

Tandhygienistens pedagogiska funktioner

för barn och ungdomar med kognitiva
funktionshinder

FÖRFATTARE	Joanne Shekh
PROGRAM/KURS	Examensarbete för magister i vårdpedagogik/Fristående kurs. 15 högskolepoäng VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Carina Furåker
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Jag vill rikta ett tack till min handledare Carina Furåker och ett stort och varmt tack till min examiner Ingalill Koinberg för att måttat med att bistå mig med denna studie. Vill tacka min make Alaa, och mina syskon som har stöttat mig under tiden. Dessutom de tandhygienister som stöttat och medverkat i denna studien. Jag uppskattar mycket att jag fick ta del av tandhygienisters erfarenheter och tankar.

Titel (svensk):	Tandhygienistens pedagogiska funktion för barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder
Titel (English):	A dental hygienist educational role for children with cognitive disabilities
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Examensarbete för magister i vårdpedagogik, 15 högskolepoäng/ Fristående kurs
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	38
Författare:	Joanne Shekh
Handledare:	Carina Furåker
Examinator:	Ingalill Koinberg

SAMMANFATTNING

Barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder löper större risk att drabbas av sämre tandhälsa än övriga (Gabre, Martinsson och Gahnberg 2001). Det är ett problem som tandhygienister måste vara medvetna om när de i sitt dagliga verk arbetar med patientundervisning. **Syftet** med denna studie var att beskriva tandhygienistens erfarenheter av patientundervisning för barn och ungdomar med kognitivt funktionshinder. **Metoden** har bestått av kvalitativa intervjuer med fyra tandhygienister om deras erfarenheter kring patientundervisning, vilka sedan analyserats genom innehållsanalys. **Resultatet** visar att det krävs förmåga att utstråla trygghet och att vara adaptiv för att patientundervisningen skall ge önskat resultat. **Diskussion** studien visar att det krävs en bra planering, goda kommunikationsförmågor och bra kunskaper om bemötandet av barn och ungdomar med funktionshinder för att en tandhygienist ska klara av att utstråla trygghet och agera adaptivt i sitt arbete.

Nyckelord: Tandhygienist, barn med kognitiva funktionshinder, patientundervisning

ABSTRAKT

Children and young people with cognitive disabilities are at greater risk of poorer oral health than others (Gabre, Martinsson and Gahnberg 2001) and these patients more often admits to emergency dental care instead of regular dental services is a problem that dental hygienists must be aware of when they in their daily work involved in patient education. The purpose of this study was to describe dental hygienists experience in patient education for children and young people with cognitive disabilities. The methodology for the study consisted of data collection in the form of interviews with four dental hygienists about their experiences of patient education, which are then analyzed through content analysis. The results show that the ability to radiate safety and to be adaptive is key issues in order to give the desired results. The study's conclusion shows the need for good planning, good communication skills and good knowledge in the treatment of children and young people with disabilities in order for a dental hygienist to be able to radiate security and to act adaptively in their work.

Keywords: Dental Hygiene, children with cognitive disabilities, patient education

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	1
SAMMANFATTNING	2
ABSTRAKT	3
INTRODUKTION	5
BAKGRUND	6
<i>Historik kring tandvård</i>	6
Funktionshinder	6
Funktionshindrades tandstatus	7
Tandvårdens omhändertagande	9
<i>Vårdpedagogik</i>	10
Kunskap	10
Kompetens	11
Kommunikation	12
Patientundervisning	13
Tidigare forskning	14
Presentation av tidigare forskning	15
SYFTE	19
PROBLEMFÖRMULERING	19
METOD	20
Design	20
Urval	20
Dataanalys	21
Forskningsetiska överväganden	22
RESULTAT	23
Utstråla trygghet och anpassa sig	23
Planering	24
Kommunikation	24
Kunskap	26
DISKUSSION	27
<i>Metoddiskussion</i>	27
<i>Resultatdiskussion</i>	28
SLUTSATS	31
<i>Implikationer</i>	31
REFERENSER	32
BILAGOR	36
Bilaga 1 (Brev utskickat inför intervjuer)	
Forskningspersonsinformation	
Bilaga 2	
Bra tips från Pia Gabres avhandling "Pedagogik i tandvården" Projektarbete 2009	

INTRODUKTION

Tandhygienister i Sverige har en viktig roll i förebyggande tandvård. De stödjer patienter genom att erbjuda regelbundna kontroller och rådgivning för att upprätthålla en god munhälsa samt utbilda kring egenvård. Tandhygienister arbetar med barn, ungdomar, vuxna och äldre samt personer med olika funktionshinder (Socialstyrelsen, 2005).

För att lyckas med information och rådgivning till patienter krävs att tandhygienister har pedagogisk kunskap. Om de saknar teoretiska och praktiska pedagogiska kunskaper eller brister i informationen till patienterna, kan detta bidra till att patienterna inte får rätt behandling. Det är viktigt att patienterna förstår behovet av behandlingen och förebyggande tandvård. Det saknas dock ofta ett medvetet pedagogiskt arbetssätt i patientundervisningen (Rosenlind, 2000).

Det är också betydelsefullt att tandvården har effektiva metoder för patientundervisning för att på så sätt långsiktigt kunna påverka beteenden som är viktiga för munhälsan (Socialstyrelsens, 2010 s. 7).

Det ligger även i tandhygienisternas profession och arbetsuppgifter att kunna möta barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder - såsom autism, afasi, Downs syndrom m.fl.- på bästa möjliga sätt. Tandhygienisten bör således ha pedagogiska kunskaper i hur man bemöter personer med dessa funktionshinder på bästa sätt. Genom adekvata kunskaper kan även denna patientgrupp få ett gott omhändertagande och därigenom skapas ett positivt möte inom tandvården. Det krävs att tandhygienisten kan skapa en dialog med personen i fråga och uppmärksamma och förmedla vilka orala konsekvenser deras tillstånd kan medföra i framtiden (Gustavsson, 2006).

Det går, enligt Rosenlind (2000), att förbättra pedagogiken inom tandvården, genom att öka tandhygienistens kunskap om hur människor tänker och handlar i diverse situationer. Detta kan på sikt leda till ökad förståelse för att behandling av patienter med kognitiva funktionshinder skall bli tillgodosedda.

BAKGRUND

Historik kring tandvård

Våra mest utbredda folksjukdomar är faktiskt tandsjukdomarna karies (hål i tänderna) och parodontit (tandlossning). I USA under 1800-talet uppmärksammades att orsaken till karies och parodontit var bakteriebeläggningar och att det var viktigt att lära patienten att hålla undan dessa bakteriebeläggningar på tänderna (Socialstyrelsen, 1988). Under hela 1900-talet har tandvård bedrivits i Sverige. Tandvården har byggts upp, samtidigt som utveckling av aktuella utbildningar och arbetets karaktär ständigt har pågått. Under 1920-talet ansåg man att det behövdes en ny yrkeskategori, samt att det fanns tankar på utbildning för tandhygienister med särskild inriktning för att förebygga parodontit. Tandhygienistutbildningen startades för första gången i USA år 1913 och i Sverige startade utbildningen 1968 på två skolor (Malmö och Örebro), som sedan följts av ett tiotal andra skolor (Socialstyrelsen, 1988). Tandhygienistutbildningen omfattar idag 180 högskolepoäng i ett treårigt program.

Funktionshinder

I engelskt språkbruk används numera orden "disability" och "disabled" för funktionshinder och på liknande sätt används ofta "funktionshinder" och "funktionshindrade" i det svenska språkbruket (Tideman, 2000). Enligt WHO (World Health Organization) ökar antalet personer med funktionshinder i och med tillgången till bättre diagnostik och mer behandlingsmöjligheter. Det uppskattas att cirka 20 procent av världens befolkning har funktionshinder eller en omfattande kronisk sjukdom (MHC-basen). Enligt Tidemans (2000) förklaras benämningen personer med funktionshinder som att en funktionsnedsättning kan bli mer eller mindre funktionshindrande, beroende på den vardagsmiljö man lever i. Exempelvis kan en utvecklingsstörning bero på en medfödd hjärnskada eller att personen kan ha blivit skadad i en trafikolycka och behöver hjälp vid transport med exempelvis rullstol (Tideman, 2000).

Tideman (2000) menar att det inte är själva skadan man tänker på när man använder ordet funktionshinder, utan de konsekvenser som skadan medför. Detta överensstämmer även med den distinktion som Socialstyrelsen gör kring ordet funktionshinder, att det är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till

omgivningen och ordet funktionsnedsättning, är nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell förmåga. För den enskilde personen med funktionshinder kan diagnosen innebära olika behov av stöd och hjälp beroende på sammanhanget. Det är viktigt att den enskildes behov anses som vägledande för stöd och hjälp och inte diagnosen (Socialstyrelsen, 2007).

Funktionshindrades tandstatus

Personer med funktionshinder löper mycket större risk för sämre tandhälsa än personer utan funktionshinder enligt en studie av Gabre, Martinsson och Gahnberg (2001). Författarna lyfter fram orala problem hos dessa personer såsom att äta, svälja, tugga samt kommunicera som främsta skälen till deras oralaohälsa. Därför är det mycket viktigt att främja munhälsan hos personer med funktionshinder genom regelbundna kontroller av tandvården (Gabre et al., 2001).

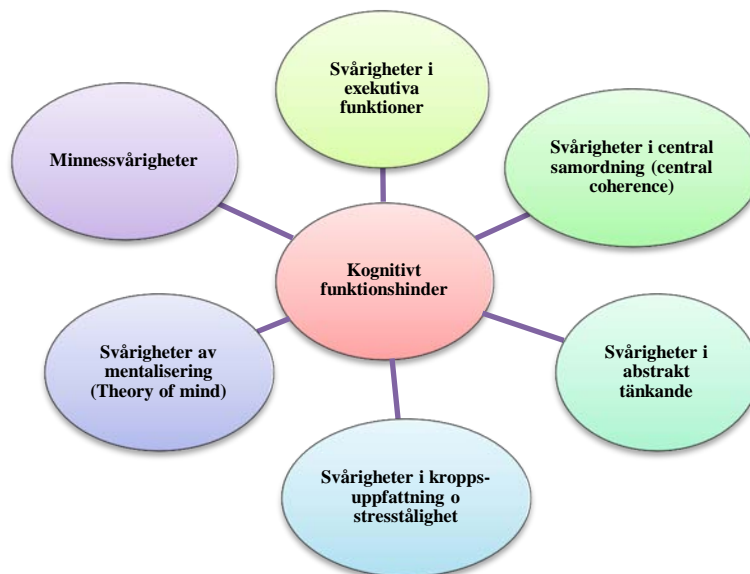
Även Nunn (2000) påpekar i sin studie att personer med funktionshinder har problem med sin munhygien. Speciellt personer som har fysiska funktionshinder visar tecken på dålig munhygien och sämre munhälsa i förhållande till andra. Detta kan bero på att personer med funktionshinder kan ha svårigheter att sköta sin munhygien.

Personer med funktionshinder söker oftare upp akuttandvården än folktandvården. Detta innebär ofta mer av extraktioner, narkosbehandlingar och sedering (Nunn, 2000). Tandvård präglas för dessa personer av färre tandvårdsbesök och längre tid mellan besöken. Detta kan bero på att tillgängligheten till tandvård för personer med funktionshinder är begränsad och att vårdare har svårt att bedöma tandvårdsbehovet i och med de funktionshindrades oförmåga att uttrycka smärta (Hennequin, 2000).

Enligt Newacheck (2004) får barn med funktionshinder tre gånger mer medicin än vuxna personer med funktionshinder. Det finns därför en risk att den orala hälsan kan försämrans på grund av medicinering (Socialstyrelsen, 1999). Störst risk, 12 gånger högre i jämförelse med andra barn, för utvecklandet av karies har de som har ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). Detta beror på att deras mediciner leder till muntorrhet och därför ökar risken för karies. Även deras bristande förmåga och den egna motivationen till en hälsosam munhygien inverkar. Här är det av yttersta vikt att tandläkaren/ tandhygienisten försöker motivera både barnet och föräldrarna till att få rätt

munhygien eftersom utvecklandet av karies utgör en hög risk (Broadbent, Ayer & Tomson, 2004).

Barnen kan ha ökat behov av specialiserad tandvård, t.ex. käkkirurgi, komplicerad ortodonti (tandreglering) och protetik (kron- och brokonstruktioner, implantatvård) (Socialstyrelsen, 1999). Neuropsykiatriska funktionshinder är vanligt hos barn och ungdomar. Några av de kännetecken som tillförskrivs detta tillstånd är att personerna har svårigheter med uppmärksamhet, inläring och minne, kontrollera impulser, förmåga att samspeka med andra människor, uttrycka sig i tal och skrift samt en nedsatt motorisk förmåga. Det råder ofta obalans i svårigheterna då vissa områden kan fungera jättebra medan andra inte alls. ADHD, Tourettes syndrom, Aspergers syndrom, tics, och autism är diagnoser som man ofta räknar till detta område. En del barn som lider av störningar får en nedsatt kognitiv förmåga. Detta kan märkas genom språksvårigheter, sinnesnedsättningar, motorisk kontroll och en bristandeförmåga till teoretiskt tänkande (Gustavson, 2006).



Figur1. Exempel på vilka svårigheter personer med kognitivt funktionshinder kan ha (Lundin, 2002)

Angående den psykosociala anpassningen har det konstaterats både positiva och negativa effekter på familjer med ett funktionshindrat barn. Det som bidragit till en positiv utveckling har varit om den socioekonomiska och emotionella stödhjälpen fungerat på ett tillfredställande sätt. Genom bra fungerande hjälpresurser har man lyckats underlätta, inte bara för barnet med funktionshinder, utan det kan även ha gett hela familjen en välbalanserad utveckling (Tideman, 2000).

Enligt Socialstyrelsen (2005) är det extra viktigt att föräldrar till barn med funktionshinder uppsöker tandvården innan det blir akuta besvär från munhålan. Det är viktigt i förebyggande syfte. En stor andel av föräldrar till barn med kognitiva funktionshinder kommer inte till folktandvården när barnet kallas till en undersökning.

Detta kan bero på att det blir ett alltför stort moment att genomföra ett sådant besök eller att de helt enkelt har svårt att inse vikten av tandvård för barn med funktionshinder (Socialstyrelsen, 2005).

Tandvårdens omhändertagande

Barn och ungdomar med mindre och små kända funktionshinder omhändertas i första hand inom allmäntandvården. De flesta barn och ungdomar med sällsynta funktionshinder remitteras till pedodontispecialist (Waldman, Perlman & Swerdloff, 1998). Enligt Socialstyrelsen (1999) finns specialisttandvård (pedodontin) för barn och ungdomar med funktionshinder vilket innebär tandvård eller omhändertaganderutiner som inte finns inom allmäntandvården.

I en rapport (Tandvårdsnämnden, 2006) nämns att 33 procent remitterade barn och ungdomar hade någon form av funktionshinder under år 2006. Barn med autism hade 30 procent mer behov av specialisttandvård. Dessa barn var betydligt svårare att behandla och de hade mycket större vårdbehov än friska barn. Hos dessa autistiska barn fann man flera kariesade (hål) ytor och därför var deras behov av tandreglering markant större (Tandvårdsnämnden, 2006).

När ungdomar med svåra funktionshinder och behandlingssvårigheter når vuxen ålder remitteras de till sjukhustandvården, om patienten inte kan behandlas i allmäntandvården (Waldman et al., 1998). Socialstyrelsens rapport konstaterar utifrån ett par folktandvårdsmottagningar att det sällan behövdes remiss till t.ex. specialisttandvård (pedodontin) tack vare den egna klinikens kompetens, exempelvis tandhygienister med kunskap i omhändertagande av barn och ungdomar med funktionshinder (Socialstyrelsen, 2005).

Vårdpedagogik

Vårdpedagogik är ett ämne som kan utveckla kunskap inom bl.a. omvårdnad och pedagogik och klassificeras som ett tvärvetenskapligt kunskapsfält mellan vård, pedagogik och organisation. Många av de centrala begrepp och teorier som används inom ämnet vårdpedagogik är generella och är inlånade från andra discipliner, men tillämpade inom en vårdpedagogisk kontext och de har alla en specifik innebörd. För att skapa en form av vårdpedagogisk ram för läsaren presenteras fyra av de mest centrala begreppen inom vårdpedagogiken: kunskap, kompetens, kommunikation och patientundervisning (Pilhammar, 2004).

Kunskap

Ordet kunskap kan tolkas på många sätt. Det finns egentligen ingen generell definition av begreppet. Utifrån detta arbetes analys av kunskap kan vi bruka fyra kunskapsformer, som alla utgör en del av vad kunskap innebär (Carlgren, 2002). De fyra formerna är fakta-, färdighet-, förståelse- och förtrogenhetskunskap och de samspelar vid lärandet.

Enligt Carlgren (2002) står faktakunskap för någonting man antingen besitter eller inte besitter. Det är den kunskapsform som är synlig utifrån, och därför också mätbar.

Färdighet kunskap har vi först då vår faktakunskap kan omsättas i praktiken. Alltså när vi kan utföra en viss uppgift baserad på vår kunskap. Den tredjekunskapsformen är förståelsekunskap som är kunskap vi får när vi har en uppfattning om meningen med den, hur den kan utvecklas och vad den innebär. Förtrogenhet är den kunskapsform som är mest intuitiv för oss. Vi använder den för att till exempel bedöma andras kunskap.

Kunskap är inte ett entydigt begrepp, det kan således betyda olika saker för olika människor och kan användas på skilda sätt i olika situationer.

I en tandvårdares yrkesutövning är det inte nog att besitta fakta utan erfarenhetsbaserad kunskap är viktigare, som nämns i nästkommande meningar. Det räcker inte ens med en djupare förståelse av detta faktum för att det praktiska arbetet ska kunna utföras på ett bra sätt. Med de fyra kunskapsdefinitioner ovan som utgångspunkt kan vi tala om erfarenhetsbaserad kunskap. Denna kunskap är, som namnet antyder, en kunskapsform som växer fram hos en individ och kan påstås vara den viktigaste formen av kunskap inom tandvården (Pilhammar et. al., 2006).

En individ med god erfarenhet är en person som har haft möjlighet att studera och utöva sitt arbetsområde under en längre period. Individen måste också ha en förståelse för vilken kunskap som är relevant i en given situation och även använda sina sinnen, t.ex. syn, hörsel. Även om erfarenhet är en viktig del så ska andra kunskapsformer naturligtvis inte åsidosättas. Inom tandvården är det viktigt att kunna göra en likvärdig och klinisk bedömning för varje patient, något som kräver mer än erfarenhet (Pilhammar et. al., 2006).

Kompetens

Ellström (1992) konstaterar att begreppet kompetens definieras på en mängd olika sätt beroende på kontexten. Det finns inte en accepterad definition. Kompetens innebär ett yrkeskunnande och är ett brett begrepp som utgör ett av flera nyckelbegrepp inom vårdpedagogiken. Kompetens är inriktad mot hur en individ klarar av att utföra en uppgift genom att tillämpa sina kunskaper och färdigheter till skillnad från kvalifikation som är inriktat mot arbetsinnehållet.

Det finns fem olika kompetensformer och som Ellström (1992) delar in i olika grupper: psykomotoriska- kognitiva-, affektiva-, sociala- och personlighetsfaktorer.

Ur kunskap frodas kompetens. Man kan tala om formell kompetens, den kompetens som till exempel står nedtecknad i en arbetssökandes CV eller legitimation. Den reella kompetensen, är den kompetens någon faktisk besitter och som kan bygga på erfarenhetsbaserad kunskap. Kompetens är möjligen det viktigaste attributet en individ kan besitta, oavsett vad denna har för sysselsättning. Faktakunskaper och erfarenhet behöver inte innebära att personen är kvalificerad uppgiften (Ellström, 1992). Faktakunskaper och erfarenhet behöver inte innebära att personen är kvalificerad en viss uppgift, dvs den kompetens som arbetet kräver. När man talar om kvalifikation utgår man från det arbete som ska utföras, snarare än att utgå från den som ska utföra arbete. En individ kan alltså besitta kompetens men samtidigt sakna de kvalifikationer en viss uppgift kräver. På samma sätt kan en uppgift kräva kvalifikationer som det saknas kompetens för. Kompetens kan alltså inte likställas med att vara kvalificerad (Ellström, 1992).

Kunskap skapas löpande, företrädesvis under utbildningen och färdigheterna utvecklas i takt med att individen genomför olika uppgifter. När kunskapen och färdigheten

samverkar och individen klarar av att identifiera uppgiften, sätter den i sitt sammanhang och genomför arbetet på ett lämpligt sätt kan man tala om kompetens (Ellström 1992). Inom vårdpedagogiken krävs kompetens för att bedöma vad som bör göras baserat på patientens situation, personlighet, bakgrund och hälsostatus för att patientens omvårdnad skall fungera.

Ken (2004) definierar begreppet kompetens genom att använda sig av en hand och författaren menar på att alla människors händer och fingrar har olika storlekar och det är exakt som deras kompetens, de är unik och individuell.

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för tandhygienister (2005) framgår att kompetens innebär en ”förmåga att vilja och utföra en uppgift att tillämpa kunskap och färdighet”.

Tandhygienister ska ha kunskap och förmåga att ”kritiskt granska relevant litteratur för att kunna bidra till eller arbeta med utvecklingsarbete”. Socialstyrelsens rapport (2005) beskriver också att tandhygienister ska ha förmåga att handleda och utbilda medarbetare. De ska även ha förmåga att handleda, undervisa och betygsätta studenter. Ett sätt att förmedla sin kunskap och kompetens är att kunna handleda studenter och medarbetare.

Kommunikation

Ett annat centralt begrepp inom vårdpedagogiken är kommunikation. Ordet kommunikation härstammar från latinets ”communicare” som betyder gemensamt. Backlund (2000) förklarar att kommunikation är ett samspel mellan människor via språkliga signaler. I det stora hela handlar därför kommunikation om ett sätt att interagera med varandra genom att förmedla upplevelser och tankar. Då uppstår en process där budskap förmedlas beroende på hur situation och självuppfattning förhåller sig. På samma sätt utvecklas också våra sociala relationer i en social process där samspelet står i centrum (Nilsson & Waldemarsson, 2002). Detta inkluderar inte enbart det verbala språket utan även det outtalade som ögonkontakt, kroppsrörelser och mimik vilka alla har stor betydelse (Fiske, 2001).

De teoretiska inriktningar som anses utgöra den kommunikativa basen är funktion och process. Det första – funktion - lägger fokus på kommunikationens funktion där betydelser skapas och utbyts mellan människor. Här granskas och analyseras sociala

koder och teckens språkliga och sociala funktion. Det andra teoretiska perspektivet - process - bygger på hur beteende påverkas när meddelande överförs och tolkas. Genom att granska tolkningen mellan sändare och mottagare kan vi se hur kodningen skiljer sig beroende på budskap. Denna process fokuserar på samspelet mellan personer och hur deras beteende påverkas bl.a. emotionellt (Fiske, 2001).

Fiske (2001) presenterar två olika skolor inom kommunikationsteorin: processskolan och den semiotiska skolan. Processskolan betraktar kommunikation som en metod att överföra meddelanden medan den semiotiska skolan (semiotik = läran om tecken och betydelser) betonar betydelsen i meddelandet. Om ett kommunicerat meddelande inte får avsedd verkan börjar man inom processskolan tala om misslyckad kommunikation och undersöker de olika stegen i processen för att hitta vart felet ligger. Inom den semiotiska skolan anses en sådan situation snarare bero på kulturella skillnader mellan sändare och mottagare.

Patientundervisning

Patientundervisning är det fjärde centrala begreppet och enligt Klang Söderkvist (2001) ska patientundervisning ses som en förebyggande insats som innefattar en psykomotorisk del och en affektiv del. Den psykomotoriska delen innefattar kunskap att kunna utföra önskade beteenden och ageranden som patienten behöver för att klara av sitt dagliga liv. Den affektiva delen berör bearbetning av reaktioner och känslor. Ett begrepp som nyttjas för detta förhållningssätt är Patient empowerment som bygger på att patientens kunskaper och sjukdomsupplevelse lyfts fram och patienten får möjlighet att bestämma om sin egen vård. Detta gör att patienten får ett positivt intryck av behandlingen och upplever sig vara betydelsefull (Klang Söderkvist, 2001).

Patientundervisningen ska bygga på att behandlaren aktivt lyssnar, reflekterar och tolkar situationen (Friberg, 2001). Den undervisning, som ska ges för att nå bästa resultat, ska vara individcentrerad. Det har visat sig att allmänna samtal om t.ex. olika riskbeteende inte bidragit till någon större effekt. Genom att lägga fokus på patientens upplevelser och erfarenheter kan undervisningen uppnå tillfredsställande resultat. Detta arbetsätt medför att patienten ges möjlighet att agera och resonera tillsammans med tandhygienisten, vilket i sin tur gör det lättare för patienten att ta till sig innehållet i undervisningen. Ett förtroende upprättas mellan patient och tandhygienist och patienten upplever sig tryggare att följa behandlingen (Friberg & Hansson Sherman, 2005).

Det är också av stor vikt att undervisningen är strukturerad och systematisk för att patienten ska kunna bli införstådd med hela händelseförloppet. Den ska bedrivas målinriktat och ha som ambition att nå högt uppsatta mål. Genom att identifiera patientens eventuella kunskapsbrister och finna lämpliga inlärningsstilar går det att sträva efter höga mål i undervisningen. Målen ska sättas upp tillsammans med patienten för att skapa motivation. Här bedrivs undervisningen som en tvåvägskommunikation och tandhygienisten blir på så sätt klar över att patienten tagit till sig av kunskapen (Lejsgaard & Huus, 2004).

Det går att koppla ihop många hälsoproblem med patientens livsstil, vilket understryker vikten av patientundervisning, där rätt pedagogik ska skapa en förändring hos patienten (Granum, 1994). För att skapa en så effektiv egenvård som möjligt bör detta ligga som mål för patientundervisningen (Pilhammar m.fl. 2003). Klang Söderkvist (2001) menar att den främsta nyttan med patientundervisningen är att stärka patienten i sin livssituation. Eftersom patienten ska kunna ha en fungerande vardag under sin sjukdomstid ska hjälpmedel tillhandahållas för att kunna hantera reaktioner och känslor vilka underlättar tillfrisknandet.

Tidigare forskning

Sökning av forskningsartiklar har gjorts via databaserna Cinahl, Pubmed och elektroniska fulltextdatabaser under september 2009. Bibliotekets Gunda och Libris har också använts för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar.

Ovanstående sökning resulterade i 80 artiklar vars abstrakt granskades. 40 artiklar av dessa valdes bort eftersom de saknade relevans för syftet. I de kvarstående 40 artiklarna granskades abstrakt, metod och resultat och av dessa valdes 10 ut som var relevanta kring syftet med denna uppsats. Det saknas i dagsläget större vetenskapliga studier som handlar om den orala hälsan hos barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder.

En förnyad sökning genomfördes våren 2012 med samma sökorden för att utröna om ny forskning framkommit och ytterligare 2 relevanta artiklar/studier tillfördes denna studie. Samtliga 12 artiklar genomlästes och granskades. Metod, resultat, diskussion och artikeln slutsats redovisas nedan.

Presentation av tidigare forskning

I en longitudinell studie av Shapira, Stabholz (1996), genomgick tjugo barn - nio pojkar och elva flickor – med Downs syndrom under en 30-månadersperiod en undersökning med avsikten att försöka uppnå en god plackkontroll, förebygga parodontal sjukdom och använda fluorider för att förhindra karies. Med en god administration av ett tandhälsoprogram lyckades man sänka medelvärdet på gingival index och plack.

Genom användningen av fluorider, som visade sig vara 100 procent effektivt, kunde risken för karies minskas. Studien visar att genom att ta till vara barnens förutsättningar genom välstrukturerade och planerade program och inte minst motiverad tandvårdspersonal kan förebyggande insatser uppnås mot dentala sjukdomar hos yngre med Downs Syndrom.

I en studie från USA (Cunha, Zaze, Vieira, Melhado Sundefeld, 2009) gjordes en tillämpad beteendeanalys (Applied Behavior Analysis) för att se hur och när tandläkare och tandhygienisters ingripande påverkar barnets fysiska och känslomässiga mönster. Totalt 10 separata kliniska undersökningar genomfördes på sammanlagt 216 spädbarn (0-3 år) och resultaten var entydiga: genom att tillhandahålla en känslomässigt lugn och pålitlig miljö kan barnen uppleva tandläkarbesöket som en behaglig aktivitet.

I en annan studie (Bäckman, Pilebro, 1999) togs ett visuellt hjälpmedel i form av en bok med bilder fram och under en period av ett och ett halvt år nyttjades detta hjälpmedel vid varje tandläkarbesök som det autistiska barnet genomförde. Totalt deltog 32 autistiska barn i förskoleålder och resultatet var mycket tydligt: de 16 autistiska barnen som fick stöd av bilderboken blev märkbart bättre på att borsta sina tänder i relation till kontrollgruppen som också bestod av 16 autistiska barn, men som inte fick ta del av bilderboken.

En intervjustudie av Livny, Vered, Slouk, Sgan-Cohen (2008) utvärderades effekten av utbildning i tandborstning riktat mot unga skolbarn. I studien deltog 196 förstaklasselever. Resultatet visade att 92 procent av barnen borstade labiala ytor på sina framtänder men endast 8 procent hade borstat insidan av de bakre tänderna. De flesta barnen hade förstått att tandborstning måste ske en gång om dagen och detta åtagande

styrdes huvudsakligen av föräldrarna. Detta visar på vikten av utbildning för föräldrar att sköta om sina barns hälsa. Endast ett fåtal barn uppgav att de fått lära sig av tandläkare eller tandhygienist. Då karies är en den vanligaste sjukdomen hos unga barn är förebyggande av stor vikt. Genom ett träningsprogram gällande borstningsfärdigheter lyckades undersökningsgruppen visa ett statistiskt bättre resultat än tidigare.

En enkät bestående av flervalsfrågor skickades till 122 föräldrar till barn med särskilda tandvårdsbehov i England (Arch, Jenner, Whittle, 1994). Syftet med undersökningen var att fastställa föräldrarnas förväntningar på deras barns tandvård. Av de 85 svar som kom in (70 %) så var 94 % positiva angående att förebyggande tandvård erbjöds till deras barn. En stor del av föräldrarna ansåg att deras barn kunde dra nytta av enkla kostråd och munhygienråd samt att fördelarna med fluor skulle förklaras för deras barn. När det gällde rådgivning var familjetandläkare den kontakt som föräldrarna ansåg vara mest lämplig. Föräldrarnas stöd för reguljära tandundersökningar i skolan var extremt hög och föräldrarna tyckte att barn med särskilda behov bör undersökas oftare.

Enligt en annan artikel av Stoltenberg & Walker (1989), var syftet att undersöka attityder gentemot handikappade hos lärare och studenter inom tandhygienutbildning. Studien byggde på hypoteser, till exempel att en avgörande del av studenterna var negativt inställda till handikappade, samt att inga utmärkande skillnader skulle finnas mellan lärare och studenter. Det delades ut 110 enkäter till både lärare och studenter och det var endast ett bortfall på runt 20 procent. Resultatet visade att de flesta studenter var mer positivt inställda till arbete med handikappade än lärarnas inställning till samma arbete. Studenterna hade också en vision om att kunskaper om hur man arbetar med handikappade skulle skapa större förutsättningar för en lyckad vård. Detta trots att endast hälften ansåg att deras pedagogiska utbildning innehållit kunskaper och erfarenheter om hur ett glädje- och förtroendefullt arbete med handikappade kunde se ut.

I ytterligare en studie av Loiacono, Muzzin, Guo (1996), undersöktes 18 amerikanska tandhygienisters inställning till funktionshindrade vid utbildningens början och vid

utbildningens slutfas. Resultatet var att majoriteten av dessa arton tandhygienister blivit mer positivt inställda gentemot handikappade efter slutförd utbildning.

I en pilotstudie av Johnson, (2000), skickades ett frågeformulär till över 100 tandhygienister med avsikten att få en uppfattning om hur deras beteende gentemot patienter med funktionshinder såg ut. Dessutom granskades tandhygienisternas inställning till och behandling av dessa patienter. Det visade sig att över 50 procent aldrig hade fått någon utbildning eller kurs i bemötandet av denna grupp. Detta trots att de flesta svarade att de hade tillgodosett behoven för patienter med funktionshinder. Att erbjuda en rullstol ansågs bekvämare än att gå en utbildning och tidsbrist var också en avgörande förklarande faktor. Deltagarna visade även en viss misstro mot alternativa behandlings- och kommunikationstekniker. Trots detta var deltagarna intresserade, med rätta förutsättningar, att få vidareutbildning i vård av patienter med särskilda behov.

Sgan-Cohen (2008) beskriver i sin studie att god munhälsa har alltid varit en viktig riktlinje vid propagering av såväl privat som kommunal tandvård. Men enligt denna studie framkommer att utgångspunktet ofta varit felaktigt inom tandvårdens traditionella marknadsföring om hur bra munhälsa ska kommuniceras till patienten. Patienterna är inte alltid lika villiga och måna om att ändra sitt beteende kring sin munhälsa som tandvården trott. Studien kommer fram till att tandvårdens informationsnivå måste anpassas kring patientens verkliga risk- och motivationsnivå, dvs skapa medvetenhet kring att tidigare informationsmetoder inte alltid är de mest effektiva. Detta innebär att patienter med god munhälsa kanske redan har god motivationsnivå och behöver därför inte matas med mer kunskap. Synsättet ska istället genomsyras av individualism och därför ska patientundervisningen alltid vara individuellt anpassad.

I följande undersökning av Dehitem MJ, Ridley, Kerschbaum, Inglehart, (2008) kontrollerades hur tandhygienistutbildningen i USA fungerar med patienter med kognitiva funktionshinder. Totalt 102 skolor deltog i undersökningen och det var tydligt att i princip samtliga institut (98%) undervisade sina blivande tandhygienister kring hur behandling av patienter med kognitiva funktionshinder ska hanteras. Dock var

det endast hälften som krävde klinisk erfarenhet, d.v.s. låta studenterna delta vid faktiska behandlingar med patienter som hade kognitiva funktionshinder. Studiens slutsats var att praktisk erfarenhet av reella behandlingar och möten med patienter med kognitiva funktionshinder var av stor vikt för att förbereda tandhygienister på att arbeta med barn med kognitiva funktionshinder.

Ett pilotprojekt av Jones Boyd (2011) var syftet att klarlägga vilken typ av utbildning som krävs kring tandhygienistens roll i arbetet med barn med speciella behov. Undersökningen genomfördes med små fokusgrupper och slutsatsen var att tandhygienisten kan bära ansvaret för att den förebyggande tandvården ska fungera i samband med behandlingar av barn med kognitiva funktionshinder.

En undersökning (Gelfgren, Eckerholm, 2011) där effekten av ett specifikt externt verktyg utgörande av en ”samtalsmatta”, Talking Mats (www.talkingmats.com), undersöktes i relation till patienter med Huntingtons sjukdom. Samtalsmattan består av en platta i ungefär A2-format där patienten kan fästa kort med bilder. Tanken är att mattan ska underlätta för patienten att visuellt framföra sina tankar. Slutsatsen var tydlig och visade att samtalsmattan ökade delaktigheten i patientundervisningen för samtliga patienter.

Sammanfattningsvis handlar forskningen om ett antal viktiga komponenter för det förebyggande arbetet med barn som har kognitiva funktionshinder: Vikten av lugn, pålitlig miljö och välstrukturerade tandhälsoprogram som är individuellt anpassade för patienten. Stöd av externa hjälpmedel ökar sannolikheten för en bra behandling. Utbildning av föräldrar är av stor vikt och tandhygienisternas utbildningsprogram ska innehålla praktiska kunskaper.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva tandhygienistens pedagogiska erfarenheter i mötet med barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder.

PROBLEMFORMULERING

Tandhygienister möter regelbundet barn och ungdomar med funktionshinder. Dessa patienter är svåra att behandla på grund av kontakt- och kommunikationssvårigheter (Nunn 2000, Hallberg & Klingberg, 2008). Höga och särskilda krav ställs på tandhygienistens pedagogiska kompetens, då behandlingen oftast måste anpassas och individualiseras efter patienternas kognitiva och fysiska förutsättningar (Hallberg & Klingberg, 2008).

Enligt SBU (2002, s 3) står att; ”de studier som hittills är publicerade innefattar ofta personer med enskilda diagnoser och bygger på små och begränsade patientmaterial”. Enligt den kardiologiska litteraturen saknas fördjupad kunskap kring odontologisk profylax vid funktionshinder. Även Hallberg och Klingberg (2008) beskriver brist på forskningslitteratur om tandhygienisters erfarenheter att möta och behandla barn och ungdomar med funktionshinder.

Många patienter – framförallt barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder har svårt att ta till sig de råd och föreskrifter som de får i samband med undersökning och behandling. Patienters svårigheter att ta till sig innehållet i undervisningen kan vara problematiskt eftersom det kan försvårara en effektiv behandling.

- Vilka positiva och negativa händelser beskriver tandhygienister utifrån sin pedagogik erfarenhet?

METOD

Design

Studien har en kvalitativ design, där resultat byggts på intervjuer som analyserat senare med innehållsanalys. För att studera tandhygienistens erfarenheter kring patientundervisningen för barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder valdes en kvalitativ ansats. Detta för att få en förståelse kring tandhygienisternas erfarenheter (Polit, Beck, 2006).

En lämplig metod för datainsamling vid kvalitativa studier är att använda intervjuer. Patel och Davidsson (2003) menar att intervjuer är en lämplig metod eftersom de syftar till att få fram de intervjuades enskilda erfarenheter kring ett fenomen. Kvalitativa studier beskrivs som att upptäcka och identifiera egenskaper hos individer och att ge svar på en specifik information om ett fenomen och en persons uppfattning om det. Genom att använda öppna intervjufrågor får informanter utrymme att fritt formulera svaren med egna ord (Patel & Davidsson, 2003).

Urval

Totalt kontaktades 20 tandhygienister via e-post där de fick förfrågan om att delta i denna studie. Ytterligare e-post skickades inom en månad då inget svar mottagits. Av samtliga tjugo var det fyra som ansåg sig ha tid att delta i intervjuerna och dessa bokades in på olika datum. Dock kunde enbart två av fyra intervjuer genomföras i ostörd miljö på tandhygienisters arbetskontor. De andra två tandhygienisterna telefonintervjuades då deras arbetssituation inte möjliggjorde intervjuer på annat sätt.

Samtliga fyra deltagarna var av kvinnligt kön mellan 45-56 år med 15-25 års erfarenhet av att arbeta som tandhygienist. Två av informanterna som deltog i studien arbetar som lärare inom tandhygienistutbildning och de andra två arbetar med tandvård för funktionshindrade patienter.

De genomförda intervjuerna varade drygt en timme. Intervjuerna spelades in på band med deras godkännande och transkriberades därefter, vilket resulterade i ett material på ungefär sex sidor. Intervjun innehöll frågor formulerade så att svaren skulle bli så utförliga som möjligt (se bilaga 1) för att möjliggöra resonemang att framträda i svaren.

Dataanalys

Det finns två olika typer av innehållsanalys; manifest och latent innehållsanalys. Den förstnämnda, manifest innehållsanalys, visar vad som finns, visar sig i texten medan latentinnehållsanalys, används för att tolka den underliggande meningen i texten.

I denna studie har manifest innehållsanalys använts som analysmetod (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Det första steget i innehållsanalysen är att förklara den undersökta kontexten. Därefter görs en tydlig granskning av textmassan för att få en förståelse av dess innehåll och hur detta kan användas i denna studie. Meningsbärande enheter, d.v.s. fraser som innehåller relevant information, markeras och reflekteras kring. Enheterna grupperas sen i kategorier som återspeglar intervjuernas centrala budskap för att därefter formulera teman (Krippendorff, 2004).

Nedanstående visar hur innehållsanalysens arbetsgång ser ut:

Steg 1 är att förklara den undersökta kontexten. Steg 2 är tydlig granskning av textmassan för att skapa förståelse av dess innehåll. Steg 3 är meningsbärande enheter markeras manifest. Meningsenhet: ”Man ska försöka undvika störande moment och tala om för övrig personal att inte komma in...” och Steg 4 är meningsenheterna kondenseras och kategoriseras i teman, ex:

Kondenserad meningsenhet: ”..undvika störande moment..”

Kod: Vikten av störningsfri miljö

Subtema Planering, kommunikation, kunskap

Tema: Utstråla trygghet

Meningsenhet: ”Många av dessa patienter är mycket beroende av rutiner ...”

Kondenserad meningsenhet: ”..mycket beroende av rutiner..”

Kod: Repetera moment

Tema: Utstråla trygghet

Forskningsetiska överväganden

Fyra etiska krav har följts och som ska uppfyllas vid all forskning (vetenskapsrådet, 2013). Här belysas fyra av de områden som brukar diskuteras i etiska riktlinjer för forskare. Den här studien bygger på de forskningsetiska principerna. Grund principerna är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitet kravet, och slutligen nyttjandekravet (vetenskapsrådet, 2013). Informanterna får både skriftlig och muntlig upplysning om syftet med studien och bakgrund presenteras samt information om att medverkan är frivilligt och att informanterna när som helst under studiens gång kan avbryta studien (se bilaga 1). Dessutom informeras informanterna om att all data ska behandlas konfidentiellt och efter färdigställande av denna studie skall all data förstöras. Inspelningen från intervjun transkriberas och förvaras var för sig fram till dess resultat rapporteras. Informanterna kommer att få ta del av uppsatsen, trots att det kan föreligga risk för identifiering på grund av det låga antalet informanter. Nyttjandekravet innebär i denna studie att materialet endast får användas för forskarändamål.

RESULTAT

I resultatet framkommer ett huvudtema; utstråla trygghet och anpassa sig och tre subtema; planering, kommunikation och kunskap.

Tabell 1. Nedan redovisas temat och subtema:

Subtema	Tema
God planering	
Kommunikation	Utstråla trygghet och anpassa sig
Kunskap	

Koder	Sammanfattning	Subtema
Repetera moment Planera behandlingen Samma miljö Gott om tid Tillåta att mål inte nås	Miljö Rutiner Tid	Planering
Patientens delaktighet Förhållningssätt Vägledning Tell-Show-Do Röstläge Beröm	Känna patienten Anhöriga Motivation	Kommunikation
Förstå patienten Teoretisk kunskap Praktisk kunskap	Utbildning Erfarenhet	Kunskap

Utstråla trygghet och anpassa sig

Temat ger en bild av hur en tandhygienist ska agera för att säkerställa att den pedagogiska patientutbildningen skall ge ett tillfredsställande resultat. Att agera lugnt och sansat och därmed utstråla trygghet är ett genomgående tema som återkommer i samtliga intervjuer. Att utstråla trygghet är dock inte alltid samma sak som att tandhygienisten känner sig trygg. Resultatet visar att om en situation uppstår där tandhygienisten inte riktigt känner sig trygg ändå utstrålar trygghet, så kan detta vara nog för att säkerställa att patientundervisningen fungerar.

Anpassa sig framkommer som andra del i samtliga intervjuer med tandhygienisterna. Att vara adaptiv innebär att man kan anpassa sitt beteende utifrån vad som sker under behandlingstillfället, vilket tydligt framkommer som en väsentlig del i tandhygienisternas arbete med patientundervisning.

Planering

Tandhygienister måste kunna planera sin behandling eftersom många av patienterna med kognitiva funktionshinder är beroende av rutiner. Miljön var ett område som samtliga intervjuade var väl medvetna om och samtliga informanter exemplifierade detta på olika sätt. Det mest entydiga mellan informanternas uttalanden om miljön var vikten av att miljön skapar ett lugnt och harmoniskt intryck så att patienten inte känner sig illa till mods. Då skapas rätt förutsättningar för att behandlingen ska bli tillfredsställande.

...många av dessa patienter är mycket beroende av rutiner...(Informant A)

...det måste finnas tid att ”känna av patienten...(Informant C)

...viktigt att man planerat innan...(Informant D)

Ibland måste tandhygienisten också vara beredd på att behandlingen inte kommer att kunna utföras på grund av att patienten är arbetsovillig eller ledsen. Vid ett sådant tillfälle är det viktigt att individanpassa behandlingen.

...måste finnas tid om patienten inte är på humör och gör något oväntat...(Informant C)

...även små framsteg ska premieras, det stora målet kan tas nästa gång... (Informant A)

Vikten av att lyckas med att få patientens egenvård att fungera för att god munhälsa ska kunna bibehållas var ytterligare en sak som påpekades av samtliga. Vid den latent delen av innehållsanalysen framkom även motivation som ett återkommande uttryck kring egenvården. En patient med dålig munhälsa måste bli motiverad av tandhygienisten för att egenvården ska fungera.

Kommunikation

Många tandhygienister betonar vikten av individanpassa sin kommunikation till patienten. Tre av de intervjuade tandhygienisterna anpassar sin kommunikationsnivå intuitivt, dvs de agerar sensitivt och om de märker att de inte får adekvat respons på den information de försöker delge patienten, så anpassar tandhygienisterna sin informationsnivå ytterligare. Informanter poängterar vikten av att informationsnivån ska individanpassas så att kommunikation uppstår och patienten tar till sig det som ska informeras.

Återkommande är även den s.k. ”Tell-Show-Do”-metoden, d.v.s. att tandhygienisten i lugn takt först berättar om vad tandhygienisten ska göra, sedan visar och sist genomförs själva momentet. På detta sätt kan samtliga moment inom behandlingen kommuniceras på rätt nivå och patienten har troligen lättare att acceptera och därmed aktivt medverka.

... jag har lämnat en plastspegel till patienten för att träna hemma inför nästa besök... (Informant C)

... låter alltid patienten känna på en munspegel eller annat ofarligt efter att jag berättat vad jag ska göra... (Informant D)

Ovanstående citat visar tydligt hur ”Tell-Show-Do”-metoden är tänkt att fungera.

Anpassning av röstläge återkommer hos de intervjuade tandhygienisterna, vilket tyder på att även innehållet i patientundervisningen ska anpassas.

..viktigt att prata tydligt och med få ord... (Informant A)

..pratar ofta tystare och lugnare... (Informant B)

Tandhygienisterna påpekar att kommunikation med patientens medföljare kan vara mycket viktig för att komma fram med önskad patientinformation.

... använder ofta assistent eller förälder som är med...för att behandlingen ska gå lättare..... (Informant A)

Det återkommer även i situationer där patientundervisningen inte når fram enligt tandhygienistens önskan, d.v.s. att målet med undervisningen eller behandlingen inte kan genomföras och att tandhygienisten helt enkelt får nöja sig med ett för tillfället sämre resultat.

...berättar att målet är högre...vi måste sträva till det bästa... (Informant D)

Målet med förbättrad munhälsa kommuniceras med andra ord tydligt ändå, även om resultatet vid detta behandlingstillfälle inte uppnåddes.

Även beröm nämns ett flertal gånger som en viktig del av kommunikationen för att säkerställa att patienten känner sig som en medaktör och betydelsefull.

...Det är viktigt att få beröm, få ett bevis att patienten lyckats... (Informant A)

Även de gånger informationen eller behandlingen inte riktigt når fram kan beröm vara av yttersta vikt.

...får inte glömma att små framsteg också kan vara lyckade tillfällen... (Informant C).

Det framkommer även att det är väsentligt att tandhygienisten har möjlighet att kommunicera med patientens ansvarig läkare för informationsutbyte kring patientens hälsotillstånd.

Kunskap

Samtliga informanter har påpekat vikten av att inneha kunskap egenvård om hur de ska hantera behandlingssituationer med barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder. För att nå bästa resultat med munhygien, måste tandvårdspersonalen både inneha kunskap om patienten som individ och kunskap om patientens munhälsa för att lyckas ge barn och ungdomar med funktionshinder bästa vård.

....Första besöket vill jag endast ha de anhöriga med, alltså utan patienten... (Informant B)

Ovanstående användes då tandhygienisten förklarade vikten av att inhämta information från anhöriga om exempelvis patientens specifika behov, för att säkerställa att tandhygienisten har en god kunskap i patientens situation.

...tar tid att lära känna en patient med funktionshinder...det måste få ta tid... (Informant D)

Första gången en tandhygienist träffar sin patient kan det vara så att tandhygienisten inte har kunskap om patientens önskemål och behov, men med tiden förändras detta till det bättre.

Men krav ställs även på föräldrar och anhöriga i stöttningsroll mot en god munhygien. Det kan handla om att tandhygienisten använder sig av de anhöriga för att få mer specifik kunskap om en patient.

*...tar ofta hjälp av medföljande om tips vad som kan göra behandlingen lättare...”
... (Informant A).*

Informanterna ser sitt pedagogiska arbete, dvs patientundervisningen, som en del av innehållet i deras arbete. De ger även en tydlig bild om hög medvetenhet om vikten av pedagogisk kunskap för att skapa goda förutsättningar att lyckas med patientundervisningen. Poängteras bör att de intervjuade kan klassificeras som specialister inom området.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att använda kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod och som sedan analyseras med innehållsanalys verkar ha varit lämplig metod för denna studie. Vid en enkätstudie finns risk för att den egna förförståelsen påverkar utformningen av frågorna och dessutom begränsas möjligheten att utveckla svaren med sådant som respondenten anser viktigt (Patel & Davidsson, 2003).

Intervjuer med öppna och korta frågor har använts i studien och Kvale (1997) konstaterar att korta relevanta intervjufrågor ofta ger långa svar, vilket i sin tur ger en god kvalitet på analysen. Detta tog jag hänsyn till och därför var intervjufrågorna korta och lätta. Nackdelen med innehållsanalys är att den kan påverkas av en förutfattad förståelse, av den som utför analysen.

När ett tema framkommit ur analysen, kan detta stämmas av direkt mot de meningsbärande enheterna för att säkerställa analysen. Enligt Graneheim & Lundman (2008) valdes den manifesta ansatsen för att den ansågs vara det uppenbara och synliga som skulle tolkas utifrån materialet (Graneheim & Lundman 2008). Den manifesta innehållsanalysen visar på vad som finns i intervjutexten och här identifierades tre återkommande områden som samtliga informanter uttalade sig om Graneheim & Lundman (2008), beskriver att validitet i kvalitativa studier är trovärdighet och det kontrolleras under hela forskningsprocessen. I studien beskrivs innehållsanalysens arbetsgång steg för steg och informanterna har fått ta del av transkriberingarna för att få möjlighet att korrigera eventuella fel och eventuellt tillföra förtydligande för att ytterligare stärka validiteten. Genom att använda citat från intervjuerna i resultatdelen stärks berättelsernas trovärdighet och redovisas för läsaren på ett tydligt sätt och informanterna benäms A-D (Kvale, 1997).

I denna studie deltog fyra kvinnor med varierade ålder och arbetserfarenhet. Att endast fyra tandhygienister intervjuades kan ses som en svaghet. Kvale (1997) poängterar att det inte är antalet informanter som är fastställande för själva resultatet utan det är kvaliteten på det insamlade materialet i en kvalitativ studie. Två av intervjuerna genomfördes som en telefonintervju. Svagheten med telefonintervjuer är att det är svårt att säkerställa att den intervjuade bibehöll fokuset och inte störs av andra faktorer. En annan svaghet är att kroppsspråk inte kan läsas i en telefonintervju, vilket ofta kan ge

indikationer på hur den intervjuade upplever frågan (Kvale, 1997). Två av informanterna arbetade som tandhygienistlärare vilket kan tyda på att de är mer kunniga inom patientundervisning för barn och ungdomar med kognitivt funktionshinder. De andra två hade genomgått specialistutbildning kring barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder.

Resultatdiskussion

Att barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder oftare har sämre tandhälsa jämfört med barn och ungdomar utan funktionshinder är idag belagt (Gabre, Martinsson och Gahnberg, 2001). Denna studie visar att det går att förbättra munhälsan hos dessa patienter förutsatt att tandhygienisten utstrålar trygghet och dessutom är anpassad i sitt förhållningssätt. För att utstråla trygghet och att vara beredd på att ändra sitt förhållningssätt krävs god planering, god kommunikativ förmåga och kunskap. Då kan en bra patientundervisning skapas.

Resultatet överensstämmer väl med tidigare studier. Exempelvis framkommer att det krävs att tandhygienisten kan skapa en anpassad dialog med patienten för att kunna förmedla patientinformation på ett förståeligt sätt (Gustavsson, 2006). Planering, kommunikation och kunskap framkommer i resultat utifrån intervju svaren. Appliceras dessa begrepp på tidigare forskning framkommer tydliga likheter. Vid analysen av artiklarna i bakgrunden i kombination med resultaten i studien framkommer begrepp som blir relativt enkla:

Om tandhygienisten kan planera sin behandling, kan kommunicera på ett tillfredsställande sätt och dessutom innehar kunskap kring patienten, går det att förbättra munhälsan hos barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder.

Planera

Trygghet i tandvårdssituationen kan skapas på många sätt. Att det alltid är samma tandvårdspersonal som möter patienten, att de säger samma saker och att behandlingen görs i samma behandlingsrum är faktorer som bidrar till att utstråla trygghet. Att det råder lugn och ro är lika självklart, d.v.s. att ingen radio är på i bakgrunden, att ingen annan personal kommer in i behandlingsrummet och att inget starkt ljus stör. Att i lugn och ro berätta (Tell-Show-Do-metoden) vad som ska göras innan det görs ökar

möjligheten för patienten att acceptera varje moment innan det genomförs. Om det råder tidspress så ökar otryggheten för patienten, vilket visar på vikten av god planering inför behandlingen i enlighet med denna studies resultat.

En inskolningsmetod som framkommit under arbetet med studien är den s.k. 1000-inläringen (inläring kan repeteras 1000 gånger om), Gabre (2009) som utvecklats av barntandvården i Skövde. Metoden tydliggör hur tandhygienisten skall agera för att utstråla trygghet och dessutom anpassa sig. Metoden bygger på följande delar: Gott om tid, struktur/planering, samarbete med medföljande assistent/ förälder, ögonkontakt/småprata inte, var lyhörd/adaptiv, fokusera på barnets styrkor, individuellt anpassat.

Inskolningen inleds med ett specifikt besök för att kunna planera behandlingen eller patientundervisningen och då deltar inte patienten. Under besöket diskuteras hur patientens kommunikation fungerar, d.v.s. hur patienten är van att meddela sig och annat kring patienten som kan underlätta behandlingen. Även bildstöd, symboler och det lugna behandlingsrummet finns med i detta inskolningsprogram (Barntandvården Skövde). Inskolningen kan jämföras med denna studies resultat kring behov av planeringstid.

Kunskap

Sammanhang för patienten med kognitivt funktionshinder skapas när all personal som kommer i kontakt med patienten arbetar på samma sätt och ger samstämmiga råd. Samtlig personal bör inneha god kunskap om patientens specifika funktionsnedsättning så att patientundervisningen blir specificerad till det mest väsentliga och därmed enklare för patienten att ta till sig. Gabre (2009) jämför med nyckelhålmärkningen av mat, där nyckelhålet blir en enkel signal för att den märkta maten är ett bra matval. På samma sätt ska all personal försöka förenkla patientundervisningen.

Kommunikation

Informationen mellan informanterna och deras patienter är dubbelriktad, eftersom det gäller såväl att få fram information från patienten som att kunna delge information till patienten. Att kunna få fram information från patienten kring patientens eventuella sjukdomstillstånd i munhålan poängterades av samtliga informanter, då detta sågs som

en viktig faktor för att kunna uppnå en god munhälsa hos patienten. Samma sak med den omvända informationen, dvs om tandhygienistens patientundervisning inte når fram till patienten kommer troligen en god munhälsa inte att kunna uppnås.

Här återkommer mycket från den s.k. 1000-inläringen som Skövdes barntandvård arbetat fram. Att arbeta med enkla och tydligare bilder skapar trygghet. Bilder på patienten själv när han borstar sina egna tänder är ett annat tydligt exempel som tas upp av Gabre (2009) för att ytterligare förenkla och förtydliga minnesstödet. Strukturellt arbete poängteras och ett bra exempel på vad Gabre menar med detta är att exempelvis ordna alla hygiensaker för morgonbestyren i en korg på ena sidan handfatet och allteftersom de nyttjas placeras de i en annan korg på andra sidan handfatet. Genom denna typ av enkla strukturella detaljer kan patientens procedurminne förstärkas. En av studiens undersökta artiklar (Artikel 12 – Samtalsmatta för ökad delaktighet..Gelfgren, Eckerholm 2011) påvisar samma resultat.

Gabre (2009) talar även om precision i de råd och tips som tandhygienister lämnar till sina patienter, där ord som ”ordentligt”, ”noga” eller ”rent” blir svårare att hantera eftersom patientens egen bedömning försvårar. Bättre att tydligt – gärna på plats hemma hos patienten – visa på exempelvis sig själv, förklara och sedan visa på patienten. Precis samma sak är det med tiden, då patienten kommer att ha svårt att bedöma när det är nog. Avsevärt bättre effekt uppnås med tydliga mätverktyg som tidur, timglas eller annan klocka.

Gabres (2009) avhandling med avslutande tips till behandlande tandhygienister kan ses som en god sammanfattning av vad det innebär att utstråla trygghet och att vara adaptiv. Planering, kommunikation och kunskap inom ämnet är de subteman denna studie fått fram och dessa kan appliceras i såväl Skövdes 1000-inläring som Gabres avhandling och tips.

SLUTSATS

För att lyckas med att förbättra munhälsan hos barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder krävs en medvetenhet planering, kommunikation och kunskap.

Den viktigaste slutsatsen av studien är att munhälsan hos barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder går att förbättra. Aktiva tandhygienister arbetar kontinuerligt – om än inte alltid medvetet – med att skapa trygghet för patienter med kognitiva funktionshinder samtidigt som de är anpassar sig till patienten och situationen.

Kliniska implikationer

Skaffa tillräckligt med kunskap om patients funktionshinder genom läkare övriga vårdgivare och närstående. Se till att får besked när patienten anländer så att ingen extra väntetid uppstår och att det finns extra tid avsatt vid första behandlingstillfället. Individanpassa behandlingen genom att utforma hjälpmedel om det behövs för att få patienten att förstå vad som händer som tex. Tell-Show-Do.

Det är betydelsefull för barn och ungdomar med kognitiv funktionshinder att skapa en trygg och avslappande miljö i behandlingsrummet. Exempel på detta kan vara belysning, musik och att undvika störande moment. Var generös med beröm och uppmuntra även små framsteg. Tandhygienisten ska vara medveten om röstläge, val av ord och kroppsspråk. Kommuniera med medföljaren före under och efter behandlingen och var beredd på att behandlingsresultaten inte uppnår sitt mål vid första besöket.

REFERENSER

Arch LM, Jenner AM, Whittle JG (1994). *The views and expectations regarding dental care of the parents of children with special dental needs*. Int J Paediatr Dent. 4(2):127-32.

Backlund, Britt (2000). *Inte bara ord: En bok om talad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Broadbent, J., Ayers, K., Thomson, W. (2004). *Is attention-deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries?* Caries Res, 38(1), 29-33.

Bäckman, B., Pilebro, C. (1999). Visual pedagogy in dentistry for children with autism. ASDC J Dent Child, 66(5), 325-331, 294.

Cunha RF, Zaze ACSF, Vieira AEM, Melhado FL, Sundefeld MLMM. (2009). *Longitudinal behavioral analysis during dental care of children aged 0 to 3 years*. Braz Oral Res 2009;23(3):302-6

Carlgren, Ingrid (1994) i SOU 1992:94. *Bildning och kunskap*. Särtryck ur Läroplanskommitténs betänkande skola för bildning. Stockholm: Skolverket

Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschbaum WE, Inglehart MR. (2008). *Dental hygiene education about patients with special needs: a survey of U.S. programs*. J Dent Educ. 72(9):1010-9.

Ellström, P-E. (1992). *Kompetens, lärande och utbildning i arbetslivet*. Stockholm; Public a

Fiske, John (2001). *Kommunikationsteorier: En introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning: mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. ActaUniversitatisGothoburgensis.

Friberg, F., & Hansson Scherman, M. (2005). *Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19, 274-279.

- Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. (2001). *Longitudinal study of ental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability.* Eur J Oral Sci; 109: 20-26.
- Gabre P. (2009). *Pedagogik i tandvården. Pedagogiskt projektarbete.* Institution för odonto-logi Sahlgrenska akademien. Göteborgs universitet.
- Gelfgren, Elina Eckerholm Wallfur, Pernilla (2011). *Samtalsmatta för ökad delaktighet och kommunikation mellan personer som har Huntingtons sjukdom, närstående och tandhygienist.* Institutionen för neurovetenskap och fysiologi.
- Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdsituationen – en självständig omvårdnadsfunktion.* Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim U.H., Lundman B. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.
- Gustavson, C. (2006). *Ökar risken för tandvårdsrädsla och karies hos barn med en nedsatt kognitiv förmåga?* Huddinge: Karolinska institutet Institutionen för odontologi. Examensarbete.
- Hallberg U, Klingberg G. (2008). *Oral ohälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem.* IntellectaDocuSys AB. Sverige. NHV-rapport.
- Hennequin M, Faulks D, Roux D. (2000). *Accuracy of estimation of dental treatment needs in special care patients.* J Dent, 28(2) 1316.
- Johnson T. (2000). *Pilot study of dental hygienists' comfort and confidence levels and care planning for patients with disabilities.* J Dent educ, 64(12), 839-46.
- Johansson B. *Vårdpedagogisk forskning en forskningsgren på frammarsch.* I: Johansson, B. (red) (1996). *Vårdpedagogiskantologi.* Studentlitteratur. Lund.
- Jones ML, Boyd LD. (2011). *Interface with a community feeding team to address oral health of special needs children: a pilot project.* J Dent Hyg. 2011 Spring; 85(2):132-42.
- Klang Söderkvist, B. (2001). *Patientundervisning.* Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis – an introduction to its methodology.* (2nd

edition) USA, California

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lejsgaard Christensen, S., & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Livny A, Vered Y, Slouk L, Sgan-Cohen HD. (2008). *Oral health promotion for schoolchildren - evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills*. BMC Oral Health.

Loacono C, Muzzin K, Guo I. (1996). *Dental hygiene student's attitudes toward treating individuals with disabilities*. Probe, 30(6), 220-4.

Lundin L, Olsson O.S. (2002). *Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiv funktionsstörning*. Stockholm: Cura.

Newacheck P, Inkelas M, Kim S. (2004). Health services use and health care expenditures for children with disabilities. Pediatrics, 114,79-85.

Nilsson, Björn & Waldemarson, Karin (2002). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Nunn J. Disability – a context Nunn J (red) (2000). *Disability and oral care*. FDI world Dental Press Ltd, London; UK, 3-14.

Patel, R., Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, upplaga 3, Lund: Studentlitteratur.

Pilhammar, Andersson, E. (2004). *Vårdpedagogik- vad, hur och varför* (rapport 2004:2) Göteborg: Göteborgs universitet: Institutionen för vårdpedagogik

Pilhammar Andersson, E (2005). *Erfarenhetsbaserad kunskap – en del av vården?* Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet/ Hälsa och samhälle.

Pilhammar Andersson, E., Norberg, A., Öhlén, J. och Östlinder, G. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap*. Stockholm: SSF.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing research*. Methods, Appraisal, and Utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosenlind Märta (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*. Lund. studentlitteratur.

SBU- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Att förebygga karies. En systematisk översikt. Stockholm litteraturoversikt. SBU rapport 169.*

Sgan Cohen HD (2008). *Oral hygiene improvement a pragmatic approach based upon risk and motivation levels Israel. BMC Oral Health.*

Shapira J, Stabholz A. (1996). *A comprehensive 30 months preventive dental health program in a pre young people with Down's syndrome: a longitudinal study. Spec Care Dentist; 16 (1):33-7.*

Socialstyrelsen (1988). *Tandhygienisten i framtidens tandvård: rapport från socialstyrelsens utredning om tandhygienisternas framtida arbetsuppgifter. Stockholm: Fritze.*

Socialstyrelsen, (1999). *Projekt med syfte att kartlägga hur habiliteringen arbetar. Stockholm.*

Stoltenberg JL, Walker PO.(1989). *Student dental hygienists' and dental hygiene educators' attitudes toward the handicapped, 63(3), 117-23.*

Tandvårdsnämnden kansli (2006). *Rapport från projektgruppen för genomlysning av verksamhetsområdet. Pedodonti. Skåne.*

Tideman, M. (2000). *Normalisering och kategorisering: om handikapp ideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning. Lund: Studentlitteratur.*

Waldman H, Perlman S, Swerdloff M. (1998). *What if dentists did not treat people with disabilities? J Dent Child; 65(2):96-101.*

Elektroniska källor

Socialstyrelsen (2004). *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist.*
<http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen (2005). *Föräldrar med utvecklingsstörning och deras barn, vad finns det för kunskap:* <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen (2007) *Barn som har föräldrar med utvecklingsstörning:*
<http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen. (2010). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?*
Stockholm: Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se>

BILAGOR

Bilaga 1 (Brev utskickat inför intervjuer)

Forskningspersonsinformation

Jag heter Joanne Shekh och går en kurs i vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet. Just nu arbetar jag med en D-uppsats vars syfte med studien är att beskriva tandhygienistens pedagogiska erfarenheter i mötet med barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder.

Barn och ungdomar med kognitivt funktionshinder har ofta sämre munhälsa jämfört med andra personer utan funktionshinder. Orsaken till funktionshinder har i sin bakgrund sjukdomar eller skador. Flera studier visar att personer med funktionshinder har problem med munhygien. Speciellt personer med fysisk funktionsnedsättning har dålig munhygien och sämre munhälsa än andra personer. Detta kan bero på att barn och ungdomar med funktionsnedsättningar kan ha svårigheter att sköta sin munhygien. Vissa barn och ungdomar med kognitiva funktionshinder, som till exempel afasi kan ha kommunikationshinder. Dessa individer måste få information om tandsjukdomar, instruktion i munhygien och motivation men det krävs andra pedagogiska former. För att kunna påverka patienter i behandlingssituationen till en förbättring ledande till munhälsa måste villkoret vara att patienterna skall förstå budskapet.

Hur går studien till?

Intervjun kommer att spelas in på band, detta för att inte gå miste om någon viktig information. Alla uppgifter som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt. Efter avslutad analys kommer banden att förstöras. Du kommer givetvis att kunna ta del av resultatet om Du så önskar.

De frågor jag är intresserad av vid intervju:

- Kan du beskriva patientundervisning?

- Kan du berätta någon situation om detta?
- En bra situation
- En mindre bra situation
- Vad gör du?
- Hur, varför?
- Har du haft riktigt lyckade tillfällen
- Kan du beskriva vad det var?

Förfrågan om deltagande

Du har blivit tillfrågad om deltagande i denna undersökning eftersom du arbetat och behandlat barn och ungdomar med kognitivt funktionshinder.

Vilka är riskerna?

Jag ser inga risker med deltagande i denna undersökning.

Finns det några fördelar?

Din medverkan är viktig och Dina erfarenheter kan ge den kunskap som behövs, för att kunna genomföra förbättringar. Förhoppningsvis ge tandhygienisten förståelse så att mötet med patienten bli bra samt förbättra tandhygienistomhändertagandet av funktionshindrade.

Information om studiens resultat?

Du kommer givetvis att kunna ta del av resultatet om Du så önskar.

Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt, har du några frågor, så hör av dig till mig.

Ansvariga

Du kan också kontakta mig om du önskar få ytterligare information om studien. Deltagandet är helt frivilligt, har du några frågor, så hör av dig till mig via email: djowan05@hotmail.com

Med vänliga hälsningar

Joanne Shekh

Bilaga 2

Bra tips från Pia Gabres avhandling "Pedagogik i tandvården" Projektarbete 2009

Tips för att göra på rätt sätt

Fotografier, bilder

Enkel skriftlig instruktion

Checklista

Doseringsask för tabletter och tuggummi

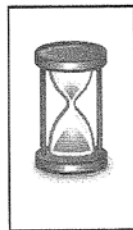
Att mäta tid

Tandborste som spelar melodi

Timglas

Timer

...och all annan individuell anpassning som fungerar



Tips för att följa upp resultat

Sätt möjliga mål från början – inte optimala

Sätt konkreta, mätbara mål

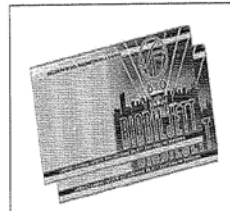
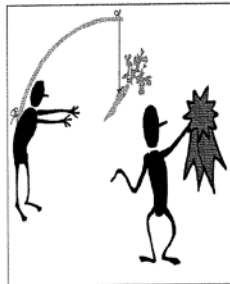
Var nyfiken på hur det går för patienten

Uppmuntra – kritisera aldrig

Belöning då målet är uppnått

Människor har olika drivkrafter - använd individuella belöningar

Exempel: medalj, titta på favoritlaget eller artisten, köpa något fint...och allt annat som fungerar



Tips för att komma ihåg

Fotografier, bilder

Exponera tandborste och tandkräm

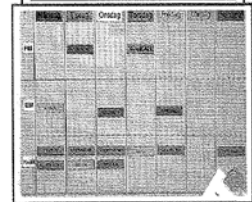
Schema

Korgar på tvättstället

Talande klocka

Symbolklocka

...och all annan individuell anpassning som fungerar



Tips för att lära ut

Fotografier, bilder

Enkla regler

Enkel skriftlig information

Träna på kliniken + i hemmet

Visa hur man gör

...och all annan individuell anpassning som fungerar

Lägg 2 cm tandkräm på tandborsten
Borsta i 2 minuter
2 gånger om dagen

