



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for klinisk odontologi

Helsesøstres erfaringer med risikofamilier

Andrea Bergslid og Solveig Myrvang

Masteroppgave i odontologi mai 2019



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
	Kariesforekomst blant småbarn i Norge.....	1
	Epidemiologi	1
	Risikofamilier	2
	Nasjonale faglige retningslinjer.....	3
	Hva er nasjonale faglige retningslinjer?.....	3
	Tannhelsetjenesteloven	3
	Tverrfaglig samarbeid	4
	Helsesøstres rolle.....	4
	Helsestasjonsprogrammet.....	4
	Bruk av motiverende intervju.....	4
	Munnhuleundersøkelse.....	5
1.2	Hensikt	6
2	Metode.....	7
2.1	Valg av metode.....	7
	Kvalitativ metode	7
	Semi-strukturert intervju	7
2.2	Utvalg.....	7
2.3	Etiske refleksjoner	8
2.4	Intervju	8
	Intervjuguide	8
	Gjennomføring av intervju	8
2.5	Behandling og analyse av data	9
	Transkribering	9
	Analyseprosessen	9

3	Resultater.....	10
3.1	Familienes komplekse utfordringer.....	10
	Familienes bakgrunn	10
	Hjemmesituasjonen	11
	Foreldrenes forutsetninger for å forstå	11
3.2	Helsesøstrenes arbeidssituasjon	12
	Viktigheten av god kartlegging	12
	Viktigheten av tverrfaglig samarbeid	13
	Informasjon og motivasjon til foreldrene	14
	Munnhuleundersøkelsene	15
4	Diskusjon.....	17
4.1	Diskusjon av resultater	17
	Familiens komplekse utfordringer.....	17
	Helsesøstres arbeidssituasjon	18
4.2	Diskusjon av metode	21
5	Konklusjon	23
6	Referanseliste	24
7	Vedlegg	26
	Vedlegg 1	26
	Vedlegg 2	28
	Vedlegg 3	31

Forord

I vår periode som tannlegestudenter har vi behandlet mange barn. Dette har gitt oss mange inntrykk og erfaringer, samt at det har gjort oss nysgjerrige. Hvorfor er det slik at noen ikke får karies, mens andre rammes hardt? Det er et stort fokus på at norske barn stadig får bedre tannhelse, men vi er nysgjerrige på de barna som allerede i tidlig alder har utviklet mange kariesangrep. Denne nysgjerrigheten ble inspirasjon for valg av tema.

Vi ønsker å takke alle helsesøstre som delte sine erfaringer og tanker med oss. Det har vært veldig lærerikt å få et innblikk i deres arbeidshverdag, og vi håper at vi selv kan oppnå et tett samarbeid med helsesøstre i framtiden. Viktigst av alt, ønsker vi å rette en stor takk til vår enestående veileder førsteamanuensis Linda Stein. Hennes kunnskap og gode råd har vært uvurderlige. Avslutningsvis ønsker vi også å takke vår kjære terapihund Eira for støtte gjennom en lang periode med mye arbeid.

Sammendrag

Bakgrunn

Det er mye fokus på den positive utviklingen innen tannhelse i Norge, der statistikken viser at flere og flere barn er kariesfrie. Likevel ser man at det er en tydelig skjevfordeling der en liten andel av barn, har mesteparten av karies. Helsesøstre er de som har ansvaret for oppfølgingen av barns tannhelse frem til de er tre år. Tidlig identifisering av barn med risiko er viktig i forhold til forebygging av karies, samt samarbeid mellom helsesøstre og tannhelsetjenesten.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven var å få et innblikk i barna som er hardest rammet av karies, definert som risikofamilier. Gjennom intervju med helsesøstre og deres erfaringer med disse risikofamiliene, ble deres rutiner for oppdaging og oppfølging av familiene belyst. Et annet viktig fokus var å undersøke samarbeidet mellom helsesøstre og tannhelsetjenesten, sett i lys av de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Metode

Kvalitativ metode ble benyttet, og data ble innsamlet ved gjennomføring av individuelle semi-strukturerte intervjuer. Det ble intervjuet fire helsesøstre som har erfaring med risikofamilier, der informantene er ansatt på fire ulike helsestasjoner.

Resultater

En god kartlegging av hver familie kom frem som det viktigste kriteriet for å oppdage antatte risikofamilier. Oppfølgingen av risikofamilier varierte mellom de ulike kommunene helsesøstrene jobbet i, der de enten hadde et skreddersydd opplegg eller ekstra konsultasjoner for familiene. Samtlige helsesøstre mente at samarbeidet med tannhelsetjenesten er for dårlig, og at et tettere samarbeid vil være fordelaktig med tanke på forbedring av risikopasienters tannhelse.

Konklusjon

Et av de viktigste punktene for forebygging av karies var å kunne identifisere barn med risiko. Det vil derfor være vesentlig at det foreligger et godt samarbeid mellom helsestasjonen og

tannhelsetjenesten. Et godt samarbeid og god opplæring, vil kunne bidra til at man kan iverksette forebyggende tiltak mot karies. Videre studier bør se på andre faktorer som kan være med på   motvirke skjevfordeling av karieserfaring hos barn.

Abstract

Background

There has been a positive trend in dental health among children showing a decrease in dental caries. Nevertheless, the distribution is skewed with a minority of the children having the majority of the carious lesions. Public health nurses see children and their families on a regular basis for health check-ups. Early identification of children with increased risk for caries is important to prevent pain and unnecessary treatment.

The purpose of the study was to assess public health nurses' experiences with risk families, their routines, and follow-up appointments for the families. Furthermore, we aimed to look into their experiences with cooperation with the public dental service.

Methods

Qualitative semi-structured interviews were performed. Four public health nurses having experience with risk families were interviewed. The informants were employed at different public health centres.

Results

A thorough mapping of each family emerged as the most important to identify risk families. The follow-up of risk families varied between the different public health centres where the nurses worked. A tailor-made scheme or extra consultations for the families were utilized. All public health nurses had the opinion that the collaboration with the public dental service was unsatisfactory, and that improved cooperation would be beneficial in terms of improving the risk families' dental health.

In conclusion, the interviews found a need to look into the collaboration between the public dental service and the public health centres. A larger quantitative study with respondents representative for the public health nurses in Norway would be an interesting step further in this important field. Future studies should also look into other factors that can help counteract the skewed distribution of caries experience in children.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Karies er den vanligste kroniske barnesykdommen i verden, selv om stadig færre barn rammes (1). Det er mye fokus på at antall barn med ingen karieserfaring øker, men statistikk viser at forekomst av karies blant barn er skjevfordelt. En studie har vist at i 2007 hadde 10 % av norske fem-åringer 70 % av all karieserfaring. Et av de viktigste punktene for forebygging av karies, er å kunne identifisere barn med risiko. Man ønsker å identifisere risikobarna så tidlig som mulig, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes. En viktig del av kartleggingen av risikobarn, er at de ulike helseprofesjonene har et godt samarbeid (2).

Helsesøstre har en sentral rolle i identifisering og kartlegging av småbarn med økt kariesrisiko, ettersom de har ansvaret for oppfølgingen av tannhelsen fram til barn er 3 år gamle.

Kariesforekomst blant småbarn i Norge

Epidemiologi

I 2006 ble rapporten ”Tenner for livet” utgitt av Helsedirektoratet. I rapporten ble det gjort en kartlegging av tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5-åringer i Norge. Innsamlingen av tannhelsesdata ble gjennomført av den offentlige tannhelsetjenesten. Resultatet av denne kartleggingen, viste at 87% av alle 3-åringer som ble undersøkt, var kariesfrie.

Helsedirektoratet anså det som bekymringsverdig at 13% av 3-åringene var rammet av karies. Rapporten viste også at de 3-åringene som hadde karies, hadde forholdsvis mange kariesangrep. I gjennomsnitt hadde de kariesrammede 3-åringene 3,4 angrep hver (3, s.7).

Helsedirektoratet mente at undersøkelsen viste at det er behov for bedring av det forebyggende arbeidet innen tannhelse. I rapporten trekkes samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helsestasjoner fram som et avgjørende faktum for bedring av det forebyggende arbeidet (3).

I 2007 publiserte Universitet i Jönköping en studie som hadde vart i perioden fra 1973-2003. Under studien ble det samlet inn tannhelsesdata fra individer mellom 3-80 år. Resultatene viste at 35% av 3-åringene var kariesfrie i 1973, sammenliknet med 69 % i 2003. Funnene viste

dermed at det har vært en betydelig nedgang i kariesforekomst de siste 30 årene (4). Likevel ser man at karies fortsatt er et helseproblem blant småbarn (5).

Risikofamilier

Helsedirektoratet har definert risikobarn som barn av foreldre med psykisk sykdom/ rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom, eller barn i kjente ”risikofamilier” (6). Familier med innvandrerbakgrunn kan ha økt kariesrisiko, der en undersøkelse fra en barnehage i Oslo viste at barn av ikke-vestlige foreldre hadde en større sannsynlighet for karies enn barn av vestlige foreldre (7, s.286).

Oral health literacy defineres i følge ADA (National Advisory Committee on Health Literacy in Dentistry) som «*menneskers evne til å skaffe seg, behandle og forstå grunnleggende helseinformasjon, og de tjenester som trengs for å trekke de mest hensiktsmessige beslutninger om sin orale helse*» (8). En studie gjennomført av Lee et al. fant at mennesker som har en lavere grad av health literacy har en dårligere helsestatus, usunnere atferd og dårligere utfall ved sykdom enn mennesker med en høyere health literacy (9).

En kvalitativ studie gjennomført blant flyktninger i Australia, viste at de sosiokulturelle forskjellene har betydning for den orale helsen. Denne studien konkluderte med at for å forbedre den orale helsen, må man sette seg inn i det og forstå disse sosiokulturelle forskjellene (10). Barn som befinner seg i den nedre sosioøkonomiske rangstigen har dårligere oral helse enn de som har bedre sosioøkonomisk status (11).

En studie gjort i India, undersøkte prevalensen av karies hos førskolebarn og hvordan familierelaterte faktorer innvirker på barnas tannhelse. I denne studien fant de blant annet ut at foreldres tannhelsevaner og deres holdninger til tannhelse, er to faktorer som har stor betydning for tannhelsen hos små barn. Et annet viktig funn fra den samme studien var at foreldrenes kunnskap er noe det bør fokuseres på i arbeidet med forebygging av karies hos barn (12).

Foreldres kunnskap og samarbeidsevne er avgjørende for hvordan tannhelsen til deres barn følges opp (5, s.120). Foreldres tannhelsevaner, samt deres holdninger til tannhelse, er to faktorer som har stor betydning for småbarns tannhelse (12). I arbeid med risikofamilier er det høyst nødvendig at man klarer å skape et godt samarbeid med foreldrene.

Nasjonale faglige retningslinjer

Hva er nasjonale faglige retningslinjer?

Nasjonale faglige retningslinjer er ”systematiske utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper” (13). Slike retningslinjer er viktige for å sikre pasienter god kvalitet på behandlingen de mottar, samt sikre at det gjøres fornuftige prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene. I tillegg ønsker man at de nasjonale faglige retningslinjene skal forhindre uønsket variasjon i tjenestetilbudet. De to siste formålene med retningslinjene, er at man skal få bedre samhandling innad i helse- og omsorgstjenesten, samt at pasienter skal tilbys et helhetlig pasientforløp (13).

I november 2017 ble det publisert nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I disse retningslinjene finner man blant annet konkrete anbefalinger for helsestasjon 0-5 år. Ved hjelp av de nye retningslinjene, ønsker man å rette fokuset mot psykisk og fysisk helse, inkludert oral helse. Forebygging av sykdom og skade er også en essensiell del av retningslinjene. De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke rettslig bindende, men normerende. De er ment som anbefalinger for å sikre god praksis (6).

Tiltak for å redusere sosiale ulikheter i tannhelse er en prioritert oppgave. Økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak er viktig. Anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene skal bidra til at alle barn og unge får tilpassede og gode tann- og munnhelsetjenester uavhengig av bosted, diagnose og sosial bakgrunn (6).

Tannhelsetjenesteloven

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge er underlagt fylkeskommunene, og reguleres av tannhelsetjenesteloven. Gjennom denne loven, gis bestemte grupper i befolkningen ”et regelmessig og oppsøkende tilbud i den fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg” (14). Gruppen i befolkningen som har høyest prioritet, er barn og ungdom fra 0-18 år (14).

I Tannhelsetjenestelovens § 1-5, står det blant annet at ”utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum skal skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis

ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov” (14). Dette er viktig å bemerke seg når det er snakk om tverrfaglig samarbeid og utveksling av taushetsbelagte opplysninger.

Tverrfaglig samarbeid

Den offentlige tannhelsetjenesten skal ifølge tannhelsetjenesteloven, gi nødvendig opplæring til helsestasjon (14). For å sikre en god opplæring av ansatte på helsestasjon, er man avhengig av et godt samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjonene. Dette er helt avgjørende for at man skal kunne ivareta barnas tannhelse.

Ved hjelp av de nye nasjonale retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjeneste, ønsker man å legge til rette for et godt samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjon. Anbefalingene går ut på at helsestasjonen skal utføre munnhuleundersøkelser på barn mellom 0 og 3 år, samt rutiner for å henvise barn til den offentlige tannhelsetjenesten. Ved hjelp av et tettere samarbeid, ønsker man også at det skal være lettere for helsestasjon og kunne ta kontakt med tannhelsetjenesten, og omvendt (14).

Helsesøstres rolle

Helsestasjonsprogrammet

”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” står det blant annet at *”Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”* (15). For å oppfylle dette kravet, tilbyr hver kommune blant annet helsestasjonstjeneste (15). Helsedirektoratet har utarbeidet et helsestasjonsprogram for barn mellom 0-5 år. Dette programmet skal være retningsgivende for å sikre god praksis og likhet i tjenesten (6).

Ifølge helsestasjonsprogrammet skal det være en tett oppfølging av alle familier. Helsestasjonsprogrammet innebærer hjemmebesøk når barnet er 7-10 dager gammel, deretter er det konsultasjoner på helsestasjoner når barnet er 4 uker, 6 uker, 3 mnd, 4 mnd, 5 mnd, 6 mnd, 8 mnd, 10 mnd, 12 mnd, 15 mnd og 18 mnd. I tillegg er det ny konsultasjon når barnet er 2 år og 4 år (6).

Bruk av motiverende intervju

I 2014 ble det publisert en randomisert kontrollert studie der det ble undersøkt om motiverende intervjuer kan bidra til bedring av oral helse. Bakgrunnen for studien var blant

annet at konvensjonell utdanning der man som helsearbeider gir ut normative råd til pasienter, ikke er nok for å oppnå atferdsendring. I studien kommer det fram at bruk av motiverende intervju har vist varierende suksess i arbeidet med å forbedre tannhelsen (16).

Helsedirektoratet anbefaler bruk av motiverende intervju for å motivere til atferdsendring. ”*Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring*”. Helsedirektoratet trekker fram at det er et velkjent problem at man som helsepersonell kan ha vanskelig for å nå igjennom med informasjon til pasienter (17).

Munnhuleundersøkelse

Barn under 3 år innkalles ikke til undersøkelse hos tannhelsetjenesten. Fram til barnet er 3 år, er det helsesøstre som har ansvaret for oppfølging av barnets orale helse. I de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjeneste, anbefales det blant annet at helsesøstre eller leger ved helsestasjon, bør foreta munnhuleundersøkelse på barn ved 6 uker, ½ år, 1 år og 2 år. Denne anbefalingen framkommer også tydelig i helsestasjonsprogrammet. Helsestasjonen bør i tillegg sørge for at barn blir henvist til den offentlige tannhelsetjenesten ved behov (6).

Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene, mener man at det er fordelaktig at helsepersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten, har ansvar for barns tannhelse fram til de er 3 år.

Begrunnelsen for dette, er at helsestasjonen har en tett oppfølging av familier fram til barn er 3 år. Helsesøstre har kunnskap og erfaringer om hele barnet, og de er godt kjent med familiene. Helsesøstre anses derfor å være best kvalifisert til å oppdage eventuelle risikofamilier (6).

I de nasjonale faglige retningslinjene, opplyses det også om forskningsgrunnlaget som utgjør bakgrunnen for anbefalingene som gis i retningslinjene. Her framkommer det blant annet at kunnskapsgrunnlaget til helsesøstre, når det gjelder kariesrisikovurdering, er begrenset. Likevel ser man også at ved optimal opplæring av helsesøstre, vil de på lik linje med tannhelsepersonell kunne oppdage småbarn med karies (18).

1.2 Hensikt

Det er mye fokus på den positive utviklingen innen tannhelse i Norge. Mye av statistikken viser at flere og flere barn er kariesfrie. Likevel ser man at det er en tydelig skjevfordeling der en liten andel av barn, har mesteparten av karies (2). I denne oppgaven ønsker vi å rette fokuset mot de barna som er hardest rammet av karies. Hensikten med oppgaven er å undersøke helsesøstres erfaringer med risikofamilier.

2 Metode

2.1 Valg av metode

Kvalitativ metode

Formålet med kvalitativ forskningsmetode er å undersøke betydningen av et tema sett ifra intervjuobjektene ståsted. Metoden innebærer at en ” (...) oppfordrer intervjupersonene til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler, og hvordan de handler” (19, s.47). Ettersom målet med denne oppgaven er å innhente erfaringer fra helsesøstre som arbeider med risikofamilier, er kvalitativ forskningsmetode den mest hensiktsmessige metoden å benytte. Resultatet presenteres ikke gjennom tall, men som tekst. Funnene vil ikke være kvantifiserbare, men de vil gi oss et innblikk i intervjuobjektene erfaringer. Dette er viktig informasjon som kan danne grunnlag for videre forskning (19, s.47).

Semi-strukturert intervju

For innsamling av data ble det gjennomført semi-strukturerte intervju. Semi-strukturert intervju er ”verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale” (19, s.47). Ved utføring av et slikt intervju, ønsker man å legge opp samtalen til å bli mest mulig dagligdags, men samtidig ha et forskningsrettet formål (19, s.46). For å kunne gjennomføre dette, utarbeides det en intervjuguide. Intervjueren benytter intervjuguiden for å holde en viss struktur under intervjuet.

2.2 Utvalg

Utvalget består av fire informanter. Alle informantene arbeider som helsesøstre, og de er ansatt på fire ulike helsestasjoner. Alle informantene driver med pasientrelatert arbeid, der også en av de fire helsesøstre jobber som flyktningehelsesøster.

De aktuelle informantene ble valgt ut ved at vi tok kontakt med lederne ved de ulike helsestasjonene. Lederne fikk tilsendt ”Forespørsel om deltakelse til intervju” (vedlegg 1) på mail, og deretter ble vi kontaktet av helsesøstre som var interessert i å delta i studien.

Kriteriene som måtte være oppfylt for at helsesøstre kunne få delta som informanter, var at de måtte arbeide som helsesøster, samt at de burde ha erfaring med risikofamilier.

2.3 Etiske refleksjoner

Ved å utføre forskning, er det viktig å vurdere de forskningsetiske aspektene. Ettersom vi ikke har hatt direkte pasientkontakt i denne studien, var det ikke behov for å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Da ingen personopplysninger behandles var det heller ikke nødvendig å registrere prosjektet i Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Alle informantene og deres ledere fikk tilsendt ”Forespørsel om deltakelse til intervju” (vedlegg 1). Der hadde vi en kort beskrivelse av bakgrunn og hensikten med studien. I forespørselen ble det informert om at intervjuene ville vare i ca. 30 minutter, samt at det ville bli benyttet lydopptaker under hvert intervju. I tillegg ble det beskrevet hvilke fordeler og ulemper deltakelse til intervju ville medføre. Det ble også opplyst om at all informasjon kun skulle bli brukt som beskrevet i hensikten med intervjuet, samt at dataopplysningene ville bli behandlet konfidensielt. Informantene ble også gjort oppmerksom på at det ikke ville være mulig å gjenkjenne dem i masteroppgaven.

Under studien var det frivillig deltakelse, og det var mulighet for å trekke seg når som helst. Informantene som sa seg villige til å delta i studien, skrev under på en samtykkeerklæring. ”Samtykkeerklæring er viktig for å bevare intervjuobjektene individuelle autonomi, samt at den er viktig for å sikre god ivaretagelse av informasjonen intervjuobjektene ga under studien” (19, s.104).

2.4 Intervju

Intervjuguide

Intervjuguiden ble laget i samarbeid med veileder (vedlegg 2). Det første vi gjorde var å dele intervjuet inn i følgende tre hovedkategorier: risikofamilier, helsesøstrenes erfaringer med risikofamilier og tannhelseutfordringer. Under hver enkelt kategori, utformet vi åpne spørsmål som skulle være veiledende for oss som intervjuere. I tillegg hadde vi oppfølgingsspørsmål, samt fortolkende spørsmål.

Gjennomføring av intervju

Etter å ha kommet i kontakt med de fire utvalgte informantene, avtalte vi tid og sted for gjennomføring av intervjuene. Vi hadde ikke møtt noen av helsesøstrene på forhånd. Tre av

fire helsesøstre ønsket at intervjuene skulle skje på arbeidsplassen deres. Det fjerde intervjuet ble gjennomført på et møterom ved UiT. Under hvert intervju var det kun en intervjuer tilstede, og vi gjennomførte to intervjuer hver.

Før vi satte i gang intervjuene, ble informantene på nytt informert om oppgavens tema og hensikt. I tillegg ble helsesøstrene opplyst om at de på hvilket som helst tidspunkt kunne avslutte intervjuet, dersom de ønsket det. Etter dette skrev samtlige informanter under på samtykkeerklæringen (vedlegg 3).

Intervjuene hadde en varighet på mellom 30-60 minutter. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene. Intervjuguiden ble brukt underveis i intervjuene slik at vi skulle komme innom alle hovedtemaene som var bestemt på forhånd.

2.5 Behandling og analyse av data

Transkribering

”Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen” (19, s.205). Ved å endre intervjuene fra muntlig til skriftlig form, gjør man intervjusamtalene mer egnet til å kunne benyttes i en analyse (19, s.206). Vi bestemte oss for å transkribere de intervjuene vi selv hadde gjennomført. Da prosessen var fullført, hadde vi til sammen 37 sider med transkribert materiale. Vi transkriberte intervjuene ordrett, men endret noe på setningsoppbyggingen dersom det var ufullstendige eller uforståelige setninger.

Analyseprosessen

Etter at transkriberingen var fullført, satte vi i gang med meningsfortetningen. Under denne studien, har vi valgt å benytte en fenomenologisk basert meningsfortetning som inkluderer fem ulike analysepunkter (19, s.232). Det første vi gjorde var å lese igjennom alle de transkriberte intervjuene. Deretter bestemte vi de naturlige meningsenhetene, samt temaene som dominerte meningsenheten. Neste punkt var å se meningsenheten i lys av oppgavens formål. Ut ifra denne analyseprosessen, endte vi opp med en resultatdel der de viktigste emnene er satt sammen i et deskriptivt utsagn (19, s.232). Resultatdelen består av to hovedkategorier, med henholdsvis tre og fire underkategorier.

3 Resultater

3.1 Familiens komplekse utfordringer

Familiens bakgrunn

Informantene hadde ulike meninger om hvilke familier en betrakter som risikofamilier. Samtlige helsesøstre trakk fram flyktninger som en viktig risikogruppe, samt noen grupper innvandrere, deriblant arbeidsinnvandrere fra Øst-Europa. I tillegg vil mange barn med fysiske utviklingshemninger ha økt risiko for utvikling av tannhelseproblemer.

«Jeg kan fortelle om en jente med en ganske alvorlig funksjonshemming som har fått en kjempedårlig tannhelse pga. at hun har hatt behov for spesiell kost og mye melk på flaske.»

Barn som er underlagt barnevernet, samt barn som opplever omsorgssvikt, trekkes av flere helsesøstre fram som typiske risikopasienter. I tillegg til dette, er mange av risikofamiliene, familier der foreldrene enten er i konflikt med hverandre, eller tilfeller der foreldre sliter med psykiske problemer. Rusavhengighet blant foreldre kan også være årsak til at noen familier defineres som risikofamilier.

Felles for mange av risikofamiliene, er at dette er familier som ofte har andre komplekse problemer å håndtere, og derfor kan tannhelse framstå som et mindre viktig tema. I tilfeller der det er mange problemstillinger å ta tak i for helsesøstrene i deres møte med en risikofamilie, er det ikke alltid at tannhelse er det de fokuserer mest på. Dette problemet gjelder spesielt i alvorlige barnevernssaker.

«Tannhelse kommer liksom litt i andre rekke, noen ganger i tredje rekke, og mange ganger i siste rekke.»

I samtale angående kjennetegn av risikofamilier, trekker en av helsesøstrene fram at det er viktig å kunne differensiere barn fra de antatte risikogruppene.

«Det er ikke sånn at er man barn under barnevernet, så har man problemer med tannhelsen.»

Derfor er det viktig å avgjøre hvilke barn og familier som trenger ekstra oppfølging. Man er nødt til å finne ut hvilke familier som kommer inn under kategorien risikofamilier.

Hjemmesituasjonen

En av helsesøstrene fortalte at noe av det viktigste i hennes arbeid, var å skape en god relasjon til familiene hun jobbet med. Det å opparbeide et tett forhold til foreldrene og barna kan være veldig utfordrende, forteller hun. I møte med familiene sier hun at det er helt vesentlig å skape en god relasjon, ellers blir det vanskelig å skulle nå ut med informasjon og veiledning.

«At vi kan undre oss nok sammen med dem, slik at de blir så nysgjerrige på at de skjønner at vi vil dem vel. Det er det det handler om å jobbe med mennesker.»

En annen helsesøster forteller at det kan være spesielt utfordrende å få flyktningfamilier, som tidligere har opplevd traumatiske hendelser som for eksempel krig, til å endre deres rutiner. Hun sier at mange foreldre har dårlig samvittighet for hva barna deres har opplevd, og dette fører ofte til at foreldrene ikke setter nok grenser for barna nå som de er i Norge.

«Det er klart det å kjøpe litt snop og snask, kan jo være en trøst.»

Foreldrenes forutsetninger for å forstå

En av de største utfordringene som flere av informantene har nevnt, er at det er vanskelig å skulle få foreldrene til å endre deres rutiner og vaner. Informantene forteller at de i mange tilfeller ikke føler seg sikker på om informasjonen og veiledningen de gir, blir hørt av foreldrene. ”Kanskje hovedutfordringen er hvor mye som går inn, og hvor mye de forstår” var det en av helsesøstrene som uttalte. Noen av helsesøstrene var også inne på at foreldre har ulike forutsetninger. Det er ikke like enkelt for alle å forstå viktigheten av det de blir informert om under konsultasjonene.

«Vi har mye vi går i gjennom på hver konsultasjon, slik at tannhelse er bare en liten del av det. For oss er det vanskelig å se om det vi informerer dem om, om det faktisk blir fulgt opp.»

Noe som kjennetegner risikofamilier, er ifølge flere av helsesøstrene at disse familiene har dårlige forutsetninger for å kunne følge opp tannhelsen til barna i familien. Informantene forteller at spesielt mange foreldre av flyktningbarn, har dårlige forutsetninger for å kunne hjelpe barna sine.

«Det er ikke hvor folk kommer fra som nødvendigvis avgjør tannhelsen, men mer om foreldrene sine muligheter, kunnskap og innstilling til hva som gir karies.»

Dette er ofte foreldre som selv har problemer med tennene sine. I tillegg nevner flere av helsesøstrene at sosioøkonomiske faktorer også spiller en rolle for familienes forutsetninger for å følge opp tannhelsen.

3.2 Helsesøstrenes arbeidssituasjon

Viktigheten av god kartlegging

Samtlige informanter mener at en god kartlegging av hver enkelt familie de møter, er viktig for å kunne oppdage hvem som er antatte risikofamilier og hvilke familier som ikke er det. Kartleggingen gjør helsesøstrene gjennom samtaler med familiene under de ulike konsultasjonene. I tillegg er helsesøstrene på hjemmebesøk, og dette gir et godt innblikk i hvordan familiene fungerer. For helsesøstrene er det viktig å gå inn i hver enkelt familie, og gjennom samtaler med familien, vurdere hvilket behov hver familie har.

Ved å kartlegge hver enkelt familie, finner man ut hva man bør fokusere mer på under konsultasjonene. Helsesøstrene forteller at de har mange temaer de skal innom under konsultasjonene, og dette fører iblant til at tannhelse blir nedprioritert. Flere av helsesøstrene mener dette fører til at noen av risikofamiliene ikke oppdages.

I arbeid med risikofamiliene, sier samtlige helsesøstre at de etter kartlegging av familiene, fokuserer ekstra mye på å skreddersy innholdet i konsultasjonene etter familiens behov. Dersom det for eksempel viser seg at det er problemer med tannhelsen til et barn, vil helsesøstrene fokusere ekstra på dette temaet i samtale med foreldrene. Helsesøstrene går inn i hver enkelt familie og undersøker hva de har behov for. En av helsesøstrene sier at hun ønsker å øke familiens bevisstgjøring, og få de til å forstå viktigheten av informasjonen som blir gitt på helsestasjonen.

Oppfølgingen av risikofamilier varierer litt mellom de ulike kommunene der informantene jobber. To av helsesøstrene forteller at de har tettere og hyppigere oppfølging av risikofamilier sammenliknet med familier som ikke anses å være under økt risiko. De to andre helsesøstrene forteller at de ikke har noen ekstra oppfølging av risikofamiliene, men at de har et annet fokus under konsultasjonene med disse familiene.

Viktigheten av tverrfaglig samarbeid

Samtlige helsesøstre sier at et tettere samarbeid med tannhelsetjenesten, vil være fordelaktig med tanke på forbedring av risikopasienters tannhelse. I tillegg til at alle informantene ønsker mer opplæring av tannhelsepersonell, er det en av helsesøstre som forteller at det ville vært lettere med samarbeid dersom man hadde hatt et felles journalsystem mellom leger, helsesøstre og tannhelsepersonell.

”(...) vi sitter med litt informasjon alle sammen. Tannlegen vet litt, jeg vet litt og legen vet litt”.

Ved hjelp av et felles journalsystem ville man i tilfeller der legen, tannlegen og helsesøsteren er usikre på hvordan de skal følge familien opp, være enklere dersom de kunne sett hva de andre fagfolkene hadde kommentert i journalen. Da vil man få et bredere bilde av hvilke problemer familien står ovenfor, noe som på sikt vil bidra til å forbedre risikopasientenes tannhelse.

En av helsesøstre trakk fram samarbeid med ulike instanser innad i kommunen, som et viktig tema for å kunne oppdage risikofamiliene. Helsesøsteren beskrev at de hadde et tett samarbeid med jordmor, barnevernstjenesten, den kommunale psykiatriske tjenesten for barn og ungdom (BUP), samt brukerkontoret. I tillegg mottar helsestasjonen informasjon om familier som får startlån fra kommunen pga. dårlig økonomi. I en av de mindre kommunene der en av helsesøstre jobber, har de en egen koordinator. Helsesøsteren trekker fram koordinatoren som en viktig nøkkelperson ettersom hun koordinerer alle tjenestene i kommunen. Koordinatoren sørger for at familien kommer i kontakt med alle de ulike ressursene som skal kobles til familien i oppfølgingsfasen.

I en kommune der en av helsesøstre jobber, kan hun fortelle at de har et journalsystem der de kan sende dialogmeldinger mellom tannpleier og helsesøstre. I denne kommunen er tannpleieren regelmessig på besøk på helsestasjonen, og hun gjennomfører gruppekonsultasjoner med barn på 7 mnd. Etter hvert besøk legger tannpleieren inn et journalnotat dersom hun har oppdaget noe som må følges ekstra opp.

Tre av helsesøstre sier at de ikke har noe formelt samarbeid med tannhelsetjenesten. Felles for alle helsesøstre er at de ønsker et tettere samarbeid med tannpleiere eller tannleger. Alle

ønsker seg mer opplæring i hva de skal se etter på munnhuleundersøkelser. Felles for alle helsesøstrene er at de har mulighet til å henvise til den offentlige tannhelsetjenesten.

En av helsesøstrene sier at hun ofte henviser barn til tannhelsetjenesten, og at hun i disse tilfellene som regel mottar epikrise fra tannhelsepersonellet. En annen helsesøster sier at hun aldri har henvist noen barn til tannhelsetjenesten. Denne helsesøsteren tror at hennes mangel på kunnskap under munnhuleundersøkelsen er årsaken til at hun ikke henviser videre til tannhelsetjenesten.

En av helsesøstrene forteller at helsestasjonen hun arbeider på, ikke har noen kontakt eller møter med noen innen tannhelsetjenesten.

«Vi har ikke noe samarbeid, ikke noen faste møter eller noe. Bare en telefon hvis det er noe vi synes er bekymringsfullt eller at det er noe vi skal veilede om videre.»

Et punkt hun trekker fram som viktig for å bedre oppfølgingen av risikofamilier, er at man burde ha faste treffpunkter mellom tannhelsetjenesten og helsesøstre.

«Det er jo en hektisk hverdag, men vi skulle hatt et møte med dem.»

I tillegg forteller hun at for å kunne samarbeide med tannhelsetjenesten for oppfølging av ulike familier, må man ha samtykke fra foreldrene om at tannhelsepersonell og helsesøstrene kan dele informasjon om deres barn. Hun forteller at de har laget en samtykkeerklæring som de gir til foreldre i barnehagen. En slik samtykkeerklæring mener hun det også burde være mellom tannhelsetjenesten, helsestasjonene og fastlegen.

Flere av helsesøstrene forteller at dersom de hadde hatt et enda bedre samarbeid med skole, barnehage og tannhelsetjenesten, så ville dette være fordelaktig for å kunne tilby risikofamiliene en bedre oppfølging. En helsesøster sier at dersom hun henviser, vil det være fint for henne om hun får tilbakemelding fra tannhelsetjenesten. Dette vil gjøre det enklere for helsesøsteren neste gang familien kommer til konsultasjon på helsestasjonen.

Informasjon og motivasjon til foreldrene

Tre av helsesøstrene sier at de opplever tidsmangel i løpet av arbeidsdagen og under konsultasjoner. De forteller at de har mye de skal igjennom i løpet av en konsultasjon. Dette

gjør det utfordrende for helsesøstrene å sette av god tid til å snakke om for eksempel tannhelse. En av helsesøstrene trekker fram at det i de Nasjonale faglige retningslinjene står beskrevet at helsesøstrene bør bruke motiverende intervjuer i møte med familier. Ideelt sett er dette noe helsesøstrene gjerne kunne tenkt seg å gjennomføre, men grunnet stadig tidsnød, blir dette sjeldent gjort. I stedet blir det gitt ut informasjon til foreldrene, samt at de ofte gir ut brosjyrer om for eksempel tannhelse. Likevel synes helsesøsteren det er utfordrende da hun ikke vet hvor mye av informasjonen foreldrene tar til seg.

En viktig del av helsesøstrenes oppfølging av risikofamilier, innebærer at de gir ut informasjon til familiene om vaner og anbefalinger knyttet til tannhelse. Samtlige helsesøstre forteller at de i samtale med foreldre, har fokus på å informere om viktigheten av tannpuss fra første tann, tannpuss morgen og kveld, samt at de snakker mye om kosthold. Dersom helsesøstrenes informasjon og anbefalinger ikke er tilstrekkelig for at foreldrene klarer å opprettholde en adekvat tannhelse for deres barn, hender det at helsesøstrene henviser barna til tannhelsetjenesten før de er fylt 3 år.

«Hvis jeg ser at det er foreldre som ikke har kompetansen til å få pusset tennene ordentlig på barnet sitt, så kontakter jeg tannhelsetjenesten.»

Flere av helsesøstrene sier at de henviser til den offentlige tannhelsetjenesten dersom de ser noe som er bekymringsverdig eller dersom foreldrene har tannrelaterte spørsmål som helsesøstrene ikke har kunnskap til å kunne besvare.

Munnhuleundersøkelsene

En av helsesøstrene uttalte følgende:

”Det skal være ganske graverende for at jeg skal kunne reagere”.

Her snakker hun om at tannhelseproblemene skal være ganske alvorlige og tydelige for at hun skal reagere. Hun trekker fram at det i retningslinjene ikke er forskningsgrunnlag som tilsier at helsesøstre skal kunne avdekke det som står i retningslinjene. Dermed føler hun seg ikke kapabel til å skulle avgjøre hva hun ser på en munnhuleundersøkelse.

En av de andre helsesøstrene sier at retningslinjene forteller hva helsesøstrene skal gjøre, men hun mener at det er lite informasjon om hvordan behandlingene skal utføres. Herunder trekker

hun fram munnhuleundersøkelsene. Alle helsesøstrene forteller at det er utfordrende og skulle gjennomføre munnhuleundersøkelser. På flere av helsestasjonene er det legen som har ansvaret for å gjennomføre munnhuleundersøkelse på barn under 3 år.

«Vi har ikke hatt noen rutiner på å sjekke munnhulen, det er legen som gjør det ved 2-årsalderen. Hvis det er noen foreldre som har spørsmål, så sjekker vi munnhulen.»

To av helsesøstrene sier at det for risikofamiliene, ikke er bra nok at det er helsesøstre som har ansvar for tannhelsen. Dette mener de henger sammen med at helsesøstre har for lite kunnskap om tannhelse, for å kunne avdekke hvem som er under risiko. For de med liten risiko, er alle helsesøstrene enige om at disse får god nok oppfølging.

”For de barna med liten risiko, så tenker jeg at tilbudet er bra nok og at det går greit at vi helsesøstre følger opp tannhelsen fram til de er 3 år. Men så er det jo hvordan man skal klare å plukke ut de barna som er under risiko?”

4 Diskusjon

4.1 Diskusjon av resultater

Familiens komplekse utfordringer

Målet med studien var å undersøke helsesøstres erfaringer med risikofamilier. Det kom frem at risikofamiliene har komplekse utfordringer som må tas hensyn til i arbeidet med denne gruppen. Som nevnt tidligere hadde informantene ulike meninger om hvilke familier som kunne være såkalte risikofamilier. Flyktninger og familier med innvandrebakgrunn ble nevnt av samtlige helsesøstre. Dette er i samsvar med funn fra en studie gjennomført i Oslo, der man fant at barn av ikke-vestlige foreldre hadde større risiko for å få hull i tennene enn barn av vestlige foreldre (7, s. 286).

Videre definerer Helsedirektoratet risikofamilier som «barn av foreldre med psykisk sykdom/rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom, eller barn i kjente risikofamilier» (6). Disse risikofamiliene ble også nevnt av informantene, samt barn underlagt barnevernet og de som opplever omsorgssvikt. Likevel er det viktig å kunne differensiere barn fra de antatte risikogrupperne, da man ikke nødvendigvis har problemer med tannhelsen, selv om man har problemer på andre områder. Det kan ikke utelukkes at risikofamilier er familier som har komplekse problemer å håndtere, der tannhelse i mange tilfeller blir et mindre viktig tema.

En av helsesøstrene nevnte at det er viktig å skape en god relasjon til familiene for å kunne nå ut med informasjon og veiledning. Når det gjelder flyktninger som tidligere har opplevd traumatiske hendelser, kan det være at mange foreldre synes synd på barna sine og gir dem søtsaker, noe som vil være uheldig for tannhelsen over lang tid. En kvalitativ studie gjennomført blant flyktninger i Australia, viste at de sosiokulturelle forskjellene har betydning for den orale helsen. Denne studien konkluderte med at for å forbedre den orale helsen, så må man sette seg inn i og forstå disse sosiokulturelle forskjellene (10).

Samtlige helsesøstre påpeker at risikofamiliene har dårligere forutsetninger for å kunne følge opp tannhelsen, og at særlig foreldre av flyktningbarn har dårligere forutsetninger. På den andre siden er det ikke hvor folk kommer fra som avgjør tannhelsen, men foreldrenes

kunnskap, muligheter og innstilling til å kunne hjelpe barna sine. Foreldres kunnskap og samarbeidsevne er avgjørende for hvordan tannhelsen til deres barn følges opp (5, s.120).

Informantene forteller at det er vanskelig å få foreldrene til å endre rutiner og vaner, og at dette ofte er foreldre som selv har problemer med tennene sine. Dette er i samsvar med Pal et al. sin studie, der de fant at foreldres tannhelsevaner, samt deres holdninger til tannhelse, er to faktorer som har stor betydning for småbarns tannhelse (12).

Oral health literacy er menneskers evne til å skaffe seg, behandle og forstå grunnleggende helseinformasjon, og de tjenester som trengs for å trekke de mest hensiktsmessige beslutninger om sin orale helse (8). Som nevnt tidligere har mennesker med en lavere health literacy en dårligere forutsetning for å forstå sin egen helsetilstand. Sosioøkonomiske faktorer nevnes av informantene som viktig i forhold til foreldres forutsetninger for å forstå. I følge statistikk gir høyere sosioøkonomisk status bedre helse (6). Dette samsvarer med studien til Fisher-Owens SA et al. som fant at barn som befinner seg i den nedre sosioøkonomiske rangstigen har dårligere oral helse enn de som har bedre sosioøkonomisk status (11).

Helsesøstres arbeidssituasjon

Det kom tydelig frem at helsesøstrene har en hektisk arbeidshverdag, noe som fører til at tannhelsen kan bli nedprioritert til fordel for andre temaer. Samtlige informanter mener at en god kartlegging av hver enkelt familie de møter, er viktig for å kunne oppdage hvem som er antatte risikofamilier og hvilke familier som ikke er det. Deretter kan de ut fra familiens behov skreddersy innholdet i konsultasjonene.

Helsedirektoratet har utarbeidet et helsestasjonsprogram for barn mellom 0-5 år. Dette programmet skal være retningsgivende for å sikre god praksis og likhet i tjenesten (6). I møte med risikofamilier forteller to av helsesøstrene at de gir flere konsultasjoner enn det helsestasjonsprogrammet anbefaler, mens de andre følger helsestasjonsprogrammet, men har et annet fokus under konsultasjonene med risikofamiliene.

Tverrprofesjonelt samarbeid er helt nødvendig for å kunne identifisere barn med økt risiko, og identifiseringen av disse barna er igjen viktig for å kunne forebygge karies (2). I resultatdelen framkommer det at et sentralt punkt innen identifisering av risikofamilier, er at det foreligger et godt tverrfaglig samarbeid. Et godt samarbeid, vil sikre god opplæring av helsesøstre.

Likevel forteller flere av helsesøstrene at de ikke har noe formelt samarbeid med tannhelsetjenesten, og samtlige helsesøstre ønsker mer opplæring om tannhelse. Uten opplæring, vil det være vanskelig for helsesøstrene å vurdere hvilke barn som er under økt risiko for å utvikle karies.

Et annet viktig tema som en av helsesøstrene trakk fram i spørsmålet angående tverrfaglig samarbeid, var at et felles journalsystem mellom fastlege, tannlege og helsesøster, ville gjort det tverrfaglige samarbeidet enklere. I tannhelsetjenesteloven står det blant annet at det ved utlevering av taushetsbelagt informasjon, må foreligge samtykke fra den opplysningene angår (14). Dette vil være spesielt viktig å bemerke seg i de tilfeller der man er avhengig av et tverrfaglig samarbeid. Det inkluderer for eksempel arbeid med risikofamilier, der det kan være fordelaktig at helsepersonell deler opplysninger seg i mellom, for å sikre et helhetlig pasientforløp. I slike tilfeller må det foreligge tillatelse fra barnets foresatte, før man kan kontakte annet helsepersonell for utlevering av taushetsbelagte opplysninger. Lovgivningen som skal sikre at taushetsbelagt informasjon ikke deles videre, vil trolig vanskeliggjøre muligheten for et felles journalsystem.

I de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, står det blant annet at man ønsker å forhindre uønsket variasjon i tjenestetilbud. I tillegg ønskes det et bedre tverrfaglig samarbeid (6). Gjennom intervjuene, ble det tydelig at det er varierende i hvilken grad helsesøstre samarbeider med tannhelsetjenesten. Noen tannklinikker har et tett samarbeid med helsestasjonen i sitt område, mens andre ikke har noe form for samarbeid. Dette bidrar til at barn under 3 år får ulik oppfølging av sin tannhelse, noe som igjen fører til uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Informasjon og motivasjon til familiene er en viktig del av oppfølgingen helsesøstrene gir. I spørsmålet om hvilke utfordringer helsesøstrene opplever i møte med risikofamilier, fortalte samtlige helsesøstre at de synes det var vanskelig å vite hvor mye av informasjonen de gir under konsultasjoner, som virkelig når fram til barnas foresatte. I oppfølgingen av risikofamilier og deres tannhelsevaner, forteller helsesøstrene at det gis ut brosjyrer og at de gir muntlig informasjon og veiledning.

I studien til Gao og medarbeidere, framkommer det derimot at det ikke er tilstrekkelig og kun gi ut informasjon dersom man ønsker å oppnå atferdsendringer. Det konkluderes også med at

motiverende intervjuer har gitt varierende suksess i endring av orale helsevaner (16). Helsedirektoratet anbefaler på sin side bruk av motiverende intervju for å oppnå atferdsendringer (6). Ved å investere ekstra tid i opplæring og motiverende samtaler med risikofamilier, vil man trolig kunne ha større sjanser for å se atferdsendringer innad i familien, samt bedring av risikobarnas orale helse.

Gjennom munnhuleundersøkelser skal helsesøstre, i følge de nasjonale faglige retningslinjene, kunne avdekke problemer knyttet til barns orale helse. I tillegg står det nevnt i hvilke tilfeller helsesøstre bør henvide barn til tannhelsetjenesten (6). På helsedirektoratets nettsider, finner man informasjon om forskningsgrunnlaget som skal danne grunnlag for anbefalingene som gis i retningslinjene. I forskningsgrunnlaget, står det at helsesøstre har begrenset kunnskap knyttet til kariesrisikovurdering, og at de er avhengig av opplæring fra tannhelsepersonell for å kunne avdekke tannhelseproblemer (18).

Som tidligere nevnt, forteller flere av helsesøstrene at det ikke foreligger noe formelt samarbeid med tannhelsetjenesten. Uten et godt samarbeid og en god opplæring i regi av tannhelsetjenesten, vil det ikke være gjennomførbart for helsesøstre å skulle avdekke barn som er under økt risiko for utvikling av karies. Dette tyder på at det for mange helsesøstre ikke er samsvar mellom deres kunnskapsnivå om tannhelse, og det ansvaret de sitter med.

En av helsesøstrene trekker fram at det i de nasjonale faglige retningslinjene, blir beskrevet hva helsesøstrene skal se etter på munnhuleundersøkelser, men hun savner beskrivelser av hvordan de ulike momentene av munnhuleundersøkelse skal gjennomføres. Igjen kommer man tilbake til opplæringen av helsesøstrene, som en manglende faktor for å kunne avdekke risikofamilier. For å kunne gjennomføre en god munnhuleundersøkelse, samt kunne evaluere funn som gjøres under undersøkelsen, er helsesøstrene avhengig av å ha god kunnskap om tannhelse. Økt kunnskap om tannhelse, vil føre til en sikrere identifisering av risikofamilier, samt en bedre oppfølging.

To av helsesøstrene mener at det ikke er godt nok at de har ansvaret for tannhelsen til barn under 3 år. De mener at de har for lite kunnskap for å kunne avdekke hvem som er under økt risiko for utvikling av karies. Helsedirektoratet mener det er fordelaktig at helsesøstre har ansvaret for tannhelsen til barn under 3 år. Dette kommer av at helsesøstrene har et tett

samarbeid med familiene, spesielt i løpet av barnas første leveår. Derfor anses tannhelse som å være en av helsesøstrenes ansvarsoppgaver (6).

De to helsesøstre som mener de ikke har nok kunnskap til å avdekke risikopasienter, sier på den andre siden at de klarer å gi god nok oppfølging av tannhelse til barn som ikke er under økt risiko. Det er i de tilfeller der det er flere komplekse utfordringer i familien, at deres kunnskap om tannhelse ikke er tilstrekkelig. Ved hjelp av et tettere samarbeid med tannhelsetjenesten, vil det vært mulig å tilegne helsesøstre den kunnskapen de trenger for å kunne avdekke og følge opp, også de barna som er under økt risiko for karies.

4.2 Diskusjon av metode

Hensikten med denne oppgaven var å få et innblikk i hvem risikopasienter er, og helsesøstrenes erfaringer med disse pasientene. I og med at vi ønsket å undersøke helsesøstres erfaringer, var det hensiktsmessig å gjennomføre en kvalitativ studie. Metoden har gitt oss mulighet til å gå i dybden av oppgavens tema. En svakhet med denne metoden er at funnene vi har gjort, ikke er generaliserbare. Det er heller ikke målet med kvalitative studier. Likevel får man et innblikk i helsesøstres arbeid med risikofamilier, og dette er nyttig lærdom som kan benyttes i videre forskning.

Intervjuguiden ble utarbeidet sammen med veileder, og den sørget for å holde en lik struktur under intervjuene. I tillegg bestod intervjuguiden av åpne spørsmål, noe som satte i gang tankeprosessen til informantene.

En annen styrke med intervjuene var at det ble brukt lydopptaker. Da slipper intervjueren å bruke tid på å skrive ned alt som blir sagt. Lydopptakeren fører til at man kan gjennomføre intervjuet som om det skulle vært en vanlig samtale.

Transkriberingen og analyseringen av intervjuene ble gjennomført hver for oss. I tillegg fikk veileder tilsendt råmaterialet, slik at hun også kunne analysere dataen på egenhånd. Analysene ble sammenliknet, og dette bidrar til å styrke oppgaven da man sikrer at viktige funn ikke blir utelatt.

Alle helsesøstre vi intervjuet hadde erfaringer med risikofamilier. I etterkant ser vi at det kunne vært fordelaktig og hatt en informant som var nyutdannet. Dette ville gitt oss et bilde

på om det er blitt mer fokus på tannhelse i helsesøstres utdanning. Dette kan ses på som en svakhet med utvalget vårt. Likevel var hensikten med oppgaven å tilegne seg kunnskap om helsesøstres erfaringer, og derfor kan en si at utvalget var passende.

Utvalgets størrelse kan ses på som en svakhet. I studien vår har vi kun intervjuet fire helsesøstre. Dersom vi hadde hatt flere informanter, er det mulig at dette hadde gitt oss mer informasjon. Likevel hadde vi begrenset tid da det var utfordrende å finne informanter som ønsket å stille til intervju. På bakgrunn av dette, ble det besluttet at vi hadde innhentet nødvendig mengde data etter de fire intervjuene.

En styrke med utvalget er at noen av helsesøstrene jobber i små kommuner i distriktene, mens andre jobber i større kommuner. På denne måten får vi med erfaringer fra helsesøstre med ulike arbeidsrutiner, da størrelsen på kommunene kan være med på å avgjøre hvordan arbeidet med risikofamiliene er organisert.

En av informantene jobbet utelukkende med flyktningfamilier. På forhånd antok vi at flere av risikofamiliene som helsesøstre arbeidet med, var flyktninger. Dermed hadde vi en noe forutinntatt holdning, og dette kan ses på som en svakhet. Likevel hadde flyktningehelsesøsteren mange nyttige erfaringer som bidro til å styrke oppgaven.

Noe som viste seg å være vanskelig i arbeid med utvalget, var å komme i kontakt med helsesøstre som var interessert i å delta i studien. Vi brukte mye tid på å få fire helsesøstre som ville la seg intervju, og dette gjorde at resten av arbeidet med oppgaven ble forsinket.

5 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å rette fokus mot de barna som er hardest rammet av karies. Gjennom intervju med helsesøstre, ønsket vi å få et innblikk i deres erfaringer med risikofamilier, herunder deres rutiner for oppdaging og oppfølging av familiene. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan samarbeidet mellom helsesøstre og tannhelsetjenesten fungerer. Dette sett i lys av de nye nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Et av de viktigste punktene for forebygging av karies er, som tidligere nevnt, å kunne identifisere barn med risiko. For at denne identifisering skal kunne gjennomføres, er det vesentlig at det foreligger et godt samarbeid mellom helsesøstre og tannhelsetjenesten. Et godt samarbeid og god opplæring, vil bidra til at man kan iverksette forebyggende tiltak mot karies, og dette vil trolig forhindre en videre utvikling av skjevfordeling blant karieserfaring hos barn.

I framtidige studier som gjennomføres, håper vi at det kan fokuseres videre på hvordan opplæring av helsesøstre, samt annet helsepersonell, kan bidra til tidlig identifisering av barn med økt risiko for karies. I tillegg vil det være viktig å rette fokus på hvordan man kan sikre et godt tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre og tannhelsetjenesten. En større kvantitativ studie med representanter for helsesøstre i Norge, ville være et interessant skritt videre innen dette viktige feltet. Fremtidige studier bør også se på andre faktorer som kan bidra til å motvirke skjevfordelingen av karieserfaring hos barn.

6 Referanseliste

1. Dudovitz R.N., Valiente J.E., Espinosa G., Yepes C., Padilla C., Puffer M., Slavkin H.C. og Chung P.J. A school-based public health model to reduce oral health disparities. US: American Association of Public Health Dentistry; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28467009#>
2. Wigen T.I og Wang N.J. Hvordan ser femåringenes tenner ut? Den norske tannlegeforeningens tidende. 2010;(4). Tilgjengelig fra: <http://www.tannlegetidende.no/i/2010/3/dntt-372461>
3. Helsedirektoratet. Tenner for livet. Oslo: Helsedirektoratet; 2006. 15-1333.
4. Hugoson A, Koch G, Helkimo AN, Lundin SA. Caries prevalence and distribution in individuals aged 3-20 years in Jönköping, Sweden, over a 30-year period (1973-2003)[Internett]. Jönköping: Int J Paediatr Dent; 2007 [hentet 24. januar 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18086022>
5. Kock G, Poulsen S, Espelid I, Haukbek D. Pediatric Dentistry. A Clinical Approach. 3.utgave. Oxford: John Wiley and Sons; 2017.
6. Helsedirektoratet. Nasjonale faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo:Helsedirektoratet;06.11.17.
7. Næss E.R., Moan K.A., Wang N.J. og Wigen T.I. Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon. Den norske tannlegeforeningens tidende. 2014;124(4):284.
8. Wolpin S. Oral health literacy[Internett]. Washington: National Academies Press;2013[hentet 31. mars 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207117/>
9. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Lee SY, Vann WF Jr. Oral health literacy levels among a low-income WIC population [Internett]. North Carolina, US: Journal of Public Health Dentistry; 2011 [hentet 3. Mars 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21774139>
10. Riggs E, Gibbs L, Kilpatrick N, Gussy M, van Gemert C, Ali S, Waters E. Breaking down the barriers: a qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia [Internett]. Australia: Ethn Health;2015[hentet 3. Mars 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24739019>
11. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M-J, Bramlett MD, Newacheck PW. Influences on children's oral health: a conceptual model [Internett].

- San Francisco, US: Pediatrics; 2007 [hentet 16. februar 2019]. Tilgjengelig fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17766495>
12. Pal A, Gupta S, Rao A, Kathal S, Roy S, Pandey S. Family-related Factors Associated with Caries Prevalence in the Primary Dentition of 5-6-year-old Children in Urban and Rural Areas of Jabalpur City. US: National Center of Biotechnology Information; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5551338/>
 13. Helsedirektoratet. Hva er nasjonale faglige retningslinjer? [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket; [hentet 01.04.19]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/metode-og-kunnskapsgrunnlag/nasjonale-retningslinjer>
 14. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1984.
 15. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
 16. Gao X., Lo E.C.M., Kot S. C. C., Chan K.C.W. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Hong Kong: Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong; 2014. Tilgjengelig fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23805818>
 17. Helsedirektoratet. Motiverende intervju som metode. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 06.06.17. [09.03.19]. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>
 18. Helsedirektoratet. Helsestasjon 0-5 år Munnhuleundersøkelse: Helsestasjonen bør foreta munnhuleundersøkelse på barn. Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på. Sammendrag av studie [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [Hentet 01.04.19]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
 19. Kvale S. og Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.

7 Vedlegg

Vedlegg 1



Forespørsel om deltagelse i intervju

Helsesøstres erfaringer med risikopasienter

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et intervju som omhandler helsesøstres erfaringer med risikopasienter.

Hensikten med intervjuet er å belyse viktige erfaringer som helsesøstre har med risikopasienter, deriblant hvordan pasientene fanges opp, samt hvordan de følges opp.

Intervjuet er en del av vår avsluttende masteroppgave ved Tannlegestudiet, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske Universitet.

Hva innebærer intervjuet

Vi skal intervju 4-6 helsesøstre.

Du som informant bør ha erfaring med/meninger om oppfølging av risikopasienter og deres foresatte.

Intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Lydopptaker vil bli benyttet for at det du sier skal bli korrekt referert til i oppgaven.

Mulige fordeler og ulemper

Det ses ingen klare fordeler ved å delta, men informasjon som du bidrar med kan være nyttig for oss som nyutdannede tannleger, og andre som leser oppgaven.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Du vil kun bli referert til som helsesøster i oppgaven.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan trekke deg når som helst om du måtte føle for det. Dersom du er villig til å delta i intervjuet skriver du under samtykkeerklæringen.

Med vennlig hilsen

Tannlegestudenter Andrea Bergslid og Solveig Myrvang, og veileder Linda Stein,
Førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi.

Andrea Bergslid:

- Tlf.: 90541102
- E-mail: abe110@post.uit.no

Solveig Myrvang:

- Tlf.: 97724219
- E-mail: smy019@post.uit.no



Vedlegg 2

Intervjuguide for (navn på student).

Informantnummer:

Dato:

Introduksjon:

- Takke for deltakelse
- Repetere punktene i forespørselen
- Få underskrift på samtykkeerklæring
- Si fra om de vil ha pause eller avbryte
- Lydtest/ prøve diktafon

Sett på lydopptak.

Det jeg vet om deg er at du...

Bakgrunnsopplysninger som er aktuelle for oppgaven.

Det er mye fokus på den positive utviklingen innen tannhelse i Norge. Mye av statistikken viser at flere og flere barn er kariesfrie. Likevel ser man at det er en tydelig skjevfordeling der en liten andel av barn, har mesteparten av karies. I denne oppgaven ønsker vi å rette fokuset mot de barna som er hardest rammet av karies. Vi ønsker derfor å intervju helsesøstre som er de første til å møte disse pasientene.

Spørsmålskategorier

1. Risikofamilier

- Hva legger du i begrepet ”risikofamilie”?
- Har du noen eksempler på hva som kjennetegner en risikofamilie?
 - o Foreldre med psykisk sykdom/rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom
 - o Familier med innvandrerbakgrunn
 - o Flyktninger
 - o Barn under barnevernet
- Erfaringsmessig – hvor vanskelig er det å oppdage risikofamiliene? Hvordan går dere fram for å kunne ”finne” risikofamiliene?

2. Helsesøstrenes erfaringer med risikofamiliene

- Hvis du prøver å huske tilbake til en gang du møtte en risikofamilie som gjorde inntrykk. Kan du si noe om dette møtet?
- Hvordan følger dere opp risikofamiliene?
- Hvilke typer utfordringer møter man i arbeid med risikofamiliene?
 - o Språklige utfordringer
- Har du noen tanker om tiltak, rent organisatorisk, som kan gjøre oppfølgingen av risikofamilier bedre?

3. Tannhelseutfordringer

- Kan du fortelle litt om samarbeidet med tannhelsetjenesten?
- Har du noen tanker om hvordan tannhelsen til risikopasientene kan forbedres?
- Det er nylig kommet nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Her anbefales det bl.a. at helsesøstre skal henvise barn til tannklinikk dersom ”man ser hull eller misfarginger, eller det er problemer med tannpuss og synlig plakk”. Hva tenker du om dette?
 - o Kan du beskrive hvordan du utfører en munnhuleundersøkelse og hvilke utfordringer du eventuelt støter på?
- Hva tenker du om ansvarsfordelingen mellom helsesøstre og tannhelsepersonell med tanke på barns tannhelse fram til de er 3 år?
 - o Bør det være et tettere samarbeid?

- Er det noe du skulle hatt bedre opplæring i når det gjelder tannhelseundersøkelser eller tannhelse hos små barn?

Oppsummere det du har spurt om.

Er det noe informanten vil tilføye?

Takk!

Stoppe lydopptak.

Oppfølgingsspørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er ønskelig å få vite mer):

- Kan du beskrive nærmere...?
- Kan du fortelle mer om...?
- Har du et eksempel/flere eksempler på dette?
- Hvordan opplevde du det?
- Hva tenker du om det?

Fortolkende spørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er behov for å sjekke tolkningen din):

- Du mener altså at...?
- Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?
- Dekker..... noe av det du har sagt?

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring: Jeg sier meg villig til å delta i intervjuet

(dato/signatur informant)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om intervjuet

(dato/signatur intervjuer)