



UiT

THE ARCTIC  
UNIVERSITY  
OF NORWAY

Det helsevitenskaplige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

## Helsesøsters forebyggende arbeid innenfor tannhelse hos barn mellom null til tre år.

*Hvordan jobber helsesøster med temaet tannhelse hos barn mellom null til tre år? Og hva mener de er viktige momenter i deres arbeid?*

—

**Marte Rasch Lambela**

*Masteroppgave i helsefag, Studieretning helsesøsterfag. September 2014*



## Forord

Etter noen år i arbeidslivet bestemte jeg meg for å hive meg på en videreutdanning. Valget falt på masterprogram i helsefag, retning helsesøsterfag. Jeg har ikke noen tidligere erfaring med det å jobbe som helsesøster og var derfor usikker på hva min oppgave skulle omhandle. Tannhelse hos barn var noe som tidlig fattet min interesse, og gjennom denne oppgaven ønsker jeg å gi leserne et innblikk i hvordan helsesøster jobber med barns tannhelse og hvorfor deres arbeid på dette området er viktig. Jeg håper denne oppgaven vil gi leserne et innblikk i hverdagen til helsesøstrene og vise noe av det uvurderlige arbeidet helsesøster gjør.

Arbeidet med oppgaven har vært både spennende, utfordrende og lærerikt, og gjennom forordet får jeg endelig muligheten til å takke de som har vært med på å hjelpe meg i mål.

Først og fremst vil jeg takke alle helsesøstrene som stilte opp som informanter til oppgaven, uten dere ville ikke studiet latt seg gjennomføre!

Jeg vil takke mine veiledere for hjelpen med oppgaven. Anne Clancy for den støtten hun gav meg i begynnelsen av prosjektet og Jan - Thore Lockertsen for den uvurderlige veiledningen, rådgivningen, støtten og ikke minst troen på at jeg skulle klare dette. Uten deg hadde jeg ikke fått oppgaven i havn!

Samtidig har studiet gitt meg muligheten til å bli kjent med nye mennesker. Tusen takk til mine medstudenter som har gjort studiet til en fryd å gå på! Oppturene og ikke minst nedturene hadde ikke vært det samme uten dere. Jeg vil også rette en takk til lærerne jeg har blitt kjent med de siste årene.

Sist men ikke minst vil jeg takke de som står meg nærmest! Joakim, takk for at du har vært tålmodig når jeg har oppholdt meg lange dager i «hula» mi og skrevet. Takk til alle mine venner som både har kommet med oppmuntrende ord når jeg har møtt utfordringer og som har vist interesse for det jeg har jobbet med. Takk for at dere har dratt meg med på ulike aktiviteter i tide og u-tide, noe som virkelig har vært godt både for kropp og sinn! Julie, dine kommentarer er uvurderlig, og mamma og pappa, ja, uten dere ville jeg ikke vært der jeg er i dag.

Marte Rasch Lambela

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Gjennom helsesøsterstudiet har jeg blitt kjent med det store ansvarsområdet helsesøster sitter med. Fra fysisk- til psykisk utvikling hos barn, til rådgivning og veiledning av foreldre. Helsesøsters arbeid strekker seg fra de helt konkrete ting som vaksinerings til dagligdagse spørsmål som påkledning og kosthold. Ut i fra praksis og veilederen til kommunens helsefremmende- og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten har jeg fått et innblikk i den komplekse arbeidshverdagen en helsesøster har. Jeg har valgt å se på en liten del, men i følge meg, en viktig del av denne hverdagen; arbeidet med barn og tannhelse.

**Tema og problemstilling:** Helsesøsters forebyggende arbeid innenfor tannhelse hos barn mellom null og tre år.

*Hvordan jobber helsesøster med temaet tannhelse hos barn mellom null til tre år? Og hva mener de er viktige momenter i deres arbeid?*

**Metode:** Studien bygger på en kvalitativ metode der jeg har gjennomført intervju med seks ulike helsesøstre. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekst kondensering. Hensikten med studiet var å få et innblikk i hva helsesøstre selv mener om det arbeidet de gjør i forhold til tannhelsen, og hva de mener er viktig for deres arbeid.

**Funn:** Studiet viser at helsesøstre mener de har god kunnskap når det kommer til ivaretagelse av en god tannhelse. Det foreligger skriftlige samarbeidsavtaler med Den Offentlige Tannhelsetjenesten som beriker og øker kompetansen hos helsesøstrene, og som er med på å sikre arbeidet for en bedre tannhelse. For helsesøstre er dette samarbeidet en viktig bidragsyter, samtidig som en ser at et godt samarbeid og en god dialog med foreldrene er vesentlig i helsesøsters arbeid med tannhelsen.

**Konklusjon:** Gode kunnskaper om tannhelse øker tryggheten hos helsesøstre i deres arbeid med barna og deres familier. Gode samarbeidsrutiner er av betydning for at tannhelsen skal komme på «dagsorden» og for å trygge en god oppfølging i forhold til forebygging av karies og opprettholdelse av en god tannhelse.

**Nøkkelord:** Helsesøster, tannhelse hos barn, kvalitativ metode, tverrfaglig samarbeid.

## Summary

**Background:** During my study to be a Public Health Nurse (PHN) I have got to know the large responsibility the PHN holds. It covers a broad range of subjects from children's physical and mental development, to counseling and guidance for the parents. The PHN's work ranges from specific subjects such as vaccination, to everyday questions regarding correct clothing and diet. Through practice, and use of guidelines for the council health promotion, preventive work in healthcare centers and school healthcare service, I got an insight in the complexity of the daily work of a PHN. I chose to look at a small, however in my opinion, important part of the PBN's everyday work: their work with children and their dental health.

**Research question:** What is the relationship between the Public Health Nurse and their preventive work within dental care amongst children from infant age up to three years old?

*How do Public Health Nurses work with the topic of dental care with children from infants to three year olds? What do they believe to be important areas of their work?*

**Method:** This study is built up on a qualitative method, where I have interviewed six different Public Health Nurses. These interviews were analysed by using Malteruds systematic text condensation. The aim of the study was to gain an insight into what Public Health Nurses think about their own work with regards to children's dental care, and to see what they feel are important aspects of their work.

**Findings:** The study found that the PHNs have thorough knowledge when it comes to the maintenance of good dental care. There are written agreements available between the PHN and the Public Dental care Service, which enriches and increases the competence with the PHN. For the PHNs this cooperation is an important contribution in their work with children's dental care. It is also important to mention the important contribution between the PHN and the parents; strong cooperation and good dialogue with the parents is of great interest to the PHN in their everyday work with dental care.

**Conclusion:** Thorough knowledge with regards to dental care increases the security within the PHN's work with the children and their parents. Well-defined cooperation procedures are important so that dental care will be on the agenda, ensuring the prevention of dental decay and the maintenance of effective dental care.

**Keywords:** Public health nurse, children's dental care, qualitative method,

Interdisciplinary collaboration.

# Innhold

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 TEMA FOR OPPGAVEN</b>	<b>1</b>
1.1.1. PROBLEMSTILLING	1
<b>1.2 HVA ER KARIES?</b>	<b>2</b>
<b>1.3 MIN FORFORSTÅELSE</b>	<b>3</b>
1.3.1 TIDLIGERE STUDIER	6
<b>2 OPPGAVENS STRUKTUR</b>	<b>8</b>
<b>2.1 BEGRENINGER</b>	<b>8</b>
<b>2.2 OPPGAVENS OPPBYGGING</b>	<b>9</b>
<b>3 METODE</b>	<b>9</b>
<b>3.1 INNHENTING AV INFORMANTER</b>	<b>11</b>
<b>3.2 FORBEREDELSE TIL INTERVJU</b>	<b>11</b>
<b>3.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJU</b>	<b>12</b>
<b>3.4 FORDELER MED METODEN</b>	<b>14</b>
<b>3.5 UTFORDRINGER MED METODEN</b>	<b>14</b>
3.5.1 FORSKNINGSETISKE UTFORDRINGER MED METODEN	16
3.5.2 METODEKRITIKK	16
<b>3.6 TRANSKRIBERINGEN</b>	<b>17</b>
<b>4 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV</b>	<b>18</b>
<b>5 ANALYSE ETTER MALTERUDS METODE</b>	<b>19</b>
<b>5.1 TEMA</b>	<b>20</b>
5.1.1 FRA MENINGSBÆRENDE ENHETER TIL KODER	20
<b>5.2 FRA KODER TIL MENING</b>	<b>21</b>
5.2.1 SAMMENFATNINGEN, FRA KONDENSERING TIL BESKRIVELSER OG BEGREPER	23
<b>6 HISTORISKE TILBAKEBLIKK</b>	<b>24</b>
<b>6.1 TANNHELSE GJENNOM TIDENE</b>	<b>24</b>
<b>6.2 HISTORISK TILLIT TIL HELSEØSTER</b>	<b>26</b>

<b>7</b>	<b>«HELSEFREMME- REN OG FOREBYGGEREN»</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>SAMMENFATNING</b>	<b>31</b>
<b>8.1</b>	<b>SAMARBEID</b>	<b>31</b>
<b>8.2</b>	<b>RELASJONER TIL FORELDRENE</b>	<b>31</b>
8.2.1	DIALOG OG ÆRLIGHET	32
8.2.2	RÅD OG VEILEDNING	33
8.2.3	Å FREMME FORELDRENES KOMPETANSE	34
<b>8.3</b>	<b>KONTAKT MED TANNHELSETJENESTEN</b>	<b>36</b>
8.3.1	SAMARBEIDSAVTALE	36
8.3.2	TVERRFAGLIGHET	37
8.3.3	NYTTIG SAMARBEID, MEN IKKE ET KRAV?	38
<b>8.4</b>	<b>HELSEFREMNING OG FOREBYGGING</b>	<b>39</b>
<b>8.5</b>	<b>HELHETLIG TENKNING</b>	<b>40</b>
8.5.1	KOSTHOLD	40
8.5.2	HELSEØSTERS VEILEDNING I EN NYERE TIDS PÅVIRKNING	41
8.5.3	SPESIALIST PÅ HELHETEN	42
<b>8.6</b>	<b>TIDLIG OG TETT KONTAKT</b>	<b>43</b>
8.6.1	Å STØTTE FORELDRENE	44
8.6.2	KJENNSKAP TIL FAMILIEN	45
<b>8.7</b>	<b>UTFORDRINGER</b>	<b>46</b>
<b>8.8</b>	<b>HELSEØSTERS KOMPETANSE</b>	<b>47</b>
8.8.1	MANGLENDE UTDANNING	47
8.8.2	ERFARING	48
<b>8.9</b>	<b>INNVANDRING</b>	<b>49</b>
8.9.1	KULTURFORSKJELLER	49
8.9.2	SPRÅK	50
<b>9</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>52</b>
<b>9.1</b>	<b>OPPSUMMERING</b>	<b>52</b>
<b>9.2</b>	<b>KONSEKVENSER FOR PRAKSIS</b>	<b>53</b>
<b>9.3</b>	<b>VIDERE FORSKNING</b>	<b>54</b>

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i intervju, samt samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Endrings skjema til NSD

Vedlegg 5: Godkjenning av endrings skjema



# 1. Innledning

«-Munnen er full av ei tann» (Midtgard et al., 2013:74).

Var setningen som ble en vekker for meg i forhold til tema for min masteroppgave.

Setningen illustrer for meg noe som er så åpenlyst, men samtidig undret jeg meg over om dette var noe som ble oversett i en konsultasjon hos helsesøster. Alt et barn trenger å gjøre for å vise frem sine tenner er å smile. Tenner som kan være et bilde på velvære og god helse, men som også kan gi oss et bilde på mangel av tannpuss og dårlige matvaner. For meg ble det viktig å rette fokus mot en liten del av kroppen, som samtidig er en stor del av helsen til både barn og voksne. Valget var enkelt, tema og problemstilling ble derfor slik:

## 1.1 Tema for oppgaven

*Helsesøsters forebyggende arbeid innenfor tannhelse hos barn mellom null til tre år.*

### 1.1.1. Problemstilling

For å kunne gå nærmere inn i temaet og se på hvordan helsesøster jobber med dette temaet ble problemstillingen;

*Hvordan jobber helsesøster med temaet tannhelse hos barn mellom null til tre år? Og hva mener de er viktige momenter i deres arbeid?*

Avgjørelsen for min del var tatt allerede før jeg gikk i gang med første praksisperiode, og interessen ble heller ikke mindre av å være ute i praksis. I løpet av praksisperioden har jeg sett at helsesøster har et stort ansvar når det kommer til ivaretagelse av barn og unges helse. Gjennom sitt arbeid skal helsesøster drive både opplysnings-, veilednings- og rådgivningsarbeid. Feltene helsesøster dekker strekker seg fra barseltid til familietilknytning, fysisk og psykisk utvikling, tannhelse og kosthold (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

Gjennom arbeidet med et slik stort og allsidig emne ble jeg også mer interessert i hvordan helsesøstre ivaretar barnas tannhelse. Hvordan jobber de med temaet og hva mener de selv er viktig i deres arbeid med foreldre og barn i forhold til hvordan man skal kunne opprettholde en god og sunn tannhelse hos barn?

En kan kanskje lure på hvorfor dette i dag vil være et tema å ta opp? Er det ikke slik at alle i dag vet hva som er viktig for å få en god tannhelse? Vel, det er slik at en god tannhelse ikke

er en god tannhelse alene da flere faktorer spiller inn. En god tannhelse er ofte et godt bilde på den generelle helsetilstanden og motsatt, og en dårlig tannhelse vil etter hvert også påvirke resten av kroppen på en negativ måte (Vermaire, van Exel, van Loveren, & Brouwer, 2012). Dårlig tannhelse har vist seg å påvirke barn i en negativ retning, både med tanke på læring, vekst og utvikling. (Peterson-Sweeney & Stevens, 2010).

I en rapport utgitt av folkehelseinstituttet i 2009 kommer det frem av tilgjengelig materiale at barn og unges tannhelse i gjennomsnitt ble bedre i tidsrommet 1985-2000. I tidsrommet etter dette så det derimot ut til at denne utviklingen stoppet opp. I dag undersøkes langt færre barn enn tidligere og derfor kan disse tallene være misvisende, da statistikken viser karies hos undersøkte barn og ikke alle barn. Det kommer frem av rapporten at det er store geografiske forskjeller og at kariesforekomsten varierer innenfor ulike etniske grupper, og at det derfor er viktig at det i tiden fremover rettes fokus mot tannhelsen hos alle barn for å kunne få en bedre oversikt over situasjonen slik den er i dag (Lyshol & Biehl, 2009). De siste årene peker pilen opp når det kommer til barn uten karieserfaringer. For da det i 2008 kun var 78,7% av femåringene som ikke hadde hatt karieserfaringer, var det i 2012 hele 81,3% av femåringene som ikke hadde hatt karieserfaring (Statistisk Sentralbyrå, 2013).

## **1.2 Hva er karies?**

Karies er et resultat av en kombinasjon mellom bakterier i munnhulen og tannoverflaten. For å kunne utvikle karies må kariogenebakterier i tannbelegget tilføres næring over en viss tid, for eksempel via sukker (Espelid & Skjørland, 2009). Sukkeret spaltes til syre av bakteriene i plakket, noe som gjør at pH-verdien i munnen faller. Om pH-verdien faller under 5,5 vil emaljen gå i oppløsning og tennene vil være mer utsatt for kariesangrep. Dersom pH-fallene forekommer relativt sjeldent vil denne demineraliseringen av emaljen følges av en oppbygning, noe som gjør at emaljens kvalitet opprettholdes (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Karies i tennene ses på som en kronisk sykdom. Sykdommen rammer emaljen på tennene, den harde beinstrukturen som ligger rundt tennene og den forkalkede substansen som dekker roten av tannen. Tenner som er angrepet av karies krever behandling, hvis ikke vil den progrediere inntil tannen er helt ødelagt (Fejerskov, Nyvad, & Kidd, 2003). Karies er en av de mest vanlige infeksjonssykdommene blant barn i verden. Til sammen 60 - 90% av alle skolebarn i verden har opplevd å ha en eller flere tenner med karies. Dette er tall som er tatt fra alle ulike sosiale klasser, både i i-land og u-land (Vermaire et al., 2012).

Bruken av fluortannkrem er sett på som en av de viktigste faktorene til nedgangen av karies i de fleste populasjoner siden 1970-tallet (Nyvad, 2003). Fluor danner et depot av kalsiumfluorid på tannoverflaten. Dette depotet avgir fluor når pH-nivået i munnen blir lavere (surt), noe som påvirker oppløsningen av emaljen og øker gjenoppbyggingen av den. Det ekstra overskuddet av kalsiumfluorid minsker gradvis og det er derfor viktig at en jevnlig fyller på. Dette enten ved regelmessig bruk av fluortannkrem eller fluortabletter. God munnhygiene forsterker effekten av fluor. Hvis plakket på tennene blir for høyt vil fluoren miste sin mulighet til å gjenoppbygge emaljen, så en god munnhygiene er en forutsetning for at effekten av fluor skal kunne utnyttes optimalt (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Ubehandlete kariesangrep kan påvirke personen i en så stor grad at han eller hun på grunn av smerter plages med nattesøvnen. Dette kan igjen føre til at en får problemer med for eksempel å følge med i timene på skolen, komme seg på jobb eller ha vansker med å delta på sosiale tilstelninger (Hooley, Skouteris, Boganin, Satur, & Kilpatrick, 2012).

Karies hos barn er et område der forebygging bør satses stort på. Tennene har en økt risiko for karies kort tid etter tannfrembrudd, noe som fører til at tidlig innsats i forhold til forebygging er viktig. De to første leveårene i et barns liv blir sett på som den perioden der forebygging er av stor betydning (M. Skeie, Skaret, Espelid, & Misvaer, 2011).

Som vist rammer karies angrep alle, og viktigheten av forebyggingen av karies ligger ikke bare på et personlig nivå, i forhold til å unngå smerter og ubehag, men også et samfunnsmessig nivå i forhold til arbeidslivet og den sosiale omgangen en har med andre medmennesker.

Da jeg satte i gang med oppgaven hadde jeg en del tanker og meninger om temaet og problemstillingen, dette er tanker dere nå får se nærmere på i kapitlet om min forforståelse.

### **1.3 Min forforståelse**

I forhold til at jeg ikke har noen annen erfaring med helsesøsteryrket enn det jeg har fått gjennom utdanningen og praksis, bygger mye av min forforståelse på den oppfatningen jeg har fått av dette temaet i løpet av to korte år.

Min forforståelse i forhold til temaet var at helsesøstre i liten grad prioriterte tannhelse under en konsultasjon, og at temaet heller ikke var godt representert i undervisningen på studiet.

«Forskerens subjektive forutforståelse kan gjøre en blind for det opplagte. Men denne blindheten er ikke nødvendigvis uhelbredelig» (Paulgaard, 2006:90).

En må alltid ha en forståelse for å kunne fortolke en tekst eller et fenomen. Uten forståelsen vil en ikke kunne jobbe videre med teksten og heller ikke fortolke det som kommer frem av den skrevne teksten (Gadamer & Jordheim, 2003).

For å kunne gå i gang med prosjektet var det helt klart at jeg måtte ha noen tanker om hvordan ting fungerte i praksis, hvis ikke ville ikke dette vært et felt jeg ville vært interessert i å utforske nærmere. Altså er en avhengig av at man i utgangspunktet har en forforståelse. Selv om forforståelsen var viktig før jeg gikk i gang med prosjektet, var det også viktig at den ikke skulle være til hinder hvis det skulle dukke opp svar som ikke samsvarte med mine tanker om temaet.

Jeg hadde i løpet av studietiden savnet at det ikke var noen undervisning om temaet tannhelse og at jeg i løpet av praksis så lite til den konkrete delen av tannhelse som et tema. For meg virket det som om dette var et tema som fort falt ut og kanskje ble nedprioritert i en konsultasjon der det var mye annet som skulle gjennomgås. Siden jeg ikke fikk noen særlig undervisning om det på skolen lurte jeg på om dette kunne være en årsak til at det kanskje heller ikke ble prioritert i praksis. Dette var en faktor som var med på å opprettholde min interesse for temaet.

Det overnevnte var nok også en årsak som gjorde at jeg var ekstra kritisk da jeg gikk ut både for å finne stoff om temaet, men også i møte med helsesøstrene i intervju situasjonene. For min del ble det veldig viktig å være bevisst min forforståelse, og jeg måtte jobbe for å legge den til side når jeg gjennomførte min studie. Det ble viktig for meg at min forforståelse ikke skulle dominere så mye at jeg kun lette etter resultater som ville støtte meg og min tanke om temaet. I følge Paulgaard (2006) kan forskerens forforståelse bli en feilkilde i oppgaven samtidig som den kan være en forutsetning for innsikt.

For min del måtte jeg derfor være bevisst mine egne tanker om temaet før jeg gikk i gang med arbeidet. Jeg kunne ikke legge forforståelsen helt bort, men den måtte ikke bli et hinder i mitt søken på svar, enten svaret stemte overens med forforståelsen min eller ikke. På bakgrunn av min oppfatning av hvordan helsesøster jobbet med tannhelse ble oppgaven min å lete etter «nye» vinkler og en forståelse av hvordan det fungerer. Forståelsen vil alltid være påvirket av den forforståelsen forskeren i utgangspunktet går inn med, og de «oversettelser» som blir gjort vil være preget av denne forforståelsen (Paulgaard, 2006). Dette utsagnet kan ses på med

flere øyne. Forforståelsen er av betydning før en går i gang med en oppgave og vil prege det arbeid som gjøres, men en kan heller ikke gå i gang med en oppgave uten at man har en forforståelse å jobbe ut i fra.

Forforståelsen vil alltid prege den som jobber med tekst eller oppgave, og allerede ved første gjennomlesing av en tekst vil forskeren gjøre seg opp en mening av helheten så snart han eller hun finner noe meningsbærende i teksten. Dette skjer fordi forskeren allerede på forhånd har en forståelse om temaet. Samtidig vil denne forståelsen kunne utvikle seg og forandre seg etter hvert som forskeren fordypet seg mer i temaet og kommer dypere ned i det teksten handler om (Gadamer & Jordheim, 2003).

I perioden før og under intervjuene jobbet jeg med å ikke legge for stor vekt på den forforståelsen jeg i utgangspunktet hadde. Forforståelsen har hele tiden vært der da det ikke er noe jeg kan velge bort, men jeg ønsket ikke at den skulle skinne gjennom under intervjuene mine. I møte med informantene satt jeg som intervjuer med «monopol». Ikke bare i forhold til de spørsmål som skulle stilles, men også i forhold til den data som skulle fortolkes. Min oppgave ble å være lydhør ovenfor informantene og ta med meg det da sa, fremfor å føre en dialog som «ledet» informantene mot et svar som passet med min forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2010).

Gjennom arbeidsprosessen var dette alltid mitt mål. Jeg ønsket ikke, og ønsker heller ikke at oppgaven skal bære preg av den forforståelsen jeg i utgangspunktet hadde, hvis det ikke skulle vise seg at dette stemmer overens med det helsesøstrene selv sa. Når en som forsker bruker seg selv som instrument i sin egen forskning vil det alltid være et dilemma i forhold til hvor troverdig svarene i studiet vil bli. Det er en selv som bestemmer kodingen og rekonstrueringen av dataen som kommer inn, og jeg gjorde det på min måte. I slike tilfeller blir det derfor ekstra viktig at man klarer å gå inn i studiet med et åpent sinn, og være klar over de tanker og perspektiver man selv innehar (Starks & Trinidad, 2007).

Det er viktig at forskeren ikke går inn i teksten med det formål å bekrefte sin forforståelse eller den for-menning han eller hun sitter inne med, men at man tar seg tid til å finne ut om den stemmer overens med meningen i teksten eller ikke. Samtidig er det viktig å huske at man i en slik oppgave ikke kan glemme sin forforståelse. Den er der uansett. Oppgaven til forskeren blir derfor å ikke glemme den, men samtidig ikke la den styre de funn man leter etter i teksten (Gadamer & Jordheim, 2003). For meg ble dette en utfordring jeg måtte ta hensyn til, og gjennom hele oppgaven jobbe med.

Ved å jobbe med en slik oppgave er man på en eller annen måte på utkikk etter noe som kan bekrefte eller avkrefte sin egen forforståelse, en er på leten etter en sannhet. I følge Gadamer vil en aldri kunne stadfeste sannhet i den forstand at det ikke finnes noen annet svar til spørsmålet. Sannheten vil alltid påvirkes av den forståelsen forskeren sitter inne med, og dermed også påvirkes av den som leser teksten (Gadamer & Jordheim, 2003). Oppgaven min vil derfor ikke komme med et universelt svar, men den vil kunne vise hva enkelte helsesøstre mener om temaet, i lys av hvordan jeg har oppfattet utsagnene.

Arbeidsprosessen har utviklet min forståelse av hvordan helsesøster ivaretar tannhelsen hos barn og unge, noe som har latt meg komme et steg videre mot en ny forståelse av et tema som er stort og omfangsrikt. I løpet av arbeidsprosessen med oppgaven har jeg beveget meg fra et ganske kritisk utgangspunkt, til å bli opplyst om at tenner og tannhelse har en viktig plass i en helsesøsters arbeidshverdag. Både gjennom samtaler med helsesøstrene men også ved å se på tidligere studier som er gjort på området.

Dette er noe jeg vil gi leserne et innblikk i nå.

### **1.3.1 Tidligere studier**

I begynnelsen var jeg på utkikk etter forskning som var gjort på området som omhandlet barn og tannhelse. Etter hvert som oppgaven utviklet seg i forhold til møte med helsesøstrene og intervjuene som ble gjort, ble jeg også nødt til å se om jeg fant forskning som sa noe om de påpekte var viktig i deres arbeid.

Arbeidet med å finne tidligere forskning har på lik linje med intervjuene åpnet opp og beriket min forforståelse for temaet jeg har skrevet om.

I 2010 var det tre tannlegestudenter i Oslo som skrev en mastergradsoppgave der de fokuserte på hvordan helsesøstre oppfattet sitt arbeid med barn og deres tannhelse, samt hvordan de oppfattet at samarbeidet med Den Offentlige Tannhelsetjenesten fungerte. Resultatet av undersøkelsen viser at helsesøstre mener fokus på tannhelse er viktig, og de mener selv de har god kunnskap om tannhelse og forebygging av karies. Likevel ble det poengtert at de var usikre på om risikogrupperne ble fanget opp tidlig nok for henvisning videre til tannhelsetjenesten. De trodde også det var viktig at en jobber videre med rutiner og ansvarsfordeling mellom helsestasjon og Den Offentlige Tannhelsetjenesten (Kalgraff, Karabuk, & Stevik, 2010).

De siste årene har det også vært fokus på tidlig forebygging av småbarnskaries. I Norge ble det samlet inn data i forhold til tre-åringers tannhelse. Det ble samlet inn data fra 18 av 19 fylker, og til sammen ble 39603 – 67 % av landets 3 åringer registrert. Resultatet som ble lagt frem viser at gjennomsnittlig 87 % av 3 åringene ikke hadde erfaring med karies, dog tallene varierte noe fra fylke til fylke. Gjennomsnittet hos barn med karieserfaring varierte mer. I undersøkelsen kom det frem at andelen barn med kariesforandringer hos ikke-vestlige barn var større enn hos andelen vestlige barn, i likhet med SMÅTANN – undersøkelsen (M. S. Skeie, Espelid, Klock, Skaare, & Holst, 2011; Universitetet i Oslo seksjon for samfunnsodontologi, 2006).

SMÅTANN- undersøkelsen ble gjennomført i perioden 2002-2004 og var en studie som så på kariesutvikling hos barn mellom tre til fem år. I perioden 2003-2010 er det gitt ut 11 artikler og åtte forskningsrapporter basert på denne studien. SAMÅTANN viser til at tannhelsen blant barn generelt i Norge er god, men at det som nevnt innenfor enkelte grupper i samfunnet er en økt forekomst av karies. Studien viser en klar sammenheng mellom det de kaller «ugunstige» foreldreholdninger og kariesutvikling hos barna (M. Skeie et al., 2011; M. S. Skeie et al., 2011).

Flere av artiklene som er gitt ut i etterkant av studien peker på viktigheten av gode råd og veiledning om tannhelse på helsestasjon, og at det er viktig at helsesøstre har god kunnskap på området. Samtidig påpekes det at et godt samarbeid med Den Offentlige Tannhelsetjenesten er viktig for å kunne fange opp barn som er i risikozonen for å utvikle karies (Skaare, Afzal, Olli, & Espelid, 2008; M. Skeie et al., 2011).

Også studier fra utlandet viser viktigheten med at foreldrene ser viktigheten i forhold til forebygging av karies. Her sees det også på fordelene mellom et godt samarbeid mellom foreldrene og fagarbeiderne som jobber med barna. (Amin & Harrison, 2009; Hooley et al., 2012; Peterson-Sweeney & Stevens, 2010; Vermaire et al., 2012).

Undersøkelser i Skandinavia har vist at barn med innvandrer bakgrunn ofte har dårligere tannhelse enn den etniske majoriteten, noe en også kan se i Norge. Det å ha en innvandrerbakgrunn assosieres med flere risikofaktorer. Blant annet i forhold til rutiner i forhold til tannpuss, mat og kostholdsvaner (Brobakken, Helgesen, & Skaare, 2003; Skaare et al., 2008).

I forhold til risiko, forebygging og samarbeid er det viktig at foreldrene har noen de kan snakke fortrolig med, og som de kan stole på kommer med riktig informasjon. På mange måter er helsestasjon riktige inngangsport og her viser flere studier viktigheten med det arbeidet en helsesøster gjør. Samtidig er helsestasjon en arena der en kan ha tid til å gi informasjon om for eksempel tannhelse slik at alle foreldre kan se viktigheten med en god tannhelse (Næss, Moan, Wang, & Wigen, 2014; Stordahl & Wang, 2009; Stuveseth, 2012)

Etter et innblikk i forforståelsen min, og forskning som er gjort på området tidligere kommer nå en oversikt over oppgavens struktur og begrensninger.

## **2 Oppgavens struktur**

### **2.1 Begrensinger**

På bakgrunn av at barn i Norge innkalles til Den Offentlige Tannhelsetjenesten (DOT) først ved treårs alder (Stordahl & Wang, 2009), ønsker jeg i min oppgave å konsentrere meg om barn mellom null til tre år, hvordan helsesøster jobber med tannhelsen i denne perioden, og hvordan hun opplever samarbeidet med tannhelsetjenesten.

Denne masteroppgaven har en ramme på 25000 ord og oppgaven kunne skrives som en teoretisk oppgave basert på drøfting av tidligere publisert litteratur, eller en empirisk oppgave basert på oppsamlede materiale som skulle bearbeides metodisk (Universitetet i Tromsø, 2011). Jeg har valgt å skrive en empirisk oppgave der jeg bruker en kvalitativ forskningsmetode hvor jeg har intervjuet helsesøstre.

Ut i fra de gitte rammene for oppgaven måtte jeg ta et valg både i forhold til hvilke informanter jeg skulle bruke, men også i forhold til hvor mange informanter jeg skulle ha med i oppgaven. Selv om det kunne vært en fordel å ta med både synspunktene til tannhelsetjenesten og foreldrene i en slik oppgave, har jeg valgt å intervju kun helsesøstre. Utvalget av informanter endte på seks stykker. Ut i fra utvalgets størrelse kan det bli en diskusjon om oppgavens validitet. Ordet validitet kan ses på med flere øyne. En kan enten se på validitet som tall, at en har kommet frem til noe som kan måles, eller kan man se på det i en bredere betydning i forhold til om hvordan ens metode undersøker det en er ute etter å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2010).



Jeg er i min oppgave ikke ute etter å stadfeste noen tall eller komme med noen standard for hvordan ting fungerer i hele landet, men jeg er ute etter å belyse et tema. Jeg skal gjennom min problemstilling og forskningsspørsmål forsøke å belyse helsesøstrenes side av temaet, og se hvordan de jobber.

Jeg har kun valgt å se på den generelle tannhelsen og hvordan helsesøstre jobber med dette området, da jeg er ute etter å finne ut hvordan de arbeider for å ivareta barns generelle tannhelse. Jeg har derfor valgt å ikke gå nærmere inn på spesielle områder som for eksempel tannskader på grunn misbruk eller overgrep. Dette er tema som er viktig å ta tak i, men et stort tema som kan komme inn under omsorgssvikt, noe min oppgave ikke omhandler.

## **2.2 Oppgavens oppbygging**

For å kunne vise leserne hvordan jeg har jobbet meg fremover med oppgaven har jeg valgt å ha metoden min i kapitel tre.

I kapitel fire har jeg valgt å legge frem mitt vitenskapsteoretiske perspektiv, noe som var en del av grunnlaget til hvilken analysemetode jeg har brukt i oppgaven. Analysemetoden kommer i kapitel fem.

For meg er det viktig å gi et lite tilbakeblikk i helsesøster og tannhelsens historie. Dette for å kunne vise leserne hvor viktig fokuset på tannhelse opp gjennom tidene har vært, men også å vise hvorfor akkurat helsesøster er en viktig bidragsyter i dette arbeidet. Dette legges frem i kapitel seks, etterfulgt av kapitel syv som omhandler den jobben helsesøster gjør i forhold til forebygging og helsefremmende tiltak.

I kapitel åtte kommer sammenfatningen av oppgaven. Her vil også min drøfting av funn finne sted.

Oppgaven avsluttes i kapitel ni med en oppsummering, tanker om videre praksis og forslag til videre forskning.

## **3 Metode**

Som utgangspunkt for min oppgave har jeg valgt å gjennomføre en kvalitativ studie ved bruk av et kvalitativt forskningsintervju. Jeg har valgt denne typen intervju for å få frem flest

mulige nyanser hos mine informanter. Jeg har brukt en intervjuguide for ikke å miste den røde tråden i oppgaven. Samtidig levner et slikt intervju en åpenhet for å kunne følge opp med utdypende spørsmål om det skulle vise seg at informanten/informantene kommer med informasjon som vil være viktig å ta videre i oppgaven (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne formen for intervju er viktig da informantene står sterkere i forhold til det å komme med egne tanker og meninger om temaet, uten at en blir påvirket av fastsatte spørsmål som må besvares (Friis & Vaglum, 2002).

Som utgangspunkt for min analyse har jeg valgt å bruke metoden til Kirsti Malterud som hun kaller Systematisk Tekstkondensering. Malteruds analyse går gjennom fire faser der den første fasen går ut på å finne temaer som går igjen i intervjutekstene.

Etter dette samles disse temaene for å finne koder som igjen skal brukes som et grunnlag for å finne meningsbærende enheter som samles i kodegrupper. Disse kodene vil en kunne justere og definere i løpet av prosessen (Malterud, 2011).

Tredje steg i metoden er kondensering. Her blir alle kodegruppene delt inn i subgrupper som synliggjør de ulike bestanddelene i de ulike kodegruppene. Her samles også sitatene til et kondensat som gir et innblikk i hva subgruppen inneholder (Malterud, 2011).

I fjerde og siste steg finner vi sammenfatningen. Her samler en essensen av hvert kondensat som danner den endelige teksten som skal brukes i analysekapittelet, eventuelt diskusjonsdelen. Malteruds analysemetode er ingen enkeltstående analysemetode. Systematisk Tekstkondensering bygger blant annet på Giorgis fenomenologiske tilnærming, Graneheim og Lundmans kvalitative kontekstanalyse og Grounded Theory. Dette gjør at den har flere likhetstrekk med de ulike analysemetodene enn ulikheter. Malterud mener at det er viktig at en ikke utelukker den ene metoden for å bruke den andre, men at man ser på det i en sammenheng, og ser på hendelser på tvers av materialet (Malterud, 2011).

Jeg har derfor valgt å holde meg til hennes metode uten innblanding av annen teori, da hennes metode lar de andre teoriene komme inn som en del av arbeidsmåten. Gjennom de fire stegene i analysemodellen har det for meg vært lett å følge en tråd, samtidig som modellen har gitt meg muligheten til å forandre fokuset etter hvert som jeg har funnet ulike mønster som har dukket opp.

Etter å ha gjennomgått alle fire analysestegene har jeg gått tilbake til de opprinnelige intervjuetekstene for å se om det har dukket opp nye momenter som har blitt viktig å legge vekt på i oppgaven.

### **3.1 Innhenting av informanter**

Som et utgangspunkt for oppgaven hadde jeg et ønske om å få hentet inn informanter fra ulike kommuner med en god spredning i forhold til antall innbyggere. Dette fordi jeg tenkte det kunne være ulike måter å samarbeide med tannhelsetjenesten på i forhold til hvor store forhold det var i kommunen.

Først sendte jeg mail til to ulike kommuner med henholdsvis ca 70000 og 5500 innbyggere og spurte om de var interessert i å delta i studiet. Etter et par uker hadde jeg ikke fått svar fra noen av helsesøstrene. Derfor satte jeg meg ned og ringte rundt. Den ene kommunen gav da beskjed om at de ikke hadde mulighet til å delta og den andre kommunen gav beskjed om å sende mail på nytt. Siden dette er et prosjekt som baserer seg på frivillig deltakelse ønsket jeg ikke å sette et press på helsesøstrene til å delta. For å få en best mulig intervjusituasjon ønsket jeg at helsesøstrene selv skulle ønske å delta. Jeg tenkte dette ville være med på å løfte intervjuets kvalitet gjennom at informantene var motiverte og interesserte i temaet, noe også Kvale og Brinkmann (2010) setter som kriterier for gode intervjupersoner. Etter ytterlige noen uker med venting og uten svar fant jeg derfor ut at jeg måtte finne noen andre kommuner til studiet mitt. Jeg måtte da gå utenfor den rammen jeg hadde satt i forhold til hvor jeg skulle finne informanter, med tanke på antall innbyggere i kommunen og i forhold til avstand i og kjørelengde for å komme meg til informantene mine.

Jeg fikk til slutt positivt svar fra fire ulike kommuner i Nord-Norge med til sammen seks informanter med en arbeidserfaring som strakte seg fra to til 30 år som helsesøstre

### **3.2 Forberedelse til intervju**

Som krav fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) har jeg sendt ut informasjon om studiet til alle kommunene som skulle delta, og det ble sendt med en samtykkeerklæring til alle informantene. De kunne selv velge tid og sted for intervjuet, og alle mine informanter valgte å bli intervjuet på sin arbeidsplass. Jeg var i kontakt med dem både via mail og per

telefon, slik at jeg kunne oppklare eventuelle spørsmål underveis. Jeg sendte også mail til helsesøstrenes overordnede i de ulike kommunene. Dette var både rådmann og helse- og sosialsjef, og i mailen informerte jeg om studiet og at funnene vil bli brukt i en masteroppgave.

I utgangspunktet hadde jeg bestemt meg for ikke å sende ut min intervjuguide til informantene da jeg ikke ønsket at de skulle legge for mye tid og planlegging inn rundt spørsmålene. Jeg ønsket også å fange opp de spontane svarene fra informantene da jeg tenkte dette kunne være en styrke i forhold til at det kunne dukke opp uventede aspekter som kunne bli viktig for min oppgave. En av helsesøstrene ønsket likevel å få tilsendt intervjuguiden da dette var noe hun hadde vært vant med fra tidligere studier hun hadde deltatt i. Vi ble enige om at hun kunne få intervjuguiden tilsendt via mail. Jeg presiserte både på telefon og mail at det ikke nødvendigvis ville bli bruk for alle spørsmålene og at det muligens ville dukke opp nye underveis. Dette syntes hun var greit.

### **3.3 Gjennomføring av intervju**

Som nevnt tidligere er alle intervjuene gjort på informantenes arbeidsplass. Jeg brukte båndopptaker, samt noterte ned stikkord underveis i intervjuene. Før vi satte i gang med selve intervjuet gikk jeg på nytt gjennom hva oppgaven min handlet om. Vi gikk sammen gjennom samtykkeerklæringen muntlig og jeg informerte om at de når som helst kunne trekke seg fra studien om de ønsket dette. På grunn av taushetsplikt og personvern ba jeg helsesøstrene om å utelate navn og stedsnavn. Jeg har ingen navn på bånd, og kun initialer på papir. På den måten har jeg bevart informantenes anonymitet.

Alle intervjuene er gjort i arbeidstiden, både tidlig og sent på dagen. Det var informantene selv som fikk velge tidspunkt, men da jeg erfarte at intervju på slutten av dagen kunne virke slitsomt for både informantene og meg selv, valgte jeg i ettertid å gjennomføre dem på dagtid i de tilfeller dette var et alternativ.

I to av kommunene som hadde sagt ja til å delta var det to helsesøstre som deltok sammen under intervjuet. I utgangspunktet var jeg bekymret for at dette ville gå utenfor rammene for et kvalitativt forskningsintervju og at det ville bli kategorisert som et gruppeintervju, men i følge Kvale og Brinkmann (2010) må det være mellom seks til ti deltakere for å kunne regnes som et fokusgruppeintervju. Det første intervjuet jeg gjennomførte var et intervju med to deltakere,

og som ny i «gamet» når det kommer til gjennomføring av intervju måtte jeg jobbe ekstra hardt for å få med meg det begge helsesøstre hadde å si. Jeg var i utgangspunktet forberedt på at det skulle bli mange avbrytelser underveis. Dette var noe vi pratet om på forhånd, og selv om det var et par ganger man snakket i munnen på hverandre, synes jeg at intervjuet i sin helhet gikk greit og at jeg satt igjen med mye god informasjon som jeg har hatt bruk for i oppgaven.

Gjennom intervjuene der to helsesøstre ble intervjuet samtidig fikk jeg også med meg de ulike synspunktene under ett. Jeg fikk et fint innblikk i forskjellene hos de helsesøstre som hadde jobbet lenge kontra de som ikke hadde vært helsesøstre i like mange år. Dette «bildet» ble også viktig for meg videre i prosessen når jeg skulle begynne med analysen. Både i forhold til hva erfaringer har å si for arbeidet med tannhelse, men også hva som blir viktig med tanke på det som eventuelt måtte mangle av erfaringer når det kommer til arbeid med barn og tannhelse. For min del ble det å intervju to helsesøstre samtidig både en utfordring i forhold til at det var viktig å få med alle synspunkt i en sak. Men også en styrke i og med at man på den måten kunne snakke rundt akkurat dette med erfaringer og lærdom i forhold til arbeidet med tannhelsen hos barna.

Det gikk ganske lang tid før jeg fikk gjennomført neste intervju. På tross av dette følte jeg dog at dette gikk bedre enn det første. Jeg hadde senket skuldrene og følte selv jeg kunne komme med gode oppfølgingsspørsmål. Jeg har i alle intervju valgt å la helsesøster snakke ganske fritt, selv om det i enkelte tilfeller gikk noe utenfor min ramme for oppgaven. I de tilfellene dette har skjedd har jeg ved hjelp av intervjuguiden kunne kommet inn på selve oppgaven igjen, uten å måtte avbryte informantene. Selv om jeg i noen av intervjuene ser at det har vært en styrke å la de snakke åpent da jeg kunne følge opp med oppfølgingsspørsmål, kunne jeg i andre intervju vært noe mer styrende, da digresjonene i enkelte tilfeller har falt langt utenfor min oppgave. Kvale og Brinkman (2010) har satt opp noen kvalifikasjonskriterier for intervjueren der blant annet åpenhet og styrende er to av kvalitetene. Jeg ser at selv om en bør være åpen for at intervjupersonen kan komme opp med nye synspunkt på saken, så kunne jeg ha styrt enkelte intervju litt mer og ikke vært redd for å avbryte intervjupersonen/-e.

Intervjuenes lengde har tatt alt fra 40 til 60 minutter

Etter gjennomført intervju takket jeg alle som deltok som informanter og fikk alles telefonnummer slik at jeg hadde mulighet til å kontakte dem i ettertid dersom det skulle være noen uklarheter.

### **3.4 Fordeler med metoden**

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er fordelene med det kvalitative forskningsintervjuet at man får en spesifikk beskrivelse av ulike situasjoner og hendelser. Gjennom et slikt intervju får man frem intervjupersonenes egne forklaringer og ikke generelle meninger. Dette var noe jeg også la merke til under mine intervju. Min forforståelse ble flere ganger beriket med nye innspill som jeg selv ikke hadde tenkt over. Jeg følte hele tiden at informantene var ærlige og snakket rett fra «levra» og ikke la vekt på hva som burde være, men hvordan ting er. I følge Gadamer er ikke forståelsen noe som kommer etter fortolkningen, men fortolkningen er forståelsen av teksten. Dette betyr at en hele tiden vil oppdage en ny forståelse av en sak, samtidig som en da også kan fortolke saken på en annen måte. Etter hvert vil «problemet» flytte seg fra en perifer tilfeldig posisjon, til å bli selve sentrum for filosofen (Gadamer & Jordheim, 2003). Slik dukket det også opp nye interessante vendinger underveis som jeg følte var viktig å følge opp videre med oppfølgingsspørsmål. Jeg har derfor fått noen innholdsrike intervju, med mye godt stoff som jeg har jobbet videre med.

Dette er en metode hvor intervjuer har mulighet til å bygge opp en tillit hos informanten gjennom samtale, noe som kan føre til at informanten igjen åpner seg og kommer utfyllende og tillitsfulle svar (Malterud, 2011). Ved å intervju på denne måten fikk jeg en annen kontakt med intervjupersonene enn jeg ville fått om jeg hadde levert ut et spørreskjema. Gjennom å ha en samtale med informantene har jeg kunnet fange opp kroppsspråk og stemningsleie. Dette har også vært med på å utfylle de svarene som informantene har kommet med på en måte som kun et intervju kan gjøre, noe som igjen har beriket mitt arbeid med oppgaven.

### **3.5 utfordringer med metoden**

En kvalitativ forskningsmetode er en metode som krever tid å gjennomføre. Både i forhold til forskeren, men også i forhold til de intervjupersonene som brukes i oppgaven. Forskeren må ha tid til å reise rundt å gjøre intervjuene, og intervjupersonene bør ha en motivasjon til å delta. Intervjuene bør planlegges slik at intervjupersonene har utholdenhet til å kunne gjennomføre intervjuet (Friis & Vaglum, 2002).

Dette var noe av det jeg la til grunne da jeg valgte å søke informanter i andre kommuner, da jeg ikke fikk noen respons av de første kommunene jeg tok kontakt med. For meg var det

viktig at helsesøstrene ønsket å delta, og ikke følte seg presset til det av en pågående forskerspise. Det første intervjuet jeg gjennomførte var på tampen av en arbeidsdag, noe jeg kunne merke på slutten av intervjuet, i form av at både jeg og helsesøstrene virket slitne. Derfor valgte jeg å legge resten av intervjuene til formiddagen hos de helsesøstrene som har hatt det som et alternativ.

En annen utfordring er at jeg som forsker aldri har gjennomført intervju tidligere. Henning Olsen sier at de kvalitative intervjuene er en sammensetning av komplekse sosiale og språklige komponenter som ikke alle forskere er kompetente til å gjennomføre. Det er viktig at en husker på at det i en intervjusituasjon er to mennesker som vanligvis møtes for første gang. Det er ikke to personer som er like og som deler eksakt samme forståelse av verden, men mennesker med ulik livserfaring og meninger. Dette vil påvirke både måten ting blir sagt på, og kan også påvirke hvordan det blir oppfattet (Olsen, 2003).

Som ny forsker og student var intervjuprosessen et nytt felt for meg. Det ble viktig for meg at jeg på forhånd gjorde meg opp noen tanker om hvordan jeg ønsket at intervjusituasjonen skulle være. For min del ble det derfor viktig at vi allerede i begynnelsen av intervjuet snakket om hva oppgaven handlet om og hvordan jeg ville gjennomføre intervjuet. Samtidig stilte jeg meg meget åpen til å følge opp temaer som kunne vise seg å være av interesse for oppgaven. I følge Kvale og Brinkman er *«omfattende trening nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer»* (Kvale & Brinkmann, 2010:99). Siden jeg aldri hadde vært i en intervjusituasjon før hadde jeg i utgangspunktet tenkt å bruke det første intervjuet som et prøveintervju. Dette for å kunne bli bedre kjent med situasjonen men også for å kunne bruke erfaringene videre i neste intervju. Forhåpentligvis kunne jeg lære litt av de erfaringene og forbedre dem til neste intervju. Da jeg i utgangspunktet hadde vanskeligheter med å få tak i nok informanter, bestemte jeg meg for ikke å bruke noen av intervjuene til et prøveintervju. Min løsning ble å gjøre det med en bekjent, kun for å få en liten følelse av hvordan det var å bruke båndopptaker og for å kjenne litt på hvordan en slik situasjon kunne oppleves.

Som intervjuer sitter du med et ansvar i forhold til å behandle informantene med respekt, både under intervjuet, men også i etterkant. Dette både i forhold til opprettholdelse av taushetsplikt, men også i forhold til hvordan man fremstiller svarene i en oppgave (Malterud, 2011). For meg ble dette et moment som jeg også tok med videre i oppgaven. Jeg ønsker ikke at informantene skal sitte igjen med et inntrykk av at jeg ikke har forstått deres svar, eller brukt det på feil måte i oppgaven.

Jeg har i denne oppgaven sittet alene både i forhold til transkribering men også i forhold til analyse av all tekst. Det er viktig at forskningspersonen er så tro som mulig mot det informantene sier. Når jeg har analysert teksten alene, har jeg heller ikke fått noen andre innspill på det som er kommet fram i teksten, og alt materiale er skrevet ut i fra hvordan jeg alene har forstått tekstene. Dette kan være en utfordring i forhold til den metoden jeg har valgt, da det i enkelte tilfeller kan bli en feiltolkning av materialet som blir fremlagt (Malterud, 2011). Jeg har derfor hele tiden jobbet mye med å gå tilbake i teksten og vært åpen for at det som kommer frem av intervjuene kanskje ikke har stemt overens med den forståelsen jeg i utgangspunktet hadde før jeg begynte med oppgaven.

### **3.5.1 Forskningsetiske utfordringer med metoden**

En del av de etiske utfordringene jeg møtte i arbeidet med denne kvalitative arbeidsmetoden var det å ivareta intervju personenes interesser og også integritet. Som intervjuer hadde jeg lagt opp til et intervju ved hjelp av en intervjuguide, noen som kunne ha ført til at jeg kunne styre intervjuet i den retning jeg selv ville. I følge Kvale og Brinkman (2010) er denne «monopol» posisjonen noe man må være oppmerksom på. Jeg hadde også et ønske om at intervjupersonene skulle snakke om de tingene de mente var viktig, ikke det de kanskje ville føle jeg mente var riktig. Derfor lot jeg informantene snakke fritt, og at jeg ikke var blind for å ta opp tråden hvis det var noe de nevnte som kunne være av interesse for min oppgave.

I slike prosjekt der forsker bruker seg selv som aktør tenker jeg det alltid vil være rom for at man feiltolker, ønske tolker eller lar være å ta med poeng som ikke stemmer overens med ens egen tanke om oppgaven og hvordan den skal bli. For min del har jeg gjennom hele oppgaven forsøkt så godt jeg kan å forsøke å bevare informantenes utspill og formulere dem på best mulig måte, slik at de i ettertid selv kan kjenne seg igjen i det de leser. Og selv om jeg aldri kan være 100% sikker på at jeg ikke har feiltolket svar eller situasjoner, så håper jeg at oppgaven ikke blir ugjenkjennelig for informantene når de leser den i ettertid.

### **3.5.2 Metodekritikk**

Ut i fra den forforståelsen jeg satt med før jeg begynte oppgaven kan valg av metode diskuteres, i forhold til at jeg ikke har hatt noen andre med meg når jeg har analysert tekstene fra intervjuene. Som Malterud (2011) sier er det alltid en mulighet for at en feiltolker materialet man jobber med. Ut i fra at jeg i utgangspunktet følte at det var lite fokus på tannhelse i helsesøsters hverdag ville dette være en kilde til at jeg kunne tolke teksten ut i fra mitt opprinnelige syn m temaet. På samme måte er min vitenskapsteoretiske forankring



knyttet til Gadamer og hermeneutikken. Den hermeneutiske sirkel ser jeg like raskt kan bli en inngangsport til det å drøfte det en selv synes passer inn, og faren for at man blir blind for det nye man oppdager i teksten er tilstede.

På tross at dette har jeg valgt å holde meg til denne metoden, og håper at analysen og drøftingen av teksten vil vise at jeg har forsøkt ikke la forforståelsen min styre resultatet, og at jeg dermed har kommet unna de største fallgruvene i den metoden jeg har valgt å bruke,

### **3.6 Transkriberingen**

Gjennom en omgjøring fra muntlig tale til en skrevet tekst vil man alltid komme til å fordreie noe på den aktuelle hendelsen (Malterud, 2011). Videre sier Malterud (2011) at det muntlige språket er mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket. Hvis vi skriver akkurat det som blir sagt vil det ikke si at vi nødvendigvis får et godt bilde av det som ble hørt. Korrekt avskrift av det som blir sagt under intervjuet kan virke usammenhengende og rotete på papiret. Videre sier hun også at man skal være oppmerksom på at man gjennom å tilstrebe mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale kan bli å latterliggjøre deltakernes ord og uttrykk i en samtale.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å transkribere alle mine intervju selv. For selv om jeg har fått med meningsinnholdet har jeg ikke hatt behov for å ta med alle ord og pauser som ble sagt og gjort under intervjuet. Jeg har bevisst skrevet intervjuene på bokmål for å få en bedre flyt i teksten, samtidig er dette med på å anonymisere mine kilder da de ikke vil bli avslørt på grunnlag av sin dialekt. Jeg har tatt vare på alle intervjuene i lydfil selv om de er transkriberte, slik at jeg kan gå tilbake å lytte på opptakene for bedre å kunne huske bildet av hvordan situasjonen under intervjuet var.

Transkriberingen ble gjort så raskt etter intervjuene som mulig, noe som også var med på å hjelpe meg i neste intervju. Jeg kunne gjennom transkriberingen og lyttingen på båndopptaket se svakheter og styrker i min egen prestasjon som intervjuer, og dermed forsøke å ta dette med videre til neste intervju.

Gjennom selv å transkribere materialet begynte jeg samtidig å spinne på neste prosess i oppgaven, nemlig analysen. Gjennom å lytte til det som ble sagt og formulere det skriftlig på papiret, følte jeg at jeg allerede kunne se likhetstrekk og like temaer i de ulike intervjuene jeg hadde gjennomført.

Denne måten å jobbe på førte meg så videre inn i den hermeneutiske tilnærmingen som også ble utgangspunktet for min vitenskapsteoretiske retning. Gjennom en hermeneutisk tilnærming har jeg jobbet med en tekst ut fra min forståelse av et fenomen, samtidig som jeg har vært åpen for at teksten har kunnet fortelle meg noe annet. Gjennom å jobbe med teksten ut i fra deler og helheter jobber en seg frem til et resultat som stadig kan være i endring ut i fra hvilket blikk som ser på teksten (Gadamer & Jordheim, 2003). Dette leder oss over i neste kapittel som omhandler mitt vitenskapsteoretiske perspektiv.

## 4 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Hvilken kunnskap er det jeg leter etter i denne studien? Og hvordan skal jeg finne frem til denne kunnskapen? Dette var spørsmål som var avgjørende for valget av vitenskapsteori og metodevalg.

For å komme frem til hvilket vitenskapelig perspektiv jeg skulle bruke i oppgaven, var det viktig å vite hva det var jeg var ute etter å finne. «*Forskning er praksis der vitenskapligkunnskap utvikles og systematiseres*» (Malterud, 2011:15). I en slik oppgave er det viktig at det en viser til er samlet inn og bearbeidet gjennom noe som samsvarer med den vitenskapelige kulturen som vi i dag kjenner og anerkjenner. Gjennom et forskningsprosjekt må en vise til de steg man tar og hvordan man har kommet frem til de svar eller konklusjoner som man legger til grunn for oppgaven, hvis ikke er det ikke noe som vil skille en slik oppgave fra en hvilken som helst annen fortelling eller historie (Malterud, 2011).

Gjennom planlegging av oppgaven, tanker i forkant, gjennomføring og gjennom funn av resultat har jeg gått mange runder frem og tilbake. Ut fra at jeg har intervjuet helsesøstre om hvordan de jobber med tannhelse hos barn er jeg på leten etter et svar gjennom blant annet å analysere den teksten som kommer av intervjuene. Jeg er på utkikk etter noe spesifikt, og jeg ønsker å forstå hvordan helsesøstre jobber med temaet og hva som er viktig for dem i dette arbeidet. På bakgrunn av det beveger jeg meg inn på Gadamer og inn i hermeneutikken og forståelsens filosofi.

Gadamer snakker om hermeneutikken som en spiral man jobber jeg gjennom. Spiralen går ikke nødvendigvis bare en vei, men frem og tilbake etter hva som viser seg i den teksten man jobber med. Ved å jobbe på denne måten vil en hele tiden kunne finne nye momenter som er

av betydning for det arbeidet man gjør, og som er med på å berike det svaret man er ute etter å finne (Gadamer & Jordheim, 2003).

Gjennom arbeidet med min oppgave har jeg gått frem og tilbake, tilbake og frem igjen. Del for del har jeg plukket bitene i intervjuene fra hverandre, for så sette de sammen for å kunne få en forståelse av en helhet. Alle delene er hver for seg viktige og sier noe om mitt tema, sammen viser de til en helhet som en ikke kunne vært foruten i en slik oppgave. Jeg har satt sammen biter som har vist meg at jeg må gå tilbake til den opprinnelige teksten for å kunne få hele innholdet med.

Jeg begynte med en tese og en problemstilling jeg ville finne ut av, mens jeg gjennom arbeidet oppdaget at det jeg hadde sett for meg ikke alltid samsvarte med det som var virkeligheten for helsesøstrene jeg intervjuet. Jeg måtte da gå tilbake i oppgaven og se på hva det jeg var ute etter å finne. For å få en forståelse av hvordan det er helsesøstrene jobber med tannhelse utviklet oppgaven seg gjennom den hermeneutiske sirkel.

«Forståelse er en virkningshistorisk prosess. Og det er den språklighet som tilkommer all forståelse, at den hermeneutiske hendelse staker ut sin kurs» (Gadamer & Jordheim, 2003:44).

Gjennom bruken av Gadamer vil jeg kunne vise hva som for helsesøstrene og meg er en sannhet. I følge Gadamer er det viktig at en er oppmerksom på at sannhet for en ikke nødvendigvis trenger å være en sannhet for en annen, da vi ser på verden ulikt, og har ulike opplevelser av hvordan den fungerer (Gadamer & Jordheim, 2003). Oppgaven min vil derfor ikke kunne ses på som et faktum av hvordan helsesøstre jobber med tannhelse, men vise til hvordan de utvalgte helsesøstrene kan representere et bilde av hvordan arbeidet med tannhelsen hos barn jobbes med og prioriteres.

Dette var elementer jeg tok med meg videre i oppgaven da jeg begynte å analysere tekstene som jeg hadde skrevet ned etter intervjuene.

## **5 Analyse etter Malteruds metode**

Etter gjennomførte intervjuer og transkribering satt jeg igjen med 44 sider tekst som skulle analyseres.

Jeg har valgt å bruke Kirsti Malteruds metode, Systematisk Tekstkondensering. Jeg har valgt å bruke metoden fordi Malteruds metode har en vei som for meg har vært lett og følge, noe som har gjort arbeidet med analysen mer forståelig for meg. Analysearbeidet går gjennom fire faser.

## 5.1 Tema

I første fase leter man etter temaer. Gjennom å lese intervjuetekstene fikk jeg en viss oversikt over materialet. Malterud sier at man skal lese gjennom stoffet med et fugleperspektiv og ut fra det tenke gjennom hva slags temaer som kan skimte seg i tekstene. Hun anbefaler også at man gjør dette med en annen forsker slik at man kan se med flere øyne på saken (Malterud, 2011). Jeg har ikke hatt noen andre som har lest gjennom intervjuene mine, men jeg har forsøkt så godt jeg kunne og lese tekstene slik de er, og ikke med tanke på hva som var utgangspunktet for min intervjuguide. Likevel var dette noe vanskelig siden svarene og temaene i teksten summer rundt mine opprinnelige spørsmål. Etter å ha lest tekstene la jeg alle fra meg og skrev ned de ordene jeg følte beskrev temaene som hadde vært oppe i løpet av intervjuene. Temaene har forandret seg noe underveis ettersom jeg leste gjennom tekstene flere ganger. Eksempel på det var at et av temaene fra begynnelsen var tannpleier. Dette forandret jeg til profesjon da dette omhandler både helsesøster og tannpleier. Til slutt endte jeg opp med 8 ulike temaer; **Foreldre, profesjon, støtte, dialog, sammenheng, ansvar og utfordringer.**

### 5.1.1 Fra meningsbærende enheter til koder

Neste trinn i analysen er å finne meningsbærende enheter. Malterud (2011) sier at en nå skal gå nærmere inn i materialet og finne setninger og tekst som bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene funnet i første steg av analysen. Disse setningene kan være korte eller lange, men man kan gjerne ta med for mye enn for lite. Jeg leste gjennom alle tekstene og «highlightet» alle setninger, utsagn eller tekstavsnitt som jeg syntes samsvarte med noen av de temaene jeg hadde funnet. Disse skrev jeg så ned i et eget dokument slik at jeg hadde en oversikt over enhetene alene.

Jeg lagde to kolonner i dokumentet slik at jeg etterpå kunne skrive inn de temaene jeg selv tenkte passet best til de ulike meningsbærende enhetene. Eksempel på en av de meningsbærende enhetene jeg fant er: «*Det kommer litt an på hvor foreldrene er og hva de*

*vil, det er det som er viktig, å være der de er.» Dette er noe jeg for eksempel tenker kommer inn under temaet foreldre.*

*Det ble også sagt om tannpleier « de er jo ekspertene på området, det er klart, vi kan en del, men de kan mye mer. Vi har jo også klare oppgaver i forhold til to-åringene med å se på tennene (...)» noe som kommer under temaene profesjon og ansvar.*

Samtidig som en merker de meningsbærende enhetene sier Malterud (2011) at en skal begynne å systematisere dem, altså legge dem inn under koder. Dette beskrives som skuffer i en kommode. De ulike skuffene skal inneholde ulike klesplagg. Med temaene fra første runde som veiviser skal en finne de setningene som passer best sammen for deretter å legge dem i samme skuff. Gjennom dette arbeidet kan man oppdage at de opprinnelige temaene kanskje er temaer som omhandler samme sak, og som derfor kan komme inn under en og samme kode (ibid).

Dette var for meg et tidskrevende arbeid med en del usikkerhet om hvor setningene hørte hjemme. Etter alle de meningsbærende enhetene var skrevet ned og lagt inn under tema, så jeg at flere av temaene gikk i hverandre og overlappet hverandre. Jeg måtte da gå tilbake og se hva som var felles med disse temaene og ut i fra det finne en felles kode. For eksempel syntes jeg at temaene støtte, dialog, foreldre og profesjon var temaer som ofte var knyttet sammen i de meningsbærende enhetene. Jeg ønsket å samle disse og opprettet derfor koden ”samarbeid” som jeg tenker er en passende beskrivelse for de ulike temaene. Samtidig dekker temaet profesjon også det arbeidet helsesøster gjør, så for å få dette fremhevet valgte jeg å lage en kode som heter ”helsefremming og forebygging”. Etter mye frem og tilbake ble jeg stående igjen med tre koder som jeg føler dekker mine tema: **Samarbeid, helsefremming og forebygging og utfordringer**. Etter at dette var gjort opprettet jeg et nytt dokument der jeg flyttet alle de ulike meningsbærende enhetene inn under de tre kodegruppene jeg var kommet frem til. En av kodegruppene ble veldig omfangsrik mens en annen ble liten. Dog følte jeg at de meningsbærende enhetene i den lille gruppen var vel så viktige som i den store, så jeg lot det stå slik jeg i utgangspunktet hadde planlagt.

## **5.2 Fra koder til mening**

Jeg satt nå med tre ulike kodegrupper. Arbeidet mitt ble så i følge Materud (2011) å rydde opp og sortere i de ulike kodene og finne subgrupper som igjen skal være utgangspunktet for

analysen. Disse subgruppene ser jeg på som ulike farger i de plaggene jeg har lagt i samme skuff når jeg lagde kodene. For eksempel kan en kodegruppe være en skuff med topper i kommoden, og subgruppene vil da kunne bli røde topper, grønne og så videre. En av mine koder var samarbeid. Inn under denne koden var det meningsbærende enheter som omhandlet samarbeid både i forhold til foreldre og tannhelsetjenesten. Jeg valgte derfor å lage to subgrupper til denne koden: **kontakt med tannhelsetjenesten og foreldresamarbeid.**

Etter dette arbeidet var gjort satt jeg igjen med et utgangspunkt for videre analyse hvor koder og subgrupper så slik ut:

Samarbeid	Helsefremming og forebygging	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"><li>• Relasjoner til foreldrene</li><li>• Kontakt med tannhelsetjenesten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Helhetlig tenkning</li><li>• Tidlig og tett kontakt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompetanse</li><li>• Innvandring</li></ul>

Etter at subgruppene er funnet sier Malterud (2011) at en skal sette seg ned å jobbe med de meningsbærende enhetene som ligger inn under de ulike gruppene. Ut i fra dem skal en lage det som hun kaller kondensat som er et kunstig sitat som tar utgangspunkt i de meningsbærende enhetene funnet i teksten. Dette kunstige sitatet vil bli mitt arbeidsnotat som jeg skal bruke som utgangspunktet for presentasjon i siste analysetrinn. Jeg har fulgt Malteruds råd om å bruke jeg-format i kondensatet slik at den minner meg på at dette er noe som deltakerne har sagt og at jeg dermed vil forsøke å være mest mulig tro mot deres utsagn. Kondensatet skal i følge Malterud (2011) ta utgangspunkt i en meningsbærende enhet som jeg føler er rikt og omfatter mye, og ut i fra det, bygge opp kondensatet med de andre meningsbærende enhetene jeg har. Gjennom kondenseringen var det noen meningsbærende enheter jeg lot være å ta med, og noen som jeg flyttet over i andre koder og subgrupper da jeg underveis følte de passet bedre inn i de andre gruppene. Som et eksempel har jeg tatt et utdrag fra kondenseringen jeg har skrevet i forhold til subgruppen: **relasjoner til foreldrene.**

Jeg tror tilgjengelighet er viktig, det samme er holdninger. Jeg må få foreldrene på banen, få de til å komme med hva som er viktig i forhold til barna og tannhelsen deres. Jeg mener det er viktig at vi tenker at det er foreldrene som styrer, det er til de vi må rette informasjonen når det kommer til de små barna, det er de som er nøkkelen i forhold til hva som blir gitt og hva som blir kjøpt inn. Klart, vi snakker jo aldri

moraliserende til foreldrene,... der er vi nok for snille.. Jeg tror ikke jeg snakker med noen pekefinger, jeg kommer med råd og tips. En god dialog står øverst på listen, det er viktigst.

På samme måte som denne har jeg gått gjennom alle de ulike subgruppene og kondensert de meningsbærende enhetene. Dette fører meg over til det fjerde trinnet i Malterus analysemetode.

### **5.2.1 Sammenfatningen, fra kondensering til beskrivelser og begreper**

I det siste og fjerde trinnet skal jeg sette sammen bitene av intervjuene som jeg i de forgående trinnene har plukket fra hverandre og studert. I følge Malterud (2011) skal denne sammenfatningen legges frem på en måte som bevarer lojaliteten til informantene samtidig som det skal gi leserne en innsikt og en tillit til tekstens funn.

Da jeg har jobbet ut i fra den hermeneutiske vitenskapsteorien er det også de hermeneutiske fortolkningsprinsippene som har ligget til grunn for min analyse. Analyseprosessen har for min del gått ut på å ha en kontinuerlig «frem og tilbakegang» i arbeidet med oppgaven. Gjennom å jobbe med delene hver for seg i teksten har de blitt samlet for å gi en helhet. Denne måten å jobbe på gir en «spiral» som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen i teksten (Kvale & Brinkmann, 2010).

Gjennom analysen ønsker forskere kanskje å komme frem til den «egentlige meningen» som informanten har kommet med. Men kan en egentlig det? Kan en vise til hva meningen med svaret egentlig var, eller vil det bli et fortolkningsspørsmål som er opp til leser å vurdere? Som forsker står en i fare for å kunne knytte svar i en intervjusituasjon opp mot «ekspert» uttalelser for bedre å kunne knytte sine egne meninger opp som en «sannhet» (Kvale & Brinkmann, 2010).

Som nevnt i forrige kapittel sier Gadamer kan sannhet være flere ting, og på samme måte kan vi heller ikke stadfeste «sannhet» som et konstant vesen. Sannhet kan i en samtale være sannheten for den som sier noe, noe som ikke trenger stemme overens med det som er sannhet for den personen som blir snakket til. Gjennom tidene har vitenskapen forsøkt å definere hva sannhet er, noe som hele tiden vil forandre seg etter hvert som vitenskapen beveger seg fremover (Gadamer & Jordheim, 2003). Altså kan ikke jeg gi et svar på hva sannhet er i mitt forskningsspørsmål, men jeg kan forsøke å få frem det som har vært viktig for de helsesøstre jeg har intervjuet. Jeg vil ikke kunne si at det er likt for alle helsesøstre i hele

Norge, eller verden, men jeg kan si at slik opplever disse helsesøstrene det og at dette er deres syn på saken slik jeg har tolket det.

For meg ble det gjennom denne oppgaven viktig å vise hvordan helsesøstrene selv mener at de jobber med oppgaven og hvordan de ivaretar dette området. Men samtidig ble det også etter hvert mer og mer viktig for meg og vise hvorfor akkurat helsesøstre har en viktig rolle i arbeidet med tannhelsen hos barn. For å kunne vise dette kan en ikke bare se på dagens situasjon, men man må gå litt tilbake i tid for å se noen sammenhenger.

## **6 Historiske tilbakeblikk**

### **6.1 Tannhelse gjennom tidene**

I 1914 vedtok Stortinget at det skulle satses på utbygging av den kommunale skoletannpleien. Skolebarn skulle nå få gratis tannpleie. I byer og tettsteder vokste skoletannpleien frem, tannhelsen ble bedre, men det var store forskjeller mellom distriktene og tettstedene. I 1950 kom folketannrøkta og frem til 1980-tallet fungerte dette i en kombinasjon med den kommunale skoletannpleien (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000). I 1984 ble skoletannpleien og den fylkeskommunale/folketannrøkta samlet, og Den Offentlige Tannhelsetjenesten slik vi kjenner den i dag ble til. Tenner og tannhelse hadde da allerede vært et satsningsområde i mange år. Store geografiske forskjeller og fordeling av tannleger i by og distrikt gjorde at tannhelsestatusen hos befolkningen hadde store variasjoner. Tannhelsen i Norge har de siste 30-40 årene blitt mye bedre, med stadig mindre karies hos barn, og mindre tannløshet hos den voksne befolkningen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). En stor årsak til dette er innføringen av fluortannkremen som kom 1970 tallet (Nyvad, 2003).

Dog kan en ikke bare gi fluortannkremen all ære for bedre tannhelse. I 1960- årene ble det opprettet et fluorskylle- og børsteprogram, der skolebarn ble «overvåket» ved børstning eller munnskylling. Studier viser at nedgangen først startet i Nord-Norge hos åtte til 11 åringer, allerede før fluortannkremen kom i fritt salg i 1970- årene. Flere barn deltok i programmene, og selv om Nord- Norge hadde den laveste tannlegedekningen i Norge, kan denne nedgangen i karies tyde på at tannlegene har vært godt motiverte til forebyggende tiltak (Birkeland, Haugejorden, von der Fehr, & Løkken, 2001).



På tross av år der fokus på bedre tannhelse har vært viktig, hvorfor er det da i dag fortsatt et tema som er viktig å ta opp?

I Norge hadde vi i perioden mellom 1997-2001 en økning av karies hos femåringer, samtidig ble det sett en nedgang på salg av fluortabletter. I 2003 har antallet kariesfrie femåringer økt samtidig som salg av fluortabletter økte i 1998. Det var ikke bare svingninger i fluorbruk som hadde en påvirkning på tannhelsen i denne perioden. Også økt salg av sukkerholdig drikke som brus økte kraftig i denne perioden. Fra 83,1 liter per person hvert år i 1996 til 90 liter i 2000 (Haugejorden & Magne Birkeland, 2005). I 2007 hadde forbruket av brus som inneholdt sukker gått ned til 67 liter per innbygger, men likevel ligger Norge blant de landene som har høyest forbruk i verden (Henriksen & Kolset, 2009). Dette er faktorer som påvirker tannhelsen blant barn og unge. Hvordan kan helsesøstre være med på å forhindre slike negative svingninger i befolkningen?

Ingvild Gjerstad hadde en artikkel i Aftenposten der det var sett på karies hos de mellom 20 og 30 år. Dette er en generasjon som har vokst opp med fluor i barndommen og som har vært lite plaget med hull. Det er også en generasjon som velger bort regelmessige tannlegebesøk, og som også ofte har karies når de oppsøker tannlegen. En av årsakene til dette kan i følge Morten Rolstad være at mange slår seg til ro dersom de ikke har hatt hull i skoletiden og tenker de heller ikke vil få det i voksen alder. Dette satt sammen med at mange er i en del av livet der flytting, studier og økonomiske årsaker gjør at tannlegebesøk nedprioriteres (Gjerstad, 2011). Så hva kan gjøres for at fremtidige unge voksne skal se viktigheten i et godt kosthold og tannpuss, både for seg selv, men også for deres barn? Hva er det helsesøster kan bidra med i forhold til å fremme tannhelsen hos barn, unge og også senere de voksne?

Helt fra barna er små er det viktig at de voksne tar i et tak for å sikre en god tannhelse. Allerede fra første tann er det viktig at en innfører gode rutiner for tannpuss og også gode matvaner, som begrenset konsum av sukker og søte mellommåltider. Det er viktig å legge et grunnlag for gode vaner da god helseatferd dannes allerede i barndommen. Gode pusseteknikker og oppfølging er viktig også etter hvert som barna blir eldre. Daglig tannpuss gjennomført av foreldrene er viktig. Selv når barna blir eldre, 6-12 år, er det viktig at foreldrene følger med når barna pusser tennene. Etter at barn fyller 12 år ser man en nedgang i oppmøte til tannlege. Om dette kommer av at de er redde, eller at oppfølgingen hjemmefra ikke lengre er like tett, er usikkert. Derfor er det viktig at man allerede før den tid har lagt til grunne gode vaner, slik at også barn i denne alderen vet hvorfor man bør opprettholde gode

«tannvaner», være seg pussing av tenner, lite inntak av brus og søtsaker eller det å møte opp hos tannlegen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

I en studie gjennomført i Oslo, tok man for seg hvilke kunnskaper 12- åringene hadde om tannhelse. Studien viste at de trenger mer kunnskap om hvordan man skal opprettholde en god tannhelse, og hvordan man forebygger karies (Rebne & Wang, 2010). Hvordan kan man da sikre at disse i fremtiden vil ta godt vare på deres barns tannhelse? God helseatferd dannes i løpet av de første leveår (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000), og derfor blir helsesøsters arbeid med barn og deres tannhelse en nøkkel i dette arbeidet. For å kunne forebygge karies i voksen alder, må man tidlig lære hvorfor god tannhelse er viktig og hvordan man opprettholder det.

## **6.2 Historisk tillit til helsesøster**

Helsesøsters historie strekker seg helt tilbake til 1870- årene, dog den først ble formalisert i 1947 da den første utdanningen ble startet opp. I første omgang var det bare én skole som utdannet helsesøstre, og i 1957 ble det besluttet at det skulle bli en offentlig helsesøstertjeneste i hele landet. Den største oppgaven helsesøster hadde i den første tiden var å informere og lære opp folket i forhold til medisinsk kunnskap. Informasjonsarbeidet var i hovedsak rettet mot alle aldersgrupper, men særlig mot spedbarn, småbarn, skolebarn og de som skulle bli mødre (Andrews & Wærness, 2004).

På slutten av 1800- tallet og begynnelsen av 1900- tallet var det frivillige organisasjoner som sto for det folkehelsearbeidet som det offentlige ikke ville dekke. De frivillige organisasjonene var viktige aktører i utviklingen av tilbud der den offentlige forvaltningen ikke prioriterte det (Hamran, 2006). For eksempel med oppstart av sykepleierutdanning og helsesøstertjenesten. En av disse frivillige organisasjonene var Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) som ble stiftet i 1896. Dette var den første landsomfattende frivillige organisasjon i Norge som omfattet arbeid med helse- og sosialfaglige områder. Formålet for NKS var å jobbe for en bedre folkehelse. Dette gjorde de blant annet gjennom å utdanne sykepleiere og spre kunnskap om folkesykdommer som for eksempel tuberkulose. De hadde også en viktig rolle i oppbyggingen av helsestasjonene rundt om i Norge. I begynnelsen var tilbudet «spedbarnsklinikk og melkekjøkken» med målgruppen mødre som ikke ammet. Etter hvert endret de navnet til «kontrollstasjon for mødre og barn» før navnet «helsestasjon» som vi kjenner i dag ble tatt i bruk. I 1935 drev NKS 40 kontrollstasjoner rundt om i landet, og de

drev rundt halvparten av stasjonene i Norge fram til det offentlige overtok (Glavin & Kvarme, 2003).

Begrepet «helsesøster» ble første gang tatt i bruk i 1925, da det ble beskrevet i «Menighetssøsterbladet». Menighetssøstrene var diakonisser som var de første utdannede helsearbeiderne i Norge. Disse hadde mange og varierte oppgaver. Fra å stelle syke og døende til å drive folkehelsearbeid gjennom opplysning om hygiene og hjelp til de som hadde behov for det. Menighetssøstrene jobbet i distriktet og var ofte langt unna lege slik at de måtte stole på sine egne avgjørelser (Elstad, 2006). Denne tilstedeværelsen i befolkningen skapte tette bånd og stor tiltro da det ofte var menighetssøstrene som var til stede og ikke legen. Deres arbeid besto ofte av kombinerte stillinger som for eksempel at hun arbeidet på sykestuen, utførte avlusning, undersøkte skolebarn, stelte syke og fungerte som assistent for legen. Hun reiste rundt i distriktet og hadde oversikt over befolkningens helsetilstand (Glavin & Kvarme, 2003).

Det var i utgangspunktet de offentlige legene som hadde ansvaret for det forebyggende helsearbeidet, men de hadde mange andre oppgaver, og de kurative oppgavene ble ofte prioritert fremfor forebyggende arbeid. Distriktslegene hadde derfor behov for en medhjelper og dette var pådriveren til å starte opp med en utdanning av helsesøstre. Etter hvert som man fikk mer kunnskap om hvordan man kunne forebygge infeksjonssykdommer økte også behovet for å kunne formidle dette til befolkningen slik at de selv kunne være med på forebyggingen. De frivillige organisasjonene var også her en viktig faktor for utdanningen av helsesøstre, fra uker med kurs, til en treårig utdanning og i 1947 åpnet den første helsesøsterskolen i Norge (ibid).

Helsesøster skulle ta opp temaer som kosthold, barnestell og hygiene, men den største utfordringen var forebygging av infeksjonssykdommer. I første omgang var dette særlig tuberkulose og kopper og senere også polyomyelitt. Helsesøstrene skulle vaksinere hele befolkningen, de skulle tuberkulintestes og skjermbildefotograferes. For helsesøstrene var også helsekontroller av spedbarn sett på som svært viktig og det samme var tilbudet om hjemmebesøk til nybakte foreldre og deres barn. Likevel var det ikke før i 1957 at det kom et vedtak om hva helsesøstertjenesten skulle inneholde. Opp gjennom årene var det flere forandringer som virket inn på helsesøsters arbeidsområder og ikke før i 1994 fikk alle barn lovfestet rett til helseundersøkelser (Andrews & Wærness, 2004).

Helsesøstertjenesten har hele tiden vært under utvikling. Da et «velfødt» barn var fokuset på 70-80 tallet, har trenden beveget seg over til at en i dag tar like mye hensyn til foreldrene og hvilke behov de har for å kunne yte det beste for sine barn og familien (Andrews, 2006). Etter 1990- tallet har fokuset på sykdom beveget seg over på det helsefremmende i helsesøstertjenesten. Før den tid var helsesøster en som gav «ekspert» uttalelser, og som på mange måter fungerte som en «husdoktor» for barna og familiene. I dag har trenden beveget seg mot at helsesøster skal oppmuntre foreldrene til å bli «uavhengige» og å selv komme frem til svarene gjennom veiledning mer enn rådgøring (Andrews, 1999).

Helsesøstrene har hatt utfordringer med å finne måter å opptre på ovenfor befolkningen som viser en myndighet samtidig som den skulle vekke tillitt (Andrews & Wærness, 2004). I dag er helsesøstertjenesten et lavterskeltilbud for alle familier, og helsesøster har nærmere 100% oppslutning i møtet med foreldre og barn (Clancy & Svensson, 2010).

Helsesøstertjenesten er et tilbud til alle familier, barn og ungdom. Hit kommer både unge nybakte mødre, enslige, flergangsfødende, norske foreldre og innvandrere. Alle får det samme tilbudet og de fleste benytter seg av det, selv om de har barn fra tidligere. Til helsesøster kommer det både folk med høy sosialstatus og god utdanning og foreldre som ikke har utdanning. Felles for dem alle er at de vender seg til helsesøster for råd og veiledning i forhold til barna sine. Være seg amming, påkledning når man skal ut eller sykdom (Andrews, 1999). Helsesøstertilbudet strekker seg fra første møte ved hjemmebesøk, gjennom helsestasjon, skolehelsetjenesten og som tilbud til ungdom gjennom helsestasjon for ungdom (Andrews, 2006). Dette viser at helsesøster møter mange mennesker som de på en eller annen måte vil kunne veilede, gi råd til eller snakke med, og på den måte ha en stor innflytelse hos. Helsesøstertjenesten og det tilbudet som blir gitt har på mange måter blitt sett på som ryggraden i det norske velferdssamfunnet, gjennom et gratis tilbud til alle familier og barn i forhold til råd og veiledning, oppfølging og vaksinerings (ibid).

Gjennom historien har helsesøster vært med familier, barn, unge og gamle. Hun har opparbeidet seg en tillit i befolkningen både på grunn av nærheten til den enkelte og det arbeidet hun har gjort for familier og hele befolkningen. Dette viser noe om hvorfor helsesøster er anerkjent blant foreldrene og barna, og gir kanskje også en forklaring på hvorfor brukerne er mer fornøyd med mengden informasjon gitt og tid brukt hos helsesøster sammenlignet med konsultasjon hos legen (Clancy, 2012).

Dette er viktige momenter som viser til hvorfor helsesøster kan være og er en viktig aktør i forhold til arbeidet med tannhelsen hos barn og unge.

Videre vil jeg gi et lite innblikk på hvordan helsesøsters arbeid fortøner seg i dag med tanke på hennes arbeid som helsefremmer og en som skal forebygge sykdom.. Dette er kun en kort introduksjon, som ikke går veldig i dybden av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, men samtidig en liten innføring som jeg mener blir viktig forhold til å kunne se sammenhenger når jeg skal begynne å drøfte mine funn i oppgaven.

## **7 «Helsefremmeren og forebyggeren»**

Hva vil det si å være en «helsefremmer» og forebygger? I motsetning til å jobbe mot sykdom, skal helsesøster jobbe mot en god helse. I en artikkel fra 2010 blir dette tatt opp i forhold til hvordan sykepleiere skal jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende. Ved helsefremming skal folk flest utdannes til å kunne ta ansvar for seg selv, og å gjøre det som fremmer en god helse for dem. Helsesøstre i Norge ser på helsefremming som en forlengelse av sykdomsforebygging, og de mener at det er en utydelig linje mellom forskjellene på helsefremming og forebygging (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

Helsefremmende- og forebyggende tiltak og arbeid er to faktorer som hver for seg ser ulike ut, men satt sammen er de to faktorer som spiller en stor rolle i helsesøsters arbeid. For mens helsefremmende tiltak går ut på å forbedre forholdene i samfunnet ved å øke de faktorene som gir god helse, skal de forebyggende tiltakene forhindre at sykdom eller skade oppstår. Gjennom forebyggende arbeid baseres tiltakene på kjent kunnskap som benyttes til å avdekke ulike risikofaktorer. Deretter iverksettes de for å forhindre at andre får samme type skade eller sykdom. Hovedfokuset for helsefremmende arbeid er at man iverksetter tiltak uavhengig av sannsynligheten for skade eller sykdom (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Gjennom sin posisjon i samfunnet blir den helsefremmende og forebyggende virksomheten til helsesøster veldig viktig. Hun vil i løpet av sitt møte med foreldre og barn kunne drive med både helseopplysning, veiledning og rådgivning. Gjennom helseopplysning skal helsesøster gi den enkelte et kunnskapsgrunnlag som skal være nok til at de skal kunne ivareta sin egen helse. Veiledningen går ut på en pedagogisk prosess som skal legge til rette for at den som blir veiledet skal kunne oppdage hva de selv kan, og på den måten lære hva de bør bringe

videre for best mulig å kunne ta vare på sin egen og barnas helse. En slik veiledning kan både inneholde informasjon og rådgivning. Rådgivningen skal gis på bakgrunn av helsesøsters helsefaglige bakgrunn og på en måte som viser til dokumentert kunnskap, ikke på synsing (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Slik vil helsesøster jobbe på en måte som gjør at de som kommer til for eksempel helsestasjon best mulig skal kunne bruke sin egen kunnskap i arbeidet mot en bedre helse.

Helsestasjonsvirksomheten har som formål å forebygge medfødte og ervervede sykdommer. Herunder kommer også tannhelsen med tanke på tannsykdommer og karies. Derfor er det viktig at de har et godt samarbeid med Den Offentlige Tannhelsetjenesten da de gjennom et slikt samarbeid kan forebygge tannsykdommer hos barn (Helsedirektoratet, 2000). I veilederen legges det vekt på at egenomsorg er viktig, og at den enkelte i størst mulig grad skal kunne ivareta sin egen tannhelse (ibid). Ut i fra dette ser jeg at helsesøster har en viktig rolle i forhold til veiledning og forebygging. Samtidig skal de kunne gjøre målrettede undersøkelser for å avdekke om det foreligger risikofaktorer som gjør at barn bør henvises videre til Den Offentlige Tannhelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Helsesøsters arbeid ligger inn under folkehelsearbeid og folkehelseloven. Folkehelsearbeid omfatter blant annet hvordan samfunnets innsats påvirker de faktorer som fremmer helse og trivsel, direkte eller indirekte (Sosial- og Helsedirektoratet, 2011). Gjennom lov har kommunene et ansvar for å fremme folks helse.

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning (§3-3, Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011).

Her kommer blant annet helsesøster inn. Helsestasjon og helsesøster er i Norge et lavterskeltilbud. Dette er et tilbud der helsesøster møter barn, unge og foreldre, og som har nærmere 100% oppslutning. På bakgrunn av dette står helsesøster i en unik posisjon til å fremme helse og forbygge sykdom, og hun blir derfor en bidragsyter i hverdagsstøtten til de fleste foreldre og barn (Clancy & Svensson, 2010).

Helsesøsters oppgave er å ta for seg dagliglivets kompleksitet. Hun ser på helheten hos barna og familien, og jobber ikke kun ut i fra å se på problemene og vanskene i hverdagen. Helsesøster jobber ut i fra et helhetlig syn, der helsefremming er like viktig som å oppdage sykdom (Clancy, 2012).

I løpet av en konsultasjon skal helsesøster se på utvikling, samspill og helse hos barnet. Inn under dette kommer blant annet kosthold og tannhelse. Ved toårskontrollen skal helsesøster gjøre en detaljert anamnese av barnas tenner. Rutiner, risikofaktorer og samspill spiller her en viktig rolle. Om nødvendig skal hun også henvise barnet videre til Den Offentlige Tannhelsetjenesten før fylte tre år (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

I en veileder fra helsedirektoratet er det lagt spesielt vekt på at forebygging av karies i aldersgruppen null til tre år er viktig da god helseatferd dannes i denne perioden. Gjennom et tett samarbeid og god veiledning av foreldre kan helsesøster avverge at det dannes karies, og samtidig oppdage eventuelle tannskader for så å henvise videre til tannhelsetjenesten. Dette stiller også et krav til det samarbeidet som skal være mellom helsestasjon og Den Offentlige Tannhelsetjenesten. Gjennom å ha et godt tverrfaglig samarbeid kan man sikre god kvalitet på tannhelsearbeidet. Ved bruk av de ulike kompetansene vil det kunne stimulere til en positiv utvikling i forebyggingen av karies (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Med dette som bakgrunn går vi nå videre over til sammenfatningen av min oppgave.

## **8 Sammenfatning**

### **8.1 Samarbeid**

Gjennom samtalene med informantene kom det tydelig frem at arbeid med tannhelse hos barn var noe de så på som viktig. For å kunne jobbe med dette kommer det frem at helsesøster har noen medspillere som har stor betydning i forhold til arbeidet med dette området, foreldre og tannhelsetjenesten. Som vist tidligere var relasjoner til foreldre og kontakt med tannhelsetjenesten en to av de fem sub-gruppene som jeg fant i mitt arbeid. Jeg velger derfor å dele disse to gruppene hver for seg i den kommende sammenfatningen av mine funn.

### **8.2 Relasjoner til foreldrene**

Helsesøster jobber tett opp mot foreldre og barn. Hos helsesøster blir det ofte tatt opp dagligdagse situasjoner hvor foreldre har behov for støtte eller veiledning. Det blir et nært samarbeid der konsultasjonene kan bære preg av latter og spøk uten at det går utover det

arbeidet helsesøster gjør. Det er en fin linje mellom det å være privat og profesjonell som er vesentlig i helsesøsters arbeid. Ved at foreldre har et nært kjennskap til helsesøster og den jobben hun utfører dannes det trygge grenser som gjør at foreldrene kan være åpne og ærlige ovenfor helsesøster. Dette forholdet mellom helsesøster og foreldrene er med på å gi et grunnlag for en allianse der barnet sitter i førersete, og at deres velferd er førsteprioritet (Clancy, 2012).

### **8.2.1 Dialog og ærlighet**

Flere av helsesøstrene jeg snakket med poengterte viktigheten av å ha et godt samarbeid til foreldrene. De var enige om at det å skape en god dialog var av stor betydning for det videre «samarbeidet» som man skal ha i løpet av årene. Gjennom en god dialog var det lettere for helsesøstrene å komme inn med gode råd og veiledning i forhold til blant annet tannhelse. De følte at foreldrene på den måten kunne være mer åpne og ærlig i forhold til hvordan det sto til med for eksempel tannpuss og kosthold. Samtlige av helsesøstrene var enige i at de fleste foreldrene har god kunnskap når det kommer til tannhygiene og at de fleste vil det beste for sine barn, men at det ikke alltid er like lett å gjennomføre «teorien i praksis». Helsesøster poengterer at hun ofte møter foreldrene i en tid da de er veldig mottakelige. Foreldrene vil det beste for sine barn og de møter da helsesøster i en tid der de gjerne tar i mot gode råd og veiledning. Dette ble sett på som en fordel i samarbeidet mellom dem, da barnets beste var det som ble prioritert i veiledningen.

Samtidig snakker helsesøster om det å være tilgjengelig. De forteller at de kan få telefoner fra foreldrene hvis barnet for eksempel har falt og slått tennene med spørsmål om hva de skal gjøre. På samme måte var det flere som kunne fortelle om tannlegebesøk de hadde vært på når de kom på konsultasjon. At foreldrene var åpne og at de fortalte hva som hadde skjedd, så helsesøstrene på som en styrke. På den måten ble samarbeidet styrket og helsesøster følte i flere tilfeller at dette var med på å styrke den dialogen de forsøker å bygge. For helsesøstrene var det av stor interesse å få foreldrene på banen i forhold en god tannhelse. Det var som en av helsesøstrene sa:

Jeg må få foreldrene på banen, få de til å komme med hva som er viktig i forhold til barna og tannhelsen deres. Jeg tenker at det er viktig at vi vet at det er foreldrene som styrer, det er til dem vi må rette informasjon når det kommer til de små barna. Det er de som er nøkkelen i forhold til hva som blir gitt og til hva som blir kjøpt inn av mat og drikke.



Slik jeg ser på det, er dette med på å illustrere det samarbeidet og dialogen en helsesøster er avhengig av å ha med foreldrene. Både i forhold til tannhelsen hos et barn, og til helsen generelt.

### **8.2.2 Råd og veiledning**

Det er lite en helsesøster kan gå inn å gjøre hvis hun ikke har foreldrene med seg på laget. Helsesøstrene poengterte at de ikke ønsker å overkjøre foreldrene på noen måte, men at de sammen kan ha en tone seg i mellom som fremmer et godt samarbeid som begge parter har nytte av og som vil gange barnet på en god måte. De påpekte at de etter hvert som de hadde hatt flere konsultasjoner ble kjent med både foreldrene og barna. På den måten ville de også kunne vite hvor skoen trykket og dermed kunne de ta opp det som opptok foreldrene der og da i de ulike konsultasjonene. For dem var en del av jobben å være der foreldrene var, for som flere sa kan man ikke som helsesøstret tvinge foreldrene til noe. Ingen av helsesøstrene følte at de snakket moraliserende til foreldrene, men at de kom med råd og tips som foreldrene kunne ta med seg videre. En helsesøster sa det slik:

Jeg snakker aldri moraliserende til foreldrene... Der er jeg nok for snill... Jeg er ikke framme og snakker med «pekefingeren», jeg kommer med råd og tips.

Dette er med på å vise at gjennom sitt arbeid med foreldre og barn sitter helsesøster i en posisjon der hun selv mener en god dialog og et godt samarbeid er like viktig, om ikke viktigere, enn det å komme med belærende ord. Gjennom en slik bevisst holdning er helsesøster med på å skape kunnskap og handlingskraft hos foreldrene. Helsesøster gir foreldre ansvaret for barnas tannhelse, samtidig som hun kan komme med råd og veiledning hvis det skulle være noen spørsmål som oppstår. Helsesøster veier for og i mot i forhold til hvordan hun skal gripe an en sak. Det er viktig for henne at hun ikke skaper en avstand mellom seg og foreldrene. Helsesøstre forsøker å tilrettelegge den informasjon de gir ut, der en tar hensyn til de ulike familiene og de ulike behovene de har for informasjon og rådgivning (Andrews, 2006).

I en barnehage i Oslo var det gjort en spørreundersøkelse der foreldrene blant annet ble spurt om hvor de fikk informasjon om barnas tannhelse. 63% av de spurte svarte at de fikk informasjon på helsestasjon (Næss et al., 2014). Dette viser at helsestasjon er en arena som brukes som informasjonskanal i forhold til tannhelse, men det viser også at den kanskje ikke

brukes godt nok. Hele 43% av de spurte hadde fått informasjon fra internett, 28% fra venner eller familie (ibid).

Helsesøstre møter ulike familier, mange i ulike livssituasjoner og på ulike plasser i livet, både de som har født flere ganger, og de som er førstegangsfødene. På tross av dette viser det seg at de fleste foreldre har behov for rådgivning og støtte på en eller annen måte. Og selv om foreldrene i dag sitter på kompetanse, og måter å finne svar på spørsmål letter enn tidligere, er det fortsatt mange som vender seg til helsesøster for veiledning (Andrews, 1999).

### **8.2.3 Å fremme foreldrenes kompetanse**

Gjennom et godt samarbeid med foreldrene er helsesøster med på å fremme en god tannhelse hos barna. SMÅTANN- prosjektet setter også søkelyset på dette. De ser på forholdene til de bakenforliggende årsakene til kariesutvikling hos barn, som foreldrenes holdninger til kosthold, ettergivenhet og oralhygiene. Gjennom studiet fikk de sett på forekomsten av karies hos vestlige og ikke- vestlige barn, og de gjennomførte en rekke dybdeintervjuer med foreldrene. Det de så var at ulike foreldreholdninger påvirker barnas oralhygiene i stor grad (M. S. Skeie et al., 2011). Derfor er helsesøsters samarbeid med foreldrene veldig viktig. Helsesøster møter nesten 100% av barn og deres foreldre/foresatte i løpet av barnas første leveår (Clancy & Svensson, 2010), noe som gjør at hun kan snakke om tannhelse lenge før Den Offentlige Tannhelsetjenesten kommer inn i bildet. Helsesøster vil dermed stå i en posisjon der hennes observasjoner og hennes kunnskap vil være til nytte i forebyggingen av karies hos små barn.

Helsesøster jobber med folkehelsearbeid, og inn under dette kommer det fem ulike perspektiver som hun bør ta hensyn til når hun har en konsultasjon. Helsesøster skal gjennom sitt folkehelsearbeid sørge for at foreldre og barn skal kunne ta i bruk og utvikle sine egne evner slik at de best mulig skal kunne ivareta sin egen helse. Hun skal vise at det er et samarbeid mellom de ulike offentlige tilbudene i kommunene, for eksempel tannhelsetjenesten, og hun skal ta hensyn til de enkeltes ønsker og behov for utformingen av de helsetjenester som gis. Helsesøster skal vite at helsefremming og forebygging bør fremheves fordi det krever mindre ressurser enn det vil kreve å sette i gang tiltak på et senere tidspunkt. Hun skal også gjennom sitt samarbeid med foreldrene kunne gripe tak i og trekke frem den eksisterende kunnskapen de sitter inne med for å kunne veilede og oppmuntre til å bygge opp kompetanse og kunnskap der den mangler (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Helsesøstrene jeg har intervjuet jobber på en slik måte. De var enige om at et tett og godt

samarbeid med foreldrene var viktig for å kunne gripe tak i spørsmål og eventuelt problemer. De ville ikke snakke moraliserende til foreldrene, men få de til å se at det var de selv som var nøkkelen til en god tannhelse hos barna. Det er foreldrene som bestemmer. Helsesøstrene jobbet ut fra et syn der de skulle støtte opp om og veilede foreldrene slik at tannhelsen hos barna ble ivaretatt på best mulig måte.

Gjennom et slik helsefremmende perspektiv vil også helsesøster kunne gi informasjon til alle foreldre og barn hun har inntatt, ikke bare fokusere på «risikopasienter». Ved kun å fokusere på disse «risikopasientene», vil en fort kunne miste synet av majoriteten, og dermed også miste oversikten over hvordan foreldre ivaretar tannhelsen hos de enkelte barna. I slike tilfeller kan også karies oppstå hos de som ikke ligger inn under en «risiko» kategori. Derfor bør forebyggende og helsefremmende tiltak rettes mot alle individer (Espelid & Skeie, 2003).

Helsesøstrene jeg intervjuet var opptatte av at de ikke skulle overkjøre foreldrene. De syntes foreldrene selv måtte komme på banen for å ta opp det de syntes var riktig i forhold til tannhelsen hos barna. Samtidig mente samtlige av helsesøstrene at foreldrene/ de foresatte satt inne med stor kunnskap i forhold til tannhelse. Helsesøster jobber på en måte der hun ser at hver enkelt familie er unik, og at de har behov for ulike tilnærming og veiledning. Hun bygger opp en relasjon basert på kunnskap og erfaringer, der hun lar foreldrene vise hva de synes er rett for dem og deres barn. På denne måten opplever ikke helsesøster at hun «kjører over» noen med informasjon om hvordan ting bør og skal gjøres. En slik arbeidsmetode er viktig samtidig som helsesøster ikke før bli for «vag» i sine råd, slik at hun undergraver sin egen utdanning og teoretiske kunnskap (Andrews, 2006). For å få et godt samarbeid og en tillitt hos foreldrene må helsesøster være lydhør ovenfor foreldrenes temaer, men hun må også stå for de anbefalinger og rettledninger hun kommer med gjennom å legge vekt på sin utdanning og teoretiske kunnskap (ibid).

Helsesøster må få frem kunnskapen foreldrene innehar, og bygge opp under denne med den teoretiske kunnskapen hun selv sitter med. Slik vil foreldrene kunne få en enda bedre forståelse av hvorfor tannhelse er noe man bør være opptatt av, og hvordan man skal kunne opprettholde en god tannhelse. Ved å jobbe på en slik måte vil et samarbeid mellom helsesøster og foreldrene være med på å fremme tannhelsen hos barna, ikke bare i alderen null til tre år, men også i årene fremover.

### **8.3 Kontakt med tannhelsetjenesten**

Helsesøstrene hadde en formalisert avtale med Den Offentlige Tannhelsetjenesten. jfr. veiledningsserien 1:1999 fra statens helsetilsyn, der det står at det er viktig med et godt samarbeid med Den Offentlige Tannhelsetjenesten slik at en kan forebygge tannsykdommer hos barn (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000). I veilederen fra Sosial- og Helsedirektoratet står det ikke at avtalen skal være skriftlig, men at det anbefales slik at den alltid vil være der uavhengig av personene som jobber med den. Et skriftlig samarbeid vil være med på å øke synligheten og forpliktelsene som ligger i samarbeidet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

#### **8.3.1 Samarbeidsavtale**

Selv om det foreligger en eller annen form for skriftlig avtale med DOT, var denne avtalen utformet på ulike måter. Dette førte også til at de ulike kommunene hadde noe ulik samarbeidsmåte. Det som var felles for samtlige av helsesøstrene var at alle satte pris på denne formelle avtalen. Den var med på å gjøre avtalene mer bindende og den ble på ingen måte personavhengig. Samtidig opplevde de at årlige samarbeidsmøter gjorde det lettere å ta kontakt ellers hvis det var noe de lurte på. De faste møtene er i følge helsesøstrene med på å fremme samarbeidet ellers i året også. Flere syntes det var lettere å ta kontakt utenom de oppsatte møtene hvis det var noe de lurte på, og de opplevde at tannpleier var positiv til denne måten å jobbe på. For helsesøstrene var det viktig at de ikke skulle føle at det var vanskelig å ta kontakt hvis det var noe de lurte på, samtidig ønsket de at det skulle være lett å kunne henvise barn videre til DOT hvis det var noe de var usikre på.

Det tette og formaliserte samarbeidet gjorde at ingen av helsesøstrene syntes det var noe problem å ta en telefon til tannpleiere når de ble usikre, og de hadde også inntrykk av at tannpleier satte pris på at de henviste barn til tannpleier i tilfeller de selv var usikre. Helsesøstrene mente at det tette samarbeidet var en berikelse både for dem og for tannpleier, og at de kunne utfylle hverandre i det helsefremmende- og forebyggende arbeidet som blir gjort. En helsesøster sa dette om samarbeidet:

De (tannhelsetjenesten) er jo også litt avhengige av at vi gjør en god jobb, de treffer jo ikke barna før de er tre år gamle, og det er jo mye som må gjøres før den tid for å sikre en god tannhelse.

Siden oppmøte hos helsesøster i Norge er opp mot 100%, møter helsesøster de fleste barn og foreldre helt fra barnet er født (Clancy & Svensson, 2010). Gjennom konsultasjonene helsesøster gjennomfører vil hun kunne fange opp om det er barn som har behov for ekstra oppfølging fra DOT før fylte tre år (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Samtidig vil hun også

kunne bygge på foreldrenes kunnskap slik at gode rutiner i forhold til tannhelse dannes, da grunnlaget for god helseatferd dannes i løpet av barnets første leveår (ibid).

### **8.3.2 Tverrfaglighet**

Helsesøsters innflytelse og samarbeid med foreldrene blir derfor en stor del av denne perioden. Samtidig vil et godt samarbeid og bruk av kompetanse fra både helsesøster og tannpleier være med på å stimulere en positiv utvikling i forhold til forebygging av karies. Det er viktig at samarbeidet ikke går ut på at tannhelsetjenestens oppgave blir å «sjekke» om for eksempel helsesøster gjør sitt arbeid riktig, men at man gjennom gode samarbeidsrutiner jobber for at barn skal få den oppfølgingen de har krav på. Være seg for eksempel gode henvisningsrutiner, fungere som en ekstra ressurs og å gi god opplæring (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Flere av helsesøstrene hadde lært mye av tannpleierne i løpet av årene de hadde samarbeidet med tannpleier. Dette var med på at de følte seg mer sikker hvis det dukket opp spørsmål om tannhelse i en konsultasjon. Samtidig gjorde dette at de ble opptatt av tenner i større grad enn tidligere, og de følte at tenner hadde en naturlig og viktig posisjon i konsultasjonene.

Noen av helsesøstrene hadde faste konsultasjoner der tannpleier var inne med dem. Dette så de på som veldig positivt, både for dem og for foreldrene. Det at tannpleier var inne på konsultasjonene gjorde også at foreldrene i forkant kunne tenke mer gjennom spørsmål på forhånd hvis det var noe de lurte på i forhold til tannhelsen til barna. Selv om helsesøstrene følte de hadde grei kunnskap i forhold til tenner og tannhelse, var de enige i at kompetansen ikke var like høy som hos en tannpleier. Andre hadde tidligere hatt tannpleier med seg på spedbarnskonsultasjoner, noe som i dag ikke lenger er praksis. Denne måten å samarbeide på var savnet, da de i likhet med de andre helsesøstrene hadde sett at det ble et større fokus på tenner når tannpleier deltok aktivt i enkelte situasjoner. Samtidig ble dette sett på en måte å fremme tannhelsen på en enda mer synlig måte.

Samarbeidet mellom de ulike etatene ble også fremmet på en god måte, som igjen ble sett på som en stor brikke i det forebyggende og helsefremmende arbeidet som ble gjort i kommunen. Helsesøstrene følte at konsultasjonene ofte ble mer «levende» når det var flere faggrupper til stede, og de hadde fått tilbakemelding fra foreldrene at dette var sett på som noe veldig positivt. Det å vise frem samarbeidet var med på å rette fokuset mot et godt forebyggende og helsefremmende tilbud.

Helsesøstrene var enige i at et samarbeid med DOT var med på at de selv også ble mer fokusert på at tannhelsen hos barna. Gjennom møter og samtaler ble de ofte oppdatert på det siste innen tannhelse, noe som ble sett på en styrke i en hverdag hvor de selv ikke alltid fikk tid til å oppdatere seg på temaet. Samarbeidsavtalene gikk både ut på rådgivning og veiledning, noe som var med på å øke kunnskapen og fokuset til helsesøstrene.

Gjennom et tverrfaglig samarbeid vil en kunne utnytte den samlede kompetansen optimalt. Dette ved at en på tvers av faggruppene kan utvikle et felles kunnskapsgrunnlag som igjen er med på å stimulere den faglige utviklingen. Et slikt samarbeid krever respekt og likeverd mellom yrkesutøverne, og ulike yrkesutøvere kan gjennom et tett samarbeid påvirke hverandre i en positiv retning (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Dette ble sagt om samarbeidet med DOT: « *De er en del av det forebyggende arbeidet vi gjør. Et slikt samarbeid er viktig, og jeg ville ikke vært det foruten*».

For helsesøster er det en styrke å spille på flere strenger for og kunne gjøre et godt arbeid. Det som blir vist her er at et tett og godt samarbeid fremmer kunnskap og kompetanse hos helsesøstrene. Helsesøster er enig i at det er en berikelse, både for dem, barna, foreldrene, men også tannpleier. Det samme viser flere av artiklene som kom ut av SMÅTANN-prosjektet. Her ble det poengtert at et godt samarbeid øker kunnskapen hos helsesøstrene. Det tette samarbeidet gjør det også lettere å fange opp barn som er i risikosonen for å utvikle karies (M. S. Skeie et al., 2011). Gjennom et slikt samarbeid økes bevisstheten rundt tannhelsen hos barn og samtlige av helsesøstrene mente dette var et område det burde satses mer på. Samarbeid mellom helsesøster og Den Offentlige Tannhelsetjenesten er med på at helsesøster får et økt fokus og en større kunnskap om tannhelsen hos barn. I dette tilfelle hadde alle en skriftlig bindende avtale, dog det ikke er noe annet enn en anbefaling om å ha det (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

### **8.3.3 Nyttig samarbeid, men ikke et krav?**

Det overnevnte ser jeg på som en svakhet. Når det per 2005 kun er en anbefaling at samarbeidet bør være skriftlig, vil det kunne føre til at det ikke blir praktisert i alle kommuner. Ut fra mine intervju var det ingen av helsesøstrene som ville vær uten et slikt samarbeid, og i noen av kommunene var det også ønske om et enda tettere samarbeid. Dette både for å vise et tydeligere samarbeid til foreldrene, men også for å kunne rette fokuset mot noe som helsesøstrene syntes var et viktig område. En del av arbeidet til helsesøster er å jobbe på en måte som også integrerer de andre kommunale tjenestene, noe som foreldre og barna

har krav på (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Et formalisert samarbeid med tett oppfølging vil være med på å styrke denne måten å jobbe på. I enkelte av kommunene jeg var i forekom det et savn at tannpleier ikke var mer med i konsultasjonene med foreldrene. I de kommunene der dette var vanlig, så helsesøstrene store fordeler med dette, spesielt fordi foreldrene på den måten fikk se hvordan samarbeidet fungerte, men også for at de var mer forberedt og hadde med gode spørsmål til de timene hvor tannpleier var til stede sammen med helsesøster.

Samarbeid mellom helsesøster og tannhelsetjenesten er et område det bør satses på. Gjennom et godt samarbeid vil man tidlig kunne gå ut å snakke med foreldrene og barna, og på den måten forhindre dårlig oralhygiene og karies. Et godt samarbeid mellom de som jobber med barn og deres helse vil være med på å belyse viktigheten av god tannhelse og oralhygiene (Peterson-Sweeney & Stevens, 2010). Dagens ordning med at det ikke er noen krav, bare anbefalinger om et samarbeid, fører til at det i ulike kommuner prioriteres ulikt i forhold til hvordan et slikt samarbeid bør fungere. Det bør være mer fokus på et tettere samarbeid, også i forhold til at tannpleier kan komme inn å delta på konsultasjoner sammen med helsesøster. På den måten fremmer de samarbeidet, ikke bare for sin egen del, men også for å synliggjøre det for foreldrene og barna. Helsefremmende arbeid er en del av helsesøsters oppgaver, og gjennom å delta på felles oppgaver med DOT vil en få mer synlig satsning på området.

#### **8.4 Helsefremming og forebygging**

Et av de viktigste arbeidsområdene for helsesøstrene er helsefremming og sykdomsforebygging. For flere helsesøstre er dette to ting som ikke kan deles opp, men som flyter i hverandre og som har en utydelig linje som skiller det helsefremmende og det forebyggende (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). Så hva er egentlig forskjellen? Gjennom helsefremmende tiltak jobber en for å øke de faktorene som gir god helse. Dette gjøres ved at en forbedrer forholdene i samfunnet og hos den enkelte. Gjennom forebygging jobber en for å eliminere risikofaktorene som kan være med på å gi skade eller sykdom (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000).

Ved å se på hvordan helsesøstrene jobber kom det fram flere tema som ble sett på som en stor del av helsesøstrenes arbeid for å fremme tannhelsen hos barn mellom 0-3 år. I løpet av analyseprosessen endte jeg opp med to subgrupper som på en god måte omfatter det helsefremmende og forebyggende arbeidet helsesøstrene gjør.

## 8.5 Helhetlig tenkning

Helhetlig tenkning innebærer at man ser på hele spektret av en sak, en tilstand, eller et menneske. Hvis en ser på det engelske ordet «holistic» forklares det i medisinske termer slik: «*Characterized by the treatment of the whole person, taking into account mental and social factors, rather than just the symptoms of a disease*» (Oxford University Press, 2014). På samme måte kan dette kobles opp mot det arbeidet helsesøstre gjør. De jobber ut i fra en enighet om at en må se på hele mennesket, ikke bare på deler og symptomer. Gjennom å ha et slikt helhetlig syn, var det også mange vinklinger som ble viktig i forhold til hvordan helsesøstre jobbet med barn og deres tannhelse.

### 8.5.1 Kosthold

Helsesøstre er opptatt at man ser på tannhelse som en del av den generelle helsen til barnet. At man ikke ser på den som en isolert del av helseperspektivet, men at tannhelsen er en del av helsen generelt. Det helhetlige bildet er av betydning for helsesøstre. På den måten ble også fokuset rundt tannhelsen sett på som en helt naturlig del når de tok opp dette med for eksempel kosthold. Kostholdet spiller inn på flere arenaer i forhold til helsen hos barna, og helsesøstre var enige i at kosthold var noe som fikk et stort fokus i konsultasjonene.

Ved for eksempel å fokusere på viktigheten med et godt kosthold kunne helsesøstre vise en sammenheng både i forhold til forebygging av overvekt hos barn, men også forebygge problemer med tennene. For eksempel anbefalte alle helsesøstre vann som tørstedrikk, både til mellom måltider, men også om natten dersom barna våknet opp og var tørste. Barn som får melk på flaske om natten har høyere risiko får karies enn barn som ikke får det. Den samme risikoen sees hos barn som får melk på flaske kontra de barna som ammes på nattetid. En av grunnene til dette kan være at det er lettere å gi flaske på natten da det ikke krever like mye av mor som hvis hun ammer (Hooley et al., 2012).

At helsesøstre anbefalte vann på flaske var ikke kun på grunn av faren for karies, men også fordi dette er med på å forebygge overvekt hos barn.

I løpet av en konsultasjon var kosthold og tannhelse ofte temaer som hang sammen. Som nevnt både i forhold til forebygging av overvekt, men også fordi kostholdet spiller en stor rolle når det kommer til tannhelse. I Norge har vi et sukkerforbruk som er 10% over den anbefalte mengden en bør få i seg. Dette på tross av at det de siste årene har vært en kraftig nedgang i forbruket av sukker. Det totale forbruket har gått ned fra 44 kg per person i 1999 til 33 kg i 2007. Et kosthold som inneholder mye sukker gjør at en i liten grad får tilført de



vitaminer og mineraler som kroppen har behov for. Samtidig vil et høyt sukkerforbruk gi et energioverskudd som igjen kan føre til overvekt og fedme (Henriksen & Kolset, 2009).

Gjennom å fokusere på flere aspekter i forhold til helsen hos barn og unge, kan helsesøster drive med helsefremming på flere plan. Både i forhold til å unngå overvekt hos barn og unge, men også i forhold til karies. Som skrevet i kapittel 1.1 var det per 2012 81,3% av femåringene som ikke hadde hatt eller hadde tenner som trengte behandling på grunn av kariesforandringer, tilsvarende tall fra 2011 var på 80,7% og i 2008 på 78,7% (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Selv om sukkerforbruket og kariesforekomsten går ned, har det vært en liten økning i emaljeskader på tenner hos 5-åringene, noe som kan ha en sammenheng med kunstig søtning og leskedrikker med lav pH-verdi (Henriksen & Kolset, 2009). Det er i slike tilfeller at helsesøsters arbeid får en betydning.

Ved å bruke sin utdanning og se helheten og sammenhenger kan helsesøster gå tidlig inn og veilede foreldre. Ikke bare i forhold til bruk av sukker i kosten, men å gjøre dem oppmerksomme på at det er andre matvarer som kan være skadelige for tennene, ikke bare sukkerholdig mat og drikke.

### **8.5.2 Helsesøsters veiledning i en nyere tids påvirkning**

Helsesøstrene tok opp at forebygging av karies, overvekt og det å fremme den gode helsen hos barna også kunne bli sett sammen med grenser og regler i hjemmet. I de tilfeller foreldrene for eksempel slet med tannpussen, var det viktig for helsesøstrene å oppmuntre dem til og fortsette selv om barnet protesterte. Dette er ikke noe som kan velges bort, men de må ta opp kampen den tiden det er en utfordring. Tannpuss var i følge helsesøstrene en del av de faste rutinene som barn burde ha, på lik linje med kosthold og søvn. Det er foreldrenes ansvar å etablere gode tannrutiner hos barna. Både i forhold til å børste tenner, men også i forhold til det å ha et godt forhold til tannhelsetjenesten og å møte opp på timer en er innkalt til. Det å ikke etablere slike gode rutiner kan være et tegn på dårlig opplysning og kunnskap om viktigheten med en god tannhelse (Hooley et al., 2012).

Barneoppdragelsen har endret seg gjennom årenes løp, og i dag kan en se at den har beveget seg noe bort fra en autoritativ oppdragelse over mot en mer fri oppdragelsesstil. Med en økende velstand ønsker også foreldrene at barna «skal ha det bedre enn det vi selv hadde det», noe som igjen fører til at det blir vanskeligere å si nei og å sette grenser. Bedre personlig økonomi, kjøpekraft og tidsklemme fører ofte til at foreldrene i dag lar barna bestemme familiens dagsorden, også når det kommer til innkjøp av mat og drikke (Espelid & Skeie,

2003). Dette er aspekter som virker inn på dagliglivet til både foreldre og barn, og som er en faktor som kan føre til at foreldrene ikke ønsker ta opp kampen rundt for eksempel tannpuss. Helsesøster kan i disse tilfeller støtte foreldrene til å ta «kampene» og samtidig komme med informasjon om hvorfor dette er noe de bør gjøre.

Helsesøsters unike posisjon i forhold til møte med de fleste foreldre og barn gjør at de er en sterk kandidat til å fremme en god tannhelse og å forebygge karies og emaljeskader. Gjennom samtaler med foreldrene, fokus på tannhelse og gjennom en målrettet undersøkelse av tennene ved 2- års alder kan en helsesøster plukke opp barn som er i risikozonen og henvise dem videre (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Helsesøster har gjentatte møter og konsultasjoner med foreldre og barn, og gjennom screeningen kan de få god innsikt i tannhelsen til barna. De kan være med på å gi foreldre opplæring og veiledning i forhold til hvordan man unngår karies i de familier der det er behov. Gjennom å stille foreldrene noen enkle spørsmål om deres egne tanker rundt tannhelse, for eksempel børstning av tenner, bruk av fluor og matvaner, kan helsesøster også få en god indikator på hvordan foreldrene ivaretar barnas tannhelse (Peterson-Sweeney & Stevens, 2010).

Det å ha oversikt over foreldrenes tanker om tannhelse, og det å få et innblikk i deres hverdag, vil også kunne være til hjelp når helsesøster for eksempel skal komme med informasjon. Gjennom å kjenne til hverdagen og deres gjøremål, vil helsesøster også kunne tilpasse informasjonen og det helsebudskapet man kommer med, slik at det kan få plass i en allerede hektisk hverdag. Det å være oppmerksom på foreldrenes forhold til sin egen tannhelse kan også gi en god pekepinn på hvordan de påvirker barnas tanker rundt det samme temaet. Det å fokusere på det hele som en helhetlig sammenheng i forhold til den generelle helsen, kan være med på å etablere gode vaner. De gode vanene som dannes i tidlige leveår er ofte den beste forsikring mot utvikling av karies (Espelid & Skeie, 2003).

### **8.5.3 Spesialist på helheten**

Gjennom utdannelsen og jobb sier helsesøstrene at de kan mye om barns generelle helse, og at dette stryker dem i å snakke om viktigheten med en god tannhelse hos barn. De ser på sin rolle som vesentlig i forhold til å ta opp fordelene med gode rutiner både i forhold til kosthold og tannpuss. En av helsesøstrene sa det slik:

(...) Vår styrke er jo det at vi generelt kan mye om barns helse, på den måten tar jeg det (tannpuss) opp som et vanlig tema, som alt annet. Tenner er en del av kroppen, i alle fall hos helsesøster, det er absolutt en styrke, vi har den kunnskapen og vi vet at vi må ta tak i det tidlig.

Helsesøstrene var også opptatte av at en god tannhelse for barn påvirket mye annet i forhold til barnets helse. Et sunt og variert kosthold påvirker humør og det er med på å forhindre for eksempel magesmerter og annet ubehag. Det ble sagt at innføring av fast føde var noe som ofte ble tatt opp. Helsesøstrene la vekt på at det var viktig for barna å få i seg fast føde og ikke bare melk når de ble over seks måneder. Dette både med tanke på vitaminer og mineraler, men også i forhold til at barna skulle få brukt kjevene og tennene sine på riktig måte. Forskning viser til at det er gunstig for kjeveutviklingen til barn at de begynner å tygge mat så snart de første tennene bryter frem. Det samme er amming. Sugebevegelsen i ammingen er viktig for utviklingen av en normal tannstilling fordi den påvirker kjeveutviklingen og muskulaturen rundt (Sosial- og Helsedirektoratet, 2000). Samtidig kan dette sammen med gode tannpussrutiner gjøre at man unngår karies og smerter.

Helsesøstrene så på dette som en viktig del av det helsefremmende arbeidet de gjorde. I følge helsesøstrene gikk kosthold, tannhelse og rutiner hånd i hånd. De mente at dette ble sett på en del av helheten og ikke ble isolert i enkeltgrupper. For helsesøstrene var det en del av arbeidet deres å fremme fordelende med en god helse generelt, ikke kun det ene eller det andre. Deres måte å jobbe på mente de ble viktig i forhold til akkurat dette. De følte det ble en stor styrke i deres arbeid med familiene at de gjennom en spesialistutdannelse kunne vise til viktigheten med den helhetlige tenkningen og forklare sammenhengene mellom kosthold, tannhelse og rutinene rundt dette.

Ved å jobbe med et tema på denne måten dekker helsesøster opp mange tema uten nødvendigvis å måtte la det gå på bekostning av noe annet. I motsetning til en artikkel fra 2011, der det kom frem at tannhelse ikke var noe av det som ble prioritert i første rekke på en konsultasjon (M. Skeie et al., 2011), svarte helsesøstrene jeg intervjuet at tannhelse hadde en like viktig og stor plass i konsultasjon som alt annet. For dem ble det helt naturlig å bringe tannhelse på banen både i forhold til amming og kosthold generelt. Samtlige av helsesøstrene syntes det var vanskelig å sette en «prioriteringsrekkefølge» for hva som var viktigst i en konsultasjon, da de mente at helheten var det som ble prioritert uansett.

## **8.6 Tidlig og tett kontakt**

En annen ting helsesøstrene så på som en styrke i forhold til deres arbeid med tannhelsen hos barn mellom null til tre år, var deres tidlige og også tette kontakt med barna og foreldrene:

*«Som helsesøster treffer du jo alle barn, og du har mulighet til å snakke med de fleste foreldre».*

Helsesøstrene sa dette var en inngangsport til å få fremmet viktigheten i forhold til en god helse og også tannhelse. Selv om de hadde rutiner på for eksempel å dele ut hefter om tannhelse på firemåneders- kontrollen, hindret det dem ikke i å snakke om tenner på en kontroll tidligere hvis det skulle vise seg å bli et tema. I løpet av det første halvannet året har helsesøstrene hyppige konsultasjoner med foreldrene, og denne kontakten ga helsesøstrene en god mulighet til å følge opp tema fra forrige konsultasjon hvis det var behov for det. Samtidig ble de etter hvert godt kjent med foreldrene og barna, noe som gjorde at de lettere kunne vite hvilke tema foreldrene syntes det burde være fokus på. Etter at barna hadde fått tenner ble som regel tannpuss tatt opp på hver konsultasjon. Noen av helsesøstrene mente dette ble en naturlig del av konsultasjonen. *«Barn som smiler mye viser også tennene sine.»* Flere av de intervjuede sa dette ble en naturlig inngangsport til å snakke om tannpuss. Samtidig visste de at dersom de ikke fikk tid til et tema på én konsultasjon, ville det ikke gå lang tid til neste gang de møttes.

Den tidlige kontakten var i følge helsesøstrene av betydning for at de tidlig kunne begynne å forberede foreldrene på for eksempel dette med tenner og tannpuss. Flere av helsesøstrene som var enige i at barn som hadde fått lekt med en tannbørste før de fikk tenner, kunne være mer åpen for tannpussen når de fikk sine første tenner. Samtidig var den tette oppfølgingen viktig i perioder der foreldrene kanskje hadde utfordringer med å få pusset tennene hos barna. I disse periodene kunne helsesøstrene gå inn for å støtte foreldrene i valgene de tok.

### **8.6.1 Å støtte foreldrene**

Helsesøstrene kunne se at de fleste hadde perioder der tannpuss kunne være et problem. Noen måtte stri mer enn andre, men likt for alle var det at dette var en periode som gikk over. Dette kunne helsesøstrene trygge foreldrene på i tiden det sto på som verst, og samtidig var det noe de lett kunne bringe med videre inn i neste konsultasjon som en naturlig oppfølging. Ved å ha et helhetlig syn på tannhelse og helse generelt kan helsesøster gå inn å støtte opp foreldrene hvis de skulle ha problemer med å etablere en god tannhelse.

Foreldrene er de som står i direkte kontakt med barna, og det er også de som påvirker barnas adferd. Men i enkelte tilfeller kan også barnas adferd påvirke foreldrene og deres valg. Ofte kan barn som nekter å pusse tennene påvirke foreldrene til å unngå tannpussen for å slippe «krangler» og uro i hjemmet. Barn som oppfattes å ha et «vanskelig» temperament står ofte i

fare for å få mer karies enn andre barn. Både på grunn av at foreldrene lar være å pusse tennene, men også fordi foreldrene i enkelte tilfeller kan forsøke å «premiere» tannpussen til disse barna med for eksempel søtsaker og brus (Hooley et al., 2012). I disse tilfellene er det ekstra viktig at helsesøster går inn og veileder foreldrene i forhold til disse problemene, ikke bare for å unngå karies, men også for at helsesøster med sin kompetanse kan være med på å hjelpe foreldrene ut at det som etter hvert kan bli en «vond sirkel» som kan være vanskelig å komme seg ut av.

Helsesøstrene la vekt på å få gode rutiner tidlig, og dette var med på å fremme tannhelsen hos barna: *«Det å sette tidlig fokus på tannhelse er viktig, det er mye som skjer mellom null og tre år».*

### **8.6.2 Kjennskap til familien**

Gjennom en tett oppfølging og nær kontakt med foreldrene vil helsesøster etter hvert få en følelse på hvordan familien har det. Som nevnt tidligere lar hun alltid foreldrene komme med det de har på hjertet når hun starter konsultasjonen. På den måten gjør helsesøster seg kjent med situasjonen og hun vil ut i fra foreldrene og barnas eget ståsted kunne ta temaet videre. Flere av helsesøstrene nevnte også at de følte de hadde et godt samarbeid og god kjennskap til barna og familiene. Følelsen av tilhørighet og kjennskap til familien en jobber med er viktig i det helsefremmende arbeidet.

Ved å fokusere på de egenskapene og styrkene den enkelte person har og bygge videre på dette, vil en kunne være med på å hjelpe dem gjennom noe som tidligere har vært en utfordring. Nøkkelen til helsefremmende arbeid er motivering av de inneværende kunnskapene i stedet for å teste ut personene med utfordringer (Gammersvik & Alvsvåg, 2009).

Helsesøstrene jeg har snakket med gir uttrykk for at de styrker foreldre i troen på at de kan klare å komme seg gjennom for eksempel en tid der tannpuss kan være et problem, samtidig som de tar hensyn til hvilken kunnskap foreldrene sitter inne med i forhold til tenner og tannhelse. Studier viser at det ikke nødvendigvis er slik at helsesøster gir den samme informasjonen til alle, men at hun forsøker å tilpasse informasjonen til hver enkelt forelder ut fra hvilket utgangspunkt de har. Selv om det er viktig at informasjonen til foreldrene ikke avviker for mye fra hverandre, viser det seg at helsesøster jobber mot å tilpasse veiledningen og rådgivningen til den enkelte (Andrews, 2006).

Den tette oppfølging helsesøster har med familiene gjør denne måten å jobbe på mulig. Gjentatte møter og samtaler gir helsesøster muligheten til å bli kjent med den ulike kompetansen hver forelder innehar, og på den måten kan hun på best mulig måte jobbe ut fra dette og støtte opp om situasjoner som kan være utfordrende. Foreldre som har troen på at de kan utføre og føler at de behersker det å bevare en god tannhelse, er også de som over tid gjør det beste arbeidet for å unngå karies hos barna (Amin & Harrison, 2009).

For helsesøstrene ble det viktig og ha et fortrolig forhold til foreldrene. Det var viktig at de kunne ha en ærlig samtale med familiene. Den tette kontakten var også med på at dette var mulig. Helsesøstrene mente at foreldrene burde ha muligheten til å si ting som de var, og sa dette ble en styrke i de tilfeller hun måtte inn å støtte opp om de valg og avgjørelser foreldrene var usikre på. Når man jobber som helsesøster bør foreldrene og helsesøster være ærlige mot hverandre, både i forhold til det arbeidet man gjør, men også for at foreldrene skal kunne stole på det helsesøster sier (Clancy & Svensson, 2010). Et tett samarbeid der enhver er trygge på hverandre fører også til at en ikke føler at noen spørsmål blir for «dumme». Ved at helsesøster viser at hun er lydhør, viser hun også at foreldrene kan komme til henne hvis det er noe de lurer på, uten at de skal behøve å være redd for reaksjonen (Clancy, 2012).

Sett ut fra dette mener jeg den tette oppfølgingen fra helsesøster er en styrke i forhold til fremmingen av en god tannhelse. Samtidig må helsesøster se viktigheten av ikke bare å bygge opp om gode kvaliteter, men også være ærlig og oppriktig i situasjoner som kan være utfordrende. Dette både i forhold til å styrke foreldrene hvis de plages med tannpuss, men også samtidig være klar på at det ikke er et alternativ å la være å pusse tennene på barna.

## **8.7 utfordringer**

Selv om helsesøstrene følte de hadde god kontroll på barn og tannhelse, dukket det til tider likevel opp utfordringer. Utfordringene hos de enkelte helsesøstrene var noe ulike, men samtidig var det noen fellesnevner som ble tatt opp. Selv om de fleste helsesøstrene følte de hadde rimelig god kompetanse på tannhelse, var likevel mangel på kompetanse noe som ble nevnt som en utfordring i deres arbeid.

## **8.8 Helsesøsters kompetanse**

Som en del av helsesøsters 2- års kontroll skal hun se på tennene til toåringen. Her ble det nevnt at helsesøster ikke alltid helt visste hva det var hun skulle se etter. Selv om hun kunne se etter hvite rene tenner, ble det ofte stilt spørsmål om det var noe annet der som hun burde ha sett. Det ble poengtert at helsesøster ikke har noen spesiell utdanning på dette området, og selv om det ikke var et ønske om å få en spesialistutdanning på området ble det sagt at det hadde vært greit med mer undervisning om temaet i løpet av utdanningen. Ingen av helsesøstrene kunne se tilbake og si om de hadde hatt noen egen undervisning om tannhelse i løpet av studiet. Noen mente at det kunne vært tatt opp som en del av kostholdsundervisningen, men ikke som et eget tema. Enkelte av helsesøstrene sa at de i ettertid hadde vært på kurs, og at de gjennom årenes løp hadde opparbeidet seg en del erfaringer og kunnskap. Samtidig følte de fortsatt at enkelte spørsmål om tenner kunne være vanskelig å besvare.

### **8.8.1 Manglende utdanning**

Som en del av helsesøsterstudiet står det i studieplanen for helsesøster fra 2011, under emnet helsesøsterfaglig kunnskap - Barn og unge 0- 20 år, at helsesøsterstudentene blant annet skal lære om vekst, utvikling og helse hos barn og ungdom. Dette emnet inneholder blant annet læren om vekst og utvikling sett fra både natur- og samfunnsvitenskapelig kunnskap. En skal også få undervisning om ernæringsfaglige tema, hvor ernæringen skal være knyttet til alle alderstrinn og hvor det skal fokuseres på ernæringsfaglige arbeidsmetoder (Universitetet i Tromsø, 2011). Det finnes ingen deler av studieplanen der tenner spesifikt er nevnt. Selv om tenner inngår i den normale utviklingen, og i stor grad påvirkes av kostholdet, er det ikke nevnt som en egen del i studieplanen. Dette støtter også opp om det helsesøstrene sa, de kunne ikke huske at de hadde hatt noen spesifikk undervisning om tenner og tannhelse, men at det kanskje kunne kommet inn som en bolk i undervisningen om ernæring. En kan jo spørre seg hvorfor tannhelse ikke har fått større plass i utdanningen når en ser hvor mye tannhelse og den generelle helsen henger sammen, og hvor mye de påvirker hverandre (Hooley et al., 2012; Peterson-Sweeney & Stevens, 2010; Vermaire et al., 2012).

Det er et behov for at tannhelse får større plass i undervisningen hos helsesøstre. I dag er det lite eller ingen spesifikk undervisning om tannhelse på helsesøsterstudiet. Økt fokus på tannhelse i studiet vil kunne være med på å øke bevisstheten når en kommer ut i arbeid, og det kan styrke samarbeidet mellom helsesøster og tannhelsetjenesten. En spørreundersøkelse viste at det blant åtte av studiestedene der det utdannes helsesøstre i Norge, kun var fem som hadde

tannhelse som en del av pensum. Gjennomsnittlig brukte disse studiestedene tre timer med undervisning på temaet (M. Skeie et al., 2011). Hvis en ser dette sammen med de svar helsesøstrene kom med i studiet mitt, viser det at det er et behov for økt oppmerksomhet på tannhelse i helsesøsterstudiet.

Det er viktig at en tar hensyn til at helsesøster ikke skal være en spesialist på tannhelse, men på et helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette innebærer at helsesøsters oppgaver ikke må konsentreres rundt enkelt oppgaver, som å «lete» etter karies, men å arbeide på en måte som gjør at barn slipper å få karies. Samtidig skal helsesøster ha nok kunnskap til å kunne se og henvise barn videre til tannhelsetjenesten hvis det er mistanke om karies, tannskader eller at det er et særskilt informasjons- og veiledningsbehov hos foreldrene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Dette var også noe som ble vektlagt i løpet av intervjuene. Helsesøstrene var enige i at det var viktig at deres spesialitet ble ivaretatt og at det arbeidet de gjorde var viktigere enn de få tingene de til tider kunne føle seg usikre på. Som nevnt tidligere, var det ingen av helsesøstrene som syntes det var noe problem å kontakte tannhelsetjenesten om det var noe de lurte på.

Hvis helsesøstre hadde fått god nok opplæring til å utføre en klinisk undersøkelse og risikovurdering av toåringene som var inne til konsultasjon, ville høyrisikobarn henvises tidligere til innkallelse av tannhelsetjenesten (Stordahl & Wang, 2009). For helsesøstrene jeg intervjuet var det en utydelig linje mellom den kunnskapen de følte de hadde, og det «lille ekstra» noen følte de hadde behov for. Selv om ingen i utgangspunktet ønsket at det skulle bli en stor del av utdanningen, var det noen som ønsket at de skulle hatt mer kompetanse på å vite akkurat hva de skulle se etter når de hadde toåringene inne hos seg. Igjen kom den helhetlige tenkningen inn. Ved å snakke med foreldrene, observere og gjennom tidligere erfaringer, var det flere av helsesøstrene som tok kontakt med tannhelsetjenesten for råd og veiledning og eventuelt henvise barnet før fylte tre år.

### **8.8.2 Erfaring**

Ved gjennomgang av intervjuene viste det seg at helsesøstre med mindre arbeidserfaring også var de som følte de skulle hatt mer kompetanse om tannhelse. Dette er noe som også er vist i tidligere studier. Helsesøstre som hadde lang arbeidserfaring (15 år eller mer), mente de hadde nok kunnskap om tannhelse til å gi riktig informasjon til foreldrene. Flere av de som hadde mindre erfaring (under 15 år), var noe mer usikker på sin egen kunnskap (M. Skeie et al., 2011). Flere av helsesøstrene jeg intervjuet hadde i løpet av årene opparbeidet seg en



kunnskap gjennom samarbeid med tannhelsetjenesten, men også fordi de hadde deltatt på ulike kurs. De med mindre arbeidserfaring hadde ikke fått like mye erfaring eller deltatt på kurs. Det skal ved 2- års alder gjennomføres en systematisk sjekk av tennene til barna, og helsesøster skal henvide videre til tannhelsetjenesten hvis det er behov for det (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). På tross av disse anbefalingene er det fortsatt ikke alle undervisningsstedene i Norge som har satt av tid og pensum til å ha undervisning om tannhelse, og mye av kunnskapen om tannhelse bygger på opparbeidet erfaring.

## **8.9 Innvandring**

Et tema som ble tatt opp som en utfordring var samtaler med foreldre som ikke snakket norsk, hvor det var et behov for tolk. Gjennom bruk av for eksempel telefontolk var det ikke alle helsesøstrene som følte at de fikk en like god dialog som når man snakker samme språk, og som nevnt tidligere var en god dialog et verktøy som helsesøster ofte brukte i sitt arbeid. Enkelte opplevde at kulturforskjellene, i forhold til blant annet matkultur, kunne by på noen utfordringer. Dette i forhold til for eksempel melk på flaske i stedet for vann som tørstedrikk. Barn med innvandrerbakgrunn har en betydelig økt risiko for kariesutvikling allerede i tidlig alder. Innvandrerbarn ser ut til å innta mer sukkerholdig drikke og bruker flaske lengre enn etnisk norske barn (Hooley et al., 2012).

### **8.9.1 Kulturforskjeller**

Økt forekomst av sukkerholdige drikker og dårlige matvaner, samt mer mat mellom måltidene og manglede kunnskap, blir sett på som noen av årsakene til den økte forekomsten av karies hos innvandrerbarn (Skaare et al., 2008; Stordahl & Wang, 2009). I en studie gjort i utvalgte barnehager i Oslo ble karies hos innvandrerbarn sammenlignet med karies hos norske barn. Her hadde innvandrerbarna høyere forekomst av karies enn etniske norske barn. I barnehagen fikk barna regelmessige måltider, og en forklaring på høyere karies hos innvandrerbarn kan forklares med at det er flere innvandremødre som er hjemmeværende med sine barn. Samtidig viser studien av ett år gamle innvandrerbarn drikker mere sukkerholdige drikker og spiser oftere godteri enn ikke- innvandrerbarn. Studien påpeker viktigheten med oppfølging hos helsesøster, da det er hun som tar seg av tannhelseinformasjon til foreldre som har barn under tre år (Brobakken et al., 2003).

Hos enkelte av de helsesøstrene jeg intervjuet hadde de et opplæringsprogram som kunne brukes på flere forskjellige språk, dette ble sett på som en styrke i forhold til at de på den

måten kunne gi konkret og informasjon om tannhelse, uavhengig av tolk eller ikke. Samtidig var dette et «læringsprogram» som helsesøstrene følte måtte brukes i en annen setting enn under en vanlig konsultasjon da det tok lengre tid om de skulle bruke dette samtidig som de skulle ha en vanlig konsultasjon, være seg målinger eller vaksiner. De så viktigheten i et slikt program, nettopp for å luke vekk uvaner som for eksempel saft på flaske og samtidig ha en god forklaring på hvorfor saft ikke er bra for tennene.

En studie blant pakistanske innvandrere viste at de som hadde vært i Norge færre enn fem år hadde mindre karies enn de som hadde vært lengre. Dette ble forklart med forandring i kosthold. Det tradisjonelle pakistanske kostholdet består av mye frukt og grønnsaker, og lite fett og sukker. Etter hvert som de bodde i Norge, forandret også matvanene seg mer, og barna som hadde bodd lenge i Norge fikk mer sjokolade og brus enn de som hadde bodd en kortere periode. Noen av årsakene til dette var at det var lettere å få tak i søtsaker i Norge, og at salget i større grad var rettet mot barn. Samtidig mente foreldrene selv at de var mer ettergivne enn norske foreldre, og at de mer ønsket og «skjemme» bort sine barn mens de var små. Barna er for dem det mest dyrebare de har, noe som også fører til at de lar barna spise mer av det de selv ønsker mens de er små. En annen forklaring på forekomsten av karies kan komme av arbeidsfordelingen i hjemmet. Det er vanlig at det er far som har ansvaret for å «representere» familien i offentlige sammenhenger, noe som ofte fører til at det er han som får informasjon om tannhelse hos for eksempel tannhelsetjenesten. Når de så kommer hjem er det mor som har ansvaret for ungene og hjemmet. Hun er den som har ansvaret for matlaging, tannpuss og så videre, men det er ikke hun som har fått informasjon om hvorfor en god tannhelse er viktig, eller hvordan man skal unngå karies (Skaare et al., 2008).

Selv om helsesøstrene jeg intervjuet per i dag ikke hadde de største utfordringene i forhold til innvandrere og kulturforskjeller i forhold til matvaner, var de likevel oppmerksom på at dette var noe de måtte være oppmerksom på.

### **8.9.2 Språk**

Helsesøstrene var klare på at de fleste foreldrene er ute etter å gjøre det som er best for barnet sitt, og at de gjennom god veiledning kom til enighet i forhold til hvilke endringer som eventuelt burde gjøres. I en slik veiledning spilte dialogen en viktig rolle, og noen av helsesøstrene var ikke alltid sikre på om foreldrene alltid hadde fått med seg det viktigste når det ble brukt telefontolk. Igjen ble den tette oppfølgingen sett på som en styrke i forhold til at de kunne bringe temaet opp igjen ved neste møte for å forsikre seg om at foreldrene hadde fått

med seg det helsesøster hadde forsøkt å formidle. Den høye forekomsten av karies blant innvandrerbarn kan forklares ved hjelp av det helsesøstrene nevner, nettopp at de ikke vet om den informasjonen de formidler blir forstått. Den forebyggende innsatsen bør forsterkes spesielt ovenfor barn som har innvandrerforeldre. Selv om man i dag ikke kan peke ut enkeltrisikopasienter, vet en at det er økt risiko hos innvandrerbarn, og her bør innsatsen økes med tanke på tidlig oppfølging og eventuelt henvisning til tannhelsetjenesten (Brobakken et al., 2003).

I artikkelen fra 2008 kommer det frem at manglende kunnskap er en av hovedårsakene til at innvandrerbarn har mer karies enn etniske norske barn. Samtidig nevnes det at språkproblemer kan være en stor årsak til at ulik informasjon ikke når frem (Skaare et al., 2008). Det er flere innvandrere som sier de ikke har fått informasjon om tannhelse enn norske foreldre (Næss et al., 2014). Dette poengterte også helsesøstrene jeg snakket med. De hadde ingen statistikk og kunne ikke gi noen tall på hvordan tannhelsen hos innvandrerbarn var, sammenlignet med etniske norske i sin kommune, men språkbarrieren var et problem for flere, på tross av tolketjenesten. I enkelte tilfeller syntes helsesøstrene det var vanskelig å forsikre seg om at innvandrerforeldrene hadde fått med seg all informasjon som ble gitt, og i noen tilfeller også om de hadde forstått det.

En av de viktigste faktorene i forebygging av karies hos barn er foreldrenes forståelse for hvorfor en god tannhelse er viktig. Barn er i stor grad avhengige av at foreldrene investerer tid i arbeidet med å forhindre karies, gjennom for eksempel tannpuss og bruk av fluor. For at foreldrene skal se viktigheten i dette arbeidet, er de avhengige av å vite hvorfor en god tannhelse er viktig, og hvordan man kan unngå karies (Vermaire et al., 2012). Hvis en som helsesøster da ikke er sikker på om informasjonen man har gitt blir tolket riktig, er det klart at slike situasjoner kan bli vanskelig, både for helsesøster, men også for foreldrene til barna.

Enkelte av de intervjuede hadde en film om god tannhelse som kunne spilles av på flere ulike språk. Dette var et verktøy de enda ikke hadde fått tatt i bruk, men som de følte hadde et potensiale i forhold til å få gitt riktig og viktig informasjon i forhold til tannhelsen. Mer satsing på dette området er viktig. Det er viktig at helsesøster skal kunne vise til hvorfor tannhygiene er viktig, ikke bare at man må pusse tenner. I dag kan en også få hefter som «Pass på å pusse fra første tann» og «Første besøk på tannklinikken » på 22 ulike språk. Disse heftene kan bestilles fra Norsk Tannvern der det de siste årene har vært fokusert på at språk ikke skal være til hinder for god kommunikasjon (Stuveseth, 2012). Tiltak som dette er med

på å sikre en god kommunikasjon og også en bevisstgjøring av viktigheten med en god tannhelse og hvordan man skal unngå for eksempel karies

## **9 Avslutning**

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg kommet frem til funn som både har forandret mitt syn på hvordan helsesøstrene jobber i forhold til tannhelsen hos barn mellom null og tre år, og som har opplyst meg om det viktige arbeidet en helsesøster gjør.

### **9.1 Oppsummering**

Studiet viser at helsesøstre selv oppfatter at det har gode rutiner i forhold til det å jobbe med barn og tannhelse. For helsesøstrene er dette et tema som ikke er eksklusivt, men som er en viktig del i forhold til resten av barnas kropp og helse. De opplever at det formaliserte samarbeidet med tannhelsetjenesten er en berikelse i forhold til at man kan be om råd og veiledning dersom man har behov for det. Samtidig har helsesøstrene en opplevelse av at de gjennom et slikt samarbeid også øker sin egen kunnskap når det kommer til tannhelse. Dette oppleves som en viktig del av det arbeidet helsesøstrene gjør i forhold tannhelse hos barn før de fyller tre år. Selv om de ulike kommunene har ulike arbeidsavtaler med Den Offentlige Tannhelsetjenesten, er en slik avtale en styrke i hverdagen. I kommunen hvor tannpleier var inne på faste konsultasjoner med helsesøster var dette ekstra verdsatt, og i kommunen der dette tidligere hadde vært et tilbud var det sterkt savnet. Synlig og tydelig samarbeid mellom de to instansene var viktig for alle kommunene.

Helsesøstrene påpeker at deres arbeid ikke kun er rettet mot barnas tannhelse og generelle helse, men også mot foreldrenes forståelse. For helsesøstrene er det viktig at de har foreldrene med på laget, og at de sammen kan gjøre en innsats for å hindre karies hos barn. Uten foreldrenes tillit og samarbeid har helsesøstrene lite å stille opp med. Gode rutiner og åpenhet var for helsesøstrene en inngangsport i møte med foreldrene, og på den måten kunne de bygge opp den tilliten som var viktig for samarbeidet.

Selv om helsesøstrene mener de har en god kompetanse i forhold til tannhelse, er det enkelte som føler de har behov for å vite mer. Ingen ønsket en spesialistutdanning på området, men

enkelte ønsket at de hadde noe mer innsikt i hva de var på utkikk etter når de så i munnen til for eksempel 2- åringene. Dette var et felt som var lite synlig på utdannelsen og som helsesøstrene har måtte lære seg gjennom erfaringer og gjennom møter med tannhelsetjenesten. Økt fokus på tannhelse i utdanningen vil øke både den faglige kompetansen og bevisstgjøringen av viktigheten med god rutiner og oppfølging av barns tannhelse.

Ikke-norsktalende foreldre var en annen utfordring helsesøstrene møtte på. Gjennom tolketjenesten var de ikke alltid sikker på om foreldrene skjønnte det som ble sagt, heller ikke om de hadde skjønt bakgrunnen for hvorfor ting ble sagt. For helsesøstrene var det viktig at de fikk informert om hvorfor de anbefalte det ene eller det andre, ikke bare at de gjorde det. Noen hadde film de kunne vise på ulike språk og mente at dette var et godt hjelpemiddel som ikke ble brukt nok. Selv om flere artikler peker på at en skal ha en helhetlig tilnærming i forhold til helsefremmende tiltak, og ikke kun å fokusere på risikovurdering, er det av betydning at helsesøster i forhold til innvandrerbarn bør ha en tettere oppfølging når det kommer til tannhelse. Jeg mener studien peker på viktigheten av forståelse, ikke kun formaning om at man bør pusse tenner og innta mindre sukker. Hvis foreldrene ikke får en forståelse for hvorfor dette er viktig, vil det heller ikke prioriteres i hverdagen. Gode tolketjenester og et godt samarbeid er av betydning for helsesøster for å kunne forsikre seg om at den informasjonen hun gir når frem.

## **9.2 Konsekvenser for praksis**

Denne oppgaven viser det komplekse arbeidet helsesøster gjør i forhold til forebygging av karies hos barn, og hvordan en god tannhelse påvirker den generelle helsen hos barn og visa versa. En må også i fremtiden fokusere på et helhetlig syn og ikke isolere tannhelsen fra resten av kroppen. Samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helsesøstertjenesten er et viktig satsningsområde for at man sammen skal kunne vise til viktigheten rundt temaet, samt kunne dra lasset i samme retning.

Utdanning er også et område man bør ha større fokus på. Studiet viser at en økt vektlegging på tannhelse gjennom studiet vil være med på å trykke helsesøstrene på sin kunnskap når det kommer til barn og tannhelse. Gjennom bedre undervisning vil også nyutdannede helsesøstre ha god kompetanse på hvordan de skal kunne forbedre tannhelsen hos barn, uten at de skal være avhengige av kursing og flere år med erfaring. Dette vil også være med på å øke tillitten

som ligger mellom foreldrene og helsesøster da gode kunnskaper øker fortroligheten i veiledninger og råd som gis.

### **9.3 Videre forskning**

I dette studiet har jeg sett på hvordan helsesøster jobber med tannhelsen hos barn mellom null og tre år. Jeg har også sett på hvordan de synes samarbeidet med tannhelsetjenesten fungerer og hvilke styrker de ser i dette samarbeidet. Jeg har ikke snakket med foreldre om hvordan de opplever helsesøsters arbeid rundt temaet, ei heller hvordan tannhelsetjenesten ser på samarbeidet. Dette er synsvinkler som ikke bare ville vært spennende, men også nyttig og sett på. Dette både for å se hvordan de andre partene opplever arbeidet rundt tannhelse, men også for å kunne styrke det videre arbeidet med barn og tannhelse. Oppgaven i sin helhet peker på det komplekse samarbeidet helsesøster har med både foreldre og tannhelsetjenesten, og videre forskning på dette området vil kunne øke kunnskapen og dermed også styrke det videre arbeidet. En ting er å snakke med helsesøstre om hvordan de selv opplever deres arbeid med temaet, en annen ting er for eksempel å snakke med foreldrene om hvordan de opplever at informasjonen rekker frem.

Et siste felt som hadde vært av interesse å forske på er tannhelse hos innvandrere. Studier viser at kariesforekomsten er høyere blant familier med ikke-vestlig bakgrunn, og det er også sett på årsaker til dette. Likevel viser det seg i samtale med helsesøster at hun ikke har mange hjelpemidler for å kunne fremme informasjonen til denne gruppen, heller ikke hjelpemidler i forhold til å forsikre seg om foreldrene har forstått viktigheten av den informasjon som blir gitt. Økt forskning på området tror jeg vil kunne øke bevisstgjøringen i forhold til tannhelseinformasjon til innvandrere, og dermed også få ned forekomsten av karies hos innvandrerbarn. Dette er et satsningsområde man bør bruke mer tid på, også i fremtiden.

## Litteraturliste

- Amin, M. S., & Harrison, R. L. (2009). Understanding Parents' Oral Health Behaviors for Their Young Children. *Qual Health Res*, 19(1), 116-127. doi: 10.1177/1049732308327243
- Andrews, T. (1999). Pulled between contradictory expectations: Norwegian mother/child service and the 'new' public health discourse. *critical public health*, 9(4), 269-285. doi: 10.1080/09581599908402940
- Andrews, T. (2006). Conflicting public health discourses- tensions and dilemmas in practice: The case of the Norwegian mother and child service. *critical public health*, 16(3), 191-204.
- Andrews, T., & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket. *Sosiologisk tidsskrift*, 4, 325-341.
- Birkeland, J., Haugejorden, O., von der Fehr, F., & Løkken, P. (2001). Fluorid-atter i fokus. *Kariesprofylakse med fluorid i*, 50, 6-13.
- Brobakken, S. S. K., Helgesen, A. G., & Skaare, A. B. (2003). Kariesforekomst blant treåringer i et storbyområde med mange innvandrere. *Den norskse tannlegeforenings tidene*(113), 610-612.
- Clancy, A. (2012). The ceremonial order of public health nursing consultations: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2555-2566. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04024.x
- Clancy, A., & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(04), 363-373. doi: doi:10.1017/S1463423610000137
- Elstad, I. (2006). Meinigheitspleie. In I. Elstad & T. Hamran (Eds.), *Sykdom, Nord - Norge før 1940* (Vol. 1, pp. 210-250). Bergen Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

- Espelid, I., & Skeie, M. (2003). Karies hos førskolebarn-tid for handling. *Nor Tannlegeforen Tid*, 113, 4.
- Espelid, I., & Skjørland, K. k. (2009). Karies. from Store medisinske leksikon <http://sml.snl.no/karies>
- Fejerskov, O., Nyvad, B., & Kidd, E. (2003). Clinical and histological manifestatin of dental caries. In O. Fejerskov & E. Kidd (Eds.), *Dental Caries, The disease and its Clinical Management* (Vol. 1). Oxford: Blackwell Munksgaard.
- Friis, S., & Vaglum, P. (2002). *Fra idè til prosjekt. En innføring i klinisk forskning*. (Vol. 2): Tano Aschehoug.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Gammersvik, Å., & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 18.
- Gjerstad, I. (2011). Fluorgenerasjonen dropper tannlegen, *Aftenposten*. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/helse/Fluorgenerasjonen-dropper-tannlegen-6339944.html#.Uzleylfy2E4>
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten: fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe.
- Hamran, T. (2006). Foreningsliv - Samfunnsliv. In I. Elstad & T. Hamran (Eds.), *Sykdom, Nord -N orge før 1940* (Vol. 1, pp. 168-209). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Haugejorden, O., & Magne Birkeland, J. (2005). Analysis of the ups and downs of caries experience among Norwegian children aged five years between 1997 and 2003. *Acta Odontologica Scandinavica*, 63(2), 115-122. doi: doi:10.1080/00016350510019784



- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). § 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Retrieved 29.04, 2013, from <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html#3-3>
- Henriksen, H. B., & Kolset, S. O. (2009). Sukker - forbruk, tannhelse og overvekt. *Norske Tannlegeforening Tidene*(no 6), 350-354.
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40(11), 873-885. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>
- Kalgraff, I., Karabuk, F., & Stevik, K. (2010). *Tannhelse informasjon til foreldre med barn i aldersgruppen 0-3 år. En survey blandt helsesøstre i Norge*. Master oppgave. Universitetet i Oslo Det Odontologiske Fakultet. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/33004/Master-Stevik-Karaburk-Kalgraff.pdf?sequence=1>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lyshol, H., & Biehl, A. (2009). Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap (Vol. /, pp. 5): Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Midtgard, G., Jerijærvi, E., Snarby, M.-L., Ljønes, E. T., Liljegren, L., Karlsen, L., . . . Egge, H. (2013). *Å leve med barn - Temaer fra helsestasjon* (Vol. 1). Tromsø: Forebyggende helsetjenester, Tromsø Kommune.
- Nyvad, B. (2003). The role of oral hygiene. In O. Fejerskov & E. Kidd (Eds.), *Dental Caries, The diseases and its clinical Management* (Vol. 1, pp. 171- 177). Oxford: Blackwell Munksgaard.

- Næss, E. R., Moan, K. A., Wang, N. J., & Wigen, T. I. (2014). Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon - Spørreundersøkelse i en barnehage i Oslo. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 124, 284- 288.
- Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative interwiew med "rigtige" informanter? *Sosiologisk tidsskrift(02)*, 124-153.
- Oxford University Press. (2014). Oxford Dictionaries Language matters. from <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/holistic?q=holistic>
- Paulgaard, G. (2006). feltarbeid i egenkultur- innenfra, utenfra eller begge deler? In E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Eds.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (Vol. 4, pp. 70-91). oslo: universitetsforlaget.
- Peterson-Sweeney, K., & Stevens, J. (2010). Optimizing the Health of Infants and Children: Their Oral Health Counts! *Journal of Pediatric Nursing*, 25(4), 244-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2009.03.003>
- Rebne, L.-C., & Wang, N. J. (2010). Knowledge, attitudes and behaviour related to dental health in 12-year-olds in Oslo. [Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse. En spørreundersøkelse om kunnskap, holdning og atferd]. *Norske Tannlegeforenings Tidende*, 120(5), 300-305.
- Skaare, A. B., Afzal, S. H., Olli, E., & Espelid, I. (2008). Holdninger og vaner hos innvandrерforledre - Oppfølgingsstudie etter SMÅTANN - undersøkelsen *Den norske tannlegeforenings tidene*, 118(5), 300-305.
- Skeie, M., Skaret, E., Espelid, I., & Misvaer, N. (2011). Do public health nurses in Norway promote information on oral health? *BMC Oral Health*, 11(1), 23.
- Skeie, M. S., Espelid, I., Klock, K. S., Skaare, A., & Holst, D. (2011). SMÅTANN-prosjektet har gitt ny kunnskap om småbarns tannhelse. *Norsk Tannlegeforening Tidene*, 121(4), 220-226.

- Sosial- og Helsedirektoratet. (2000). *Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid/Sider/default.aspx>.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. *Sosial- og Helsedirektoratet*.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res*, 17(10), 1372-1380. doi: 10.1177/1049732307307031
- Statistisk Sentralbyrå. (2013). tannhelsetenesta, 2012. <http://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/aar/2013-07-09#content>
- Stordahl, G. W., & Wang, N. J. (2009). Karies aktivitet ved toårsalder. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 119(4), 214-219.
- Stuveseth, B. (2012). Tannstell på mange språk. *Tidsskrift for helsesøstre*, 3, 2.
- Universitetet i Oslo seksjon for samfunnsodontologi. (2006). *Tenner for livet. Baselineundersøkelse nr 1. Tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5-aringer. Tiltaksoversikt*. Oslo: Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-baselineundersokelse-nr-1/Publikasjoner/tenner-for-livet-baselineundersokelse-nr-1.pdf>.
- Universitetet i Tromsø. (2011). *Studieplan for masterprogram i helsefag -studieretning helsesøster*. Tromsø.
- Vermaire, J. H., van Exel, N. J. A., van Loveren, C., & Brouwer, W. B. F. (2012). Putting your money where your mouth is: Parents' valuation of good oral health of their children. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2200-2206. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.018>

## Vedlegg 1

### Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Jeg er en helsesøsterstudent på Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på med en avsluttende masteroppgave der temaet er barn og tannhelse. Jeg ønsker i den forbindelse å undersøke hvordan helsesøstre opplever at deres oppgave er i forhold til barns tannhelse og hvordan de opplever at samarbeidet mellom Den Offentlige tannhelse tjenesten fungerer. For å finne ut dette ønsker jeg å intervju 4-5 helsesøstre med ulik arbeidserfaring. Spørsmålene vil dreie seg om temaet barns tannhelse, og hvordan helsesøster ivaretar det. Jeg vil også spørre om de føler at de har god kompetanse på området, hvor mye tid de bruker på dette i konsultasjonene og hvordan de opplever at deres samarbeid med den Offentlige Tannhelsetjenesten fungerer.

Jeg vil bruke båndopptaker og notere under intervjuet. Jeg estimerer at intervjuet vil ta rundt 30 min til en times tid. Tid og sted for intervjuet vil vi bli enige om sammen.

Intervjuet er frivillig og du vil når som helst kunne trekke deg fra studiet uten at det vil bli stilt noen nærmere spørsmål om det. Alt av opplysninger som jeg samler inn vil bli konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjennes igjen når oppgaven er ferdig. Alle opplysninger vil anonymiseres og opptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig, innen Juni 2014.

Dersom du ønsker å delta i mitt studie, er det fint om du vil signere den vedlagte samtykke erklæringen og sender den til meg. Så vil jeg kontakte deg for nærmere avtale om intervjuet, tid og sted.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på xxxxxxxx, eller sende en e-post til xxxxxxxxxxxx. Du kan også kontakte min veileder N.N. ved det helsefaglige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig Hilsen

Marte Rasch Lambela

**Samtykkeerklæring:**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Signatur:.....

Telefonnummer:.....

## **Vedlegg 2**

### **Intervjuguide.**

#### *Opplevelse av ivaretagelse av oppgave.*

Kan du fortelle om hvordan du gjennomfører en konsultasjon?

Hvordan opplever at din oppgave er i forhold til ivaretagelse av barns tannhelse?

Kan du fortelle meg om hvilket fokus du har i forhold tannhelsen hos barna? Kom gjerne med eksempler....

Hvordan prioriterer du dette temaet i forhold til de andre teamene i konsultasjonen?

Føler du at du har tid til å snakke om det?

Hvis foreldrene bringer inn spørsmål om tannhelse, føler du da at du har god nok kunnskap til å kunne svare?

#### *Erfaringer, opplevelse av samarbeid.*

Hvis du er usikker i forhold til et barns tannstatus, hvem henvender du deg da til for råd og veiledning?

Har dere her på helsestasjonen noen form for formalisert samarbeid når det kommer til henvisning av barn under 3 år til Den Offentlige Tannhelsetjenesten?

Hvis dere har, hvordan synes du dette fungerer?

Hvis ikke, er dette noe du kunne tenkt deg å ha? Evt hvordan ville du at et samarbeid med Den Offentlige tannhelsetjenesten skulle fungert?

Hva tror du kan være med på å fremme, eller hemme et slikt samarbeid?

Er det noe annet du har lyst til å nevne?

## Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel. +47-55 58 21 17  
Fax. +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne Clancy  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 11.09.2013

Vår ref:35364 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35364	<i>Helsesøsters rolle i forhold til ivaretagelse av tannhelsen hos barn mellom 0-3 år.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Clancy</i>
Student	<i>Marte Rasch Lambela</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

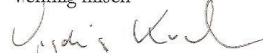
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.04.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Anne-Mette Somby

Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Marte Rasch Lambela, langnesveien 28, 9016 TROMSØ

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35364

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 20.04.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



## Vedlegg 4

# Endringsskjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per e-post til: [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no)

1. PROSJEKT	
Navn på daglig ansvarlig: Jan Thore Lockertsen	Prosjektnummer: 35364
Evt. navn på student: Marte Rasch Lambela	
2. BESKRIV ENDRING(ENE)	
Endring av daglig ansvarlig/veileder: Jeg har fått ny veileder på oppgaven, den nye veilederen er nå Jan Thore Lockertsen ved Universitetet i Tromsø Beskjeden om ny veileder fikk jeg per telefon, og har derfor ikke noe skriftlig fra fakultetet og vise til. Legger ved mailadresse til gammel veileder og til den nye i tilfelle dette er av int. <a href="mailto:anne.clancy@hih.no">anne.clancy@hih.no</a> <a href="mailto:jan-thore.lockertsen@uit.no">jan-thore.lockertsen@uit.no</a>	<i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i>
Endring av dato for anonymisering av datamaterialet:	<i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover de deltakerne er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i>
Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: ____ Nei: ____ Hvis nei, begrunn:	
Endring av metode(r):	<i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata osv.</i>
Endring av utvalg:	<i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>
Annet:	

## Vedlegg 5

# Prosjektnr: 35364. Helsesøsters rolle i forhold til ivaretagelse av tannhelsen hos barn mellom 0-3 år

Anne-Mette Somby (anne-mette.somby@nsd.uib.no)

[Legg til i Kontakter](#)

04.04.2014

Til: martelambela@hotmail.com

Kopi: jan-thore.lockertsen@uit.no, anne.clancy@hih.no



Viser til endringsmelding mottatt fra student 27.3.2014.

Vi har på bakgrunn av opplysninger gitt av studenten endret veileder i prosjektet fra Anne Clancy til Jan-Thore Lockertsen.

Dersom det er spørsmål eller kommentarer ber jeg om tilbakemelding per e-post eller telefon.

Vennlig hilsen

-----  
Anne-Mette Somby  
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: Anne-Mette Somby@nsd.uib.no

Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)