillsmisse, mange barn, og forskjellige ting [...]».

Kommunikasjon

Oppfølging

Nesten alle informantene nevnte tette og tilpasset oppfølginger av barnet og foreldrene som en del av en god behandling. Det vil gjøre det lettere å stille konkrete avtaler med foreldre/barnet, noe som er til fordel for dem ved at de husker ting bedre og de får grundigere oppfølging. «Gi dem heller en oppgave og følge det opp.» En annen informantene sa at tett oppfølging vil som regel motivere pasienter og foreldre til å forbedre tannhelsen fordi de får «tenner i sin agenda». Nasjonal retningslinjer ang. recall-intervallene ble nevnt av de fleste.

Pasient/foreldres oral health literacy

Informanter mente at selv om foreldrene hadde lite kunnskap så vil informasjon gitt til dem fungere godt i behandling av barnets tannhelse. En av informantene la vekt på MI-teknikken for å kartlegge om foreldrene virkelig hadde forstått informasjonen som ble gitt, «Motiverende intervju teknikk handler om å stille åpne spørsmål, at de skal tenke og komme på ting selv. At du ikke skal holde den lekse eller foredrag for de om hva de skal gjøre, men at de heller begynner den tankeprosessen selv. [...] Å kontrollere at de faktisk har forstått det med oppfølgingsspørsmål der vi oppsummerer synes jeg er veldig viktig [...] Det er jo MI-teknikken der du oppsummerer når du har snakket med dem og kanskje si til dem -ja, hva tenker du at vi har blitt enig om i dag nå? - Slik at de selv sier det på slutten.», sa informanten.

Alle informanter mente at å gi tilpasset informasjon og motivere pasientene til å endre vaner på grunnlag av informasjon fungerte godt. En informant sa at det er viktig å legge opp en strategi for å få endring i pasientenes tannhelse vaner. Strategien skulle være, ifølge informanten, at man går sakte frem med utdeling av informasjon slik at pasienten fikk forståelse for hva som var viktig og følge det opp. En informant forklarte det med at « [...] mange tannleger/tannpleiere sier at målet er at du pusser morgen og kveld, og bruker tanntråd – men når det er så dårlig med hygienevaner så er det ofte for mye å gape over. Hvis de pusser kanskje en gang i uken, så er det liksom nesten utopi i å tro at de skal orke å pusse morgen og kveld,

altså få det rent plutselig. Da bruker jeg å ta sånne små steg, og heller ta dem inn oftere på kontroller».

Språk var en viktig del av tilpasset informasjon, i følge de fleste informantene. De mente at språk var en av de viktige barrierene som gjorde at foreldrene ikke fikk med seg den informasjonen som ble gitt. En av informantene sa; «For det første så må man ha tolk [...] det er egentlig meningsløst å ta inn noen som ikke kan språket. Altså, kommunikasjon, det er jo der løsningen ligger. Har du ikke det på plass så er jo ikke forståelsen heller der». En av informantene mente at hvis informasjonen som blir gitt ikke er forståelig for pasienten/foreldre så ligger ansvaret også hos behandler fordi behandleren ikke har gjort informasjonen forståelig nok. Informanten mente at det var vanskelig å gjøre noe med vaner og kunnskap når informasjonen som blir gitt ikke blir tatt opp. Derfor skulle en ikke bruke for mye fagspråk, men enkle, korte og tydelige beskjeder, men flere.

Visualisering for forståelse av helseinformasjon fungerte godt, mente nesten alle informantene. «Jeg bruker mest modeller for å vise tannpuss for eksempel.» sa en av informantene og en annen sa «Du kan bruke bilder med pålegg som du laminerer, og så bruke dem. Det bruker vi gjerne til pasienter som har ekstra behov...». En annen informant brukte filmer/korte videosnutter fra nettsiden til Norsk Tannvern om hvordan det oppstår karies og hvordan det kan forebygges. En annen informant brukte filmer fra Norsk Tannvern for 8.klassinger. Informanten merket at foreldre, barn og ungdommene syntes det var mer spennende å se på korte videosnutter om karies etiologien, prosessen og forebyggingen sammenlignet med tradisjonell muntlig informasjon. En annen informant visualiserte sukkerinnholdet i ulike dagligvare produkter, «Vi har sånn nugattiglass med sukkerbiter som illustrerer mengde sukker i et glass nuggati [...] og sånn Colaflaske [...]». Å bruke plakkinnfarging som visualisering og motivasjon for pasienter ble også nevnt av noen.

Flere av informantene mente at informasjon relatert til tannhelse ikke skulle gis kun en gang, men heller repeteres flere ganger, «...bare kom med saklig informasjon. Det kan gjentas og gjentas og gjentas til det virker som de oppfatter det». Annen informant mente at det var viktig at begge foreldrene hadde fått informasjonen. I tillegg til muntlig var skriftlig informasjon eller skriftlig tilbakemelding viktig, ifølge flere av informantene. Informasjonen kunne være på

språket til pasienten/foreldrene. En informant sa at teksten skulle være kortfattet og inneholde enkel tekst for å redusere misforståelser. Norsk Tannvern sitt skriftlige informasjonsmaterieell på ulike språk ble brukt av flere av informantene.

To av informantene la vekt på positiv tilbakemelding til pasienten, og ærlighet var viktig. Informanten forklarte dette med; «likksom gi positiv tilbakemelding når man ser at det er faktisk har blitt bedre [...] Også er det å ikke lyve, noen ganger har jeg selv gitt skryt selv om det er dårlig med hygiene. Da lurert man seg selv og pasienten/foreldre. Bare si sann som det er, men på en motiverende måte». Annen informant sa «finn noe positivt» for å kunne motivere eller rose pasienten med noe.

En informantene la vekt på hvem informasjonen ble gitt til. «Jeg synes egentlig at man kan prøve å bli kjent med foreldre, og finne ut hvem som snakker best norsk eller finne ut hvem som har hovedansvaret for tannpussen [...] Og prøve å gi informasjon på en veldig enkel måte ved bl.a. å visualisere».

«Men for å endre adferd så må de bevisstgjøres. Fordi du forandrer ikke holdning med mindre du blir bevisstgjort om det.», sa en av informantene. Bevisstgjøring av pasienten og/eller foreldrene om deres ansvar for barnets oralhelse var en viktig del av god behandling, i følge flere informanter. En informant prøvde å bevisstgjøre ungdommene på sine valg, og at det er de som hadde ansvaret for sin egen helse, «...det blir ikke noe av at jeg synes de skal passe på sine tenner når de selv ikke synes det er viktig». Annen informant bevisstgjorde og ansvarliggjorde foreldrene for deres valg ved å vise til at det var deres ansvar å ikke ha kjeks, saft eller annet i huset når de vet at barnet vil ha det. «Det er jo ikke det jeg gjør når dere er hos meg, det er jo det dere gjør hjemme hver dag som har betydning», la informanten til.

Behandlers ivaretagelse av pasienten (empati, motivasjon, tilvenning)

Å bygge en god relasjon til pasienten/foreldre ble sett på som viktig av alle informanter. Dette ble uttrykt på forskjellige måter av informantene, der noen la vekt på forståelsen for

pasienten/familiens situasjon mens andre la vekt på bl.a. å vise at «man bryr seg», ha positiv innstilling, ikke være fordomsfull og ha åpen holdning til pasienten og deres behov. En informant beskrev en situasjon der foreldre av alvorlig eller kronisk syke barn oppfattet tannpussen som en «overgrep ovenfor barnet». En annen informant mente at tannpussen ikke alltid har vært prioritert i innvandrers-familier grunnet deres livssituasjon med krig og fattigdom eller flukt over lang tid. «For oss er tannhelse det viktigste, men for de er det sikkert ikke det», sa en annen informant. Å vise forståelse for deres situasjon, og gi informasjon for bevisstgjøring foreldrene på deres valg uten å være fordomsfull, var viktig ifølge informanten.

En annen informant sa «at hvis foreldrene føler seg angrepet, at de føler seg beskyldt på en måte, så føler jeg at de ofte går i forsvarsposisjon og da tenker jeg at de ikke er mottakelig for informasjon som vi trenger å gi dem». En tredje informant la vekt på at man skal vise forståelse for at det finnes ulikheter i kultur og livsstil, og at man ikke skal dømme men heller gi informasjon om uheldige vaner og motivere til gode vaner. Her var det en av informantene som uttrykte at «fortiden var fortiden» og «begynne på blanke ark» var viktig for å ikke virke dømmende eller streng mot foreldre, og dermed få god relasjon til foreldrene.

En annen informant informerte foreldrene om at de kun ønsket det beste for barnet, og derfor var deres samarbeidsvilje viktig. Å ha åpen holdning, være aktiv lyttende, komme med saklig informasjon og ha profesjonell kommunikasjon og samarbeid med pasienten, var viktig ifølge en av informantene. Holdningen til behandleren var også med på å påvirke relasjonen til behandler, bl.a. at en viser at han/hun ikke gir opp på pasienten selv om man ikke ser mye forbedring. Å vise at man bryr seg var en viktig egenskap for å bygge gode relasjoner i tillegg til at det tilrettelegger for godt samarbeid, ifølge informanten.

Man kan bygge en god relasjon ved å «huske» pasienten bla. ved å snakke med barnet om annet enn selve tannbehandlingen, som hobbyer og fritidsaktiviteter, var med på å gi god start på god relasjon, mente en informant. En annen mente at å by på seg selv ville gi godt resultat på relasjonsbygging. «Jeg tenker at man ikke skal fremstå som perfekt da. At du kan si - vet du hva, det der har jeg opplevd- eller at – sånn har jeg strevd med også hvis jeg har noe søtt jeg har lyst på-. [...] Det er viktig å by på seg selv. At en på en måte kan si til pasienten at den der

fella der kan vi alle sammen falle i». To av informantene mente at dårlig stemning i behandlingsrommet førte til negativ påvirkning på relasjonen til barnepasienten og foreldre.

Tette oppfølginger, ifølge en av informantene, kunne føre til at man blir mer kjent med pasienten/foreldrene og forhåpentligvis få mer tillit, noe som fører til at det blir lettere å motivere dem til god oralhelse. En annen informant hadde opplevd at etter å ha fått tilliten til foreldrene så turte de å spørre om hvordan et hull egentlig oppstår. Det er ikke alltid en får forventet resultater av sin forebyggende arbeid, selv med hyppige innkallinger. En informant forklarte det med at man må «bare innse at man kan ikke nå inn til alle, og man vil ikke lykkes med alle pasienter», men at det ikke skulle være grunnen til å gi opp på sine pasienter. Å ha innsatsvilje og ha tålmodighet en av viktige egenskapene til behandler, mente annen informant. «Når det blir slik at jeg kommer ingen vei så bytter vi til en annen tannpleier/tannlege», forklarte en av informantene.

Alle informantene mente at det var viktig å motivere pasienten til endring i hygienevaner ved hjelp av ulike metoder. En av informantene gjorde dette ved å gi «vareprøver» som pasienten kunne ta med seg hjem og prøve. Annen informant ga tannbørste til de pasientene som ikke hadde råd til å kjøpe tannbørste, mens en annen hadde pasienten inne regelmessig for tannpuss.

Tilvenning før operativt behandling var viktig ifølge flere av informantene, bla. Fordi det påvirker barnets fremtidige oppfattelse av tannhelsetjenesten. En informant forklarte det slik; «Jeg fokuserer ikke så mye på at de har karies i starten. Jeg fokuserer nok heller på at de blir flink, mestrer og føler at det er greit å komme til tannbehandling, så når vi begynne å nærme oss å bli ferdig så går vi litt tilbake til det der med hvordan vi skal forhindre at det blir mer behandlingsbehov til neste år.». Pensling med Duraphat og fissurforsegling ble også nevnt som tilvenning og profylaktisk arbeid før man begynte å legge fyllinger. En annen informant sa at behandler må aldri presse seg på barn som ikke er behandlingsmoden, men heller «gi informasjonen den 3-åringen trenger for å innarbeide gode vaner [...]» og/eller at foreldrene kan «leke tannlege» hjemme.

Behandlerens kommunikasjonsferdigheter påvirker pasient-behandler relasjonen, som igjen påvirket hvor motivert pasient er til å endre på sine vaner og dermed behandlingens utfall. «Det er dårlig start hvis man kommer inn her for første gang og så sier jeg at -ja, her ser det ut helt forferdelig, du kommer jo til å gå her i årevis», forklarte en av informantene. En annen informant mente en måtte unngå uttrykk som kunne forbindes av barn med fare, som f.eks. «ikke vondt» og «ikke farlig», siden det er kun disse ordene barnet får med seg og ikke «ikke». Fokuset til behandlerens kommunikasjon skulle være hos barnet når de er litt mer eldre, mens hos små barn skulle den være rettet mot foreldrene.

Helsefremmede og forebyggende arbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid

Alle informantene mente at et godt samarbeid med helsestasjonen var viktig, og at dette samarbeidet har potensiale for å bli bedre enn det det er i dag, bla. at helsesøstre kan få mer kunnskap om tannhelse og hvordan karies ser ut. «Jeg tror de absolutt kan gjøre bedre. For når jeg var med mine barn, sa jeg ikke hva jeg jobbet med, og så ble jeg spurt -ja, har dere begynt å pusse tennene til barnet- og da svarte jeg at -ja, for det skal man gjøre fra den første tannen. Da var det liksom ikke mer, da var vi ferdig med det», sa informanten og mente at helsesøstre kunne fått mer opplæring til å se inni munnen til barnet eller spørre andre relevante spørsmål også. En annen informant mente at det var viktig at samme informasjon kom fra helsestasjon og tannklinikk, slik at pasientene ikke skulle bli forvirret. Det kan hende at en helsesøster er motstander av fluor, og da er det viktig å informere helsesøster at det fluortannkrem er i de nye nasjonale retningslinjer som alle helsearbeidere er pliktet til å følge, uansett personlig mening, sa informanten.

Å ha godt samarbeid utdanningssektoren ble sett på som viktig av flere informanter. «Vi er også ansvarlig for å gå til ungdomsskolene og ha prosjekt for 8.klassinger, da er det snakk om kosthold, drikkevaner, måltider, snus og røyk, osv.. [...]». En annen mente at tannklinikken kunne ha samarbeid med rektor/lærere for å informerer om anbefalinger innenfor kost og helse,

og dermed regulere hva barn/ungdommene kan ha med av kullsyreholdig drikke på skolen. «Eller ha god samarbeid med FAU, foreldrenes samarbeid med skolen», sa en annen informant.

En annen måte å spre tannhelserelatert budskap på var å bruke voksenopplæring som samarbeidspartner, mente en informant. «Det man kunne gjort er å gi informasjon til introduksjonsprogrammer. Kanskje tannpleier og tannlegen gir et lite foredrag. Fordi i tannlege-situasjon så kan foreldrene være litt stresset og barn kan være litt stresset. Så det er kanskje lettere å gi forebyggende informasjon», forklarte informanten. En annen informant sa at «vi har samarbeid med mottakene, at vi har hatt undervisning for barnefamilier. Der kjører vi film, og Norsk tannvern har vært flink på å lage filmer med mange forskjellige språk. [...] Det er jo veldig bra om ernæring og tannpuss».

Andre samarbeidspartnere som ble nevnt av informantene var barnehagen, fritidsklubber, barnevern, sykehus, fastlege, ernæringsfysiolog og BUP. En av informantene ønsket å hatt mer møter med kun foreldre for å bli kjent med foreldre og barnets vaner.

Politiske føringer (samhandlingsreformen, helsesøsters retningslinjer)

Politikeres innsats og fylkeskommunalt arbeid ble sett på som viktig blant noen av informantene. Politikeres og Stortingets vedtak som gjelder tannhelsetjenesten vil kunne påvirke alle i samfunnet, mente spesielt en av informantene og la vekt på konsekvenser på overføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunal til kommunal ordning. Informanten mente også at fylkeskommunalt arbeid var viktig i forebyggende arbeid, bl.a. kunne tannhelsepersonell være ansvarlig for folkehelsen som en integrert del av fylkesarbeid.

En annen informant mente at politikere kunne innføre vedtak som førte til at sukkerholdige produkter ble faktisk dyrere enn de sunnere alternativene. «Fylkeskommunen kan påta seg ansvaret, de kan bl.a. passe på at skolekantina selger sunn mat, og næringsrik kost», sa en annen informant. Kampanjer styrt av helsedirektoratet ble også nevnt, «[...] på politisk nivå kunne helsedirektoratet kjøre kampanjer for hele befolkningen».

En av informantene mente at det kunne være bra å få tannhelsen inn i læreplanmålene i skolen, «kanskje de kunne hatt det på skolen, at lærerne kom inn [...] Jeg tenker å få det inn i naturfag om hvordan en pusser tenner og litt om karies».

En annen informant mente at media og underholdningssektoren i samfunnet kunne også påta seg litt av ansvaret. Dette førte til at det kom «noen drypp fra mange forskjellige hull». Informanten mente også nettaviser var involvert i å spre budskapet, «Det siste jeg leste var at en ikke trengte å skylle munnen etter tannpuss [...] At folk kanskje fanger det opp mer gjennom sånne ting. Fordi det er mer fokus på helse, ernæring, sukkerinntak og vann», sa informanten. En annen informant foreslo «noen typer apper på mobilen som får folk til å motiveres, eller motivere folk til konkurranse...».

Selv innenfor tannhelsesektoren er det ting vi kan bli bedre på, sa en annen av informantene «[...] du bruker masse ressurser på å behandle karies. Kanskje kunne man brukt noe av de ressursene på å lære sine ansatte hvordan man kan gi bedre informasjon så hadde man jo spart inn da». En annen informant kunne ha tenkt seg å hatt fast familietannlege slik at en kunne følge opp hele familien og ha mer organisert behandling.

«Altså, det er en haug av samarbeidspartnere, rett og slett. [...] det varierer fra fylke til fylke hvordan det utadrettet forebyggende arbeid er organisert». Men om man har tid og anledning til det er ikke en selvfølge, sa en av informantene.

4. Diskusjon

I dette kapittelet kommer vi til å diskutere funnene opp mot forskningsbasert kunnskap. Drøftingen er konsentrert omkring de tre hovedkategoriene som kom frem i funnene; bakenforeliggende faktorer, kommunikasjon og helsefremmende og forebyggende arbeid. Vi vil deretter diskutere studiens reliabilitet og validitet, i tillegg til andre svakheter og styrker.

Bakenforliggende faktorer

Resultatet viser at det er viktig å fokusere på bakenforliggende faktorer assosiert med kariesutvikling som bl.a. foreldrenes holdninger, bakgrunn, livsstil og kunnskap. Dette er i tråd med andre studier som har understreket at man ikke skal bare ta hensyn til kliniske parametre som karieserfaring eller andre nærliggende faktorer, som er mest vanlig å bruke, men heller ta hensyn til andre bakenforliggende faktorer når det gjelder kariesutvikling (10, 14).

Gjennom intervjuene kom det frem at foreldrenes kunnskap spilte en viktig rolle i barnets karieserfaring og orale helse, spesielt hvis barnet hadde utenlandske foreldre. En annen viktig påvirkende faktor var foreldrenes holdninger og bakgrunn som påvirket deres livsvaner, rutiner, deres motivasjon til å ta vare på sine tenner og foreldrenes prioritering, mente informantene. Dette støttes av evidensbasert forskning, bla. er det funnet sammenheng mellom holdninger og vaner hos innvandrerforeldre og barnets kariesstatus (15). Innvandrerbakgrunn er blitt assosiert med mangelfulle tannbørstevaner, ugunstig kostholdsvaner, hyppigere måltider, økt sukkerforbruk, og at det er færre foreldre som hjelper til med tannpuss sammenlignet med foreldre av norsk bakgrunn (15). Tidligere forskning viser til at holdninger og vaner er påvirket av kultur, men også av utdanningsnivå. Derfor vil mangel på kunnskap føre til ugunstige holdninger og kostvaner til foreldrene som har negativ påvirkning på barnets oralhelse (10). Kvinnene med innvandrerbakgrunn mente selv at dårlig tid og manglende kunnskap var hovedårsaken til at barn med innvandrerbakgrunn hadde mer karies enn etniske norske barn (15). En viktig årsak til at informasjon ikke nådde frem til foreldre med innvandrerbakgrunn var språkproblemer, mente informantene. En studie viser at selv ved tilstedeværelse av en tolk vil språklig forskjeller føre til mangelfull kommunikasjon mellom foresatte og tannhelsepersonell (15). Skaare hadde konkludert i sin studie at innvandrerforeldre ønsket mer

og bedre informasjon om tenner, tannpuss og kosthold på sitt eget språk. Dette viser hvor engasjerte de er, og at foreldre er avhengig av å forstå språket for å kunne opprettholde god oralhelse hos barnet.

Informantene beskrev hvordan foreldrenes hygienevaner, prioritering og holdninger hadde påvirkning på barnets oralhelse, og dette kan man også finne igjen i ulike forskningsartikler. Barn er avhengige av foreldrene, og det er da foreldrenes ansvar for at barna skal kunne vokse opp med etablerte og gode helsevaner (16). Wigen (2010) har beskrevet i sine funn at foreldrenes tannpussvaner og sukker inntak hadde signifikant sammenheng med barnets karieserfaring ved femårsalder (16). Dette viser hvor viktig foreldrenes orale helsevaner har betydning for utvikling av karies hos førskolebarn (16). En av informantene opplevde at noen av foreldre ikke tok karies i melketenner seriøst fordi barnet ikke kom til å ha disse tennene for livet, men tidligere litteratur har vist at adferd etablert før 5-årsalder er vanskelig å endre (10). Derfor er det viktig med innlæring av vaner og holdninger tidlig i barneårene for å kunne bevare de permanente tennene like godt. Tidlig bearbeiding av foreldreholdninger, øke foreldrenes oralhelse kunnskap, motivere til gode vaner og livsstil er veldig viktig del av ECC forebyggingsarbeidet (10, 17).

Noen av informantene snakket også om foreldrenes ettergivenhet og foreldrerollens påvirkning på barnets tannhelse, der mer ettergivne foreldre og foreldre som ikke tok ansvar for barnet hadde barn med dårligere oralhelse. Dette støttes bl.a. av artikkelen av Skeie som viste at foreldrenes holdning til kost og ettergivenhet utgjorde en sterkere predikator for kariesutvikling enn tidligere karieserfaring (10). Funn fra Skaare sine dybdeintervjuer var bl.a. oftere inntak av sukkerholdige drikker til måltider og oftere inntak av kjeks, kaker og boller (15). Dette var tydelig assosiert med manglende eller liten kunnskap og ettergivenhet. Kvinnene som var intervjuet hadde selv sagt at foreldre med annen bakgrunn var mer ettergivende enn norske foreldre, at de ikke klarer å sette grenser og dermed lett skjemme bort barna (15). En annen studie som viste at ettergivenhet generelt (inkludert etisk norske) økte karieserfaring hos barn med 2.8 ganger (16).

En av informantene la fokus på hvem av foreldrene som fikk mest informasjon, og at erfaringsmessig var ansvaret for tannpussen hos moren i familier med innvandrerbakgrunn.

Informasjon fra SMÅTANN-prosjektet bekrefter at mors bakgrunn (vestlig og ikke-vestlig) kunne bli brukt som predikator fordi den hadde større betydning enn kariestilveksten (10). En studie fra Kuwait beskrev morens rolle som viktigste for barnets tannhelse og hygienevaner (7), noe som tyder på helsepersonell skal kanskje fokusere mer på mødre ved informasjonsutdeling, spesielt når det gjelder mødre med innvandrerbakgrunn. Imidlertid fant en annen studie at foreldrenes tannhelsevaner, uansett bakgrunn, har påvirkning på barnets tannhelse og at effektiv forebyggingsarbeid er fokusert på hele familiens helsevaner og livsstil (11).

Kommunikasjon

Flere informanter påpekte kommunikasjon som en avgjørende faktor for foreldrenes oralhelse kunnskap og barnets orale helse. Dette er i samsvar med tidligere studier som viser til at effektiv kommunisering med pasienter kan resultere i god behandling, og derfor er kommunikasjons egenskaper hos tannhelsepersonell av stor betydning (18). Det blir mer og mer lagt vekt på oral health literacy og dets viktige påvirkning på oralhelse (5). Foreldre med dårlig oral health literacy er assosiert med barnets dårlig oralhelse og manglende orale hygienevaner (5). Definisjonen på oral health literacy er «individets egenskap eller kapasitet til å finne, forstå og bruke informasjonen til å fremme oralhelse (18). En effektiv kommunikasjon mellom behandler og pasient vil kunne bidra til bedre pasient oral health literacy. Siden oral health literacy er en avgjørende faktor for helse, vil god kommunikasjon kunne føre til forbedring av pasientens og barnets oralhelse (18). Oral health literacy blir påvirket av flere faktorer, bl.a. av språk, måten informasjon bli gitt, og relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Lavt utdanningsnivå av foreldre, bruk av faguttrykk av tannhelsepersonell og stressende situasjoner er noen av faktorene som er med på å ytterligere hindre god kommunikasjon(18). Det er da viktig å tilpasse informasjon til foreldrene og barnet med tanke på deres forståelse av informasjon, bruke enkle dagligdagse ord og ha korte tydelige beskjeder. Å spørre barn og foreldre hvilken måte de lærer best på er en effektiv måte på å tilpasse informasjon. Noen lærer best ved å snakke om et tema eller lese, mens andre lærer best ved å se på en video og få ting visualisert for seg. Pasienten kan deretter selv si eller illustrere hva de har lært. På den måten kan det være lettere å forstå og huske informasjon for pasienter (18).

En informant forklarte at stress hos foreldre reduserte deres evne å ta opp informasjon som ble gitt. Dette samsvarer med Horowitz sin studie om Oral health literacy. Hvis foreldre/barn er stresset eller har angst vil deres oppfattelse av helsepersonellens informasjon være dårlig, selv om helsepersonellet nevner all viktig informasjon på riktig måte (18). Å skape en god relasjon til foreldre/barn er med på å redusere deres stress/angst nivå, og på den måten effektivisere kommunikasjon og forståelse. Alle av informantene mente at relasjonsbygging var viktig del av behandlingen, og dette samsvarer med dagens tolkning av relasjon og dets påvirkning på forebygging og sykdommens behandling. I en review-studie av Jones i 2014 kom det frem at flere studier eller litteratur antydte at kommunikasjon mellom tannlege og pasient var muligens noe av det svakeste punktet i tannhelsetjenesten. Et annet funn i artikkelen var at kommunikasjon hadde effekt på både pasientens tilfredshet og etterlevelse (pasientens motivasjon, samarbeidsvilje og lydighet ovenfor legens anbefalinger, råd og ordning), mens dårlig kommunikasjon spilte en viktig rolle i utvikling av pasientredsel eller nervøsitet. Konklusjonen til Jones var at pasienter, som tolket sin tannlege som empatisk og i tillegg fikk være med på å medbestemme behandlingsplan, fikk redusert tannlegeangsten. Dette førte til flere fordeler, bl.a. pasient tilfredshet, godt samarbeid mellom pasient og tannlege, god etterlevelse hos pasienten og i tillegg mindre yrkesstress hos tannlegen (19). Så, en god relasjon og kommunikasjon med pasienten vil kunne skape tillit hos pasienten, som så vil gi både kortsiktige og langsiktige fordeler i behandling og profylakse (19, 20).

I følge amerikanske retningslinjer for pedodonti blir tannlegenes måte å kommunisere på sett på som en viktig faktor i pasienttilfredshet, bl.a. er foreldre ikke tilfreds med tannleger som bruker lite tid og/eller er utålmodig. Derimot når tannlegen viser medfølelse, empati, bekymring og at han/hun virkelig bryr seg kan gjøre behandlingen mer effektivt (21). En systematisk studie konkluderte med at det finnes moderat evidens for at forholdet mellom sender av informasjon (helsepersonell) og mottakeren (foreldre og barn) og senderens forståelse av mottakerens liv og oppførsel har betydning for mottakerens akseptens og handling basert på mottatt informasjon (22). Dette bekrefter informantenes syn på at å vise forståelse for pasientens livsstil, kultur og vaner er med på å effektivisere forsøk mot endring av foreldrenes eller barnets vaner og livsstil til det bedre. Pekefinger mot foreldrene vil ikke hjelpe dem mot en bedre oralhelse, tvert imot fungere som en barriere mot forbedring av oralhelse. Samme studie viste at behandlers tro og holdninger til oralhelse forebygging hadde betydning for deres deltagelse i forebyggingsarbeidet og dermed for pasientene oralhelse og helseutdanning (22).

I intervjuene ble kunnskap og informasjon nevnt av alle informantene. Informantene mente at det var en sammenheng mellom barn med dårlig orale helse og foreldrenes kunnskap nivå, og derfor var informasjon viktig å gi til foreldrene slik at barnets fremtidige oralhelse kunne forbedres. Ifølge vitenskap kan karies lett forebygges hvis man har gunstige oralhygiene vaner og kostholdsvaner. Derfor er det essensielt å øke kunnskapen hos foreldre, og på den måten forebygge karies hos barn. Noen av informantene nevnte repetisjon av informasjon, mens andre nevnte visualisering og MI teknikk som gode kommunikasjons verktøy. I en RCT ble det konkludert med at å gi ut informasjon om oral helse til foreldre på en tradisjonell måte, der behandler snakker og pasient lytter, har visst å ikke ha effekt (14). Det er viktig å vite hvordan man skal gi ut informasjon til foreldre og pasienter som en effektiv del av behandling av ECC (10, 17). En av informantene nevnte MI-teknikk, Motivational interviewing, som en effektiv måte å formidle informasjon og påvirke foreldrenes og pasientens oral hygienevaner via dialog. MI-teknikk lar pasienten få tenke over og forstå sin problemstilling, og deretter selv komme med en løsning (14, 23). Teknikken utnytter pasientens eksisterende motivasjon til å fremme en endring i pasientens vaner og der behandleren er aktiv lyttende, i motsetning til tradisjonell helseutdanning (14). Pasienter oppfatter MI teknikken som mer autonomi-vennlig, og at de blir forstått av behandler og får bestemme selv hvilke tiltak de kan gjøre for å forbedre sin egen helse (14). MI-teknikk er vitenskapelig bevist å være mer effektiv i endring av hygienevaner og holdninger hos foreldre og barn sammenlignet med tradisjonell helseutdanning (14, 23). I en RCT ble det ikke funnet de samme resultater for kostholdvaner (14).

I annen studie hadde flere foreldre rapportert at de hadde tilstrekkelig kunnskap om barnets tannhelse, men disse foreldre børstet barnets tenner kun av og til eller aldri (3). Dette bekrefter at noen foreldre ikke er klar over sin manglende kunnskap og dermed påvirker barnets tannhelse negativt. En bevisstgjøring av foreldrene, og ytterligere informasjon om hygienevaner og kosthold kan være effektivt, selv om foreldrene mener de vet hva de skal gjøre. En meta-analyse viste at opplæring i orale helse vaner på klinikken har bedre effekt på barn sammenlignet med ungdommer og voksne fordi barn er mer motivert og åpen for ny kunnskap og ferdigheter (24). Studien konkluderte med at opplæring i oral helse og forebyggingstiltak hadde generelt positiv effekt på karies-predisponerende faktorer som kunnskap, holdninger og vaner (24). En annen systematisk studie konkluderte at foreldre som fikk opplæring og/eller veiledning i tannhygienevaner fikk god oralhelse (25). Gjentatt opplæring og veiledning av foreldrene

hadde muligens bedre effekt, men hvor ofte og hvor mye informasjon som ble gitt hadde varierende effekt. I tillegg ble det konkludert at det ikke er bestemte strategier som er mer effektive enn andre (25). Dette kan skyldes at vi som individer er så forskjellig, og dermed lærer i forskjellig grad fra ulike læringsstrategier.

Flere informanter foreslo visualisering av tannhelseinformasjon som en effektiv måte å informere pasienter og deres foreldre. Dette samsvarer med funn i et dybdeintervju av pakistanske mødre i Oslo, der de ønsket mer bruk av bilder/illustrasjoner på tannklinikken. Mødrene mente at disse bildene og illustrasjonene ville være nyttig og motiverende å kunne se og dermed forstå konsekvensen av dårlig tannhelsevaner (15).

Tilvenning ble nevnt av flere av informantene, og at man ikke skulle presse seg inn på barn. De mente at tilvenning var viktig før operativt behandling, bl.a. fordi dette ville påvirke barnets fremtidige oppfattelse av tannhelsetjenesten og deres samarbeidsvilje. En metode som ble brukt av noen av informantene var tell-show-do. I følge amerikanske retningslinjer for pedodonti blir metoden tell-show-do sett på som en effektiv metode for å desensitivisere barn med angst for tannbehandling. Denne teknikken vil tilvenne pasienten til behandlingsutstyr og berolige pasienten ved å gjøre tilvenningen systematisk og stegvis (21). En annen måte å tilvenne barn med litt angst er å sette positive bilder av behandling og tannlege i venterommet slik at barnet kan få positive inntrykk og forventning (21).

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Alle informantene mente at samarbeid med helsestasjon var viktig, og at dette samarbeidet hadde forbedringspotensial. Informantene ville at kunnskapen om tannhelsen skulle økes hos helsesøstrene, bl.a. ved å vite hvordan karies ser ut slik at de kan gi informasjon videre til foreldre. Flere studier viser til at helsestasjon er en viktig informasjonskilde for småbarnsforeldre (3), og derfor har helsestasjon et stort ansvar for denne gruppen. Næss 2014 rapporterte at de fleste foreldre, ca. 77% hadde behov for mer informasjon om barnets tannhelse

og hygiene. Dette viser til at et godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helsestasjon vil komme til nytte for mange foreldre som trenger mer informasjon om barnets tannhelse. I 2008 hadde Skaare gjort dybdeintervjuer med mødre av innvandrerbakgrunn der flere familier hadde sagt at de ikke hatt fått tannhelseinformasjon på helsestasjon. De fleste mødre hadde opplevd at de ikke hadde fått informasjon om hvordan og hvor lenge de skulle pusse tennene til barna, mens de som hadde fått informasjon hadde endret noen hygienevaner. Skaare konkluderte med at fellestrekk ved intervjuene var manglende informasjon på helsestasjon og dermed manglende kunnskap som hadde bidratt til mer karies hos innvandrerbarna (15). I en annen studie var de fleste foreldre, mer vestlige enn ikke-vestlig, fornøyde med informasjon gitt på helsestasjon (3), så dette kan tyde på at foreldre av innvandrerbakgrunn kan ha fått samme informasjon men ikke forstått det på grunn av kultur og språkproblemer (3).

Når det ble spurt om andre sektorer som kan bidra til å forbedre tannhelsen, svarte informantene ulikt. Noen nevnte utdanningssektor og underholdningssektor, mens andre nevnte politisk innsats. Dette kan sees i tidligere utførte forskningsstudier. I en vitenskapelig studie basert på spørreundersøkelser utført i Oslo ble det også antydnet at tannhelseinformasjon må komme gjennom flere informasjonskanaler enn kun helsestasjon for å kunne nå en større del av befolkningen (3). I Bergen har tannhelsetjenesten et godt samarbeid med opplæringsprogrammet som gis til innvandrere, bl.a. ved at tannpleiere har jevnlig besøk hvor de informerer om tilbudene tannhelsetjenesten tilbyr og generelt om forebyggende tiltak (26). Tannhelsetjenesten i Oslo har flere ganger hatt undervisning i barnehager med mange innvandrerforeldre, og opplæring på språkkurs for innvandrere (26). Disse tiltakene kan være effektivt bruk av ressurser siden 18-åringene i Oslo er blant de med den beste tannhelsen sammenlignet med resten av landet (26). Flere studier har visst at helseutdanning i skoler sprer kunnskap til barn og endrer deres vaner, og at utdanningstiltak innen oral helse har motiverende effekt på skolebarn (27, 28). En studie i India visste at visualisering av tannhelseinformasjon var den beste læringsmetoden for skolebarn, spesielt der tannhelseinformasjon om hygiene og vaner ble uttrykt gjennom rollespill med kostymer. Denne metoden gjøre læring for barn enklere fordi det var artig og motiverende, i tillegg til at det forbedret den orale hygien til disse barna mer enn andre tiltak (27). Opplæring i oralhelse blir sett på som viktig del av forebyggende arbeid i flere studier, fordi det påvirker barn ved at de blir motivert til bedre oralhelse vaner og endrer deres holdninger fra tidlig alder (27-29). Likevel er det ikke konsensus om helseutdanning på skolenivå er effektiv eller ikke. En meta-analyse konkluderte

med at tradisjonell oralhelse utdanning av skolebarn var med på å redusere plakk, men ikke gingivitt eller karieserfaring over kort periode (30). Studien konkluderte også med at det ikke finnes studier med langtids-evidens angående effektiviteten av oralhelse utdanning i skoler for plakk-akkumulering, gingivitt og karies (30).

Det finnes internasjonale studier på at dagens tv-reklamer og diverse blader om sukkerholdige produkter er mindre helsevennlige enn ønsket. En studie i Storbritannia konkluderte med at ca. 73.6% av matreklame i magasiner, leseblader og tv for barn var skadelig for den orale helsen på grunn av høyt sukker-innhold og lav pH (31). Dette skyldes at det ikke finnes bestemte lovverk som regulerer innholdet i leseblader og reklamer, og dermed er det enda viktigere at tannhelsepersonell er oppdatert om dagens mattrender for å kunne gi riktig og tilpasset informasjon til barn og foreldre (31, 32). For tiden finnes det både for lite antall studier og for få med bra kvalitet til å kunne si noe om effekten av media på barnets oralhelse (31). I en spørreundersøkelse i Oslo ble det registrert at de fleste fikk tannhelseinformasjonen fra helsestasjon, og den nest største gruppen fant informasjon fra internett. Internett er og kommer til å bli enda mer viktig informasjonskilde i fremtiden, men det er ikke alltid internett har kvalitetssikret informasjon. Derfor er det viktig at myndighetene og tannhelsetjenesten sørger for at det finnes lett tilgjengelig, kvalitetssikret tannhelseinformasjon for foreldre som søker på nettet (3).

En av informantene mente at politisk påvirkning var viktig, blant annet var politiske føringer og tiltak for skolekantina en måte å påvirke barn- og ungdommens kostholdsvaner. Ifølge helsedirektoratet er skolemiljø en viktig del av hverdagen hos barn, og skolemåltid er med på å skape et godt lærings- og oppvekstmiljø for barna. Derfor vil et godt og sunt skolemåltid ha betydning for deres kosthold og helse på kort og lang sikt (33). Helsedirektoratet har kommet med nasjonale faglige retningslinjer for mat og måltider for både barnehager og skoler. Disse retningslinjer er alle barnehager og skoler pålagt å følge.

Vurdering av studiens reliabilitet og validitet

Akkurat som alle kvantitative studier har kvalitativ studie også sine svakheter og styrker. Det finnes flere ulike begreper for vurdering av studiens holdbarhet (12), og i denne studien blir hovedsakelig reabilitet, bekreftbarhet og validitet diskutert.

Reliabilitet handler ofte om hvorvidt forskningsresultatet er reproduserbar, og har med troverdighet, pålitelighet og konsistens å gjøre (12). Hensikten med studiet var å få frem tannhelsepersonellens erfaring innenfor barnets tannhelse, og for å best mulig sikre svar på forskningsspørsmålene ble det valgt kvalitativ studiemetode med semistrukturert dybdeintervju. Intervjuguide ble laget på grunnlag av forskningsspørsmålene, og den ble brukt under intervjuene for å holde samtalen innenfor studiens hovedformål, men likevel fikk informantene åpne spørsmål slik at de kunne snakke litt fritt. Selv om informantene virket seriøse og ærlige under intervjuene og de ble informert om anonymisering slik at de kunne snakke uten noen form for hindring, kan det ikke utelukkes at de som deltok holdt noe tilbake. Transkriberingen ble gjort ordrett, og sammenlignet med lydopptakene flere ganger av begge forskere. Dialekt ble utelatt, uten å endre meningsinnholdet i intervjuene. Utvalget av informantene ble bestemt etter kontaktet med overtannlegen. Kriteriet for utvalget var at de skulle ha erfaring med barn over lengre tid. Det var flere som takket nei til intervju, og de som takket ja ble valgt som informanter. Utvalget av informantene kan ha ført til skjevheter i datainnsamling, og dermed påvirke forskningsresultatet og troverdighet.

Bekreftbarhet handler blant annet om vurdering av grunnlaget for tolkningen, i tillegg til å belyse funn, utspørre funnene og gjøre en teoretisk fortolkning (12). Måten man stiller intervju-spørsmålene på kan variere fra forsker til forsker, hvordan informantene tolker spørsmålene kan variere og hvordan forsker tolker svarene kan variere i noen grad. Studiens forskere hadde ikke tidligere erfaring med lignende forskningsmetode, noe som kan ha påvirket både datainnsamling og tolkning av data. Likevel har studiets problemstilling, valg av metode og intervjuguide blitt drøftet med erfaren veileder, noe som kan ha redusert påvirkningen av forskeres uerfarenhet. En annen ulempe var at forskere av studiet hadde en viss erfaring med pasienter fra tidligere av, noe som kan ha vært med å styre intervjuene på ulike måter. Vi prøvde å virke som uavhengig part under intervjuene, og på den måten redusere faren for at informanten skulle gi de svarene de trodde var forventet. Det kan også hende at vi har oversett momenter under intervjuene for å stille dybdespørsmål eller fortolkningsspørsmål, grunnet

deres bakgrunn. Eventuelle feiltolkninger av tekst kan ikke utelukkes selv om forskere stilte fortolkningsspørsmål under intervjuene. Innsamlet data og sitat som ble fremhevet i studiet, er basert på begge forskere sitt subjektive mening. Dette kan ha betydning for troverdigheten. Sitater kan noen ganger miste sin mening når de tas ut av konteksten, derfor ble de korte sitatene fremhevet som de ble sagt mens lange sitater ble gjenfortalt i form av kortere setninger uten at sitatene mistet opprinnelig mening. Kategorisering av data ble gjort av oss i samarbeid med veileder for å unngå ensidig og subjektiv tolkning.

Validitet sier noe om studiemetodens gyldighet og om metoden undersøker det som er ment å undersøke (12). Hensikten med studien var å finne tannhelsepersonellens erfaringer vedrørende barn med høy karieserfaring og deres foreldre, og dette ble oppnådd godt med semistrukturert dybdeintervju metode. Tannlegene og tannpleierne som ble intervjuet var av de som hadde lang erfaring med høy-kariøse barnepasienter. Deres erfaring kom godt frem i intervjuene, noe som øker validiteten til studien. Dette styrkes ytterligere ved at deres utsagn og meninger er i korrespondanse med funn fra andre studier. En annen hensikt med studien var å samle tannhelsepersonalets erfaring og forskningskunnskap om temaet og deretter danne en forskningsartikkel som andre medstudenter kunne utnytte seg av. Vi ville gjøre informasjonen generaliserbar slik at våre medstudenter kunne utnytte seg av kunnskapen som ny utdannende tannleger uansett hvor de jobber så lenge de jobber med barn. En ulempe med intervjuforskning er at det er for få personer til å få et resultat som kan generaliseres (12). Derfor skal det tas i betraktning av funnene ikke kan gjelde alle tannhelsepersonell og barnepasienter, men at forskningsfunnene viser korrespondanse mellom informantens utsagt og tidligere forskning. Det har ikke lyktes å finne tidligere forskning som viser norske tannhelsepersonellens erfaring med høy-aktive kariesbarn og deres foreldre. Derfor er det stor behov for mer kvalitativ og kvantitativ forskning i fremtiden.

Konklusjon

Dette har vist seg at andre bakenforliggende faktorer som foreldrenes holdning, bakgrunn, livsstil og kunnskap har mye å si for barnets kariesutvikling, og ikke kun karieserfaring som tidligere antatt. Dette var mer tydelig hos barn med foreldre av innvandrers-bakgrunn. Barn med foreldre som hadde lavere forståelse for oralhelse kunnskap og/eller uhensiktsmessig holdning mot tannhelse hadde mer karieserfaring enn barn med foreldre som hadde mer kunnskap og hensiktsmessige holdninger og livsstil. Siden det er foreldre som er ansvarlige og omsorgspersoner for barn, er det hos foreldrene ansvaret av barnets orale helse ligger. Foreldrenes hygienevaner, prioriteringer og holdninger har betydning for barnets orale helse. Kommunikasjon og språk er avgjørende faktorer for foreldrenes oralhelse kunnskap, og dermed for barnets orale helse, mente informantene. Effektiv kommunikasjon er med å gi foreldre god oral health literacy, og på den måten forbedre barnets oral helse. For å kunne ha effektiv kommunikasjon er tannlegens relasjon til pasienten av stor betydning. Hvordan pasienten tolker sin tannlege/tannpleier er med på å bestemme pasientens tilfredshet og etterlevelse, som igjen er forbundet med kortsiktige og langsiktige fordeler i behandling og profylakse. Informantene var enige om at kommunikasjon og relasjon til foreldre og barnet var blant de viktigste tiltak for forebygging av karies hos barn. For å kunne redusere kariesutviklingen hos barn og øke kunnskapen hos foreldrene, trenger vi flere samarbeidspartnere innenfor flere ulike sektorer innenfor samfunnet. Dette kan være helsestasjonen, utdanningssektoren og media og underholdningssektoren. Politiske interesse og tiltak kan ha innflytelse på hele befolkningen, og dermed også de som strever med sin orale helse - sammen står vi sterkere.

5. Referanser:

1. WHO. Dental diseases and oral health. 2003. Tilgjengelig fra: <https://www.teethokay.com/pdf/c55.pdf>
2. SSB. Tannhelsetenesta. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse>
3. Næss ER. Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon 2014. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 284 – 88
4. Tove I, Wing, Nina J.wang. Hvordan ser femåringenes tenner ut? Karieserfaring i primære tannsett. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010;120(3):4.
5. Casamassimo PS, Lee JY, Marazita ML, Milgrom P, Chi DL, Divaris K. Improving children's oral health: an interdisciplinary research framework. *J Dent Res.* 2014;93(10):938-42.
6. Attramadal A. Norske barns orale helse er god. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2002;112(5):4.
7. Al-Yahya L. Knowledge and Oral Health Attitudes among Parents in Kuwait Elective Project Study Course No. 703.
8. Duijster D, van Loveren C. [The family's influence on the oral health of children. A peek behind the front door]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2017;124(4):180-6.
9. Fejerskov O MF. Fejerskov O, Manji F. Reactor paper: risk assessment in dental caries. In: Bader JD, ed. *Risk assessment in dentistry.* Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology, 1990: 215–17. 1990.
10. Marit S. Skeie IE, Kristin S. Klock, Anne Skaare og Dorthe Holst. SMÅTANN - prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse. *Norsk Tannlegeforeningens Tidende.* 2011;121(4):7.
11. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(2):116-23.
12. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 3.utgave.2013.

13. NSD-REK. tilghenelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/FAQ/hvilke-prosjekter-har-fremleggelsesplikt-for-rek/>
14. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health*. 2015;15:101.
15. Skaare A, Afzal S, Olli E, Espelid I. Holdninger og vaner hos innvandrerforeldreoppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2008;118:300-5.
16. Tove I, Wigen NJW. Foreldrefaktorer og kariesutvikling hos barn før Nor Tannlegeforen Tid 2010; 120: 1044–8.
fem års alder. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2010;120:5.
17. Sun HB, Zhang W, Zhou XB. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. *Chin J Dent Res*. 2017;20(2):97-104.
18. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America*. 2008;52(2):333-44.
19. Jones LM, Huggins TJ. Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. *N Z Dent J*. 2014;110(3):98-104.
20. Orsini CA, Jerez OM. Establishing a good dentist-patient relationship: skills defined from the dental faculty perspective. *J Dent Educ*. 2014;78(10):1405-15.
21. DENTISTRY AAOP. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2015.
22. Kay E VD, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44; 313–330
23. Sune Rubak AS, Torsten Lauritzen and Bo Christensen. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, April 2005

24. M Ghaffari SR, A Ramezankhani, M Noroozi, B Armoon. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta- analysis of 17- year intervention. *Int J Dent Hygiene*. 2017;00:1–9. <https://doi.org/10.1111/idh.12304>
25. Mosdøl A, Project leader, Senior Researcher Forsetlund, Louise, Senior Researcher Straumann, Gyri Hval, Research librarian Norwegian Knowledge Center for the Health Services. Effect of parent education on ways to prevent dental caries in pre-school children. 2015.
26. Tone Elise Eng Galåen. De yngste sliter med tannhelse. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. 2013;123(8):2.
27. Cecília Helena de Siqueira Sigaudl BRdS, Priscila Costal ATMT. Promoting oral care in the preschool child effects of a playful learning intervention. 2017 mai-jun;70(3):519-25.
28. Susheel Nalli, Shamanna Ramaswamy Bindiganavale, B. Uday Kumar Chowdary. A study of oral health promotion activities in India.
29. Reza Kazemian HG, Taraneh Movahhed, Ali Kazemian. Health Education in Primary School Textbooks in Iran in. 2011. Tilgjengelig fra: www.jdt.tums.ac.ir September 2014; Vol. 11, No. 5
30. Stein¹ C, Santos¹ NaML, Hilgert² JB, Hugo FN. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. 2016-2017. DOI: 10.1111/cdoe.12325
31. K. J. Chapman RMFaMZM. Food references in UK children's magazines –an oral health perspective. 2014. DOI: 10.1038/sj.bdj.2014.1007
©British Dental Journal 2014; 217: E20
32. H.D.Rodd, V.Patel. Content analysis of children's television advertising in relation to dental health. *British Dental Journal*. 2005. DOI: 10.1038/sj.bdj.4812967. Tilgjengelig fra: <https://www.researchgate.net/publication/7429027>
33. helsedirektoratet. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/skole-og-sfo-mat-maltider-mat-og-helse-faget#nasjonal-faglig-retningslinje-for-mat-og-m%C3%A5ltider-i-skolen>

Vedlegg 1



Forespørsel om deltagelse i intervju

Tema: Erfaringer vedrørende barn med mye karies og foreldrenes tannhelsekunnskap og evne til å forstå helseinformasjon

Bakgrunn og hensikt

I Norge har 20 % av barn 80 % av de registrerte kariesangrepene. Forskning viser at foreldres kunnskap, atferd og evne til å forstå helseinformasjon påvirker barnets tannhelse. For eksempel har barn av foreldre som har problemer med å forstå helseinformasjon mer karies og uteblir oftere fra timeavtaler. Vi vil undersøke hvilke erfaringer tannleger/tannpleiere har vedrørende disse barna og deres foreldre. Tanker om hvordan man kan på best mulig måte kan ivareta disse barnas tannhelse er også av interesse. Den som intervjues må ha erfaring med denne gruppen.

Hensikten med intervjuet er å samle inn nok erfaringskunnskap til å skrive en master om hvordan bakenforliggende faktorer og foreldre har påvirkning på barnets tannhelse. I tillegg er det ønskelig med tanker om hva helsearbeidere, spesielt innenfor tannhelsetjenesten, kan gjøre for å forbedre barnets tannhelse når foreldres kunnskap om tannhelsen er begrenset.

Intervjuet er en del av vår avsluttende masteroppgave ved Tannlegestudiet, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske Universitet.

Hva innebærer intervjuet

Vi skal intervjuet seks tannleger/tannpleiere.

Du som informant bør ha erfaring med behandling av barn med dårlig tannhelse og foreldre med utfordringer som nevnt ovenfor.

Intervjuet vil ta ca.20-30 minutter. Lydopptaker vil bli benyttet slik at det du sier skal bli korrekt referert til i oppgaven.

Mulige fordeler og ulemper

Det ses ingen klare fordeler ved å delta, men informasjon som du bidrar med kan være nyttig for oss som nyutdannede tannleger, og andre som leser oppgaven.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Du vil kun bli referert til som tannlege/tannpleier i oppgaven.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan trekke deg når som helst om du måtte føle for det. Dersom du er villig til å delta i intervjuet ber vi deg skrive under samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen

Tannlegestudenter Heela Faizi (hfa008@post.uit.no, 98019296) og Husna Noori (hno032@post.uit.no, 91151284)

og Førsteamanuensis Linda Stein (Veileder, linda.stein@uit.no)

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter å ha fått informasjon om studien og samtykker til å delta

Dato/Underskrift informant



Vedlegg 2

Intervjuguide for Heela F. og Husna N..

Informantnummer:

Dato:

Introduksjon:

- Takke for deltakelse
- Repetere punktene i forespørselen
- Få underskrift på samtykkeerklæring
- Si fra om de vil ha pause eller avbryte
- Lydtest/ prøve diktafon

Sett på lydopptak.

Det jeg vet om deg er at du....

Bakgrunnsopplysninger som er aktuelle for oppgaven.

Sammenheng mellom barnets dårlige oral helse og foreldres kunnskap om tannhelsen.

- I. Opplever du at det er sammenheng mellom barnets tannhelse og foreldres kunnskap om tannhelse? Kan dere gi eksempler?
- II. Hvilke erfaringer har du med dårlig kunnskap hos foreldre og mangelfull tannhelse hos barna deres?
- III. Tror du at foreldres kunnskap om barnets tannhelsen gir barn bedre framtid, når det gjelder den orale helsen?
Har du eksempel/flere eksempler på at barna som har høy kariøs erfaring tyder på mangelfull kunnskap hos foreldre.

Hvordan behandle barnepasienter med dårlig oral helse forårsaket av foreldres manglende kunnskap om tannhelse.

- I. Hvordan går du frem når du møter slike pasienter (barnepasienter med dårlig tannstatus som kan ha sammenheng med foreldres manglende kunnskap om tannhelsen)?
- II. Erfaringsmessig, hva er det som fungerer i møte med slike pasienter og deres foreldre? Kan du gi eksempler? Kan du også nevne hva som ikke har fungert så bra?
 - Hvem fokuserer dere på? Barnet eller foreldre?
- III. Er det noe du har lyst til å legge vekt på når det gjelder oppfølging av slike pasienter? Noe du har lagt merke til som du vil at andre tannhelsepersonell skal tenke over?

Hva kan vi bli bedre på?

- I. Føler du at tannhelsetjenesten (tannleger, tannpleier, fylkestannlege, osv.) gir tilstrekkelig nok informasjon til pasienten eller pasientens foresatte?
 - Forstår foreldrene og/eller pasienten informasjonen som blir gitt?
- II. Er det bare tannhelsetjenesten som har ansvaret for foreldres kunnskap om tannhelsen eller må andre bidra til dette? Har helsestasjon noe ansvar, eller barnehagen/barneskolen, eller foreldre selv?
- III. Hva tror du vi (tannhelsepersonell og hele tannhelsevesenet) må bli flinkere til i framtiden, for å redusere antall barn med dårlig tannhelse forårsaket av foreldres manglende kunnskap om tannhelsen.

Oppsummere det du har spurt om.

Er det noe informant vil tilføye?

Takk!

Stoppe lydopptak.

Oppfølgings spørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er ønskelig å få vite mer):

- Kan du beskrive nærmere...?
- Kan du fortelle mer om...?
- Har du et eksempel/flere eksempler på dette?
- Hvordan opplevde du det?
- Hva tenker du om det?

Fortolkende spørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er behov for å sjekke tolkningen din):

- Du mener altså at...?
- Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?
- Dekker..... noe av det du har sagt?