

## Bacheloroppgave i tannpleie

### **Voldsutsatt barn – Traumatisert voksenpasient Forebygging av den orale helsen**

Children exposure to violence – traumatized adult patient  
Prevention of oral health

4TABA10

Bachelor i tannpleie 2018

Veileder: Anna-Lena Westbye Pedersen

Antall ord: 11562

*«Vi vet mye om barn som er utsatt for omsorgssvikt. Nå må vi komme lenger enn til å telle dem, vi må begynne å se dem»*

(Lippe & Wilkinson, 2015, s. 9).

## Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på kvalitative og kvantitative forskningsartikler, samt pensum- og selvvalgt litteratur. Oppgaven handler om hvilke psykiske og orale lidelser og konsekvenser som kan oppstå som følge av fysisk vold i barndommen. I følge Barne-, ungdoms,- og familiedirektoratet (2017) har fem prosent av barn i Norge blitt utsatt for fysisk mishandling av omsorgspersoner. Vi har sett nærmere på hvilken påvirkning tannpleier kan ha i det forebyggende arbeidet hos barn som i dag har opplevd vold i nære relasjoner. På bakgrunn av dette valgte vi følgende problemstilling: *«Hvilken innvirkning kan vold i barndommen ha på den orale helsen, og hvordan kan tannpleier påvirke disse langsiktige følgene?»*.

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven kom det frem at fysisk vold kan føre til psykiske lidelser i voksen alder. Videre drøftet vi funn fra forskningsartiklene opp mot teori knyttet til den orale helsen. Sammenhengen mellom psykiske lidelser og dårlig oral helse belyses i teoridelen og i drøftingen. Fysisk vold i barndommen kan gi livsvarige følger, og medføre et langsiktig folkehelseproblem. Det konkluderes med at tannpleier gjennom blant annet god kommunikasjon, relasjonsbygging og profylaktisk behandling kan bidra til å forebygge at disse barna utvikler en dårlig oral helse. Tannpleier kan ikke hjelpe barna ene og alene, det kreves et samarbeid på tvers av profesjoner.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 AVGRENSING OG BEGREPSFORKLARING .....	2
1.3 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	3
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	3
1.5 DISPOSISJON.....	4
<b>2. METODE .....</b>	<b>5</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	6
2.2 LITTERATURSØK.....	6
2.3 KILDEKRITIKK.....	7
2.4 PRESENTASJON AV ARTIKLENE.....	8
2.4.1 <i>Artikkel 1</i> .....	8
2.4.2 <i>Artikkel 2</i> .....	9
2.4.3 <i>Artikkel 3</i> .....	9
2.4.4 <i>Artikkel 4</i> .....	10
2.5 RESULTATER/FUNN .....	11
<b>3. TEORI .....</b>	<b>14</b>
3.1 VOLD I NÆRE RELASJONER .....	14
3.2 ORAL HELSE, PSYKISKE LIDELSER OG ORALE MANIFESTASJONER.....	15
3.2.1 <i>Oral helse relatert livskvalitet</i> .....	18
3.3 TANNPLEIERS ROLLE OG FUNKSJON.....	18
3.3.1 <i>Kommunikasjon og veiledning</i> .....	20
3.3.2 <i>Motivasjon og relasjonsbygging</i> .....	21

3.3.3	<i>Tverrprofesjonelt samarbeid</i> .....	22
3.4	LOVVERKET .....	23
<b>4.</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>24</b>
4.1	GENERELLE KONSEKVENSER SOM FØLGE AV VOLD I BARNDOMMEN .....	24
4.1.1	<i>Psykiske og orale konsekvenser</i> .....	25
4.2	TANNPLEIERS ROLLE OG PÅVIRKNING .....	28
4.3	INTERVENSJON OG FOREBYGGING .....	31
4.4	SAMARBEID PÅ TVERS AV PROFESJONER .....	33
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>35</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>36</b>
	<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>44</b>

# 1. Innledning

Norge er en velferdsstat som stort sett tilbyr et likt tilbud til innbyggerne i helse- og utdanningssammenheng, og har grunnverdier som tilsier at alle skal ha det bra. Vi er et opplyst land med god tilgang til kunnskap. Likevel er det barn i Norge som daglig utsettes for ugjerninger et barn ikke skal oppleve. I følge Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017) har fem prosent av barna i Norge blitt utsatt for fysisk mishandling av omsorgspersoner. Hvorfor er det så vanskelig å se disse barna?

Utdanningsforløpet ved Høgskolen i Innlandet startet med temaet barn og unge i første semester, og avsluttet med barn og unge i risikogrupper i sjette og siste semester. Etter endt 24 ukers praksisperiode i den offentlige tannhelsetjenesten har vi erfart mye og jobbet tett med både barn, unge og voksne pasienter. Vi har hatt flere forelesninger relatert til vold mot barn, blant annet holdt Kripos en forelesning som virkelig fikk oss til å forstå hvor viktige vi tannpleiere er. En skulle kanskje tro at vi tannpleiere primært har et oralt fokus. Dette stemmer ikke. Det var et langt mer helhetlig menneskefokus enn vi hadde forventet før vi startet på studiet.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vold mot barn og hvilke konsekvenser dette kan medføre er et tema som har vekket vår interesse, samtidig som det har preget oss sterkt. Temaet vi har valgt er et felt som vi ønsker å utvikle oss i, både når det gjelder å hjelpe de som har det vanskelig i samfunnet og fordi det har gitt oss en følelse av utilstrekkelighet. Det er viktig å få tannpleiere ut i samfunnet og få flere til å se det vi ser. Vi arbeider i en intim sone hvor vi har mulighet til å se utover munnhulen. Munnen uttrykker og viser mye, men det unike ved å være tannpleier er at vi ser hele mennesket. Vi ser samspill mellom foreldre og barn, og vi er lovpålagt til å hjelpe alle de pasientene vi behandler (Hansen, Dahl & Halvari, s.a., s. 13). Hvilke forbedringspotensiale ligger i tannpleierens rolle og mulighet til å bidra til forebygging og samarbeid med andre profesjoner?

## 1.2 Avgrensning og begrepsforklaring

Vi skal rette fokuset mot de psykiske lidelsene og mulige orale følgene som kan oppstå etter eksponering for fysisk vold i barndommen. Oppgaven bygger i hovedsak på studier som omfatter voksne som har opplevd fysisk vold som barn, men en kan ikke utelukke at det vil være likheter hos barn som har opplevd andre former for vold. Deretter skal vi se nærmere på hvilken påvirkningsevne tannpleier kan ha hos nåværende barn og unge for å unngå at de utvikler dårlig oral helse. Vi tar kun for oss den offentlige tannhelsetjenesten med tanke på at det er her barn i hovedsak mottar de første tannhelsetjenestene.

Denne bacheloroppgaven handler derimot ikke om å avdekke vold. Vi tar utgangspunkt i barn som tidligere har vært utsatt for fysisk vold, og det forebyggende arbeidet tannpleiere kan gjøre over tid. Vi skal se nærmere på tannpleierens funksjon, og på samarbeidet med andre profesjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Begrepsavklaring:

- Barn: 0-18 år. I følge norsk lovgivning defineres alle personer under 18 år som barn (Pedersen et al., 2015). Barn fra 0-18 år er en høyst prioritert gruppe som den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har ansvar for (Tannhelsetjenesteloven, 1983).
- Når vi snakker om vold i nære relasjoner mener vi vold som utøves av omsorgspersoner.
- Vold vil i denne sammenheng dreie seg om fysisk vold.
- Traumatisert vil si at en person er påført skade som følge av hendelsen(e) en har blitt utsatt for. Psykiske traumer er skader som oppstår mentalt og følelsesmessig (Willumsen, Myran & Lein, 2018, s. 234).

### 1.3 Formålet med oppgaven

Vi ønsker med denne bacheloroppgaven å bidra til en bevisstgjøring omkring hvilke konsekvenser traumatiske barndomsopplevelser kan medføre den orale helsen i senere livsløp. Formålet er å få en bredere kunnskapsbase i forhold til tannpleiers påvirkningskraft i arbeidet med å hjelpe utsatte barn og unge, og viktigheten av et tverrprofesjonelt samarbeid. Den kunnskapen vi tilegner oss ved å jobbe med denne bacheloroppgaven ønsker vi å ta med oss ut i arbeidslivet. Forhåpentligvis vil denne oppgaven bidra til at vi blir dyktige og kompetente tannpleiere som tør å stå opp for de som trenger det mest og tør å tro på det vi ser. På denne måten kan vi forhåpentligvis være medvirkende til at nåtidens og fremtidens barn får en god oppvekst. Vi vil med denne oppgaven fremme betydningen av tannpleier funksjonen, og hvilken viktig og stor rolle vi har.

### 1.4 Presentasjon av problemstilling

Vi bygger denne bacheloroppgaven på forskning og teori om konsekvenser av fysisk vold mot barn. Vårt fokus i denne oppgaven er hvilke psykiske lidelser som kan oppstå hos barn som har vært utsatt for vold, og hvilke orale konsekvenser dette kan medføre. Videre skal vi se nærmere på hvilken påvirkning tannpleier kan ha for å forebygge langsiktige følger for den orale helsen. Hovedproblemstillingen er følgende:

*«Hvilken innvirkning kan vold i barndommen ha på den orale helsen, og hvordan kan tannpleier påvirke disse langsiktige følgene?»*



## 1.5 Disposisjon

Bacheloroppgaven vår er delt inn i flere kapitler samt underkapitler. Vi har fem hovedkapitler hvor det første er innledningen. I innledningskapittelet beskriver vi bakgrunn for valg av tema, presenterer problemstilling, avgrensning av oppgaven, begrepsforklaringer, og forklarer formål med oppgaven. I kapittel to beskriver vi metode, litteratursøk, kildekritikk og presenterer forskningsartiklene vi har valgt å bruke. Kapittel tre omhandler teoribegreper som skal gjengis i drøftingsdelen. I kapittel fire skal vi drøfte problemstillingen vår ved å bruke teoridelen, erfaringer, forskningsartikler og fagbøker. Drøftingen vil bestå av to deler. Det siste kapittelet i oppgaven er der vi skal oppsummere oppgaven og komme til en konklusjon. Helt til slutt presenterer vi referanser i litteraturlisten. Selvvalgt litteratur er merket med (\*) i litteraturlisten.

## 2. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer hva en metode er på følgende måte:

«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, 2017, s. 51).

Metoden en velger bidrar med å besvare spørsmålet en stiller på en interessant og faglig måte. Den fungerer som en fremgangsmåte for å oppdage ny kunnskap, i tillegg er metode et redskap en bruker i møte med det en ønsker å undersøke. Det ligger to tilnæringsperspektiv til grunn for å undersøke et problem, et kvalitativt og et kvantitativt (Dalland, 2017, s. 52-53).

En kvantitativ metode bygger på det positivistiske kunnskapssynet, som vil si at det er forankret i en naturvitenskapelig tradisjon. Forskeren jobber strukturert og går i bredden for å forsøke å bekrefte/avkrefte et problem. Kvantifisere betyr å tallfeste. Kvantitativ data er data som kan uttrykkes i tall eller mengdeenheter og bygger på korrekt informasjon (Dalland, 2017, s. 52-54).

Kvalitativ forskningsmetode bygger på en hermeneutisk tilnærming til kunnskap, virkelighetsforståelse og menneskelig erfaring (fenomenologi). Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Det vil si at en forsøker å forklare noe som er uklart og komme frem til noe som gir mening, som å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens og hvordan mennesket har det (Dalland, 2017, s. 44-47). I motsetning til kvantitativ metode går kvalitativ metode i dybden for å skape en bedre forståelse av et spesifikt fenomen. Data som samles inn ved hjelp av kommunikasjon (intervju) og observasjon kvalifiseres som kvalitativ data. Det vil si opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52-53).

## 2.1 Litteraturstudie

Dette er en litteraturstudie som er «the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic» (Ayeyard, 2014, s. 2). I en litteraturstudie benytter vi oss av eksisterende forskning, med mål om å oppnå en bredere oversikt over kunnskap som allerede finnes. Hensikten er å få en bred forståelse for temaet vi har valgt. I følge Ayeyard (2014) er fordelene med en litteraturstudie at det er et stort utvalg av ny kunnskap. For å finne den mest relevante og aktuelle forskningen knyttet opp mot vårt tema, må vi foreta systematiske søk i ulike databaser. Hvordan vi har gått frem under hele søkeprosessen presenterer vi i litteratursøk.

## 2.2 Litteratursøk

Før å få en systematisk oversikt over hva som var aktuelt for vår oppgave utarbeidet vi et PICO-skjema. Her satte vi inn søkeord som var relevante for å finne svar på vår problemstilling. Vi har brukt norske og engelske søkeord. Noen av søkeordene er: “Child abuse”, “adverse childhood”, “violence”, “depression”, “anxiety”, “mental health”, “dental health”, “oral hygiene”, “tverrprofesjonelt samarbeid”. Hovedsakelig har vi foretatt søkene våre i kvalitetssikrede databaser anbefalt av Høgskolen i Innlandet, som Google scholar, Cinahl, Norart, Svemed+ og PubMed, for å finne aktuelle artikler. Søkemotoren Oria brukte vi fortrinnsvis for å søke opp bibliotekets bøker og for å finne fulltekst artikler som omhandlet temaet vårt.

Vi startet med å foreta søk med ordene ”adverse childhood” AND ”mental health” AND ”adulthood” og fikk 646 treff i Cinahl. Allerede ved første søk i Cinahl fant vi aktuelt stoff, artiklene vi fant her gikk igjen i andre databaser. Vi prøvde også ut ulike kombinasjoner med nøkkelord hentet fra PICO skjemaet i andre databaser (se vedlegg 1), og brukte trunkeringstegn, AND og OR.

Søkene våre begrenset vi til å inneholde engelske, norske, svenske og danske artikler, være publisert mellom 2010-2018, og huket av for peer reviewed. Vi oppdaget at det var mye aktuelt stoff, vi har derfor nøye plukket ut de artiklene vi mener vil løfte oppgaven vår, og

---

ekskludert de som ikke hadde det fokuset og perspektivet vi var ute etter. Etter å ha lest gjennom flere artikler, som vi kritisk vurderte og analyserte, endte vi opp med fire artikler som vi senere skal presentere. I tillegg til forskning har vi tatt i bruk kjent pensumlitteratur for å få frem den teoretiske delen av tannpleierfaget.

## 2.3 Kildekritikk

Det er viktig å ha kunnskap om hvordan en skal vurdere om en forskningsartikkel er en god og pålitelig kilde. Vi har vurdert relevans og gyldighet på de artiklene vi har inkludert i oppgaven vår. For å gjennomføre en kritisk analyse og vurdering av artiklene har vi sett på forskningsartiklens oppbygning. Vi har benyttet IMRAD også kalt IMRoD på norsk. Dette er et stramt format som gir struktur i oppgaven. M refererer til metoder, R omhandler resultater og funn, mens D er drøftingskapittelet (Pettersen, 2016, s. 121-123). Vi har sett på relevans i forhold til vår problemstilling, om forfatterne har benyttet et velegnet design, og vitenskapelig holdbarhet. Folkehelseinstituttet [FHI] har sjekklister for vurdering av forskningsartikler, vi har forsøkt å følge de punktene (FHI, 2014).

Vi har brukt skolens databaser som inneholder vitenskapelige artikler. De fire forskningsartiklene vi har valgt å presentere er fagfellevurderte. I følge Dalland (2017) vil det si at artiklene er kvalitetssikret gjennom eksperter på fagområdet som har vurdert og godkjent dem. For å få frem det ferskeste som er publisert omkring temaet, har vi forsøkt å finne forskning og litteratur av nyere dato.

Vi har inkludert en norsk litteraturoversikt og tre engelskspråklige forskningsartikler i vår oppgave. Vi har benyttet både kvalitative og kvantitative artikler. Det kan være vanskelig å vurdere kvalitative og kvantitative forskningsartikler opp mot hverandre. Vi har valgt å ta i bruk begge perspektivene, da deler av vår oppgave består av å belyse hvilken påvirkning fysisk vold kan ha på den generelle helsen. Svaret på dette fremkommer både i kvalitativ og kvantitativ forskning. Alle artiklene er av nyere dato, og studiene er gjennomført i Norge og i USA. I studien til Thoresen, Aakvaag, Myhre & Hjemdal (2015) konkluderer forskerne med at resultatet skal tolkes i lys av lav responsrate, og at nåværende helsetilstand kan

påvirke minner fra barndommen. For eksempel kan depresjon påvirke at en tolker tidligere hendelser mer negativt.

“Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling” (2015) er en systematisk litteraturoversikt som inneholder en tematikk vi mener kan bidra til å besvare problemstillingen vår på en god måte. Denne artikkelen underbygger også deler av resultatene de andre artiklene belyser, derfor ble den inkludert i vår oppgave.

## 2.4 Presentasjon av artiklene

### 2.4.1 Artikkel 1

Artikkelen *Childhood maltreatment and adult mental health*, Anders Dovran, Dagfinn Winje, Simon Øverland, Kjersti Arefjord, Anita Hansen og Leif Wååge (2016), oppdaget vi på referanselisten til en annen vitenskapelig artikkel. For å få frem fulltekst søkte vi med artikkelens fulle navn i Svemed+.

Dette er en kvantitativ studie som tar for seg kjønnsforskjeller og sammenheng mellom rapporteringer av mishandling i barndommen og alvorlighetsgraden av nåværende affeksjon i forhold til posttraumatisk stresslidelse og andre psykiske lidelser.

Studien er gjennomført i Norge, med 551 deltakere, hvorav 294 er menn og 257 er kvinner. Undersøkellesgruppen består av unge i fosterhjem, personer som har vært i kontakt med barnevernet, personer som har blitt eller er under behandling for rusproblematikk/psykiske problemer, og menn innsatt i fengsel. De har alle svart på spørsmål som omhandler barndommens opplevelser i forhold til omsorgssvikt.

Hovedfunnene tilsier at alle former for barnemishandling kan påvirke det voksne liv, men seksuelle overgrep og fysisk mishandling har størst påvirkning på helsen. Resultatet tilsier at flere lider av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og andre psykiske lidelser. Det kommer frem i artikkelen at det er viktig med økt bevissthet og kunnskap om sammenhengen mellom negative barndomsopplevelser og voksen mental helse. Det oppfordres til videre forskning på hvilken betydning avdekking av barnemishandling i behandlingssituasjoner kan ha for pasienten, med hensyn til symptomreduksjon og velvære.

---

Ettersom vi skal belyse hvilken påvirkning den generelle helsen har på den orale helsen, mener vi at denne artikkelens funn er relevant for vår problemstilling.

### 2.4.2 Artikkel 2

*Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling*, Veronicha Pedersen, Nina Strand, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg (2015), fant vi på Svemed+ ved å bruke søkeordene ”child”, ”neglect”, ”abuse”, ”dental”, og huket av for peer reviewed. Søkestrengen resulterte i 11 treff. Forfatterne har foretatt litteratursøk i databasen Pubmed, samlet funnene og presentert de i en og samme artikkel. Artikkelen bygger på en litteraturoversikt som baseres på tidligere forskning. Den tar blant annet for seg hvilken mulighet og rolle den offentlige tannhelsetjenesten har i forhold til å avdekke barnemishandling, hvilke tegn tannhelsepersonell skal se etter ved for eksempel fysisk mishandling, og saksgangen ved mistanke om omsorgssvikt. Det blir også påpekt at negative barndomsopplevelser, som for eksempel vold og stress, har sammenheng med sykdom i voksen alder.

Vi mener innholdet i denne artikkelen er kunnskap som må ligge til grunn for at tannpleiere skal kunne jobbe forebyggende, og hjelpe barn som har vært utsatt for vold. Det kommer også frem hvilken rolle tannhelsetjenesten har i forhold til barnemishandling, derfor mener vi den er relevant for vår problemstilling.

### 2.4.3 Artikkel 3

Vi brukte søkeordene ”child abuse”, ”violence”, ”anxiety”, ”depression” og ”mental health” i Pubmed, avgrenset søket til publisering de fem siste årene og fikk 135 treff. Blant alle artiklene var det særlig en som fattet vår interesse: *Violence against children, later victimisation, and mental health: A cross-sectional study of the general Norwegian population*. Siri Thoresen, Helene Flood Aakvaag, Mia Cathrine Myhre, Ole Kristian Hjemdal (2015). Dette er en kvalitativ studie utført i Norge.

Hensikten med undersøkelsen var å estimere sammenhengen mellom ulike typer negative barndomsopplevelser og voksen voldseksponering, og hvordan disse opplevelsene kan assosieres med helseplager senere i livet.

40.000 brev skulle distribueres til nordmenn i alderen 18-75 år, men ikke alle ble sendt ut. Brevet inneholdt informasjon om undersøkelsen. Av de som ble kontaktet var det 4527 som deltok i undersøkelsen. Denne studien foretok telefonintervju hvor deltakerne ble stilt spørsmål som omfattet en detaljert vurdering av vold i barndommen. Spørsmålene var direkte og så atferds spesifikke som mulig. Hvert bekreftende svar ble etterfulgt av en rekke tilleggsspørsmål.

I undersøkelsen kommer det frem at vold i barndommen er relatert til psykiske helseproblemer i voksen alder, samt risiko for reviktimisering. Artikkelen viser til depresjon og angst hos voksne som har blitt utsatt for vold. Den er derfor relevant for vår problemstilling. Studien indikerer også at barn som utsettes for vold og volden de opplever i voksen alder, gjør at enkeltpersoner er mer utsatt for negative helsekonsekvenser.

#### **2.4.4 Artikkel 4**

*Develomental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health.* Todd I. Herrenkohl, Hong Seunghye, Bart J. Kilka, Roy C. Herrenkohl & Jean M. Russo (2013). Denne artikkelen fant vi på Cinahl med søkeordene: "child abuse", "neglect" og "adult mental health". Vi avgrenset det fra 2010-2018. Søkestrengen ga 96 treff. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel.

Målet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom barnemishandling og forsømmelse og stoffmisbruk og psykisk helse senere i livet.

Forskningen bygger på en longitudinell studie på over 30 år gjennomført i USA. Først ble en gruppe intervjuet rundt 18-års alder, deretter ble flere av deltakerne inkludert andre i midten av 30-årene intervjuet på nytt. Det foreligger tidligere offentlige rapporteringer om mishandling i barndommen blant deltakerne. Denne gruppen blir fra nå referert til som den utsatte gruppen og består av 180 deltakere, 82 kvinner og 98 menn, da det også er en sammenligningsgruppe. Sammenligningsgruppen har ikke vært utsatt for mishandling eller forsømmelse, og består av 175 deltakere, 87 kvinner og 88 menn. Resultatet fra studien viser

---

at det er en sammenheng mellom barnemishandling og psykisk og fysisk helse. Funnene har stor betydning for vår problemstilling, derfor er denne artikkelen høyst relevant for oss.

## 2.5 Resultater/funn

En litteraturstudie medfører at oppgaven bygger på allerede eksisterende forskning og litteratur. Det å bruke de svarene som andre forskere har kommet frem til og bygge videre på denne forskningen, vil si at forskningsvirksomheten er kumulativ (Dalland, 2017, s. 58-59). Av den grunn vil vi i størst mulig grad tilstrebe å gjengi andres verk i sin helhet og ikke ta de ut av sammenhengen de er skrevet i. Vi skal ikke ta æren for andres verk, derfor ligger normer for skriftlig arbeid til grunn gjennom hele oppgaven og sørger for korrekt kildehenvisning.

Resultater fra studien til Dovran et al. (2016) viser at det var flere kvinner enn menn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Foruten om det var det liten forskjell mellom kjønnene i de andre kategoriene som fysisk overgrep og psykologisk misbruk. Intensiteten av symptomene på PTSD og generelle psykologiske lidelser var forskjellig mellom kjønnene, forskjellen var derimot svært liten.

225 av deltakerne (42%) rapporterte at de ikke hadde opplevd barnemishandling, 119 (22,2%) rapporterte en type, og 192 (35,8%) rapporterte to eller flere typer mishandling på moderat til alvorlig nivå. Seksuelle-, fysiske-, og emosjonelle overgrep hadde de høyeste oddsforholdene i forhold til PTSD. Rapportering om mer alvorlig mishandling viste at sannsynligheten for PTSD og generelle psykologiske lidelser var høyere. Seksuelle overgrep hadde større prediktor for å utvikle disse lidelsene, mens emosjonelle- og fysiske overgrep hadde noe svakere oddsforhold.

Hovedfunnet i studien var at alle former for mishandling i barndommen kan ha negativ påvirkning senere i livet.

I artikkel *Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling* (Pedersen et al., 2015) er hovedbudskap blant annet å øke tannhelsepersonells kunnskap og bevissthet omkring barnemishandling. Det er ikke tannhelsepersonells rolle å stille diagnosen barnemishandling,



men en er lovpålagt til å melde fra til barnevernet ved bekymring eller mistanke.

Tannhelsepersonell må ha kunnskap om hvilke tegn en skal se etter ved for eksempel fysisk mishandling, og ellers når det gjelder omsorgssvikt og barnemishandling. Tannpleiers arbeidssituasjon skaper en unik mulighet til å avdekke vold, ettersom vi arbeider så tett inntil pasientene. Langvarige følger og alvorlige konsekvenser, både psykisk og fysisk, er grunner til å investere mer i det forebyggende arbeidet. Et godt samarbeid mellom ulike profesjoner og forvaltningsnivåer er svært viktig.

Thoresen et al. (2015) studie som omhandler vold mot barn, inkluderer både seksuelt-, fysisk- og psykologisk misbruk og neglekt. Det var en klar sammenheng mellom de ulike voldskategoriene. De deltakerne som bekreftet at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep rapporterte også at de hadde blitt utsatt for fysisk- og psykisk vold, emosjonell- og fysisk forsømmelse av omsorgsgiver og vold mellom foreldre. Dette gjentok seg blant deltakerne som rapporterte fysiske overgrep og psykologisk vold. Angst og depresjon økte blant de som hadde vært utsatt for flere former for mishandling i barndommen, samt sannsynligheten for reviktimisering i voksen alder.

De funnene som involverer fysiske overgrep trekkes frem som essensielle for å besvare vår problemstilling. 20.7% rapporterte å ha blitt utsatt for fysisk vold av omsorgspersoner. For både menn og kvinner var det en betydelig sammenheng mellom eksponering for vold i barndommen og utsatthet for vold i voksen alder. Voldseksponering i barndommen var sterkt knyttet til voksenangst og depresjon. Studien indikerer at vold i barndommen kan medføre at voksne individer er mer sårbare for negative helsekonsekvenser.

Barn som blir utsatt for vold i barndommen kan få varige følger livet ut. Funn fra denne studien samsvarer med allerede eksisterende litteratur, og understreker at vold i barndommen kan føre til et langsiktig folkehelseproblem.

Innledningsvis viser Herrenkohl et al. (2013) til resultater fra tidligere forskning på området. Det kommer frem i analysene at både fysiske overgrep og seksuelt misbruk, uavhengig av hverandre, men før 15 års alder, var forbundet med alvorlige helseproblemer, inkludert hypertensjon (høyt blodtrykk) og diabetes. Barn som opplever et høyt stressnivå over lengre perioder kan få skader på hjernen, som igjen kan påvirke kroppens immunrespons og dermed øke individets mottakelighet for sykdom.

Resultatene i studien tilsier at mer enn dobbelt så mange i den utsatte gruppen lider av angst og depresjon enn i sammenligningsgruppen. Det kommer frem at angst og depresjon var mer utbredt i tidlig voksen alder. Stoffmisbruk, bruk av marihuana og problemer med alkohol var overrepresentert i den utsatte gruppen. Gruppen rapporterte også lavere fysisk funksjon, mer kroppslig smerte, dårligere generell helse og flere somatiske symptomer.

Det viste seg at alkoholproblemer og tidligere bruk av marihuana sank som følge av alder, sivilstatus og utdanning. De som hadde fullført videregående skole hadde mindre angst.

I samtlige forskningsartikler vi har benyttet i denne bacheloroppgaven tilsier resultatene at vold i barndommen kan føre til ulike psykiske lidelser. Studien til Thoresen et al. (2015) og Herrenkohl et al. (2013) indikerer at depresjon og angst kan assosieres med en oppvekst preget av fysisk vold. Resultatet i studien til Dovran et al. (2016) konkluderer med at flere utvikler PTSD som følge av barndommens opplevelser. Artikkelen “Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling” skiller seg ut fra de andre artiklene, da dette er en litteraturoversikt. Likevel påpekes det i artikkelen at vold i barndommen kan føre til psykiske lidelser, og i tillegg inneholder den informasjon som er særdeles viktig for oss i tannhelsetjenesten ettersom vi daglig jobber med barn og unge.

## 3. Teori

I teoridelen skal vi tilegne oss kunnskap for å kunne drøfte og svare på problemstillingen vår. Dermed skal vi gå nærmere inn på vold i nære relasjoner, tannpleieres rolle, oral helse og langsiktige følger. Vi skal også ta for oss oral helse relatert livskvalitet, relasjonsbygging og kommunikasjon. Det vil være vesentlig å trekke inn tverrprofesjonelt samarbeid da dette er en del av oppgaven vår.

### 3.1 Vold i nære relasjoner

Psykologspesialist Per Isdals definisjon på vold som brukes både i Norge og internasjonalt er som følger: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013, s. 25). I følge Justis- og beredskapsdepartementet (2013) skal regjeringen legge til rette for de som opplever vold i nære relasjoner, og målet er å skape trygghet og omsorg i alle hjem. Vold i nære relasjoner er et begrep som omfatter vold mellom familiemedlemmer, der volden skjer mellom partner, vold mot barn og vold mot eldre. I denne oppgaven fokuserer vi på fysisk vold mot barn som er utført av omsorgspersoner, men en skal ikke se bort ifra at barn utsettes for flere typer vold.

De siste årene har vold i nære relasjoner økt betraktelig i Norge. Dette kan være et resultat av at det først i 2006 ble mulig å anmelde mishandling i familieforhold, og av den grunn vises det betydelig stigning i antall registrerte voldsofre fra 2006 og frem til 2016 (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, s.a., s. 1-2). Denne type vold er utfordrende og kan være vanskelig å avdekke, da det ofte foregår i det skjulte. Etersom det gjelder nærstående familie kan det av den grunn være vanskeligere å si ifra. For de aller fleste er familien det nærmeste en har, og når hjemmet har blitt et farlig sted for det utsatte barnet kan det gi alvorlige konsekvenser (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013, s. 11-14).

De aller fleste barn ser hjemmet som en kjærlighetsfull og beskyttende ramme hvor det er trygt å leve. Voksne er ikke like sårbare som barn, derfor har FNs barnekonvensjon utviklet rettigheter som gjelder kun for barn. FNs barnekonvensjon forteller noe om barns rett til omsorg og beskyttelse (Øverlien, Hauge, & Schulz, 2016, s. 93-94).

---

Det finnes ulike former for vold, Isdal (2018) definerer fem ulike voldstyper; fysisk, psykisk, seksuell, materiell og latent vold. Fysisk vold innebærer handlinger der voldsutøveren går til fysisk angrep ved å dytte, holde, slå, riste eller bruk av våpen. Psykisk vold defineres som å skade, krenke og skremme personer, også alt fra bakenforliggende kontroll av makt og trussel mot en. Seksuell vold er når personer blir utsatt for uønskede seksuelle handlinger, seksuell tortur eller voldtekt. Materiell vold innebærer å slå mot gjenstander. Latent vold omfatter personer som har opplevd vold spesielt i nære relasjoner, og vet at slike handlinger kan skje igjen. Tannpleier kan ha en unik mulighet til å avdekke vold ettersom vi jobber tett med pasientene. En studie har vist at 59 % av skadene opptrer i hode- halsregionen ved barnemishandling (Kloppen, Rønneberg, Espelid & Bårdsen, 2010, s. 225-226).

Barn og unge som har blitt utsatt for vold i barndommen kan oppleve nye voldshendelser senere i livet, dette kalles for reviktimisering. Begrepet omhandler gjentakelser av hendelser av andre mennesker (Øverlien et al., 2016, s.153-156). I undersøkelsen til Thoresen et al. (2015) vises det at det er økt risiko for reviktimisering uavhengig av alle former for vold i barndommen. De som har opplevd vold i barndommen har 2,5 til 5 ganger så stor sjanse for å bli utsatt for vold som voksen.

### 3.2 Oral helse, psykiske lidelser og orale manifestasjoner

Oral helse er viktig både for den generelle helsen og livskvaliteten. WHO definerer oral helse slik: «Å være fri for smerter i munn og ansikt, kreft i munnhule og svelg, orale sår, medfødte defekter som for eksempel leppe-kjeve-ganespalte, periodontal sykdom, karies, tanntap og andre sykdommer og tilstander som påvirker munnhule og svelg» (Hansen et al., s.a., s. 11). Barn og unge som har blitt utsatt for fysisk vold kan få langsiktige følger som påvirker den orale helsen, men dette omfatter ikke alle (Øverlien et al., 2016, s. 15-17).

Mangelfull nevrobiologisk utvikling hos barn kan være en konsekvens av den volden det har blitt utsatt for. Før fire-års alder er hippocampus, som er hjernens kontaktskaper og rapportør, lite utviklet. Dette innebærer at barn som utsettes for vold ikke klarer å gjenfortelle hva det opplever. Tidlig livsstress kan føre til varige endringer i hjernens

funksjon og utvikling. Permanente skader kan oppstå på hippocampus og dermed påvirke hukommelsen. Dette kan igjen ha en negativ påvirkning i forhold til å oppnå et vellykket utdanningsforløp og alt det medfører. Generelt dårlige helsevaner kan være en konsekvens av traumatiske barndomsopplevelser, og et dårlig kosthold følger dårlige helsevaner. Samlet kan dette gi økt kariesforekomst. I neste runde kan økt forekomst av karies medføre tannbehandlingsangst (Willumsen et al., 2018, s. 232; Departementene, 2013, s. 13).

Kroppen er utstyrt med et hovedsystem for stressregulering, kalt HPA-aksen (Hypothalamus, Pituitary gland and Adrenal glands). Barn som utsettes for vold har et forhøyet stressnivå, da det er i konstant alarmberedskap. Amygdala er kroppens alarmsystem, som via hørsels-, syns-, lukte- og følelsessans sender signaler om farer og trusler til hjernestammen. Videre sendes det signaler fra HPA-aksen til binyrene, hvor stresshormoner som kortisol og adrenalin skilles ut. Kortisol virker i utgangspunktet beskyttende for kroppen og hindrer overreaksjon ved å dempe aktiveringen (Blindheim, 2012, s. 179-180; Lygre, 2016, s. 686-687). Økt sekresjon av kortisol er et resultat av økt aktivitet av HPA-aksen, som oppstår når kroppen blir eksponert for stress. Hos barn som har vært utsatt for vold, kan økt utskillelse av kortisol forstyrre reguleringen i HPA-aksen.

Fysiologiske endringer, som kortisolutskillelse, kan utvikles også ved depresjon og være en risikofaktor for tannhelsen. En hyperaktiv HPA-akse og høy glukokortikoidfrigivelse (kortisol), kan øke mottakeligheten for periodontitt som følge av endret immunrespons (Lygre, 2016, s. 684-687; Olsen et al., 2017, s. 33). Temporomandibulære lidelser (TMD), som «er en felles betegnelse for dysfunksjon og smerter i kjeve, tyggemuskler og omliggende strukturer» (Galåen, 2017, s. 70), kan også relateres til hyperaktivitet i HPA-aksen.

Stemningslidelser som angst og depresjon er hyppigst forekommende blant de psykiske lidelsene. I løpet av livet rammes 1 av 5 av depresjon. Depresjon er tre-fem ganger mer vanlig hos barn som har vært utsatt for vold. Søvnløshet, manglende energi og nedstemthet, med flere, er symptomer ved depresjon. Depressive episoder og perioder kan medføre vansker med å utføre personlig hygiene, inkludert munnhygiene. En studie viser at personer med mange depressive symptomer pusser sjeldnere tennene. I tillegg kan bivirkninger av antidepressive medisiner påvirke tannhelsen. Medikamentindusert munntørrehet er en vanlig bivirkning. På fagspråket skiller vi mellom xerostomi, som er en subjektiv følelse av å være tørr i munnen, og hyposalivasjon som er en målbar reduksjon av spyttproduksjonen. Dårlig

---

munnhigiene alene eller i kombinasjon med xerostomi kan føre til økt kariesforekomst, inflammasjon i tannkjøttet, også kalt gingivitt, som igjen kan føre til periodontitt. Periodontitt er en inflammasjon i periodontiet som medfører tap av tannens festeapparat (Departementene, 2013, s. 14; Hansson & Ericson, 2016, s. 80-83; Klinge & Gustafsson, 2016 s. 11; Willumsen et al., 2018, s. 205-207).

Barn som opplever fysisk mishandling får ofte psykiske helseplager som kan utvikles over tid, først i voksen alder kan det manifestere seg. Ikke alle forstår hvilket svik de har blitt utsatt for og kan derfor få forsinkede reaksjoner (Øverlien et al., 2016, s. 158). «Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en traumerelatert diagnose som fanger opp reaksjoner etter en stor påkjenning man har vært utsatt for, når symptomene vedvarer over tid» (Willumsen et al., 2018, s. 234). Det er ulike symptomer på PTSD, noen kan oppleve at de gjennomlever hendelser som de har vært utsatt for tidligere på nytt, noen har mareritt, mens andre får sterke minner om hendelsen. Lidelsen kan få en til å føle seg nervøs eller anspent, oppspilt, en kan bli irritabel, isolerer seg fra omverdenene og utvikle lav selvfølelse. Fysiske symptomer kan også forekomme ved PTSD, som hodepine, svimmelhet, kvalme, nedsatt konsentrasjon og søvnvansker (Helsenorge, 2016).

Rusmisbruk kan være en av følgene vold i barndommen medfører. I Norge er ruslidelser et omfattende problem. Det fører med seg psykiske og materielle omkostninger både for misbruker og samfunnet. Rusavhengighet er en sammensatt lidelse som kan bestå av ulike faktorer avhengig av personen som har lidelsen. En bakenforliggende årsak kan være posttraumatiske lidelser etter vold. Mennesker som har opplevd traumatiske hendelser kan bruke rus som selvmedisinering og et forsøk på å lindre fortvilelse og smerte. Den vanligste formen for rusmisbruk er alkohol (Willumsen et al., 2018, s. 218-219). Rusmidler i seg selv har både en direkte og indirekte påvirkning på den orale helsen. Munntørrehet og bruksisme (tanngnissing) er en direkte effekt av rusmidler som kan føre til at utviklingen av karies og tannslitasje eskalerer. Det er kjent at rusmiddelmissbrukere generelt sett har et dårlig kosthold, med uregelmessige måltider og et høyt inntak av sukker. Dårlig kosthold og neglisjering av oral hygiene er en indirekte effekt som påvirker tannhelsen. Studier viser at orale problemer som karies, tanntap og periodontale sykdommer er høyst forekommende blant rusmiddelmissbrukere (Karlsen, Wang, Jansson & Ansteinsson, 2017, s. 316-317).

I følge Willumsen et al. (2018, s. 232) er det godt dokumentert hvordan vold kan være en bakgrunn for utvikling av en rekke psykiske lidelser, deriblant spiseforstyrrelser. Det finnes

ulike typer spiseforstyrrelser. Anorexia nervosa og Bulimia nervosa er lidelser som kan ha stor innvirkning på den orale helsen. Dentale erosjoner er den mest uttalte orale manifestasjonen ved spiseforstyrrelser, og betegnes som en multifaktoriell tilstand. I denne sammenheng er skadene forårsaket av syre fra surt mageinnhold som kommer opp i munnhulen (Johansson & Carlsson, 2006, s. 117-119). Den vanligste definisjonen på dentale erosjoner er «tap av tannens hardvev ved en kjemisk prosess som ikke involverer påvirkning av bakterier» (Johansson & Carlsson, 2006, s. 39).

### **3.2.1 Oral helsereelatert livskvalitet**

Oral livskvalitet har fire komponenter og måles i funksjon som tale, biting, tygging og svelging, psykologiske faktorer som selvfølelse og utseende, og sosiale relasjoner. Studier viser at disse komponentene påvirker livskvaliteten. De som opplever fysisk smerte, psykisk arbeidsuførhet og psykisk ubehag er vist som det hyppigste problemet til redusert livskvalitet (Hansen et al., s.a., s. 20).

Oral helsereelatert livskvalitet omhandler hvordan pasientens mestringsevne og daglig funksjon blir påvirket av oral sykdom og behandlinger. Oral helsereelatert livskvalitet utgjør pasientens egen vurdering av hvor fornøyde de er med sin orale helse. Dette på bakgrunn av funksjonelle- og psykologiske faktorer og sosiale relasjoner, i tillegg hvordan pasienten opplever smerte og ubehag. Pasienter som hadde lavere oral helsereelatert livskvalitet enn andre var de som vurderte sin orale helse som dårlig (Hansen et al., s.a., s. 20).

## **3.3 Tannpleiers rolle og funksjon**

Som eneste helsetjeneste i Norge er den offentlige tannhelsetjenesten den profesjonen som møter barn og unge, i alderen 3-18 år, regelmessig til undersøkelse gjennom hele oppveksten. Tannpleiere er DOTs førstelinjetjeneste og har derfor en sentral og viktig rolle (Næss, Bjørknes & Brattabø, 2014, s. 902).

---

Formålet med tannhelsetjenesteloven (1983) er å gi et forebyggende og behandlende tannhelsetilbud, og fremme tannhelsen. DOT skal øke interessen og meddele opplysninger om hva den enkelte kan gjøre, samt spre kunnskap til befolkningen for å fremme tannhelsen. Fylkeskommunen er ansvarlig for den offentlige tannhelsetjenesten, og har prioriteringsgrupper:

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

(Tannhelsetjenesteloven, 1983).

Tannhelsetjenesteloven (1983) har vektlagt at helsefremmende og forebyggende arbeid skal prioriteres fremfor behandlende arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten. WHO definerer helsefremmende arbeid slik: «Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Hansen et al., s.a., s. 8).

Folkehelseloven (2011) har som mål å gjøre befolkningen oppmerksom på hvilke påvirkningsfaktorer, positive og negative, som kan virke inn på folkehelsen. Formålet med loven er å bidra til samfunnsutvikling og utjevne sosiale helseforskjeller, samt fremme helse. Folkehelsen spiller en sentral rolle i tannpleieryrket, ettersom tannpleiere bidrar med å fremme oral og generell helse. Tannpleiere forebygger ytterligere sykdommer i munnhulen og hindrer at det utvikler seg (Hansen et al., s.a., s. 7-9).

Som nevnt tidligere har tannpleiere en unik mulighet til å avdekke vold hos barn og unge. Tannhelsetjenesten møter barn fra de er små og frem til tidlig voksen alder. Tannpleier er som regel den første behandleren som kommer i kontakt med pasienten, dette kan være med på å skape en god relasjon til pasientene. Tannpleier samarbeider med pasientene, veileder, gir nødvendig informasjon og motiverer. Deler av det kliniske arbeidet består av å undersøke tenner, stille diagnoser, ta røntgenbilder, rense og behandle tenner og munnhule. Tannpleierens funksjon er knyttet opp mot lovverket, retningslinjer og etiske betraktninger. Tannpleiere er i en posisjon hvor vi har mulighet til å nå ut til store deler av befolkningen,



ettersom vi jobber med utadrettet virksomhet og underviser i sykehjem, barnehage, skole og andre plattformer (Hansen et al., s.a., s. 6-12).

### 3.3.1 Kommunikasjon og veiledning

Tannpleierens arbeidshverdag går ut på å veilede og jobbe forebyggende. Gode kommunikasjonsferdigheter kan hjelpe oss til å forstå pasienten bedre, dette kan resultere i at tannpleier kan gi bedre veiledning og hjelp. Forskning viser at god kommunikasjon kan bidra med å bedre pasientens helse. Hvordan budskapet blir tolket er helt forskjellig, derfor spiller kommunikasjonen en viktig rolle. Kommunikasjon kommer fra det latinske begrepet *communicare* og omfatter å delaktiggjøre, gjøre noe felles og ha en forbindelse til noen. Det som blir sagt (verbal kommunikasjon) og kroppsspråket (non-verbal kommunikasjon) er essensielt i kommunikasjonen. Vi kan kommunisere gjennom ord, ansiktsuttrykk, signaler og tegn (Eide & Eide, 2017, s. 17-41). Ansiktsuttrykket sier mye og kun ved å bruke blikket kan vi vise vår interesse. Et annet viktig verktøy som kan brukes i kommunikasjonen og relasjonsbygging er å stille åpne spørsmål. Dette kan føre til at pasienten ikke bare svarer ja eller nei, men gjerne forteller og åpner seg opp (Willumsen et al., 2018, s. 58).

Tveiten definerer veiledning som «*en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier*» (Tveiten, 2013, s. 21).

Det finnes mange ulike begreper og forklaringer på hva veiledning omfatter. Begrepet brukes i ulike sammenhenger men har samme fokus, nemlig å veilede en. Veiledning brukes i faglitteratur på grunnskole, høgskole og universitet, samt i offentlige dokumenter. Begrepet kan brukes av arbeids- og velferdstjenester, helse- og sosialtjenester, yrkesutøvere, elever og studenter. Veiledning er en etisk handling, der den som veileder har mer makt grunnet forkunnskaper og merkompetanse. En veileder må vite hva man gjør, hvorfor og hvordan. Det å stille seg åpen, interessert og utforskende fra veilederens side, kan bidra til at fokuspersonen oppdager sine egne behov og muligheter, og bevisstgjør sine egne grenser (Tveiten, 2013, s. 19).

I følge Tveiten (2013) er det til hensikt at veileder legger til rette for veiledningen, men fokuspersonen har selv ansvar for å bygge videre på det veiledningen innebærer. Relasjonen

---

mellom veileder og fokusperson er sentral fordi den kan påvirke kvaliteten på veiledningen. Gjennom relasjonen bygges det trygghet og tillit. I veiledningen er fokuspersonens mestringskompetanse det viktigste og det er dette som må styrkes. Dette er uavhengig fra person til person. Læring, vekst, mestring og utvikling står sentralt i veiledningen. Humanistiske verdier er betydningsfulle i veiledningens dialog. Dette omfatter å ville den andre vel, ha respekt og likeverd, samt at fokuspersonen har mange ulike muligheter og kan ta ansvar. En god veileder skal ha kunnskap som dialogen baseres på. Veilederen skal ikke gi svar, men legge til rette for at fokuspersonen selv løser det (Tveiten, 2013, s. 21-24).

Kommunikasjon og veiledning brukes daglig og sentralt i folkehelsearbeidet. Det finnes mange ulike pedagogiske metoder og veiledningsteorier som kan være med på å strukturere kommunikasjonen med pasientene. Kunnskapsformidlingen kan både utføres individuelt og i grupper (Hansen et al., s.a., s. 27). Et kommunikasjonsverktøy som kan benyttes av tannpleier er løsningsfokusert tilnærming (LØFT-metoden). LØFT-metoden legger vekt på læring, motivasjon, mestring, selvbestemmelse, og fokuserer på positiv tilnærming. Metoden omhandler om å inspirere og hylle de små skrittene for endring, slik at pasienten kommer på rett spor (Langslet, 2012, s. 19-22).

### **3.3.2 Motivasjon og relasjonsbygging**

Motivasjon og relasjonsbygging er to viktige nøkkelord som kan hjelpe tannpleier med å få en god tilknytning til pasienter som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Dette kan by på mange utfordringer, men kan også resultere i positivitet både for pasienten selv og tannhelsetjenesten (Willumsen et al., 2018, s. 38).

*Movere* er det latinske begrepet for motivasjon, og defineres som «å bevege» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 113). Motivasjon er en nødvendig forutsetning for å oppnå læring. Tannpleierens mål er å øke befolkningens kunnskap og motivasjon, slik at pasienter kan fremme, mestre og ivareta sin egen tannhelse. Motivasjon handler om drivkraft og energien til å handle for å nå det målet en har satt seg (Hansen et al., s.a., s. 28).

En god relasjon er i psykologisk forstand et forhold mellom mennesker som er følelsesmessig og trygt, sammen har en blitt enig om et mål og hvordan oppgaver underveis skal løses. Trygghet er en god terapeutisk holdning, og gir pasienten en mulighet til å fortelle om det som er skamfullt. For å bygge en god relasjon til pasientene er det primært tre faktorer som spiller en viktig rolle; ekthet, ubetinget positiv aksept og empati (Willumsen et al., 2018, s. 38-39).

Motiverende intervju (MI) er en fin kommunikasjonsmetode å bruke, da den har som formål å styrke pasientens motivasjon (Willumsen et al., 2018, s. 93). Ved bruk av MI-metoden er pasienten i sentrum, der pasientens syn på egen livsførsel og situasjon er i fokus. Denne metoden bygger på at tannpleieren skal ha mål for pasienten. Endring skjer ikke over tid, derfor er det viktig med respekt for pasientens egne vilkår og tempo (Ivarsson, 2017, s. 13-15). MI-metoden skal baseres på en motiverende samtale som bidrar til at pasienten snakker om seg selv og endring, egne interesser og verdier. Denne metoden blir brukt i helserelatert atferd, og kan være med på å motivere pasienten på best mulig måte.

Kommunikasjonsteknikker som brukes sentralt i MI-metoden er bekreftelser, refleksjon, åpne spørsmål og oppsummering (Willumsen et al., 2018, s. 93-95).

### **3.3.3 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Det finnes mange ulike begreper for et tverrprofesjonelt samarbeid. Definisjonen som ofte blir brukt er at tverrprofesjonelt samarbeid omfatter samarbeid mellom ulike profesjoner, der de har en felles oppgave eller prosjekt. I et slikt samarbeid er det viktig å ha forståelse for at ikke alle profesjoner har lik kunnskap om hverandres yrkesfag. Respekt og forståelse er viktige nøkkelord i det tverrfaglige samarbeidet (Willumsen, 2016, s. 38-40).

Det er mange ulike faktorer som påvirker befolkningens helsetilstand. En tverrfaglig tilnærming som foregår på tvers av forskjellige sektorer vil i mange tilfeller være nødvendig. Et tverrprofesjonelt samarbeid kan bidra med å utvikle og forsterke helsefremmende og forebyggende arbeid (Statens helsetilsyn, 1999).

---

## 3.4 Lovverket

Tannpleiere skal i følge yrkesetiske retningslinjer være faglig oppdatert og opptre taktfullt og hensynsfullt overfor pasienten (Hansen et al., s.a., s. 13). Vi har et personlig ansvar overfor pasientene, samtidig som vi er pliktet til å følge loven. Lovene får oss til å agere. Barns rettigheter er lovfestet i blant annet tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, deres rettigheter er også nedfelt i barnekonvensjonen. Hovedfokuset med FNs barnekonvensjon er å ville det beste for barnet. Konvensjonen som er en avtale i nesten alle verdens land, omhandler barns rettigheter og fokuserer på hvordan alle barn skal ha det, barnets rett til å bli hørt og delta (FN, 2018).

I følge lov om tannhelsetjenesten kapittel 1 og 2 (1983, § 1-3, § 2-1) har alle barn i Norge under 18 år rett til et gratis tannhelsetilbud. Tilbudet omfatter undersøkelse, veiledning, forebyggende og operativ behandling. Etersom tannpleiere som er ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten behandler barn og unge hver dag, er denne loven relevant å innlemme i vår oppgave.

I helsepersonelloven §33 (1999) står det nedfelt at en som yter helsehjelp har opplysningsplikt og meldeplikt til barneverntjenesten. Tannpleier skal sende bekymringsmelding til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet. Formålet med loven er å skape tillit og bidra til sikkerhet for pasienter, og sørge for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 og § 3-2 omhandler pasienters rettigheter til medvirkning og informasjon, dette bidrar til at barn kan ha en sentral rolle i form av en aktiv deltakelse. I § 3-4 står det; «Er pasienten eller brukeren mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten eller brukeren av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.» «Uavhengig av pasientens eller brukerens alder, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Innholdet i denne paragrafen bidrar til vern av barn som i fortrolighet forteller noe til tannpleier som for eksempel ikke bør bringes videre til foreldrene.

## 4. Drøfting

For å forsøke å besvare vår problemstilling; «Hvilken innvirkning kan vold i barndommen ha på den orale helsen, og hvordan kan tannpleier påvirke disse langsiktige følgene?», skal vi ta i bruk resultater fra forskningsartiklene og drøfte det opp mot teori. Vi synes det er viktig å rette søkelyset på de psykiske og orale følgene fysisk vold kan medføre, derfor velger vi å drøfte og belyse dette i første del. Deretter tar vi for oss og drøfter hvilken påvirkning tannpleier kan ha for å forebygge disse følgene.

### 4.1 Generelle konsekvenser som følge av vold i barndommen

Kan det hevdes at det å bli utsatt for fysisk vold i barndommen er en trussel mot folkehelsen? I Thoresen et al. (2015) studie understrekes det at vold i barndommen kan gi langvarige skader som varer livet ut, og at det kan føre til et langsiktig folkehelseproblem. Det å oppleve noe så opprivende i ung alder kan være med på å svekke og hemme barnets utvikling, og gi konsekvenser som senere kan føre til dårlig helse. Ikke bare kan barndommen frarøves, men det sviket de har blitt utsatt for kan gjennom hele livsløpet påvirke deres livskvalitet (Blindheim, 2012, s. 169-173).

Vold mot barn kan dermed føre til et samfunnsproblem. Tjenesteapparatet utfordres av disse barna som ofte får problemer med å mestre skolehverdagen, de kan ha en krevende atferd, havne i psykisk helsevern og/eller i rus- og kriminalomsorgen. Noen utvikler så alvorlige psykiske lidelser at de strever med å mestre hverdagen og blir uføre i ung alder.

Dette er et betydningsfullt perspektiv, da det i tillegg til personlige omkostninger, krever mye av samfunnet både i form av ressurser og samfunnsøkonomiske kostnader. Vista Analyse har vurdert de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til blant annet vold. Det viser seg at det er større kostnader av konsekvensene av mishandling enn det som investeres i å behandle og forebygge (Olsen et al., 2017, s. 41).

Forskning viser at barn som utsettes for vold kan få langsiktige helseskader. Resultater fra forskningen vi har benyttet i denne oppgaven tilsier at barn som har blitt utsatt for vold, kan utvikle lidelser som depresjon og angst, PTSD og rusproblemer i voksen alder (Dovran et al., 2016; Herrenkohl et al., 2013; Pedersen et al., 2015; Thoresen et al., 2015).

---

Vold og traumer hos barn er et sammensatt tema som inneholder mange vinklinger. Vold trenger inn i hele kroppen, og forstyrrer hele systemet. Utviklingen av det nevralt systemet kan påvirkes av negative erfaringer, og dermed gi varige endringer i hjernens funksjon. Denne endringen kan igjen påvirke hvordan en tilpasser seg senere i livet, predisponere for somatiske og psykiske plager, og ha innvirkning på hukommelse og innlæring. Vold kan også medføre epigenetiske forandringer som kan gi livslange konsekvenser (Pedersen et al., 2015, s. 320; Øverlien et al., 2016, s. 153). Dette gir et helhetsinntrykk over hvordan alt henger sammen. Den generelle helsen har stor innvirkning og gjenspeiler seg i den orale helsen, derfor fører vold ikke bare med seg et psykisk helseproblem, men også et fysisk og oralt helseproblem. Vold kan frarøve mennesker livskvalitet og verdighet, selv lenge etter at ugjerningen har tatt slutt (Thorkildsen, 2015, s. 88-89; Willumsen et al. s. 207-208). Følgelig vil man derfor kunne hevde at vold i barndommen kan medvirke til et stort spekter av helseplager og en rekke andre plager.

De siste årene har tannhelsen blant barn og unge endret seg i positiv forstand. I dagens samfunn blir det stadig flere som får oppleve alderdom og levealderen øker. Flere eldre har i dag egne tenner i behold enn tidligere. Eldre kan også utvikle flere sykdommer jo eldre de blir. Av den grunn er det viktig at barn ikke utvikler problemer med tannhelsen i ung alder, for å unngå orale manifestasjoner som igjen kan føre til tilleggskomplikasjoner senere i livet (Statens helsetilsyn, 1999, s. 20-21).

### **4.1.1 Psykiske og orale konsekvenser**

Depresjon er en psykisk lidelse med ulike symptomer. Sterk og vedvarende nedstemthet og energitap som påvirker hverdagen er tegn som må foreligge for å kunne stille diagnosen depresjon. Symptomene kan forekomme i mild til alvorlig grad. Depresjon og angstproblemer henger ofte sammen, det vises at hos tre av fire kan dette forekomme (Berge, 2018).

Depresjon kan på den ene siden føre til nedstemthet som hemmer det sosiale liv, påvirke jobbsituasjonen eller andre viktige livsområder. Lite energi kan medføre vanskeligheter i å utføre en tilstrekkelig personlig hygiene, samt munnhygiene. Dette kan føre til tannhelseproblemer som gingivitt og økt kariesforekomst (Klinge & Gustafsson, 2016 s. 11;

Willumsen et al., 2018, s. 205-207). På en annen side kan depresjon forårsake fysiologiske endringer som kan påvirke tannhelsen og være en risikofaktor for tannhelseproblemer. Hos deprimerte voksne har HPA-aksen vist seg å være hyperaktiv, noe som kan føre til økt utskillelse av kortisol. Forhøyet nivå av kortisol kan påvirke immunresponsen og gjøre kroppen mer mottakelig for periodontal sykdom og alveolært bentap. Temporomandibulære lidelser har også blitt relatert til hyperaktivitet i HPA-aksen (Lygre, 2016, s. 685-686). Antidepressiva er medikamenter som virker mot depresjon. Munntørrehet er en kjent bivirkning av medikamenter med antikolinerg virkning. Nedsatt salivasekresjon kan føre til infeksjose, mekaniske og kjemiske skader på slimhinner, i tillegg kan tennene ta skade ettersom saliva ikke er tilstede for beskyttelse og oral clearance. Redusert salivaproduksjon kan og føre til tygge- og svelgevansker som igjen kan resultere i nedsatt næringsinntak, diskomfort i sosiale settinger, nedsatt velvære og livskvalitet (Hansson & Ericson, 2014, s. 67-68; Løkken & Birkeland, 2005, s. 581-582).

Barn som blir utsatt for vold i nære relasjoner kan i ettertid slite psykologisk. Denne type vold er i seg selv alvorlig av den grunn at det skjer i barnets hjem eller omsorgssystem. Barnet opplever gjerne gjentatte voldshandlinger og kontinuerlig tilstand av frykt, og blir dermed utrygg på alle områder. Som en kompensasjon for å ta styring over eget liv kan dette være en utløsende faktor for utvikling av spiseforstyrrelser (Thorkildsen, 2015, s. 20-21; Øverlien et al., 2016, s. 151). Hyppig oppkast kan forårsake dentale erosjoner. Overspising og hyppige inntak av gjerne sukkerholdig kost kan øke kariesforekomsten ettersom munnen ikke får hvile og stadig utsettes for syreangrep (Hansson & Ericson, 2016, s. 66; Johansson & Carlsson, 2006, s. 101-102).

Resultater fra studien til Dovran et al. (2016) viser at psykiske lidelser, som PTSD, forekommer hyppig etter traumatiske hendelser. Reaksjonen kan komme raskt eller utvikle seg gradvis over tid. Kroppslige reaksjoner som følge av stress kan forekomme ved alvorlige psykiske påkjenninger, og kan som nevnt tidligere påvirke immunresponsen. Psykologisk stress er for eksempel korrelert med periodontalt bentap, ettersom et forhøyet kortisolnivå reduserer immunsystemet og gir friere spillerom til inflammatoriske prosesser (Jacobsen, 2012, s. 580-587).

Forskningsresultater fra studien til Herrenkohl et al. (2013) indikerte at stoff- og alkoholmisbruk var overrepresentert i den utsatte gruppen. Rusmiddelmisbruk kan ofte

---

påbegynnes i form av smertelindring, som følge av psykiske vansker eller posttraumatiske lidelser etter vold. For å kontrollere kroppens reaksjoner og lindre fortvilelse og smerte, tyr flere til bruk av rusmidler (Willumsen et al., 2018, s. 218-219). Rusmiddelmissbrukere har ofte dårlig oral helse og orale problemer som munntørrhet, høy kariesforekomst og tap av tenner. Dette er tilstander som kan ha innvirkning på livskvaliteten. I en studie kommer det frem at misbrukere anser den orale helserelevante livskvaliteten som dårlig på grunnlag av ubehag ved spising, usikker- og forlegenhet på grunn av forholdene i munnen, tenner og protese (Karlsen et al., 2017, s. 317-320).

I en annen studie oppga 63,9% at de i tillegg til ruslidelser røyket tobakk (Helvig, Jensdottir & Storesund, 2017, s. 777-778). Det er velkjent at røyk er medvirkende i utviklingen av hjerte- og karsykdommer og lungekreft. Røyking kan også forårsake kreft i munnhule og svelg, og i tillegg en det en risikofaktor for utvikling av periodontitt. I populasjonsundersøkelser har resultatene vist at i hovedparten av krefttilfellene i munnhulen er røyk en medvirkende årsak. Røyking er derimot ikke en nødvendig faktor for utvikle disse sykdommene, eller at disse forandringene oppstår. Forskning viser en klar sammenheng mellom røyking og periodontitt, og at det er omtrent tre ganger så stor sjans for å utvikle periodontitt ved røyking. Dette er skader som kan forebygges, så av den grunn er det hensiktsmessig at tannpleier kommer inn tidlig i prosessen, for å forsøke å hindre at den orale helsen kommer til dette stadiet (Klinge & Gustafsson, 2016, s. 42; Reibel & Stoltze, 2002, s. 25-27).

Studien til Thoresen et al. (2015) viser at det er økt risiko for reviktimisering for barn som har vært utsatt for vold. Nye voldshendelser av ulike voldsformer kan opptre senere i ungdomsårene så vel som i voksenlivet. Forskning viser at å utsettes for fysisk vold i barndommen ser ut til å øke risikoen for både fysisk vold og seksuelle overgrep i voksenlivet. Psykiske helseproblemer i seg selv kan på en annen side bidra til at sannsynligheten for reviktimisering øker. Dermed kan negative utkom som følge av vold påvirke og forsterke hendelser senere i livet. Slike opplevelser vil kunne forsterke den utryggheten pasienten allerede har, og dermed svekke tilliten til andre mennesker. Det viser seg at risikoen for nye voldshendelser ser ut til å følge enkelte barn som utsettes for vold (Øverlien et al., 2016, s. 155-157).





Figur 1 ACE-pyramiden (Willumsen et al., 2018, s. 233).

## 4.2 Tannpleiers rolle og påvirkning

Nå som vi har sett på hvilke psykiske og orale konsekvenser vold i barndommen kan medføre, skal vi ta for oss hvilken påvirkning vi som tannpleiere kan ha på dette området. Dette er en sårbar pasientgruppe som kan være vanskelig å nå inn til. De er skeptiske, redde og vant til å oppleve mye smerte. Kommunikasjon, relasjonsbygging og tillit er i denne sammenheng betydningsfulle begreper. Vi skal derfor se nærmere på hvordan tannpleier kan forebygge disse langsiktige følgene.

I følge Tannhelsestjenesteloven (1983) har vi som tannpleiere et ansvar når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid. Tannpleierens rolle og funksjon er sentral og viktig i folkehelsearbeidet. Tannpleier er som regel den som først kommer i kontakt med pasientene på tannklinikken, og møter dem hyppig gjennom oppveksten. Vi har en unik mulighet til å nå inn til og samarbeide tett med pasienter (Hansen et al., s.a., s. 13-18).

---

Tannhelsetjenesten har på et tidlig tidspunkt mulighet til å identifisere utsatte barn, og se sammenhengen mellom symptomer en vanligvis ikke forbinder med vold, men som likevel kan ha det som årsak. I tillegg har vi kunnskap om hvordan dårlig tannhelse og vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep henger sammen (Olsen et al., 2017, s. 40; Pedersen et al., 2015, s. 320; Thorkildsen, 2015, s. 112-113).

Ikke alle barn tør eller vil søke hjelp for sine problemer, derfor er det opp til oss voksne å tørre å spørre barnet hvilke opplevelser det har hatt. I tilfeller hvor volden har blitt avdekket, vil barnet være i kontakt med barneverntjenesten og forhåpentligvis andre profesjoner. Det er mye som foregår rundt dem, det er derfor viktig å ta ekstra hensyn til barnet (Øverlien et al., 2016, s. 162-163). I en slik situasjon vil det være vesentlig at tannpleier forbereder seg godt før møtet med barnet, og ikke belaster det med for mye informasjon, men heller forsøker å bli kjent med barnet. Det er viktig å la pasientene få ta del i avgjørelser som omhandler dem. Brukermedvirkning står nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 (1999), og står sterkt i dagens samfunn.

Det første møtet med pasienten er av stor betydning for hvordan behandlingsseansen vil utarte seg senere. Det å få kontakt og en god relasjon til pasienten er avhengig av behovet for tilknytning. Personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner kan ofte unngå kontakt med andre og ha en unngående mestringsstil. Det betyr ikke at vi ikke kan skape en god relasjon, men det kan være vanskelig å skape en god tilknytning til barnet. Det å ha en relasjonell kontakt støtter opp under motivasjon for mestring. Forskning viser at tilknytning er sentralt ved god kommunikasjon og er med på å skape en relasjon, spesielt til de som har en unngående mestringsstil og til personer som opplever krise (Eide & Eide, 2017, s. 55-57).

Barn som har opplevd omsorgssvikt, i form av vold, kan være sensitive for andres intensjoner. I noen tilfeller har de utviklet en egen evne til å gjenkjenne om mennesker de møter er til å stole på eller ikke, av den grunn bør tannpleiere forsøke å være seg selv og unngå en kunstig profesjonell fasade. Barn opplever trygghet når de har kontroll over omgivelsene og får en oversikt over hva som skal skje. I utgangspunktet er det omsorgspersonens ansvar å skape trygge og omsorgsfulle omgivelser, ettersom barns livskvalitet er avgjørende for tilknytning og tilhørighet til andre. Flere studier viser at relasjonen mellom tannpleier og pasient er av stor betydning for utfallet av behandlingen. En god relasjon kan ikke utarbeides gjennom enkelte konsultasjoner men over tid, da det bygger på trygghet, tillit og troverdighet (Willumsen et al., 2018, s. 37-39).

Hovednøkkelen til en suksessfull behandling er kommunikasjon. Å investere tid i begynnelsen kan på den ene siden føre til at en etablerer rask kontakt med pasienten, og på den annen side øke effektiviteten (Willumsen et al., 2018, s. 64). Barn er veldig ulike og hver situasjon er annerledes i og med at modenheten i de forskjellige aldersgruppene er variabel. Det vil derfor være naturlig å ha individuell tilpasning ettersom alle har ulike behov. Eide og Eide påpeker at kommunikasjonens kunst er å være åpen, lyttende og samtidig direkte. Et godt samarbeid mellom tannpleier og pasient kan skapes ved å kommunisere på en respektfull og reflekterende måte, ved å stille åpne spørsmål og være en aktiv lytter. For å øke kvaliteten på samarbeidet spiller kommunikasjonen en sentral rolle. Barn er veldig sårbare og har sin egen mentale flyt, det kan derfor ta tid før barnet åpner seg opp. For å kunne gi tilpasset informasjon og veiledning er det viktig å tenke på barnets situasjon og utviklingsnivå. Barn kan fort bli utålmodige, så en god start vil være å fange barnets oppmerksomhet (Eide & Eide, 2017, s. 287-292).

Vi er av den oppfatning og har selv erfart at i klinisk arbeid er det begrenset med tid avsatt til hver enkelt pasient. Til tross for dette er det viktig at tannpleier skaper en arena hvor barnet får anledning til å fortelle (Øverlien et al., 2016, s. 180). Tannpleier bør være bevisst og oppmerksom på egen kommunikasjon, i den hensikt å unngå at tillitsforholdet blir ødelagt. Gode kommunikasjonsferdigheter og det å veilede er ferdigheter som alltid kan utvikles, på en annen side er det å ha selvinnsett og ta selvkritikk viktige momenter i å mestre kommunikasjon med pasienter (Willumsen et al., 2018, s. 54-56).

Vi får stadig mer kunnskap om de alvorlige konsekvensene mishandling i barndommen kan medføre, og vi har i dag mulighet til å tilegne oss ytterligere kunnskap om vold og dens virkning på kort og lang sikt. Alle som jobber med barn bør ha et godt kunnskapsgrunnlag om hvordan ulike hendelser påvirker barn og om utvikling generelt, dette med tanke på å forstå og hjelpe barnet på best mulig måte. Vold og omsorgssvikt er et område vi antageligvis aldri vil bli fullt utlært i. En spørreundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med en masteroppgave fra 2008, viser at 96% av allmenntannlegene som bidro i undersøkelsen ønsket å lære mer om identifisering av fysisk mishandling. I tillegg svarte 84% at de ikke hadde god nok kompetanse til å kunne vurdere tegn til omsorgssvikt og mishandling (Pedersen et al., 2015, s. 321). Kunnskap som omfatter det å avdekke vold mener vi bør ligge til grunne for å kunne hjelpe og veilede de barna som har opplevd vold, og for å kunne intervensere tidlig dersom vi oppdager tegn til at barn blir utsatt for vold. Av

---

den grunn er det hensiktsmessig å holde seg faglig oppdatert, med regelmessig repetisjon av nødvendig og grunnleggende kunnskap.

### 4.3 Intervensjon og forebygging

Tidlig intervensjon, veiledning og tilvenning kan være avgjørende for å unngå langsiktige orale konsekvenser. Kanskje er den viktigste intervensjonen å fokusere på å lage korte og langsiktige mål, der både tannpleieren og pasienten kommer til enighet. Fra tannpleiers side er det viktig å sette konkrete og realistiske mål for å kunne hjelpe pasienten. Tannpleieren skal jobbe for pasientens beste, og sammen med pasienten forsøke å nå målene som har blitt satt. Det er vist at den orale helsen kan ha innvirkning på livskvaliteten, derfor bør tannpleieren forsøke å motivere og øke pasientens kunnskapsnivå (Hansen et al., s.a., s. 8-20).

Barn som har blitt utsatt for vold kan ha opplevd neglekt av fysiske behov som tilstrekkelig kropp- og munnhygiene og avvikende ernæring (Heltne & Steinsvåg, 2011, s, 20). Det forebyggende tannhelsearbeidet er derfor svært betydningsfullt for disse barna. Tannpleier har ansvaret for at behandlingsseansen kommer i mål på en effektiv måte. Det å ha en målrettet og klar struktur kan skape trygghet og tillit hos barnet. Barnet kan føle seg veldig liten i behandlingsstolen som følge av bagasjen det bærer på. Det naturlige vil være å først bli kjent med barnet og dermed skape tillit før vi starter med det kliniske arbeidet. Det er viktig å være klar over kroppsspråket da kontakt og tillitt starter ved førsteinntrykket. Kroppsspråket kan avsløre mye og overstyre det vi sier til pasientene (Willumsen et al., 2018, s. 53-58).

Det å oppleve traumatiske hendelser i livet kan føre til at barn mister sin motivasjon. MI-metoden er en pedagogisk metode som kan være med på å motivere barnet på en positiv måte. Kjernen i metoden er å motivere for endring. Kommunikasjonsteknikker som brukes sentralt i MI-metoden er bekreftelser, refleksjon, åpne spørsmål og oppsummering. Enkelte barn kan vise svært emosjonelle følelser, så det å forsøke å se verden gjennom pasientens øyne og ta del i deres opplevelser ved å gi en empatisk respons kan derfor være nyttig.

Empati er et viktig element i relasjonsbyggingen, i tillegg er det en behandlerens egenskap som kan gi et svært positivt utfall. Ved hjelp av MI-metoden kan tannpleier ha en motiverende samtale som bidrar til at pasienten snakker om seg selv og endring, basert på egne interesser og verdier. Denne metoden blir brukt i helserelatert atferd, og kan være med på å motivere samt bidra til en aktiv endring. I flere systematiske litteraturgjennomganger har det vist seg at MI-metoden har en effekt innenfor bedring av tannhelse (Willumsen et al., 2018, s. 93-96). Vi har selv benyttet MI-metoden i pasientsituasjoner i praksis, og har opplevd at pasienter responderer bra på denne type tilnærming og tilvenning.

Alle barn og unge er forskjellige, noen er mer motiverte enn andre, og deres orale og generelle situasjon også forskjellig. Utviklingsprosessen er derfor unik på alle måter. I tilfeller hvor barn har vært utsatt for vold av omsorgspersoner kan munnhygien og kostholdet være neglisjert eller svekket (Pedersen et al., 2015, s. 323). Pasientene kan ha gingivitt som følge av at tannpussen ikke har blitt fulgt opp og prioritert. Generell tannpuss og pussevaner bør optimaliseres før annen profylakse. Dette fordi tannpussen er sentral for god tannhelse, og kan dermed bidra til bedre livskvalitet. For å hjelpe barnet best mulig er det viktig å inkludere både barnet og den som har omsorg for barnet.

For å kunne instruere i riktig og god pusseteknikk kan tannpleier la pasienten vise hvordan han eller hun pusser tennene. Dette kan få pasienten til å føle seg inkludert samtidig som tannpleier får instruert i riktig teknikk (Statens helsetilsyn, 1999, s. 27-40).

LØFT-metoden er en god pedagogisk metode å bruke her. Det å gi positive tilbakemeldinger på noe pasienten mestrer og er flink til kan bidra til ny motivasjon hos barnet, og dermed føre til en positiv endring (Langslet, 2012, s. 19-22). Barn har ikke den kunnskapen og motorikken voksne har, derfor trenger de hjelp og god oppfølging. I følge Statens helsetilsyn (1999) skal barn få hjelp til tannpussen helt frem til de er 12 år gamle. Det er anbefalt å pusse tennene to ganger daglig med fluortannkrem for å oppnå god optimal tannhelse. For de som har høy kariesforekomst vil det være aktuelt med ekstra fluortilskudd, da fluor er med på å forsterke tannemaljen.

Et variert og sunt kosthold er sentralt for å oppnå en god oral helse, det vil derfor være vesentlig å ha en dialog om kostholdsvaner. I kostholdsveiledningen kan tannpleier benytte sukkerklokken for å forklare og vise hvilken type mat og måltidsrytme som anbefales. Det er også viktig å bruke forståelig språk slik at barnet forstår budskapet (Hansson & Ericson, 2016, s. 72-74). Det at barnet møter samme tannpleier for tilvenning, regelmessig oppfølging

---

fra tannhelsetjenestens side, hyppigere innkallingsintervaller både for å kontrollere hygiene og pensling med Duraphat, kan være avgjørende for et vellykket resultat i forebyggingsprosessen (Felleskatalogen, s.a.; Statens helsetilsyn, 1999, s. 44-48).

#### 4.4 Samarbeid på tvers av profesjoner

Når ulike profesjoner skal samarbeide kan det oppstå svikt mellom tjenestene. Ulike oppfatninger av opplysningsplikt, taushetsplikt og avvergingsplikt kan vanskeliggjøre informasjonsdeling mellom tjenestene. For profesjonsutøvere utgjør taushetsplikten ett av de etiske grunnprinsippene. Helsepersonell har følgelig ulike arbeidsoppgaver, og derfor kan særlig taushetspliktreglene kompliseres. Tannhelsepersonell har ifølge helsepersonelloven §33 (1999) opplysningsplikt og meldeplikt til barneverntjenesten, loven får oss til å agere, men valgene vi tar styres også av etikk. Et manglende eller dårlig samarbeid på tvers av profesjoner kan gi alvorlige konsekvenser for barnet ved at det ikke får den hjelpen det har behov for når det har behov for det. På bakgrunn av dette kan det være nyttig at profesjonene lærer mer om hverandres fagfelt og kunnskap, og sammen skaper en oversikt over forventninger, rutiner og rammeverk. En felles målsetting bør være mulig å oppnå, da alle har et felles ansvar, nemlig å hjelpe barn som har det vanskelig (Næss et al., 2014, s. 903-904; Olsen et al., 2017, s. 88-91).

Kan det hevdes at et tverrprofesjonelt samarbeid kan øke kvaliteten på det forebyggende arbeidet? For å kunne hjelpe barn som har vært utsatt for vold på best mulig måte kan det være nødvendig at profesjonsutøvere anvender kunnskap fra ulike felter. Det stilles i dag ikke overordnede krav til hvordan kommunene skal legge til rette for et samarbeid mellom profesjoner som arbeider med barn og unge. Dette løses på ulike måter i kommunene. Flere kommuner, deriblant Kristiansand kommune, har etablerte et tverrfaglig kompetansehus for blant annet barn og ungdom som har vært utsatt for vold. Statens Barnehus har personale med spisskompetanse på vold og overgrep, og tilbyr blant annet støtte og veiledning til barn og pårørende. Tannhelsepersonell, lege, sykepleier, politi og psykologer er blant de profesjonene som er involvert i arbeidet på Barnehuset. Ved å samle ulike profesjoner på ett sted får barn og unge som har vært utsatt for vold et helhetlig tilbud. Voldsutsatte barn blir

systematisk kartlagt for blant annet traumesymptomer og får oppfølging fra flere hold (Olsen et al., 2017, s. 94; Statens barnehus, 2018).

Dette ser vi på som svært positivt. Barnehusene har derimot fått problemer med å klare å gi den oppfølgingen de ønsker ettersom antall saker har økt (Olsen et al., 2017, s. 98). Av den grunn kan det tenkes at et samarbeid med tannpleierne som jobber på offentlige tannklinikker kan involveres i arbeidet, ettersom vi daglig jobber med barn og kan bidra med forebyggende arbeid i forhold til den orale helsen. Oppstår det situasjoner der tannpleier ikke føler seg kompetent til å behandle pasienter som har det vanskelig, har man etisk plikt til å henvise pasienten videre til behandler med mer kompetanse på området. Det viktigste er at pasienten følges opp videre og ikke blir glemt (Willumsen et al., 2018, s. 180).

I dag er det mange ulike instanser involvert når et barn har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Hver instans må ta sitt ansvar og ikke bare tro eller stole på at andre følger opp. Nok tid og ressurser kan i mange tilfeller være en utfordring for et godt samarbeid. Det kan derfor være hensiktsmessig med en forventningsavklaring og arbeidsfordeling mellom de ulike tjenestene, slik at alle er klar over hvilket ansvar de har, og samtidig ha innsikt i andre profesjoners ansvar. Et tverrprofesjonelt samarbeid kan være til god hjelp for barnet dersom det får oppleve trygge rammer fra flere hold (Olsen et al., 2017, s. 93; Willumsen & Ødegård, 2016). Til tross for lokale samhandlingsrutiner er det fortsatt utfordringer knyttet til et tverrprofesjonelt samarbeid. Det er viktig at ledelsen legger vekt på et godt samarbeid, og motiverer de ansatte til å følge opp dette (Olsen et al., 2017, s. 92).

---

## 5. Konklusjon

Resultatene fra forskningsartiklene vi har brukt i denne bacheloroppgaven belyser hvilke psykiske lidelser eksponering for fysisk vold i barndommen kan medføre. Sannsynligheten for å utvikle alvorlige psykiske lidelser øker dersom barn utsettes for flere typer vold. Vi ville derfor se nærmere på hvilken sammenheng psykiske lidelser kunne ha med den orale helsen. I tillegg hvordan tannpleiere kan hjelpe de utsatte barna ved å forebygge at den orale helsen blir et tilleggsproblem til de psykiske lidelsene. Gjennom studiet har vi tilegnet oss kunnskap om hvordan den generelle- og orale helsen påvirker hverandre. Derfor har vi bygget videre på resultatene fra forskningen, og drøftet det opp mot teori relatert til den orale helsen. Fysisk vold gir ikke bare fysiske smerter og plager, det påvirker også den psykiske- og orale helsen og kan gi livsvarige følger. Vold kan ha negativ innvirkning i hjernens utvikling, noe som kan resultere i nedsatt konsentrasjonsevne, urolig atferd og utfordringer med hukommelsen. Dette kan igjen påvirke utdanningsforløpet og et mislykket utdanningsløp er en risiko for ekskludering i yrkeslivet. Forskningsresultatene understreker at fysisk vold i barndommen kan gi et langsiktig folkehelseproblem.

Tannpleiere kan ikke hjelpe barna ene og alene, det kreves et samarbeid på tvers av profesjoner. Det tverrprofesjonelle samarbeidet bør utvikles og forsterkes, slik at barn får den hjelpen de har krav på og behøver. Tannpleiere kan på sin side skape en trygghet for pasientene på tannklinikken. Gjennom god kommunikasjon, relasjonsbygging og profylaktisk behandling kan vi bidra med å forebygge at disse barna utvikler dårlig oral helse og tannbehandlingsangst. I tillegg kan vi gjennom veiledning forsterke deres motivasjon og gi de den kunnskapen de trenger for å oppnå god oral helse.

**«Målet er ikke å lindre det som ikke får hende, men som allerede har hendt»**

(Øverlien et al., 2016, s. 20).



## Litteraturliste

\*Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care a practical guide* (3. utg.). Berkshire: Open University Press.

**17 sider**

\*Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2017). *Meldinger til barnevernet, 2017*. Hentet fra [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/)

**15 sider**

\*Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (s.a.). *Vold og overgrep i nære relasjoner*. Hentet fra

[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Kjonnlikestilling/Vold\\_og\\_kjonn/Relasjoner\\_utover\\_og\\_utsatt/Vold\\_og\\_overgrep\\_i\\_nare\\_relasjoner/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnlikestilling/Vold_og_kjonn/Relasjoner_utover_og_utsatt/Vold_og_overgrep_i_nare_relasjoner/)

**2 sider**

\*Berge, T. (2018). Hva er depresjon? *Norsk psykologforening*. Hentet fra

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-depresjon>

**3 sider**

\*Blindheim, A. (2012). Etturvirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(03), s. 168-195. Hentet fra

[https://www.idunn.no/tnb/2012/03/etturvirkninger\\_av\\_traumatiserende\\_hendelser\\_i\\_barndom\\_og\\_o](https://www.idunn.no/tnb/2012/03/etturvirkninger_av_traumatiserende_hendelser_i_barndom_og_o)

**27 sider**

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

---

\*Departementene. (2013). *Du ser det ikke før du tror det: Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0-6 år.* (Rapport). Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du\\_ser\\_det\\_ikke.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf)

**4 sider**

\*Dovran, A., Winje, D., Øverland, S., Arefjord, K., Hansen, A. & Wååge, L. (2016). Childhood maltreatment and adult mental health. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70:2, 140-145.

<https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1062142>

**6 sider**

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Felleskatalogen. (s.a.). *Duraphat*. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/duraphat-colgate-palmolive-a-s-548184>

**2 sider**

Fn-sambandet united nations association of Norway. (2018). *Barnekonvensjonen, 2018*. Hentet fra

<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

\*Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler, 2014*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

\*Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29. (2017). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

\*Galåen, T. E. E. (2017). Faglig retningslinjer for TMD. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 127(1), 70-71. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2017/1/d2e3352>

**2 sider**

Hansen, B., Dahl, K. E. & Halvari, A. E. M. (s.a). *Tannpleierfunksjon oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Oslo: Norsk tannpleierforening og Delta. Hentet fra

[http://medlemssiden.tannpleier.no/wpcontent/uploads/2015/08/Rapport\\_tannpleier\\_oral\\_helse\\_og\\_tannpleiefag.pdf](http://medlemssiden.tannpleier.no/wpcontent/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf)

Hansson, B. O. & Ericson, D. (2016). *Karies: Sjukdom och hål* (4. utg.). Stockholm: Gothia.

\*Helsenorge. (2016). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), 2016*. Hentet fra

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/posttraumatisk-stresslidelse>

**3 sider**

\*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2018) Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

\*Heltne, U & Steinsvåg, P. Ø. (2011). Begrepsavklaringer og oversikt. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien: Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.

**4 sider**

\*Helvig, J.I., Jensdottir, T. & Storesund, T. (2017). Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige ført til forventet effekt? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 127(9), 774-780. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2017/9/d2e837>

---

**6 sider**

\*Herrenkohl, T. I., Seunghye, H., Kilka, B. J., Herrenkohl, R. C. & Russo, J. M. (2013). Develomental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.

<https://search.proquest.com/docview/1272266213?accountid=43213>

**9 sider**

\*Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

**10 sider**

\*Ivarsson, B. H. (2017). *MI Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

**3 sider**

\*Jacobsen, N. (2012). Stress og periodontal sykdom. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 122(8), 580-587. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2012/8/dntt-487082>

**8 sider**

Johansson, A.-K. & Carlsson, G. E. (2006). *Dental erosion. Bakgrund och kliniska aspekter*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

\*Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner: det handler om å leve*. (Meld. St. 15, 2012-2013). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/>

**15 sider**

\*Karlsen, L. S., Wang, N. J., Jansson, H. & Ansteinsson, V. (2017). Tannhelse og oral helse relatert livskvalitet hos et utvalg rusmiddelmissbrukere i Norge. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 127(4), 316-321. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2017/4/d2e110>

**5 sider**

\*Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

**1 side**

Klinge, B. & Gustafsson, A. (2016). *Parodontit: En introduktion*. (6. utg.). Stockholm: Gothia Fortbildning.

\*Kloppen, K., Rønneberg, A., Espelid, I. & Bårdsen, M. L. (2010). Tannhelsetjenesten: en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling. *Norges barnevern*, 87(4), 224-230. Hentet fra

<https://www.idunn.no/tnb/2010/04/art04>

**6 sider**

\*Langslet, G. J. (2012). *LØFT på sitt beste*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**8 sider**

\*Lippe, A. L. V. D. & Wilkinson, S. R. (Red.). (2015). *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging: Et jubileumsskrift til Kari Killen*. (NOVA Rapport 7, 2005). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

**1 side**

---

\*Lygre, H. (2016). Måling av kortisol i saliva. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 126(9), 284-287. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2016/9/d2e105>

**4 sider**

\*Løkken & Birkeland. (2005). Medikamenter og munntørrehet. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 125(3), 581-582. Hentet fra

<https://tidsskriftet.no/2005/03/legemidler-i-praksis/medikamenter-og-munntorrhet>

**2 sider**

\*Næss, L., Bjørknes, R. & Brattabø, I.V. (2014). Tannhelsepersonellens rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 124(11), 902-905. Hentet fra

<http://www.tannlegetidende.no/i/2014/11/d2e1561>

**4 sider**

Olsen, A-K. et al. (2017). *Svikt og svik*. (NOU 2017:12) Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.

**13 sider**

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, V., Strand, N., Willumsen, T. & Rønneberg, A. (2015). Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 125(4), 320-326.

<http://www.tannlegetidende.no/asset/2015/P15-04-320-6.pdf>

\*Pettersen, R.C. (2016). Oppgaveskrivingens abc. Veileder og førstehjelp for bachelorstudenter. (2. Utg). Universitetsforlaget.

**18 sider**

\*Reibel, J. & Stoltze, K. (2002). Tobak og mundhulen. *Nordisk odontologisk årbog* (s. 25-35). København: Munksgaard Danmark.

**10 sider**

Statens helsetilsyn. (1999). *Tenner for livet: Helsefremmende og forebyggende arbeid*. [Veileder IK-2659]. Oslo: Statens helsetilsyn.

Tannhelsetjenesten, LOV-1983-06-03-54. (2018). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

\*Thoresen, S., Aakvaag, H. F., Myhre, M. C. & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: A cross-sectional study of the general Norwegian population. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 1-12.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296052/>

**12 sider**

\*Thorkildsen, I. M. (2015). *Du ser ikke før du tror det: Et kampskrift for barns rettigheter*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.

**50 sider**

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

**13 sider**

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I. Willumsen, E. & Ødegård, A (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. (2. utg., s. 38-40). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Willumsen, T., Myran, L. & Lein, J.P.Å. (Red.). (2018). *Odontologisk psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

**95 sider**

\*Øverlien, C., Hauge, M.-I. & Schulz, J.-H. (Red.). (2016). *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

**49 sider**

**Antall sider: 427**



# Vedlegg 1

**Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:**

«Hvilken innvirkning kan vold i barndommen ha på den orale helsen, og hvordan kan tannpleier påvirke disse langsiktige følgene?».

**Hva slags type spørsmål er dette?**

- Diagnose       Årsak       Erfaringer  
 Hvordan går det med...?       Effekt av tiltak

**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:

<b>P</b> Noter engelske søkeord for gruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barn</li> <li>- Children</li> <li>- Voksen</li> <li>- Adult</li> <li>- Patient</li>   <li>- Child abuse</li> <li>- Violence childhood</li> <li>- Adverse childhood</li> <li>- Violence</li> <li>- Voldutsattbarn</li> <li>- Traumatisert voksenpasient</li>   <li>- Tannhelsetjenesten</li> <li>- Tannpleier</li> <li>- Dental hygienist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral health</li> <li>- Dental health</li> <li>- Mental health</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tverrprofesjonelt samarbeid</li> <li>- Livskvalitet</li> <li>- Quality of life</li> <li>- Veiledning</li> <li>- Guidance</li> <li>- Kommunikasjon</li> <li>- Communication</li> </ul>