



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelsefag
4TABA10

Torunn Vollstad Mjelde og Ingeborg Bekkevold
Veileder Kristin Strøm Høvik

Trygge barn på tannklinikken

Confident children in the dental clinic

Antall ord:11.820

Bachelorutdanning i tannpleie
2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Bacheloroppgaven vår omhandler hvordan tannpleieren kan forebygge angst for tannbehandling hos små barn. Det er en litteraturstudie; det vil si at vi benytter relevant litteratur og forskning som bakgrunn for vår oppgave. Den setter fokus på tiltak tannpleier kan benytte for å tilrettelegge for forebygging av angst for tannbehandling: dette innebærer å etablere et tillitsforhold, fokus på det første møtet på tannklinikken, benytte tell-show-do metoden og inneha kunnskap om kommunikasjon, primærforebygging, angst for tannbehandling og smerte. Målgruppen er små barn i alderen 3-6 år: barnets første undersøkelse er som oftest ved 3 års alder og vi tenker at de første konsultasjonene blir viktig siden forebygging bør starte på et så tidlig stadium som mulig. I vår drøftingsdel fremkommer blant annet betydningen av å etablere et tillitsforhold: det er en nødvendig forutsetning for å kunne forebygge angst for tannbehandling. For øvrig blir all teorien drøftet her. Vi mener oppgaven vår gir et dekkende bilde for hvordan tannpleier kan gå frem i arbeidet med de minste barna på tannklinikken.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	4
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	5
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	5
1.5 Definisjoner av enkelte begreper i oppgaven.....	5
1.6 Anonymisering.....	6
1.7 Disposisjon/ oppgavens oppbygging.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Beskrivelse av metode.....	7
2.2 Litteraturstudie.....	7
2.3 Litteratursøk og fremgangsmåte.....	7
2.4 Kildekritikk med begrunnelse for den valgte litteraturen.....	9
2.5 Pensumlitteratur.....	9
2.6 Selvvalgt litteratur.....	9
2.7 Artikler.....	9
3.0 Teori.....	10
3.1 Forebygge.....	10
3.2 Etablere tillitsforhold.....	11
3.3 Kommunikasjon.....	12
3.4 Det første møtet.....	13
3.5 Tell-show-do.....	15
3.6 Barn og smerte.....	17
3.7 Angst for tannbehandling.....	18
4.0 Drøfting.....	20
4.1 Forebygge.....	20
4.2 Etablere tillitsforhold.....	21
4.3 Kommunikasjon.....	23
4.4 Det første møtet.....	24
4.5 Tell-show-do.....	26
4.6 Barn og smerte.....	27
4.7 Angst for tannbehandling.....	29
5.0 Konklusjon.....	32
6.0 Referanseliste.....	35
Figurliste.....	38
7.0 Vedlegg.....	39
7.1 Skjema for søketreff.....	39

1.0 Innledning

Tannpleierens arbeid er helsefremmende og forebyggende. Vi skal forhindre at skader oppstår. I praksis betyr det at vi må sette i gang tiltak før det skjer en skade. Ved å starte tidlig, allerede med de små barna, kan vi lettere forhindre at en skade oppstår (Helsedirektoratet, 1999). I vår oppgave relaterer vi skade til å gjelde angst for tannbehandling. Barnets naturlige reaksjon i møte med nye situasjoner og fremmede er at det blir engstelig. Det er derfor vanskelig å si at et barn kan ha angst for tannbehandling (Öst & Skaret, 2013). Målet vårt er at barnet på sikt ikke skal utvikle dette, slik at det kan benytte seg av tannhelsetjenesten, også etter hvert som det blir større. Tilrettelegging av tannbehandlingen, tilpasset hver enkelt pasient, blir derfor vesentlig. Dette vil omfatte etablering av et tillitsforhold, vise evnen til god kommunikasjon, fokusere på det første møtet på tannklinikken, benytte Tell-show-do metoden og oppnå smertekontroll.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Med bakgrunn i egne erfaringer og opplevelser fra praksis er dette et tema som engasjerer oss. I praksis har erfaringer med barn vist oss at behovet for mer kunnskap på dette området kan bidra til at både tannpleier og barnet blir tryggere i tannbehandlingssituasjonen. Selvpålevde erfaringer har også i en sterk grad påvirket valg av tema: kunnskaper om dette fra tannpleierens side tror vi kunne bidratt til å redusere egne negative erfaringer.

Personlig kjenner vi til flere som i voksen alder sliter med angst for tannbehandling. De forteller at negative opplevelser fra tidlig barndom har vært opphavet til denne angsten. En mann i 60-årene fortalte oss at han som 6-åring var på konsultasjon hos tannlegen. På denne tiden var det ikke vanlig at mor eller far fulgte med inn på behandlingsrommet. Gutten var engstelig og nektet å gape. Konsekvensen av dette resulterte i at han ble stengt inne på et lite kott. Døren ble så låst og gutten fikk beskjed om at han ikke fikk komme ut før han hadde bestemt seg for å gape. Tiden gikk og moren begynte å ane uråd da gutten lot vente på seg. Hun spurte personalet hvor han var blitt av. Tannlegen måtte da gå og låse opp døren hvor gutten satt innesperret. Den lille gutten løp så rett i morens fang og fortalte hva som hadde skjedd. Dessverre fikk denne episoden ingen følger for tannlegen, men det førte derimot til en sterk angst hos pasienten. Denne historien gjorde sterkt inntrykk på oss. Den viser hvordan opplevelser fra tidlig barndom kan føre til sterk angst for tannbehandling senere i livet.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Angst for tannbehandling er et aktuelt tema for tannpleiere. I møte med mange ulike pasientgrupper har vi behov for kunnskap om hvordan vi kan forebygge dette. Ifølge undersøkelser er det hele 70 % som gruer seg til å gå til tannlegen, og av dem er det cirka 10 % som har sterk angst (Tannlegetidende, 2009). Å få undersøkt tennene sine jevnlig bør være en naturlig del av livet. Samspeillet mellom pasient og behandler bør være basert på trygghet og tillit. Vi ser derfor betydningen av å forebygge på et så tidlig stadium som mulig.

På bakgrunn av dette har vi valgt å ta for oss de små barna. Denne benevnelsen innebærer barn i alderen 0-6 år (Bunkholdt, 1998). I Den Offentlige Tannhelsetjenesten er den første konsultasjonen når barnet er 3 år. Det er derfor naturlig å se på barn i alderen 3-6 år. Ved at vi tilrettelegger for gode behandlingstilstander, håper vi å kunne forebygge angst for tannbehandling slik at barnet vil oppleve trygghet i tannbehandlingssituasjoner senere i livet. Det er naturlig at små barn er engstelig for fremmede mennesker og nye situasjoner. Å gå til tannpleier kan være eksempel på en slik situasjon. For å sikre barnet den tryggheten det trenger i en tannbehandlingssituasjon, ser vi det viktig at tannpleier innehar grunnleggende kunnskaper om hvordan vi kan møte barnet (Øvreeide, 2009).

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan forebygge angst for tannbehandling hos små barn?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Nøkkelt begrepet i vår problemstilling blir å forebygge, noe som blir nerven i bacheloroppgaven vår. Vi har som tidligere nevnt valgt å avgrense aldersgruppen til å omfatte små barn. Dermed får vi fokus på hvordan vi kan forebygge tidlig. Angst for tannbehandling er et begrep som ikke blir hovedtema i vår oppgave da det heller ikke svarer direkte på problemstillingen. Hovedtyngden i vår oppgave ut i fra problemstillingen blir det som er essensielt for å forebygge slik at små barn har redusert risiko for utvikling av angst for tannbehandling. Dette innebærer etablering av tillitsforhold, god kommunikasjon, det første møtet på tannklinikken, tell-show-do metoden og barn og smerte.

1.5 Definisjoner av enkelte begreper i oppgaven

Empowerment: et begrep som benyttes mye blant annet i helsefremmende arbeid. Det kan best beskrives som myndiggjøring. Ordet inneholder power: styrke, makt og kraft. John Gunnar

Mæland forklarer empowerment med ”det å vinne større makt og kontroll over” (2005, s.70). (Hummelvoll, 2004; Askheim & Starrin, 2007).

Angst for tannbehandling: et begrep som stadig kommer opp. Begrepene vegring, frykt og angst er begrep som blir omtalt om hverandre i litteratur. Angst for tannbehandling er et heldekkende begrep som vi ønsker å bruke i vår oppgave (Andersson, 2012).

1.6 Anonymisering

Gjengitte eksempler og erfaringer fra praksis er i vår oppgave bearbeidet slik at opplysningene som kommer fram ikke kan gjenkjennes med verken navn, geografisk sted eller annen relevant bakgrunnsinformasjon. Personen vi har omtalt i innledningen, har samtykket i at historien, som for øvrig også er bearbeidet, blir nedskrevet i vår oppgave.

1.7 Disposisjon/ oppgavens oppbygging

Kapittel 1: Her forbereder vi leseren på det som skal komme i teoridelen. Deretter kommer bakgrunn for oppgaven, bakgrunn for valg av problemstilling, presentasjon av problemstilling, avgrensning og presisering av problemstilling, definisjoner av enkelte begreper og disposisjon/oppgavens oppbygging.

Kapittel 2: Hvilken metode vi har benyttet blir beskrevet. Videre har vi tatt for oss hvordan vi har funnet litteraturen, begrunnelse av valg for litteratur, kildekritikk, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og begrunnelse for valg av forskningsartikler.

Kapittel 3: Består av teoridelen; etablere tillitsforhold, kommunikasjon, det første møtet, tell-show-do, barn og smerte, angst for tannbehandling og forebygge.

Kapittel 4: Teoridelen blir drøftet: forebygge, etablere tillitsforhold, kommunikasjon, det første møtet, tell-show-do, barn og smerte og angst for tannbehandling.

Kapittel 5: Konklusjon av oppgaven

Kapittel 6: Litteraturliste

2.0 Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie. Vi har benyttet en kvalitativ metode, forstått på den måte at det trekkes ut essenser fra bøker, forskning og fagartikler. Det er vår forståelse av hva som er det sentrale i materialet for å svare på oppgavens problemstilling som er veiledende. I samhandling med barn er det ikke mulig å ha standardiserte metoder, da det ikke er direkte målbart. Derfor blir det hensiktsmessig å gå ut ifra en kvalitativ metode siden vi går dypere i forskning som allerede er utført (Dalland, 2007; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

2.2 Litteraturstudie

Vår bacheloroppgave bygger på en litteraturstudie. En litteraturstudie bygger på kunnskap fra bøker og skriftlige kilder, slik som forskning- og fagartikler og tidsskrifter. Ved å ta utgangspunkt i forskning som er eksisterende får vi en litteraturstudie som er en type forskningsstudie (Dalland, 2007).

2.3 Litteratursøk og fremgangsmåte

Et viktig grunnlag for en studentoppgave er litteratur. Oppgaven tar utgangspunkt i denne kunnskapen og problemstillingen skal drøftes i forhold til dette. Kildegrunnlaget må beskrives og begrunnes godt slik at troverdigheten og fagligheten til oppgaven bevares. Utvalget av litteraturen skal beskrives ut i fra eksklusjonskriterier (ibid.). I vår fremgangsmåte av litteratursøk har vi benyttet et selvlaget skjema som beskriver database, søkeord, antall treff og eksklusjonskriterier: altså hvorfor vi har forkastet eller valgt gjeldende artikkel. Dette ligger under vedlegg.

I fremgangsmåten for litteratursøk har det vært utfordrende å finne relevant litteratur. Vi har lest mange artikler og søkt i mange databaser med flere søkeord i ulike kombinasjoner. På et tidspunkt stod vi noe fast. Vi bestilte derfor en bibliotekar; det viste seg at det også var krevende for henne å finne forskningsartikler relatert til vår problemstilling. Litteratur om tell-show-do metoden, relatert til tannhelse, viste seg å være svært vanskelig å finne. I forhold til angst for tannbehandling har artiklene vært mer rettet mot pasienter som allerede har denne lidelsen. Vi ønsket derimot å finne mer om forebygging.

Søkeord vi har benyttet i ulike kombinasjoner er: dental anxiety (mesh-term), dental phobia, child, tannbehandlingsangst, tannlægeskræk, intervention, tell show do, tell-show-do, dental hygienist, hygienist, prevention, oral health, forebygge angst, tilrettelegging, dental care, dental care for children, child behaviour, signs dental anxiety og angst for tannbehandling.

Følgende databaser er benyttet: Google Scholar, SveMed, EBSCOhost, Cinahl – Science Direct, Tannlegetidende, PubMed, Helsebiblioteket, The Cochrane Library, Lexicomp Online, Clinical Evidence, NORA, UpToDate, Medline.

Vi startet søkingen i Google Scholar med søkeordet «tell-show-do». Vi valgte artikler fra 2008-2013 og endte dermed opp med 390 artikler. Æn av disse artiklene fant vi relevant: “Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment.” Vi kom så til BIBSYS: valgte fulltext: kom så til DOAJ Directory of open access journals: etter å ha valgt denne kom vi til CDA-journal archives; her søkte vi på tell-show-do: dette gav 3 treff. Æn av disse artiklene fant vi relevant: “Approaching the pediatric dental patient: A review of Nonpharmacologic behavior management strategies” skrevet av Law og Blain (2003). Denne forskningsartikkelen omhandler pedodonti: hvordan samarbeide med barnet i en tannbehandlingssituasjon. Tell-show-do metoden blir omtalt.

Erik Skaret, professor i odontologiske atferdsfag ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag ved Odontologisk fakultet i Oslo, gav oss navnet på en artikkel han mente var relevant for vår oppgave. Den heter «Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient.» Denne artikkelen fant vi gjennom EBSCOhost via Google Scholar ved å søke på artikkelnavnet. Dette er en reviewartikkel, det vil si at den er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2007).

Gjennom EBSCOhost søkte vi med ordene dental anxiety and child. Det gav 662 treff. Blant artiklene vi fant relevante, valgte vi resultat nummer 3 og 15. Begrunnelsen for dette er at de begge er reviewartikler. Den ene måtte bestilles via BIBSYS: “Understanding children’s dental anxiety and psychological approaches to its reduction.” Navnet på den andre artikkelen er “Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behavior.”

Vi har søkt og funnet flere artikler gjennom tannlegetidende.no. Vi benyttet norske søkeord som tannbehandlingsangst. Det gav 17 treff. Blant artiklene vi fant relevante, valgte vi resultat nummer 11 og 13. Behandlingsmuligheter ved tandvårdsrådsla hos barn och vuxna. Navnet på den andre artikkelen Hva er tannlegeskrekk og hvordan kan den diagnostiseres?

2.4 Kildekritikk med begrunnelse for den valgte litteraturen

For å vurdere og å fastslå troverdigheten av en kilde, benytter vi kildekritikk som metode. Ved å belyse problemstillingen må vi vise hvilken relevans og gyldighet litteraturen har, noe som blir hensikten med kildekritikk (ibid.). Dette fremkommer i skjemaet vårt.

2.5 Pensumlitteratur

Vi har benyttet oss av relevant litteratur fra pensum i 1. - 6. semester. Av pensumlitteratur var det begrenset med relevant litteratur for vår oppgave.

2.6 Selvvalgt litteratur

Hovedkilden i vår oppgave er basert på en helt ny bok, tilgjengelig fra forlagene i april 2013. Forfattere er Lars-Gøran Öst og Erik Skaret. Tittelen på boka er Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety. Som følge av sen levering fra forlaget til biblioteket, fikk vi låne et eksemplar fra stipendiat ved det odontologiske fakultet i Oslo, Kjetil Strøm, signert av forfatterne selv. Denne boken tar først og fremst for seg Cognitive Behaviour Therapy som metode; denne rettes mer mot større barn og voksne, mens vi benytter Tell-show-do; denne metoden er også beskrevet i boken. For øvrig tar boken for seg det sentrale rundt angst for tannbehandling; dette innebærer blant annet forebygging og smertekontroll.

2.7 Artikler

Ved kritisk vurdering i valg av forskningsartikler har vi benyttet oss av IMRAD- prinsippet, hvorav hver bokstav har betydning som beskrevet under. Prinsippet bygger på introduksjon, altså hvorfor studien utføres. Metode beskriver hvordan gjennomføringen av studien og analysering av resultatene er utført. Resultat sier noe om hva som ble funnet. A står for «and» som betyr og. Diskusjon beskriver hva resultatene betyr. Tilslutt er det et sammendrag (abstract) (Dalland, 2007).

3.0 Teori

3.1 Forebygge

Ut ifra § 1-2 i lov om tannhelsetjenesten er tannhelsetjenestens formål at: «Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen» (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

I epidemiologien deles det forebyggende arbeidet inn i tre nivåer: primær, sekundær og tertiærforebygging. Primærforebygging, som er mest sentralt for vår oppgave, innebærer tidlige tiltak før et problem oppstår (Helsedirektoratet, 2010). Innen tannhelse vil dette innebære og iverksette tiltak som kan fjerne eller redusere de forhold som kan skape sykdom og skade (Helsedirektoratet, 1999). Eksempel kan være å forebygge at barn utvikler angst for tannbehandling gjennom å etablere et godt tillitsforhold, benytte tell-show-do metoden ved tilvenning for en tannbehandlingssituasjon og etablere en smertekontroll som er basert på barnets egen subjektive opplevelse av smerte. Ved å starte tidlig i småbarnsalder med forebygging kan det forhindre at barnet får alvorlige problemer senere i livet. Dette vil på sikt kunne bidra til at samfunnet sparer utgifter til kostbar behandling (Glavin & Erdal, 2013).

Tannpleiere er en nøkkelperson innen tannpleie siden vi er i en posisjon hvor vi kan introdusere barnet inn i tannbehandlingens verden. Det første møtet på tannklinikken kan være av stor betydning for barnets fremtidige samarbeid i forhold til tannbehandling. For å forebygge fremtidige problemer med angst for tannbehandling og mangel på mestring, er det avgjørende at det etableres gode rutiner; at det bygges tillit og en smertekontroll.

Tannpleierens viktige ansvar i dette forebyggende arbeidet krever kunnskap om grunnleggende psykologi, kommunikasjon, sosial atferd, tannbehandlingsangst og behandlingsprinsipper. Betydningen av tannlegens kvalifikasjoner på dette området er vel så viktig siden tannpleier og tannlege har et nært samarbeid (Skaret & Soevdsnes, 2005).

«Det er flott å behandle odontofobi, men det er mye klokere å tenke forebyggende» sier Erik Skaret, professor i odontologiske atferdsfag ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag ved Odontologisk fakultet i Oslo. Han mener det er en tendens til at vi fortsetter behandlingen så

lenge pasienten gaper opp. Sammen kan vi finne ut hva som gjør det vanskelig å mestre behandlingen og hva som kan gjøre behandlingen lettere (Tannlegetidende, 2009, s. 1004).

3.2 Etablere tillitsforhold

Ethvert barn er unikt. Deres biologiske forutsetninger, utviklingsfase, livshistorie og sykdomssituasjon er alle forskjellige (Eide & Eide, 2007). Det er også viktig å forstå at det er store individuelle ulikheter i et barns utviklingsstadium. For å forstå barnets reaksjon på dets omgivelser, er det avgjørende at vi forstår barnets tanker og følelser, som kan gi oss et nytt perspektiv (Askland & Sataøen, 2010).

Öst & Skaret (2013) understreker at uavhengig av hvilke metode som benyttes for å forebygge angst for tannbehandling, er det helt avgjørende å ha fokus på å skape et godt tillitsforhold til barnet. Dette fremhever at relasjonen mellom barnet og tannpleier er avgjørende for en vellykket behandling. Spesielt i begynnelsen av samtalen er det viktigere å lytte oppmerksomt enn å snakke, noe som blir mer relevant for 6-åringen fremfor 3-5 åringen. For å oppnå likeverd er det viktig at pasienten sitter i høyde med tannpleieren og har øyekontakt. Selv om atferden til pasienten ikke er akseptabel må tannpleier formidle en holdning som ikke er dømmende. Tannpleieren må bevare en rolig oppførsel og forsterke en atmosfære av respekt og verdsette den enkelte pasient. Ved bruk av et normalt stemmeleie, et ordforråd som er hensiktsmessig og på pasientens nivå vil barnet føle seg ivaretatt. Det kan være viktig å finne en ledetråd hvor tannpleier stiller spørsmål, deler sine tanker og observasjoner. Konklusjoner bør ikke trekkes for tidlig. For at barnepasienten lettere skal huske anbefalingene fra tannpleier, er det fint å koble informasjonen opp mot dagligdagse aktiviteter (Wilkins, 2013; Robson, 2006).

I etablering av et tillitsforhold er det viktig å skape en god relasjon. Ved å kunne ta barnets perspektiver får vi en anerkjennende relasjon slik at vi sikrer barnet opplevelsen av eget verd (Bunkholdt, 1998). En måte vi kan skape en god relasjon på er gjennom å lede barnet inn i «ja-sirkler»: vi stiller da spørsmål som vil lede til et positivt svar. Et eksempel på dette kan være en opplevelse barnet forteller om: kanskje har det badet i kaldt vann i ferien.

Opplevelsen vinkles mot noe positivt, som «Da var det vel godt å varme seg med et håndkle etterpå?» fremfor en negativ vinkling som «Uff, kaldt vann er ikke noe godt vel?» På denne måten kan barnet gjenskape en god følelse, noe som vil gi en positiv følelse rundt relasjonen

og situasjonen. En annen måte vi kan skape en god relasjon til et barn er gjennom empowerment. Tannpleier viser interesse slik at barnet blir sett, anerkjent og bekreftet: slik vil selvfølelsen til barnet bli styrket. Eksempel på dette kan være at barnet forteller en opplevelse fra et tidligere besøk på tannklinikken. Ved at tannpleier lytter oppmerksomt og bekrefter hva barnet forteller, vil barnet oppleve at det blir sett (Øvreeide, 2009; Askheim & Starrin, 2007).

Ifølge Zhou, Cameron, Forbes og Humphris (2010) er det viktig å være oppmerksom på betydningen av atferden til tannhelsepersonellet. Den kan påvirke behandlingens suksess. Undersøkelsene i deres artikkel rapporterte effekten av tannhelsepersonellens atferd på barnets angst. Følgende viste å bidra til en redusert angst-relatert atferd og oppmuntring til samarbeid med barnet: Empatisk kommunikasjon med fokus på barnets følelser slik som «Jeg bryr meg om hvordan du føler det» og klare og spesifikke instruksjoner. I tillegg til å redusere angsten, førte det til bedre humør hos barnet. Andre strategier som viste å ha god effekt var et betryggende klapp fra behandleren på skulderen eller overarmen til barnet. Dette ble da ledsaget av en verbal forklaring og beroligelse om påfølgende prosedyre. En fast og høy røst viste seg å stoppe barnets forstyrrende atferd. Et godt nivå av selvsikkerhet og kontroll fra tannpleierens side virker beroligende på pasienten. Straff i form av verbal kritikk for manglende overholdelse resulterte i det høyest selvrapporterte angstnivået på barnets måling av angst før og etter de ulike behandlingsstrategiene.

3.3 Kommunikasjon

Nøkkelen til effektiv kommunikasjon på helseområdet er å etablere et godt tillitsforhold. Gjennom kommunikasjon kan vi vise at barnet blir sett, forstått, respektert og ivarettatt. Som voksen har vi en unik mulighet til å bekrefte og bygge opp under barns selvfølelse og selvværd. Kommunikasjonen er ofte egosentrisk, det vil si at barnet tror andre har samme forutsetninger og utgangspunkt som en selv. Det er også viktig å tenke på at barnet mangler abstrakt forståelse. De tolker derfor uttrykk bokstavelig. Kommunikasjonen må være entydig, det vil si at vi er konsekvente i våre reaksjoner. Det må være en sammenheng mellom ansiktsuttrykkene våre og det vi sier (Bunkholdt, 1998). Gjennom god kommunikasjon kan vi oppnå gode samarbeidsferdigheter sammen med barnet, noe som vil redusere barnets oppfatning av at tannbehandling er farlig (Roberts, Curzon, Koch & Martens, 2010).

I nye situasjoner har barn, og spesielt de som er utrygge på seg selv og andre, et behov for at den voksne strukturer situasjonen både konkret og aktivt. Utrygge barn kan uttrykke seg ved å utløse en adekvat kommunikasjonsstøtte; det vil si at de organiserer kommunikasjonen selv gjennom det utviklingsnivået de faktisk er i. En annen måte et utrygt barn kan uttrykke seg på er ved å opptre regressivt: barnet går da tilbake i modenhet og oppfører seg småbarnslig på et nivå som ikke er aldersbetinget. På denne måten viser barnet at det har behov for ivaretaking og omsorg (Øvreeide, 2009). For å skape en tryggere situasjon kan vi bruke såkalte overgangsobjekter; det vil si et bindeledd mellom den nærmeste omsorgspersonen og barnet. Sutteklut, narresmokk eller en bamse kan være slike objekter. Overgangsfenomener, slik som at barnet suger på tommelen for å søke trøst i usikre situasjoner, kan også være til hjelp (Bunkholdt, 1998).

Visse hovedmomenter er viktige å ha med ved kommunikasjon med barn, og en samtale, med vektlegging av disse momentene, kan forløpe slik: det kan være fint å starte med å finne et felles område for oppmerksomhet. Hvis nødvendig kan et hjelpemiddel være nyttig å anvende; dette kan være en ting barnet har med seg, slik som en leke. Å lytte aktivt, respondere og bekrefte både ved non-verbal og verbal kommunikasjon er viktig for at barnet skal føle seg sett: det vil si kommunikasjon uten og med ord. Kommunikasjonen med det minste barnet gjøres best ved non-verbal kommunikasjon siden språket ikke er ferdig utviklet (Pike, 1995). Ved å følge, fremfor å presse barnet i dets tid og oppmerksomhetsskift, blir det respektert. Dersom barnet viser tegn til bekymring er det viktig å oppdage dette og vise at det blir sett ved å sette ord på bekymringer, erfaringer og følelser. Informasjonen som gis skal tilpasses utviklingsnivået til barnet og situasjonen det er i. Her gjelder det at enkle ord og uttrykk benyttes opp mot barnets eget språk. Før vi går videre i en samtale er det viktig å avvente responsen til barnet og lytte til hva det har å si (Eide & Eide, 2007; Øvreeide, 2009).

3.4 Det første møtet

Det første møte starter på venterommet; her tas barn og foresatte i mot av tannpleier.

Presenterer deg for barnet først, gå ned på barnets nivå og bruk ord som er enkle og forståelige. Allerede her kan tannpleier få inntrykk av hvordan legge til rette for å etablere et tillitsforhold tilpasset den enkelte pasient. Det er viktig at vi formidler en positiv og rolig atmosfære. Tannpleier skal vise respekt og oppmerksomhet, samt at vi vil hjelpe og bryr oss om barnet. Utgangspunktet i behandlingen skal være barnet og hvordan det reagerer på ulike sensoriske inntrykk. Det er naturlig at foresatte følger sammen med de små barna inn på

behandlingsrommet. Barna opplever trygghet med å ha foresatte i nærheten, spesielt i en ny og ukjent situasjon som første gangen de kommer til tannklinikken. I tillegg er det nødvendig for å utveksle informasjon som angår barnet. Foresatte kjenner barnet best og vet hvordan det reagerer i ulike situasjoner (Öst & Skaret, 2013). Det er viktig å være klar over at når foreldrene forbereder barnet på hva som skal skje før besøk på tannklinikken, kan det i mange tilfeller gjøre «vondt verre». Eksempel på dette kan være dersom foresatte er engstelige for tannbehandling (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997).

Det kan være krevende å behandle enkelte barn i alderen rundt 3 ettersom verbal kommunikasjon ikke er ferdig utviklet. Barn som unngår øyekontakt under kommunikasjon med tannpleier er ofte ikke klare til å ta i mot behandling (ibid.). Kommunikasjonen mellom barnet og foresatte kan gi tannpleier en indikasjon om hvordan samspillet mellom dem er. Verbale og non-verbale signaler kan gi mye informasjon om personligheten og følelsene til barnet. Å tilrettelegge for et godt grunnlag fra første stund med barnet og foresatte, kan vise seg å være verdifullt ved senere kommunikasjon. Ved veiledning er det viktig at både barnet og foresatte er inkludert i samtalen (Öst & Skaret, 2013). Ansvar og medbestemmelse i behandlingen bidrar til at barnet kan føle eller ha mulighet til kontroll over situasjonen. For å føle kontroll er det viktig at barnet får en individuell tilpasset veiledning tilrettelagt på deres nivå. Selv om foreldrene er delaktig i behandlingen er det viktig at oppmerksomheten konsentreres på barnet (Berggren, Willumsen & Arnrup, 2003).

Hos en 3-4 åring er logikken både egosentrisk og emosjonell; deres gjenkjennelsesassosiasjoner gjør at de lett assosierer til ting de kjenner. Hukommelsen er god, noe som gjør de i stand til å erindre godt hva som hendte ved for eksempel forrige besøk på tannklinikken. Dersom de opplevde hendelsen som negativ, vil de ved neste besøk forholde seg til det forrige besøket fremfor den faktiske situasjonen. Dette kan gjøre det vanskelig å forandre barnets forestilling til tross for at det ikke skal skje noe negativt. Å formidle trygghet og ro i tillegg til en beskrivelse av hva som skal skje blir da viktig (Gamst, 2011). Ros er kanskje ekstra viktig ved det første besøket. Barnet trenger mye ros for å utvikle selvtillit og følelsen av egenverd. Rosen må være konkret rettet mot noe. Tomt skryt kan vise en likegyldighet til følelsene og tankene til barnet. I en behandlingssituasjon kan vi for eksempel si «Så flink du er til å gape så høyt at jeg får sett alle tennene dine!» fremfor «Så flink du er!» (Bunkholdt, 1998). Når tannbehandlingen er over, uansett utfall, bør alle seanser avsluttes

positivt. Det har vist seg at barn som opplever en positiv atmosfære vil huske det til neste besøk; det kan bidra til at barnet opplever trygghet. Barn bør uansett om de mestrer eller ikke få en premie av tannpleier (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997).

3.5 Tell-show-do

Innen barnetannpleie fins den klassiske tell-show-do-metoden. Dette er den mest kjente og aksepterte metoden for å introdusere og tilvenne små barn til tannbehandling. Den anvendes også ved å oppnå atferdsendring og forberede samarbeid med små barn som er redde, eller av andre årsaker ikke samarbeider om tannbehandlingen (Law & Blain, 2003). Av de teknikkene som kan bygge tillit, øke barnets følelse av kontroll og forutsigbarhet under behandling er tell-show-do den oftest benyttede strategien innen atferd (Porrirt, Marshman & Rodd, 2012).

«Tell» fasen betyr at behandler forteller eller forklarer barnet og foresatte prosedyren som skal utføres. Før vi går videre til neste fase må barnet ha vist positiv aksept og gjort rede for at det er klart til å bli vist hva som skal utføres (Öst & Skaret, 2013).

«Show» fasen betyr å vise barnet prosedyren i hva som skal gjøres i tannbehandlingen. Her vises også instrumenter som behandler har tenkt å benytte. En forklaring på hvordan de fungerer blir angitt for barnet. Barnet vil trenge tid til å utforske og bli trygg på de ulike instrumentene; det er normalt at barnet vil være skeptisk til det ukjente. Er barnet undrende og stiller spørsmål rundt det ukjente kan det være et godt utgangspunkt for å gå videre til neste fase (ibid.).

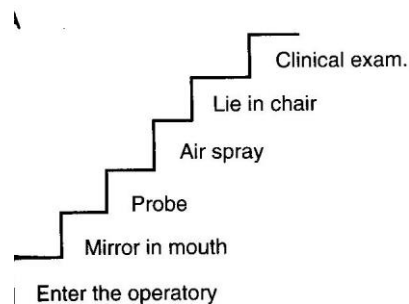
«Do» betyr å utføre prosedyren. Her skal tannbehandlingen som er planlagt utføres. Det er viktig at barnet opplever trygghet og tillit. Barnet må selv føle seg klar til å kunne ta del i tannbehandlingen. Hvis barnet ikke mestrer må prosedyren repeteres (ibid.).

Et eksempel på en behandlingssituasjon hvor tell-show-do metoden kan anvendes:

Ole på 3 år kommer til tannklinikken sammen med sin mor for sin første undersøkelse. Når tannpleier møter han på venterommet viser Ole signaler om at han er engstelig; han holder et godt tak i mors buksebein. Når vi kommer inn på behandlingsrommet vil Ole sitte på fanget til mor. Tannpleier setter seg på en stol ved siden av. Hun snakker med en rolig og avslappet stemme. Hun introduserer hansker og munnbind, men Ole gjemmer seg i fanget til mor og vil ikke se. For å forsøke å fange Ole sin oppmerksomhet, blåser tannpleier opp hansken som en

ballong og tegner ansikt på den. Hun ser at han snur seg og lurert på hva hun driver med. Hun spør om Ole vil ha den og det vil han. Dette kan være en fin start på å bygge tillit i en behandling. Tannpleier viser i neste steg fram speil til Ole og spør om de i sammen kan telle tennene hans. Hun tar frem et ekstra speil sånn at han kan se tennene sine. Han vil bare gape litt, men det er nok til å få et lite overblikk over tennene. Det er kun dette de får gjort denne gangen. Ole får med seg hansker og munnbind med hjem slik at de kan leke tannlege til neste besøk. Dette eksemplet viser en pasient som trenger lengre innlæring for å bli trygg i ny situasjon.

Tell- show-do metoden kan forklaras som en innlæringstrapp, som vist under, hvor vanskelighetsgraden øker etterhvert som barnet klatrer fra et trappetrinn og opp til neste. Det er av stor betydning å jobbe systematisk og legge opp prosedyren tilpasset barnets utviklingsnivå. På den måten oppdages eventuelle problemer og barnet kan få en individuell tilpasset tannbehandling. I en tell-show-do metode er ikke introdusering av instrumenter og tilvenning av barnet viktig alene, men også andre faktorer må være tilstede for en vellykket gjennomføring: en oppbygging av tillit og god kommunikasjon mellom behandler, barnet og foresatte (Krekmanova & Robertson, 2005). Figur 1 (Öst & Skaret, 2013) viser tilvenning basert på gradvis eksponering ved bruk av innlæringstrapp.



Figur 2: Tilvenning basert på gradvis eksponering

Ved samtale med barnet, er det avgjørende å bruke ord som barnet forstår. Barn er ulike; noen er robuste og uredde, mens andre er forsiktige og engstelige. Dette må tas i betraktning av hvor raskt barnet blir tilvennet tannbehandlingen. Gi barnet mer tid hvis det behøves; ikke alle behersker undersøkelse ved første besøk. Når barnet mestrer situasjonen, bruk positive ord og fortell barnet hva det har vært flink til; eksempel på dette kan være: «Så bra at du hjelper til med å gape høyt, da får jeg sett på de fine tennene dine». Det at barnet føler at det mestrer vil

på sikt kunne gjøre barnet tryggere, og de kommende besøkene på tannklinikken vil antagelig gå lettere (Mejåre, Modéer & Twetman, 2010). Et barn som har lært seg å samarbeide i en tannbehandlingssituasjon har bedre forutsetninger for god oral helse enn barn som opplever behandlingen som skremmende. Det er ved flere undersøkelser bevist at tell-show-do metoden har effekt på barn med angst for tannbehandling (Hallonsten, Klingberg & Schrøder, 1998).

3.6 Barn og smerte

Smerte er definert av International Association for the Study of Pain som “en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse eller beskrevet som en slik ødeleggelse” (Odontologi, 2004, s.180). Smerte består av følgende komponenter: smerteopplevelse; som primært er en nevrologisk opplevelse av smerten, og smertereaksjon; som er en personlig tolkning og reaksjon av smerten. Den kan oppstå både under og etter behandling. Følelsen av smerte er ikke nødvendigvis avhengig av vevsskade. Det kan også komme av stimuli fra lyder som vibrasjon av tannlegebor, lukt og ulike instrumenter. Smertefull stimuli kan utløse fysiske og psykiske reaksjoner hos pasienten; eksempler på reaksjoner er ubehag og en fryktreaksjon (ibid.). Andre faktorer som påvirker opplevelsen av smerte hos pasienten er alder, tretthet, emosjonell tilstand og etniske og kulturelle betingelser (Wilkins, 2013).

Studier viser at jenter har lavere smerteterskel enn gutter. Årsaken til dette henger sammen med at jenter skiller ut hormonet østrogen som stimulerer nervecellene og produserer det smertehemmende hormonet enkefalin. Hos guttene omdannes kjønnshormonet testosteron til østrogen og kan derfor forklare hvorfor gutter har høyere smerteterskel enn jenter. Ulike sosiale roller, krav og forventninger kan føre til at gutter oppgir en lavere smerteterskel sammenlignet med jenter (Krekmanova, Bergius & Berggren, 2005).

Behandlingsvegning og angst for tannbehandling er tett knyttet sammen med hvordan barn opplever smerte, ubehag og krenkende behandling. For barn er smerte og ubehag to abstrakte begreper som henger sammen. De kan ha vanskeligheter med å skille disse to begrepene. Hvordan et barn tolker, aksepterer og forstår tannbehandlingen kommer an på hvordan de blir møtt og sett. Barn har samme smerteopplevelse som voksne, men har ikke forståelse av hva smerte er og hvordan de skal fortelle omgivelsene om sin smerte. Dette henger sammen med barns psykologiske, kognitive og emosjonelle utvikling (Hallonsten, Klingberg & Schrøder,

1998). Hos en sårbar barnepasient kan en smertefull tannbehandling være nok til å forårsake behandlingsvegning hos barnet. Dette kan ende i en vond sirkel som kan resultere i angst for tannbehandling og fobi. Barn som opplever mye smerte som små, kan bli overfølsomme for smerte senere i livet (Öst & skaret, 2013).

De høyeste fryktfremkallende stimuliene blant barn er frykten for smerte fra boret og nålen på sprøyten. Det er viktig å nevne at andelen barn som har en atferd som signaliserer angst, ikke nødvendigvis utvikler angst for tannbehandling. Barnet kan også være engstelig som person (Porritt, Marshman & Rodd, 2012).

Barnets subjektive opplevelse av smerten må ivaretas ved at tannpleier ikke lyver om smerten. Dette kan føre til et tillitsbrudd og ødelegge relasjonen mellom pasient og behandler. Den må derfor tolkes ut i fra barnets egen opplevelse. For at barnet skal føle kontroll må vi vise at vi forstår smerten til barnet. Et barn bør ha muligheten til å kunne stoppe behandlingen dersom det er nødvendig. Dette kan gjøres ved at barnet kan løfte venstre hånd. Det er av betydning at tannpleier bekrefter barnets opplevelse av smerten (Krekmanova, Bergius & Berggren, 2005).

3.7 Angst for tannbehandling

Angst for tannbehandling blir definert som sterke negative følelser knyttet til tannbehandling (Klingberg & Broberg, 2007). Angst oppstår uten en konkret utløsende faktor, men har til felles med frykt at de har lignende reaksjoner både fysisk og atferdsmessig. Frykt kan oppstå i selve situasjonen, mens angst inntreffer mye tidligere (Tannlegetidende, 2009). Den sympatiske grenen av det autonome nervesystemet blir aktivert; det vil si utenfor viljens kontroll. De fysiologiske responsene er individuelle og kan innebære stramminger i brystet, kvalme, kvelningsfølelser og svimmelhet (Kvale, Klingeberg, Morre & Tuutti, 2003). Videre kan det være tørr munn, rask puls, svetting, skjelving eller utmattelse etter behandling. Reaksjonene kan oppstå både før, under og etter behandling (Cohen, Fiske & Newton, 2000). Flere studier viser at personer med angst for tannbehandling forklarer sin angst betinget med negative opplevelser under tannbehandling i barndommen (Andersson, 2012).

Frykt, angst og fobi i forhold til tannbehandling er et utbredt problem i odontologien. Det kan, på lang sikt, føre til alvorlige konsekvenser for den orale helsen, som følge av unngåelse av tannbehandling; eksempel på dette er karies, smerter og periodontale sykdommer. Når den

orale helsen blir svekket, reduseres ofte den sosiale fungering i dagliglivet, som igjen kan føre til redusert livskvalitet (Öst & Skaret, 2013).

Når barnet blir plassert i en ny og uforberedt situasjon som i tannlegestolen eller i en tannbehandlingssituasjon, kan barnet tro at det skal bli utsatt for en smertefull eller vond opplevelse. Dette kan igjen gjøre at barnet automatisk blir redd uten at det er noe å frykte. De yngste og uerfarne barna er de som antageligvis vil være mest redd under en tannbehandlingssituasjon (ibid.).

For at barn skal utvikle angst for tannbehandling senere i livet, er det ulike faktorer som spiller inn; dette er barns opplevelser av tannbehandling, hvordan de har blitt ivaretatt på tannklinikken og deres opplevelse av smerte. En av de årsakene som kanskje har fått mest oppmerksomhet i litteraturen er angsten for tannbehandling hos foresatte. Det er en viktig ekstern faktor som kan påvirke angsten og atferden til barnet i en tannbehandlingssituasjon. En effektiv intervensjon som har vist å hjelpe, er å formidle foresatte om hvilken påvirkning angsten deres har på barnet (Porritt, Marshman & Rodd, 2012).

Noen barnegrupper er ytterligere utsatt for å utvikle angst for tannbehandling: under her betegnes barn med flyktnings- og innvandrerbakgrunn, barn som opplever omsorgssvikt eller blir misbrukt, barn som uteblir eller aldri kommer til tannbehandling, barn med lav smerteterskel, funksjonshemmede barn, barn som har foreldre med tannbehandlingsangst og barn med høy kariesaktivitet (Hallonsten, Klingberg & Schrøder, 1998).

Det er utført få undersøkelser på forekomst av angst og frykt for tannbehandling blant barn. Årsaken til dette er blant annet at det er vanskelig å måle angst hos barn; en normal fryktreaksjon kan sees ved nye situasjoner, noe som ikke nødvendigvis kan betraktes som angst. Blant barn i alderen 4-6 år og 9-11 år, ble det utført en undersøkelse i Sverige i 1994: denne viste en forekomst på 6,7 % blant 3204 som deltok. En senere undersøkelse, utført i Nederland i 2002 av barn i alderen 4-11 år, viste en forekomst på 6 % blant 2144 som deltok. I Danmark ble en lignende undersøkelse utført blant barn i alderen 6-8 år i 2003: den viste en forekomst av 5,7 % blant 1281 deltagende. Ingen tilsvarende undersøkelser er utført i Norge blant denne aldersgruppen (Öst & Skaret, 2013).

4.0 Drøfting

For å forebygge fremtidige problemer med angst for tannbehandling og mangel på mestring er det avgjørende at det etableres et tillitsforhold og en smertekontroll basert på pasientens egne subjektive opplevelse av situasjonen (Skaret & Soevdsnes, 2005). Det første møtet på tannklinikken danner grunnlaget for barnets videre erfaringer. Ved å skape trygghet, tillit og en god relasjon har vi et godt utgangspunkt for et bedre samarbeid.

4.1 Forebygge

Primærforebygging er mest relevant for tannpleieren med bakgrunn i tannhelsetjenestens formål (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Vi ønsker å forebygge allerede før barnet utvikler angst for tannbehandling, det vil si gjennom primærforebygging. Dersom barnet allerede har utviklet dette, ønsker vi å redusere angsten (Helsedirektoratet, 2010). Både forebygging og reduksjon kan gjøres gjennom de tiltakene vi har beskrevet i teorien: etablere tillitsforhold, god kommunikasjon, fokus på det første møtet, benytte tell-show-do metoden og smertekontroll.

Tidlig fokus på forebygging kan forhindre større problemer på et senere tidspunkt i livet. Utfordringen her ligger i at en god behandling må fortsette også etter de første konsultasjonene. Tannpleieren kan legge en god grunnvoll for barnet, slik at det har bedre forutsetninger for å takle eventuelt vanskelige behandlingssituasjoner. Vi kan også gjøre vårt ytterste for å opprettholde et godt tillitsforhold. Samarbeidet mellom tannlege og tannpleier er nært, noe som krever at også tannlegen innehar kunnskap og kvalifikasjoner på dette området (Skaret & Soevdsnes, 2005). Grundig journalføring og godt samarbeid kan gjøre det lettere for tannlegen å forberede og tilpasse sin behandling for hver enkelte pasient. Selv om tannlegens og tannpleierens oppgaver er ulike, må en felles enighet om å forebygge ligge til grunn for vår motivasjon.

Det krever kunnskap om grunnleggende psykologi, kommunikasjon, sosial atferd, angst for tannbehandling og behandlingsprinsipper i tannpleierens viktige ansvar i det forebyggende arbeidet. Alle disse faktorene inngår i utdannelsen. Allikevel kreves en bevisstgjøring rundt disse faktorene slik at det blir en naturlig del av vår hverdag å benytte disse faktorene. Teori må omgjøres til praksis bruker vi å si, noe som er høyst gjeldende i dette tilfellet (ibid.).

Med Skaret sine ord om å tenke forebyggende ser vi at dette er den riktige veien å gå for å unngå å behandle odontofobi. Selv om pasienten gaper opp bør vi være forsiktige med å fortsette behandlingen såfremt pasienten viser signaler på engstelse. Utfordringen blir da å se signalene fordi det er lett at vi fokuserer på munnhulen. Ved å se helheten vil vi lettere kunne oppdage disse signalene (Tannlegetidende, 2009, s. 1004).

4.2 Etablere tillitsforhold

Å etablere et tillitsforhold til pasienten er det første som gjøres for å forebygge angst for tannbehandling, uavhengig av hvilken metode som benyttes (Öst & Skaret, 2013). Ut i fra denne setningen ser vi hvor viktig det er å skape et godt tillitsforhold til barnet. Dersom vi ikke ser betydningen av dette, vil det kunne være vanskelig å forebygge. På den ene siden vil et slikt tillitsforhold kunne åpne for en trygghet og tillit mellom pasient og behandler. Barnets modenhet, atferd og utvikling er faktorer som må være tilstede i en slik grad at et tillitsforhold kan etableres. Små barn er naturlig engstelig for det ukjente; for barnet er tannpleieren i de fleste tilfeller en fremmed person som kan utløse engstelse (Bunkholdt, 1998). På den annen side vil etableringen av et tillitsforhold bli vanskelig dersom disse faktorene ikke er tilstede; det blir derfor kanskje desto viktigere å tilpasse behandlingen til den enkeltes behov.

Når barnet kommer til sitt første besøk på tannklinikken, kan det første besøket resultere i alt fra full tillit til sterk mistillit. Opplever barnet at det ikke er trygt å være på tannklinikken, kan det kanskje føre til at barnet nekter å komme til tannklinikken igjen. Det kan kreve stor innsats og lang tid å bearbeide barnet for en fremtidig konsultasjon. Dette understreker det viktige førstemøtet. Det er derfor viktig å avvente barnets første konsultasjon dersom vi oppdager tegn på at det ikke er klar for å ta imot behandling; unnvikelse av øyekontakt kan være et slikt tegn (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997). En utsettelse av første konsultasjon kan også få negative konsekvenser; barnet kan utvikle karies som blir behandlingstrengende eller det kan føre til at en eventuell angst vedlikeholdes; barnet får ikke testet ut om engstelsen for det ukjente har sitt opphav i virkeligheten og får dermed bekreftet angsten for det ukjente.

Utfordringene rundt etablering av et tillitsforhold er flere: et eksempel på dette er en erfaring fra praksis; en 3 år gammel gutt kommer til tannklinikken med mor og far. Han virker engstelig; øyekontakt er ikke oppnåelig. I dette tilfellet ble flere ting forsøkt for å oppnå tillit og kontakt med barnet. Samarbeidsvilligheten var ikke til stede, noe som førte til at

behandlingen ikke lot seg gjennomføre. Fordi barnet ble mer og mer engstelig, valgte vi å avslutte seansen. Han fikk med seg premie, hansker og munnbind slik at de foresatte kunne tilvenne barnet til neste konsultasjon. I dette tilfellet mener vi at pasienten ikke var moden for behandling.

En annen utfordring er når barnet oppfører seg uakseptabelt; det kan være at barnet har en krevende atferd. Det er lett at vi lar vår frustrasjon gå utover barnet. En dømmende holdning hos tannpleier vil kunne føre til at den uønskede atferden forsterkes. Vi må være klar over vår oppførsel og formidle en atmosfære av ro, respekt og verdsette pasienten til tross for dens atferd.

Som en del av relasjonsbygging inngår det å gjøre hva vi kan for å etablere et tillitsforhold. For å sikre barnets egenverd, er det viktig at vi tar barnets perspektiver. Slik sikrer vi en anerkjennende relasjon. I praksis betyr dette at vi ser barnet ut ifra dets ståsted og at tannpleier viser interesse: dermed opplever barnet å bli anerkjent: de blir sett og bekreftet. Selvfølelsen vil med dette økes. En metode vi kan bruke for å kunne oppnå en god relasjon til barnet, er gjennom «ja-sirkler». Det blir da viktig å bruke det på riktig måte: at vi bringer frem gode følelser hos barnet. Svaret på spørsmålene vi stiller må føre til et positivt svar. Hensikten forsvinner dersom vi fremkaller dårlige følelser hos barnet, noe som er veldig lett å gjøre ved ubetenksomhet. Dermed kan det føre til en mindre god relasjon fordi barnet får fremkalt dårlige opplevelser (Øvreeide, 2009).

Atferden til tannpleier blir viktig i en tannbehandlingssituasjon; den kan påvirke angsten til barnet. Egne erfaringer viser at barnet blir lettere trygg i situasjonen når vi viser en rolig atferd. Stress, utålmodighet og faglig utrygghet derimot kan gjøre vondt verre; barnet kan være sårbar for slik atferd og blir dermed utrygg og usikker. Oppmuntring til samarbeid med barnet og en redusert angst-relatert atferd vil kunne påvirkes i positiv retning; gjennom empatisk kommunikasjon og klare og spesifikke instruksjoner. I teoridelen har vi trukket fram det strukturerende med å snakke med en høy og klar røst. Dette kan nok være til hjelp for noen barn som viser en negativ atferd. På den andre siden kan dette gjøre barnet redd og usikker. Om barnet assosierer høy og klar røst med å få kjeft for noe galt de har gjort, vil det kunne fremkalle såre minner (Zhou, Cameron, Forbes & Humphris, 2010).

Videre viste det seg at en betryggende klapp fra tannpleier på overarmen til pasienten, ville virke beroligende. Hos et barn som har vært utsatt for overgrep eller mishandling, vil dette kunne tolkes negativt. Vi tror det er viktig å ha et etablert tillitsforhold før vi kan gjøre dette. Selvsikkerhet og kontroll hos tannpleier kan virke beroligende på pasient. Derimot vil en usikker tannpleier uten profesjonell tyngde, kunne skape en utrygg situasjon for barnet (ibid.).

4.3 Kommunikasjon

Ettersom nøkkelen til effektiv kommunikasjon på helseområdet er å etablere et godt tillitsforhold, vil god kommunikasjon og et godt tillitsforhold henge i sammen (Skaret & Soevdsnes, 2005). Dersom den ene faktoren ikke er til stede, vil den andre ikke fungere optimalt alene. På den ene siden vil god kommunikasjon bidra til å bygge oppunder barnets egenverd (Bunkholdt, 1998). Betydningen av god kommunikasjon blir derfor svært viktig for å bygge et tillitsforhold til barnet. På den andre siden vil dårlig kommunikasjon; det vil si utålmodighet fra tannpleierens side, uoppmerksomhet, kommandering og befaling, kunne føre til at barnet får nedsatt selvfølelse. Gjennom egne erfaringer opplever vi at barnet forholder seg taus, passiv og fremstår usikker, såfremt vi viser en nedlatende tone i kommunikasjonen. Foreldrene derimot kan opptre på en slik måte at de forsvarer seg selv.

Egosentrisk kommunikasjon fra barnets side vil gi utslag i at det tror andre har samme forutsetninger og utgangspunkt som en selv. Det kan føre til misforståelser og frustrasjoner for barnet. Når vi er klar over dette, kan vi møte barnet ved å forklare og oppklare på en rolig og tålmodig måte. Hvis vi ikke forstår barnet og viser irritasjon, vil dette føre til at barnet blir enda mer frustrert. I kommunikasjon er det også viktig at det er en sammenheng mellom ansiktsuttrykkene og det vi sier. Dersom dette ikke er tilfellet, vil det forvirre barnet og føre til mistolkinger. Således blir det også med abstrakte ord og uttrykk; barnet mangler evnen til å forstå dette. Vi må derfor uttrykke oss etter barnets forutsetninger, noe som innebærer at vi er vare for barnets tilbakemeldinger på hva vi sier og gjør (ibid.).

Utrygge barn kan opptre regressivt, slik at de oppfører seg småbarnslig (ibid.). Her er det lett at vi mistolker situasjonen: vi synes barnet oppfører seg urimelig. Det kan gi utslag i irritasjon fra vår side, som igjen kan føre til at barnet oppfører seg enn mer regressivt. Desto viktigere blir det for disse barna at de opplever at situasjonen blir strukturert og under kontroll.

Kommunikasjonen blir derfor viktig gjennom at vi finner situasjoner barnet kan mestre; slik vil dets selvfølelse bygges.

Som nevnt i teoridelen kan overgangsobjekter, slik som en dukke eller en smokk, bidra til å trygge situasjonen. Det kan også føre til at barnets oppmerksomhet festes til dette objektet; dermed vil det være vanskelig for oss å få fokuset på tennene, dersom det er ønsket. Særlig gjelder dette kanskje de som fremdeles bruker smokk; det kan oppleves vondt for et barn at en voksen forsøker å frata barnet smokken (ibid.).

Sentrum for begivenheten og oppmerksomheten er barnet, noe som må tydeliggjøres gjennom kommunikasjonen. Det er lett at vi henvender oss til de foresatte når vi stiller barnet spørsmål. Dette blir naturlig med 3-åringen, men det litt større barnet har behov for å bli sett og behandlet som et individ; de opplever seg selv som eldre enn de voksne kanskje forstår. På den annen side kan det være at vi henvender oss til barnet, men at de foresatte svarer direkte til oss. Da er det viktig at vi viser de foresatte at det er barnet som skal få lov til å svare; vi kan for eksempel si «Jeg vil gjerne høre hva du ville si jeg, Ola?»

4.4 Det første møtet

Når vi møter barnet på venterommet første gang det kommer til tannklinikken er det vår oppgave å gjøre et godt førsteinntrykk (Öst og Skare, 2013). De små barna er ikke alltid forberedte på hva som venter dem. Vi er på den andre siden ukjent på det lille barnet og vet ikke hva vi kan forvente vil møte oss. Barn er ulike i atferd, modenhet og utvikling, noe som må tas i betraktning. For oss er det uansett viktig at vi møter alle barn med respekt og likeverd. Det lille barnet skal bli tatt i mot av oss med en opplevelse av at det blir sett på deres nivå. Allerede ved møte på venterommet kan tannpleier få et inntrykk av hvordan det lille barnet er (ibid.). På den andre siden kan det også være motsatt av det vi tror. Et eksempel på dette kan være at den lille tøffe gutten vi møtte på venterommet kan forandre atferd til å være engstelig når det kommer til behandlingsrommet: situasjonen kan forandre seg raskt, noe som gjør det uforutsigbart. Mange av de små barna kan ha blitt forberedt av hva som skal skje av foresatte på forhånd (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997). Dette kan på den ene siden være veldig positivt for barnet, da de er forberedt på hva som skal skje. På den andre siden kan de foresatte ha skremt barnet slikt at de uten grunn har dannet seg et dårlig bilde av situasjonen. Dette

gjelder i situasjoner der en av foresatte har dårlig opplevelse av tannbehandling eller barnet har fanget opp og hørt «skrekkeksempler» fra barnehagen eller andre steder.

Det er ikke alltid like positivt å ha foresatte med inn på behandlingsrommet. På den ene siden er det en nødvendighet for å utveksle opplysninger om det lille barnet. På den andre siden kan det bidra til å gjøre barnet mer usikker og redd, særlig dersom foresatte selv er redd for tannbehandling (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997).

Et eksempel på dette fra praksis er en mor som selv var redd: hun satt anspent og fulgte med fra stolen. Under behandlingen sa hun til sin datter: «uff, ja disse tennene våre er noe herk». Datteren lå i stolen, både stiv og redd: hun turte ikke si noe. Morens ord bidro dermed ikke til å redusere datterens engstelse. Tannpleier kunne i denne situasjonen svart mor: «Jeg tror mor er enig i at det er godt å ha friske tenner slik at vi kan tygge maten godt.» I denne situasjonen ga tannpleier en indikasjon til mor på hvordan samspillet mellom dem var. Signaler på samspillet mellom barnet og foresatte kan på den ene siden gi tannpleier en indikasjon på at det ikke er tilfredsstillende. På den andre siden kan det i en situasjon som tannbehandling oppleves som stress fra barnets og foresattes side. Dette kan gi utslag i at det blir utsendt feil signaler: det kan dermed bli misoppfattet. Her blir tannpleierens rolle å tilrettelegge for at barnet blir i fokus uavhengig foresattes atferd. Formidling av ro og trygghet i en tannbehandlingssituasjon kan gjøre barnet tryggere (Gamst, 2011).

Når barnet mestrer er det viktig å rose barnet: det vil bidra til at barnet opplever at det mestrer og får dermed en følelse av egenverd (Bunkholdt, 1998). På den ene siden er det viktig at den er konkret rettet mot det barnet mestrer. Blir den gitt på feil tidspunkt og i form av tomt skryt kan det hos barnet føre til at det opplever at vi er likegyldige til følelsene deres; det vil ikke kunne forstå hvorfor det mottar ros (ibid.).

For at barnet skal sitte igjen med en positiv opplevelse av tannbehandlingen, er det viktig at seansen alltid avsluttes positivt. Når barn opplever en positiv atmosfære vil de huske det igjen til neste besøk. Avsluttes seansen negativt, vil det kunne huske det som en dårlig opplevelse til neste besøk. Dette kan være begynnelsen på at barnet utvikler angst. Dersom barnet mottar premie ved behandlingens slutt, vil det oppleves positivt for barnet (Milgrom, Weinstein & Getz, 1997).

Vi har fra en erfaring fra praksis med et barn som ikke fikk premie fordi det ikke ville samarbeide. I dette tilfelle mente tannpleier at barnet ikke hadde fortjent premie. Vi kunne se at barnet ble såret og sikkert undret på hvor det ble av premien. I dette tilfelle mener vi at det blir feil «å straffe» barnet for noe det muligens ikke selv forstår. Barnet hadde nok gledet seg til premien, men fikk ikke oppfylt forventningene sine. Vi mener at alle barn, uansett utfall, bør få premie i håp om at de vil huske det de opplevde på tannklinikken som positivt.

4.5 Tell-show-do

Tell-show-do metoden har vist seg og være den mest brukte metoden for å introdusere og tilvenne små barn i tannbehandling situasjon. Innen tannbehandling finnes ulike metoder som kan brukes, men det er tell- show-do metoden som har vist seg å være den mest effektive på små barn. Den blir også brukt på redde og lite samarbeidsvillige barn. Det kan være individuelle forskjeller på hvor fort barnet mestrer tannbehandlingen. Barnets modenhet, utvikling og alder er faktorer som er av betydning. Det er viktig at vi legger opp behandlingen tilpasset det enkelte barns nivå. Tannpleierens atferd har stor betydning for tell-show- do metoden. Når vi i «show» fasen skal fortelle barnet og foresatte hva som skal skje, vil det være av betydning at vi tar oss god tid og at vi har en rolig atmosfære. En stresset situasjon kan på den andre siden gjøre barnet usikker og redd (Law & Blain, 2003; Porritt, Marshman & Rodd, 2012).

Kommunikasjon skal henvendes direkte til barnet. Det er viktig å bruke ord som barn forstår (Bunkholdt, 1998). Gjennom egne erfaringer fra praksis har vi erfart at det er lett å glemme at vi må tilpasse ordforrådet i forhold til det enkelte barnet. Vi kan glemme at de er små og vi tror de forstår hva vi sier til tross for at de ikke gjør det. Eksempel på dette var en episode hvor studenten forklarte pasienten, en 11 år gammel gutt, om hull i tanna med å bruke begrepet Karius og Baktus. Hos små barn er det ikke sikkert de oppfatter eller forstår hva vi sier, og de vil henvende seg til sine foresatte. På den ene siden kan foresatte hjelpe med å forklare til barnet hva som skal skje. På den andre siden kan foresatte som selv er redde, overføre sin redsel til barnet og gjøre situasjonen vondt verre.

Når vi skal vise barnet instrumentene som skal brukes kan det være skremmende for mange barn. Her har vi fra egne erfaringer i praksis sett at det kan være lurt og ikke legge frem

instrumentene på brettet før barnet kommer. Ved å ta frem et instrument av gangen og vise kan virke mindre skremmende enn om de ligger fremme. Her er det viktig å bruke god tid, la barnet undre seg og ta den tiden det trenger. Det er individuelle forskjeller på hvor lang tid barnet trenger. I dagens samfunn er det ofte at tannpleier har liten avsatt tid, noe som kan føre til at vi ikke har mulighet til å bruke den tiden vi ønsker. På den andre ser vi at noen barn har behov flere seanser på å bli tilvennet. Ut i fra egne erfaringer er det viktig å ha denne muligheten. På sikt kan dette hjelpe barnet til å bli tryggere og mestre situasjonen. Målet vårt er å komme til «do» fasen. Her skal barnet ha forstått hva som skje i tannbehandlingen og den skal gjennomføres (Öst & Skaret, 2013).

Ved å gå systematisk frem i tell-show-do metoden vil barn kunne tilvenne situasjonen steg for steg. For å gjennomføre metoden er det like viktig at det bygges tillit og en god kommunikasjon mellom barnet, tannpleier og foresatte. Vi har sett fra egne erfaringer i praksis, at der hvor forholdene ikke ligger til rette vil det være vanskelig å få utført tannbehandlingen; begrenset kommunikasjon og samarbeid med de foresatte er eksempler på dette.

Når barnet mestrer er det viktig å rose barnet. Det er vist at barn som mestrer vil på sikt kunne gjøre barn tryggere og de kommende tannbehandlingene vil sannsynligvis gå lettere. Vi mener på den andre siden at det er viktig å gi ros til barn som ikke mestrer også. Et eksempel på dette kan være et utrygt barn som ikke lar seg undersøke. For barnet kan det være positivt å høre oss si « du vil ikke gape, men neste gang du kommer til meg er jeg sikker på at du klarer det». Her gis ros som oppmuntring til å skulle klare å mestre. Vi tror det det kan være av betydning for barnet at tannbehandlingen avsluttes positivt. Barn vil kunne huske det som positivt, noe som kan være til stor hjelp ved neste besøk på tannklinikken (Bunkholdt, 1998).

4.6 Barn og smerte

Smerte består av komponentene smertereaksjon og smerteopplevelse. Disse oppleves ulikt fra pasient til pasient, noe som gjør det utfordrende for oss å vite hvor mye smerte pasienten opplever. Dette begrunnes med de ulike faktorene som påvirker opplevelsen av smerte. Smerteopplevelsen behøver ikke være basert på vevsskade, men kan også ha sitt opphav i en personlig tolkning av smerten. Et barns subjektive opplevelse av smerte må derfor sees i sammenheng med disse faktorene (Odontologi, 2004). Gjennom egne erfaringer i praksis

opplever vi at barnet fra vår side viser smerte vi mener er ubegrunnet. Allikevel er det svært viktig å være bevisst på barnets subjektive opplevelse av smerte: for barnet er smerten reel. Først når vi forstår dette kan vi hjelpe barnet til å oppleve smertekontroll.

Opplevelsen av smerte kan også utløses gjennom stimuli som lukt og instrumenter (ibid.). Den sterile lukten kan minne barnet på eventuelle sykehusopphold, som igjen kan fremkalle negative erfaringer. På den andre siden kan lukten assosieres med noe positivt for enkelte barn. Instrumenter kan virke både skremmende og spennende. Vi har ingen eller få forutsetninger for å vite hvilke barn som oppfatter disse som skremmende eller ikke. Derfor er det viktig å gå frem forsiktig. Undrende barn behøver nødvendigvis ikke synes at instrumentene virker skremmende. Derimot kan det motsatte være tilfellet; at de er nysgjerrige.

Som nevnt i teorien er det flere faktorer som kan spille inn i opplevelsen av smerte: alder og modenhet kan påvirke smerteopplevelsen ulikt. Et barn vil oppleve smerte annerledes sammenlignet med en voksen person. Årsaken til dette er at barn ikke har de samme erfaringene og opplevelser av smerte som en voksen har (Hallonsten, Klingberg & Schrøder, 1998). Tretthet kan spille inn på hvordan vi opplever smerte. En person som er trett kan oppleve smerte forskjellig fra en opplagt person. På bakgrunn av egne erfaringer fra praksis har vi sett at barn som er uopplagte og trøtte når de kommer til tannbehandling, ofte har en redusert evne til samarbeid; som igjen fører til at de tåler mindre smerte. Den emosjonelle tilstanden vil påvirke smerteopplevelsen fra individ til individ. For eksempel vil en pasient i dårlig humør oppleve en sterkere smerte enn en nyforelsket pasient. Dette har en sammenheng med at kroppen frigjør endorfiner, kroppens eget smertestillende hormon, gjennom gode emosjoner (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Etniske og kulturelle betingelser vil også forme en persons subjektive opplevelse av smerte: enkelte miljøer har en forståelse av at de skal tåle mye smerte, mens andre kan se på smerte som en trussel (Wilkins, 2013).

Smerteterskelen til jenter er i følge forskning lavere enn gutter (Krekmanova, Bergius & Berggren, 2005). Dette må tas i betraktning, kanskje spesielt under tannbehandling av jenter. Samtidig er det viktig at vi ikke forskjellsbehandler jenter og gutter, som følge av at flere faktorer kan spille inn. Ulike sosiale roller, krav og forventninger kan gi utslag i at både gutter og jenter oppgir en lavere smerte enn den faktiske smerten (ibid.). En årsak til dette kan være

at det ofte forekommer et ønske fra guttens side om å være tøff: de skal ikke vise sin smerte. På samme måte kan også jenter oppføre seg for å vise at de er flinke piker. På den andre siden kan både jenter og gutter miste sine sosiale hemninger når de opplever smerte ved at de tydelig viser opplevelsen av smerte.

Et barn kan ha vanskeligheter med å skille begrepene smerte og ubehag (Hallonsten, Klingberg & Schrøder, 1998). Barnet kan dermed klage over at det gjør vondt til tross for at det vonde kan forklares med ubehag. Vi må møte barnet slik at det føler seg forstått; det kan føre til at barnet tolker smerten og situasjonen på en mer positiv måte enn om vi reagerte på en annen måte. Deres kognitive utvikling gjør at barn ikke forstår eller klarer å formidle hva smerten er eller hvordan de opplever det (ibid.). En seksåring har andre forutsetninger for dette fremfor en treåring. Av den grunn vil et barn som har opplevd mye smerte i barndommen være mer overfølsom for smert senere i livet. Vi tenker derfor at forebygging i tidlig alder er av stor betydning (Öst & Skaret, 2013).

Det er svært sjeldent at tannpleier benytter bor og anestesiprøyte under en tannbehandling med barnet, noe som har vist seg å virke mest fryktfremkallende. Vi stiller også derfor heldige sammenlignet med tannlegen. På den andre siden får vi ikke anledning til å utføre vår kunnskap om angst for tannbehandling hos disse pasientene.

Når barn opplever smerte er det viktig at de har muligheten til å oppleve kontroll igjennom at de for eksempel kan løfte venstre hånd når de ønsker å stoppe behandlingen (Krekmanova, Bergius & Berggren, 2005). En uheldig virkning av denne metoden kan føre til at barnet misbruker muligheten: vi får dermed ikke gjennomført behandlingen. Dette kan ende med at barnet ikke opplever mestring for fullført behandlingssekvens. En annen måte de kan oppleve kontroll på er gjennom at vi bekrefter smerten fremfor å benekte den (ibid.). Et eksempel på dette er et barn som klager over vondt på grunn av en spytt suger. Vi kan da bekrefte ved å si «jeg forstår at det var litt vondt for deg å ha spytt suger inne i munnen. Den gjør slik at det blir tørt og da føles det litt rart i munnen din.»

4.7 Angst for tannbehandling

Negative erfaringer knyttet til tannbehandling fra barndommen har vist seg å resultere i angst for tannbehandling (Andersson, 2012). Erfaringer fra praksis bekrefter dette; historien vi har

nevnt i innledningen er et godt eksempel. Dersom han ikke hadde hatt denne erfaringen ville sannsynligheten for at han ikke ville utviklet angst for tannbehandling, økt betraktelig. Dette viser hvor viktig det er å ha muligheten til å kunne forebygge tidlig.

Følgene for angst for tannbehandling kan resultere i at pasienten får en redusert livskvalitet. Dette kan være en motivasjon for oss i det forebyggende arbeidet; vi ønsker ikke at pasienten skal utvikle en slik sterk grad av angst. På den andre siden kan det være at tannpleieren ikke er motivert i yrket sitt; det forebyggende arbeidet kommer dermed ikke i første rekke. Dette kan på bekostning av pasienten, føre til at en optimal behandling ikke gjennomføres.

Barn som kommer til tannklinikken for første gang har ingen tidligere erfaringer de kan basere sine forventninger på. Derfor kan det være mange skremmende tanker som farer gjennom hodet til det lille barnet. På den andre siden kan det være at barnet gleder seg til denne nye situasjonen. Dette må vi ta i betraktning ved det første møte. Tannpleierens atferd kan være en medvirkende årsak til at barnet får bekreftet enten sine positive eller negative forventninger.

Angst hos foresatte kan overføres til barnet. Det får dermed ingen mulighet til å danne seg et eget bilde av hva et besøk på tannklinikken faktisk innebærer. Ved å veilede foresatte hvilken påvirkning deres angst har på barnet, har dette vist seg å være en effektiv intervensjon (Porritt, Marshman & Rodd, 2012). Vi tenker da at det blir viktig å formidle dette på en måte slik at de foresattes integritet blir ivaretatt. Ved uheldig kommunikasjon, det vil si dømmende og respektløs, vil det få en motsatt effekt; de foresatte kan i en større grad overføre sin angst til barnet. Det kan også være at de foresatte ikke ønsker å ta det innover seg. Her tror vi det blir viktig å veilede fremfor å informere.

Risikogruppene for utvikling av angst for tannbehandling vil kunne gjøre arbeidet vårt mer utfordrende, men også interessant. Vi tenker at disse barna vil trenge mer tid til tilvenning fremfor barn utenfor denne gruppen. Det kan bli vanskelig å gjennomføre i praksis siden det er begrenset med avsatt tid. Tannpleieren har behov for kunnskap om de ulike risikogruppene for bedre å kunne vite hvordan vi skal håndtere dette (Hallonsten, Klingberg & Schrøder, 1998).

Undersøkelsen fra Danmark, Nederland og Sverige viser at det er en nedgang i angst for tannbehandling blant barn i alderen 4-11 år. Selv om det ikke finnes tilsvarende undersøkelser fra Norge, mener vi at disse landene vil vise et relativt ensartet bilde. En slik undersøkelse kan være misoppfattende siden små barn er naturlig redde ved nye situasjoner. På den andre siden kan en slik undersøkelse vise tall som forsterker virkningen av tannpleierens forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 1999).

Vi tror at en mulig faktor til denne nedgangen kan være fokuset på tannpleierens forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 1999). I Norge ser vi at tannhelsen blant barn er god; i 2007 var andelen kariesfrie 3-åringer cirka 85-90 % og for 5-åringene cirka 75 % (Lyshol & Biehl, 2009). Ved at vi kan forebygge karies vil barnet kunne få færre erfaringer hos tannlege knyttet til boring ekstraksjon og anestesi. Vi viser da til at boret og nålen er det høyst angstfremkallende stimuli (Porrirt, Marshman & Rodd, 2012).

5.0 Konklusjon

Hele vår oppgave omhandler forebygging, noe som er tannpleierens sentrale oppgave.

Primærforebygging blir derfor kjernen i vårt forebyggende arbeid. Dette innebærer at vi skal iverksette tiltak som kan forhindre eller redusere sykdom og skade. I vår besvarelse er tiltak som er rettet mot forebygging av angst for tannbehandling, beskrevet og drøftet. Tidlig forebygging vil være vesentlig for å kunne hindre at barnet utvikler problemer senere i livet. Ved å forebygge kan samfunnet unngå store kostnader i forbindelse med behandling. Det er viktig å forstå at kostnadene alene ikke er selve kjernen i problemet, men at pasientens livskvalitet ikke skal forringes som følge av angst for tannbehandling.

Gjennom å etablere et tillitsforhold til pasienten vil muligheten for å forebygge være til stede i en vesentlig større grad. Dette oppnås ved å skape en god relasjon, bevare en rolig oppførsel, forsterke en atmosfære av respekt og verdsette den enkelte pasient. Ved bruk av et normalt stemmeleie, et ordforråd som er hensiktsmessig og på pasientens nivå vil barnet føle seg ivaretatt. Vi tenker at dette kan være med og gi et godt grunnlag for å komme i en behandlingsposisjon. Dersom et godt tillitsforhold ikke er dannet, ser vi at det vil bli vanskelig å oppnå samarbeid med barnet. Å se noe fra barnets perspektiv vil gi en anerkjent relasjon; dette krever en evne fra tannpleierens side til å sette seg inn i en annen persons situasjon.

Kommunikasjon er vel så viktig i relasjonsbygging og ved etablering av tillit. Det er selve nøkkelen til effektiv kommunikasjon på helseområdet å oppnå et godt tillitsforhold: derfor ser vi at den ene faktoren påvirker den andre. I forhold til barn er det viktig at kommunikasjonen blir tilpasset nivået det er på; ikke bare etter alder, men også mentalt. Vi ser at måten vi kommuniserer på vil påvirke hvordan barnet opplever besøket på tannklinikken; det er derfor viktig at vi gjennom kommunikasjon viser at barnet blir sett, forstått, respektert og ivaretatt. Dette vil bygge oppunder barnets selvfølelse og selvverd.

Det første møtet er av vesentlig betydning for de kommende besøk på tannklinikken. Her skapes førsteinntrykket, noe som vil kunne påvirke senere behandlinger. I møte med barn er det avgjørende at vi er klar over at de er på et ulikt stadium hva modenhet, utvikling og atferd angår. Uansett forutsetninger og erfaringer er det av stor betydning at barnet møtes med respekt og likeverd. Vi må være bevisste på barnets uforutsigbarhet: deres oppfatning om en hendelse eller situasjon kan raskt endres. De foresatte som følger kan påvirke barnet i både

positiv og negativ retning: de kan være tilstede som en støttende og betryggende faktor, og ikke minst som en informasjonskilde i forhold til barnet. Vi har også sett at foresatte kan skremme barnet gjennom uheldige kommentarer og videreføring av egen angst.

Tell-show-do metoden, som er den mest benyttede metoden innen tannbehandlingssituasjoner, har vist seg å kunne tilvenne barnet i det nye og ukjente. Dette vil kunne øke barnets tillit, følelse av kontroll og forutsigbarhet. Barnets ulike forutsetninger gjør at tiden for tilvenning er individuell. Metoden kan forklares som en innlæringstrapp hvor vanskelighetsgraden øker etterhvert som barnet klatrer fra et trappetrinn og opp til neste. Undersøkelser har vist at metoden har effekt på barn med angst for tannbehandling (Hallonsten, Klingberg & Schröder, 1998). For at metoden skal få en optimal effekt er det avgjørende at tannpleier formidler en rolig atmosfære slik at barnet ikke opplever utrygghet (Law & Blain, 2003; Porritt, Marshman & Rodd, 2012). Behandlingen må tilpasses barnets nivå: dette krever bevisstgjøring fra tannpleierens side ettersom det er lett å behandle barnet som mindre enn det faktisk er. Enkelte barn trenger mer tid, noe som kan være en utfordring med tanke på hvor lite tid som settes til hver enkelt pasient. Dersom barnet ikke har forstått hva som skal skje i for eksempel «show»-fasen, kan det resultere i at vi ikke oppnår optimal effekt i «do»-fasen (Öst & Skaret, 2013). Barnet behøver ros, også som oppmuntring til mestring. Den må rettes mot noe konkret: på denne måten opplever barnet at vi ikke er likegyldige til følelsene deres (Bunkholdt, 1998).

Smerte består av komponentene smerteopplevelse og smertereaksjon. Den er individuell og påvirkes av faktorer som alder, emosjonell tilstand, tretthet og etniske og kulturelle betingelser (Wilkins, 2013). Studier viser at jenter har lavere smerteterskel enn gutter. Alle disse faktorene må tas i betraktning i en behandlingssituasjon. Vi må derfor tilpasse behandlingen for hver enkelte pasient. For at barnet skal oppleve smertekontroll er det avgjørende at tannpleier forstår at smerten oppleves subjektivt: barnet behøver bekreftelse på dette. Således vil det oppleve seg ivaretatt (Öst & Skaret, 2013).

Angst, som blir definert som sterke negative følelser knyttet til tannbehandling, kan utløses uten en konkret utløsende faktor (Klingberg & Broberg, 2007). Det kan gi konsekvenser til en negativt endret oral helse som følge av unngåelse av tannbehandling: karies, smerter og periodontale sykdommer kan være blant konsekvensene (Öst & Skaret, 2013). Negative

erfaringer knyttet til tannbehandling i barndommen har vist seg å resultere i angst for tannbehandling (Andersson, 2012). Egne praksiserfaringer kan bekrefte dette. I vårt arbeid ser vi at dette kan være en motivasjon i forebygging av nettopp angst for tannbehandling. Vi ser også betydningen av hvor avgjørende vår jobb er for at barnet ikke skal utvikle dette: det kan være som følge av en negativ opplevelse som skyldes mangel på kunnskap og empati fra tannpleieren. Undersøkelsene Danmark, Sverige og Nederland kan, med flere medvirkende årsaker, vise til at forekomsten i angst for tannbehandling blant barn, går ned (Öst & Skaret, 2013). Nedgang i karieserfaring og økt kunnskap blant tannpleiere kan være faktorer som har bidratt til denne utviklingen.

Det er for øvrig interessant og av interesse for oss at Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, i skrivende stund utfører en undersøkelse: de ønsker å undersøke blant annet hvilke teknikker som benyttes blant offentlig ansatte tannleger i Norge når det gjelder barn og unge i alderen 2-18 år som vegrer seg for tannbehandling. Det vurderes om en lignende undersøkelse skal utføres på tannpleiere i Norge. For oss blir det spennende å se hvor mange som benytter seg av Tell-show-do metoden, noe vi har antagelser om at er svært utbredt på bakgrunn av at det i andre studier har vist seg å være den mest benyttede metoden for å introdusere barn for tannbehandlingssituasjoner (Law & Blain, 2003).

Denne oppgaven har bidratt til å gi oss mye ny og erfaringsrik kunnskap. Samtidig ser vi behovet for stadig å følge med på ny forskning og oppdatere oss på ny kunnskap innen dette området: tannpleierens etiske retningslinjer angir for øvrig dette tydelig (Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere [NTpF], s.a.)

6.0 Referanseliste

*Andersson, I. (2012). *Tandh lsa och psykologi* (s. 65-68). Lund: Studentlitteratur.

Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Berggren, U., Willumsen, T. & Arnrup, K. (2003). Behandlingsm jligheter vid tandv rdsr dsla hos barn och vuxna. *Tandlægebladet*, 107(1), 42-49. Lokalisert på http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=48986

Bunkholdt, V. (1998). *Små barn i vekst og utvikling*. Oslo: Tano Aschehoug Forlag.

*Cohen, S. M., Fiske, J. & Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 189 (7), s. 385-390. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/216918890?accountid=42560>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Gamst, K. T. (2011). *Profesjonelle barnesamtaler:   ta barn på alvor* (s. 46-68). Oslo: Universitetsforlag

*Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget.

Hallonsten, A-L., Klingberg, G. & Schr der, U. (1998). Barn som v grar tandbehandling. *Tandlægebladet*, 102(2), 2-8. Lokalisert på <http://www.tandlaegebladet.dk/tbarkiv/TB-1998-02-70-1.pdf>

Helsedirektoratet. (1999). *Tenner for livet- helsefremmende og forebyggende arbeid*. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid/Publikasjoner/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid.pdf>

Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet: Veien til god helse for alle*. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle.pdf>

*Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Krekmanova, L., Bergius, M. & Berggren, U. (2005). Barns och ungdomars smärtupplevelser vid tandvård. *Vetenkap & klinik*, 97(13), 52-58. Lokalisert på http://www.tandlakartidningen.se/media/1590/krekmanova_13_2005.pdf

Krekmanova, L. & Robertson, A. (2005). Det utsatte barnet i tandvården. *Tandläkertidningen*, 97(14), 52-55. Lokalisert på http://www.tandlakartidningen.se/media/1537269/krekmanova%20%20robertson_tlt_14-2005.pdf

Kvale, G., Klingberg, G., Moore, R & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekke og hvordan kan den diagnostiseres? *Den Norske Tannlegeforeningens tidende*, 113, 6-11. Lokalisert på http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=47381

*Law, C. & Blain, S. (2003). Approaching the pediatric Dental patient: A Review of Nonpharmacologic Behaviour Management strategies. *Journal of the California Dental Associations*, 31(9), s.703-713. Lokalisert på <http://www.cda.org/JournalResults.aspx?sb-search=tell-show-do&sb-inst=657&sb-logid=70025-eb5i1b2z25op2a5t>

Mejäre, I., Modéer, T. & Twetman, S. (2010). *Pedodonti*. Stockholm: Gothia Förlag

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug

*Milgrom, P., Weinstein, P. & Getz, T. (1997). *Treating fearful dental patients—A patient management handbook* (s.285-319). Seattle: University of Washington

Norsk Tannpleierforening (s.a.). *Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere*. Oslo: NTpF

**Odontologi 2004: Nordisk Odontologisk Årbog* (2004). (s.175-185) København: Munkgaard Danmark

*Pike, A. R. (1995). Prevention of anxiety during the first dental visit of a three-year-old child. *General Dentistry*, 43(5), s.448-451.

*Porritt, J., Marshman, Z. & Rodd, H. D. (2012). Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22, s.397-405. Doi: 10.1111/j.1365-263X.2011.01208.x

*Roberts, J. F., Curzon, M. E. J., Koch, G. & Martens, L. C. (2010). Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(4), s.166-174.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Skaret, E. & Soevdsnes, E-K. (2004). Behavioural Science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygien*, 3 (2005), s.2-6.

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. § 1-2. (2011) Lokalisert på

http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19830603-054.html&emne=TANNHELSETJENESTELOV*&

*Wilkins, E.M. (2013). *Clinical practice of the dental hygienist* (s.3-13, 24-35, 554-576). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

*Zhou, Y., Cameron, E., Forbes, G. & Humphris G. (2010). Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behavior. *Patient Education and Counseling*, 85 (2011), s.4–13. Doi: 10.1016/j.pec.2010.08.002

Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399110004763>

*Öst, L.G. & Skaret, E. (2013). *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s.1-231). UK: Wiley-Blackwell

*Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i vanskelige situasjoner* (s.116-141, 204-246). Kristiansand: Høyskoleforlaget

Figurliste

Figur 1: Öst, L.G. & Skaret, E. (2013). [Figur]. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. UK: Wiley-Blackwell

7.0 Vedlegg

7.1 Skjema for søketreff

Database	Søkeord	Antall treff	Navn på artikkel og begrunnelse for eksklusjonskriterier
Google scholar – Ebscohost	En anbefalt artikkel fra Erik Skaret. Søkte på artikkelens tittel.		<p>“Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient.”</p> <p>Denne artikkelen har en troverdig forfatter (E. Skaret; norsk professor i odontologiske atferdsfag) og følger IMRAD-prinsippet for oppbygging av en vitenskapelig artikkel. Den omhandler en viktig del av vår oppgave, nemlig tannpleierens rolle i forebygging av tannbehandlingsangst.</p>
Google scholar (2008-2013)	«tell show do»	390	<p>Ved å trykke videre på artikkelen Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment</p> <p>Kom jeg inn på bibsys. Trykket på full text på DOAJdirectory of open access journals (1998). Kom inn på CDA-journal archives. Søkte på tell-show do. Kom opp 3 treff relatert til tell-show-do.</p> <p>Valgte og bruke artikkelen Approaching the pediatric dental patient: A review of Nonpharmacologic behavior management strategies ,fra journal of the california dental association fra oktober 2003</p>
Google Scholar	Signs dental anxiety	59.700	<p>Resultat nr 3 fant vi relevant: «The impact of dental anxiety on daily living». Gjennom BIBSYS fant vi en link til denne artikkelen.</p>
Google Scholar	Early intervention and "dental anxiety" and child?	63	<p>Vi gikk i prosessen bort i fra tidlig intervensjon. Dette blir derfor ikke aktuelt. Fant for øvrig ingen relevante artikler med tilgang.</p>
Google Scholar	Early intervention and "dental anxiety" and child?	63	<p>Fant ingen relevante artikler her. Early intervention har vi funnet ut ikke er et godt søkeord.</p>
Google scholar	Dental phobia and child? and intervention	472	<p>Reducing child uncooperative behavior during dental treatment trough modeling and reinforcement.</p> <p>Artikkelen er fra 1980 og er derfor foreldet.</p>

Google scholar (2000-2013)	Dental phobia and child? and intervention	351	A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. Ikke relevant I forhold til våres oppgave.
Google Scholar-PubMed			Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. Artikkelen var referert i en annen artikkel vi fant. Ikke relatert til våres aldersgruppe da artikkelen tar for seg 12-18 åringer.
Google scholar (2008-2013)	«Dental hygienist» and prevention	2130	Mange artikler men ingen som omhandlet det vi er ute etter.
Google scholar (2008-2013)	«Dental hygienist and prevention and dental anxiety	439	Mange av artiklene omhandlet de som allerede har tannbehandlingsangst eller den voksne pasientgruppen.
Ebscohost	early intervention and dental phobia	516	<p>“A cognitive behavioural intervention for dental anxiety for people with learning disabilities: a case study.”</p> <p>Denne virker holdbar med kjente referanser og følger IMRAD-prinsippet for oppbygging av en vitenskapelig artikkel, men den beveger seg utenfor vårt tema om forebygging. Vi velger derfor ikke å ta den med.</p>
Ebscohost - Cinahl - ScienceDirect	dental anxiety and child	189	Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour.
Ebscohost	dental anxiety and child	189	<p>Assessing dental anxiety in children: the Revised Smiley Faces Program.</p> <p>Artikkelen omhandler en studie utført i England på barn 4-12 år. Tannbehandlingsangst er mer komplisert hos barn enn voksne. I våres oppgave skal vi ta for oss forebygging av tannbehandlingsangst ikke de som allerede har det. Derfor er ikke artikkelen relatert til våres oppgave.</p>
EBSCOhost	Prevention and «dental anxiety»	216 (fra 2008)	<p>Fant en relevant artikkel som ble funnet tidligere med andre søkeord. Forsøkt å bestille denne tidligere, uten hell. Bedt biblioteket bestille den på nytt.</p> <p>(“Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour.”)</p>
EBSCOhost	«Dental Hygienist» and prevention and «dental anxiety» and child?	1671 (fra 2008)	Fant et par artikler vi har funnet tidligere med andre/lignende søkeord.
EBSCOhost	«Dental Hygienist» and prevention and «dental anxiety»	16 (fra 2008)	Fant ingen artikler relatert til vår oppg.

EBSCOhost	“oral health”, prevention and “dental anxiety”	58 Fra 2008	“Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance.” Ønsket å se nærmere på denne fordi Anne M. Halvari er blant forfatterne. Den ble lite relevant for oss fordi den gjelder for større barn og voksne.
EBSCOhost	Tell-show-do and dental hygienist	7 Fra 2008	Dette var ikke relevante artikler.
EBSCOhost	Tell-show-do	38 Fra 2008	“Treating Patients with Special Needs.” Dette er en fagartikkel hvor metoden tell-show-do blir benyttet i en tannbehandlingssituasjon med barn med spesielle behov, slik som psykisk utviklingshemmede. Det stod svært lite om tell-show-do, og fordi det ikke var en forskningsartikkel, trenger vi ikke denne.
Tannlegetidende	Tannbehandlingsangst	2	1. Behandlingsmuligheter ved tandværsredsla hos barn och vuxna 2. Hva er tannlegeskrekk og hvordan kan det diagnostisere? Vi valgte disse to da vi fant ut at de var mest relevant i forhold til vår oppgave.
Tannlegetidende	Tidlig intervensjon	6	«Tenner for hele livet» og «Interaktiv nettside for endring av helseatferd». Dette er kun fagartikler, ikke forskningsartikler. Dessuten omhandler de tidlig intervensjon som vi i prosessen valgte å gå bort ifra. Vi velger derfor ikke å ta den med.
Helsebiblioteket, Tandlægebladet	Tandlægeskræk	22	1.«Behandlingsmuligheter ved tandvårdsrädsla hos barn och Vuxna.» Dette er ikke en forskningsartikkel, men en fagartikkel med anerkjente nordiske forfattere. Den har relevans ift tell-show-do. Velger å ta med denne. 2. «Tandvårdsrädslans epidemiologi». En fagartikkel med anerkjente nordiske forfattere. Den inneholder samme opplysninger som boken til Skaret (2013), derfor velger vi å ikke bruke denne da boken hans er av nyere dato. 3. «Barn som vägrar Tandbehandling». En god fagartikkel med anerkjente nordiske forfattere. Inneholder også forebygging av tannbehandlingsangst. Beholder denne.
Lexicomp Online	prevention	5	sykepleierelatert
Lexicomp Online	Oral health	0	
NORA	Forebygge angst	9	Ikke tannhelse relatert
NORA	Tell-show-do	14	Ikke tannhelse relatert

NORA	Oral helse	10	Ikke tannhelsesrelatert
NORA	Dental anxiety	14	Ikke relater til vår oppgave
NORA	tilrettelegging	432	Ikke tannhelsesrelatert
UpToDate	Prevention oral health	Ca 30	Ikke angst- relatert
UpToDate	Prevention dental anxiety	Ca 90	Omhandler voksne eller sykepleierelatert forebygging
Helsebiblioteket, Medline	Kombinert søk: Anxiety Behaviour control Child behavior Dental Dental anxiety Dental care for children Prevention Tell-show-do	40	1. En artikkel vi har fra tidligere. Funnet via en annen database. 2. «Prevention of pain»: en artikkel vi ønsker å se nærmere på. Bestilt via Bibsys: Denne artikkelen viste seg å ikke la seg bestille som følge av den var foreldet. 3. «Prevention of anxiety during the first visit for a 3 years old child.» En artikkel vi ønsker å se nærmere på. Bestilt via Bibsys
Helsebiblioteket, Medline	Kombinert søk: Dental anxiety Prevention	17	Fant en artikkel fra et tidligere søk. Den har vi bestilt.
Helsebiblioteket, Medline	Kombinertsøk: Anxiety Behaviour control Child behaviour Dental Dental anxiety Dental care for children Dental hygienist Hygienist Tell-show-do	9	1. “dental pain related to dental hygienists treatment”: studien omhandler personer i alderen 20-85 år. Har lignende artikler fra tidligere søk som omhandler barn. Forkaster denne. 2. En artikkel vi har fra tidligere. Funnet via en annen database.
Helsebiblioteket, Medline	Kombinert søk: Dental anxiety Prevention Dental hygienist child	27	Veldig mye forebygging av karies. Ellers fant vi en artikkel vi har fra tidligere. Funnet via en annen database.
Helsebiblioteket, Medline	Tell-show-do	39	De fleste av disse artiklene omhandlet ikke tell-show-do innen tannpleie.
PubMed	Kombinert søk: early intervention, dental, child	304	Her fant vi ingen relevante artikler
The Cochrane Library	Dentistry and oral health – dental anxiety	2	Urelevante. Omhandler hypnose.

Clinical Evidence	Oral health	div. tema	Ingen relevante temaer
-------------------	-------------	--------------	------------------------