



**Tannhelseinformasjon til foreldre
med barn I aldersgruppen 0-3 år.**
En survey blant helsesøstre I Norge.



**Master-
oppgave
- H05**

**Laget av:
Kirsti Stevik, Fatma Karaburk og Ingrid Kalgraff**

**Veiledere:
Ivar Espelid og Erik Skaret**

Forord

Etter dagens system blir barn kalt inn til Den offentlige tannhelsetjenesten første gang det året de fyller tre år. Før den tid er det helsestasjonene, og da primært helsesøstre, som skal føre kontroll med barnas tannhelse.

Denne masteroppgaven er et resultat av 3 studenters arbeid med å belyse i hvilken grad helsestasjonene tar opp tannhelse spørsmål, og hvordan kontakten mellom dem og Den offentlige tannhelsetjenesten fungerer. Gjennom en spørreundersøkelse gjort blant tilfeldig utvalgte helsesøstre, har vi samlet inn materiale for prosjektet vårt.

Underveis har vi fått god hjelp fra våre veiledere, professor Ivar Espelid og professor Erik Skaret. Vi ønsker å rette en stor takk til dere for faglige innspill og bakgrunnsinformasjon når det gjelder vårt valgte tema. Takk for tålmodig veiledning når det gjelder innblikk i vitenskaplig arbeidsmåte, og tankegang, samt innføring i statistikkprogrammet SPSS.

Til slutt vil vi takke dere helsesøstre som tok dere tid, i en travel hverdag, til å svare på spørreundersøkelsen, noe som gav oss grunnlag og utgangspunkt for arbeidet vårt.

Oslo, mai 2010

Ingrid Kalgraff

Fatma Karabuk

Kirsti Stevik

Sammendrag

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i de siste årene har vært en nedgang i karies blant barn og unge. Likevel er Helsedirektoratet bekymret for småbarns tannhelse da studier viser at kariesutbredelsen fremdeles er høy i spesielle grupper. Barn fra etniske minoriteter utgjør en stor og viktig risikogruppe, men også andre grupper av etnisk norsk opprinnelse trenger hjelp fra tannhelsetjenesten før fylte 3 år. Barn som unnlater å møte til tannhelsekontroll er en annen viktig risikogruppe. Det er ønskelig å redusere antall små barn med fyllingskrevende behandling, da disse er behandlingsumodne og det kan føre til svært ressurskrevende behandlinger.

”Tenner for livet” utgitt av Statens helsetilsyn anbefaler at barnets første innkalling til tannklinikk bør skje det året barnet fyller tre år. Før den tid er det helsesøstre som skal gi kostholdsveiledning og råd om barns tannhelse. Ved toårskontrollen skal tennene inspiseres, og helsesøstre skal henvise ved behov. Det er viktig at rutiner for samarbeid mellom helsestasjonene og tannhelsetjenesten fungerer, slik at barns tannhelse blir ivaretatt før de kalles inn til Den offentlige tannhelsetjenesten ved treårsalder. Klar ansvarsfordeling er et viktig moment i denne sammenheng.

Vår undersøkelse gjort blant helsesøstre i Norge kan tyde på at dette samarbeidet er blitt bedre enn tidligere undersøkelser viser. Helsesøstre mener tannhelse er et viktig tema, og de aller fleste følger anbefalingen som er gitt for når kostholdsveiledning og tannhelse skal taes opp ved helsekontrollene. Helsesøstre flest mener de har god nok kunnskap om tannhelse, og mange henviser barn videre til Den offentlige tannhelsetjenesten ved behov, før barnet er tre år.

Vi kjenner likevel ikke godt nok til om denne kunnskapen innebærer at risikogrupper kan identifiseres på et tidlig nok tidspunkt, og vi tror det må jobbes videre med rutiner og ansvarsfordeling mellom helsestasjonen og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
Innledning	4
Materiale og metode	9
Utvalg	9
Prosedyre	9
Instrumenter (spørreskjemaets innhold)	10
Statiske analyser	12
Resultater	12
Diskusjon	17
Konklusjon	22
Referanser	23
Vedlegg	26
Informasjonsskriv til ledende helsesøster	26
Informasjonsskriv til helsesøstre	27
Spørreskjema	28

Innledning

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i de siste årene har vært en nedgang i karies blant barn og unge. Sammenlignet med 1985 har andelen 5-åringere som aldri har hatt hull økt fra 50 % til 80 % i 2008 (1). I samme aldersgruppe er gjennomsnittlig antall tenner med hull (karieserfaring) gradvis redusert fra 1,6 i 2001 til 0,8 i 2008 (2).

Kariesforekomsten er ujevnt fordelt i landet. DMFS blant 5-åringere er størst i Oslo (1,4), Finnmark (1,1) og Vest-Agder (1,0) (3). Det er behov for flere vitenskapelige undersøkelser som kan gi sikrere opplysninger om kariesforekomsten blant førskolebarn som er yngre enn 5år.

Helsedirektoratet er bekymret for småbarns tannhelse. I publikasjonen ”Tenner for livet” i 2003, hadde 13 % av 3-åringene karies (4). Direktoratet mener dette er foruroligende. Videre grunn til bekymring er at de barna som har karies har forholdsvis mange angrep, i gjennomsnitt 3,4 lesjoner hver (4). Ved undersøkelse av 3-åringer på studenklukkene i Bergen og Oslo i 2001 var henholdsvis 67 % og 68 % kariesfrie (5,6). Alle grader av karieslesjoner var inkludert. Et betydelig antall av barna med karies hadde ikke-vestlig bakgrunn. Dette funnet samsvarer med flere andre skandinaviske undersøkelser som har vist at barn fra etniske minoriteter har dårligere tannhelse enn den etniske majoriteten. Disse barna utgjør en stor og viktig risikogruppe (7-10).

Det er gjort studier i Norge for å finne ut hvorfor etniske minoritetsgrupper har mer karies enn resten av befolkningen. Resultater fra ”Småtann undersøkelsen”, som er gjort blant innvandrerfamilier med førskolebarn i Oslo i 2007, viste at mange foresatte mente de fikk for lite veiledning og råd om tannhelse på helsestasjonene. Intervju av foreldrene viste at flere hadde manglende kunnskap om kariesutvikling og tannhelse. Mange trodde blant annet at det

var mulig å ha kariesfrie tenner uten regelmessig tannrengjøring. De fleste av innvandrerødrene mente at en travel hverdag og manglende kunnskap var hovedårsaken til at innvandrerbarn har mer karies enn etniske norske barn (11). Oppfølgingsstudier av familiene som fikk tilstrekkelig informasjon viste at de endret vaner etterpå. Eksempel på dette er at flere begynte å gi fluortabletter til barna sine (11).

Det er ikke bare minoritetsgrupper i befolkningen som trenger råd og veiledning innen tannhelse. En undersøkelse av 2-åringene i Oslo viste at en betydelig andel av toåringene hadde uheldige tannhelsevaner, og trengte hjelp fra tannhelsetjenesten før de fylte 3 år. Barna med plakk og/eller karies ved 2-års alder startet senere med tannpuss, børstet tennene sjeldnere, brukte sjeldnere fluortannkrem, fikk oftere sukkerholdig drikke om natten og oftere søte mellommåltider enn andre barn (13). Slåttelid Skeies doktoravhandling om kariesforekomsten hos barn konkluderer blant annet med at det ofte er for sent med forebyggende tiltak og behandling når barnet er tre år (14).

Karieslesjoner i tidlig barndom påvirker ikke bare melketannsettet. Risikoen for nye lesjoner i det permanente tannsett er signifikant forhøyet. Longitudinelle undersøkelser har vist at barn som utvikler karies tidlig har hyppigere og mer alvorlige lesjoner når de blir eldre. En undersøkelse utført av Grindefjord og medarbeidere viste at det var nesten 9 ganger større risiko for at barn med initialkaries ved 2,5 års alder utviklet nye lesjoner innen ett år, sammenlignet med barn uten karies. Hos barna med manifeste lesjoner ved 2,5 år var risikoen hele 14 ganger større (15). Disse tallene viser at karieserfaring er en viktig prediktor for risikoen for nye karieslesjoner. Ut i fra disse tallene kan man også konkludere med at forebyggende tiltak og behandling er viktig også før barnet er blitt tre år.

Selv om kariesforekomsten blant femåringer har gått ned de siste årene, er det flere utviklingstrekk i dagens samfunn som kan få negative konsekvenser for førskolebarns tannhelse. Eksempler på dette er det store konsumet av godteri og søt drikke, som ligger over

anbefalte nivået for barn og ungdom (15). Videre er den ”kariesfrie” fluorgenerasjonen blitt foreldre. Innkallingsintervaller i den offentlige tannhelsetjenesten har økt. Man har også en økning i innvandrere fra ikke-vestlige land. Nye trender i barneoppdragelse, reklame og kjøpepress, samt stress i hverdagen og endringer i familiestrukturer er alle eksempler på slike utviklingstrekk (16). Disse faktorene kan påvirke tannhelsen negativt, og er noe både helsesøstre og tannhelsepersonell bør være oppmerksomme på.

Kariesbehandlingen av barna kan være svært ressurskrevende og utfordrende. Tannbehandling oppleves ofte som traumatisk. Noen gruer seg så mye til tannbehandling at de avbestiller eller unngår å møte til timeavtaler (17). Manglende oppmøte i Den offentlige tannhelsetjenesten ble registrert i en 2 ukers periode i Akershus i 2000 og viste at 17 % av alle som var innkalt møtte ikke til behandling (18). Når pasienter unngår å møte vil konsekvensene bli at behandlingen utsettes eller ikke utføres, som igjen vil gi dårligere tannhelse og økt behandlingsbehov (17). Da kan man lett havne i en ond sirkel, med behandlingsvegning og angst for tannbehandling. Behandlingen kan tilslutt bli så omfattende at den må utføres ved hjelp av sedasjon eller narkose. Dette er svært ressurskrevende både når det gjelder kostnad og tid (19). Samtidig er det vanskeligere å legge fyllinger på småbarn pga nedsatt mestringsevne. Dette kan igjen føre til nedsatt kvalitet og varighet på fyllingene (20). Tove Wigen og medarbeidere har sett på sammenheng mellom både foreldre og barns unngåelse av tannbehandling/tannbehandlingsangst og karieserfaring hos 5-åringer. De fant ut at foreldre som unngikk å ta barnet med til avtalte timer på tannklinikken, samt tidligere erfaring av adferdsproblemer hos barnet, indikerte økt risiko for karies blant 5-åringer (21). Med bakgrunn i dette er det viktig med gode rutiner for kariesprofylakse, og at risikoindivider fanges opp tidlig, slik at man kan oppnå best mulig tannhelse i befolkningen.

I Sverige har en profylakse- strategi vært utført med stort hell. Et ambisiøst prosjekt ble gjennomført av Wendt og medarbeidere (22). Allerede ved 1- års alder startet man en

systemisk barnetannpleie med vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak for hele pasientgruppen. Prosjektet gikk ut på å intervju foreldrene om barnets kosthold, munnhygienevaner, sykdommer og medisiner, samt at man foretok en klinisk undersøkelse av barna. Barna ble undersøkt en gang i året fram til og med tre år, og ble ved hver undersøkelse gruppert inn i fire ulike risikogrupper. Hver gruppe hadde egne profylakse/ behandlingsprogram. En annen studie fra Finland, utført av Pienihäkkinen og Jokehla, har også gitt positive resultater. Barn i 2 års alder ble fulgt i 3 år. De som hadde økt risiko for karies (høyt antall Streptococcus mutans og/ eller initialkaries) fikk flere kontroller i året, hvor der det ble gitt helseinformasjon til foreldre og fluorbehandling og klorhexidinskylling til barna. Ved å målrette det forebyggende arbeidet blant høyrisikobarna ble kariesforekomsten redusert med 50 % (23).

”Tenner for livet” utgitt av Statens helsetilsyn anbefaler at barnets første innkalling til tannklinikk bør skje det året barnet fyller tre år. Tall fra DOT (Den offentlige tannhelsetjenesten) viser imidlertid at så mange som 1/3 av barn i Norge har sitt første møte med tannhelsetjenesten det året de fyller fire år (4). Før denne tid er det helsestasjonene med lege og helsesøstre som har ansvar for kontroll av tannhelsen til barnet. Helsestasjonen bør gi informasjon om tannhelse, tannhelsetilbud og forebyggende tiltak. Det er tannhelsetjenesten som skal bistå helsestasjonen med nødvendig opplæring og praktisk veiledning. Tannhelsetjenesten har også ansvaret for at samarbeidet kommer i stand (19).

Helsesøstre har mange temaer de er pålagt å ta opp ved konsultasjonene med foreldre til småbarn. Det finnes en oversikt for helsesøstre over anbefalte programmer for barn i ulike aldersgrupper mellom 0-5 år. Denne inneholder en detaljert oversikt over hvilke helseopplysninger/ foreldreveiledninger de skal gi, samt hvilke somatiske helseundersøkelser og vaksinasjoner som bør gjennomføres (24). Ved 5, 7-8 og 11-12 mnd, og ved 2-års kontroll skal det informeres og gis veiledning til foreldre om tannhelse; herunder kosthold, tannstell og

gode vaner/spisevaner. Ved 2- års undersøkelse skal tennene inspiseres. Det anbefales videre at det bør gjennomføres en målrettet undersøkelse når det ut i fra en totalvurdering foreligger risikofaktorer som for eksempel medisinbruk, spesielle sykdommer og syndromer, dårlig kosthold og munnhygiene. Helsesøstre skal henvise til tannhelsetjenesten ved;

- Mistanke om karies.
- tannskader.
- særskilt informasjons – og veiledningsbehov.

Ved hver konsultasjon er det mange ulike temaer som det er anbefalt å snakke om. Et eksempel på dette er ved 11-12 mnd konsultasjonen, hvor både søvn, språk, barneulykker/skader, tannhelse, selvstendighetstrening, vanlige sykdommer, vaksineinformasjon, rusmidler og samspill skal tas opp i løpet av møtet. Videre anbefales det at man samtidig skal ta opp anamnese/ undersøke synet, hodet, lengde/vekt og ta eventuelle laboratorieprøver, samt enkelte vaksiner dersom disse ikke er tatt tidligere (24). Når det er så mange forskjellige temaer og undersøkelser som man bør komme gjennom i løpet av en konsultasjon, er det klart at enkelte temaer blir nedprioritert i forhold til andre. Vi vet lite om hvor mye tannhelse blir vektlagt. En tidligere studie av tannhelsetilbud for barn mellom 0-3år i Oslo viste imidlertid at tenner ofte ikke ble undersøkt ved 2 års kontroll på helsestasjonen (25).

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge i hvilken grad helsesøstre gir informasjon til foreldre med 1-2 år gamle barn om tannhelse spørsmål. Helsesøstrenes selvrapporterte svar skal vurderes i forhold til Helsedirektoratets krav til tannhelseinformasjon formulert i veilederen ”Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Materiale og metode

Som utgangspunkt for undersøkelsen vår hadde vi et spørreskjema til helsesøstre om hvilken helseinformasjon som ble gitt til foreldre med barn på 1 – og 2 år, ved helsekontroll.

Spørreskjemaet var i utgangspunktet utarbeidet med bakgrunn i en større undersøkelse som er planlagt ved Det Odontologiske fakultet i Oslo.

Utvalg

Utvalget bestod av totalt 264 helsesøstre fra et tilfeldig utvalg på 98 av totalt 826 helsestasjoner i Norge. Tre brev med til sammen 5 spørreskjemaer kom i retur. Totalt 259 skjemaer ble sendt til helsestasjonene. Utvelgelsen ble gjort basert på liste fra Helsedirektoratet over alle helsestasjoner i Norge, og den tilfeldige utvelgelsen ble gjort ved hjelp av Excel og funksjonen som genererer tilfeldige numre.

Prosedyre

For å få vite antall helsesøstre som har ansvar for barn fra 1-2 år, ringte vi til de utvalgte helsestasjonene og snakket med ansvarshavende helsesøster. Samtidig presenterte vi prosjektet og spurte på en vennlig måte om den aktuelle helsestasjonen ville delta i undersøkelsen. Det ble presisert at undersøkelsen var frivillig og anonym, samt at den var støttet av Helsedirektoratet. Da det var vanskelig å få kontakt med enkelte helsestasjoner per telefon eller e-post, gikk vi videre på listen til vi oppnådde kontakt med 98 helsestasjoner. Det ble sendt ut brev til hver helsestasjon med to ulike informasjonsskriv; ett til ansvarshavende

helsesøster, med spørsmål om å administrere undersøkelsen på sin helsestasjon, og ett til hver enkelt av helsesøstrene. Brevet inneholdt også spørreskjema til hver helsesøster, samt frankerte svarkonvolutter. Noen uker etter utsendelse ble det sendt et brev til alle med takk til de som hadde svart og en påminnelse til de som ikke hadde svart.

Totalt fikk vi tilbakesendt 116 utfylte skjemaer, som utgjør en svarprosent på 44,8 % (116/259). Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) vurderte prosjektet som ikke meldepliktig.

Instrumenter (spørreskjemaets innhold)

I tillegg til bakgrunnsvariabler (alder, antall år som helsesøster) ble det inkludert følgende variabler:

Antall barn

Hvor mange barn blir født pr. år i ditt distrikt (som du har ansvaret for)? (ca. antall) og Hvor mange prosent av ettåringer i ditt distrikt har ikke vestlig bakgrunn? (ca. prosent).

Rutiner om helseinformasjon i barnets første leveår

Her ble det inkludert et spørsmål om helsesøstrenes oppfatninger av hvor viktig de forskjellige helsetemaer er i informasjonen til mødre med 1-år gamle barn: ”Hvor viktig er det å gå gitt informasjon i første leveår?”; om barnets utvikling, søvn, vaksine, tannhelse, røyking, samspill/kontakt, ernæring, overvekt, alkohol, barneulykker, andre; i tilfelle hva? (Sett inn et tall fra 1-10 foran hvert tema, 1= ikke viktig i det hele tatt, til 10= svært viktig). Videre skulle de ta standpunkt til følgende påstander: 1) ”Helseinformasjon som blir gitt på helsestasjon har liten betydning for hva foreldre gjør når det gjelder barnet” (helt enig, enig,

verken enig eller uenig, uenig, helt uenig) og 2) ”Når det gjelder tannhelse er mitt aller viktigste budskap til foreldre med toåringer” (unngå spising mellom måltidene, bruk fluortabletter (når barnet kan suge disse), puss fra første tann, mellom måltider og natten bør barnet helst bare drikke bare vann, unngå sukkerholdige matvarer, jeg snakker ikke om tannhelse, andre temaer i tilfelle hva?).

Kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten

Følgende spørsmål ble inkludert: 1) ”Hva slags kontakt har du med tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten når det gjelder barn fra 0 til 3 år?”(regelmessig kontakt, kun kontakt i forbindelse med spesielle problemer, ingen kontakt, annen kontakt i tilfelle hva?) og 2) ”Har dere noe samarbeid med noen tannleger eller tannpleiere når det gjelder barn som ikke møter til timeavtaler i Den offentlige tannhelsetjenesten?” (ofte, av og til, sjelden, aldri).

Vurdering av egen kunnskap og praksis.

Her ble helsesøstrene bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de var i forskjellige påstander relatert til praksisen sin. De fikk spørsmål om ”hvor enig eller uenig er du i følgende påstand relatert til din praksis: Jeg har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse til å kunne gi de riktige råd til foreldre” (alternative svar: helt enig, enig, verken enig eller uenig, uenig, helt uenig). De ble også bedt om å svare på: ”Blir barnets tenner undersøkt/inspisert på helsestasjonen” (alternative svar: Ja alltid, ja av og til, sjelden, nei aldri), og ”Hender det at du henviser barn til tannhelsetjenesten før 3-års alder?” (alternative svar: ofte, av og til, sjelden, aldri).

Statistiske analyser

Dataene ble lagt inn og analysert i SPSS, versjon 16.0. I tillegg til deskriptive analyser (forekomst og fordelinger) ble sammenhenger mellom variabler analysert med krysstabeller (khi-kvadrattest), med p-verdier på 0,05 eller mindre som grense for statistisk signifikans.

Resultater

Til sammen 45 % (116/259) av helsesøstrene returnerte utfylt spørreskjema.

Bakgrunnsopplysninger

Gjennomsnittsalder på helsesøstrene som svarte var 47 år (varierte fra 28 til 64 år), og de hadde i gjennomsnitt jobbet 11 år som helsesøster (varierte fra 1 mnd til 35 år) I gjennomsnitt hadde helsesøstrene ansvar for 60 nye barn pr. år (3-1028 barn). Andelen barn med ikke-vestlig bakgrunn varierte fra 0 til 100 %, med et gjennomsnitt på 9 %.

Rutiner om helseinformasjon i barnets første leveår

På spørsmål om hvor viktig helsesøstrene synes det er å få gitt informasjon om helsetemaer i barnets første leveår (fra 1= ikke viktig i det hele tatt til 10= svært viktig) var det høyest gjennomsnittskår for temaene kontakt/ samspill (8,3), ernæring (8,1) og barnets utvikling første leveår (8,0). Overvekt, alkohol og barneulykker ble minst vektlagt (henholdsvis 5,7, 6,8 og 7,0). Temaet tannhelse fikk en gjennomsnittsscore på 7,3. (Tabell 1).

Tabell 1. Gjennomsnittskår (SD) for vektlegging av temaer i informasjonen til foreldre med barn i første leveår.

Variabel	Gj.snitt (SD)
1. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om samspill/kontakt?	8,3 (3,0)
2. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om ernæring?	8,1 (2,8)
3. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om barnets utvikling?	8,0 (2,9)
4. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om vaksine?	7,8 (2,3)
5. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om søvn?	7,5 (2,5)
6. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om tannhelse?	7,3 (2,5)
7. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om røyking?	7,1 (3,0)
8. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om barneulykker?	7,0 (2,8)
9. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om alkohol?	6,8 (3,0)
10. Hvor viktig er det å få gitt informasjon i første leveår om overvekt?	5,7 (3,1)

1= ikke viktig i det hele tatt, 10= svært viktig

Helseinformasjonsprogrammet i første leveår

På spørsmålet ”Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand relatert til din praksis:

Helseinformasjon som blir gitt på helsestasjonen har liten betydning for hva foreldrene gjør når det gjelder barnet”, var 70,7 % (82/116) uenig/ svært uenig, mens 6,9 % (8/116) var enige/helt enige. På svarene på dette spørsmålet var det statistisk signifikant forskjell mellom helsesøstere i aldersgruppen 49 år eller mer, sammenlignet med de som var yngre enn 49 år.

Av den eldste aldersgruppen var 14,6 % (7/48) enige eller helt enige sammenlignet med 1,5 % (1/68) av de yngste ($\chi^2 = 7,54$, $p < 0,05$).

Tannhelse og ernæring

Når det gjelder tannhelse svarte 41,4 % (48/107) av helsesøstrene at det viktigste budskapet til foreldre med 1-åringer var at barnet helst bør drikke vann mellom måltider og om natten. 13,8 % mente at det viktigste budskapet er at man bør unngå sukkerholdige matvarer. 8,6 % mente at puss fra første tann er viktigst. Kun 1,0 % av helsesøstrene snakket ikke om tannhelse.

Tabell 2. Helsesøstres viktigste budskap om tannhelse til foreldre med ettåringer:

	n (%)
Mellom måltider og om natten bør barnet helst drikke bare vann	48 (41,4)
Unngå spising mellom måltidene	16 (13,8)
Unngå sukkerholdige matvarer	16 (13,8)
Bruk fluortabletter (når barnet kan suge disse)	10 (8,6)
Puss fra første tann	10 (8,6)
Andre temaer	6 (5,2)
Jeg snakker ikke om tannhelse	1 (0,9)

Kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten.

Når det gjelder kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten, svarte 48,3 % (56/116) at de hadde regelmessig kontakt, 19,8 % (23/116) kun kontakt i forbindelse med spesielle problemer, 9,5 % (11/116) svarte ingen kontakt og 22,4 % (26/116) hadde krysset av for annen kontakt (Tabell 3). Tabell 4 viser at det ikke er signifikant forskjell mellom eldre og yngre helsesøstere når det gjelder kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er heller ikke signifikant forskjell mellom de to gruppene når det gjelder samarbeid med tannleger eller

tannpleiere når det gjelder pasienter som ikke møter til timeavtaler (Tabell 5). Det var signifikant forskjell mellom eldre og yngre helsesøstre når det gjelder henvisning til tannhelsetjenesten. Eldre helsesøster henviser hyppigere enn yngre helsesøster ($\chi^2=7,10$, $p<0.05$) (Tabell 6).

Tabell 3. Rutiner for samarbeid med tannhelsetjenesten og undersøkelse av tenner på helsestasjonen.

	Ofte n(%)	Av og til n (%)	Sjelden n (%)	Aldri n (%)
Har dere noe samarbeid med tannleger eller tannpleiere når det gjelder barn som ikke møter til timeavtaler i den offentlige tannhelsetjenesten?	4 (3,4)	28 (24,1)	19 (16,4)	64 (55,2)
Hender det at du henviser barn til tannhelsetjenesten før 3 års alder?	4 (3,4)	71 (61,2)	34 (29,3)	6 (5,2)
	Alltid n(%)	Av og til n (%)	Sjelden n(%)	Aldri n(%)
Blir barnets tenner undersøkt/ inspisert på helsestasjonen?	28 (24,1)	73 (62,9)	9 (7,8)	3 (2,6)

Tabell 4. Selvrappport om kontakt med Den offentlige tannhelsetjeneste (barn 0-3 år) i forhold til helsesøstres alder.

Alder	Regelmessig kontakt n (%)	Kun kontakt ved spesielle problemer n (%)	Ingen kontakt n (%)	Annet n (%)
49 år eller yngre	31 (45,6)	15 (2)	10 (14,7)	12 (17,6)
50 år eller eldre	25 (52)	8 (16,7)	1 (2)	14 (29,2)

($p=0.07$)

Tabell 5. Selvrappport om samarbeid med tannleger eller tannpleiere når det gjelder pasienter som ikke møter til timeavtaler i forhold til helsesøsters alder

Alder	Ofte n (%)	Av og til n (%)	Sjelden n (%)	Aldri n (%)
49 år eller yngre	2 (3)	15 (22,4)	9 (13,4)	41 (61,2)
50 år eller eldre	2 (4,2)	13 (27,1)	10 (20,8)	23 (47,9)

(p=0.54)

Tabell 6. Rutiner for henvisning av pasienter til tannhelsetjenesten fordelt på helsesøsters alder.

Alder	Ofte n (%)	Av og til n (%)	Sjelden eller aldri n (%)
49 år eller yngre	0 (0 %)	40 (60 %)	27 (40 %)
50 år eller eldre	4 (8,3 %)	31 (64,6 %)	13 (27,1 %)

(p=0,03)

Vurdering av egen praksis:

Til sammen 73,3 % (85/116) mente at de hadde tilstrekkelig kunnskap om tannhelse. Bare 3,4 % (4/116) mente at kunnskapen var for dårlig til å kunne gi god informasjon til foreldrene, mens 23,3 % (27/116) var usikre på om de var nok oppdatert på dette temaet.

Diskusjon

Helsedirektoratet har i forskrift fra 2003 pålagt samarbeid mellom helsestasjoner og tannhelsetjenesten, og det er tannhelsetjenesten som har ansvar for å få til dette samarbeidet. Det står også i denne forskriften at det skal foreligge skriftlige rutiner om dette (4). Tannhelse skal tas opp som tema ved tre kontroller: 5 og 12 mnd og 2 år. I tillegg skal det gjennomføres en undersøkelse ved 2-årskontrollen der tennene skal undersøkes (24).

Formålet med denne studien var å få bedre kunnskap om i hvilken grad helsesøstre gir informasjon til foreldre med 1-2 år gamle barn om tannhelse spørsmål, og om graden av kontakt mellom helsesøstere og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Viktige funn i vår undersøkelse var at ca 90 % av helsesøstrene svarte at de har god kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten. I alt 61,2 % henviser av og til barn til tannhelsetjenesten før treårs alder. Til sammen 73 % sier at barnets tenner blir undersøkt på helsestasjonen. Bare 3 % svarte at de aldri inspiserte tennene. Det viktigste budskapet helsesøstre gir når det gjelder tannhelse, er at barnet helst bør drikke vann mellom måltider og om natten. Helsesøstre mener tannhelse er et viktig tema. På en skala fra en til ti, skårer informasjon om tannhelse 7,3.

Det kan stilles spørsmål om i hvilken grad vi kan generalisere våre resultater til alle helsesøstre i Norge. Undersøkelsen er basert på et tilfeldig utvalg (259 helsesøstre fra et tilfeldig utvalg på 98 av totalt 826 helsestasjoner i Norge). Til sammen 44,8 % av helsesøstrene svarte i undersøkelsen. Det vil si at svarprosenten er lav, og vi har ingen opplysninger om de 55 % av helsesøstrene som ikke svarte. Gjennomsnittsalder på de som svarte var 47 år (28-64 år), og de hadde i gjennomsnitt jobbet 11 år som helsesøster (1 mnd-35 år). Ut fra disse tallene kan vi si at det var en bra aldersmessig fordeling mellom helsesøstrene som svarte. Det er en viss usikkerhet med selvrapporterte data fordi det kan tenkes at respondentene vil nærme seg det de tror er et "ideelt" svar.

Vår undersøkelse viser at 90 % av helsesøstrene har en eller annen form for samarbeid med DOT. Dette er ikke langt unna resultatet vist i en undersøkelse gjort av to helsesøstre på Høgskolen i Akershus i 2006. ” Sammen for Småtenner ” var en kartleggingsundersøkelse blant 54 medstudenter under utplassering på helsestasjoner, hovedsakelig i østlandsområdet. De fleste helsesøstrene (93 %) snakket om tannhelse med foreldre, men ikke på alle de alderstrinn som forskriften sier. Denne undersøkelsen (svarprosent 78) viste likevel at knapt halvparten av helsestasjonene hadde etablert samarbeid med tannhelsetjenesten. Når barna ikke blir innkalt til tannhelsekontroll før de er 3 år, og mange faktisk ikke kommer inn før de er nærmere 4 år er det viktig at helsesøstre inspiserer tennene ved 2-årskontrollen, og eventuelt henviser til tannhelsetjenesten ved behov. De to helsesøstrene i denne undersøkelsen kunne konkludere med en rekke forslag til forbedring av samarbeidet mellom helsestasjonstjenesten og tannhelsetjenesten. De mente f. eks at hvis helsesøster og tannpleier i felleskap diskuterer kriterier for henvisning, og utarbeider skriftlige rutiner for henvisning vil samarbeidet fungere bedre (30).

Andre undersøkelser har vist at kontakten mellom Den offentlige tannhelsetjenesten og helsesøstre er varierende (25). I 2003, etter at den nye foreskriften kom, startet tannhelsetjenesten i Østfold arbeidet med å opprette et godt samarbeid med helsestasjonene. Målet var å redusere karies i småbarnsgruppen. De satset på å kvalitetssikre samarbeidet ved et enkelt kvalitetshefte, ”Tannhelse på helsestasjonen”, som er ment som veileder og hjelp i kommunikasjon mellom helsestasjonene og tannhelsetjenesten. Hftet gir også en klar plassering av ansvar, i tillegg til faste rutiner der helsestasjonen bl.a. har utdeling av gratis tannbørste når barnet er 6 måneder gammelt, med beskjed om å starte puss med fluortannkrem morgen og kveld. Rutinemessig henviser de barn til tannhelsetjenesten ved 1 år hvis behov, og barn fra fremmede kulturer henvises ved 15 måneder. Legen ser på barna ved 2-årskontroll og henviser etter vurdering (26).

I Akershus har alle kommunene inngått avtaler om forpliktende samarbeid mellom helsestasjoner og tannhelsetjenesten. Avtalen er ledd i implementering av veilederen ”Tenner for livet”. Spørsmålet er videre hvor konkret ansvaret er definert, og om det er utarbeidet gode nok rutiner for å gjennomføre samarbeidet. Veilederen gir gode anvisninger, men resultatet er avhengig av at ansvaret plasseres i organisasjonen.

Vestfold har også rutiner på samarbeid (27). Her startet de et prosjekt kalt ”Alle barn har rett til god tannhelse” i 2002. Samarbeid mellom helsestasjoner og tannhelsetjenesten tok da for alvor til. Målet var å fange opp barn med høy risiko for karies før treårskontrollen hos tannhelsetjenesten. Høsten 2005 ble prosjektet evaluert, med konklusjon om at det har vært nyttig men kan forbedres. Blant forslagene til forbedring var å utarbeide en prosedyreperm, og at man bør ha faste samarbeidsmøter en til to ganger i året (28).

Møre og Romsdal har sitt eget ”Tenner for livet”-prosjekt. Målet her er å få ensartede rutiner og tiltak i alle kommunene, slik at tilbudet til småbarn, eldre og funksjonshemmede blir mest mulig likt i hele fylket (29).

I vår undersøkelse henviser 61,2 % av helsesøstrene barn videre til Den offentlige tannhelsetjenesten av og til. Dette mener vi tyder på en god oppfølging av barn med videre behandlingsbehov, men vi kjenner ikke til konkrete henvisningsrutiner, og hvilke kriterier som legges til grunn for henvisning. Fra andre kilder vet vi f. eks at Vestfold registrerer alle barn med plakk på fronttennene ved ettårskontrollen, og henviser disse videre til tannhelsetjenesten (27). Videre har de kommet med forslag til forbedring av henvisningsordningen, nemlig å vektlegge mer enn plakk kontroll, som f. eks henviser barn som lever under sosialt vanskelige forhold (28).

Når det gjelder tannhelse mente de fleste helsesøstrene at det viktigste budskapet de hadde til foreldre med 1-åringer var at barnet helst bør drikke vann mellom måltider og om natten, unngå spising mellom måltider, og unngå sukkerholdige matvarer. De ble bedt om å

prioritere hva de mente var viktigst, og dette betyr derfor ikke at de ikke også informerer om tannpuss og fluor. Det er liten tvil om at flaske med saft, amming om natten og sukkerspising mellom måltider er en stor risikofaktor når det gjelder småbarnskaries. Gode vaner som etableres i barnets tidligste leveår er sannsynligvis den beste forsikring mot sykdomsutvikling (16). Vi mener derfor at helsesøstres prioriteringer er gode. Tenner er absolutt med i den totale vurdering av barnets helse, og er i ferd med å bli innarbeidet som del av den totale helsekontroll.

Av våre resultater ser vi at 55 % av helsesøstrene aldri har noe kontakt med tannhelsetjenesten når det gjelder barn som ikke møter til tannhelsetjenesten. Hvis dette skjer gjentatte ganger for samme barn, vil det si at det er en risiko for at man ikke fanger opp barn med initial karies før sykdommen har utviklet seg. Antagelig er praksisen ulik fra fylke til fylke, og også mellom ulike tannklinikker når det gjelder rutiner for ”ikke møtt”. Tannhelsetjenesten i Østfold har tatt tak i dette problemet, og utviklet et system for oppfølging. Tannhelsesekretær Kristin Strandlund forteller i Munnpleien nr1/2009 at hun opplevde at mange barn uteble fra timene, og noen hadde ikke møtt på flere år. Resultatet ble et prosjekt der såkalte bekymringspasienter skulle følges opp. Hun får nå frigjort så mye tid som nødvendig som oppfølgingskontakt, og hun følger opp bekymringspasientene helt til de møter. Prosjektet viser også at noen trenger ekstra støtte og oppfølging når det gjelder barnas tannhelse (31). Flere undersøkelser viser at innvandrerbarn med ikke-vestlig bakgrunn er en risikogruppe mht karies, og har mer karies enn barn med vestlig bakgrunn (7-10). En annen risikogruppe er de som ikke møter til timeavtaler. Resultatene fra Wigens studie viser at samtalen med helsesøster og mødre til 1- og 2-åringer bør legge vekt på viktigheten av å møte opp til tannlege/ tannpleier. (21). At 24,1 % av helsesøstrene i vår studie sier at de har kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten når det gjelder barn som ikke har møtt til tannhelsekontroll er positivt, og kan tyde på at de har kunnskap om betydningen av samarbeid

mellom de to instansene når det gjelder "ikke-møtt"-gruppen.

De fleste helsesøstre (73 %) mener at de har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse, og bare 3,4 % mener at de mangler kunnskap. Tidligere undersøkelse har vist at de fleste helsesøstrene rapportert manglende kunnskap om tannhelse og behov for opplæring (25). I vår studie var 23,3 % usikre når det gjaldt egen kunnskap om tannhelse. Et spørsmål man kan stille seg er hva de enkelte helsesøstrene legger i begrepet kunnskap i denne sammenheng. Innbefatter kunnskapen helsesøstre sitter inne med hvordan de på et tidlig tidspunkt kan fange opp risikogrupper? Prosjektet "Første tann" viser at det er store forskjeller mellom helsestasjonenes praksis. Noen steder informerte helsesøstrene om tenner og tannstell slik de er pålagt, men andre steder var ikke tannhelse noe tema i samtalen med foreldrene (25). Dette kan kanskje skyldes at temaet tannhelse blir lavt prioritert i utdanningen, eller at det er manglende rutiner når det gjelder kontakten mellom helsestasjonene og tannhelsetjenesten. Den manglende kontakten kan skyldes, i følge undersøkelsen, at det er manglende retningslinjer for tannpleiernes forebyggende arbeid utenfor klinikk, og at de ikke er pålagt å rapportere slik virksomhet (25).

Flere studier i forhold til småbarnskaries konkluderer med at småbarn bør kalles rutinemessig inn til tannhelsen før 3-årskontrollen (12,14). Espelid og Skeie mener at det forebyggende arbeidet bør starte før karies oppstår, ca ved ettårsalder. Foreldre må gis informasjon om hva som fremmer en god tannhelse, og de må overbevises om at de kan gjøre noe for å forhindre karies hos sitt barn (16). Doktoravhandlingen til Marit Slåttelid Skeie viste et tydelig potensial for å redusere omfanget av fyllingsterapi ved å behandle sykdommer på et tidligere stadium, med interceptive metoder. Funnene viste også at det ofte er for sent med forebyggende tiltak når barnet er 3 år. Slåttelid Skeie uttrykker videre at helsestasjonene bør ha en større rolle i det forebyggende arbeidet og som henvisende instans, samt at arbeidsfordelingen mellom tannleger og tannpleiere bør revurderes (14).

Man kan spekulere på om det hadde vært like ressursbesparende å la barn komme til tannhelsetjenesten tidligere enn ved 3-års alder, og la helsesøstrene slippe den ekstra oppgaven det er å ta seg av tannhelsen til barnet. Dette i lys av at helsesøstre har svært mange helsetemaer de skal innom, og at mange føler seg usikre på feltet. Dette er gjennomført i Sverige med gode resultater (22). Det pågår nå et prosjekt i Askim og Rakkestad; "Lillemunn", der temaet er "Tverrfaglig samarbeid – helsestasjon, barnehage, skole". De stiller spørsmålet "Hvordan kan vi som tannhelsepersonell legge til rette for godt tverrfaglig samarbeid og forbedring av tannhelsen til barn og unge (0-18 år). Alle barn i Askim og Rakkestad skal følges opp fra de er ni måneder til de kommer til tre- og femårskontroll (2012 og 2014). Målet er å skape gode holdninger når det gjelder tannhelse og kosthold så tidlig som mulig. Hvis man overfører tannhelsekontroll til tannhelsetjenesten på et tidligere tidspunkt vil man samtidig tenke seg at risikogrupper blir avdekket tidlig nok til at profylaktisk behandling er tilstrekkelig, og tannhelsepersonell frigi tid ved mindre ressurskrevende behandlingsopplegg. Det en derimot mister ved dette er helsesøstres kunnskap om barns familieforhold generelt. Dette vil være en viktig faktor i det forebyggende arbeidet med små barn, også når det gjelder tannhelse.

Konklusjon

Funnene våre viser at tannhelse hos barn ved ett- og to-årskontroll er et tema som er høyt prioritert blant helsesøstre. Sammenlignet med tidligere studier kan våre resultater tyde på at kontakten mellom helsestasjonene og Den offentlige tannhelsetjenesten har blitt bedre de siste årene. Dette kan være et resultat av at flere fylker har satt i gang tiltak basert på Helsedirektoratets forskrift fra 2003 om samarbeid mellom helsestasjoner og tannhelsetjenesten. De fleste helsesøstre undersøker tennene ved 2-årskontroll. Mange henviser til tannhelsetjenesten ved behov, og 73 % mener selv at de har god nok kunnskap om

tannhelse. Vi kjenner imidlertid ikke godt nok til om kunnskapen innebærer at de kan identifisere tidlige tegn på at barnet er i en risikogruppe når det gjelder tannhelse. Det bør etableres mer konkrete rutiner og tydeligere ansvarsfordeling for samarbeidet mellom helsestasjonene og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Referanser

1. Tannhelsestatistikk fra helsedirektoratet:
http://www.helsedirektoratet.no/tannhelse/tannhelsestatistikk/flere_barn_og_unge_uten_hull_i_tennene_288254.
- 2.) Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikbanken>.
- 3.) Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikbanken>.
- 4.) Tenner for livet. Baselineundersøkelse nr 1. Tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5 åringer.
Tiltaksoversikt. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1333_9319a.pdf
- 5.) Kristoffersen J, Bajalan S, Raadal M. Karies hos treåringer –forekomsten i en gruppe barn i Bergen. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113(12): 604-7.
- 6.) Brobakken SSK, Helgesen AG, Skaare AB. Kariesforekomst blant treåringer i et storbyområde med mange innvandrere. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003;113(12): 610-2.
- 7.) Grindefjord M, Dahllöf G, Nilsson B, Modèer T. Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5 years of age. *Caries Res* 1996;30:256-66.
- 8.) Stecksens-Blicks C, Sunnegårdh K, Borssèn E. Caries experience and background Factors in 4-year-old children: time trends 1967-2002. *Caries Res* 2004;38:149-55.
- 9.) Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G. Oral health in pre-school children living in Sweden. Part III- A longitudinal study. Risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age and immigrant status. *Swed Dent J* 1999;23:17-25.
- 10.) Wang NJ. Dental caries and resources spent for dental care among immigrant children and adolescents in Norway. *Int Dent J* 1996; 46:86-90.
- 11.) Skaare AB, Afzal SH, Olli E og Espelid I. Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre -

- oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen. *Nor Tannlegeforen Tid* 2008; 118: 300-5.
- 12.) Grindefjord M, Dahllof G, Modeer T. Caries development in children from 2,5 to 3,5 years of age: a longitudinal study. *Caries Res* 1995;29:449-54.
- 13.) Stordahl GW og Wang NJ. Kariesaktivitet ved toårsalder. *Nor Tannlegeforen Tid* 2009; 119:214-9.
- 14.) Skiene MS, Espelid I, Skaare AB, Grimmestad A. Caries patterns in an urban, preschool population in Norway. *Eur J Paediatr. Dent* 2005;6:16-22.
- 15.) Utviklingen i norsk kosthold 2002. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet IS:1084;2003.
- 16.) Espelid I og Skeie MS. Karies hos førskolebarn- tid for handling? *Nor Tannlegeforen Tid* 2003;113:614-8.
- 17) Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Missed and cancelled appointments among 12-18-year-olds in the Norwegian Public Dental Service. *Eur J Oral Sci.* 1998;106:1006-12.
- 18) Wang NJ, Schiøth JT. Ikke møtt til avtalt time- et problem? Ressursbruk i offentlig tannhelsetjeneste. *Nor Tannlegeforen Tid* 2000;10:874-7.
- 19.) Statens helsetilsyn. Tenner for livet- helsefremmende og forebyggende arbeid. IK-2659. Oslo:statens helsetilsyn;1999.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf.
- 20.) Raadal M, Espelid I, Mejåre I. The caries lesion and its management in children and adolescents. *Pediatric Dentistry- Aclinical Approach*. 1 ed. Copenhagen: Munksgaard;2001:173-212.
- 21.) Wigen I, Skaret E og Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for careis in 5-years-old children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009;19:431-437.
- 22.) Wendt LK, Hallostén AL, Koch G, Birkhed D. Analysis of caries-related factors in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol scand* 1996; 54:131-7.
- 23.) Pienihäkkinen K, Johela J. Clinical outcomes of risk-based caries prevention in preschool-aged children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:143-150.
- 24.) Sosial og helsedirektoratet. Kommunenens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. April 2003 nr. 450.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154_2619a.pdf.

- 25.) Røren H, Jørgensen J, Suseg P, Zakariyya Z, Langhoff K. Første tann. Evaluering av tannhelsetilbudet for barn mellom 0-3 år i Oslo. Prosjektforum, høst 2005. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo; 2005.
- 26) Brandt GM. Småbarns tannhelse. Vi må satse på helsesøster. Munnpleien nr 1/2003:6-7
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>.
- 27) Brandt GM. Lillemunn. Gode vander for små munn. Munnpleien nr 2/2009: 2-4
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>.
- 28) Hovland EM, Lunde JG. .Amming og tannhelse. Når barnet er fylt ett år, bør amming om natten begrenses. Fra pupp til kopp. Munnpleien nr 2/2008: 13-16.
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>
- 29) Stuveseth B. Bedre helse gjennom bedre tannhelse. Munnpleien nr 1/2008: 3-5.
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>.
- 30) Stenvik R. Sammen for Småtenner. Fordypningsoppgaven. Munnpleien nr 1/2007: 8-10
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>.
- 31) Suphammer T. De bekymrer seg og gjør noe med det. Munnpleien nr 1/2009: 18-19
<http://www.tannvern.no/sider/munnpleien/html>.

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I OSLO
DET ODONTOLOGISKE FAKULTET

Side 1 av 1

Ad. spørreundersøkelsen om helseinformasjon til foreldre med 1- og 2-åringer

Hei,

Vi viser til telefonsamtale eller e-mail angående spørreundersøkelsen - og takker for at du var positiv til å delta.

Vedlagt er spørreskjemaer, infobrev og svarkonvolutt til hver av helsesøstrene. Vi ber om at disse blir delt ut til hver helsesøster, gjerne med en muntlig informasjon.

Det er viktig for studien, og for oss studentenes gjennomførbarhet av masteroppgaven, at så mange som mulig av de utvalgte sender tilbake skjemaer i utfylt stand.

Dataene fra spørreskjemaene er helt anonyme (det skal ikke stå navn på skjemaene), og det er frivillig å delta.

Resultatet av undersøkelsen vil bli tilgjengelig via universitetets hjemmeside (<http://www.odont.uio.no/om/iko/fagavdelinger/pedodonti/index.html>).

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Kirsti Stevik
Stud. odont

Ingrid Kalgraff
Stud.odont

Fatma Karabuk
Stud.odont



Informasjonsskriv til helsesøstere som jobber ved helsestasjoner for sped- og småbarn

Universitetet i Oslo ønsker å kartlegge dagens rutiner for helseinformasjon til foreldre med barn i alderen 1-2 år, med vekt på forhold som kan bidra til forebygging av sykdommer som tannrøte og overvekt hos barn. Helsesøstere som jobber på helsestasjonene for sped- og småbarn er de som har mest kunnskap om dette.

Dette spørreskjemaet sendes derfor ut til et tilfeldig utvalg av helsestasjoner i Norge. Vi håper du kan tenke deg å hjelpe oss – ved å fylle ut og returnere spørreskjemaet i vedlagte frankerte returkonvolutt.

Dataene vil bli behandlet anonymt (vennligst ikke skriv navn på spørreskjemaet!) ved vår avdeling ved Universitetet i Oslo. Deler av dataene vil gi grunnlag for en prosjektoppgave for 3 studenter i Odontologi.

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst-Norge. Undersøkelsen støttes av Helsedirektoratet.

Det er frivillig å delta.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Fatma Karaburk
Stud.odont.

Kirsti Stevik
Stud.odont.

Ingrid Kalgraff
Stud.odont.

Veiledere:

Erik Skaret
professor, dr.odont
(prosjektansvarlig)
Institutt for klinisk odontologi
Avd for pedodonti og atferdsfag
Universitetet i Oslo
E-mail: erik.skaret@odont.uio.no

Ivar Espelid
professor, dr.odont
Institutt for klinisk odontologi
Avd for pedodonti og atferdsfag
Universitetet i Oslo

Helsesøstre 2009

Spørreskjema

Vi håper du kan ta deg tid til å svare på følgende spørsmål:

FØRST NOEN BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

1. Fødselsår _____

2. Hvor lenge har du til sammen jobbet som helsesøster på helsestasjon?

Antall år: _____

3. Hvor mange barn blir født pr. år i ditt distrikt (som du har ansvar for)?

Ca. antall: _____

4. Hvor mange prosent av 1-åringene i ditt distrikt har ikke-vestlig bakgrunn (omtrentlig anslag)?

Ca. _____%

OM RUTINER FOR HELSEINFORMASJON I BARNETS FØRSTE LEVEÅR

5. Hva er dine rutiner når det gjelder valg av helsetemaer i barnets første leveår?

Sett ett kryss

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Følger temalisten i veilederen. | <input type="checkbox"/> Følger en liste vi har laget her på helsestasjonen. |
| <input type="checkbox"/> Inkluderer de temaer jeg personlig synes det er viktig å informere om | <input type="checkbox"/> Informerer om de temaer de foresatte er mest opptatt av. |

6. Hvilke temaer tar du hyppigst opp når det gjelder helse?

(Nevn inntil tre eller fem temaer i prioritert rekkefølge)

7. Hvilke helsetemaer tar foreldrene oftest opp på eget initiativ?

Sett inn tall for de tre helsetemaer som forekommer hyppigst - i prioritert rekkefølge (henholdsvis 1, 2 og 3)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barnets utvikling | <input type="checkbox"/> Samspill/kontakt |
| <input type="checkbox"/> Søvn | <input type="checkbox"/> Ernæring |
| <input type="checkbox"/> Vaksiner | <input type="checkbox"/> Overvekt |
| <input type="checkbox"/> Tannhelse | <input type="checkbox"/> Røyking |
| <input type="checkbox"/> Andre, i tilfelle hva _____ | |
| <input type="checkbox"/> Foreldre tar sjelden opp noe på eget initiativ | |

8. På en skala fra 1-10 (1 = ikke viktig i det hele tatt – til 10 = svært viktig) - Hvor viktig synes du det er å få gitt informasjon om disse helsetemaene i barnets første leveår?

Sett inn et tall fra 1-10 foran hvert tema

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Barnets utvikling | <input type="checkbox"/> Samspill/kontakt |
| <input type="checkbox"/> Søvn | <input type="checkbox"/> Ernæring |
| <input type="checkbox"/> Vaksiner | <input type="checkbox"/> Overvekt |
| <input type="checkbox"/> Tannhelse | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Røyking | <input type="checkbox"/> Barneulykker |
| <input type="checkbox"/> Andre temaer, i tilfelle hva? _____ | |

9. Hvordan legger du opp informasjonen til de foresatte?

Sett ett kryss for det som passer best for din praksis

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jeg prøver å informere om alle temaene i løpet av samtalen | <input type="checkbox"/> Jeg gir hovedsaklig informasjon om de temaer jeg finner er viktigst |
| <input type="checkbox"/> Jeg baserer vanligvis min informasjon på foreldrenes ønsker og behov | |
| <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser _____ | |

OM HELSEINFORMASJONSPROGRAMMET I FØRSTE LEVEÅR

10. **Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand relatert til din praksis:**
”Jeg får gitt den helseinformasjonen foreldrene har behov for.”

Sett kun ett kryss

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helt enig | <input type="checkbox"/> Enig |
| <input type="checkbox"/> Verken enig eller uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| <input type="checkbox"/> Helt uenig | |

11. **Dersom du erfarer at du ikke får gitt den helseinformasjonen du mener foreldrene har behov for, hva er den viktigste årsaken til dette? Sett ett kryss**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> For lite tid til hver enkelt | <input type="checkbox"/> Foreldrene spør om saker som jeg synes er lite relevante |
| <input type="checkbox"/> Jeg kunne ønske at jeg hadde mer kunnskap om enkelte temaer | <input type="checkbox"/> Veilederen pålegger oss å informere om for mange temaer |
| <input type="checkbox"/> Andre årsaker, i tilfelle hva? _____ | |

12. **Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand relatert til din praksis:**
”Helseinformasjonen som blir gitt på helsestasjonen har liten betydning for hva foreldrene gjør når det gjelder barnet.”

Sett kun ett kryss

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helt enig | <input type="checkbox"/> Enig |
| <input type="checkbox"/> Verken enig eller uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| <input type="checkbox"/> Helt uenig | |

13. **På hvilke alderstrinn (0-5 år) er lege til stede ved konsultasjonen på helsestasjonen der du jobber?**

Skriv her: _____

OM TANNHELSE OG ERNÆRING

14a Når det gjelder tannhelse er mitt aller viktigste budskap

TIL FORELDRE MED ETT-ÅRINGER:

Sett kun ett kryss

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unngå spising mellom måltidene | <input type="checkbox"/> Mellom måltider og om natten bør barnet helst drikke bare vann |
| <input type="checkbox"/> Bruk fluortabletter (når barnet kan suge disse) | <input type="checkbox"/> Unngå sukkerholdige matvarer |
| <input type="checkbox"/> Puss fra første tann | <input type="checkbox"/> Jeg snakker ikke om tannhelse |
| <input type="checkbox"/> Andre temaer, i tilfelle hva? | _____ |

14b Når det gjelder tannhelse er mitt aller viktigste budskap

TIL FORELDRE MED TO-ÅRINGER:

Sett kun ett kryss

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unngå spising mellom måltidene | <input type="checkbox"/> Mellom måltider og om natten bør barnet helst drikke bare vann |
| <input type="checkbox"/> Bruk fluortabletter (når barnet kan suge disse) | <input type="checkbox"/> Unngå sukkerholdige matvarer |
| <input type="checkbox"/> Puss fra første tann | <input type="checkbox"/> Jeg snakker ikke om tannhelse |
| <input type="checkbox"/> Andre temaer, i tilfelle hva? | _____ |

15a Når det gjelder ernæring er mitt viktigste budskap

TIL FORELDRE MED ETT-ÅRINGER:

Sett ett kryss, og gi gjerne litt utfyllende informasjon på samme linje (hvor ofte, hvor mye, etc.)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Måltidsfrekvens | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sammensetning av kosten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sukker | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fett | _____ |
| <input type="checkbox"/> Grønnsaker/frukt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Drikke | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andre temaer, i tilfelle hvilke? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Jeg snakker ikke om ernæring | _____ |

15b Når det gjelder ernæring er mitt viktigste budskap

TIL FORELDRE MED TO-ÅRINGER:

Sett ett kryss, og gi gjerne litt utfyllende informasjon på samme linje (hvor ofte, hvor mye, etc.)

- Måltidsfrekvens _____
- Sammensetning av kosten _____
- Sukker _____
- Fett _____
- Grønnsaker/frukt _____
- Drikke _____
- Andre temaer, i tilfelle hvilke? _____
- Jeg snakker ikke om ernæring _____

KONTAKT MED DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN

16. Hva slags kontakt har du med tannhelsepersonell i Den offentlige tannhelsetjenesten (barn fra 0-3 år)?

Sett kun ett kryss

- Regelmessig kontakt
- Kun kontakt i forbindelse med spesielle problemer
- Ingen kontakt
- Annen kontakt, i tilfelle hva? _____

17. Hvis regelmessig kontakt, hvor ofte (angi antall ganger pr. år):

18. Har dere noe samarbeid med tannleger eller tannpleiere når det gjelder barn som ikke møter til timeavtaler i Den offentlige tannhelsetjenesten? Sett kun ett kryss

- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

VURDERING AV EGEN PRAKSIS

19. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand relatert til din praksis:

"Jeg har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse til å kunne gi de riktige råd til foreldre."

Sett kun ett kryss

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helt enig | <input type="checkbox"/> Enig |
| <input type="checkbox"/> Verken enig eller uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| <input type="checkbox"/> Helt uenig | <input type="checkbox"/> |

20. Hvis du er enig eller helt enig i dette, hvor har du skaffet deg denne kunnskapen?

Skriv her: _____

21. Blir barnets tenner undersøkt/inspisert på helsestasjonen? Sett ett kryss

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, alltid | <input type="checkbox"/> Ja, av og til |
| <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, aldri |

22. I tilfelle "ja, ved hvilken alder er det mest vanlig? _____

- og i tilfelle av hvem? (helsesøster, lege, andre?) _____

23. I tilfelle ja, hva ser du etter?

Sett kun ett kryss

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karies | |
| <input type="checkbox"/> Annet, i tilfelle hva? _____ | |

24. Hender det at du henviser barn til tannhelsetjenesten før 3 års alder?

Sett kun ett kryss

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Av og til |
| <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Aldri |

TUSEN TAKK FOR HJELPEN!