

Avdeling for folkehelsefag
Campus Elverum

Linda Katharina Sieberer og Stine Melby
Veileder: Anne Kjersti Myhre Steffenak

Bacheloroppgave i tannpleie 4TABA10

Barnets tannhelse – Hvordan veilede innvandrereforeldre?

Children's Dental Health - How to guide immigrant parents?

Antall ord: 11358

Bachelor i tannpleie
BATA2014

2017

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket	JA	<input checked="" type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage	JA	<input checked="" type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>

”...jo mer fortrolig pasienter og pårørende er med måten læringen skjer på og med språket som brukes, desto lettere lærer de.”

– Ayub & Hopen (2008).

Sammendrag

Fra praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten, erfarte vi at barn med ikke-vestlig bakgrunn hadde større tannhelseproblemer og karieserfaring, enn norske jevnaldrende barn. Hensikten med bacheloroppgaven er å redegjøre for hvordan tannpleieren kan hjelpe en innvandrerfamilie med å ivareta barnas tannhelse gjennom veiledning. Derfor er problemstillingen: *“Hvordan kan tannpleier veilede innvandrerforeldre om treåringens tannhelse?”*. Vi benyttet oss av både forskning, fag- og pensumlitteratur, og egenerfaringer fra prosjektpraksis i Indonesia. Resultatet i forskningen viste at holdninger og manglende kunnskap om tannhelse og kosthold hos foreldrene er årsaken til dårlig tannhelse hos barnet. Forskningen kom frem til at tell-show-do og MI-samtale er effektive veiledningsmetoder for pasienter med manglende helseforståelse. MI-metoden anbefales for å motivere foreldrene til positive endringer i livsstil og holdninger. Gjennom arbeidet med oppgaven konkluderer vi med at begge metodene er nyttige veiledningsteknikker for tannpleieren å benytte seg av i praksis, men det må tilpasses etter pasientens behov og kulturelle aspekter.

Innhold

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	5
2. BAKGRUNN	7
2.1 FOLKEHELSEPROSJEKT I INDONESIA.....	7
2.2 IKKE-VESTLIGE FORELDRE OG BARN	8
2.3 TANNPLEIERENS ROLLE.....	12
2.4 VEILEDNING	14
3. METODE.....	19
4. RESULTAT.....	23
5. DRØFTING	27
5.1 VEILEDNING	27
5.2 IKKE-VESTLIGE INNVANDRERFORELDRE.....	33
6. KONKLUSJON	39
LITTERATURLISTE.....	40

1. Innledning

Fra praksis i private tannklinikker og i Den offentlige tannhelsetjenesten, har vi erfart at pasienter med ikke-vestlig bakgrunn, har utfordringer med den orale helsen av ulike årsaker. Gjennom folkehelseprosjektet til Høgskolen i Innlandet i Indonesia, opplevde vi som studenter i dette, hvor store forskjeller det var på både tannhelsen og den generelle helsen, sett i forhold til det vi er kjent med i fra Norge. Vi fikk inntrykk av at miljø, kultur, økonomi, høyt sukkerinntak og lite kunnskap kunne være årsakene til hvorfor tannhelsen er dårligere i Indonesia enn i Norge. Dette vekket vår interesse for folkehelsearbeid og for temaet som vi har valgt.

En studie beskriver at barn med innvandrerbakgrunn i Norge har dårligere tannhelse enn jevnaldrende norske barn (Skeie, Espelid, Klock, Skaare & Holst 2011). Studien beskriver at årsakene kan være: ulike nasjonale bakgrunner, kulturforskjeller, holdninger fra foreldrene til både egen og barnets oral hygiene og kosthold. Sosial status, lav kunnskap og utdanning kan også ha negativ påvirkning på barnets tannhelse (Wang & Wigen, 2009). Det betyr nødvendigvis ikke at alle foreldre med innvandrerbakgrunn ikke har den nødvendige kunnskapen om barnas tannhelse. I denne oppgaven velger vi å konsentrere oss om de foreldrene som strever med å forstå oral helseinformasjon (health literacy) og som trenger hjelp og veiledning for å oppnå en god og sunn tannhelse til barna sine.

Det er spennende med kulturer fra andre land og mangfoldet i befolkningen. Derfor vil vi lære mer om hvordan vi kan veilede pasienten og foreldre om barnets tannhelse, uten å virke dømmende eller belærende. Vi ønsker at de skal føle seg trygge, godt ivaretatt og forstått hos oss på klinikken. I tillegg vil vi motivere innvandrerforeldre til rutiner som gir god tannhelse. Hensikten med valgt tema er å vekke interessen hos tannpleiere, slik at de lærer seg kommunikasjonsteknikker og kan veilede om oral helse. Fordi dette er en pasientgruppe vi kommer til å møte på i vårt fremtidige arbeidsliv. Det er viktig at vi som tannpleiere vet hvordan møte de på en profesjonell og respektfull måte, særlig når det foreligger utfordringer med språk, ulike holdninger, og mangel på kunnskap.

Etiske vurderinger

For å ta hensyn til etikken i oppgaven, valgte vi å endre noen enkelte faktorer fra praksiserfaring fra Den offentlige tannhelsetjenesten og Indonesia. I tillegg har vi anonymisert et bilde vi selv har tatt, av en indonesisk jente, for å beskytte hennes identitet. Dette er for å ivareta personens og pasientens anonymitet. Det er ikke nødvendig med anonymisering i eksemplene fra MI og tell-show-do, mellom tannpleier og pasient, siden det er en fiktiv pasient.

2. Bakgrunn

Vi beskriver vi folkehelseprosjektet i Indonesia, innvandrerforeldre og barnas tannhelseproblemer og tannpleierens rolle. Deretter gjør vi rede for kommunikasjon og veiledning med fokus på tell-show-do og MI-metoden, med eksempler.

2.1 Folkehelseprosjekt i Indonesia

I fjerde semesteret var vi på øya, Sabang i Indonesia i tre uker, og deltok på skolens folkehelseprosjekt. Vi fikk undervisning og samarbeidet med lokale sykepleierstudenter og besøkte landsbyer hvor vi intervjuet lokalbefolkningen for å kartlegge helse og tannhelse. Data ble samlet inn og vi lagde et undervisningsopplegg for lokalbefolkningen i de forskjellige landsbyene. Hensikten var å gi dem opplysninger og informasjon om egen helsetilstand og lære dem om forebyggende tiltak. Fjerde uke dro vi til Banda Aceh, der vi besøkte vi et sykehus, en tannklinikk, og en tannpleier- og sykepleierskole. Vi fikk muligheten til å observere og lære hvordan og på hvilken måte de jobbet med pasientene. Vi la merket at det var lite fokus på helsefremmende arbeid og forebyggende tiltak, men mer på operativ behandling.

I løpet av oppholdet vårt på Sabang observerte vi at tannhelsen generelt var dårlig blant befolkningen og livsstil som var annerledes enn vår. Vi fikk et godt bilde av dette ved å delta i undervisningen på barneskolen, besøke hjemmene til familiene og ikke minst ved generell observasjon av de lokale barna i tre uker. I tillegg til manglende kompetanse på generell tannhelse, så vi at andre grunnleggende behov ble prioritert først. Et eksempel er da vi besøkte landsbyen og hørte fra en familie at de lagde tannbørster av kokosnøttskall og erstattet tannkrem med aske fordi de hadde dårlig økonomi. Vi fikk også høre at det var normalt at de fleste mistet tennene innen de fylte 30 år, og det virket ikke som om det ble sett på som et problem for dem. Befolkningen ønsket seg en "*pille*" mot karies, viser mangel på forskningsbasert kunnskap og annerledes holdninger. Hadde de hatt kunnskapen, ville de ha vist at det ikke finnes en "*pille*" mot karies. Her kommer det tydelig frem at vi har forskjellige tankeganger om tannhelse og ulik livsstil.



Figur 1: Indonesisk jente med store kariesangrep på fortennene, får opplæring i pusseteknikk. Høgskolestudent, kandidatnummer 23, 2016. Brukt med tillatelse.

Bildet over er fra besøk på en barneskole, der vi underviste om tannhelse og pusseteknikker. Nesten alle av barnene hadde store karieslesjoner. Vi ble oppmerksom på at matpakkene inneholdt mye søtsaker, kaker og brus. Ut i fra vår observasjon virker det som om prioriteringene og lite kunnskap til de voksne, altså foreldrene, går utover barnas tannhelse. Barn tar etter foreldrene sine og fra miljøet rundt. Den dårlige tannhelsen blir derfor overført fra foreldrene til videre generasjoner. Erfaringen gjorde oss oppmerksomme på hvilke utfordringer vi kan få som tannpleiere til ulike innvandregrupper i Norge. Vi må lære kulturer å kjenne, gjennom en kulturrelativ betraktningssmåte. Det vil si at kultur som kommer til uttrykk, må forklares ut fra dets opprinnelse. Kulturrelativisme i denne sammenheng er en beskrivende metode for å undersøke hvorfor tannhelsen er slik vi observerte på Sabang, men også hos barn med innvandrerbakgrunn i Norge (Berge & Vårdal, 2007).

2.2 Ikke-vestlige foreldre og barn

I følge Statistisk Sentralbyrå bor det 883 571 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge, hvorav 506 232 har ikke-vestlig bakgrunn. Dette betyr at hele 9,6 % av befolkningen i Norge er av ikke-vestlig bakgrunn (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2017). Småtannprosjektet viste at ikke-vestlige barn har større forekomst av karies enn vestlige barn og er derfor en risikogruppe (Espelid, et. al, 2011). For å vite hvordan vi kan

veilede småbarnsforeldre på en best mulig måte, må vi først vite litt om hvem de er og hvilken bakgrunn de har. Den kjennskapen vi får til barna og familien er nødvendig for riktig veiledning og eventuelt iverksetting av tiltak.

Barnelova (1981) sier at det er foreldrenes sitt ansvar å ta vare på barnets interesser og behov, dette inkluderer også tannhelsen. Når barnet er tre år, evner det ikke å forstå hva som er det beste i forhold til helse og tannhelse. Det betyr at foreldrene har ansvaret for å skape gode og sunne rutiner og helsevaner, som barnet har med videre i livet. Foreldrene er barnas rollemodeller og kan påvirke barnets holdninger for både kosthold og munnhygiene (Mosdøl, Forsetlund & Straumann, 2015).

Bakgrunn og kultur

Menneskets kultur og bakgrunn gjenspeiler hvordan de oppfatter hverdagen sin, hvordan livsstilen er og hvilke holdninger de har. Vi er alle mennesker med grunnleggende behov, i tillegg er det individuelle kulturforskjeller, og det finnes store forskjeller innenfor samme befolkningsgruppe (Hillestad & Sørensen, 2007). Forskningen er mangelfull på hvordan kultur kan påvirke tannhelsen, men vi har tatt utgangspunkt i en oppfølgingsstudie til Småtannprosjektet, der hensikten var å kartlegge innvandrerforeldrenes holdninger og vaner angående tannhelse. I denne studien har de gode begrunnelser til hvordan foreldres kultur og bakgrunn kan ha hatt betydning for barnas tannhelse.

Tradisjonelle kjønnsroller: Kvinner i mange familier med innvandrerbakgrunn har den tradisjonelle rollen hvor de er hjemmeværende og har ansvar for mat og stell av ungene. Konsekvensen av dette kan være lengre periode med amming og bruk av tåteflaske, enn hos vestlige kvinner. Av toårige pakistanske barn får 32 % tåteflaske (gjerne med sukkerholdige drikke) eller blir ammet, spesielt om natten. Det er en dokumentert sammenheng mellom amming og bruk av tåteflaske og karies hos småbarn (Skaare, Afzal, Olli & Espelid, 2008)

Kosthold: Matvaner er ulike fra land til land, både tilgjengeligheten av enkelte råvarer og tradisjon utgjør forskjellen. Integrering i et nytt land, betyr også at de tradisjonelle kostholdsvaner blir påvirket. Skaare beskriver at familier som har bodd mindre enn fem år i Norge, spiser mindre sukkerholdige matvarer og brus fordi det pakistanske kosthold består mye av grønnsaker, fiberrike matvarer, frukt og lite fett/sukker. Dette gjelder også kostholdet til andre minoritetsgrupper i Norge. Mødrene forteller at de opplever søtsakene lett tilgjengelig og spesielt appellerende mot barn, kanskje i større grad enn i hjemlandet sitt. Det

betyr at innvandrermodre som har bodd i Norge over lengre tid, har dannet dårligere kostholdsvaner og dermed har barna høyere risiko for karies (Skaare et al. 2008).

Ettergivnenhet: Modrene, spesielt med pakistansk opprinnelse beskrives som mer ettergivende overfor småbarna sine enn norske foreldre. De synes det er vanskelig å sette grenser i forhold til søtsaker og gjerne vil skjemme dem bort (Skaare et al. 2008). Igjen kan dette føre til større sannsynlighet for kariesangrep.

Treåringens utvikling

I treårsalderen skjer det store og betydningsfulle utviklinger, så vel fysiske og psykiske. Barn utvikler grovmotorikk og får bedre forståelse for språk og omverdenen. Barnet påvirkes av sine nærmeste, og i denne fasen lærer de seg nye ord, begynner å bøye ord og sette sammen ord til setninger. Med et forbedret og utvidet språk, er de i stand til å kommunisere og sosialisere seg med omverden. De forteller og beskriver, de kan gi og ta i mot muntlige beskjeder og uttrykker seg (Mejåre et al. 2008).

Barn utvikler også stor interesse for omgivelsene og menneskene rundt, er svært nysgjerrige og ønsker forklaringer på alt. Dette fører til at de føler seg mer selvstendig og har et behov for å utforske og tester grenser. I denne fasen blir også behovet for fysisk kontakt og støtte fra foreldrene mindre. Selvstendigheten fører til at barnet tilpasser seg de daglige rutinene og foreldrenes livsstil. Foreldrene er barnets største rollemodeller barnet. Det tar til seg deres levevaner og adferd. Vaner som barnet har tillært seg før femårsalder, er vanskelig å endre (Skeie et al. 2011). Dette kan være av stor betydning for tannhelsen fordi foreldrene innarbeider gode holdninger til oral hygiene og kosthold. For barnet blir det en naturlig del av hverdagen (Mejåre et al. 2008).

I arbeidet og samspill med barn må vi alltid ta hensyn til barnets rettigheter, behov og se barnets perspektiv, som er beskrevet i FN sin barnekonvensjon fra 1989. Denne konvensjonen er bygd på tre grunnleggende verdier: alle barn har samme rettighet til å få sine grunnleggende behov dekket, uavhengig av barnets eller foreldrenes rase og hudfarge, språk, religion eller etniske opprinnelse. Barnet skal beskyttes for enhver form av diskriminering. Uavhengig av hvilke handlinger, både offentlig eller privat, skal alltid barnet bli tatt hensyn til og være den viktigste faktoren for avgjørelsen. Både de foresatte og helsepersonell har et ansvar for barnets beste. Barn har en rett til å bli hørt, få delt sine

meninger og være med å ta avgjørelser i forhold til barnets modenhet. Det står også beskrevet at barn har rett til å bli inkludert (Mejåre, Modéer & Twetman, 2008).

Tannpleieren, men også foreldrene, skal ivareta disse tre prinsippene, som skal ta hensyn til barnets integritet og autonomi i etikken. Hvert menneske uavhengig av alder, har rett til å bevare sin integritet, det vil si å sette egne grenser. Autonomi betyr å være i stand til å tenke og bestemme selv over sin kropp og situasjonen. Foreldrene har ansvaret for å beskytte autonomien og bestemmer hva som er barnets beste. I tannhelsetjenesten har tannpleieren sammen med foreldrene ansvar for å ikke skade barnets integritet (Mejåre et al. 2008).

Treårskontroll og tannhelserisikoer

I treårsalderen skal barnet ha utviklet alle 20 melketenner, og i samme periode skal de også inn til treårskontroll på tannklinikk for første gang. Tannpleieren jobber systematisk for å avsløre eventuelle avvik i barnets tannhelse. Sjekkpunkter for denne pasientgruppen er munnhygiene (plakk), karies og/eller decalsinasjoner, bittavvik, tunge og slimhinner. Ikke bare skal munnhulen undersøkes, men også førsteinntrykk av barnets oppførsel og samspill mellom foreldrene er like viktig for å få et helhetlig bilde over barnets tannhelse og generelle helse. Samtidig har tannpleieren muligheten til å kartlegge barnets kostholds- og hygienevaner, ved å spørre foreldrene. Dette gir en helhetlig oversikt, som hjelper tannpleieren til å tilpasse veiledningen (Mejåre et al. 2008).

I denne aldersgruppen, uavhengig av bakgrunn, er gingivitt, plakk og karies utfordringer med tannhelsen. Særlig er treåringens fortenner mer utsatt for karies, mens femåringen oftest får karies i primære molarer, spesielt approximal og occlusalflaten (Skeie, Riordan, Klock & Espelid, 2006). Karies i overkjeve front, vises ofte som hvite og krittaktig flekker og kan være årsaken av flittig bruk av tåteflaske med sukkerholdige drikke eller melk etter leggetid. Occlusalflaten på molarene og approximal mellom molarene er utsatt for kariesangrep (Statens helsetilsyn, 1999).

Av treåringer bruker 50 % smokk eller suger på tommelen, dette kan medføre uønskede tannhelseproblemer. Langvarig bruk av smokk eller tommelsuging øker faren for et åpent bitt, kryssbitt og andre bittfeil. Klarer barnet å slutte i tre- fireårsalderen selv, korrigeres et åpent bitt, men ikke kryssbitt. Om barnet fortsetter med tommelsuging opp til skolealder, kan det ha store konsekvenser for det permanente tannsettet, som et stort frontalt åpent bitt og overbitt (Mejåre et al. 2008). Karies i melketenner medfører mange plager for barnet, som

smerter, tyggeømheter, fare for infeksjoner og konsekvenser for det permanente tannsettet (Denison, Lidal & Straumann, 2015).

2.3 Tannpleierens rolle

I samarbeid med pasienten er det flere ting tannpleiere må ta hensyn til. Hvordan vi møter pasienten er avgjørende for et eventuelt godt eller dårlig samarbeid. Kommunikasjon og kroppsspråk fra tannpleierens side kan fortelle pasienten mye om intensjonene. Gjennom kroppsspråk kan en blid tannpleier utstråle godhet og få lettere tillit hos pasienten/barna. Vi må tilrettelegge behandlingen for hvert individ, i samråd med foreldrene, og medvirke til at pasienten får nødvendig kjennskap til sine rettigheter (Hansen, Dahl & Halvari, 2013).

Tannpleieres oppgave er å ivareta pasienten ved kartlegging av helseatferd, arbeide helsefremmende og sykdomsforebyggende på både gruppe- og individnivå. Gi helseinformasjon og veiledning til pasientene etter etiske prinsipper, for fremme oral helse og livskvalitet. Tannpleieren må ha flere fokus samtidig, veilede, behandle og pleie for å fremme helse (Hansen et al. 2013). Tannpleieren er derfor godt egnet til å gjennomføre veiledning og tiltak der pasienten skal lære egenomsorg og ta ansvar for sin egen helse og målet er at pasienten oppnår evne til egenomsorg.

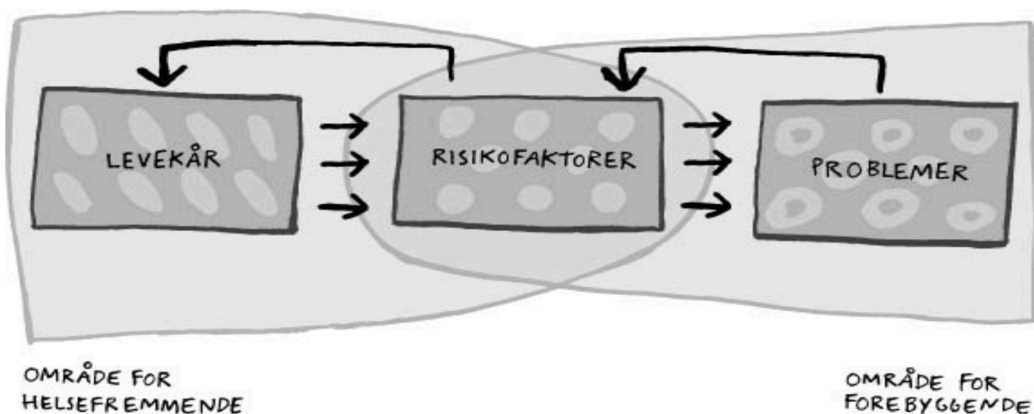
Tannpleier bør ha god samfunnsforståelse, innsikt i helsepolitikk og forståelse for ulike verdisyn. Dette for å kunne ha en profesjonell holdning til alle pasienter og kunne delta i utviklingsarbeid gjennom forskningsbasert kunnskap. De yrkesetiske retningslinjer skal være et fundament i arbeidet til tannpleieren for å ivareta pasienten på en sikker faglig forsvarlig måte. Tannpleiere har forpliktelser å forholde seg til, og etiske leveregler som skal hjelpe oss med å ta riktige valg og avgjørelser. Tannpleieren skal gi et likt behandlingstilbud til alle pasienter uansett livssyn og personlige oppfatninger (Hansen et al. 2013).

Vi har flere yrkesetiske retningslinjer som forteller oss at vi må utøve yrket med tanke på pasientenes beste. (Norsk Tannpleierforening [NTpF], 2009). De forskjellige verdiene som berører oss i denne oppgaven, er *velgjørenhet* og *ikke skade*, som tilhører til *konsekvensetikken*. Denne verdien innebærer også å *gjøre godt prinsippet* og *verne pasientens helse*. Tannpleieren har et ansvar for å yte nødvendig helsehjelp, behandle og forebygge. *Autonomi* tilhører *pliktetikken* og tar for seg *brukermedvirkning* og *selvbestemmelse* (Wifstad, 2013). Treåringer kan ikke ta egne valg i forhold til tannhelse.

Det er tannpleierens plikt å gi innvanderforeldre fagbasert kunnskap, gjennom veiledning, slik at de er i stand til å ta de riktige valgene for barnets tannhelse, uavhengig sosial eller kulturell bakgrunn (Hansen et al. 2013).

Folkehelse

Det er mange risikofaktorer som kan føre til orale sykdommer hos barn. Dette kan være foreldrenes levevilkår, arvelige egenskaper og atferd. Helsefremmende og forebyggende tiltak er noe som daglig inngår i tannpleieres hverdag og Tannhelsetjenesteloven prioriterer forebyggende tiltak fremfor behandling (Statens helsetilsyn, 1999). Dårlige levekår hos ikke-vestlige innvander familier fører til risikofaktorer hos treåringen, som igjen fører til problemet med tannhelsen. Når vi finner problemer med tannhelsen, må vi alltid tenke bakover til risikofaktorer og levekårene til barnet, for å finne årsaken og dermed utarbeide et veiledningsgrunnlag, se figur 2.



Figur 2: Illustrerer hvordan levekår, risikofaktorer og problemer går inn i hverandre. Fra Statens helsetilsyn, 1999 s. 8. Brukt med tillatelse.

Forebyggende tiltak er det tannpleieren jobber mest med på klinikken og i utadrettet arbeid. Dette baseres på kunnskap om pasienter med skader, sykdom eller problemer. Kunnskapen brukes til å sette i gang tiltak for å forhindre at andre får samme type skade, sykdom eller problem. Gjennom informasjon og veiledning kan vi arbeide forebyggende. Som for eksempel har vi kunnskap om at tannpuss fjerner plakk, og fjerner vi plakk, får vi ikke karies. Å pusse tenner er forebyggende tiltak, noe vi gjør *før* skaden er oppstått.

Helsefremmende arbeid er et tiltak som skal forbedre livskvalitet og helse for hele befolkningen uansett om de er friske eller syke, og tilretteleggelse for en positiv forandring

hos pasientene. Dette kan være sosiale, kulturelle, samfunnsmessige eller individuelle årsaker. Det skal settes i gang tiltak uavhengig skade eller sykdom for å bedre forholdene og øke de faktorene som gir god helse i hele samfunnet. (Statens helsetilsyn, 1999). Tannpleiere i Den offentlige tannhelsetjenesten skal jobbe aktivt med helsefremmende arbeid, undervisning på skoler i forskjellige trinn, undervise sykepleierstudenter, sykehus, foreldre på helsestasjon, barnehage, asylmottak, gamle hjem og ulike institusjoner der det bor pasienter eller brukere. Ofte vil helsefremmende arbeid og forebyggende overlape og forsterke hverandre.

Det er to prinsipper vi skal tenke relatert til pasienten. Det er alltid pasienten som er ekspert på seg selv og brukerens delaktighet eller medvirkning. Disse prinsipper går over til begrepet empowerment og veiledning som er et middel i empowermentprosessen (Tveiten, 2008).

Empowerment står sentralt i helsefremmende arbeid og finnes på ulike nivåer: samfunnsnivå, organisasjonsnivå og individnivå. På individnivå dreier empowerment seg om mulighet til å ha kontroll, brukermedvirkning og kunne ta beslutninger over eget liv og helse. Noe som tannpleieren skal være med og bidra til å øke gjennom veiledning til innvandrerforeldre.

Salutogenese er arbeid med å styrke helsen, jobbe forebyggende og motstandskraften mot de negative faktorene, som læren om hva som gir god helse og hva som holder oss friske. Tannpleieren skal kunne videreformidle denne kunnskapen til ikke-vestlige innvandrerforeldre som strever med å forstå helseinformasjon. Helse er en ressurs som i liten grad er medfødt, men påvirkes i hvilke omgivelser barnet lever under. Det er forskjellige helsedeterminanter som spiller inn. Muligheten til å påvirke sitt eget liv, nære omsorgspersoner, fysiske behov, selvrealisering, utdanning, arbeid, frihet fra krig og vold. Utviklingen i barnealder har mye å si for helsen senere i livet (Mæland, 2010).

2.4 Veiledning

Begrepet veiledning kan brukes på mange forskjellige måter i ulike sammenhenger. Vi vektlegger profesjonell og helsefremmende veiledning fra tannpleieren til foreldre med innvandrerbakgrunn, hvor temaet er barnets tannhelse. *”Med helseveiledning menes en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner”* (Christiansen, 2013 s.14) Dermed ønsker vi å se litt mer på hva veiledning innebærer, hvilke metoder som kan brukes og hva

som lønner seg best i en eventuell situasjon. I denne sammenheng er begrepet helseveiledning mest relevant for oss. Hensikten med helseveiledning er å hjelpe pasienten og pårørende til å oppnå god helse.

Kommunikasjon og veiledning

Veiledning og samarbeid med pasienter skjer gjennom god kommunikasjon, både verbalt og ikke-verbalt, som kroppsspråk. I kommunikasjon er det alltid en sender, et budskap og en mottaker. Det er viktig at helsepersonell har gode kommunikasjonsferdigheter for å oppnå god kvalitet i møtet og at budskapet kommer tydelig frem til pasienten (Killén, 2007).

Kommunikasjon og veiledning er sentralt i tannpleierfaget. Veiledningen tannpleiere gir er i liten grad råd, men å nå frem til pasientens egne meninger og ivareta pasientens autonomi. (Hansen et al. 2013). Det er en form for hjelp der pasienten blir veiledet og tannpleieren veileder. Tannpleier veileder gjennom kommunikasjon for å bidra til at pasienten skal endre deres livssituasjon, tannhelse, livskvalitet og kunnskapsnivå. Profesjonell kommunikasjon innebærer at det vektlegges helsefremmende formål, og det skal alltid være til hjelp for pasienten. For å kunne bli god til å kommunisere med pasienter skal tannpleier ha kunnskap om grunnleggende ferdigheter. Det er mange aspekter som vektlegges ved en profesjonell kommunikasjon. Det er å lytte til andre, observere, fortolke den andres verbale- og nonverbale signaler. Videre å skape gode og likeverdige relasjoner, å kunne formidle informasjon på en klar og forståelig måte, møte den andres behov og ønsker på en god måte å stimulere den andres ressurser og muligheter. Skape perspektiver og åpne for nye handlingsvalg, kunne forholde seg åpent til vanskelige følelser og spørsmål ha gode ferdigheter til å finne frem til gode beslutninger og løsninger til pasienten (Misvær & Lagerløv, 2013). Vi kan lære oss kommunikasjon bedre, ved å gradvis tilegne oss ny kunnskap og erfaringer i praksis og dermed utvikle oss.

Tell-show-do

Den vanligste metoden å bruke når vi skal introdusere personer innen tannhelse, er tell-show-do. Metoden fungerer best på barn fra ca. treårsalderen, pasienter som har tannbehandlingsangst, er redde eller nervøse. Den er også fin å bruke på innvandrere som ikke har hatt noen form for behandling på klinikk tidligere. Metoden går ut på gradvis læring, gjennom trinnvis eksponering for ulike momenter. Først forteller tannpleieren hva som skal skje, med ord som er lette å forstå. Deretter viser tannpleieren frem momentet, og til slutt gjennomfører handlingen. Det er viktig å legge merke til pasientens reaksjoner og gi

dem tid til å bli trygge på oss. Tell-show-do metoden lærer både barn og foreldre hva som blir gjort og se hvordan det gjøres. Ved å gi ros og positiv tilbakemelding, gir dette en ytterligere motivasjon. Av denne metoden blir pasienten roligere gjennom behandlingen, fordi de hele tiden har kontroll over hva som skal skje (Mejære et al. 2008; Berggren, Willumsen & Arnrup, 2003).

Motiverende samtale (Motivational Interviewing, MI)

MI-samtale er en teoretisk modell som brukes til veiledning. Den handler om motivasjonsfaktorene ved endring. Ikke hvordan endringen skal skje, men om, eller hvorfor/hvorfor ikke den skal skje. MI kan brukes i samtaler der vi vil motivere noen til å hjelpe andre, for eksempel når tannpleier snakker med foreldre om den orale hygien til småbarn (Ivarsson & Sjögren, 2013). MI baserer seg på forskning og erfaring om hvordan pasientens motivasjon for endring kan bli større i løpet av en samtale, når pasienten alltid er i fokus (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2017).

MI skal føre til at pasienten er mere aktiv innenfor sin tannhelse. Ved hjelp av refleksjon kan pasienten føle, tenke, utforske og løfte frem egen motivasjon, ta egne valg over seg selv og en eventuell endring. Målet er at pasienten skal få god innsikt i hvordan de delaktig kan ta eget ansvar for sin tannhelse, som kan gi forbedret oral helse på sikt. Pasienten sitter selv med fasiten på sine problemer, evner, sin sak og hvordan prosessen skal foregå (Barth & Näsholm, 2007).

Det er tannpleieren som skal få pasienten til å begynne å reflektere selv, samt gå inn for å lytte, stille spørsmål, bekrefte det som er bra og motivere til en positiv endring hos pasienten. Tannpleieren har også erfaring med hva som har vært til hjelp på tidligere pasienter. Metoden bygger på at pasienten står i fokus og forutsetninger til å ta sine egne valg og beslutninger, og at pasientens autonomi blir respektert (Barth & Näsholm, 2007; Ivarsson & Sjögren, 2013).

Prinsipper i MI

Et av prinsippene i MI er å vise *empati*. Det er viktig at tannpleieren uttrykker empati overfor pasienten og anstrenger seg til å forstå det som blir sagt. Dette gjøres gjennom speiling og refleksjon av det pasienten forteller om seg selv og sin situasjon. Det er viktig at det pasienten sier blir møtt med respekt og medfølelse fra tannpleier. Det har stor betydning for hvordan samarbeidet vil gå (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2017).

Neste prinsipp er *diskrepans* som vil si uenighet om hvordan vi har det og hvordan vi ønsker å ha det i livet. Tannpleier skal hjelpe pasienten til å finne motivasjonen og momenter for hvordan pasienten vil ha det, samtidig gjøre pasienten oppmerksom hvordan egen atferd skaper negative konsekvenser. Dette er viktig for at pasienten skal se de positive sidene ved forandringer ved å endre livsstil. Når pasienten innrømmer de negative sidene og ser de positive konsekvensene ved endring, kan dette sette følelser i sving hos pasienten, samt et ønske om å oppnå det som er positivt. Noe som fører til gode endringer (Barth & Näsholm, 2007; Helsedirektoratet, 2017).

Motstand er en stor og naturlig del av en endringsprosess, dette er et prinsipp i MI. Det er viktig å reflektere og *minske motstanden* pasienten forteller eller gir uttrykk om. Tannpleier skal hjelpe til med å møte motstanden for å vise at den forsøker å forstå pasienten uten å dømme. Tannpleier skal aldri argumentere mot pasienten, men heller spille på lag, gjennom refleksjon. Et eksempel: En småbarnsmor har ikke helt fått rutinene med å pusse tenner til barnet daglig. Hun har ikke lært eller er ikke vant til å gjøre dette i hjemlandet sitt. Tannpleier kan si "*Jeg blir ikke sint og dømmer deg ikke, om du ikke husker å pusse tennene til barnet ditt hverdag*". Etterpå er det lurt å stille et åpent spørsmål som "*Hva tenker du om dette?*". På denne måten får moren kontroll over samtalen og sin selvbestemmelse igjen. Dette demper motstanden (Barth & Näsholm, 2007, s. 13-43; Helsedirektoratet, 2017).

Et annet prinsipp er *argumentasjon*. Tannpleieren skal unngå å motargumentere eller overtale pasienten til å gjøre endringer. Enten skal tannpleier ikke si eller gjøre noe, eller så kan han/ hun gi informasjon eller forslag til pasienten. Det er alltid pasienten som skal stå i fokus.

Å styrke pasientens *mestringstillit* er et viktig prinsipp. Har ikke pasienten selvtillit, vil det ikke skje endringer. Tannpleieren må støtte og finne positiv motivasjon til endringer, og pasienten må få tro på seg selv, og dette er en gjennomførbar forandringsprosess (Barth & Näsholm, 2007, s. 13-43; Helsedirektoratet, 2017).

Kommunikasjon og tolk

Gjensidig forståelse og god kommunikasjon er viktig i møte mellom tannpleier og pasient. Helse- og omsorgstjenesten har et mål og stort ansvar om hele befolkningen skal få tilgang på likeverdige tjenester av god kvalitet. I Norge brukes det for sjeldent kvalifisert tolk i helsesituasjoner. Det brukes ofte familiemedlemmer og barn til tolkning, noe som kan få

alvorlige konsekvenser. Etter helsepersonelloven (1999, § 4) har helsepersonell et ansvar for å tilrettelegge for tolk når det er behov for dette, for å yte forsvarlig helsetjenester og god veiledning der det er en språkbarriere. Tannpleieren skal ha kunnskap om hvordan bestille kvalifiserte tolker, og sikre at budskapet kommer frem til pasienten gjennom tolken. Det er vanlig med fjerntolkning gjennom telefon eller skjerm. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) sier at pasienter har rett på å få innsikt i egen helsetilstand, og samtykke til helsehjelp om nødvendig. Samtykket er kun gyldig om pasienten har fått korrekt informasjon fra helsepersonell. Siden barn ikke er samtykkekompetente, skal foreldrene motta denne informasjonen gjennom en tolk om de *“snakker litt norsk”*. Fylkeskommunen dekker utgiftene for tolk i Den offentlige tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011).

Ut ifra folkehelseprosjekt i Indonesia, bakgrunnen til ikke-vestlige barn og foreldre, tannpleierens rolle og forskjellige veiledningsmetoder har vi kommet frem til en problemstilling: *“Hvordan kan tannpleier veilede innvandrereforeldre om treåringens tannhelse?”*. Hensikten er å lære hvordan veiledningen skal gjennomføres, hvilke metoder som anbefales, hva tannpleieren skal ta hensyn til og hvilke individuelle tiltak denne pasientgruppen har behov for.

3. Metode

I metodekapittelet gjør vi rede for fremgangsmåten om hvordan vi har samlet inn data til bacheloroppgaven. Dette er en litteraturstudie som baserer seg på forskjellige pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, vitenskapelige artikler, rapporter, og egne erfaringer fra praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten og folkehelseprosjekt i Indonesia. Litteraturen består av både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning har tallfestet resultat, mens i kvalitativ forskning blir deltakernes meninger, holdninger, opplevelser og følelser tolket, gjennom for eksempel dybdeintervjuer (Dalland, 2015, s. 112). Dallands definisjon på metode er: “en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2015 s.111).

Systematisk søkeprosess

En søkeprosess starter med et valgt tema, vår bacheloroppgave omhandler innvandrereforeldre, deres barns tannhelse og veiledning til dem. Vi har brukt et PICO-skjema, for å utarbeide en presis problemstilling. Hensikten med skjemaet er å definere det vi ønsker svar på før vi søker. Dermed får vi gode søkeord og relevante treff, se tabell 1 (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

Tabell 1: Pico- skjema. Beskriver søkeordene vi har benyttet for å utarbeide en presis problemstilling.

P	I	C	O
Patients/ population/ problem	Intervention/ initiative/ action	Comparison	Outcome
<i>HVEM</i>	<i>HVA</i>	<i>Alternativer</i>	<i>Resultat/ effekt</i>
Foreldre med innvandrerbakgrunn Utfordringer med å forstå helseinformasjon	Veilede Kommunikasjon Øke kunnskap		Positiv endring i foreldrenes holdning til tannhelse Økt kunnskap og forståelse Barn får bedre tannhelse.
Parents with immigration background Low health literacy	Guidance Educating Communication		Positive change in parents attitude to dental health Increased knowledge and understanding for dental health Children improved dental health

Før vi startet søkeprosessen, måtte vi gjøre oss kjent med de ulike databasene for å finne hvem som hadde kunnskap/forskning i vårt utvalgte tema og fag. På helsebiblioteket.no fant vi informasjon om de ulike søkemotorene, der kan vi finne forskningsartikler i vårt fagområde.

Oria er en norskspråklig søkemotor, utgitt av BIBSYS i 2013 med samlede materialet fra de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. Den gir tilgang på fagfellevurderte tidsskrifter, dokumenter og artikler. I denne søkemotoren har vi muligheten til å avgrense søket til kun fagfellevurderte artikler, tilpasse søket til et bestemt emne, og materialtype.

SveMed+ er en nordisk database med svensk språk, for medisin og helse fra Karolinska Institutet. SveMed+ støtter MeSH-funksjonen, slik at søkeresultatet kan avgrenses til et bestemt tema eller emne.

PubMed er en engelskspråklig søkemotor utgitt av National Library of Medicine for sykepleie, medisin og odontologi. Også den inkluderer MeSH-funksjonen (Helsebiblioteket.no, s. a.).

MeSH-termer (Medical Subject Headings) er et søkeord eller synonymer i tillegg til de opprinnelige søkeordene som hjelper oss å komme frem til mere relevante resultater (Helsebiblioteket.no, 2017). Våre termer som vi har valgt i søkeprosessen er: “dental care for children”, “oral health”, “norway”, “health knowledge”, “attitude”, “children”, “parents”, “oral hygiene”, “health education dental”.

Når søkeresultatene ga treff innenfor en akseptabel grense, startet vi med å lese gjennom titlene. Vi kunne utelukke mange av artiklene fordi titlene ikke var relevant i forhold til vår oppgave, se tabell 2 som beskriver hvilke søkeord og databaser som har blitt brukt. Derimot var det noen som vekket vår interesse, og vi valgte å gå inn på artiklene for å lese abstraktene, også i denne prosessen kunne vi utelukke flere. Vi endte opp med ni artikler som vi fant interessante, de skrev vi ut i papirform for nøyere gjennomlesning.

I søket etter relevant litteratur er det viktig å finne troverdige, vitenskapelige forskningsartikler. I vår søkeprosess har vi sett etter at alle artiklene vi har valgt ut er fagfellevurdert av kvalifiserte vitenskapelige fagfeller (peer reviewed). Selv om en artikkel er fagfellevurdert, har vi flere grunner til å være kritiske, derfor har vi satt opp noen sjekkpunkter som vi har brukt (Rienecker & Jørgensen, 2013. kap.5). Er materialet publisert

i fagtidsskrifter som er relevante i forhold til tannpleieryrket, blir artiklene mer troverdig for oss, viser til tabell 3.

Vi ser på årstall, fordi vi ønsker å bruke kilder med den siste og nyeste forskningen. Slik kan vi forsikre oss at forskningen er oppdatert og fortsatt aktuell. I de ulike databasene avgrenset vi søkene først på de siste fem årene. Resultatet ble to nye artikler fra 2016, se tabell 3. Deretter utvidet vi søket til de siste ti årene, fordi de resterende treff ikke hadde relevans for oss. Den eldste artikkelen er fra 2006, men innholdet er fortsatt aktuelt i forhold til vår oppgave.

Vi sjekket metodekapittelet, fordi vi kan fort se om kilden oppfyller de kravene vi har. Som for eksempel: om det er brukt kvalitativ eller kvantitativ metode, hvor mange eventuelle deltagere, hvordan er fremgangsmåten i forskningen, er det blitt brukt spørreskjema/dybdeintervju eller kliniske undersøkelser, datainnsamling eller om det er en ren litteraturstudie. Deretter så vi på resultatene av forskningen, fordi den skal hjelpe oss med å besvare problemstillingen vår. Tabell 3, er en oppsummering av våre inkluderte artikler med resultat (Rienecker & Jørgensen, 2013). Etter at vi hadde lest alle artiklene og vurdert innholdet, inkluderte vi seks forskningsartikler til vår oppgave, derav to engelskspråklig.

Tabell 2. Søkehistorikk. En oversikt over framgangsmåten og brukte databaser, søkerord og antall inkluderte artikler.

Dato	Databaser	Søkeord	Treff	Abstrakt lest	Leste artikler	Inkluderte artikler
07.04.17	Oria	Dental hygienist AND Communication OR Guidance	17	5	3	1
07.04.17	PubMed	Child* AND Immigration AND Parent AND dental health	38	3	1	1
07.04.17	Oria	Child AND Parent AND Immigrant AND Dental health	8	4	1	1
15.03.17	SveMed+	Tannhelse OR Oral helse AND Barn AND Foreldre	9	4	2	1
15.03.17	Den norske tannlegeforenings Tidene - søkemotor	Holdninger AND Innvandrere AND Tannhelse	10	2	1	1
21.04.17	SveMed+	Tannhelse OR Oral helse OR Karies AND barn	8	2	1	1
Sum:						6 inkluderte artikler

4. Resultat

Resultatet i fem studier viser en sammenheng mellom ugunstige sosioøkonomiske forhold hos foreldrene og kariesforekomsten hos barna, viser til tabell 3. I en norsk studie bekreftes det at foreldre med lavt utdanningsnivå og ikke-vestlig bakgrunn kan påvirke barnas tannhelse negativt. Disse barna er ifølge studien tolv ganger mer utsatt for dentinkaries (Wang & Wigen, 2009). Mødre med innvandrerbakgrunn har ofte en kort skolegang fra sitt eget hjemland, og kan derfor ha vanskeligheter med å ta til seg ny helseinformasjon, særlig på et fremmed språk (Skaare et al. 2008). Oppfølgingsstudien til småtannprosjektet bekrefter at de voksne ikke besøker tannlegen regelmessig, men bare oppsøker tannlegen ved store smerter og der situasjonen er akutt. Årsaken kan være at i hjemlandet er tannlegen ofte bare privat og dermed en økonomisk utfordring. Samtidig kjenner de til Den offentlige tannhelsetjenesten, og innvandrerforeldrene er enige om at dette er et godt tilbud for barna sine (Skaare et al. 2008).

Samme oppfølgingsstudie beskriver at fire av ti kvinner med innvandrerbakgrunn ikke behersker norsk, og alle bortsett fra én mor, er hjemmeværende. Mennesker med innvandrerbakgrunn sosialiserer seg gjerne med sine egne, det betyr andre mennesker med samme bakgrunn, kultur og livsstil. På grunn av vanskeligheter med språket, er det ofte fedre som følger ungene til tannklinikken. Dette gjør at tannhelsepersonell ikke kan være sikker på at den nødvendige informasjonen og veiledningen når fram til mor som mest sannsynlig har ansvaret for barnets tannpuss (Skaare et al. 2008).

Lite kunnskap om tannhelse og kosthold, fører til usikkerhet hos mødre som forteller at barna får hjelp til tannpuss enten av mor eller av eldre søsken, men også at noen barn pusser selv. Samtidig er de usikker på hvordan, hvor lenge og når de skal pusse. Ungene får gjerne sukkerholdige mellommåltider som kjeks og saft, og foreldrene forteller at de ikke kjenner til konsekvenser av dette (Skaare et al. 2008). Har mor god kunnskap om oral helse, kan vi anta at barnet ville hatt bedre tannhelse. I mange kulturer er det ofte mor som er ansvarlig for matlaging, og stell av barn og den daglige tannpussen (Skeie et al. 2011). I en undersøkelse gjort i Oslo viste at innvandrerforeldre i risikogrupper, som tidligere hadde fått opplæring, informasjon og gjentatte veiledninger om kosthold og hygienevaner, hadde barna deres bedre tannhelse enn dem som ikke hadde fått samme tilbudet (Mostølen, Forsetlund & Straumann, 2015).

I tabell 3 henviser vi til en studie gjort for å undersøke årsaken til høy kariesforekomst hos småbarn med ikke-vestlig bakgrunn, som konkluderte med at foreldrenes syn og holdninger har stor påvirkning for barnas tannhelse. Det foreligger forskjeller i holdninger mellom norske foreldre og foreldre med innvandrerbakgrunn. Barn i førskolealder og med foreldre som ikke pusser sine eller barnets tenner to ganger daglig og foreldre som har et regelmessig og høyt sukkerinntak, er svært utsatt for kariesangrep (Skeie, 2006). Dette bekreftes også i studien til Wigen og Wang at småbarnsforeldre med ugunstige holdninger og lavt utdanningsnivå utgjør at barna tilhører høyrisikogruppen innen tannhelse (2009). Oppfølgingsstudien fra Småtann-prosjektet bekrefter at det er færre foreldre med innvandrerbakgrunn, sammenliknet med norske foreldre, som pusser barnas tenner to ganger daglig og bruker fluortannkrem og ekstra fluortilskudd. Dette utsetter barnet for karies, plakk og gingivitt. I tillegg viser studien at 30 % av barna med pakistansk opprinnelse pusser mindre enn én gang daglig, foreldre starter senere å pusse barnas tenner og slutter tidligere med å hjelpe med tannpussen enn norske foreldre (Skaare et al. 2008).

Innvandrerforeldre, spesielt med asiatiske bakgrunn, gir barna sine betydelig mer sukker- og fettrik mat i forhold til det norske kostholdet. Av asiatiske mødre var det 28,9 % som tilsetter ekstra sukker i drikke og 26,7 % oppgir at de gir barna melk etter leggetid. Studien beskriver en sammenheng i foreldrenes kostholdsvaner og utdanningsnivå (Skeie et al. 2011). Har foreldrene lav utdanning, var det dårligere kosthold i forhold til foreldrene med høyere utdanning. Noen få foreldre hadde ikke interesse i barnas tannhelse og mener at det er for mye oppmerksomhet rundt dette temaet. De er selv ikke opptatt av egen tannhelse og var ikke plaget med karies før de flyttet til Norge. De mente at det var fullt mulig å ha frisk tannhelse uten regelmessig tannpuss. Samtidig var en av den oppfatning at melketenner var av mindre betydning, noen få mente at karies var arvelig og ren uflaks, og noen skyldte på vekslende årstider i Norge (Skaare et al. 2008). Det er viktig å poengtere at det bare var et fåtall som delte dette synet, men at majoriteten ikke har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse. Som en følge av dette, ser vi en annen holdning til tannhelse enn det vi kjenner til i Norge.

Småtann-prosjektet beskrev at hvert annet barn med ikke-vestlig bakgrunn hadde kariesangrep i forhold til jevnaldrende barn med vestlig bakgrunn, hvorav bare 16% hadde karies. I tillegg viser den også at ikke-vestlige barn rammes tidligere med dentinkaries enn norske barn. Selv om verdens helseorganisasjon (WHO) har som agenda å "fjerne" helseforskjeller/ forskjeller i tannhelse, viser disse tallene at ikke-vestlige barn har betydelig høyere forekomst av karies. Det stilles spørsmål i forskning, hvorfor akkurat denne

Kandidatnummer: 20 & 23

befolkningsgruppen er så utsatt for karies. I studien har de også foretatt dybdeintervju med ikke-vestlige foreldre. Her får vi vite at særlig pakistanske mødre har problemer med å sette grenser i forhold til mat/ søtsaker, mangler kunnskap om tannhelse og lite tid, noe som medfører store utfordringer for det daglige tannstellet. I asiatiske familier har de til vane å tilsette sukker i drikke, og gi barnet melk og saft til sengs, gjerne i tåteflasker. Samtidig mye småspising er årsaken til denne uheldige utviklingen (Skeie et al. 2011).

En studie som ble gjort i 2016 hadde til hensikt å se om innkalling og individuell oppfølging på tannklinikk fra toårsalderen hindret videre kariesutvikling hos småbarn. De skulle beskrive kariesutviklingen hos 495 barn, i to- og femårsalderen. I denne studien blir det bekreftet at barn med ikke-vestlig bakgrunn har større sannsynlighet for kariesutvikling i småbarnsalder enn norske barn, se tabell 3. Av foreldrene med ikke-vestlig bakgrunn rapporterte 44 % at de pusset tennene til barna en gang eller sjeldnere per dag og 65 % hadde introdusert tannpuss til barna fra de var seks måneder gamle. I tillegg ga 23 % av foreldrene sukkerholdige mellommåltider og sukkerholdig drikke om natten til barnet, og 7 % av vestlige barn hadde karies, mens hele 53 % av barna med ikke-vestlig bakgrunn hadde karies. Barn med ikke-vestlig bakgrunn hadde dårlig kosthold- og børstevaner. Ikke-vestlig bakgrunn, synlig plakk og karies og hadde stor sammenheng med kariesutviklingen. Studien kom også frem til at innkalling fra toårsalderen hindret ikke kariesutvikling hos barna (Baumgartner, Wigen & Wang, 2016).

En studie gjennomført i Wisconsin i USA i 2016 gikk ut på at tannpleiere skulle prøve ut 18 forskjellige kommunikasjonsteknikker for pasienter med *low oral health literacy* - manglende forståelse for oral helseinformasjon. Resultatet viste at motiverende samtale- MI, sammen med noen elektroniske hjelpemidler, var den kommunikasjonsmetoden som ga best resultat i veiledning og førte til endringer hos foreldrene, se tabell 3 (Flynn, Schwei, VanWormer, Skrzypcak & Acharya, 2016). Også Småtann-prosjektet anbefaler bruk av MI-metoden på pasienter med ikke-vestlig bakgrunn, fordi MI videreformidler kunnskap og oppfordrer til motivasjon og endringer av holdninger og vaner (Skeie et al. 2011). I tillegg anbefaler en annen studie metoden: tell-show-do. Dette er for å lære grunnleggende kunnskap om generell tannhelse og munnhygiene, spesielt for det som ikke eller i liten grad har kjennskap til det fra før (Baumgartner et al. 2016).

Tabell 3. Inkluderte artikler i oppgaven. En oversikt over resultatet av inkluderte vitenskapelige artikler, og en forklaring over hensikt og metoden med forskningen.

Forfatter, år, forskningsspørsmål, tidsskrift	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
Skeie M. S, Espelid I, Klock K. S, Skaare A & Holst, D. (2011) "SMÅTANN-prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse" <i>Den Norske Tannlegeforenings Tidende</i>	Samle informasjon om kariessituasjonen til 3-5 åringer. Samt kartlegge foreldrenes kunnskap og holdninger til tannhelse.	Kvantitativ og kvalitativ studie. Spørreskjema, dybdeintervju og klinisk undersøkelse	1202 barn 1113 foreldre	Kariesforekomsten var betydelig høyere hos ikke-vestlige barn i forhold til vestlige.
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" <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i>	Kartlegge karies blant innvandre og ikke innvandrerbarn. Samt identifisere forskjeller i forelderens kultur, etniske verdier og holdning relater til oral helse og karies.	Kvantitativ og kvalitativ studie. Klinisk og radiologisk undersøkelse, spørreskjema	735 barn	Holdning relatert til oral helse og karies utgjør største forskjellen mellom vestlig og ikke-vestlige foreldre. Innvanderer bakgrunn, sukkerinntak og sosioøkonomisk status er årsaken til kariesforekomst blant 3-åringer.
Wigen T. I & Wang N. J. (2009) "Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children" <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i>	Undersøke sammenheng mellom karies hos 5-åringer og deres bakgrunn	Kvantitativ og kvalitativ studie. Klinisk og radiologisk undersøkelse, spørreskjema	523 barn	Foreldre med lav utdanningsnivå, ikke-vestlig bakgrunn og ugunstige holdninger utgjør at disse barna tilhører høyrisikogruppen.
Flynn P, Schwei K, VanWormer J. Skrzypczak K & Acharya A. (2016) "Assessing Dental Hygienists' Communication Techniques for Use with Low Oral Health Literacy Patients" <i>The Journal of Dental Hygiene</i>	Studere ulike kommunikasjonstekniker til pasienter med manglende oral helseinformasjons forståelse.	Kvantitativ og kvalitativ studie. Tannpleiere testet 18 ulike kommunikasjonstekniker på foreldre med manglende oral helseinformasjons forståelse.		Resultatet viste at MI-metoden er en nyttig kommunikasjonsteknik k for pasienter med manglende forståelse for helseinformasjon.
Baumgartner C. S, Wigen T. I & Wang N. J. (2016) "Behandlingsmuligheter ved tandvårslråds hos barn och vuxna" <i>Den Norske Tannlegeforenings Tidende</i>	Beskriver kariesutviklingen hos barn som hadde første kontroll som 2 åringer	Kvantitativ studie. Standardiserte anamnesticke opplysninger, kliniske undersøkelse.	495 barn	Innkalling og individuell oppfølging på tannklinikken fra to år hindret ikke videre kariesutvikling.
Skaare A. B, Afzal S. H, Olli E & Espelid I. (2008) "Holdninger og vaner hos innvanderforeldre - oppfølgingsstudie etter SMÅTANN-undersøkelsen" <i>Den Norske Tannlegeforenings Tidende</i>	Kartlegge hvordan innvandrerbarn i førskolealder kan få bedret tannhelsen, og foreldrenes holdninger.	Kvalitativ studie. Standardiserte spørreundersøkelse og dybdeintervju.	13 familier (og resultat fra SMÅTANN undersøkelsen)	Ugunstige tannbørste- og kostholdsvaner, språkutfordringer, lite kunnskap er noen faktorer hvorfor innvandrerbarn får dårlige tannhelse enn norske barn.

5. Drøfting

Tannpleiere skal ivareta god oral helse hos barn og ha fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. I følge tannhelsetjenesteloven (1983) er barn fra 0- 18 år en prioritert gruppe i tannhelsetjenesten, uavhengig av nasjonalitet. Innvandrerbarn med ikke-vestlig bakgrunn er en høyrisikogruppe på grunn av foreldrenes holdninger og manglende kunnskap (Wang & Wigen, 2009). Derfor er det viktig at tannpleieren har god kompetanse i det kliniske arbeidet, men også i forskjellige kommunikasjons- og veiledningsteknikker til å motivere pasientene, som i dette tilfellet er foreldrene.

Arbeid med innvandrerbarn kan føre til utfordringer når det gjelder både språk og kulturforskjeller, foreldrenes holdninger og oral health literacy. For å svare på problemstillingen: *“hvordan kan tannpleier veilede innvandrerforeldre om treåringens tannhelse?”* tar vi utgangspunkt i oppgavens bakgrunn og forskningsresultatene. Vi skal drøfte veiledning og kommunikasjonsteknikker og se på de positive og negative sidene. For å få en helhetlig forståelse om hvordan vi skal veilede, må vi også diskutere sosioøkonomiske forhold, holdninger, kulturell bakgrunn hos foreldrene og hvordan disse faktorene påvirker tannhelsen hos treåringer.

5.1 Veiledning

Barn opp til toårsalder blir fulgt opp på helsestasjonen. Helsesøster skal se etter plakk, synlig karies eller andre tegn til dårlig tannhelse, men det blir ikke foretatt en grundig sjekk i munnhulen. Er det avvik skal barnet henvises til tannklinikk for nøyere undersøkelse (Misvær & Lagerløv, 2013). Tannpleier skal ha et tett og godt samarbeid med helsestasjon, og ha jevnlig undervisning for helsesøster, for at de skal ha kunnskap og holde seg oppdatert om barns tannhelse. Foreldrene i barselgrupper skal få veiledning og undervisning av tannpleiere, hvor det er fokus på amming, tannfrembrudd, smokkbruk og kosthold. Helsestasjonen er gjerne første møte mellom tannpleier, barnet og foreldrene, før den obligatoriske treårskontrollen på tannklinikken (Statens helsetilsyn, 1999).

Barn med ikke-vestlig opprinnelse har høyere risiko for å utvikle tannhelseproblemer, det er viktig at denne gruppen får nøye oppfølging og veiledning (Wigen & Wang, 2009). En studie som undersøkte om innkallinger av toåringers til tannpleier og om individuell oppfølging kunne forebygge karies hos barnet før femårsalder, viser at tiltakene ikke påvirket utviklingen. Barn som i utgangspunktet var kariesfrie, utviklet ikke karies, mens barna i risikogrupperne som hadde synlig plakk, karies, uheldig tannhelsevaner og ikke-vestlig opprinnelse viste sammenheng med kariesutvikling. Det betyr at tidligere innkalling hindret ikke de dårlige vanene (Baumgartner et al. 2016). Vi finner dette interessant, siden tre andre studier anbefaler individuell veiledning til småbarnsforeldre med ikke-vestlig bakgrunn. Småtann-prosjektet anbefaler bruk av MI, og Flynn konkluderer med at MI er den beste veiledningsmetode å bruke på pasienter med oral health literacy. Felles for alle artiklene var at de anbefalte mere forskning på dette området (Skeie et al. 2011; Flynn et al. 2016). Det kan tyde på at ulike veiledningsteknikker gir ulikt resultat. Tell-show-do metoden fungerer bra hos voksne og barn som ikke har kunnskap og erfaring innen tannhelse, og som skal introduseres for første gang til tannhelseverden. Når barn kommer på treårskontroll, er dette deres første ordentlige møte med tannklinikken. Tannpleieren skal kartlegge barnets tannhelse og skape et grunnlag til samarbeid mellom barnet og foreldrene (Mejåre et al. 2008, s. 16-25).

Tell-show-do

Det er store forskjeller på treåringers, og noen av dem er ivrige og nysgjerrige, mens andre barn er mer sjenerte og tilbaketrukne. Dette møtet kan gjøre et stort inntrykk på barna og vi må gå varsomt frem. Tannpleier må være klar over at ikke alle treåringers har et godt språk og kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg (Mejåre et al. 2008, s. 16-25). Også for foreldre med ikke-vestlig bakgrunn kan besøket på tannklinikken være en ny erfaring. Det er viktig at tannpleieren tar hensyn og ikke overkjører dem, men skaper en god relasjon og tillit. Først forteller tannpleieren hva som skal skje, deretter viser hva som skal gjøres, og tilslutt gjennomføres dette. På denne måten føler barnet og foreldre seg trygge og de har mulighet til å kontrollere situasjonen (Baumgartner et al. 2016).

Vi vil beskrive hvordan en tannpleier kan gå frem ved bruk av tell-show-do metoden. En gutt som for første gang besøker tannklinikken for treårskontroll, kommer sammen med mor som snakker dårlig norsk. Tannpleier har fått god kontakt med både mor og barn inne på behandlingsrommet. Hun spør om barnet vil sette seg i behandlingsstolen alene eller på fanget til mor. Gutten vil heller sitte på fanget til mor der han føler seg trygg.

Tannpleieren begynner med å vise frem forskjellige instrumenter, lampe, speil, sonde og treveissprøyte eller “*tellepinne*” og “*blåseren*” som er fine ord å bruke til barn. Hun blåser ut luft av treveissprøyta og barnet skvetter litt på grunn av lyden, tannpleier forklarer at dette er vind som kommer ut, og det “*kiler*”, hvis vi blåser på hånda. Deretter blåser hun på sin egen og mor sin hånd, barnet ler og synes det ser gøy ut. Tannpleier spør om det er greit at hun blåser på barnets hånd, og det er greit. Han synes det kiler litt, men synes ikke den er skummel lengre. Neste steg er å blåse på fortanna til gutten, noe som er ok for han. Han får skryt om hvor flink han er, tilliten er vunnet, og det er på tide å gå videre til neste steg. Nå kan tannpleier jobbe seg videre bakover i munnen. Denne metoden blir brukt med de andre instrumentene også. Når gutten er trygg kan tannpleieren foreta en grundig undersøkelse. Hvis barnet motsatte seg undersøkelsen, hadde det også vært greit. Tannpleieren kunne utelatt det og prøvd igjen neste gang, eller bruke andre tiltak. De kunne fått med seg forskjellig utstyr som engangsspeil, tannbørste, hansker og munnbind til å øve med hjemme. Med tilvenning og veiledning blir barnet kjent med situasjonen og tryggere til neste gang. Det er viktig å respektere barnet sine ønsker og grenser. Med denne metoden har tannpleier vist og forklart barnet hva som skal skje, samtidig har mor blitt inkludert og vist hvor det eventuelt er plakk og hvor det er viktig og pusse godt (Mejåre et al. 2008; Berggren et al. 2003).

Tell-show-do er en grunnleggende instruksjonsteknikk som skal videreformidle basiskunnskap om tannhelse. Teknikken egner seg bra når tannpleieren skal instruere i pusseteknikk hos treåringer og andre praktiske gjennomføringer. For å nå frem til pasienten og motivere til positive endringer gjennom veiledning, finnes det andre metoder som anbefales, for eksempel Motivational Interviewing - MI (Flynn et al. 2016).

Motivational Interviewing – MI

MI er en veiledning- og samtalemetode for å motivere pasienten til en livsstilsendring. Denne metoden er et enkelt og godt verktøy som egner seg bra for tannhelsepersonell. Pasienter kan ofte føle seg underlegne i forhold til tannpleieren i en behandlingssituasjon og derfor mener Ivarsson & Sjögren at MI kan være en fin måte å få kontakt med pasientene på. Kontakten er viktig for at pasientene skal kunne ta til seg veiledning fra behandleren. Tannpleiere har som regel kort konsultasjonstid sammen med pasientene på klinikken, derfor er MI en god løsning når en slik samtale ofte varer kortere enn 20 minutter og kan bidra til å sette i gang tankeprosessen (Ivarsson & Sjögren, 2013).

Det viser seg at MI-samtale har god effekt på ikke-vestlige innvandrereforeldre som strever med å forstå informasjon om oral helse (Flynn et al. 2016). Dette er fordi under en MI samtale skal tannpleieren unngå å gi direkte råd, men heller spørre om å få gi råd, når det er nødvendig. MI handler i stor grad om å etablere en god relasjon med pasienten og fokusere på saken som i dette tilfellet er barnets tannhelse. Oppgaven til tannpleiere er å hente frem motivasjon og styrke beslutningen til foreldrene. Samtalemotoden går ut på at både tannpleier og foreldrene er like viktige og aktive i samtalen. I begynnelsen av samtalen skal tannpleieren være strategisk aktiv og ha en empatisk forståelse ovenfor pasienten, mor og far (Barth & Näsholm, 2007). Sammen skal tannpleieren og foreldrene reflektere hva som blir sagt, og tannpleier passer på at pasienten er i fokus. Foreldrene vet best om seg selv, barnet og rutiner, mens tannpleier har fagkunnskap, og erfaringer om hva som har vært til hjelp på tidligere pasienter (Flynn et al. 2016).

Skal tannpleier klare å forstå pasientens perspektiv og verdier, må de bruke MI sine fire grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som er åpne spørsmål, refleksjon/speiling, sammendrag og bekreftelse. Tannpleieren skal unngå lukkede spørsmål som kan besvares med ja, nei eller andre korte svar. Vi skal bruke åpne spørsmål med spørreord som hva eller hvordan. På denne måten kan pasienten åpne seg og gi et "fortellende" svar om det de vil snakke om. Tannpleier må vise interesse, dette stimulerer samarbeidet og får pasienten til å fortelle mer. Jo mer pasienten forteller, desto bedre kan tannpleieren tilpasse veiledningen og sannsynligheten for å overse noe viktig minsker. Et eksempel der tannpleier stiller et lukket spørsmål til mor med småbarn: "*Har det gått bra siden sist?*" Der kan mor kort svare ja eller nei. Hvis tannpleier stiller åpent spørsmål: "*Fortell, hvordan har det gått siden sist med tannpussen?*" Nå blir mor nødt til å fortelle mere og utdype svaret.

Refleksjon og speiling betyr å lytte og fortelle tilbake. Ved bruk av enkel refleksjon, skal tannpleier repetere det pasienten forteller. Ved kompleks refleksjon speiler tannpleier underliggende følelser og meninger. Refleksjon gjøres gjennom hele samtalen og hjelper til med å oppklare pasientens tanker, og det de selv har sagt. Det fører til bedre selvinnsikt. Pasienten opplever å bli sett og stimuleres til å fortelle mer.

I oppsummerings- delen gir tannpleier et referat om hva som har blitt gjennomgått. Her skal tannpleier presisere de viktigste forandringer pasienten trenger å gjøre. Motivere og forsterke pasientens synspunkter i en positiv retning er det som vektlegges.

Pasienten trenger bekreftelse, det kan tannpleier gi ved å vurdere pasientens gode egenskaper, styrke, kompetanse og anstrengelser. Eksempler: *“Du er en person som virkelig bryr deg om tannhelsen til barnet ditt”* og *“Jeg ser du har klart å pusse godt på fortennene til barnet - se hvor fine de er”*. Det går ikke an å overdrive bekræftelsen, og det sies at dette er den mest kraftfulle sidene ved en MI-samtale (Ivarsson & Sjögren, 2013).

MI har mange gode sider ved seg, i tillegg til noen utfordringer. Det er flere momenter som skal være tilstede før denne samtalemotoden er god nok å benytte i praksis. Skal pasienten få noe ut av denne type samtale, er det grunnleggende at tannpleieren har god kunnskap og erfaring innen MI. Om tannpleieren ikke klarer å beherske MI-teknikkene, vise empati og reflektere godt, mister vi hovedprinsippene i en MI-samtale og budskapet kommer ikke frem. Pasienten kan føle seg misforstått og det går ut over samarbeidet til tannpleieren. Det kreves derfor mye trening og læring for å bli god til å gjennomføre en MI-samtale på en profesjonell måte (Barth & Näsholm, 2007, s. 13-43).

Pasienter med ikke-vestlig bakgrunn har ofte mere karies og andre orale plager, derfor blir undersøkelsen mer tidkrevende (Wang & Wigen, 2009). Utfordringer i Den offentlige tannhelsetjenesten er stort tidspress og tannpleieren har liten tid til rådighet til å fullføre en MI-samtale, da en recall varer i ca. 20 minutter. Mesteparten av denne tiden brukes til klinisk- og røntgenundersøkelse. Språkutfordringer hos foreldre med ikke-vestlig bakgrunn kan kreve mye av behandlingstiden, og det blir lite rådighet igjen til en god MI-samtale. Det er viktig at tannpleier journalfører det som blir sagt, slik at de har mulighet til å kalle inn pasienten og ta opp igjen samtalen ved en senere anledning. Skal en MI-samtale gi resultater til endringer hos pasienten, er det nødvendig med korte og hyppige samtaler som setter i gang tankeprosesser (Ivarsson & Sjögren, 2013).

Siden barn med ikke-vestlig bakgrunn tilhører en risikogruppe, er det nødvendig å ha hyppigere innkallelser med korte intervaller. Fordi målet er å forebygge karies, veilede foreldrene om tannhelse og ha tid til å gjennomføre en MI-samtale. Den offentlige tannhelsetjenesten har som agenda å redusere helseforskjeller hos barn med lav sosioøkonomisk bakgrunn og tilpasse forebyggende tiltak (Wang & Wigen, 2009). Men tidspresset og mangel på ressurser kan bli til en utfordring og mange tannpleiere har ikke tilstrekkelig med tid til å innkalle treåringer med innvandrerbakgrunn, like ofte som det er nødvendig. Så lenge det ikke er nok tid til overs for en MI-samtale, er denne teknikken ikke en god kommunikasjonsmetode (Ivarsson & Sjögren, 2013).

For å reflektere og se på svakheter i de inkluderte forskningene, ser vi at noen av de kunne hatt gått dypere inn i hvordan veiledningen skal gjennomføres og hvilke spesifikke tilretteleggelse innvandrereforeldre med ikke-vestlig bakgrunn behøver.

Tolk

I en veiledningssituasjon er det viktig at budskapet kommer korrekt frem til både barnet og foreldrene. Ved kommunikasjon gjennom tolk er hensikten å videreformidle et budskap eller informasjon når tannpleieren og mottakeren har vanskeligheter med å forstå hverandre. I arbeid med ikke-vestlige innvandrere kan bruk av tolk være til hjelp når det foreligger en språkbarriere. Dette er til stor hjelp for både tannpleieren og pasienten (Hanssen, 2011).

Det finnes forskjellige måter å benytte seg av tolk, tannhelsetjenesten bruker mest nær- og fjerntolk/ telefontolk. Ulike veiledningsmetoder krever ulik tolkning. I situasjoner hvor tannpleieren skal få frem et lite budskap eller informasjon, er telefontolk et godt alternativ. Men på den andre siden er det ikke mulig å fjerntolke tell-show-do teknikk over en telefon, da en må være fysisk tilstede. I en generell veiledning foretrekkes det nærtolk, fordi tannpleieren får bedre kontakt med pasienten. Samtidig har vi muligheten til å stille kontrollspørsmål og forsikre oss at budskapet er forstått (Helsedirektoratet, 2011). Ulempen med bruk av tolk er at vi kan risikere at veiledningen, informasjon og budskapet ikke kommer tydelig eller korrekt frem. Vi har opplevd i praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten at barn med ikke-vestlig bakgrunn oversetter for foreldrene sine. Dette er verken forsvarlig eller lovlig (Statens helsetilsyn, 1999). Tannpleieren har ikke kontroll over hva barnet videreformidler til sine foreldre og skal heller ikke belastes med ansvaret og oppgaven til en tolk. For å unngå feiltolkning, skal tannpleieren benytte seg av kvalifisert tolk (Hanssen, 2011).

I løpet av oppholdet i Indonesia har vi personlig erfart fordeler og ulemper med å samarbeide med tolk. Undervisningen vi fikk på skolen sammen med lokale sykepleierstudenter, foregikk på indonesisk. Foreleseren snakket først i 20 minutter på indonesisk, tilslutt oversatte tolken til norsk på mindre enn fem minutter. Vi opplevde å være den andre parten som ikke forsto hva som blir sagt og vi synes det var vanskelig å oppfatte budskapet. Denne erfaringen hjalp oss med å forstå hvordan innvandrereforeldre kan føle seg i en veiledning der vi benytter tolk. Vi har lært hvor viktig det er å holde øyekontakt og inkludere dem vi snakker til og ikke fokusere på tolken. Både i samarbeid med sykepleierstudenter og intervjurunden i landsbyen opplevde vi hvor mye vi fikk formidlet gjennom tolk, men

samtidig hvor lett misforståelser kan oppstå. I en veiledning ved bruk av tolk, kan det være vanskelig med refleksjon og at budskapet ikke kommer frem, dermed mister vi hovedprinsippene i en MI-samtale (Barth & Näsholm, 2007). Vi har som oppfatning at bruk av tolk er et godt hjelpemiddel for å videreformidle konkrete beskjeder eller informasjon til ikke-vestlige innvandrerforeldre.

5.2 Ikke-vestlige innvandrerforeldre

Gode vaner dannes tidlig og skaper grunnlaget for livsstilen i voksen alder. Derfor fokuserer vi på veiledning av innvandrerforeldre. De har ansvaret for å skape gode holdninger og vaner for treårningen og de har ansvar for tannhelsen og barnets grunnleggende behov. Tannpleieren skal veilede foreldrene slik at de selv kan være et godt eksempel og få kunnskapen til å danne livsstil og gode tannhelsevaner for seg selv og barnet (Misvær & Lagerløv, 2013).

Sosioøkonomiske forhold

Tannpleiere skal forebygge orale og generelle helseplager både hos barn og voksne, og vi arbeider ut ifra fagbasert kunnskap, mens mange av innvandrerforelder spesielt mødre ikke har samme utgangspunkt og ofte har lav til ingen utdanning (Skaare et al. 2008). Dermed oppstår det en utfordring i hvordan en tannpleieren skal veilede en mor med ulik kulturell bakgrunn og lav kunnskap, uten å fornærme henne. Fem studier fant forbindelser mellom lav utdanning hos foreldrene og kariesforekomst hos barn. En norsk studie påstår at muligheten øker opp til tolv ganger om foreldrene har lite utdanning og ikke-vestlig bakgrunn. Lav utdanning og sosioøkonomisk status henger sammen med manglende oral helseforståelse - health literacy (Wang & Wigen, 2009). Det betyr at innvandrerforeldrene ikke har like store forutsetninger til å ta imot informasjon om barnets tannhelse. De kan ha utfordringer med å tilegne seg ny kunnskap og forstå gitt informasjon, særlig på et fremmed språk, selv om vi tannpleier formidler det på en lett og forståelig måte. Innvandrerforeldre med høyere utdanning eller sosioøkonomisk status, har større forutsetninger til å tilegne seg gitt informasjon. Foreldrene som strevde med å forstå tannhelseinformasjon, etterlyste mer konkret informasjon om tenner, tannpuss og kosthold på foreldrenes morsmål. I tillegg ønsket de seg bilder av barn med ulike grader av karies, og de mente dette kan virke motiverende for å forbedre munnhygien til barna (Skaare et al. 2008). Ut ifra dette ser vi hvor viktig det er å spørre pasienten hva de kan, hva de vil lære og hvordan tannpleieren skal veilede.

Kultur og kommunikasjon

Kulturell bakgrunn kan påvirke tannhelsen og forskningen bekrefter dette. På tannklinikken kommer vi til å møte på pasienter med ulike kulturer. For å kunne veilede må vi være i stand til å sette oss inn i den andre sin situasjon og forstå hvordan de opplever omverden, hvilket utgangspunkt de har og ikke minst den kulturelle bakgrunnen og den kulturelle betraktningssmåte (Skeie et al. 2011).

I verbal kommunikasjon kan språkbarrieren by på utfordringer til å kunne forstå hverandre, når vi har forskjellig morsmål. Tidligere nevnt, er bruk av tolk et godt hjelpemiddel der språk er en hindring for gjensidig kommunikasjon. Uavhengig av foreldrenes norskkunnskaper, er det viktig at tannpleieren uttrykker seg rolig, tydelig og på en forståelig måte, men uten at pasienten føler seg ukomfortabel og forlegen på grunn av språkvanskeligheter (Flynn et al. 2016). Ofte har språk en tvetydig betydning, og det er lett å at misforståelser og feiltolkninger oppstår, på grunn av kulturell bakgrunn. Det er ikke bare hva vi sier som har en betydning, men også måten vi uttrykker oss på (Hillestad & Sørensen, 2007).

Når vi skal veilede innvandrerforeldre, må vi ha gjensidig forståelse for hverandre. Ikke bare språk og ord har en betydning, men også hvordan vi kommuniserer med kroppsspråk og hvordan vi tolker hverandres budskap. Kultur preger generelt kommunikasjon og atferd. Vi har forskjellige måter å ta imot informasjon og hvordan vi forholder oss til verdier og holdninger (Hillestad & Sørensen, 2007). Tannpleiere skal jobbe tverrkulturelt, og vi må ha kunnskap om at det er store kulturelle forskjeller, som for eksempel hvordan blikkontakt oppleves under veiledning. I noen kulturer er det respektløst å ha mye blikkontakt, mens i andre kulturer forventes det (Miller & Rollnick, 2016). Tannpleieren skal respektere kulturelle ulikheter og tilpasse seg disse, skape trygge og fordomsfrie omgivelser overfor pasienten, slik at de kan føle seg ivaretatt og er åpen for veiledning. Vi kjenner ikke til pasientens bakgrunn og hvilke opplevelser de har fra tidligere, som gjorde at tannhelsen ikke har blitt prioritert. De skal ikke dømmes på grunn av dårlig tannhelse, men hjelpes videre (Kumar & Viken, 2010).

Kosthold er også en viktig del av kultur og er ulik fra land til land. Mødre med asiatisk bakgrunn har et større forbruk av sukker, dermed får også barna et mer sukkerholdig og fettrik kosthold og større inntak av sukkerholdig drikke og mer småspising (Skeie et al. 2011). Vi kan finne sammenheng med vår egen erfaring fra Asia og norsk forskningsresultat.

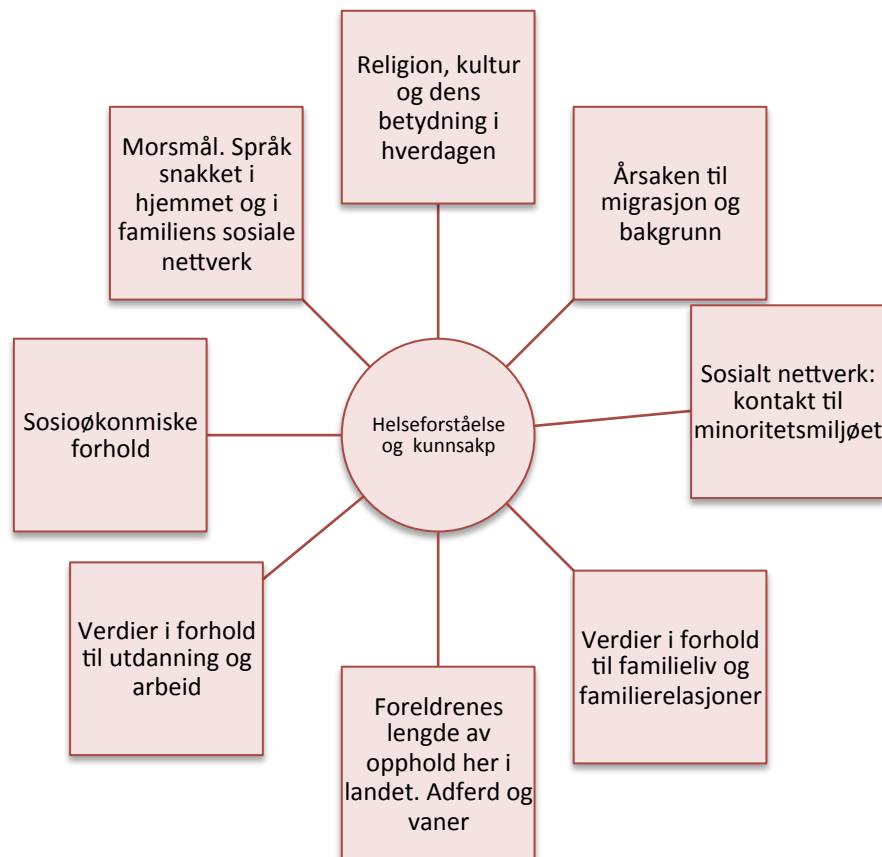
I Indonesia opplevde vi at sukker og fettrik mat var en stor del av det daglige kostholdet. Usunne snacks og søtsaker var billigere og mer tilgjengelig enn fersk frukt og grønt. Forskjellige kulturer definerer hva som er sunt og usunt kosthold ulikt. Tannpleierens oppgave blir gjennom veiledning å videreformidle forskningsbasert kunnskap om kost og ernæring, som er helsefremmende men også hvilke konsekvenser det innebærer. På den andre siden må vi respektere pasientens tradisjonelle matvaner fra sitt hjemland, men samtidig skal vi informere foreldrene om hvordan kosthold påvirker tennene til barnet. Kommunikasjonen skal foregå på pasientens nivå og viktig informasjon gis på en forståelig måte. Det anbefales å stille spørsmål til foreldrene om barnets kosthold, for å danne et helhetlig bilde, slik at veiledningen kan tilpasses (Helsedirektoratet, 2016). Tell-show-do er en innførende kommunikasjonsmetode, og sammen med de ønskede hjelpemidler fra innvandrerforeldre, som informasjonsbrosjyre, video og illustrasjoner på pasientens morsmål, kan vi oppnå motivasjon til endringer under treårskontrollen. Tannpleieren har et ansvar for å gi disse foreldrene det nødvendige hjelpemiddel, via profesjonell veiledning og kommunikasjon. Når basiskunnskapen er på plass, anbefales det at tannpleieren fortsetter med MI-metoden som kostholdsveiledning. Innvandrerforeldre skal reflektere selv, og sammen med tannpleieren for å endre holdninger og forstå konsekvensen av et ugunstig kosthold (Skeie et al. 2011).

Det er ikke lett å endre holdninger. Vi har selv erfart hvordan det er å veilede en gruppe mennesker med dårlige holdninger til helse og tannhelse. Under prosjektpraksis i Indonesia underviste vi lokalbefolkningen i tannhelse og hjerte- karsykdommer, som de selv valgte som tema. Sammen med de lokale sykepleierstudentene og tolk holdt vi foredraget, men merket fort at interessen var liten. Vi har i ettertid drøftet mye rundt dette og har kommet frem til mange årsaker, som lite kunnskap og utdanning, dårlige holdninger, dermed liten forståelse og vanskeligheter med å ta imot ny kunnskap. Befolkningen var en religiøs gruppe, og holdt seg til gamle tradisjoner, dem stolte ikke på det som profesjonelt helsepersonell lærte dem. Vi fikk et inntrykk av at dem levde flere år lengre bak i tid, enn det vi gjør i Norge i dag. Befolkningen var også fornøyd med sin situasjon og ønsket ikke livsstilsendringer, dette kom frem i intervjuet/spørreundersøkelsen.

Tannpleieren bør ha kunnskap om familiens situasjon og kultur, for å tilpasse individuell veiledningen og for å oppnå ønsket resultat. Hvordan veiledningen vil gå, er avhengig av forskjellige forutsetninger av kulturelle aspekter (Wigen & Wang, 2009). Det er viktig å ikke ha stigmatiserende forventninger, og danne et eget bilde om familiens atferd og kultur.

Kandidatnummer: 20 & 23 35

Derimot skal vi ha et helhetssyn og forståelse for treåringens og familiens bakgrunn. Figur 3, er et verktøy som oppsummerer hvilke elementer vi foreslår en tannpleier kan benytte seg av til å forberede en veiledning som tilpasses hver enkelt pasient og familie (Skytte, 2008).



Figur 3: Kulturelle aspekter. Forklarende oversikt over en families forskjellige kulturelle aspekter. Egenlaget figur, inspirert av Skytte, 2008. Høgskolestudent, 20 og 23. Brukt med tillatelse.

Folkehelse og veiledning

En av tannpleierens viktigste oppgaver er helsefremmende og forebyggende arbeid, ved å ha undervisning for befolkningen uavhengig av bakgrunn, kunnskap og kultur. Tannpleieren skal jobbe for å skape empowerment sammen med innvandrerforeldre. De skal ha muligheter til mestring og avgjørelser om sin egen og barnets tannhelse. Foreldrene skal ha tro på seg selv, og nok kunnskap til å kunne ta riktige valg. Opplevelsen av å ha kontroll over eget liv, styrker selvbildet og mestringsfølelsen, som har gode konsekvenser for mental og fysisk helse. Tannpleieren skal gjennom veiledning gi kunnskap, støtte og styrke pasienten slik at de selv kan påvirke sin og barnets livssituasjon (Mæland, 2010). Kunnskap om pasientens ståsted kan gi tannpleieren hjelp til å se hvem som trenger ekstra støtte og veiledning. Salutogenese har mye å bety for hvordan vi mennesker takler sykdom og hendelser i livet.

Gode ressurser for den enkelte, er sosialt nettverk, god økonomi, stor tilhørighet, høy egenstyrke og religion (Mæland, 2010). På grunnlag av dette ser vi også nødvendigheten med at tannpleieren har god kunnskap om familiens kulturelle aspekter, som vi har beskrevet i figur 3, for å tilrettelegge til veiledning. Den andre siden ser vi også utfordringene ved å kunne få all denne informasjonen fra pasientene før veiledning. Det er ikke alltid tannpleier i Den offentlige tannhelsetjenesten, har tid eller ressurser til å innhente all informasjon. I tillegg må vi respektere pasientens privatliv, og tannpleieren har taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §21). Om vi snur situasjonen og forestiller at vi er hos tannpleier, og hun stiller spørsmål om privatliv, økonomi, vaner, kultur og religion, ville vi ha reagert. Vi hadde stilt spørsmål på hvorfor dette er relevant for en tannpleieren å vite. Derfor er vi av den oppfatningen at spørsmål om kulturelle aspektene skal stilles på en profesjonell måte, slik at pasientens privatliv og integritet blir ivaretatt (Skytte, 2008).

I praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten hadde vi sammen med vår praksisveileder en gutt på seks år, med ikke-vestlig bakgrunn, som pasient. Han ble fulgt av sin far og begge behersket norsk bra. Gutten virket ivrig og nysgjerrig. Under undersøkelsen fant vi et kariesangrep (grad 4) på en av molarene og mye plakk. Det viste seg at gutten får daglig Coca-Cola, godteri på hverdagen og drikker mye te med tilsatt sukker. Forskningen vi har brukt gjennom oppgaven viste også at innvandrerfamilie med ikke-vestlig bakgrunn ofte har usunne kostholdsmønstre (Skaare et al. 2008). Faren satte seg i forsvarsmodus med en gang og forklarte at gutten maser og forsyner seg selv. For han var det viktig å forklare at han visste godt hvor skadelig sukker er for tennene og ga skylden på mor for kariesangrepet og den dårlig munnhygien. Samtidig forklarte far at mor er ettergivende og lar gutten få brus, søtsaker og la ham slippe unna tannpussen. Samme forskningen viser også at ettergivenhet og grensesetting er et større problem for mødre med ikke-vestlig bakgrunn i forhold til norske mødre (Skaare et al. 2008).

Praksisveilederen bestemte seg for at en MI-samtale kan være den beste metoden for å veilede far i både tannhelse og kosthold. Hun stilte åpne spørsmål, reflektere og han var åpen for å motta råd om barnets tannhelse. Det satte i gang en tankeprosess hos far, etter at hun spurte hvem som kjøper brus og godteri og hvem som har ansvar for grensesetting og tannhelsen til barnet. Gjennom refleksjon med veilederen klarte de å hente fram motivasjonen og var villig til å gjøre positive endringer. Han innså at det er både mor og far som har ansvaret og at det er foreldrene som danner gode holdninger og vaner hos barnet. Det er tannpleierens jobb gjennom veiledning å få foreldrene til å reflektere selv og motivere

Kandidatnummer: 20 & 23

til positive endringer. Foreldrene vet best om seg selv og sin familie, dermed kan de på egenhånd, i samarbeid med tannpleieren finne ut hvilke forebyggende tiltak som passer best i deres hverdag. Dette gir makt og kontroll over egne valg (Mæland, 2010).

På oppfølgingskontrollen, to uker senere, fortalte gutten stolt at han ikke har drukket brus eller spist godteri på hverdagen. Far forteller at både han mor har blitt strengere på kosthold og tannpuss. De ønsker å unngå ytterlige tannbehandling, samtidig lære ungene gode vaner og holdninger. Denne egenerfaring et godt eksempel på hva vi ønsker, og kan oppnå med veiledning. Erfaringen beskriver både ugunstige holdninger, manglende kunnskap og andre faktorer som er assosieres med ikke-vestlige innvandrerforelder.

Vi har i ettertid diskutert rundt denne erfaringen og kommer frem til at praksisveilederen veiledet på riktig måte for å skape endringer. Sett i sammenheng med det vi har lært gjennom denne oppgaven, ser vi at det er flere elementer vi ville tatt hensyn til og inkludert i denne veiledningen. Som beskrevet i figur 3, ville vi satt oss mer inn i familiens kulturelle aspekter, for å planlegge tilpasset veiledning (Skytte, 2008). I tillegg foreslår vi at mor blir med til neste kontroll, på denne måten har muligheten til å veilede henne direkte og ikke gjennom far. Selv om han videreformidler informasjonen, har han ikke kompetansen og kunnskapen til å veilede mor på samme måte som en tannpleier.

6. Konklusjon

Gjennom arbeidsprosessen i bacheloroppgaven har vi fordypet oss i veiledning av innvandrereforeldre med ikke-vestlig bakgrunn. Vi har kommet frem til at individuell tilpasset veiledning gir resultater, og det er vesentlig at tannpleieren har mest mulig kunnskap om bakgrunnen til familien for å forstå treåringens behov. Tannpleierens rolle er å veilede, støtte pasienten og gi likt behandlingstilbud, uavhengig av livssyn og kulturell bakgrunn. Ved MI sine grunnleggende kommunikasjonsteknikker får vi bedre kontakt med pasienten gjennom refleksjon og motivasjon til positive endringer. Flynn konkluderte med at bruk av MI-samtale var den veiledningsmetoden som ga best resultat til positiv livsstilsendring hos foreldre med manglende oral helseforståelse (Flynn et al. 2016). Småtann-prosjektet anbefaler også bruk av MI for å endre holdninger og vaner hos ikke-vestlige innvandrereforeldre (Skeie et al. 2011). Tell-show-do er den mest effektive innlæringsmetoden for innvandrere som ikke har hatt noen form for behandling på klinikk tidligere, og som introduseres for tannhelse for første gang (Baumgartner et al. 2016).

I oppgaven har vi vært gjennom både positive sider og utfordringer ved MI og tell-show-do. Vi konkluderer med at begge metodene er gode og nyttige veiledningsteknikker å benytte i praksis, men hver på sin måte, etter situasjon og behov.

Vi er av den oppfatningen av at veiledning med spesielt fokus på MI, burde hatt en enda større del i tannpleierutdanningen, fordi det har stor betydning at tannpleiere har fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Etter arbeidet med denne oppgaven ser vi behovet for mer forskning om veiledning til innvandrereforeldre, og med fokus på kulturelle aspekter.

Litteraturliste

- *Ayub, S. & Hopen, L. (2008). *Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring. Erfaringer – Samarbeid – Muligheter – Eksempler*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter. (1 side).
- Barnelova, LOV-1981-04-08-7. (2016). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven>
- *Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget (30 sider).
- *Baumgartner, C. S., Wigen, T. I. & Wang, N. J. (2016). Innkalling av toåring til tannklinikk - kariesutvikling fra to til fem år. *Nor Tannlegeforen Tid 2016*; 126: 600-5. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2016/8/d2e504> (6 sider).
- *Berge, G. & Vårdal, L. (2007). *Sosiologi og sosialantropologi*. Bergen: Fagbokforlaget (1 side).
- *Berggren, U., Willumsen, T. & Arnrup, K. (2003). Behandlingsmuligheter ved tandvårdsrädsla hos barn och vuxna. *Nor Tannlegeforen Tid 2003*; 113: 34-41. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/asset/2003/P03-01-34-41.pdf> (7 sider).
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2013). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- *Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (1 side).
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- *Denison, E., Lidal, I. B. & Strauman, G. H. (2015). *Effekt av foreldreopplæring for å forebygge karies hos førskolebarn*. (Rapport fra kunnskapssenteret nr. 24, 2015). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av->

[foreldreopplaering-for-a-forebygge-karies-hos-forskolebarn](#) (37 sider).

- *Flynn, P., Schwei, K., VanWormer, J., Skrzypcak, K. & Acharya, A. (2016) Assessing Dental Hygienists' Communication Techniques for Use with Low Oral Health Literacy Patients. *The Journal Dental Hygiene* Vol. 90 Issue 3, s. 162 -169. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a788876-339d-45ba-82b7-9117345ef0ef%40sessionmgr104&vid=4&hid=116> (8 sider).
- *Hanssen, I. (2011) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk (23 sider).
- Helsebiblioteket.no (2017). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk, 2017*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket.no (s.a.). *Alle databaser*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?sort=chronological>
- Helsedirektoratet (2016) *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. (Rundskriv IS-1972). Oslo: Direktoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#prinsipper-i-mi>
- *Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten*. (Rundskriv IS-1924/2011). Oslo: Direktoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf> (18 sider).

-
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §4. (2001).
Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

 - *Hillestad, A. H. & Sørensen A. L. (2007) *Bare reis! Håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag (27 sider).

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

 - *Killén, K. (2007). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning - Et fellesfagelig perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (36 sider).

 - *Kumar, B. N. & Viken, B. (2010) *Folkehelse i migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget (3 sider).

 - *Mejåre, I., Modéer, T. & Twetman, S. (2008). *Pedodonti* (2. utg.). Stockholm: Gothia.

 - Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016) *Motiverende samtale - støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget. (50 sider).

 - *Misvær, N. & Lagerløv, P. (2013). *Håndbok for helsestasjoner 0 - 5 år*. Oslo: Kommuneforlaget. (34 sider).

 - *Mostølen, A., Forsetlund, L. & Straumann, G. H. (2015). Effekten av tidlig tann- og munnhule undersøkelse hos barn i alderen 0 til 5 år. (Rapport fra kunnskapssenteret nr. 25, 2015). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-tidlig-tann-og-munnundersokelse-hos-barn-i-alderen-0-5-ar> (1sider).

 - Mæland, G. J. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlag.

 - Norsk Tannpleier Forening. (2009). *Yrkes etiske retningslinjer for tannpleiere*. Lokalisert på: <http://medlemssiden.tannpleier.no/kunnskap/lover-regler-og-etikk/yrkesetiske-retningslinjer-fra-norsk-tannpleierforening/>

-
- Norsk Tannpleierforening. (2013). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Oslo. Hentet fra: http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf
 - Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
 - Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2015). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
 - *Rienecker, L., Jørgensen, P. S. & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven - Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. ut.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (15 sider).
 - Skeie, M. S. (2006). Karies hos 3 - 10 år gamle barn. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 116. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2006/2/Tidende02-441> (1 side).
 - *Skeie, M. S., Espelid, I., Klock, K. S., Skaare, A. & Holst, D. (2011). Småtannprosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse. *Nor Tannlegeforen Tid*, 2011; 121: 220- 6. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/asset/2011/P11-04-220-6.pdf> (7 sider).
 - *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 Dentistry and Oral Epidemiology* 2006; 34: 103-13. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2006.00256.x/full> (3 sider).
 - *Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk. (33 sider)

-
- *Skaare, A. B., Afzal, S. H., Olli, E. & Espelid, I. (2008). Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre - oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. *Nor Tannlegeforen Tid* 2008; 118: 300- 5. Hentet fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2008/5/dntt-286840> (6 sider).

 - Statens helsetilsyn. (1999). *Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid*. Veiledningsserie IK-2659 (1999) Oslo: Direktoratet. Lokalisert på: https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf

 - Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*, 2017. Hentet fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>

 - Tannhelsetjenesteloven LOV-1983-06-03-54. §1-2, §1-3 (1983).

 - *Tveiten, S. (2008) *Den vet best hvor skoen trykker - Om veiledning og empowermentprosessen*. 2. Opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (159 sider).

 - *Wang, N. J. & Wigen, T. I. (2009). Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2010; 38: 19-28. Hentet fra: [http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1600-0528.2009.00502.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1111/j.1600-0528.2009.00502.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED) (10 sider).

 - *Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. (32 sider).

Antall sider selvvalgt litteratur: 539.