



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Avdelningen för hälsa och miljö

Zara Ehrén & Åsa Karlsson

Munhälsopromotion bland barn

Tandhygienisters hälsofrämjande arbete på individnivå

Oral health promotion in children

The Health promotion work at the individual level by dental hygienists

Karlstad juni 2009

C-uppsats

Handledare: Ulla-Britt Eriksson

Examinator: Anna-Lena Östberg

SAMMANFATTNING

Titel: Munhälsopromotion bland barn – Tandhygienisters hälsofrämjande arbete på Individnivå

Engelsk titel: Oral health promotion in children - The Health promotion work at the individual level by dental hygienists

Institution: Avdelningen för hälsa och miljö, Karlstads universitet

Kurs: Oral hälsa examensarbete, 15 hp

Författare: Zara Ehrén och Åsa Karlsson

Handledare: Ulla-Britt Eriksson

Sidor: 27

Månad och år för examen: Juni 2009.

Nyckelord: Barn, Munhälsopromotion, Pedagogiska strategier, Pedagogiska teorier, Tandhygienist.

Tandhygienisten har en stor roll när det gäller att introducera barnet till tandvården och att arbeta med pedagogik och empowerment, en process där patienten lär sig ta större kontroll över beslut och handlingar, som påverkar barnets orala hälsa.

Syftet var att beskriva hur legitimerade tandhygienister arbetade kliniskt med munhälsopromotion till barn, hur pedagogiska strategier användes och vilka teorier strategierna grundades på.

Metoden var en kvalitativ intervjustudie, som genomfördes som pilotstudie vilket innebar att studien utfördes i liten skala för att testa en intervjuguide.

Resultatet visade att tandhygienisten använde ett salutogent perspektiv och tvåvägskommunikation med barnet och föräldern för att kunna få fram viktig information. Motiverande samtal, ”tell-show-do”-metoden och positiv förstärkning var pedagogiska strategier, som respondenterna tog upp.

Konklusionen är att samtliga respondenter använder pedagogiska strategier, men de visste inte vilken teori som låg till grund för de pedagogiska strategierna. Utifrån svaren konstaterades att den humanistiska traditionen låg till grund för respondenternas arbetssätt. Tandhygienistens kunskap om pedagogiska strategier och teorier är begränsad. Detta indikerar att pedagogik, som ett obligatoriskt ämne i tandhygienistutbildningen, är betydelsefullt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BARNES UTVECKLING	1
BARN OCH MUNHÄLSOSJUKDOMAR	2
ORAL HÄLSOPROMOTION	2
PEDAGOGISKA TEORIER	3
PEDAGOGISKA STRATEGIER	4
PEDAGOGIK FÖR BARN INOM TANDVÅRDEN	4
TANDHYGIENISTPROFESSIONEN	5
TIDIGARE FORSKNING	5
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	5
METOD	6
DESIGN	6
POPULATION OCH URVAL	6
INTERVJUGUIDEN	6
DATAINSAMLING	7
DATABEARBETNING / ANALYS	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
RESULTAT	8
TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM MUNHÄLSOFRÄMJANDE ÅTGÄRDER	8
TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM KLINISKT MUNHÄLSOARBETE	8
Barnets personlighet och utveckling samt föräldrar och familj	9
Riskfaktorer	10
KLINISKT MUNHÄLSOARBETE I PRAKTIKEN	10
SVÅRIGHETER VID MUNHÄLSOARBETE MED BARN	12
Kliniskt arbete	12
Språksvårigheter	13
Begåvningshandikapp	13
TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM MUNHÄLSOINFORMATION	14
Planering och miljö	14
Vad barnet vet	14
TANDHYGIENISTENS ANVÄNDNING AV PEDAGOGISKA STRATEGIER	15
Barnet i fokus	15
Föräldrar	16
PEDAGOGISKA TEORIER I TANDHYGIENISTENS ARBETE	16
Andra grunder för arbetet	17
DISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	17
METODDISKUSSION	18
KONKLUSION	18
REFERENSLISTA	19
INTERVJUGUIDE	BILAGA 1
INFORMATIONSBREV	BILAGA 2
SAMTYCKESBLANKETT	BILAGA 3

INTRODUKTION

Tandvården arbetar med barn redan i ett tidigt skede av barnets liv. Sitt första besök inom tandvården gör barnet redan som 3-åring. Det är viktigt att tandhygienisten har kunskap om barnets olika utvecklingsstadier eftersom tandhygienisten bör anpassa sina pedagogiska strategier efter barnets utveckling. Tandhygienisten har här en stor roll när det gäller att introducera barnet till tandvården (Mejäre et al, 2005).

BARNES UTVECKLING

Barns utveckling följer ett specifikt mönster där det hela tiden sker en kognitiv, fysisk och socioemotionell utveckling (Tanner, 1981; Eriksson, 1977; Flavell, 1993). Barn är inte ett entydigt begrepp, men FN:s barnkonvention definierar barn som en person vilken är mellan 0-18 år gammal (UD, 2006).

I spädbarnsåren, 0-2 år, innebär den *kognitiva utvecklingen* hos barnet att olika delar i den kognitiva förmågan interagerar. När barnet fyllt ett år har det vanligtvis sagt sitt första ord. I tvåårsåldern kan det till och med behärska en slags grammatik (Flavell, 1993). *Socioemotionell utveckling* i spädbarnsåren innebär bland annat att en relation uppstår mellan barnet och någon, som har nära kontakt med barnet och relationen gör att barnet känner sig tryggt (Eriksson, 1977). Den *fysiska utvecklingen* under de första levnadsåren är påtaglig. Födelsevikten hos barnet fördubblas under de första fyra månaderna och vid ett års ålder väger barnet runt tolv kilo (Tanner, 1981).

I förskoleåren, 3-6 år, medför den *kognitiva utvecklingen* att ett symboliskt tänkande börjar utvecklas vilket innebär att tanken inte är fångad till nutid. Barnet kan med sinnebilder och tankar se bortom det rum och den tid det befinner sig i (Flavell, 1993). *Socioemotionell utveckling* innebär att barnet antar att dess förmåga att utföra och hantera saker är påtagligt bättre än vad den egentligen är. I förskoleåren är det viktigt för barnet att utforska nya aktiviteter. Har barnet en god självuppfattning fungerar även det sociala samspelet bättre (Eriksson, 1977). Den *fysiska utvecklingen* hos tre- till sexåringar kännetecknas av att vid tre års ålder är barnets kropp topptung, vilket betyder att huvudet är större i förhållande till kroppen jämfört med hos en vuxen. Vid sex års ålder har kroppen växt ifatt. En händelserik del i den fysiska utvecklingen under dessa år är finmotoriken (Tanner, 1981).

I tidiga skolåren, 6-12 år, betyder den *kognitiva utvecklingen* hos barnet att det får ett mer anpassat tänkande och de självvegocentriska färdigheterna avtar (Flavell, 1993). *Socioemotionell utveckling* innebär att barnet har utvecklat en riktig självbild. Kompisar behövs för att ta sig ur det självvegocentriska tänkandet (Eriksson, 1977). Den *fysiska utvecklingen* under dessa år innebär att de fysiska förmågorna hos barnet hela tiden utvecklas stabilt och systematisk (Tanner, 1981).

I ungdomsåren, 13-18 år innebär den *kognitiva utvecklingen* att barnet utvecklar sin tankeförmåga och kan lättare växla mellan konkret och abstrakt tänkande (Eriksson, 1977). Den *socioemotionella utvecklingen* under ungdomsåren innebär att ungdomen kan relatera till sina föräldrar med större oberoende och även relatera till sig själv med ny förståelse och insikt (Blos, 1962). Den *fysiska utvecklingen* under ungdomsåren inleds med puberteten vilken ofta kan upplevas som svår (Tanner, 1981).

BARN OCH MUNHÄLSOSJUKDOMAR

Redan i livets inledning läggs grunden till hur munhälsan förblir hos en individ resten av livet. Av munhälsosjukdomarna är det oftast karies som barn drabbas av men även av andra munhälsosjukdomar, som gingivit och parodontit (Socialstyrelsen (SoS), 2006). Tandhälsan hos barn har generellt förbättrats de senaste 20 åren, men hos de barn som tillhör den grupp i samhället som har det svårt socioekonomiskt har den försämrats (SoS, 2005).

Antalet kariesfria 3- och 6-åringar har ökat mellan åren 2000 och 2005. År 2005 var 95 % av 3-åringarna och 73 % av 6-åringarna helt kariesfria (SoS, 2006). En studie gjord på 4-åringar från 1967 till 2002 visar att 13% av barnen år 1967 var kariesfria och 2002 var andelen 54% (Stecksén-Blicks et al., 2004). Andelen kariesfria 12-åringar ökade från 22% år 1985 till 58 % år 2005 (SoS, 2006).

Gingivit är ett vanligt sjukdomstillstånd som innebär en inflammation i tandköttet. I populationen är gingivit vanligast under puberteten (Jenkins & Papapanou, 2001). På 30 år, från 1973 till 2003, hade andelen 10-åringar i Jönköping med gingivit minskat med 16 % och år 2003 var det 10 % som hade gingivit (Hugoson et al., 2005). Parodontit är en inflammation i tandens fäste som vanligtvis leder till förlust av ben och rothinna (Socransky & Haffajee, 1992; Grossi et al., 1994; Socransky et al., 1998).

Mineraliseringsstörningar uppkommer när det sker störningar hos ameloblasterna under tiden då tanden bildas och kan även bero på miljön runt omkring, som trauma samt ärftliga faktorer, exempelvis amelogenesis imperfecta (Witzel et al. 2008; Alaluusua et al., 1998). Mineraliseringsstörningar innebär vissa problem för munhälsan hos patienten, till exempel svårigheter att tugga, termosensibilitet och förlust av tandsubstans på grund av att emaljen som är defekt splitsas eller nöts av (Sundell, 1986; Coffield et al. 2005).

Den vanligaste bettavvikelsen hos barn är trångställning, som finns hos ca 25% av barnen i en population och post normalt bett, stort "överbett", förekommer hos ca 15% av barnen i en population (Mejäre et al., 2005). Hos patienter med bettavvikelse innebär det svårigheter att sköta egenvården på ett tillfredsställande sätt, framförallt hos patienter med trångställning (Mohlin & Kurol, 2003).

ORAL HÄLSOPROMOTION

Det finns olika definitioner av begreppet oral hälsopromotion där WHO:s förklaring är en av många och som innefattar alla åldrar. WHO beskriver oral hälsa som att en individ upplever en fungerande oral funktion i form av friska tänder, tugg-, tung-, läpp- och salivförmåga samt har friska munslemhinnor (WHO, 2003). För att förstå ordet "hälsopromotion", som är uttryck för hälsofrämjande, delas det engelska uttrycket "health promotion" upp i två delar då ordet "health" betecknar hälsa och ordet "promotion" betecknar främjande (Korp, 2004).

När begreppen "oral hälsa" och "hälsopromotion" slås ihop bildas uttrycket "oral hälsopromotion" vilket innebär att behandlaren stärker och motiverar patienten att själv ta kontroll över den orala hälsan, exempelvis egenvården och kosten. Det är viktigt att behandlaren stödjer patienten till hälsosamma beteenden och attityder exempelvis med hjälp av övningar som stärker individens självförtroende (WHO, 1986). WHO har slagit fast att det

är tandvårdspersonalens uppgift att vara förespråkare för hälsa, skapa en stödjande omgivning och utveckla patienternas färdigheter genom ett hälsofrämjande arbete (WHO, 1986).

En studie gjord bland 3- och 5-åringar år 2003 visade att promotionsprogram för oral hälsa riktad till barn bör innehålla information om sambandet mellan sockerkonsumtion och kariesuppkomst samt information om plackkontroll (Declercq et al., 2008). En studie gjord i Finland visade att hälsopromotion bland barn gav bäst resultat vid individanpassat promotionsprogram (Kasila, et al., 2006).

Empowerment i hälsosammanhang är en process där patienterna lär sig ta större kontroll över beslut och handlingar, som påverkar deras hälsa (Salmon & Hall, 2004). "Patient empowerment" innebär att patienten ska vara delaktig i och ha kontroll över den behandling som utförs, att patienten ska få de verktyg som behövs för att klara av situationen samt att behandlaren ska främja och stödja patienten till en positiv attityd till att klara av exempelvis egenvården. Vårdpersonal bör sträva efter en öppen och tillåtande miljö, som ger möjlighet till patientens medbestämmande, engagemang och kontroll (Salmon & Hall, 2004).

För att uppnå empowerment krävs att tandhygienisten tillsammans med patienten arbetar med olika delar vilket först och främst är de egenskaper, som individen själv har. Det gäller även att omgivningen runt omkring är stödjande och arbetar för att patienterna ska nå empowerment (WHO, 2006). Av betydelse är också hur hälsoprogrammet ser ut i den offentliga sektorn samt att det sker en kvalitetsförbättring av hälsovård där olika uppdragsgivare arbetar. Dessa faktorer påverkar graden av empowerment, som patienten får. Empowerment kan yttra sig som bland annat motivation att klara av att exempelvis ändra ett beteende och att patienten känner kontroll över och en delaktighet i situationen. Patienten ska även känna förtroende för och stöd av samhället (WHO, 2006).

PEDAGOGISKA TEORIER

I och med att det finns olika människosyner finns det även olika syn på hur människor lär sig på bästa sätt. Här redovisas några olika synsätt inom pedagogiken (Ödman, 1990).

Den *behavioristiska traditionen* innebär att endast beteendet ses som ett mått på kunskap, det är genom sina erfarenheter som människor lär sig. Den drivande kraften till lärande är motivationen, som inte kommer från individen själv utan från olika omständigheter i miljön runt omkring. Enligt denna tradition ska individen lära sig det som instrueras (Greeno, 1996; Ödman, 1990).

Den *kognitivistiska traditionen* innebär att människan ser till en begränsad del av individen, de mentala funktionerna, det som stödjer sökandet efter kunskap är tänkandet och förnuftet. Lärandet är en positiv process, där erfarenheter är mycket viktiga. En konsekvens, som denna tradition får för pedagogisk verksamhet, är att den enskilde individen sätts i centrum. Detta grundar sig i att undervisaren är intresserad av individens tillvägagångssätt av att diskutera och förstå (Greeno, 1996; Ödman, 1990).

En annan tradition är den *sociokulturella traditionen* där intresset ligger på människan och där miljön ses som ett kulturellt system där människan är en social individ. Människan lär sig genom den aktivitet som utförs i de förhållanden individen lever i och då kan en person som inte kan så mycket lära sig av en mer kunnig person (Greeno, 1996; Ödman, 1990).

Den *humanistiska traditionen* innebär att självkänsla och självkänedom ses som betydelsefulla riktningar för pedagogisk undervisning. Undervisaren ska hjälpa personen att vilja förbättra exempelvis sin egenvård och utveckla ett eget ansvarstagande för de egna hälsovalen. Ett humanistiskt synsätt innebär att människan har en förmåga att ta ansvar och göra egna val. Inom humanismen finns tron på människans inneboende kraft och förmåga att styra sig själv och ta ansvar för sin egen utveckling. En konsekvens, som denna tradition får för pedagogisk verksamhet, är att undervisaren strävar efter att få personens behov tillfredsställda. För vårdpersonal med utgångspunkt i den humanistiska människosynen finns goda möjligheter att träna och stötta patientens potentiella utvecklingsmöjligheter och patienten erbjuds vara medskapande i såväl planering som genomförande av vården (Maslow, 1970).

PEDAGOGISKA STRATEGIER

För att nå barnet i behandlingssituationen kan det vara indicerat att använda olika pedagogiska strategier och olika pedagogiska modeller. Det finns många olika pedagogiska strategier som tandhygienisten kan använda sig av och på individnivå kan olika *intervjutekniker* användas. Där kan olika typer av frågor ställas till patienten. En kategori är öppna frågor, vilka patienten inte kan svara ”ja” eller ”nej” på. En annan kategori är reflektion där tandhygienisten sammanfattar det mest betydelsefulla, som patienten sagt för att kontrollera att uppfattningen är korrekt och för att få patienten att själv reflektera över det som sagts. Den tredje kategorin är omstrukturering där tandhygienisten lyfter fram det som hon eller han tyckte var det viktigaste i samtalet, det vill säga en egen tolkning. I det fallet kan tandhygienisten lyfta de saker som får patienten att känna ett bra självförtroende (Arborelius, 2001).

Vid *samtalsmetodik* är det viktigt att tänka på att det inte bara är sådant som personer säger till varandra som är viktigt utan att även kroppsspråket spelar en stor roll. Det som präglar samspelet mellan två individer är känslomässiga aspekter som medkänsla och osäkerhet (Feigal, 2001; York, et al. 2007). Den *konstruktiva aspekten* på kunskapsutveckling hos patienten framställer kunskapen som ett resultat av gamla och nya erfarenheter samt ett dynamiskt samspel mellan erfarenheterna. När patienten reflekterar över vad den lärt sig samt hur den lärt sig, görs kunskapen synlig och begriplig. Patienten måste själv experimentera, undersöka och upptäcka kunskapen (SOU 1997:21).

Den *kontextuella aspekten* på kunskapsutveckling gör kunskapen meningsfull och begriplig för patienten genom att sätta in kunskapen i sitt sammanhang (SOU 1997:21). Den *instrumentella aspekten* på kunskapsutveckling ser kunskapen som ett redskap för vidare kommunikation, kunskapsinhämtning och problemlösning för patienten (SOU 1997:21).

PEDAGOGIK FÖR BARN INOM TANDVÅRDEN

Det finns flera olika pedagogiska strategier som tandvårdspersonal kan använda sig av vid mötet med barn. En av dessa är *”tell- show- do” tekniken*, som är ett bra sätt att använda för barnets introduktion i tandvården och bör anpassas efter utvecklingsnivån hos barnet (Mejäre, Friis-Hasché & Holst, 1994). Tekniken innebär att tandhygienisten talar om för barnet vad som ska göras och sedan visar och genomför olika moment. Det är mycket viktigt att hela tiden uppmärksamma hur barnet reagerar, både verbalt och icke-verbalt samt att observera

barnets känslor och signaler under behandlingen. Barnet ska ges beröm och få god tid på sig innan nästa moment visas (Buchanan & Niven, 2003; AAPD, 2008).

Magi kan vara ett hjälpmedel inom tandvårdssituationen när det gäller omedgörliga barn. Exempelvis visade en studie att barn satte sig snabbare i stolen om de fick se ett trolleritrick och det underlättade även röntgenbildtagning (Peretz & Gluck, 2005). En annan pedagogisk strategi kan vara *röstkontroll*. Detta betyder att tandhygienisten kontrollerar sin röst och ändrar tonläge, volym och fart för att få barnets uppmärksamhet och för att påverka beteendet (AAPD, 2008). Även *positiv förstärkning* kan vara en pedagogisk strategi i patientmötet, vilket innebär att tandhygienisten ger positiv feedback till barnet vilket uppmuntrar till ett visst beteende. Positiv förstärkning kan ske genom att tandhygienisten använder ett positivt tonläge, har ett glatt och positivt ansiktsuttryck och säger uppmuntrande saker till barnet (AAPD, 2008). För att förstärka budskapet kan tandhygienisten även använda sitt *kroppsspråk*, i form av placering av sig själv i relation till barnet och ansiktsuttryck (AAPD, 2008).

TANDHYGIENISTPROFESSIONEN

Tandhygienistprofessionen ska ha en värdegrund som bygger på en humanistisk människosyn. Det är viktigt att visa respekt för patienternas integritet och självbestämmande. Patienterna ska visas empati, lyhördhet och omtanke. Främsta målet ska vara patientens hälsa och välbefinnande (SoS, 2005). Tandhygienisten ska hjälpa patienten att stärka den egna förmågan för att förbättra eller bibehålla en god egenvård (Calley et al., 2000). Den behandling som tandhygienisten utför ska stödjas på vetenskap, beprövad erfarenhet och ny forskning (SoS, 2005). Det är därför viktigt att studera hur legitimerade tandhygienister arbetar kliniskt med munhälsopromotion till barn och om pedagogiska strategier används.

TIDIGARE FORSKNING

Studier, som behandlar tandhygienistens pedagogiska roll angående hälsofrämjande kliniskt arbete med barn och ungdomar saknas. Det finns därför behov att utföra denna uppsats för att få en ökad kunskap inom detta ämnesområde.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet var att beskriva hur legitimerade tandhygienister arbetar kliniskt med munhälsopromotion till barn, hur pedagogiska strategier används och vilka teorier strategierna grundas på.

Frågeställningarna var:

- Hur arbetar legitimerade tandhygienister kliniskt med munhälsopromotion till barn?
- Använder tandhygienister några pedagogiska strategier?
- Vilka teorier grundas dessa strategier på?

METOD

DESIGN

Studien var en kvalitativ intervjustudie, som genomfördes som en pilotstudie vilket innebar att studien skulle motsvara den faktiska undersökningen och utfördes då i en liten skala för att testa en intervjuguide (Patel & Davidson, 2003).

POPULATION OCH URVAL

Inklusionskriterier för att ingå i studien var att vara legitimerad tandhygienist och verksam vid folktandvårdsklinik i en stor stad respektive en mindre ort. Barn och ungdomar skulle ingå i respondenternas dagliga verksamhet och respondenten skulle ha varit verksam som tandhygienist i minst fem år. Exklusionskriterier var att respondenten varit verksam som tandhygienist i mindre än fem år och att barn och ungdomar inte ingick i respondentens dagliga verksamhet.

Ett strategiskt urval gjordes och omfattade totalt 4 tandhygienister, varav 2 från stor stad och 2 från mindre ort. Strategiskt urval innebär att forskaren väljer ut respondenterna utifrån syftet med studien. Forskaren har en förförståelse om att respondenterna kan ha något att säga om forskningsområdet (Forsberg & Wengström, 2003).

Tandvårdskliniker, där författarna till studien inte hade någon personlig relation till personalen, kontaktades via telefon för att få reda på om det fanns tandhygienister som ville delta i studien. Muntlig information om studiens syfte och genomförande samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas utan motivering lämnades. Informationsbrev om studiens syfte och planering skickades ut till tandhygienister på folktandvårdskliniker i Uppsala län samt Östergötlands län som meddelat att det fanns intresserade tandhygienister på kliniken. Totalt skickades 5 informationsbrev ut till tandhygienister på folktandvårdskliniker. 4 av dessa tandhygienister gick att nå via telefon. Samtyckesblanketter skickades till dessa tandhygienister, som alla var intresserade av att delta i studien och ställa upp på intervju. Klinikerna kontaktades därefter ytterligare en gång via telefon för att boka tid och plats för intervjun. Respondenten gav sitt samtycke att delta i studien och undertecknade samtyckesblanketten innan intervjun genomfördes. Målet var att få stor informations- och variationsbredd i urvalet för att få relevanta svar på syfte och frågeställningar samt få forskningsområdet belyst från så många olika aspekter som möjligt för att erhålla en heltäckande bild. Urvalet bestod av 4 kvinnor där den respondent, som arbetat längst som tandhygienist, hade arbetat i 24 år och den respondent som arbetat kortast tid som tandhygienist, hade arbetat i 6 år. Den yngste respondenten var 34 år gammal och den äldsta var 62 år. Undersökningen genomfördes mellan januari och maj 2009.

INTERVJUGUIDEN

Intervjuguiden inleddes med en strukturerad första del där inledande frågor ställdes (Kvale, 1997). De inledande frågorna behandlade respondentens ålder, kön, utbildning till tandhygienist, antalet år i yrket, annan utbildning samt arbetsinnehåll och tjänstens upplägg.

Del två i intervjuguiden byggdes upp av teman så att syfte och frågeställningar besvarades (Kvale, 1997). Teman var munhälsopromotion, pedagogiska strategier och pedagogiska teorier (Bilaga 1).

DATAINSAMLING

Författarna genomförde 2 intervjuer var. Bandspelare användes för att fånga upp respondenternas berättelser. Även vissa anteckningar gjordes under intervjuerna för att få med den icke-verbala kommunikationen. Intervjuerna ägde rum på respektive respondents arbetsplats och tog ungefär 30-60 minuter. Varje intervju kodades och kodlistan förvarades inlåst tillsammans med intervjumaterialet tills uppsatsarbetet var avslutat, då datamaterialet avkodades och förstördes.

DATABEARBETNING / ANALYS

Intervjuerna bandades och skrevs ut av författarna i direkt anslutning till intervjuerna. Databearbetningen gjordes systematiskt och parallellt med datainsamlingen (Patel & Davidsson, 2003). Författarna analyserade intervjutexten var för sig och samtalande sedan för att sammanföra analysresultaten. Analysen utgick från Grounded Theory-traditionen då intervjuerna skulle analyseras. Författarna läste sedan varandras intervjuer och gjorde en innehållsanalys där substantiva koder ur respondenternas meningar identifierades. De substantiva koderna som författarna var överens om valdes ut och koder med liknande innebörd fördes sedan samman till kategorier (Starrin et al., 1991). Intervjutexten kategoriserades i de olika områdena så att olika mönster i intervjun framträdde (Kvale, 1997). Det skedde sedan en aktiv jämförelse mellan de substantiva koderna i sig och mellan de substantiva koderna och kategorierna. Analysen gick från en konkret nivå till en mer abstrakt nivå. Därefter bildades teman där de olika kategorierna och substantiva koderna sorterades in. Utifrån detta bildades olika rubriker och underrubriker. Nedan presenteras resultatet med fingerade namn för att respondenterna inte ska kunna identifieras. För att illustrera resultaten och för att läsaren skall kunna kontrollera vilka tolkningar som gjorts används olika citat från respondenterna.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etik är viktigt när studier på människor görs. Skriftlig och muntlig information om studiens syfte, genomförande och betydelse lämnades till deltagarna. Deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas utan motivering. Samtyckesblankett lämnades och var undertecknad innan intervjun genomfördes. Alla uppgifter behandlades konfidentiellt. Etikansökan lämnades till Etikrådet, Avdelningen för hälsa och miljö, Karlstads Universitet. Etikprövningen var godkänd innan examensarbetet påbörjades.

RESULTAT

TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM MUNHÄLSOFRÄMJANDE ÅTGÄRDER

Tre områden lyftes fram av de intervjuade. Dessa områden var information, oral hälsa och egenvård, vilka beskrivs mer i detalj nedan.

En av de viktigaste uppgifterna, som tre tandhygienister lyfte fram, var att i arbete kunna informera patienten om orsakerna till eventuella sjukdomstillstånd i munhålan. En tandhygienist menade att det var viktigt att veta hur denna kunskap förmedlades på rätt sätt. Information gällde även det förebyggande arbetet. Samtliga tandhygienister ansåg att förebyggande arbete syftade till att patienten skulle bibehålla ett friskt tandkött, friska tänder och en frisk mun generellt. Tandhygienisten skulle genom att använda sig av information i form av vägledning och kunnande arbeta för att patienten skulle uppnå en god munhälsa.

Carola är en 53-årig kvinna, som arbetat med barn större delen av sitt liv. På frågan om vad munhälsofrämjande åtgärder betydde för henne svarade hon:

”Det är väl och... kunna förmedla... kunskap och ge tips och råd, hur man ska få en... frisk... mun, hela tänder och friskt tandkött.”

En tandhygienist ansåg att det var tandhygienisten som skulle se till att patienten inte fick några hål och att det då var tandhygienistens uppgift att informera om varför patienten till exempel fick karies. Detta illustreras av det svar som gavs av Berit (62 år), som arbetat med barn i 18 år:

”man får reda på orsakerna till varför man får hål och det är kost och tandborstvanor. Det informerar vi om då.”

Inom de munhälsofrämjande åtgärderna ansåg tre tandhygienister att patienten skulle få reda på hur egenvården skulle skötas i form av tandborstning och approximala hjälpmedel. En av tandhygienistens munhälsofrämjande uppgifter ansågs vara att informera patienten om hur tänderna skulle skötas på bästa sätt både genom egenvård och kost. Detta poängterades bland annat av Doris (34 år), som arbetat med barn i ca 9 år. Hon sade:

”information om hur man sköter den dagliga munvården. Typ tandborstning, mellanrumsrengöring, hur man äter och hur man liksom ska sköta sina tänder dagligen.”

TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM KLINISKT MUNHÄLSOARBETE

Vad gäller tandhygienistens roll i det kliniska arbetet lyfte de intervjuade fram barnets personlighet och utveckling, barnets föräldrar och familj samt riskfaktorer. Dessa faktorer redogörs för mer grundligt nedan.

Tandhygienisten har en stor roll i det kliniska arbetet enligt de intervjuade. En tandhygienist menade att det hos det mindre barnet är viktigt, vid det första besöket inom tandvården, att se vilka vanor barnets familj har för att på så sätt tillsammans med en klinisk kontroll av barnets mun veta om det behövs extra stöd till exempel i form av extrakontroller. Här gäller det att vara lyhörd och inrikta sig både på barnet och på föräldern.

En annan tandhygienist berättade att när barnet var lite äldre är det viktigt att tandhygienisten tar reda på vad barnet vill med sina tänder och vilken inställning det har. I tonåren sker det

alltså en kommunikation mellan enbart barnet och tandhygienisten genom bland annat motiverande samtal, där öppna frågor ställs. Carola, som tidigare citerats, beskrev motiverande samtal på följande sätt:

“Vi... jobbar ju mycket med och försöka ha så här motiverande samtal... att vi... inte går på så speciellt mycket, utan ställer frågorna så att de svarar på det vi vill ha svar på så att säga.”

Barnets personlighet och utveckling samt föräldrar och familj

Två tandhygienister berättade att beträffande barnet i yngre ålder, 0-6 år, var föräldrarna en självklar del både som stöd och inverkan på barnets vanor. Vid första besöket inom tandvården, vilket sker vid cirka 3 års ålder, är det viktigt att lära känna barnets familj och fånga upp hur det är hemma hos barnet. Tre tandhygienister menade att en bra kontakt med föräldrarna i det kliniska munhälsoarbetet är ett måste då föräldrarna hemma bestämmer och vägleder barnet till goda vanor eftersom ansvaret ligger hos dem och inte barnet. Att rikta sig till både förälder och barn är ett bra sätt att få barnet att lyssna då föräldrarnas inverkan på barnets vanor är betydelsefull.

Astrid (51 år), som arbetat med barn största delen av sitt liv, fick frågan om hur hon såg på munhälsoarbete för barn i åldrarna, 0-6 år, 7-13 år och 14-18 år och svarade:

”Ja, de riktigt små då är det ju föräldrarna som ska vara med. Det är de som är chefer hemma och ska bestämma vad barnen... vad som är lämpligt för barnen. Och styra dem och ge dem bra vanor.”

En annan tandhygienist menade att när barnet befinner sig i 5 till 6 årsåldern karakteriseras det ibland av att ha en stark egen vilja där barnet vill borsta själv för det ”kan själv” och vill inte att föräldrarna ska hjälpa till. En annan tandhygienist berättade att barnen som är runt 6 år har mognat och är ofta väldigt medgörliga.

Två tandhygienister ansåg att barnet i 7-13 årsåldern hade utvecklats ytterligare vilket bidrog till att barnet mer och mer klarade sig på egen hand, men att föräldrarna fortfarande var involverade då barnet inte var mogen att ta sitt fulla ansvar för sin munhälsa. Astrid, som tidigare citerats, uttryckte det på följande vis:

”Det är ju föräldrarna då också som ska vara ledande och visa vägen men där är ju barnen mera ute på egen hand. Det är inte alltid föräldrarna kan vara med och styra. Då måste ju barnen ha fått den här grunden och stå på, så de vet vad som är bra... bra val så de kan hålla sina tänder friska.”

Doris, som även tidigare citerats belyste frågan på följande sätt:

”... det blir ju mycket inriktat på barnen, men samtidigt föräldrarna också.”

En tandhygienist menade att när det gäller barnet som befinner sig i tonåren, 14-18 år, så är det vanligt att föräldrarna inte är med till besöket, men det finns barn som hade med sina föräldrar ändå, vilket kändes som ett bra stöd för barnet.

Doris berättade också att:

”14, 15 ibland 16 åringar kan ju ha föräldrarna med sig. Och då pratar vi ju både med föräldrar och barn. Fast föräldrarna är ju oftast bara med som stöd.”

En annan tandhygienist menade att när barnet kommit upp i tonåren, 14-18 år, kunde det vara lite svårt att få barnet att lyssna för att de tänkte på annat och helt enkelt inte var intresserade av sin mun. Tandhygienisten menade att detta inte gäller alla tonåringar, då många barn i tonåren är motiverade och vill veta saker.

Riskfaktorer

Olika åldrar på barnet ansågs även relaterat till olika riskfaktorer angående munhälsan. Några tandhygienister ansåg att en riskfaktor för barnet i åldern 0-6 år var att sexårstanden kom, vilket var viktigt att fokusera på i denna ålder. Att visa föräldrarna i munnen på barnet var sexårstanden kommer upp och hur den skall skötas var viktigt. En tandhygienist ansåg att en annan riskfaktor i denna åldersgrupp var trauma, vilket var relaterat till att barnet trillade eller slog sig. En annan tandhygienist menade att det också fanns andra riskfaktorer såsom kosten, i form av småätande, och brister i tandborstningen. Carola berättade:

”... där fokuserar vi ju på att informera om 6-årstanden, att den har ju börjat komma lite grann, så man kan se den i munhålan, så vi visar ju alltid, rent... kliniskt, var den kommer och har den kommit hur den ser ut och vad man ska tänka på där. Lite det... det koncentrerar vi oss på. Och här börjar jag även riskbedöma.”

Två andra tandhygienister berättade att när barnet är mellan 7 och 13 år är den viktigaste riskfaktorn bettavvikelser. Dessa bör upptäckas tidigt för att kunna förebyggas redan i växelbettet. En tandhygienist tog upp kostvanor och den orala hygien i egenvården som riskfaktorer. En annan tandhygienist menade att egenvården blir svårare på grund av att barnet i växelbettet får nya tänder vilka också sitter långt bak och det är viktigt att ge vägledning angående egenvården både till barnet och föräldern. Carola belyste även riskfaktorer i de äldre åldrarna:

”... så munhälsan också och kostvanor och oh och allt sånt sen kan det ju vara så att man kanske kan behöva tipsa om och behöva lite föräldrastöd helt enkelt tycker jag. Det är ju en stor skillnad på en 7-åring och en 12-åring, men en del sköter tandborstningen helt själva och många... rent motoriskt fixar det inte riktigt.”

Två tandhygienister menade att det i tonåren, 14-18 år, finns riskfaktorer i form av kost och egenvård, samma som i tidigare åldrar, men här kommer även andra riskfaktorer, så som tobak och läsk in. Alla dessa faktorer är väldigt vanliga och mycket beror på att barnet frigjort sig från föräldrarna och deras tjat. Detta exemplifierades av Doris, som menade:

”... 15-16, sen alltså, då tycker de nog att de är så stora och då blir det ju... då blir det ju väldigt inriktat på barnet eller på dem själva, de småvuxna så att säga och så... jaa... det är mycket tandborstning där... för att de tycker inte det känns så himla viktigt. Och sen är det ju rökningen då, och läsk. Väldigt, mycket inriktat på det alltså, för det... ja... för de tycker liksom att ja vaddå.. det har gått så bra innan men då har föräldrarna tjatat. Å nu helt plötsligt bara... oj!”

KLINISKT MUNHÄLSOARBETE I PRAKTIKEN

De intervjuade lyfte här fram fyra olika områden som de tyckte var av stor vikt, vilka det redogörs för mer noggrant nedan. Områdena var frekvensen av tandhygienistens munhälsoarbete med barn, förberedelser, tandhygienistens kliniska arbete samt dialog med barnet.

Samtliga respondenter arbetade med barn dagligen och menade att barn fanns med hela tiden i det kliniska arbetet. I de yngre åldrarna, 0-6 år, är föräldrarna så involverade och har fortfarande så mycket att säga till om att det riktiga munhälsoinriktade arbetet inte kommer igång förrän i 7-årsåldern. Doris fick frågan om hur ofta hon arbetade kliniskt med munhälsoarbete för barn i de olika åldrarna och hon svarade:

”0-6 år är det nog kanske lite mindre, för där har trots allt föräldrarna ganska mycket att säga till om fortfarande. Men det är nog mer munhälsoinriktat arbete på 7-18 år.”

Carola å andra sidan sa:

”Och alltså det finns ju med hela tiden, så.. det ju det här hälsofrämjandearbetet, förebyggande arbetet det.. finns ju med hela tiden vid varje tillfälle.”

En tandhygienist ansåg att tandhygienistens förberedelser i det kliniska munhälsoarbetet består i att arbeta på individnivå där instrument och hjälpmedel läggs fram. Exempel på sådana är spegel, undersökningssond, ficksond, fluorlack, fluortabletter samt tandborstar. När det kom till tandhygienistens planering inför det individuella munhälsoarbetet så skiljer sig planeringen åt beroende på vilken ålder barnet har. Carola fick frågan om hur hon förberedde, planerade och arbetade kliniskt med munhälsoarbete för barn i de olika åldrarna och hon svarade:

”Och så har ju vi även en lathund som vi följer, vad vi ska titta på rent kliniskt vad vi ska uppmärksamma då. Som stöd och hjälp till oss, sen finns det ju även program för vad man ska ge för profylax och så då i olika riskgrupper. Är det någon som vi bedömt i riskgrupp 3 får naturligtvis träffa oss mycket oftare.”

En tandhygienist berättade att vid tandhygienistens kliniska munhälsoarbete gäller det att arbeta utifrån vilken individ som sitter i stolen. En generalisering kan inte göras för alla barn då tandhygienisten är tvungen att arbeta på en individuell nivå och se till patientens specifika behov. Det finns då olika fokus i det kliniska arbetet beroende på vilken ålder barnet befann sig i. För yngre barn är det inte lika många instrument som behövs vid det kliniska arbetet, men ju äldre barnen blir desto fler instrument behövs på grund av att flera saker behöver undersökas, exempelvis tandköttsfickorna. Carola nämnde också att:

”så en 3åring så... har man ju mest kanske fram bara en spegel och en sond och så får man prova om man kan använda det. I lite högre åldrar kanske man lägger till och... eh... har fram till exempel fluortabletter, fluorlack om det behövs, ha framme olika typer av borstar och i de högre åldrarna mäter vi tandköttsfickor också då. Även i högre ålder så kommer ju det här med tobaksbiten in också.”

Hur bemötandet ska ske med barnet och föräldrarna samt hur tandhygienisten ska arbeta för att få fram informationen ansågs viktigt. Två av tandhygienisterna menade att tandhygienisten ska tänka på att ge positiv feedback för det som är bra istället för att fokusera på det som är dåligt. Om tandhygienisten får en patient, som har fina tänder, är det viktigt att först säga till patienten hur fina tänderna är och därefter fråga hur patienten gör. Sedan när patienten sagt hur han/hon gjort, exempelvis genom att borsta noga, ska tandhygienisten ge positiv feedback och säga att det är bra och att patienten ska fortsätta med det. Det är också en viktig del i arbetet att vända sig både till barnet och föräldern när barnet är litet och att successivt låta ansvaret helt gå över till patienten när de kommer upp i mitten av tonåren. Astrid belyste i detta sammanhang vikten av att fokusera på det positiva:

”Grunden är väl den samma att man liksom... ger positiv feedback till det som är BRA! Pratar om det BRA försöker jag göra, det som de är bra på så att man visar vägen där inte det som är dåligt. Så man inte kommer med massa pekpinnar utan det ska vara positivt.”

SVÅRIGHETER VID MUNHÄLSOARBETE MED BARN

Trots att samtliga intervjuade tandhygienister arbetat många år inom yrket, vilket gett dem stor erfarenhet, fanns det ändå svårigheter vid munhälsoarbetet med barn vilket det redogörs för mer grundligt nedan. Tandhygienisterna uppfattade dock inte att det förekom svårigheter vid planeringen av munhälsoarbete med barn. Respondenterna såg planeringen som en del av arbetet och tänkte inte på den som en planering.

Kliniskt arbete

Vid det kliniska arbetet kan det komma upp många olika svårigheter där två av tandhygienisterna berättade att det först och främst är av stor vikt att tandhygienisten uttrycker sig på ett bra sätt och möter barnet och föräldrarna där de är. En annan tandhygienist menade att svårigheterna är att få kontakt med föräldrarna och att få både barnet och föräldrarna att förstå vad det beror på att barnet har mycket hål till exempel. En tandhygienist menade att föräldrarna har stor betydelse när det gäller att ge bra grundläggande vanor till sina barn och det är också en svårighet för tandhygienisten att få föräldrarna att förstå att det är de som ska hjälpa barnet att få goda vanor. En annan tandhygienist ansåg att svårigheter också kan vara att föräldrarna lägger ansvaret på barnen själva att de fått hål i tänderna och att barnet och föräldern inte ens dyker upp på bokad tid.

Carola fick frågan vilka svårigheter hon kunde stöta på när hon förberedde, planerade och arbetade kliniskt med munhälsofrämjande arbete hos barn och hon svarade:

”svårigheterna kan väl vara att försöka att den som har besvär med någonting då har mycket karies till exempel då att få föräldrar eller patienten själv att komma på vad är det som har gjort att just jag har fått hål i mina tänder. Det är... kan nog vara svårigheten att man tycker att man borstar tänderna noga och bra att man inte småäter och att man... ja, tar hand om sig på ett bra sätt men man får ändå hål i sina tänder.”

En svårighet kunde vara att varken barnet eller föräldrarna lyssnar, trots att barnet är placerat i högriskgruppen för karies så att munhälsan hos barnet bara blev sämre och sämre. Detta togs upp bland annat av Doris i följande citat:

”... själva informationen och det... det är ju framför allt att de inte lyssnar, det är ju ett väldigt problem, för det är inte lätt och sitta och säga nånting, men ibland får man ju vara lite hård alltså. Att tala om att jag står inte här och tatar för skojs skull alltså, det är ju faktiskt dina tänder å så va... och ibland går det in.”

En annan svårighet som togs upp var, hur barnets familjeförhållande ser ut och hur detta i sig påverkar tänderna. Också andra faktorer kan ligga bakom barnets munhälsa vilka inte är lika lätta att påverka. Doris berättade:

”... det kanske inte är det stora problemet i sig, det kan ju vara nått annat som ligger mycket längre tillbaka, det kan ju vara familjeförhållanden, skola, mycket strul och stök och bök runt personen i fråga över lag. Och då är det inte så lätt för en annan å angripa problemet.”

En tandhygienist menade att det vid motiverande samtal är en svårighet att få barnet och föräldrarna att komma på varför barnet fått hål i sina tänder och att då kunna ställa de rätta frågorna så att de själva kan komma på vad det beror på. En tandhygienist ansåg att det gällde att tandhygienisten känner av från situation till situation vad som är en bra öppning och hur ett intresse kan väckas för varje specifik individ.

För att lösa problemet med att barnet och föräldrarna inte lyssnar, kan tandhygienisten ta tillbaka barnet på extra kontroller för att fluorlacka, menade en tandhygienist. En annan tandhygienist berättade att ett annat sätt är att visa på datorn, röntgenbilden och i munnen vilket fungerar som ett hjälpmedel för att få både barnet och föräldrarna att förstå. En tredje tandhygienist ansåg att det är viktigt att arbeta med öppna frågor.

En tandhygienist ansåg att det är viktigt att ta in barnet på extra kontroller. Om barnet är högt kariesaktiv är det vanligt med extrakontroller var tredje månad, men är barnet inte fullt så kariesaktiv räcker det med varje halvår. Berit, som citerats tidigare, fick frågan om hur hon försökte lösa problem och arbeta vidare och hon svarade:

”Ja... då försöker vi och ha koll... liksom ha lite koll på dom då det beror lite på hur är de väldigt hög kariesaktiva då kommer de var tredje månad kanske och är de lite mindre så varje halvår kanske, så två gånger om året.”

Språksvårigheter

En tandhygienist menade att svårigheten med att barnet och barnets familj är invandrare/flyktingar är att tandhygienisten känner att språket ibland kan vara ett stort problem. Språket kan leda till missförstånd och en svårighet att förstå varandra. Doris uttryckte det på följande sätt:

”Oftast kan ju barnen ganska bra men ibland har man ju ett och annat fall som man ska ha tolk på, då är det inte lätt. Och likadant när man har barn som har föräldrar som inte kan språket... man tycker... egentligen så ska vi ringa in en tolk och ha tolk, men det är inte alltid man vet att inte föräldern, att de har med sig en förälder som inte kan språket, då översätter barnet till föräldern och då vet du inte, säger det här barnet rätt och såna saker.”

För att lösa den språkliga svårigheten, om tandhygienisten har barn som var invandrare/flyktingar, så menade en tandhygienist att det är ett bra hjälpmedel att visa en broschyr där kariesprocessen finns beskriven på olika språk och även peka på datorn. Det bästa vore dock att boka en ny tid och då använda sig av en tolk.

Begåvningshandikapp

En tandhygienist tyckte att det var en svårighet att nå fram till barnet om det hade ett begåvningshandikapp. Tandhygienisten ansåg dock att det kan se olika ut från barn till barn.

En tandhygienist berättade att då barnet har ett begåvningshandikapp är det viktigt att inte vara rädd för att fråga föräldrarna om hur barnet fungerar. Tandhygienisten ska möta barnet där det är: att tandhygienisten inte ska ha så höga förväntningar utan se till barnets förutsättningar och istället boka flera tider för repetition. En av de intervjuade, Doris, uttryckte det på följande sätt:

”en del liksom som Aspergers, autism och alla såna här får man tänka att man kanske inte ska prata så mycket, en del ska man prata väldigt mycket med, man får liksom sålla lite, och då får man väl kanske vara glad att, jaha idag fick jag titta med en spegel i munnen eller idag kom de in på rummet, de hälsade och sa hej och man får tänka så. Sen kanske man får boka en tid snart igen så att man liksom tar fram och tar det så, så man får en kontakt helt enkelt och knyter ihop med patienten ifråga då.”

TANDHYGIENISTENS UPPFATTNING OM MUNHÄLSOINFORMATION

Hur tandhygienisterna såg på munhälsoinformation till barn diskuterades och vid intervjuerna lyftes olika delar inom munhälsoinformation upp av respondenterna. De olika delarna var planering, miljö, vad barnet vet, kost samt lyhörddhet.

Vid diskussionen angående munhälsoinformation lyfte en respondent fram att hon ansåg att tandhygienisten ska vara lyhörd och om tandhygienisten ser något problem eller risk för sjukdom i munnen ska detta tas upp till diskussion med barnet och föräldern för att få reda på bakomliggande orsaker. Tandhygienisten kan fråga barnet hur det känns och om någonting förändrats sedan sist. Tandhygienisten ska även vara vaksam på förändringar i munnen hos barnet.

Planering och miljö

Respondenterna uttryckte att planeringen kan läggas upp på olika sätt inför mötena med olika barn, eftersom varje barn är olika. Två av respondenterna ansåg att det var mycket viktigt att förbereda sig genom att titta i journalerna för att samla information och få reda på vad som sagts och gjorts vid tidigare möten.

En av respondenterna ansåg att miljön i behandlingsrummet är en viktig del i munhälsoinformationen. Att skapa en lugn miljö i behandlingsrummet och ha så få personer som möjligt i rummet är viktigt för att patienten ska få den totala uppmärksamheten. På frågan om hur hon planerade mötet med barnet vid munhälsoinformationen svarade Carola exempelvis att:

”Många föräldrar vill gärna vara med båda två, det är självklart okej, men det... om man tänker på det enskilda barnet är det lättare om man är få personer. Så det är nummer ett, att inte ha syskon med faktiskt. Så att den individen får den totala uppmärksamheten, annars vill syskonet också ha uppmärksamhet.”

Vad barnet vet

En respondent lyfte fram att hon ansåg det viktigt att fråga barnet om barnet själv visste varför det var hos tandhygienisten och frågade om dess egen uppfattning om sina tänder och munnen. En annan respondent betonade att det även är viktigt att ta upp saker som diskuterades vid föregående möte och fråga barnet om någonting hade förändrats sedan sist.

För att få reda på vad barnet visste om sambandet mellan kost och karies ansåg en respondent att det är viktigt att diskutera kost med barn som har en hög kariesrisk. Tandhygienisten kan

be barnet och föräldern att föra en kostdagbok för att se vad barnet fick i sig under ett vanligt dygn.

TANDHYGIENISTENS ANVÄNDNING AV PEDAGOGISKA STRATEGIER

Vid frågan om hur respondenterna hade börjat använda sig av de strategier de berättat om var samtliga respondenter överens om att erfarenheten var den bakomliggande orsaken.

Respondenterna uppgav att de inte hade tänkt på hur de började använda pedagogiska strategier i sitt arbete med barn. Men erfarenheten spelade en stor roll här. För att hitta det arbetssätt som passade bäst hjälpte det att pröva sig fram och testa olika sätt. Två av respondenterna uppgav även att de valt ett sätt att arbeta på som kändes enkelt, smidigt och som de själva trivdes med.

Respondenterna berättade att det i deras tandhygienistutbildning hade ingått kurser som tog upp hur bemötandet av barn kunde ske och hur olika pedagogiska strategier kunde användas i arbetet. Två av respondenterna uppgav att de dessutom gått extrakurser som tagit upp motiverande samtalsteknik och en av dem hade också gått kurser som tagit upp tekniker om att lämna information och påståenden som barnet fick ta ställning till.

Vid vilken ålder pedagogiska strategier ska införas för barnet i behandlingssituationen, hade respondenterna olika syn på. En respondent ansåg att pedagogik i behandlingen av barnet borde introduceras vid första mötet, när barnet är 3 år. Två andra respondenter tyckte att pedagogiken ska introduceras lite senare, vid 6-7 års ålder. En av dessa respondenter, Berit förklarade det såhär:

”Därför då har de börjat skolan för då har dom börja lärt sig och jobba i grupp och eh... att det är en som pratar till dom och vad som ska göra som hon eller han säger.”

När pedagogik introduceras är det viktigt att tandhygienisten lägger sig på en nivå som är lämplig för barnet.

I diskussionen kring hur tandhygienisterna använde sig av pedagogiska strategier delades ämnet upp i två olika delar. En som fokuserade på barnet och en del som hade fokus på föräldrarna. Om fokus hamnar på antingen barnet eller föräldern beror på barnets ålder. Om barnet var litet krävs det att tandhygienistens fokus ligger på föräldrarna, men är barnet lite äldre och själv förstår vad som sägs har tandhygienisten fokus på barnet.

Barnet i fokus

Alla respondenter svarade att vid behandlingen av barnet i tandvårdsituationen krävs det att tandhygienisten utgick från barnet. Barnet kan visa hur det brukar borsta tänderna och berätta om vilka vanor de har. Tandhygienisten arbetar för att barnet ska få förtroende för behandlaren. Carola belyste det på följande sätt:

”ja man försöker helt enkelt skaffa en... ska man säga ett förtroende, där... en miljö som gör att de ändå känner att man vill dem väl eller vad man ska säga...”

En respondent nämnde att om hon hittade fynd vid undersökningen kan ett bra sätt att förklara fynden på vara att visa i munnen, på modell, på dator och även visa på röntgenbilderna om fyndet syntes där. En annan respondent betonade att när tandhygienisten berättar om fynden är det viktigt att inte trycka ner barnet. När intervjuaren bad respondenten beskriva om hon använde några pedagogiska strategier i sitt munhälsofrämjande arbete för barn och hur hon gick tillväga svarade Berit:

”det gäller ju att inte skälla på dem... det får man inte göra... man får inte skälla på barn för att de inte har borstat utan man ska ju se till så att de ska borsta. Så man får vara lite försiktig tycker jag. Man ska vara lite snäll.”

Om tandhygienisten ansåg att barnets tandborstteknik borde förändras beskrev en respondent att ett bra sätt kunde vara att barnet först fick visa hur det gjorde när det borstade tänderna och sedan utgick tandhygienisten från det och gav lite tips på hur barnet kunde förbättra sin teknik. Respondenten poängterade även att det inte skulle vara några större förändringar.

Föräldrar

Respondenterna berättade att hos små barn ska tandhygienisten prata med både barnet och föräldrarna. Exempelvis berättade Carola om, hur hon går tillväga, när hon har små barn som patienter:

”Då pratar jag ju egentligen direkt till, till föräldern då och så innan jag, om jag nu ska titta nått kliniskt i munnen så brukar jag ju prata med föräldern först så att barnet får en chans att titta lite på mig, hur jag ser ut å vad jag säger för nånting och... ja... prata med dem innan då, innan jag tittar rent kliniskt om det är det som behövs.”

Carola förklarade vidare att vid behandling av barnet, där en förälder är med i behandlingsrummet, är det viktigt att tandhygienisten tänker på att de inte pratar i munnen på varandra när barnet ska försöka ta in viktig information.

För att få en bild av hur tandborstningen gick till lyfte en respondent fram, att hon kunde låta föräldrarna visa hur de borstade tänderna på barnet och om det behövdes så kunde tandhygienisten gå in och ge dem lite tips där det behövdes.

PEDAGOGISKA TEORIER I TANDHYGIENISTENS ARBETE

Bakom de pedagogiska tillvägagångssätten finns det pedagogiska teorier, men det var inget någon av respondenterna tänkte på dagligen. Däremot hade de andra grunder för sitt arbete med pedagogiska tillvägagångssätt.

Ingen av respondenterna kunde komma på någon speciell teori som de arbetade efter, men de kände till att det fanns olika teorier att arbeta utifrån. Doris svarade på frågan om det fanns någon teori som låg till grund för de pedagogiska tillvägagångssätten hon använde sig av på följande sätt:

”nej, det kan jag faktiskt inte. Jag har nog ingen sån där teori. Jag vet inte... Alltså ja, en hälsofrämjande teori om man nu kan uttrycka det så... Det finns säkert, alltså du har ju en humanistisk teori, och såna saker, och det jobbar ju vi emot hela tiden”

Andra grunder för arbetet

Förutom pedagogiska teorier uppgav respondenterna att det som låg till grund för arbetet var motiverande samtal, tell-show-do och att se hälsan i främsta rummet.

DISKUSSION

För att barn ska lära sig och ta in ny kunskap kan olika pedagogiska strategier vara ett användbart verktyg. Som redovisats i texten arbetade respondenterna med många olika pedagogiska strategier vid behandling av barn.

RESULTATDISKUSSION

Studien visade att i tandhygienstens kliniska arbete med munhälsopromotion ansåg respondenterna att det är viktigt att se till varje individ, att varje människa är unik med sina specifika behov. I det kliniska arbetet ansågs det betydelsefullt att ha ett salutogent perspektiv och att ha en tvåvägskommunikation med barnet och föräldern för att kunna få fram den information som var viktig. Pedagogiska strategier användes i form av motiverande samtal, positiv förstärkning och "tell-show-do" metoden (Hollister & Anema, 2004; Mejäre, 2005). Motiverande samtal användes främst i början för behandling av personer med ett alkoholberoende och har inom det området haft stor betydelse (Miller & Baca, 1983). Denna metod har sedan utvecklats och används idag inom många olika vårdområden. Vid motiverande ställs öppna frågor för att patienten själv ska kunna reflektera över sin situation och finna lösningar på de problem, som finns. I tandvårdsituationen leder detta till att barnet och föräldern kan ta rätt beslut och göra val, som främjar barnets munhälsa på både kort och lång sikt (Rollnick, Manson & Butler, 1999).

Samtliga respondenter uppgav att de inte visste vilken teori som låg till grund för dessa pedagogiska strategier, men utifrån svaren kunde forskarna se att den humanistiska traditionen låg till grund för respondenternas arbetssätt. Denna slutsats kunde dras då det, som beskrivet ovan, ingår i den humanistiska traditionen att det är patienten själv som har ansvaret för hälsovalen, som görs och att behandlaren har tilltro till patientens förmåga att klara av att göra dessa val och ta ett eget ansvar (Maslow, 1970). Detta kunde kopplas ihop med de motiverande samtalen och positiv förstärkning. Just positiv förstärkning poängterades starkt, att tandhygienisten fokuserar på det som är bra (Hollister & Anema, 2004).

En annan intressant aspekt som kom fram i resultatet var att några av respondenterna lyfte att ansvaret ligger på föräldrarna att ge sitt barn goda vanor redan när det är litet. Detta svar är intressant på så vis att många föräldrar säkert inte inser att de har ett stort inflytande på sitt barn angående hälso- och munfrämjande vanor. I informationen till föräldrarna vid introduktionen av barnet i tandvården kan den aspekten vara viktig att ta upp av tandhygienisten (Wendt, 2000).

Något som förvånansvärt inte togs upp alls av respondenterna var empowerment. Det kan också tyckas vara förvånande att ingen av respondenterna kände till några pedagogiska teorier. Anledningen till detta kan vara att det var mellan 6-24 år sedan respondenterna gick sin utbildning och då var kanske inte uttrycket empowerment och pedagogiska teorier lika etablerade, som de är idag. Detta belyser hur viktigt det är att som tandhygienist vara à jour

och fortlöpande hålla sig underrättad om den aktuella utvecklingen och forskningen (SoS, 2005).

Denna studie ger ökad förståelse och kunskap om tandhygienisternas vardagliga arbete. Tandhygienistens kunskap om olika pedagogiska strategier och teorier, vilka underlättar i det kliniska arbetet med munhälsopromotion till barn, är begränsad. Detta visar på att pedagogik, som ett obligatoriskt ämne i tandhygienistutbildningen, är mycket betydelsefullt. Trots att denna studie har medfört ökad kunskap om tandhygienistens kliniska arbete när det gäller munhälsopromotion till barn behövs det ändå mer forskning för att tillföra ytterligare kunskap inom området.

Tandvårdspersonal kan använda sig av flera olika pedagogiska modeller vid mötet med barn, och här spelar tandhygienisten en stor roll. Att arbeta medvetet med bra pedagogiska strategier gör bland annat att barn blir mer samarbetsvilliga. Intervjuerna med respondenterna kan sannolikt ha fått dem att själva börja reflektera över och analysera sina egna pedagogiska tillvägagångssätt med barnpatienter.

METODDISKUSSION

Det förekom ett bortfall av en respondent. Orsaken till bortfallet kan ha varit ointresse av att medverka. Andra orsaker kan ha varit tidsbrist, men även okunskap där personen inte vetat vad den skulle ha svarat vid intervjutillfället.

Då författarna skrev ut intervjutexterna i direkt anslutning till intervjuerna fanns färsk minnen av hur respondenten uttryckt sig icke-verbalt och hur stämningen i rummet och mellan forskare och respondent var. Det möjliggjorde att kunna skriva ner tankar om intervjun samtidigt. Studiens validitet ökade då båda författarna läste samtliga intervjuer och var överrens om de kategoriseringar som gjordes.

Författarna upplevde intervjuerna på olika sätt, eftersom vissa respondenter öppnade sig mer än andra och att det då blev lätt att diskutera kring frågorna och de svar respondenten lämnat. Andra respondenter öppnade sig inte lika mycket och då blev det svårare att diskutera kring frågorna och svaren som lämnades.

Metoden för denna studie har en begränsning genom att den inte är direkt generaliserbar utan typisk för dessa respondenter. Att forskarna fick dessa svar kan bero på åldern hos respondenterna då pedagogik inte var lika utbredd då i utbildningen som det är nu. Svaren kan även ha påverkats av respondenternas erfarenheter.

KONKLUSION

Slutsatsen av denna studie är att samtliga respondenter använde pedagogiska strategier, men de visste inte vilken teori som låg till grund för de pedagogiska strategierna. Utifrån svaren konstaterades att den humanistiska traditionen låg till grund för respondenternas arbetssätt. Tandhygienistens vetskap om pedagogiska strategier och teorier var begränsad. Detta visar på att pedagogik, som ett obligatoriskt ämne i tandhygienistutbildningen, är betydelsefullt. Resultatet i uppsatsen kan även fungera som ett hjälpmedel för tandhygienister, när det gäller pedagogiska tillämpningar.

REFERENSLISTA

- Alaluusua, S., Bäckman, B., & Daugaard-Jensen, J. (1998). Mineralstörningar och deras behandling. *Tandläkartidningen* årg 90 nr 5, 1-8.
- American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD. (2008) Clinical guidelines on behaviour guidance for the pediatric dental patient. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry.
- Arborelius, E. (2001). *Varför gör dom inte som vi säger?? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor*. Partille: Upjohn.
- Blos, P. (1962). *On Adolescence*. New York: The Free Press.
- Buchanan, H., & Niven, N. (2003). Self-report treatment techniques used by dentists to treat dentally anxious children: a preliminary investigation. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13, 9-12.
- Calley, KH., Rogi, E., Miller, DI., Hess, G., & Eisenhauer, LA. (2000). Proposed Client Self-Care Commitment Model. *Journal of Dental Hygiene*, 74, 24-35.
- Coffield, KD., Philips, C., Brady, M., Roberts, MW., Strauss, RP., Wright, JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. *Journal of the American Dental Association*, 136, 620-30.
- Declerck, D., Leroy, R., Martens, L., Lesaffre, E., Garcia-Zattera, MJ., Vanden Broucke, S., Debyser, M., & Hoppenbrouwers, K. (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, 168-78.
- Eriksson, E.H. (1977). *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Feigal, RJ. (2001). Guiding and Managing the Child Dental Patient: A Fresh Look at Old Pedagogy. *Journal of Dental Education*, 65, 12, 1369-77.
- Flavell, J. H. (1993). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Greeno, J.G., Collins, A.M., & Resnick, L.B. (1996). Cognition and Learning. I Berliner, D.C & Calfee, R.C. (red.). *Handbook of Educational Psychology* (s.15-46). New York: Macmillan Library Reference.
- Grossi, S. G., Zambon, J. J., Ho, A. W., Koch, G., Dunford, R. G., Machtei, E. E., Norderyd, O. M. & Genco, R. J. (1994). Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *Journal of Periodontology*, 65, 260–267.
- Hollister, MC., & Anema, MG. (2004). Health behaviour models and oral health: a review. *Journal of Dental Hygiene*, 78, 1-8.

- Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Nydell Helkimo, A., Lundin, S.Å., Norderyd, O., Sjödin, B., & Sondell, K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 20 years (1973-2003). *Swedish Dental Journal*, 29,139-155.
- Jenkins, WMM., Papapanou, PN. (2001). Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000*, 26, 16-32.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Kettunen, T., Pietilä, I. (2006). Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34, 419-28.
- Korp, P. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. Upplaga 2. New York: Harper & Row.
- Mejäre, I., Friis-Hasché, E., & Holst, AL. (1994). The child as a dental patient. Koch, G, Modéer, T, Poulsen, S & Rasmussen, P. (red.). *Pedodontics - a clinical approach* (s.65-77). Köpenhamn: Munksgaard.
- Mejäre, I., Modéer, T., & Twetman, S. (2005). *Pedodonti*. Stockholm: Gothia.
- Miller, W.R., & Baca, L.M. (1983). Two-year Follow-up of Bibliotherapy and Therapist-directed Controlled Drinking Training for Problem Drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Mohlin, B., Kuroi, J. (2003). To what extent do deviations from an ideal occlusion constitute a health risk? *Swedish Dental Journal*, 27, 1-10.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Upplaga 3. Lund: Studentlitteratur.
- Peretz, B., & Gluck, G. (2005). Magic trick: a behavioural strategy for the management of strong-willed children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15, 429-436.
- Rollnick, S., Manson, P., & Butler, C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Salmon, P., & Hall, G. (2004). Patient empowerment or the emperor's new clothes. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 53-56.
- Socransky, S. S. & Haffajee, A. D. (1992). The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concepts. *Journal of Periodontology*, 63, 322-331.
- Socransky, S. S., Haffajee, A. D., Cugini, M.A., Smith, C. & Kent, R. L. Jr. (1998). Microbial complexes in subgingival plaque. *Journal of Clinical Periodontology*, 25,134-144.
- SOU 1997:21. *Växa i lärande*. Stockholm: Fritze.
- SoS. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SoS. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SoS. (2006). *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stecksén-Blicks, C., Sunnegårdh, K., & Brossén, E. (2004). Caries experience and background factors in 4-year-old children: time trends 1967-2002. *Caries Research*, 38,149-55.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L., & Styrborn, Sven. (1991). *Från upptäckt till presentation: Om kvalitativ metod och teorigerenering på empirisk*. Lund: Studentlitteratur.
- Sundell, S. (1986). Hereditary amelogenesis imperfecta. I. Oral health in children. *Swedish dental journal*, 10, 151-63.
- Tanner J.M. (1981). *Från foster till vuxen*. Stockholm: Liber utbildningsförlaget.
- UD. (2006). *Mänskliga rättigheter: Konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- Wendt L.K. (2000). Ska Anna, två år, gå till tandläkaren? I: *Odontologi 2000* (s.263-278). Köpenhamn: Munksgaard.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization.
- WHO. (2003). *Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Figure 1: Pathways to empowerment*. Geneva: World Health Organization.
- Witzel, C., Kierdorf, U., Schultz, M., Kierdorf, H. (2008). Insights from the inside: Histological analysis of abnormal enamel microstructure associated with hypoplastic enamel defects in human teeth. *American journal of physical anthropology*, 136, 400-14.
- York, KM., Mlinac, ME., Deibler, MW., Creed TA., Ganem, I. (2007). Pediatric Behavior Management Techniques: A Survey of Predoctoral Dental students. *Journal of Dental Education*, 71, 4, 532-9.
- Ödman, P.J. (1990). *Tid av frihet, tid av tvång. Utvecklingslinjer i svensk 1700- talspedagogik* (Forskningsrapport nr 52). Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för pedagogik.

INTERVJUGUIDE

BILAGA 1

Beräknad tid för intervju ca 1-1½ timme.

Inledande del / Del 1

Ålder?

Kön?

Utbildning till tandhygienist, hur lång utbildning?

Antalet år i yrket?

Arbetsinnehåll?

Annan utbildning?

Tidigare arbete?

Hur är tjänsten upplagd? (Uppsökande verksamhet?)

Är Du nöjd med din situation, eller finns det något du vill ändra på?

Del 2

Tema; Munhälsopromotion

- Kan du beskriva vad munhälsofrämjande åtgärder betyder för dig?
- Berätta hur du uppfattar/ser på munhälsoarbete för barn i åldrarna 0-6år, 7-13år och 14-18år. Ser du det på olika sätt i olika åldrar på barnen?
- Beskriv hur du förbereder, planerar och arbetar kliniskt med munhälsoarbete för barn i åldrarna 0-6år, 7-13år och 14-18år. Arbetar du på olika sätt beroende på barnens ålder?
- Berätta hur ofta du jobbar kliniskt med munhälsoarbete för barn i åldrarna 0-6år, 7-13år och 14-18år.
- Kan du berätta om du brukar stöta på svårigheter när du förbereder, planerar och arbetar med munhälsofrämjande arbete till barn i åldrarna 0-6år, 7-13år och 14-18år? Berätta vilka svårigheter som finns, är det olika beroende på barnets ålder?
- Kan du beskriva hur du försöker lösa problemen och arbeta vidare?

Tema; Pedagogiska strategier

- Vill du beskriva hur du planerar mötet med barnet vid munhälsoinformation, skiljer det sig beroende på barnets ålder?
- Beskriv för mig om du använder några pedagogiska tillvägagångssätt i ditt munhälsofrämjande arbete för barn och hur du går tillväga? Använder du olika pedagogiska tillvägagångssätt för olika åldersgrupper?
- Berätta hur du började arbeta med dessa tillämpningar?
- Har du gått kurser och i sådana fall vilka?
- Om inte, vad ligger till grund för ditt arbete med pedagogiska tillvägagångssätt?
- Berätta vid vilken ålder tycker du att det är lämpligt att introducera pedagogiska tillämpningar i munhälsoarbetet för barn?

Tema; Pedagogiska teorier

- Kan du berätta om du har någon/det finns någon teori som ligger till grund för de pedagogiska tillvägagångssätten du använder dig av?
- Vill du berätta varför du har valt att arbeta med munhälsoarbete på det här sättet?
- Kan du beskriva om du känner du till några andra pedagogiska teorier?

Hälsopromotion bland barn – tandhygienistens hälsofrämjande arbete bland barn på individnivå

Till dig som arbetar med hälsopromotion bland barn

Vi är två studenter som läser tredje året på tandhygienistprogrammet, Karlstads universitet och skriver ett examensarbete.

Syftet med vår studie är att beskriva om och hur legitimerade tandhygienister arbetar kliniskt med hälsopromotion till barn, hur pedagogiska strategier används och om det finns några teorier bakom dessa strategier. Vi är intresserade av att veta hur du arbetar hälsofrämjande och därför är det värdefullt för oss om vi får intervjua dig och att du vill berätta om ditt arbete med barn.

Studien genomförs som en pilotstudie, där vi valt ut dig för att testa vår frågeguide. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när du vill utan motivering. Deltagandet kan avbrytas fram till att intervjun är genomförd och analysarbetet påbörjas. Om du vill delta så ska du läsa och underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i medföljande svarskuvert.

Dina svar kommer inte att avslöja din identitet, eftersom band och anteckningar behandlas konfidentiellt. Det är endast vi och vår handledare som kommer att ta del av innehållet i intervjuerna. Insamlad data kommer att kodas och förvaras inlåsta under tiden som databearbetningen pågår. Efter att C-uppsatsen examinerats och godkänts förstörs samtliga anteckningar och band.

Om du har frågor eller synpunkter så fråga oss gärna.

Tandhygieniststuderande:

Zara Ehrén, Uppsala, 070-3903414

Åsa Karlsson, Motala, 073-8201429

Tack på förhand för din medverkan!

Hälsopromotion bland barn – tandhygienistens hälsofrämjande arbete bland barn på individnivå.

Jag har tagit del av informationen om studien angående hälsofrämjande bland barn.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta utan att ange någon orsak till detta. Deltagandet kan avbrytas fram till att intervjun är genomförd och analysarbetet påbörjas.

Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien och att intervjun spelas in på band. När du bestämt att du vill delta i studien så undertecknar du och skickar tillbaka samtyckesblanketten i medföljande svarskuvert.

Ort, datum

Underskrift

Namnförtydligande

Telefonnummer