



Avdeling for folkehelsefag
Campus Elverum

Hamna Ahmed, Pirsing Lateef Omar Omar og Maida Hasanbegovic

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA10

Hvordan nå frem med forebygging av karies hos innvandrerbarn?

**How to prevent caries in young children of
immigrants?**

Antall ord: 11 276

Bachelor i tannpleie, BATA 2014

Våren 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tannhelsen til barn i Norge er generelt god, men vi ser allikevel at innvandrerbarn er mer utsatt for karies enn etnisk norske barn. Hensikten med bacheloroppgaven er å finne ut hvordan vi på best mulig måte kan nå frem med kariesforebyggende tiltak til pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn. Problemstillingen vi kom frem til er: «*Hvordan nå frem med forebygging av karies hos innvandrerbarn?*». Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, som bygger på eksisterende kunnskap. Ved bruk av ulike vitenskapelige artikler, bøker, pensumlitteratur og egen erfaring vil vi besvare problemstillingen ovenfor. Undersøkelser peker i retning av at pasienter/pårørende mangler kunnskaper om tannhelse. De bakgrunnsforeliggende årsakene til manglende kunnskap er blant annet språkbarriere, utdanning, sosioøkonomiske forskjeller, kulturforskjeller, ulike holdninger og vaner. Kommunikasjon og veiledningen kan være et hinder for tannhelsepersonell dersom ikke riktig metodikk blir anvendt. Gjennom bacheloroppgaven har vi undersøkt hvilken metoder som er optimale for å nå frem til denne målgruppen. Bacheloroppgaven beskriver metoder som MI (motiverende intervju), LØFT (løsningsfokusert tilnærming), tolkebruk og tverrprofesjonelt samarbeid samt kombinasjonen av disse. Ved å ta i bruk metodikken beskrevet i denne oppgaven har vi som tannpleiere en større sjanse for å nå frem til innvandre.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	5
1.3 VÅRT FAGLIGE STÅSTED	5
1.4 AVGRENING AV TEMA.....	5
1.5 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER.....	6
1.6 DISPOSISJON	6
2.0 METODE	7
2.1 LITTERATURSØK.....	7
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	8
2.3 KILDEKRITIKK.....	9
3.0 TEORI.....	10
3.1 TANNHELSE HOS INNVANDRERBEFOLKNING.....	10
3.2 KOMMUNIKASJON	10
3.3 VEILEDNING	11
3.3.1 LØFT – METODEN	12
3.3.2 MI – MOTIVERENDE INTERVJU	14
3.3.3 TOLK	15
3.3.4 MINORITETSSPRÅKLIGE BROSJYRER.....	16
3.4 HEALTH LITERACY	16
3.5 TANNPLEIERENS FUNKSJON.....	17
3.6 TVERRPROFESJONELL SAMARBEID	17
4.0 DRØFTING	20
4.1 HVORDAN KOMMUNISERE OG VEILEDE.....	20
4.1.2 MI.....	22
4.1.3 LØFT	25
4.2 TVERRPROFESJONELT SAMARBEID.....	27
4.3 BRUK AV TOLK	31
5.0 KONKLUSJON	34
LITTERATURLISTE:	35
VEDLEGG 1	39

1.0 Innledning

I Norge er tannhelsen hos barn relativt god, men likevel er det noen forskjeller. Undersøkelser viser at det er større kariesforekomst blant barn med innvandrerbakgrunn enn det er hos etniske norske barn (Wigen & Wang, 2010, s. 1047). Årsaker til dette er manglende kunnskap hos innvandrerforeldre, kulturforskjeller, redusert språknivå, sosioøkonomiske forhold, utdanning, arbeid, inntekt i tillegg til deres ulike holdninger og vaner (Skaare, Afzal, Olli & Espelid, 2008, s. 303). Tannpleierens viktigste oppgave er å fremme tannhelse og forebygge sykdommer. Ved å jobbe tverrprofesjonelt vil vi kunne redusere sykdommer og skader i befolkningen (Norsk tannpleierforening [NTpF], 2014, s. 12). Målet med denne bacheloroppgaven er hvordan tannpleieren kan nå ut med budskapet blant pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn, om karies forebyggende tiltak. Vi ønsker å vektlegge helsefremmende arbeid slik at tannhelsen til innvandrerbarn skal bli like god som hos etniske norske barn. Vi vil ta for oss hvordan vi kan nå frem med forebygging av karies ved å legge vekt på veiledningsmetoder, tverrprofesjonelt samarbeid og kommunikasjonsmetoder på og utenfor tannklinikken i tillegg bruk av tolk ved språkbarriere med innvandrere.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Grunnen til at vi valgte dette temaet er for å få økt kunnskap om hvordan tannpleieren kan bidra til å forebygge karies hos innvandrerbarn. Gjennom praksisperioder har vi opplevd at forebygging har vært utfordrende i møte med innvandrere. Dette kan skyldes språkbarriere med tanke på pasientens og pårørendes forståelse av hva som blir sagt. Vi vil derfor finne ut om hvilke veiledningsmetoder og kommunikasjonsteorier tannpleieren kan ta i bruk for å nå frem til disse pasientene. Hva innebærer egentlig kommunikasjon og hvilken påvirkning har de ulike veiledningsmetodene? Kan disse metodene bidra til å endre kariesforekomsten hos innvandrerbarn?

Tannpleieren skal prioritere forebyggingstiltak som fremmer helse og forebygger sykdom framfor behandling (Stordahl & Wang, 2009, s. 214). Dette innebærer å undersøke hvilken årsaker som ligger til grunn og hvilke tiltak og metoder som kan forebygge karies. Som fremtidige tannpleiere ønsker vi å bidra til å styrke forebyggende metoder som kan minske kariesforekomsten blant innvandrerbarn.

Ifølge statistikken bekreftes det at innvandring i Norge stiger for hvert år (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2017). Vi ønsker derfor å fokusere på innvandrergruppen fordi de oppleves som svakest i helsevesenet på grunn av kommunikasjonsvansker (Helsedirektoratet, 2009, s. 36 & 37). Det bekreftes at god kommunikasjon og tydelig formidling er et viktig bidrag for forståelse av kariesforebyggende tiltak (Brobakken, Helgesen & Skaare, 2003, s. 612).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen vår handler hvordan vi kan nå frem med forebygging av karies hos innvandrerbarn. Vi vil med denne problemstillingen ta for oss hvordan vi kan komme frem til gode resultater ved å legge vekt på kommunikasjon og ulike veiledningsmetoder. Med gode resultater mener vi kariesforekomsten. I tillegg skal vi legge vekt på det tverrprofesjonelle samarbeidet som kan bidra til å skape gode resultater blant innvandrerbefolkningen.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan nå frem med forebygging av karies hos innvandrerbarn?».

1.3 Vårt faglige ståsted

I løpet av tannpleierstudiet har vi gjennom praksis og teori tilegnet oss kunnskaper om helsefremmende tiltak og sykdomsforebyggende arbeid. Gjennom studiet har vi også tilegnet oss kunnskaper om kommunikasjon, veiledning og samarbeidet tverrprofesjonelt, spesielt i praksis der vi har jobbet med utadrettet arbeid sammen med flere profesjoner om å nå frem til et felles mål. Vi kommer tilbake til dette under kapittelet 3.6. Videre har vi også gjennom praksisperioden erfart at kommunikasjon med innvandrere kan være spesielt utfordrende. Det kan være ulike årsaker til dette, blant annet språklig barriere og kultur. Ved at tannpleieren fokuserer på viktigheten av god kommunikasjon og brukermedvirkning kan dette bidra til å forebygge kariesforekomsten hos innvandrerbarn.

1.4 Avgrensning av tema

Vårt fokus i denne bacheloroppgave er barn mellom 0-12 år med innvandrerbakgrunn. Etersom oppgaven gjelder innvandrerbarn vil vi i tillegg inkludere innvandrerforeldre. Vi vil fokusere på innvandrerbarn mellom 0-12 år. Fordi tannpleieren kan bidra til å skape gode tannhelsevaner i tidlig alder som ofte vil følge med videre i livet. (Helsedirektoratet, 2011, s. 46). Sentrale temaer vi skal ta for oss er tannhelsen blant innvandrerbarn, god

kommunikasjon, ulike veiledningsmetoder og tverrprofesjonelt samarbeid for å nå frem med forebygging av karies hos innvandrerbarn. I oppgaven kommer vi ikke til og ta for oss et spesifikt land, men generelt innvandrerbefolkningen i Norge. Vi velger heller ikke å fokusere på andre konsekvenser av dårlig tannhelse enn karies.

1.5 Definisjon av sentrale begreper

Innvandrere: En person som er født av to utenlandske foreldre i utlandet med fire utenlandske besteforeldre, og nå er bosatt i Norge (SSB, 2013).

Innvandrerbarn: Er barn som er norskfødte av innvandrerforeldre eller er født i utlandet men nå bor i Norge (SSB, 2013).

1.6 Disposisjon

Bacheloroppgaven vår er delt inn i fem kapitler. Disse kapitlene består av; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I innledning har vi trukket frem årsaker til hvorfor vi har valgt dette temaet, problemstillingen vår, vårt faglige ståsted og avgrensning av tema. Metodekapittelet består av fremgangsmåten på hvordan vi har kommet frem til de fire selvvalgte forskningsartiklene, hvor to av dem er engelskspråklige, litteratursøk og omkritisk kildevalg. Teorikapittelet består av syv underkapitler som er basert på pensumlitteratur, vitenskapelige artikler og egne erfaringer fra praksis. Videre danner kommunikasjon, (MI), LØFT-metoden, tolk og veiledning, et grunnlag for drøftingskapittelet vårt. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon som gir svar på problemstillingen vår.

2.0 Metode

Ifølge boken til Dalland om metode og oppgaveskriving, referer han til sosionomen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode. «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). Metodebruken deles i to deler; kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Kvantitativ metode går ut på å samle inn målbar data i form av for eksempel statistikk og tall. Derimot går kvalitativ metode ut på umålbar data i form av beskrivelse med ord, opplevelse og meninger som ikke kan sammenlignes med tall (Dalland, 2012, s. 112). Ifølge retningslinjene fra Høgskolen i Innlandet skal bacheloroppgaven være en litteraturstudie. Hensikten med en litteraturstudie er at vi skal få oversikt og forståelse overfor dette temaet. En litteraturstudie er en kvalitativ metode og finnes både publisert og upublisert (Dalland, 2012, s. 67). Litteraturstudiet vårt er basert på pensumlitteratur, eksisterende forskning, selvvalgt litteratur og egen erfaring fra praksis. Litteraturstudiene vi har funnet tar for seg emner som er relevante for vår problemstilling. For å få dybde i bacheloroppgaven kommer vi til å bruke fire forskningsmetoder hvor to er kvalitative og to kvantitative forskningsmetoder. Dette vil bidra til en mer helhetlig forståelse av informasjonen. Bacheloroppgaven vår følger retningslinjene for oppgaveskriving til Høgskolen i Innlandet, samtidig har vi anvendt American Psychological Association (APA-standard) som mal til referansebehandling. Videre vil vi i metodekapittelet ta for oss hvordan vi har kommet frem til de ulike forskningsartiklene, via ulike søkemotorer i tillegg til å beskrive hva de fire forskningsartiklene inneholder. Til slutt skal vi ta for oss kriterier som er benyttet for kildevalg. Selvvalgt litteratur markeres med * (stjerne).

2.1 Litteratursøk

For å svare på problemstillingen vår har vi brukt godkjente databaser som vi har blitt anbefalt på tannpleierutdanningen. Databasene som er brukt til å komme frem til relevante vitenskapelige artikler er PubMed, SveMed+, Oria og Google Scholar. I tillegg har vi søkt direkte på godkjente nettsider som eksempel helsedirektoratet, helsebiblioteket, den norske tannlegeforenings tidende, og norsk lovverk. Vi også benyttet biblioteket for å se etter relevant litteratur som omhandler LØFT-metoden og MI. Vi har også benyttet oss av MeSH-termer, som er et hjelpemiddel for å gjøre det enklere å søke forskningslitteratur innenfor medisin og helse (Helsebiblioteket, 2016, avsnitt 2). Gjennomulike kombinasjoner av MeSH-

termer og gode søkeord har det gjort søket lettere for oss å komme frem til relevant forskning (vedlegg 1). Vi har både brukt engelske og norske søkeord for å finne flere aktuelle kilder.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Cross- cultural care and communication (2016) av Joseph R. Betancourt, Alexander R. Green & J. Emilio Carrillo, opprinnelig fra 1999 og oppdatert i 2016. Vi brukte søkeordet «cultural and communication» på database helsebibliotek og denne artikkelen kom opp som treff nr. 3. Dette er en vitenskapelig artikkel som handler om pasienter med kulturell bakgrunn og hvordan kommunikasjon påvirker pasientens forståelse av egen sykdom. Denne forskningsartikkelen er kvalitativ og er relevant for vår problemstilling ettersom den tar for seg kommunikasjon med pasienter som har ulik kultur.

Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet (2010). Vi brukte søkeordet «tolkebruk» i Oria og avgrenset søket ved å trykke på «fra fagfellesvurderte tidsskrifter». Dette ga oss seks treff hvor vi valgte treff nr.1. Artikkelen er vitenskapelig og skrevet av Emine Kale, Nora Ahlberg & Fanny Duckert. Artikkelen tar for seg hvorfor det er viktig å bruke tolk og hva det har å si for pasienters forståelse og kommunikasjon i mellom pasienten og helsepersonell. Videre beskriver de også konsekvensene av å ikke bruke tolk, som reduserer kvaliteten på arbeidet. Denne artikkelen er en kvalitativ forskningsmetode som vi har valgt å bruke fordi tolk er et viktig moment og hjelper oss å styrke kommunikasjonen når det oppstår språkbarriere hos innvandrerbefolkningen.

Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse forhold til tannhelse (2010). Publisert i den norske tannlegeforenings tidende og skrevet av Lars-Christian Rebne og Nina J. Wang. Vi fant denne artikkelen gjennom Oria med søkeordet «tiltak for tannhelse». Dette ga oss elve treff, hvor vi valgte å bruke treff nr 4. Denne artikkelen er en kvantitativ forskningsmetode fordi dette er en spørreundersøkelse som gir data i form av tall. Studien konkluderer med at barns kunnskaper og holdninger til tannhelse kan endres ved å gi opplæring og holde undervisningsopplegg om blant annet tannhelse, munnhygiene og kosthold, som gir positive resultater for tannhelsen.

Parental risk attitudes and caries- related behaviours among immigrant and western native children in Oslo (2006) skrevet av Marit S. Skeie, Paul J. Riordan, Kristin S. Klock og Ivar Espelid. Denne forskningsartikkelen fant vi gjennom databasen PubMed. Søkeordet vi brukte

var «caries immigrant Oslo». Søket ga ni treff, der vi endte opp med å velge treff 7. Fordi artikkelen tar for seg hvorfor det er forskjeller i tannhelsen blant innvandrerbarn og barn som er født i Oslo vestkant. I denne undersøkelsen nevnes det faktorer som blant annet kultur, utdanning, økonomi, ulik oppfattelse av tannhelse og vaner. Vi synes det er viktig å få frem hva som utgjør forskjellen blant innvandrerbarn og norske barn ved at tannpleieren kan tilrettelegge forebyggende tiltak ut ifra faktorer som gir tannhelse utfordringer. Denne vitenskapelige artikkelen er en kvantitativ forskningsmetode hvor det har blitt utført undersøkelse i form av tall.

2.3 Kildekritikk

I boken til Dalland beskrives kildekritikk slik «Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (2012, s. 67). Vi tolker det slik at det er viktig å være kildekritisk for å finne ut om kilden er gyldig og pålitelig. Kriterier vi har til kildene går ut på å kontrollere det faglige innholdet, tidsperioden og bruk av vitenskapelige metoder og undersøkelser for å se hvordan vi kom frem til resultatene. Vi har for eksempel sett at forskningsartikkel «*Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse forhold til tannhelse*» har med 195 barn i sine undersøkelser. Kildens pålitelighet avhenger også av hvem som har publisert innholdet. Disse kriteriene bidrar til å gjøre oppgaven vår mer pålitelig og gyldig, som gir en god faglig kvalitet (Dalland, 2012, s. 74). Videre skal vi følge retningslinjene for bacheloroppgaven ved å bruke vitenskapelige artikler som følger IMRaD struktur. IMRaD strukturen innebærer at forskningsartikkelen består av innledning, metode, resultater og drøfting/ diskusjon (Dalland, 2012, s. 79).

3.0 Teori

3.1 Tannhelse hos innvandrerbefolkning

Tannhelsen til befolkningen i Norge er relativt god, likevel utgjør det forskjeller når det gjelder innvandrerbefolkningen. Vi kommer tilbake til hva som utgjør de forskjellene. Norge har blitt et flerkulturelt samfunn og innvandrerbefolkningen har økt de siste årene. Pr. 1. Januar 2017 utgjør 13,8 prosent av befolkningen i Norge innvandrere (SSB, 2017).

Ifølge «Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet», viser det seg at førskolebarn med innvandrerbakgrunn har dårligere tannhelse enn norske førskolebarn (Statens forvaltningstjeneste, nr 11, kapittel 4). I den vitenskapelige artikkelen fra barns tannhelse i Oslo viste den store numeriske forskjeller blant 3-12-18 åringer med innvandrerbakgrunn og etniske norske barn. Kariesforekomsten hos innvandrerbarn viste seg å ha høyere numeriske tall enn hos etnisk norske barn (Strand, Wingdahl & Holst, 2012, s. 873).

Det finnes flere kulturelle forskjeller blant innvandrerbefolkningen i samfunnet. Det er viktig at vi forstår helseutfordringer som oppstår på grunn av kulturell bakgrunn, slik at vi kan være med på å fremme helse (Viken & Magelssen, 2010, s. 62). Oppfatningen av helse og sykdom varierer i den flerkulturelle befolkningen. Det er flere årsaker til helseforskjeller som baserer seg på livsstilsfaktorer, sosioøkonomiske posisjoner, tilgang til helsetjenester, fattigdom, utdanning, etniske, kulturelle og språklige forhold. Språk og kommunikasjon er to store utfordringer, som vi kommer tilbake til i oppgaven. Som helsepersonell jobber tannpleieren profesjonelt med å skape tillit, trygghet og gode forhold for å oppnå positive resultater. Alle skal tilbys likeverdig helsehjelp uavhengig av etnisitet, bakgrunn eller religion. Videre viser studier at foreldrenes sosioøkonomiske status har en korrelasjon med kariesutvikling hos innvandrerbarn (Skaare et al. 2008, s. 300).

3.2 Kommunikasjon

For å lykkes med veiledningen skal tannpleieren vite hva god kommunikasjon innebærer og hvordan det brukes i praksis. God kommunikasjon innebærer å være forståelsesfull, åpen og tilstedeværende overfor pasienten/pårørende. Dette skaper trygghet og tillit mellom pasienten/pårørende og tannpleieren. Da vil pasienten/pårørende få mer kunnskap om situasjonen og ta bedre stilling til videre avgjørelser. (Eide & Eide, 2007 s.17 & 18). På den måten ivaretar vi pasientens/pårørendes autonomi og samarbeider med pasienten i medhold til

vår plikt som beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). En viktig faktor for god kommunikasjon er forståelse og at det utvikler en god relasjon mellom begge parter. Måten vi går fram på og viser pasienten/pårørende at vi bryr oss, gir pasienten/pårørende en følelse av å bli ivaretatt. En annen viktig faktor når det gjelder kommunikasjon med innvandrere er dialog tilpasset pasientens/pårørendes nivå som viser at vi forstår, hører og aksepterer deres opplevelse (Eide og Eide, 2007, s.25 & 26).

En dialog er kommunikasjon mellom to eller flere personer, hvor begge parter er aktive slik at det ikke blir enveiskommunikasjon. På den måten inkluderer vi pasienten/pårørende (Eide & Eide, 2007, s. 75). Tannpleieren bør i møte med fremmedspråklige pasienter/pårørende ta hensyn og ikke snakke for fort og unngå å bruke ord som er vanskelig å forstå (Eide & Eide, 2007, s. 26). Videre er det også viktig at tannpleieren tenker på faktorer som kan hindre god kommunikasjon som for eksempel å snakke med ryggen til. Kroppsspråk og øyekontakt er en viktig del av samspillet med pasienten/pårørende for at budskapet skal komme tydelig frem. Kommunikasjonen skal bygge på fagkunnskaper, praktiske ferdigheter, vise empati og respekt (Eide og Eide, 2007, s. 39).

Språk har en stor betydning og er en av de største faktorene som kan hindre god kommunikasjon med innvandrere. I møte med pasientens/pårørendes med annen kulturell bakgrunn er det viktig at vi snakker tydelig, ikke bruker vanskelige ord, bruker tolk hvis det er nødvendig, brosjyrer, bilder og tannmodeller. Dette er viktig for pasientens/pårørendes forståelse av samtalen og for å unngå misforståelser som øker sjansen for at tannhelsen har en positiv progresjon. Når tannpleieren lykkes med god kommunikasjon med pasienten/pårørende kan dette være oppmuntrende for pasienten/pårørende da de forhåpentligvis vil se verdien av god oral helse.

3.3 Veiledning

Tannhelsepersonellet egnes til å yte kvalifisert veiledning. Med dette menes det at veiledning baserer seg på en faglig og formell kontekst, med realistiske mål. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2011, § 3-3) skal kommunen i samarbeid med helse- og omsorgstjenester forebygge sykdommer, skade, sosiale problemer og fremme helse. Dette via opplysning, råd og veiledning. Autorisert tannpleieren har kunnskaper om faget og veiledning som går ut på en målrettet samtale der pasientens egen evne til mestring, motivasjon og engasjement skal styrkes. Veiledning skal fokusere på endringer hos pasientens atferd og

holdninger, kartlegge problemet, bevisstgjøre og motivere pasienten til å oppnå målet. Det er viktig at humanistiske verdier, som for eksempel likeverdighet, respekt og ansvar legges til grunn i samtalen for å oppnå en god veiledning (Tveiten, 2013, s.22 & 23). En god veiledning går ut på å stille åpne spørsmål, lytte til og akseptere pasientens valg og samarbeide for at pasienten skal nå målene sine. Lettere sagt er veiledning der den som veiledes, selv finner ut av hva de kan og hva de skal lære (Tveiten, 2013, s. 36).

Veiledningen kan foregå både på tannklinikken og/eller utenfor tannklinikken gjennom gruppeveiledning. På tannklinikken prioriteres individuell veiledning dette fordi fokuset da settes på pasienten og pasientens problemer. Her er det kun pasienten/pårørende som får oppmerksomheten. Gruppeveiledning foregår med flere, der deltakerne deler følelser og opplysninger ved å diskutere hverandres perspektiv, holdninger og erfaringer som setter i gang en prosess (Tveiten, 2013, s.119 & 121). Det er viktig og hele tiden være bevisst på å skille mellom informasjon og veiledning. Informasjon innebærer å fortelle pasienten/pårørende om faktaopplysninger eller en gjengivelse av virkelighet (Tveiten, 2013, s. 41) som for eksempel «forskning viser at de som ikke pusser tennene har større sjanse for å få hull».

Veilederens holdninger baserer seg på å være åpen og imøtekommende, og vise engasjement for å få med pasienten på laget. Frivillighet og motivasjon fra pasientens side er med på å løfte mestringsevnen hos pasienten. For at veiledningen skal lykkes, må begge parter ha forståelse om egne og hverandres forventninger. Dette for å vite hva det kreves av hverandre for å oppnå målene. Samtidig skal veiledningen gå ut ifra kunnskaper og ferdigheter pasientene har fra før (Tveiten, 2013, s.105 & 109).

Det finnes mange ulike veiledningsmetoder som alle handler om og tar i utgangspunktet problemene til pasienten. Metodene vi har valgt for å veilede og hjelpe pasienter er LØFT og MI.

3.3.1 LØFT – metoden

Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er et kommunikasjonsverktøy som brukes under samtale med mennesker individuelt eller i grupper. Ved LØFT- metoden er det viktig at fokuset ligger på motivasjon, læring, målstyring, selvbestemmelse og mestring. LØFT- metode er et verktøy som skal lede til ønsket endring og hjelpe til å skape positive endringer og løsninger. Det baserer seg på å arbeide med problemløsning og utvikling. Mennesker er

som regel mer opptatt av årsaker til problemer enn å bidra til løsning. Derfor gis det gjennom LØFT- metoden oppmerksomhet til det som fungerer godt, altså løsningen og ikke selve problemet (Langslet, 2000, s. 25).

Når vi bruker LØFT-metoden legges det vekt på styrkene og ressursene som pasienten har. Det å være løsningsfokusert handler om å finne ut og lære mer av ønsket resultat. For å beslutte hvilke muligheter som er mest effektiv må pasienten/pårørende selv være med å bestemme (Viken og Nesje, 2010, s. 224). Gjennom samtaler og diskusjoner kan vi sammen med pasienten/pårørende komme frem til forslag og ideer for hvordan pasienten selv ønsker å løse problemet. Videre kan tannpleieren stille spørsmål som Langslet kaller skalaspørsmål og hypotetiske spørsmål. Målet med å bruke disse spørsmålene er å få til en god kommunikasjon med innvandrerforeldre som hindrer språkbarriere og skal gjøre det enklere å uttrykke seg. Etter å ha satt mål og planlagt hvordan det skal løses vet vi hva vi jobber opp mot. Om målene for å oppnå ønsket tilstand er store eller små spiller ingen rolle, det viktigste er at de er klare, tydelige og oppnåelige. Om målene ikke er realistiske i samhandling og samsvar med det som ønskes å oppnå er endring umulig (Langslet, 2008, s. 45-52).

LØFT-metoden er bygget på åtte trosretninger som uttrykker antakelser om problemløsning og endring (Langslet, 2000, s.22-41). De åtte trosretningene er;

1. Det vi tror, påvirker hva vi leter etter og snakker om

Det som blir fortalt eller opplyst før, påvirker tankegangen vår.

2. Det finnes både problem og ikke problem

Med dette menes det at det finnes faktorer som både er negative og positive, men likevel er det viktig at tannpleieren tenker på det positive. Som på denne måten kan føre til fremgang og løsningsfokuserte handlinger, istedenfor å ha fokus på det negative.

3. Du trenger ikke forstå problemet for å løse det – finn heller nøkkelen til løsningen!

Tenkelig er det viktig å se hva og hvordan forbedringer kan foregå, istedenfor å finne årsaker til problemer. Det er viktig å vite hva vi jobber frem mot og at vi finner den riktige veien til løsningen.

4. Atferd som gis oppmerksomhet, gjentar seg

Ved at tannpleieren roser pasienten for fremgangen og forbedringen kan pasienten/pårørende

motiveres til å holde motet oppe. Fremfor å bevisstgjøre pasienten hvorfor det er så negativ som det er.

5. Språk skaper virkelighet

For å forstå, oppfatte og hvilke inntrykk mennesker har for hverandre er språket viktig. Måten tannpleieren snakker til pasienten/pårørende på har en stor betydning på hvordan pasienten/pårørende oppfatter budskapet på.

6. Små endringer skaper større endringer

Ved å fokusere med små fremskritt vil det gi større sjanse for at pasienten/pårørende lykkes med å komme til målet.

7. Endringer er uunngåelig og stabilitet en illusjon

Ofte kan mennesker tenke at livet forblir som den er, selv om situasjoner forandrer seg. Istedenfor å se på det negative som ikke fungerer kan vi oppturer for å se fremover å fokusere på bedringen.

8. De saken gjelder, vet best

Det er ingen andre enn selve pasienten/pårørende som kjenner til saken og vet best. Innspill og råd fra andre kan være til hjelp, men til slutt er det ingen andre enn pasienten/pårørende selv som tar avgjørelsen og bestemmer. Tannpleieren bør ta hensyn til pasienten ståsted.

3.3.2 MI – motiverende intervju

MI- motiverende intervju er en samtale metode bygget på motivasjon som de siste årene har blitt mye brukt i tannhelsesektoren (Ivarsson & Sjögren, 2013, s. 8 & 9). I dag benyttes metoden på livsstilsområder som blant annet kostholdsvaner og munnhygiene (Ivarsson, Otiaz & Wirbing, 2015, s. 9). Dette fordi MI er en god samtale metode som brukes til kommunikasjon og veiledningssamtaler. Hensikten med MI er og få til en endring ved at pasient/pårørende selv bidrar og finner ut av hvordan de kan nå frem til målet på best mulig vis (Ivarsson & Sjögren, 2013, s.8 & 9). MI er en effektiv metode og fungerer godt til endring, motivering og mestring. Fordi metoden har et spesifikt mål og det legges vekt på pasientens/pårørendes selvbestemmelse og et ansvar som ligger hos selve pasienten/pårørende (Ivarsson, et al 2015, s. 52).

Vi skal jobbe tett sammen med pasienten/pårørende for å hjelpe til å ta ansvar for sine beslutninger om å gjøre endring på deres nivå. Ved at pasienten/pårørende selv velger og avgjør for en atferdsendring betyr det at autonomien til pasienten blir ivaretatt (Mæland, 2012, s. 80). Tannpleieren som bruker MI skal sette pasienten i fokus slik at de åpner seg og føler seg trygge. Under MI legges grunnleggende kommunikasjon, stilleåpne spørsmål, refleksjon, oppsummering og bekreftelse til grunn for å ta i bruk denne metoden. Ved bruk av åpne spørsmål kan pasienten/pårørende tenke over sin egen situasjon og handling. For å få en ordentlig relasjon til pasienten er det viktig å vise empati og tegn til forståelse. Slik blir pasienten/pårørende oppmuntret og motivert til å utdype seg og komme frem til løsning for sin endringsplan (Ivarsson & Sjögren, 2013, s.7).

Når MI samtale benyttes er det viktig å følge opp pasienten/pårørende for å vite hvor pasientens ståsted er. Dette for og vite om pasienten/pårørende har falt ut av prosessen eller kommet nærmere målet for atferdsendring. Det er viktig at vi er positive og støttende når pasienten viser fremgang og gir positive tilbakemeldinger. Samtidig er det viktig at vi sier noe om både utfordringene og fremskrittene til pasienten, men likevel fokuserer og skryter av det pasienten/pårørende har lykkes med (Ivarsson & Sjögren, 2013, s. 53).

3.3.3 Tolk

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) har fremmedspråklige pasienten/pårørende rett til å bli tilrettelagt tolk hvis det hindrer pasienten/pårørende til brukermedvirkning og informasjon. En profesjonell tolk er en viktig samarbeidspartner, som sikrer at pasienten/pårørende har forstått budskapet og at pasienten/pårørende kan gi og ta imot et budskap. En tolk skal ikke erstattes med familiemedlemmer eller et barn (Eide & Eide, 2007, s. 100). Dette fordi en profesjonell tolk skal følge yrkesetiske retningslinjer for tolk som blant annet innebærer taushetsplikt, i tillegg være nøytral og dyktig i arbeidet en tolk gjør når det skal skilles mellom sak og person. Videre er konsekvensene av å ikke bruke tolk blant annet feilbehandling, begrenset tilgang til forebyggende helsehjelp og feilinformasjon (Dahl, 2013, s. 171). Samtidig er det viktig at det gir pasienten/pårørende mulighet til å uttrykke seg om sine meninger og følelser uten at språket er en hindring. Slik kvalitet sikrer vi at innholdet blir riktig formidlet (Kale, Ahlberg & Duckert, 2010, s. 818).

Ifølge Helsedirektoratet er helsepersonell ansvarlig for å sikre at pasienten/pårørende oppfatter innholdet og forstår betydningen av budskapet. Kommunikasjonen mellom

tannpleieren og pasienten/pårørende skal være tilpasset pasientens/pårørendes nivå med tanke på kultur-og språkbakgrunn. Dersom det oppstår utfordringer i kommunikasjon med pasienten/pårørende må tolk benyttes for at vi skal kunne yte forsvarlig helsehjelp. På den måten kan pasienten/pårørende oppfatte egen helseinformasjon i tillegg til at veiledning kan gis til pasienter/pårørende (Helsedirektoratet, 2011, s. 16)

Det finnes flere tolketjenester som for eksempel telefontolkning og tilstedeværende tolk. Når det kommer til hvilken tolketjeneste som anbefales er det helst tilstedeværende tolk som bør benyttes hvis ressurser strekker til. Fordeler med å ha tilstedeværende tolk er at kroppsspråk og annen nonverbal kommunikasjon synliggjøres (Kale et al. 2010, s. 819).

3.3.4 Minoritetsspråklige brosjyrer

For å styrke kommunikasjon og forståelse mellom pasienten/pårørende med innvandrerbakgrunn kan tannpleieren bruke brosjyrer som er oversatt til flere ulike språk. Disse brosjyrene er utviklet av Norsk tannvern for fremmedspråklige. Blant disse brosjyrene finnes det eksempler om både karies, fluorbruk og sukkerholdig mat og drikke. I brosjyrene er det både tekst på deres språk og bilder som kan være til hjelp for pasienten/pårørende etter å ha vært hos tannpleieren, men det skal ikke benyttes alene i veiledningen (Statens helsetilsyn, 1999, s. 52). Vi har også i praksis erfart å dele ut brosjyrer på både helsestasjon og tannklinikken. Grunnen til dette er at pasienten/pårørende ønsker mer konkret informasjon om tannhelse og kosthold på sitt eget språk. En studie har også vist at det har vært etterspørsel om brosjyrer av innvandrerforeldre (Skaare et al, 2008, s. 304).

3.4 Health literacy

Begrepet Health literacy (HL) er relativt nytt i folkehelsearbeid og handler om pasienten/pårørendes evne til å forstå helseinformasjon og utvikling av egen helseatferd. I tannhelse kontekst handler det om og fremme og ivareta god oral helse. Tannpleieren skal bearbeide, forstå og videreføre kunnskap for å få pasienten/pårørende til og forstå årsaken til sykdom og engasjerer seg for endring av egen helseatferd. Dette er viktig for god helseutvikling videre hos pasienten. Når tannpleieren lykkes med god kommunikasjon med pasienten/pårørende kan dette være oppmuntrende til å se verdien av god oral helse (Effing, Williams & Firth, 2013, s. 61). Det er lite sannsynlig at pasienten/pårørende blir i stand til å endre negative faktorer relatert til tannhelsen hvis ikke tannpleieren tar hensyn til å kommunisere på et nivå som pasienten forstår. Det er viktig å spesifisere at informasjonen og

veiledningen skal tilrettelegges pasientens behov ut fra individuell oral health literacy. På den måten kan pasienten se behovet for endringstiltak. For eksempel at en innvandrerforeldre kommer til tannhelsetjenesten fordi barnet deres har smerter relatert til karies. Stein, Pettersen, Bergdahl & Bergdahl (2015, s. 4) mener at i den sammenheng kan tannpleieren ved hjelp av god veiledning videreformidle budskapet om kariesforebyggende tiltak hvor det er større sannsynlighet for at pasienten/pårørende forstår og anvender det som blir sagt.

3.5 Tannpleierens funksjon

Ifølge Hansen, Dahl & Halvari (2013, s. 9) er tannpleierens hovedfunksjon «å ha et helsefremmende perspektiv hvor pasienten/pårørende blir møtt som et likeverdig og selvstendig individ». Det vil si at pasienten/pårørende skal bli møtt som et selvstendig individ og behandlingstilbudet skal tilrettelegges ut ifra hvert enkelt individets behov.

Behandlingstilbudet skal være likt for alle uansett livssyn og personlig oppfatninger (Norsk tannpleierforening [NTpF], 2013, s. 13). Det helsefremmende arbeidet skal i utgangspunktet styrke faktorer som fremmer god helse og hindre risikofaktorer som påvirker negativt på helsen og fører til sykdom (Mæland, 2012, s. 13-15).

Tannpleieren skal veilede pasienten/pårørende slik at kunnskapene hos pasienten/pårørende øker og fører til positive endringer og holdninger. Brukermedvirkning er derfor viktig her, pasientens initiativ til planlegging og prosesser er med og fremmer eie forhold til behandlingen. Dette vil bidra til at videre utvikling øker ved at pasienten/pårørende tar beslutninger om egen situasjon. Ved å skape økt selvfølelse, mestringsevne og kunnskap, styrker og gir den kontroll over forhold som påvirker tannhelsen. Empowerment er derfor et sentralt område når det gjelder helsefremmende arbeid. Tannpleieren skal jobbe ut ifra pasientens/pårørendes ressurser, ferdigheter og kompetanse i stede for å følge andres løsninger (Mæland, 2012, s. 75 & 130). Det viser seg nemlig at endring av atferd har en sammenheng med kunnskaper og videre påvirker holdninger og vaner, som igjen påvirker atferden (Rebne & Wang, 2010, s. 300).

3.6 Tverrprofesjonell samarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid er når flere yrkesgrupper arbeider sammen om et mål for å se pasientens helhetlig behov. Hensikten med å jobbe tverrprofesjonelt er å jobbe mot felles mål for å oppnå best mulig resultat (Willumsen, 2009, s. 37). Dette er svært relevant hos spesielle grupper, for eksempel hos utviklingshemmede, innvandrere eller eldre. Vi vil i dette kapitlet

skrive om hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet påvirker vårt mål om å nå frem med kariesforebyggende tiltak til innvandrerforeldre. For at tannpleieren skal tilrettelegge best mulig for pasienten/pårørende ut ifra deres psykiske og sosiale situasjon er tverrprofesjonelt samarbeid med ulike kompetanse og individuell tilrettelegging svært viktig. Å jobbe på tvers over kan tilrettelegge for at pasienten får et tilbud som dekker alle viktige helsebehov. Derimot er konsekvensene av dårlig tverrfaglig samarbeid at pasienters helsetilbud ikke blir oppnådd (Willumsen, 2009, s.27 & 53).

I vår bacheloroppgave vil vi ta frem samarbeid med ulike yrkesgrupper som vil være nødvendig når det kommer til tannhelsen til barn med innvandrerbakgrunn. Foreldre og barn med innvandrerbakgrunn skal settes i fokus for at vi skal nå målet sammen med de andre profesjonene. I praksis har vi opplevd at samarbeid med skoler og helsestasjoner er svært relevant når det gjelder innvandrere. Vi vil derfor trekke frem samarbeid med helsestasjoner og skolehelsetjenester. I tillegg har vi erfart at helsesøstre er flinke til å ta kontakt med tannhelsepersonellet ved behov. Videre skal tannhelsetjenesten ifølge Statens helsetilsynet (1999, s.11) samarbeide med helsestasjoner og skolehelsetjenester i kommunen i henhold til barn. Det er pålagt at foreldre skal få informasjon og veiledning om tannhelse og forebygging av karies. Yrkesgruppene som er relevant å jobbe med når det gjelder barn med innvandrerbakgrunn mellom 0–12 år er blant annet helsestasjoner og skolehelsetjenester. Grunnen for dette er at helsestasjoner spiller en stor rolle i barnas første leveår (Helsedirektoratet, 2009, s. 43).

Helsesøstre jobber veldig tett med barn og foreldre og kan lett oppdage sykdommer og andre avvik, også tannhelseproblemer. Gjennom god tverrprofesjonelt samarbeid mellom helsestasjonene og tannhelsetjenester kan vi sikre god kvalitet på tannhelsearbeidet. Vi har i praksis sett at det er utadrettet årlige møter og samtaler med helsestasjoner og skolehelsetjenesten hvor tannpleieren drar og holder foredrag som helsesøstre mener er relevant å ta opp. Dette fordi tverrfaglige møter øker kvalitet, kompetanse og kunnskap hos de andre yrkesgruppene (Helsedirektoratet, 2004 s. 29). Vi fikk i etterkant gode tilbakemeldinger på at dette var til god hjelp.

I tillegg samarbeider vi med skolehelsetjenesten for barn i alder 6–12 år. Gjennom ulike undervisningsopplegg kan tannpleieren legge vekt på sukkerholdig mat og drikke og fluorbruk som kan fremme budskapet blant denne aldersgruppen. Vi kan bruke verktøy som lek, bilder og tegninger for å fremme god munnhygiene og positiv utvikling. Forskjellen med

å samarbeide med skolehelsetjenesten og helsestasjoner er at vi har et direkte samspill med barn, mens på helsestasjoner skjer samspillet via foreldre. Likevel er målgruppen barn slik at tilretteleggingen skal påvirke positivt på deres tannhelse, trivsel og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 28-30).

4.0 Drøfting

4.1 Hvordan kommunisere og veilede

Ifølge Eide & Eide er kommunikasjon når vi gjør noe fellessomt vårt tilfelle når vi gjør pasienten/pårørende delaktig og samhandler med pasienten/pårørende (2007, s. 17).

Kommunikasjon fungerer som et verktøy for å forstå pasienten/pårørende. God kommunikasjon er med andre ord et hjelpemiddel for tannpleieren for å nå fram med budskapet. Studier til Joseph et al. (2016, avsnitt 3 & 4) viser at sosiokulturelle forskjeller kan påvirke kommunikasjonen mellom pasienter og den som formidler budskapet. Vi har praksis opplevd at kommunikasjon kan være en utfordring i samtale med innvandrere på grunn av språkbarrieren. Vår erfaringer er at pasienten/pårørende ofte fokuserer mer på språket enn selve veiledningen. På den måten kan pasienten/pårørende miste tilliten til tannpleieren og derfor kan god kommunikasjon svekkes. Her mener vi det er viktig at tannpleieren skaper en god relasjon til pasienten/pårørende for å oppnå positive resultater. Det kan vi gjøre ved å lytte til hverandre, vise forståelse, ha empati overfor pasienten/pårørende og skape en tilknytning til pasienten. Dette motiverer pasienten/pårørende til å engasjere seg slik at forandring og utvikling foregår (Eide & Eide, 2007, s. 125). Joseph et al. (2016, avsnitt 17) påpeker at ved å utdanne helsepersonell innen tverrkulturell omsorg vil gi bedre kunnskaper og positive resultater til pasientens/pårørendes holdninger og ferdigheter. Fra vårt perspektiv er ikke dette nødvendig fordi tannpleierens retningslinjer sier at hvert individ skal få tilpasset behandling uansett etnisitet, bakgrunn eller rase. Vi mener at det vil være mulig å skape de samme positive resultatene uten å utdanne helsepersonell innenfor tverrkulturell omsorg. Fra et annetperspektiv kan det være fordel å utdanne helsepersonell som er profesjonelle innen tverrkulturell omsorg, med tanke på at de er eksperter med kompetanse.

Uavhengig av etnisitet burde tannpleieren tilpasse sin kommunikasjon som skal virke problemløsende. Videre står det i studien til Joseph et al (2016, avsnitt 17) å ha kjennskap til innvandrers kulturer kan være en fordel. Ved å kjenne til innvandreres kultur er det lettere å vite hvordan tannpleieren skal nå frem i veiledningen. Studien viser at dette kan være en tilnæringsmåte der tannpleieren skal kommunisere med pasienten/pårørende. Uavhengig av kommunikasjonsevnene til pasienten/pårørende som skal bidra til å fremme deres helse, menneskeverdet og livskvalitet (Eide & Eide, 2007, s. 22). Hvordan vi kommuniserer og forklarer har en stor betydning for pasienten/pårørende. Kommunikasjonen og veiledning skal være enkel og konkret, i tillegg er det viktig at vi er tydelig i ordvalget slik at

pasienten/pårørende ikke misforstår noe. Gjennom tannpleierstudiet har vi erfart at vi ikke burde benytte fagterminologi i dialog med pasienten/pårørende. Det handler ikke bare om hva tannpleieren sier, men også kroppsspråk og toneleie. Videre er det viktig å ha øyekontakt med pasienten gjennom hele samtalen for at pasienten ikke skal føle seg oversett. Etersom pasienter/pårørende med innvandrerbakgrunn har ulik kulturell bakgrunn kan øyekontakt fra deres perspektiv oppfattes ulikt. Fordi blick kan tolkes på ulike måter i ulike kulturer. Dette kan være nyttig å ha med seg i møte med pasienten/pårørende fra andre kulturer. For i noen asiatiske kulturer blir direkte øyekontakt sett på som uhøflig og frekt (Eide & Eide, 2007, s. 165; Ivey og Ivey, 199).

Øyekontakt, stille åpne spørsmål og bruke enkel språk som er lett å forstå for innvandrere er teknikker tannpleieren bør bruke i veiledningssammenheng. På den andre siden burde også nivået på språket tilpasses den enkelte. Det kan bidra til at pasienten/pårørende får bedre forståelse av hele situasjonen og hva de selv kan gjøre for å påvirke egen tannhelse. Pasienten/pårørende kan ofte føle seg usikre ved å avsløre sin tro og frykt. Å være innvandrer skal ikke føre til negative vurderinger av de rundt. Tannpleieren skal bidra til å redusere følelsen av usikkerhet og utrygghet slik at den enkelte ikke føler seg maktesløs. På denne måten er empowerment nyttig i kommunikasjonen som i denne sammenheng betyr å støtte og styrke forhold som påvirker pasientens egen livssituasjon. Ved at vi stiller åpne spørsmål som for eksempel «hva vil du snakke om i dag?», «hvordan har det gått siden sist du var her?» kan bidra til å redusere motstanden som noen pasienter/ pårørende opplever, slik at det er større sannsynlighet for at de kan uttrykke seg uten ubehag (Joseph et al. 2016, avsnitt 11).

Med åpne spørsmål menes det at pasienten/pårørende svarer i form av egne følelser, tanker og opplevelser. Slik kan pasienten/pårørende åpne seg og snakker fritt om sine tanker og oppfatninger (Eide & Eide, 2007, s. 214). Eksempler på spørsmål vi kunne stilt pasienten/pårørende i praksis er «hva tror du kan ha forårsaket hull (karies)?» eller «hva vet du om hull (karies) og hvordan det forekommer». Pasienten/pårørende kan kanskje ikke svare på dette, men dette kan skape en tanke og sette i gang refleksjon rundt spørsmålet slik at pasienten/pårørende blir mer bevisste. På den måten kan pasienten/pårørende utforske uklarheter, forstå seg selv bedre og gjøre det enklere for andre å forstå deres situasjon (Eide & Eide, 2007, s. 221). Tenkelig kan dette skape trygghetsfølelse for pasienten/pårørende som igjen kan engasjerer for videre behandling i veiledningsprosessen. Dette kan bidra til at pasienten/pårørende blir delaktig og gjør det enklere for tannpleieren å nå frem med budskapet gjennom veiledning.

God kommunikasjon med pasienten/pårørende er viktig, men det er minst like viktig å være en god lytter. Det å lytte gjør oss i stand til å kunne tilpasse kommunikasjonen slik at vi gjør oss forstått overfor hverandre. Å være en god lytter gir pasienten/pårørende en følelse av at vi viser respekt, det vil også bidra til at vi kan sette oss inn i pasienten/pårørendes situasjon. Dette er hovedprinsipp for god kommunikasjon (Tveiten, 2013, s. 106). Vi vet av erfaring at innvandrere som har språkbarrierer ofte bruker lang tid på å formulere og uttrykke seg. Dersom tannpleieren ikke er flink til å lytte kan pasienten/pårørende reagere negativt og kan bli oppgitt. Sett fra tannpleierens perspektiv kan pasienten/pårørende miste engasjementet og interessen for å delta i kommunikasjonen/veiledningen. I tillegg kan det være tidkrevende for pasienten/pårørende og tannpleieren. Fra pasientens synspunkt kan vi si at det kreves mye av pasienten/pårørende for å oppfatte og forstå hva som blir sagt under en behandling. Pasienten/pårørende kan ha opplevd krig eller vært i andre sårbare situasjonen før ankomsten til Norge. Tannpleieren burde derfor bygge tillit og prøve på best mulig måte å forstå situasjonen fra pasienten/pårørende sin side. Det kan være flere årsaker til at det kan være vanskelig for mange av pasienter/pårørende å få med seg budskapet og deretter utføre en endring. Videre må tannpleieren gi god veiledning som bygger på god veiledningsprinsipper som blant annet MI og LØFT- metoden.

4.1.2 MI

En god metode som kan brukes for å oppnå en god veiledning kan være motiverende intervju (MI). MI tar utgangspunktet i å hjelpe pasienten/pårørende til å ta ansvar og vekke interessen hos pasienten/pårørende ved å skape en indre motivasjon til å foreta endring av atferden. Hvis ikke pasientens/pårørendes vilje er til stede vil det være utfordrende for pasienter/pårørende å foreta en atferdsendring. Dette kan begrunnes med at pasienten/pårørende ikke ser eller forstår viktigheten av å ta ansvar som kan gi indre motivasjon. I dette tilfellet handler det om kommunikasjon og veiledning med innvandrerforeldre på grunn av at barnet ikke er egnet til å ta ansvar for sin egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 4-4). Av erfaring gjelder ikke dette alle barn, på grunn av barnets modenhet. Når vi i praksis jobbet med utadrettet arbeid la vi til rette for barnets nivå og forståelse som viste seg å være til nytte. Tannpleierens oppgave er derfor å sette i gang en dialog ut ifra pasientens/pårørendes synspunkter med tanke på endring. Tannpleieren skal ikke tvinge på pasienter/pårørende råd og meninger, som for eksempel «du skal pusse tenner to ganger daglig og bruker tanntråd regelmessig», men tvert imot veilede pasienten/pårørende til å ta tak i disse rutinene og gjennomføre dem av egen vilje. Alle mennesker har rett til medbestemmelse og autonomi og

avgjør selv om de ønsker behandling eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-1).

Tannpleieren bør gjennom dialog skape, utvikle tanker og følelser hos pasienten/pårørende som fører til at pasienten/pårørende foretar en endring. På en annen side er det individet selv som har ansvaret for egen endring. Tannpleieren skal legge til rette for at den som veiledes selv finner løsning/svar når det gjelder egen læring og utvikling (Tveiten, 2013, s. 23).

Tenkelig kan vi spørre pasienten/ pårørende «hvilken tanker og følelser har du med tanke på å bruke fluor» slik kan pasienten reflekterer over hvorfor ikke han/hun har brukt dette og hvordan det kan være til nytte av for tannhelsen. MI går hovedsakelig ut på å bevisstgjøre pasienten/pårørende på egne mål, ressurser, utfordringer, pasientens/pårørende mestring og hva som gir glede. I tillegg handler det om ansvarsfordeling, det vil si at pasienten/ pårørende har ansvar for endring. På den måten bidrar vi til å respektere pasientens/ pårørendes autonomi. I sammenheng med vår problemstillingen handler det om foreldres autonomi fordi de har rett til å bestemme over sine barn til de er myndige (Tveiten, 2013, s. 57 & 66). Det er alltid opp til pasienten/pårørende om han/hun ønsker veiledning. Hvis det er uaktuelt for pasienten/pårørende kan ikke han/hun bli tvunget til endring. Dette på grunn av at veiledning skal fremme pasientens/pårørendes indre motivasjon.

Det er viktig at kommunikasjonen tilpasses pasientens/pårørendes nivå. Ettersom vi snakker om innvandrerbarn er det relevant at vi samarbeider med innvandrerforeldre. Tenkelig bør tannpleieren derfor få pasienten/og eller pårørende til å foreslå tiltak slik som jevnlig bruk av tanntråd og puss morgen og kveld. På den måten er pasienten/pårørende delaktig og selv kan ta innspill om egne tiltak for å forebygge karies. På en annen side kan dette være en utfordring dersom pasienten/pårørende ikke har evne til å kommunisere, uttrykke seg på grunn av språkbarriere eller om pasienten/pårørende vet lite om tiltak som kan benyttes (Joseph et al. 2016, avsnitt 2). Slik finner vi også ut av hvor stor kompetanse pasienten/pårørende har om tannhelse og hvor stor betydning det har for pasienten.

Tannpleieren skal se helhetssituasjonen og uttrykke forståelse ut fra pasientens/pårørende ståsted. Slik skaper tannpleieren anerkjennelse og vi kan nå frem med kariesforebyggende tiltak gjennom at pasienten/pårørende blir tatt imot, respektert, forstått og lyttet til (Tveiten, 2013, s.110). For at tannpleieren skal lykkes med atferdsendring bør tannpleieren sammen med pasienten/pårørende argumentere for og imot endringstiltak for å forstå hva som skal gjøres. I den hensikt at pasienten/pårørende reflekterer over både positive og negative sider

ved en endring. Spørsmål som tannpleieren kan stille er «hvordan tanker og følelser har dere rundt sukkerholdig mat og drikke», «hva er det som må til for at dere pusser morgen og kveld» og «hva tror du vil skje hvis du begynner å pusse tenner morgen og kveld». På den måten tvinger ikke disse spørsmålene pasienten/pårørende til å gjøre disse tiltakene, men fremmer pasientens/pårørendes egne tanker om hva hun/han kan gjøre for å akkurat bruke disse tiltakene. Pasienten/pårørende kan få et inntrykk av at tannpleieren ønsker å høre om deres meninger om endring, ved at vi lytter til, støtter og bekrefter. det pasienten/pårørende sier. På den måten får pasienten/pårørende en trygghetsfølelse og kan fortelle mer om sine tanker og følelser. Videre kan vi sammen finne en løsning til kariesforekomsten, ved at vi for eksempel spør pasienten/pårørende om hvordan han/hun kan huske å pusse tennene morgen og kveld. For at pasienten/pårørende ikke skal glemme tannpussen kan pasienten/pårørende for eksempel komme med forslag til å bli minnet på tannpuss ved å ha påminnelser. Dersom vi gir pasienten/pårørende bekreftelse og støtter deres valg er dette med på å oppmuntre pasienten/pårørende og viser at vi har troa på dem (Eide & Eide, 2007, s. 214-219).

Det kan likevel oppstå utfordringer for veilederen dersom pasienten/pårørende viser motstand ved å være stille eller vise negative tegn til veiledningen. Fra pasientens perspektiv kan det vise seg å være usikkerhet på seg selv når det gjelder endringer av vaner. Her er det viktig at både tannpleieren og pasienten/pårørende står sammen og spiller på lag, det har ifølge studier til Resnicow & McMaster (2012, s. 3) vært effektiv. Dette begrunnes med at autonomien til pasienten/pårørende blir tatt hensyn til og pasienten/pårørende får nye perspektiver. Relevante spørsmål tannpleieren kan stille da er «hva er det som gjør at du er usikker». Hvis tannpleieren videre spør pasienten/pårørende om andre positive tiltak som gir positive resultater, kan vi komme frem til hvilke av tiltakene som gir mindre karies. Dette er en videre prosess som ikke skal hindres eller være påvirket av pasientens/pårørendes usikkerhet. For da vil veiledning igjen være unødvendig fordi målet er å oppnå et ønsket resultat om endring som pasienten/pårørende selv ønsker (Resnicow & McMaster, 2012, s. 6). Videre er det viktig at tannpleieren har tett oppfølging og innkaller til regelmessig kontroll på tannklinikken for å styrke det som går i positiv retning og hindre tilbakefall (Mæland, 2012, s. 112). I tillegg kan blant annet brosjyrer, bilder og modeller tas i bruk som hjelpemiddel for å hindre tilbakefall (Tveiten, 2008, s. 173-184).

4.1.3 LØFT

LØFT-metoden brukes i samtaler med enkeltindivider eller grupper i veiledning som i utgangspunktet fokuserer på løsning og utviklingsarbeid fremfor problemet. Videre tar den for seg ledelse, selvledelse på basis av motivasjon, læring, målstyring, selvbestemmelse og mestring. Tannpleieren skal ved hjelp av denne metoden finne resultater og utvikle løsninger uten å tenke på hva problemet eller årsaken er (Langslet, 2000, s. 24 & 25). Som nevnt ovenfor jobber tannpleieren helsefremmende og forebyggende. I sammenheng med LØFT vil det si at vi skal arbeide ved å legge vekt på positive sider som opprettholder en god tannhelse, fremfor negative sider som gir sykdom og andre negative konsekvenser. På den måten er LØFT-metoden et sentralt verktøy for tannpleieren som er til hjelp for å oppnå best mulig resultater gjennom å kommunisere og veilede med sine pasienter/pårørende. LØFT modellen har også negative sider. Vi kan oppleve at pasienten med innvandrerbakgrunn kommer til tannklinikken og vil vite årsaken til kariesforekomsten, fordi det kan være et problem som gjentar seg hvis ikke årsaken blir belyst. I dette tilfelle kan LØFT-metoden være irrelevant da den ikke fokuserer på å finne årsaken til karies. Tannpleieren bør i utgangspunktet se hva pasienten/pårørende ønsker å fokusere på da dette kan hjelpe videre i å bedre forståelsen og komme frem til nye løsninger.

For å lykkes med løsningsfokusert tilnærming finnes det gode og nyttige spørsmål for å komme frem til mål og løsninger. Ved at tannpleieren stiller løsningsorienterte spørsmål forteller det oss hva og hvordan pasienter/pårørende ønsker å gjøre. Ettersom pasienten/pårørende kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg på grunn av språket kan det iblant være nyttig at tannpleieren stiller spørsmål som gir svar i form av en skalaspørsmål, for eksempel en skala fra 1-10, hvor 1 er dårlig og 10 er bra. Pasienten/pårørende kan selv bestemme hva som fungerer og ikke fungerer ut ifra pasienter/pårørende behov. Vi kan for eksempel spørre pasienten/pårørende «fra 1 til 10 hvor bra syntes du tannhelsen din er». Vår oppfatning er at pasienten/pårørende kan reflektere over hvor bra faktisk tannhelse hun/han har og hvorfor. Dette bidrar til å gi pasienten/pårørende større håp og oppmuntrer til egen innsats. Videre mener vi at dette kan være nyttig for å skape en god kommunikasjon med tanke på løsningsfokusert dialog (Langslet, 2000, s. 47). Likevel ser vi også ulempen med skalaspørsmål som kan føre til at pasienten/pårørende ikke svarer utfyllende nok og derfor ikke kommer frem til gode løsninger. Tannpleieren bør heller fokusere på hvordan planlegge å få bedre tannhelse enn på hvorfor innvandrerbarn har karies. For å ivareta tannhelsen til innvandrerbarn er det viktig at vi her bruker kommunikasjonsformer på en slik måte som gir

virkning på deres tannhelse. Videre kan tannpleieren også bruke hypotetiske spørsmål til pasienter med dårlig norskkunnskaper. For eksempel kommer det en ung innvandregutt til tannklinikken som gir inntrykk av at han forstår alt tannpleieren forklarer men vi vet at pasienten har dårlige norskkunnskaper. Her kan tannpleieren stille hypotetiske spørsmål for å kontrollere om pasienten har fått med seg budskapet.

Vi skal i henhold til trosretningene drøfte hvordan vi kan bruke det i praksis. Den første trosretningen sier «det vi tror på, påvirker det vi leter etter og snakker om». Vi har erfart at holdninger og vaner til innvandrere påvirker deres tannhelse. Dette bekreftes også i studien av Skaare et al. (2008). På bakgrunn av dette skal ikke innvandrere dømmes på grunn av deres tannhelsestatus og språkvansker. Innvandrere skal som alle andre behandles likt uansett hvilke kultur og religion de tilhører ifølge retningslinjer for tannpleieren (NTpF, 2014, s. 13). I den andre trosretningen «det finnes både problem og ikke-problem» vil vi sammenligne studier som viser at innvandrere har mer tannhelse utfordringer enn etniske norske (Strand, Wingdahl & Holst, 2012, s. 873). Med tanke på dette skal vi gjennom god kommunikasjon fokusere på det som er positivt og hvordan vi kan komme frem til ønskelige resultater i fremtiden, istedenfor å fokusere på årsaker om hvorfor de har tannhelse utfordringer. Som for eksempel har innvandrerbarn uregelmessig tannpuss, det vil si at de ikke får til å pusse tennene to ganger daglig (Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006, s. 105). Tenkelig skal ikke tannpleieren fokusere på hvorfor de ikke gjør det, men hvordan de kan få til å gjøre det. Dette eksemplet henger sammen med den tredje trosretningen som skriver «du trenger ikke forstå problemet for å løse det - finn heller nøkkelen til løsningen». For eksempel kan vi her bruke tolketjenester assosiert med empowerment som nøkkel for at innvandrere skal forstå, bli sett og føle seg trygge som bidrar til å bevisstgjøre pasienten/pårørende på egen livssituasjon.

Den fjerde trosretningen er beskrevet slik «atferd som gis oppmerksomhet gjentar seg». Vi mener her at oppmerksomheten skal tas vekk fra det negative som for eksempel «innvandrerbarn har dårligere tannhelse enn etniske norske barn» (Skaare et al, 2008, s. 301). Hvis dette over gjentatte ganger blir fortalt på for eksempel helsestasjoner og tannklinikker vil ikke det føre til noe forbedring av tannhelsen. Vi skal derimot ha fokus på positivt atferd som skaper en mestring hos pasienten/pårørende og rosedet som er bra (Langslet, 2000, s. 143). Tannpleieren anbefaler at pasienten/pårørende pusser tennene to ganger daglig med fluortannkrem og deretter bruker tanntråd og ekstra fluortilskudd hvis det er behov (Statens helsetilsyn, 1999 s. 32). Her kan vi ved bruk av LØFT-metoden få frem hva og hvordan pasienten/pårørende ønsker det. Ved å hjelpe dem med å sette mål som for eksempel at

pasienten starter å bruke fluorskyll en eller to ganger i uken, er det samtidig viktig at pasienten/pårørende selv tenker at det er viktig for dem og ikke bare fordi vi ønsker det.

Videre beskriver trosretning «språk skaper virkelighet». Sett fra vårtperspektiv tolker vi det som at tannpleieren skal ha et felles språk, dette fordi vi bruker språket i dialog med pasienter/pårørende har mye å si for hvordan de oppfatter oss og budskapet. Med dette menes at pasienten/pårørende skal forstå tannpleieren og motsatt for at budskapet skal bli oppfattet. Det innebærer blant annet øyekontakt og unngå fagterminologi som har betydning for vår kommunikasjon med pasienter (Eide & Eide, 2013, s. 164). I trosretning seks «små endringer skaper større endringer» sier vår erfaringen at hvis vi går forsiktig frem, ved å ikke ta alt på engang, eller store fremgang er det lettere for pasienten/pårørende å henge med. Vi har i praksis erfart at store fremganger eller mye informasjon på en gang kan være tungt for pasienten/pårørende som ender opp med at pasienten/pårørende ikke klarer å nå målet. Med store mål eller fremgang mener vi for eksempel når tannpleieren sier «puss 2 ganger daglig, bruk fluor, bruk tantråd i tillegg til å endre kostvaner». Gode oppnåelige og realistiske mål kan være små i tillegg er det viktig at målene er tilpasset hvert enkelt pasient/pårørende (Langslet, 2000, s. 32).

Videre står det i trosretning sju «endringer er uunngåelige og stabilitet en illusjon». Noen av innvandrere har ofte opplevd noe traumatisk, krig eller andre påkjenninger som har påvirket dem psykisk. Det kan derfor være en utfordring for oss å kommunisere med pasienten/pårørende. Dette kan være med å skape en utrygg situasjon for pasienten/pårørende spesielt hvis vi fokuserer på det dårlige hos pasienten/pårørende. Det er derfor viktig å kunne vedlikeholde bedringen og hele tiden fokusere på det som fungerer. I den siste trosretningen «de saken gjelder, vet best», tolker vi det slik at det gjelder pasienten/pårørende og derfor er deres innspill viktig fordi de vet best hvordan de skal jobbe mot målet. Har tannpleieren pasienten/pårørende med på lag med utgangspunkt i pasientens/pårørendes ståsted blir det lettere for at endring kan foregå (Langslet, 2000, s. 36).

4.2 Tverrprofesjonelt samarbeid

For å ta vare på tannhelsen til innvandrerbarn er det viktig med tverrprofesjonelt samarbeid mellom tannpleieren og helsesøster. Videre skal vi også ta for oss samarbeid mellom tannpleieren og skolehelsetjenesten. Willumsen (2009, s. 21) mener tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å få helhetlig overblikk over pasienten/pårørende. Helsesøster har en

sentral rolle på grunn av at de samarbeider tett med foreldre og barn, og dette samarbeidet starter i en tidlig fase. Et godt samarbeid fra både helsesøster og tannpleieren kan bidra til en positiv utvikling når det gjelder forebygging av karies. Samarbeid mellom helsesøstre og tannpleieren vil være med på å gjøre foreldrene mer bevisst og engasjert. Dette styrker også deres kunnskaper innen tannhelse som igjen er med på å styrke den fagligutviklingen. For at samarbeidet skal lykkes kreves det respekt og likeverd mellom de ulike profesjonene og at pasientens/pårørendes beste alltid skal være i fokus (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005, s. 46). De fleste foreldrene på helsestasjoner oppsøker informasjon først etter at deres barn har fått karies. Sett ifra vårt synspunkt bør samarbeidet med helsesøstre prioriteres fordi vi i tidlig alder kan nå frem med forebyggende tiltak hos innvandrerbarn når de er små. Dette bekreftes også i artikkelen som er skrevet av Skaare et al. (2008, s. 304). I artikkelen skrevet av Næss, Moan, Wang og Wigen (2014, s. 287) viste det seg at det var behov for tannhelseinformasjon hos foreldre før barnet ble innkalt til tannklinikken første gang.

Den offentlige tannhelsetjenesten er pålagt å gi tannhelsetilbud og bringe nødvendig informasjon videre til helsestasjoner. Ved behov skal det eventuelt henvises til tannhelsetjenesten (Baumgartner, Wigen & Wang, 2016, s. 600). Vi skal samarbeide med helsesøstre, og sammen skal vi gi riktig veiledning til foreldre om tannhelse. Veiledningen går ut på sukkerholdig mat og drikke, tannstell og gode spisevaner (Næss, et al. 2014, s. 284). Vi har stor tiltro til at målfokusert arbeid kan føre til et godt resultat, men likevel synes vi at det fra innvandrerforeldres synspunkt kan være utfordrende med tanke på kultur og språkforskjeller. Det kan være vanskelig å si i hvilke grad foreldrene har oppfattet budskapet de mottar på grunn av språkbarriere. Videre tyder det på at de har ulike kunnskaper om tannhelse, utdanningsnivået, økonomi og ulike holdninger og vaner til oral hygiene og kosthold, som gjør at flest innvandrerbarn har karies (Skaare et al, 2008, s. 303).

Det tyder også på at det er finnes flere risikofaktorer som er årsaken til at innvandrerbarn utvikler karies. Pasientens hyppige måltider og høyt sukkerinntak fra mat og drikke er en stor grunn til at de er karies aktive. I tillegg til at flere innvandrerbarn ikke pusser tennene to ganger daglig sammenlignet med etniske norske barn. Studie viser også at de har lavere forbruk av fluor (Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006, s. 105). På bakgrunn av dette mener vi at tannpleieren har en viktig oppgave i samarbeid med helsesøstre som innebærer å veilede om akkurat disse faktorene. Det at tannpleieren veileder innvandrerforeldre i samarbeid med helsesøstre på helsestasjoner er med på å fremme en god tannhelse og skape gode vaner hos barn (Skeie et al. 2006, s. 105 & 106). Når det gjelder hvordan tannpleieren kan nå frem med

kariesforebyggende tiltak hos innvandrerbarn vil vi i denne sammenhengen trekke frem gruppeveiledning. Tenkelig er dette en metode for å nå frem til innvandrerforeldre gjennom tverrprofesjonelt samarbeid med helsesøstre som igjen vil påvirke barnas tannhelse. Dette foregår utenfor tannklinikken hvor tannpleieren har samtaler og undervisning på gruppenivå med innvandrerforeldre der det blir utvekslet forslag til hvordan innvandrerforeldre kan forbedre kariesforekomsten hos barn. Som nevnt tidligere spiller sukkerholdig mat og drikke en viktig rolle. Lambla (2014, s. 40) skriver i sin masteroppgave at helsesøstre mente kosthold var et viktig tema under konsultasjonene på helsestasjonen. Tannpleieren kan gjennom dialog komme frem til løsninger sammen med innvandrerforeldre for å oppmuntre dem til for eksempel tannpuss to ganger daglig, unngå sukkerholdig mat og drikke utenom på lørdag og unngå småspising.

Studier til Brobakken et al (2003, s. 610) viser at innvandrerbarn er utsatt for karies før de kommer til tannklinikken. Vi har erfart å ha barn på tannklinikken under praksisperioden hvor vi har sett karies når de er inne til førstegangs kontroll, eller når barnet har blitt henvist fra helsesøster. I tillegg har vi sammen med vår veileder i praksisperioden vært på helsestasjoner og holdt foredrag/undervisning for innvandrerforeldre som har vært til et god nytte. Vi opplevde gjennom samtalene med innvandrerforeldre hvor det kom frem at de videre ville prioritere tannhelse etter at vi hadde vært i kontakt med dem. Derfor ser vi vårt samarbeid med helsesøster som en stor fordel og mener at tannpleieren skal jobbe enda tettere sammen. Dette på grunn av at helsestasjonene er et av de få stedene hvor vi har mulighet til å ta kontakt med de fleste innvandrerforeldrene mens barna er små.

Lambela (2014, s. 35) skriver i sin masteroppgave at arbeidsoppgaver til helsesøster er å jobbe ut ifra å støtte opp og veilede foreldre for å forebygge karies og ivareta tannhelsen. Studier viser at innvandrerforeldre som ble intervjuet ønsket betydelig og bedre informasjon om tannhelse på sitt eget språk (Skaare et al. 2008, s. 304). Vi har også i praksis erfart at det på helsestasjoner deles ut oversatte brosjyrer for innvandrerforeldre som ønsker ytterligere informasjon om tannhelse på deres eget språk. Disse er lett tilgjengelige både på Norsk tannvern, tannklinikker og helsestasjoner. Dette kan være et hjelpemiddel innen veiledningen, men skal ikke brukes alene som veiledning, fordi brosjyren består av blant annet fagterminologi som kan være vanskelig og uforståelig for pasienten/pårørende (Helsedirektoratet, 2009, s. 30). På den ene siden er samarbeid på den måten med på å fremme god tannhelse og fungerer som et verktøy for oss tannpleieren. På den andre siden

tror vi at samarbeid hvor vi kommer i direkte kontakt med innvandrereforeldre gjennom helsestasjon vil gi større påvirkning hos innvandrereforeldre før karies oppstår.

Vår erfaring fra praksis i forhold til artikkelen skrevet av Rebne & Wang (2010), er at barn mellom 6-12 år har en god effekt av at vi har tannhelseundervisning på skoler med spesielt fokus på tannhelseproblemer som oppstår hos barn. Studien viser at spesielt 12-åringer har lite kunnskap om tannhelse slik at tannhelsepersonell bør settes inn i bildet for å informere om forebyggende tiltak for barn i denne aldersgruppen. Dette gjelder spesielt hos barn med innvandrerbakgrunn og barn som har foreldre med lav utdanning. Vi ser i artikkelen flere synspunkter som vi kan si oss enige i. Artikkelen sier noe om at barn trenger mer informasjon om tenner og tannstell for at kunnskapen deres øker som igjen påvirker barns tannhelseatferd. Vi har også erfart dette og ser nødvendigheten med at barn i barneskolealder gjennom tannhelseundervisning i form av lek og læring utvikler kunnskaper innen tannhelse. Dette fordi vi skal være med å gi barna den kunnskapen som det er behov for på deres nivå. Som det er beskrevet i artikkelen skal det gis forebyggende tiltak med hensyn til barnets modenhet og om det som er relevant for barnet å leve opp til. Ser vi ut fra dette kan vi gjennom gruppeveiledning og individuell veiledning oppnå bedre tannhelseresultater hos barn.

Med gruppeveiledning menes det at vi for eksempel gir kostholdsveiledning med spesielt fokus på sukkerholdige mat og drikke. Samtidig kan vi lære bort pusseteknikker på barnas nivåer i flere klasser på barneskolen for at barna kan oppnå bedre tannhelse resultater. Når vi sier ulike nivåer så mener vi at de er tilpasset barnets alder og deres forståelse slik at det gir dem læring. Fra vårt synspunkt ser vi på det som en positiv kariesforebyggende tiltak som vi kan nå frem med hos barna. Videre blir også en del av barna som er i risikogruppe oftere innkalt til kontroll og undersøkelser for mer oppfølging (Galåen, 2013, s. 563). Vår oppfatning er at vi i forbindelse med dette kan gi individuell veiledning som kan være et godt forebyggende tiltak. Der tannpleieren gir instruksjon i tannbørsteteknikk eller veiledning om fluors forebyggende effekt gjennom dialog med innvandrerbarn. Det er viktig å ha i bakhodet hvordan veiledningen skal foregå som fører til handling. Her mener vi det blant annet er viktig at vi stiller gode spørsmål som er nyttig slik at vi sammen kommer frem til mål og løsninger. Hvis samtalen og spørsmålene baserer seg på hva pasienten/pårørende ønsker å gjøre kan pasienten/pårørende selv finne frem til en løsning for problemene (Tveiten, 2013, s. 109).

4.3 Bruk av tolk

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3) er det lovbestemt at pasienten/pårørende får den informasjonen som er nødvendig og er relatert til pasientens helsetilstand som har betydningen for helsehjelpen. For å nå frem med kariesforebyggende tiltak hos innvandrerguppen hvor det kan oppstå språkbarriere bør vi bruke profesjonell tolk for å forstå hverandre. Kommunikasjonen mellom tannpleieren og pasienter/pårørende vil bli styrket, samtidig som språklige barrierer kan hindres. Dette vil sikre kvaliteten og tilgangen for helsehjelp hos pasienten. På den andre siden viser undersøkelser blant helsepersonell at det er stor usikkerhet om når og hvordan tolk skal benyttes. Det er viktig for tannpleieren å sette seg inn i hvordan tolketjenesten fungerer slik at pasientbehandlingen blir effektivt og forbedret i tillegg til at innholdet i kommunikasjon blir forstått (Kale et al. 2010, s. 818). Vår oppfatning er at det er viktig at tannpleieren ser behovet av å vurdere om det er bruk for tolk. Samtidig sørge for at kommunikasjonen foregår på språket som pasienter/pårørende behersker godt. Slik klarer vi å nå frem med forebyggende tiltak for å hindre karies.

Tolketjenester blir lite brukt i helsevesenet, studien til Kale et al. (2010, s. 819) påpeker at det er ulike negative faktorer til dette. Det kan oppfattes som tidkrevende å bestille tolk, kostbart og tilgjengeligheten av tolk vil variere. Videre viser studien at barn og familiemedlemmer ofte blir brukt som tolk som noen mener var brukbart så lenge samtalen handlet om usensitive opplysninger om pasienten/pårørende. Erfaringen vår sier at grunnen til dette er at det ses på som en lettvinnt løsning fordi de som regel er tilstede. Andre grunner kan være at pasienten/pårørende selv ikke ønsker å benytte profesjonell tolk. Fra pasientens perspektiv kan det være usikkerhet om hvem som er ansvarlig for tolkeutgiftene eller andre grunner som at pasienten/pårørende føler seg utrygg ved formidling av intime opplysninger til andre enn egne barn eller familie. Her er det på den ene siden viktig at tannpleieren tar hensyn til brukermedvirkning og viser forståelse for deres mening. På den andre siden må tannpleieren vurdere nødvendigheten med tolk ved for eksempel store kariesaktivitet. Det handler ikke kun om nødvendigheten av tolk ved sykdom, men også fordi barnets eller familiens forståelsesnivå av kommunikasjon blir misforstått. Tannpleieren kan dermed være i tvil om tolkningen har blitt gjort riktig (Helsedirektoratet, 2011, s. 7).

Videre står det ifølge FNs barnekonvensjon, artikkel 36 (2003, s. 25) at barn til enhver tid skal beskyttes mot å utnyttes som skader deres vel og ve. Det kan i denne sammenhengen tolkes som at barn ikke skal brukes som tolk fordi det setter barnet i en vanskelig situasjon

som kan føre til skade på barnet. Å be et barn tolke er et stort ansvar og krever bred kunnskap og modenhet i tillegg til ferdigheter som kreves av en profesjonell tolk. Fra barnets perspektiv kan dette være til skade fordi barnet er i en posisjon der han/ hun må høre eller si noe om forhold som er alvorlig og egentlig ikke tilegnet for mindreårige (Helsedirektoratet, 2011, s. 7).

Det finnes flere ulike tolketjenester, blant annet tilstedeværende tolk og telefontolk. Vi mener dette har en stor betydning i praksis for hvordan formidlingen foregår. Artikkelen skrevet av Kale et al. (2010) skriver at tilstedeværende tolk er det som anbefales. Dette fordi følelsene i samtalen, kroppsspråk, ansiktsuttrykk blir utelatt gjennom telefontolk. Fra vårt synspunkt har dette noe å si for veiledningen på grunn av at tannpleieren kan miste den direkte kontakten med pasienten, vi får heller ikke den øyekontakten med pasienten ved bruk av telefontolk. Det er optimalt å si at tilstedeværende tolk anbefales, men da kan det være lett at tannpleieren fører oppmerksomheten til tolken i stede for pasienten/pårørende. Dette bør tannpleieren være oppmerksom på for å få pasienten/pårørende på lag, for å ikke miste fokuset fra pasienten/pårørende. For å få pasienten/pårørende på lag bør tolkningen foregå i «jeg-form». Det vil si at tolken ikke er med i samtalen. Tannpleieren skal kommunisere direkte med pasienten/pårørende og bruke «du-form», istedenfor «han/hun». For eksempel skal ikke tannpleieren spørre tolken «hvor har hun vondt», men spørre direkte til pasienten/pårørende «hvor har du vondt» (Helsedirektoratet, 2011, s. 11 & 12).

Vi ser at det flere fordeler enn ulemper med å bruke tolk. Tolk er en viktig hjelpemiddel som bør benyttes når språkbarriere oppstår samtidig som det er vår plikt ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1). Dette for pasientens/pårørende forståelse av situasjonen, samtidig som vi følger loven om pasienters/pårørendes rett til medvirkning og informasjon om sin helsetilstand.

Fordelen med tolk er at det er felles språk i mellom tolken og pasienten/pårørende, i tillegg blir det toveiskommunikasjon når innholdet eller budskapet formidles. På den måten fører veiledning og progresjonen i behandling til et godt resultat fordi pasienten/pårørende har forståelse av sin helsetilstand. Health literacy spiller derfor en viktig rolle for å sikre at tannhelse fremgangen ikke uteblir. Hvis pasienten/pårørende ikke har evne til å forstå og bearbeide kunnskap om egen tannhelse kan det føre til misforståelse og misoppfattende instruksjoner som fører til skadede eller ødeleggende for videre behandling eller enda verre, livstruende situasjoner og sykehusinnleggelse. Artikkelen av Effing et al (2013, s. 61) sier at

innvandrere er blant de gruppene som har lav helse, noe som påvirker deres helsetilstand. Tenkelig er vår jobb å tilkalle tolk, bearbeide og videreformidle kunnskap på en enkel og forståelig måte.

5.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi kommet frem til at det er viktig å ha en god kommunikasjon som innebærer å være forståelsesfull, åpen og tilstedeværende overfor pasienten/pårørende for å nå frem med forebygging av karies. Vi har lært at språk har en stor betydning og er en av de største faktorene som kan hindre god kommunikasjon med innvandrere. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven kan vi konkludere med at det er viktig at vi snakker tydelig, ikke bruker vanskelige ord, bruker tolk hvis det er nødvendig, brosjyrer, bilder og tannmodeller i møte med pasientens/pårørendes med en annen kulturell bakgrunn. Metodene vi anbefaler for å veilede denne pasientgruppen er LØFT og MI. Gjennom samtaler og diskusjoner kan vi sammen med pasienten/pårørende komme frem til forslag og ideer for hvordan pasienten selv ønsker å løse problemet. Ved bruk av åpne spørsmål kan pasienten/pårørende tenke over sin egen situasjon og handling. Vi anbefaler å samarbeide tett med helsesøstre, slik at vi sammen gir god veiledning til foreldre og barna om tannhelse. Gruppeveiledning er et godt verktøy for å nå frem med budskapet om forebyggende tiltak. Tannhelseundervisning med spesielt fokus på tannhelseproblemer som oppstår hos barn mener vi har en god effekt på innvandrerbarn. Vi oppfordrer til at tannpleieren kaller inn barn i risikogrupper oftere slik at disse får en tettere oppfølging. For å nå frem med kariesforebyggende tiltak hos innvandrergruppen anbefaler vi å bruke profesjonell tolk som er tilstede. Vi mener også at retningslinjene for bruk av tolk burde tydeliggjøres for helsepersonell. Ved å ta i bruk tiltakene, verktøyene, god kommunikasjon og metodene beskrevet ovenfor mener vi at det vil være mulig å nå frem med kariesforebyggende tiltak til innvandrerbarn.

Litteraturliste:

- *Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. (Brosjyre/veiledning). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- *Brobakken, S. S. K., Helgesen, A. G. & Skaare, A. B. (2003). Kariesforekomst blant treåringer i et storbyområde med mange innvandrere. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113, 610- 612.
- *Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker- innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Effing, T. W., Williams, M. T & Frith, P.A. (2013). Health literacy: How much is lost in translation? *Sage journals*, 10 (2), 61-63. Hentet fra: <http://doi.org/10.1177/1479972313484481>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal
- *Galåen, T. E. E. (2013). *De yngste sliter med tannhelsen*. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/asset/2013/P13-08-562-3.pdf>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdig helse- og omsorgstjenester- god helse for alle*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- *Helsebiblioteket. (2016). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- *Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse- utfordringer og utviklingstrekk*. (IS-1663). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/696/Utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk-IS-1663.pdf>

*Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- omsorgstjeneste*. (Veileder IS- 1924). Hentet fra:

<https://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/Tolkeportalen/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>

Ivarsson, B. H. & Sjögren, K. (2013). *MI - motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården*. Stockholm: Gothia.

*Ivarsson, B. H., Ortiz, L., & Wibring, P. (2015). *MI - motiverende samtaler: en praktisk håndbok for sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal

*Joseph. R. B., Alexander, R. G. & Emilio, J. C. (2016). Cross- cultural care and communication. *UpToDate*.

*Kale, E., Ahlberg, N. & Duckert, F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 47, nummer 9, 818- 823.

*Lambela, M. R. (2014). *Helsesøsters forebyggende arbeid innenfor tannhelse hos barn mellom null til tre år* (Masteroppgave). Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag. Hentet fra:

<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/7532/thesis.pdf?sequence=1>

*Langslet, G. J. (2000). *LØFT- løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning*. Oslo: Gyldendal.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Tannpleierforening. (2013). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Lokalisert på: http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

*Rebne, L. & Wang, N. J. (2010). Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 120, 300- 305.

*Resnicow, K. & McMaster, F. (2012). Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(19), 1-9. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-19>

*Skeie, M. S., Riordan, P. J., Klock, K. S. & Espelid, I. (2006). Parental risk attitudes and caries- related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 103- 113. <http://dx.doi.org/doi:10.1111/j.1600-0528.2006.00256.x>

*Skaare, A. B., Afzal, S. H., Olli, E. & Espelid, I. (2008). Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre - oppfølgingsstudier etter SMÅTANN- undersøkelsen. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 118, 300- 305.

*Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (Veileder IS-15-1154). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Helsestasjon%20og%20skolehelsetjeneste/Kommunen-s-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>

Statens helsetilsyn (1999). *Tenner for livet: Helsefremmende og forebyggende arbeid*. (rev.utg.). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/484/Tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-IS-2659.pdf>

*Statens forvaltningstjeneste informasjonsforvaltning. (2005). Det offentlige engasjement på tannhelsefelt. (NOU 2005:11). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7607d8cd8dab45259a84229a34933e35/no/pdfs/nou200520050011000dddpdfs.pdf>

*Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre, 1. januar 2013*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2013-04-25?fane=om>

*Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre, 1. januar 2017*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2017-03-02#content>

*Stein, L., Pettersen, K. S., Bergdahl, M. & Bergdahl, J. (2015). Development and validation of an instrument to assess oral health literacy in Norwegian adult dental patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, Vol 73, 530 - 538.

<http://dx.doi.org/10.3109/00016357.2015.1007477>

*Stordahl, G. W. & Wang, N. J. (2009). Kariesaktivitet ved toårsalder. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 119, 214-219.

*Strand, T., Wingdahl, H. & Holst, D. Barns tannhelse i Oslo. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 122, 872- 877.

*Tveiten, S. (2013). *Veiledning: Mer enn ord...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Viken, B. & Magelssen, R. (2010). Folkehelse i et migrasjonsperspektiv. Kumar, B. N. & Viken, B (Red.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

*Viken, B. & Nesje, R. (2010). Folkehelse i et migrasjonsperspektiv. Kumar, B. N. & Viken, B (Red.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

*Wigen, T. I. & Wang, N. J. (2010). Foreldrefaktorer og kariesutvikling hos barn før fem års alder. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 120, 1044-1048.

*Willumsen, E. (Red.). (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Problemstilling:			
Hvordan nå frem med forebygging av karies hos innvandrere barn?			
P - Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I - Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C - Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O - Beskriv hvilke (t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for gruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Innvandrerbarn	Karies Tannhelse	Kommunikasjon Forebyggende behandling Forebyggende tiltak	Økt kunnskap Tverrprofesjonelt samarbeid Forbedre tannhelsen
Children Immigrants Western society	Caries Oral Health Attitudes among immigrants Behaviours among immigrant Immigrant background Oral hygiene habits	Communication Strategies	Increase of knowledge Interprofessional relations Dental health