

Innhold

Forord	3
Abstract	5
Del 1: Artikkelkappe	7
- Oral helse, hva er det?	
Sammendrag	9
1.0 Introduksjon	11
2.0 Metode og materiale	13
3.0 Tannhelsetjenester: organisering og rettigheter	15
4.0 Begrepet oral helse slik det fremtrer i litteraturen.....	18
4.1 Definisjonsproblemer	18
4.2 Egenvurdering og selvopplevd oral helse	19
4.3 Unge voksnes syn på oral helse slik det fremtrer i litteraturen.....	21
4.4 Oral helse sin påvirkning på dagliglivet og oral helselatert livskvalitet.....	23
4.4.1 Måleverktøy og OHRQoL.....	24
4.4.2 Oral helse sin påvirkning på dagliglivet.....	26
5.0 Oral helseatferd blant unge voksne	28
5.1 Hygiene rutiner, kost og tobakksbruk.....	29
5.2 Bruk av tannhelsetjenesten	31
6.0 Diskusjon.....	34
Litteraturliste	41
Del 2: Empirisk artikkel	49
- Unge voksne og oral helse	
Sammendrag	51
1.0 Introduksjon	53
2.0 Metode.....	54
2.1 Forforståelse	55
2.2 Tilnærming til datainnsamling.....	55
2.3 Utvalgsstrategi	56

2.4 Rekruttering av informanter	56
2.5 Gjennomføring av datainnsamling	58
2.6 Analyseprosessen.....	58
2.7 Etske refleksjoner	59
3.0 Framstilling av hovedfunnene	61
3.1 Oral helse og dagliglivet	61
3.2 Oral helse som påvirkelig	63
3.3 Munnen som fredet område; oral helse som privat.....	67
4.0 Sammenfattet diskusjon av funnene.....	69
4.1 Selvpresentasjon og sosiale normer	70
4.2 Tannhelsetjenesten og fremtidig bruk av denne	72
4.3 Forslag til videre forskning.....	74
5.0 Metoderefleksjon.....	74
Litteraturliste	79
Appendiks.....	85
# 1 Informasjonsskriv	87
# 2 Intervjuguide.....	91
# 3 Systematisk tekstkondensering:.....	95
# 4: Eksempel på kodegruppe, undergrupper og kondensering.....	99
# 5: Vurdering fra REK	103
# 6: Godkjenning fra NSD.....	107

Forord

Tusen takk til de som hjalp meg i jakten på informanter og en spesiell takk til de som stilte opp til intervju. Uten deres bidrag ville ikke dette latt seg gjennomføre!

Jeg vil selvfølgelig også rette en spesiell takk til John Arne Skolbekken for alle tips og råd gjennom hele prosessen med denne masteroppgaven.

I tillegg har min arbeidsgiver vært positiv og lagt forholdene til rette for at jeg har kunnet brukt to år på å utvide mine horisonter og tilegne meg ny kunnskap. Dette er jeg selvfølgelig takknemlig for og jeg tror og håper at det har vært positivt både for egen utvikling, men også for mitt fremtidige arbeid og for tannhelsetjenesten.

Det å eksistere i en liten ensom boble beskriver mye av mitt masterarbeid, noe som har gitt både positive og negative opplevelser. Jeg har lært mye om meg selv og innsett at for fremtidig arbeid vil det for meg være viktig å legge mer vekt på å involvere andre i arbeidet.

Takk til venner, kolleger og familie som fremover skal få mer av min oppmerksomhet!

Elise Taylor Spets

2015

Abstract

The theme of this master's thesis occurred out of my experiences with different views on oral health both through my job as a dental hygienist and situations in everyday life. In Norway there are free dental services for everyone until the year you turn 19. And I was curious about how young adults (+/- 18-30 years of age) look at oral health, is the mouth considered as more than just teeth?

As a background for the empirical article the first part of the master's thesis looks at existing research. A search of literature was conducted to explore the research question: "What is oral health?" and mainly articles on young adults in industrialized countries and oral health were included.

How one considers oral health and oral health related behaviour will always be complex and depend on surrounding factors as well as the individual. Also commercial actors and the dental services will have an influence. The Norwegian dental health-services are founded on the thought of everyone having the same access to service, but at the same time there are socioeconomic differences both in oral health and oral health related behaviour.

According to the existing research it looks like young adulthood, and the time around when dental services no longer are free of charge, represents a cross roads both associated with the change in rights but also a potential difference considering future oral health. Because of these findings this time in life becomes of extra interest.

The research on young adults' oral health and how they themselves consider this seems to be limited and I have not been able to find any qualitative interviews with young adults in Norway. To better understand what happens after the change in rights within dental services more knowledge is needed. This will also be important in evaluating dental services and might raise the chances for the development of services to be in a positive direction. The aim of the empirical part of this master's thesis was therefore to contribute to this knowledge by taking a closer look at young adults' thoughts, meanings and experiences on oral health outside a clinical setting.

For the empirical part eight semi structured interviews with students and apprentices in Trondheim were conducted. The main focus was the meaning of the term oral health itself, but also what this means in the daily lives of the informants and their future aspects of it. The use of dental services was also discussed. The data was analysed based on systematic text condensation, a method inspired by Giorgis' descriptive phenomenological analysis and modified by Malterud. The main discoveries were put into three categories: "oral health and daily life", "oral health as influenceable" and "the mouth as a sacred and private area".

Oral health was first and for most seen as having to do with dental health, oral hygiene routines and self-presentation, at the same time possibilities to influence oral health were recognised. This supports earlier findings and recommendations of including more than DMFT as a clinical indicator as well as self-evaluations and factors related to psychological influences on everyday life when looking at young adults and their oral health.

At the same time the informants descriptions were an eye-opener and triggered ideas of taking a closer look at the way the services are organised and how these young adults are prepared for being left on their own the year they turn 19.

Key words: oral health, young adults, students, apprentices, self-experience, subjective, dental health, dental health services.

Del 1: Artikkelkappe

- Oral helse, hva er det?

Ved å se på eksisterende forskningslitteratur omkring unge voksne og oral helse dannes et kunnskapsgrunnlag for den empiriske artikkelen.

Sammendrag

Bakgrunnen for denne masteroppgaven er at jeg har opplevd ulike syn på oral helse både i jobbsammenheng som tannpleier, men også på andre arenaer. Avgrensingen til unge voksne (+/- 18-30 år) bygger på nysgjerrighet rundt deres syn på oral helse ved endt tilbud fra tannhelsetjenesten. Ser de på munnen som mer enn bare tenner?

Det er blitt utført litteratursøk og i artikkelkappen utforskes forskningsspørsmålet: «Oral helse, hva er det?» gjennom eksisterende forskning og teori, hovedsakelig begrenset til det som omhandler ungdom og unge voksne i industrialiserte land.

Synet på oral helse og oral helseatferd vil være sammensatt og til enhver tid relatert til både indre og ytre forhold. Slik vil også kommersielle aktører og tannhelsetjenesten kunne påvirke befolkningen. I Norge er tannhelsetjenesten basert på tanker om et mest mulig likt tilbud til alle og ekstra rettigheter for de som trenger det mest. Likevel ses sosiale ulikheter relatert til både oral helse og helseatferd. Ut i fra forskningen jeg har sett på, ser det ut til at tiden etter endt gratistilbud fra tannhelsetjenesten representerer et veiskille både i forhold til rettigheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, men også et potensielt skille for fremtidig oral helse. Slik blir denne perioden ekstra interessant.

I Norge ser forskningen rundt unge voksnes orale helse og hvordan de selv ser på dette ut til å være begrenset. Jeg har ikke funnet noen kvalitative intervjuundersøkelser med norske unge voksne. For å vite mer om denne gruppen, men også om tannhelsetjenester i Norge, trengs kunnskap. Det å se nærmere på unge voksnes tanker og meninger om oral helse vil kunne være et bidrag til dette.

1.0 Introduksjon

Synet på helse endres over tid og i takt med sykdomsbilder og samfunnsforhold (Exley, 2009; Huber et al., 2011; Åstrøm & Wold, 2012). I 1948 kom WHO sin definisjon av helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Denne blir kritisert for å være uoppnåelig og ikke å stemme overens med befolkningens synspunkt (Huber et al., 2011). Samtidig er det enighet om at helse er mer enn fravær av sykdom (Huber et al., 2011; WHO, 1986). I dag er det for eksempel vanlig å leve med kroniske lidelser og personer som gjør det kan vurdere sin egen helse som god (Huber et al., 2011). I tillegg medikaliseres samfunnet slik at tidligere estetiske luksusproblem utvikles til alminnelige helseproblem. På denne måten kan skjønnhetsindustrien innta helsetjenesten (Bjelland, 2002; Exley, 2009; Huber et al., 2011). Dette gir et kort innblikk i helse som et komplekst og flerdimensjonalt begrep med fysiske funksjonelle, sosiale og psykiske aspekter (Huff, Kinion, Kendra, & Klecan, 2006), der individet, samfunnsforhold, politikk og økonomi vil ha en innvirkning på holdninger og forventninger til egen helse (Fugelli, 2008; Huber et al., 2011).

Selv om munnen er mer enn tenner og tannhelse er munnhulen blitt betraktet som isolert fra resten av kroppen og personen som helhet (Locker, 1997; StatensHelsetilsyn, 1999; WHO, 1986). I Norge kommer dette tydeligst frem i organiseringen av helsesystemet. Den har bakgrunn i at tannbehandling i hovedsak ble sett på som et håndverk og at odontologi ble eget universitetsfag utenfor medisin (Holst, 2004; Tornes, 2006). Selv om tidligere atskilte medisin- og odontologistudenter i dag har felles basalfag og medisinske og odontologiske fakultet slås sammen befinner fortsatt tannhelsetjenesten seg noe på siden av det generelle helsesystemet (Tornes, 2006). Organiseringen av tannhelsetjenesten har vært oppe til diskusjon og ble sist utredet i 2005 (Helse-ogomsorgsdepartementet, 2005; Holst, 2004). Siden 2005 har kommunene stadig fått flere oppgaver og mer ansvar blant annet gjennom samhandlingsreformen, der det er et fokus på en brukerstyrt helsetjeneste med pasienten i fokus, nærhet til tjenestene og samarbeid mellom ulike ledd i helsetjenesten (Helse-ogomsorgsdepartementet, 2008-2009). I tilknytning til kommunereformen diskuteres igjen organisering av tannhelsetjenesten (Kommunal-ogmoderniseringsdepartementet, 2014-2015).

Et helhetlig syn på helse gjør at oral helse også omfatter mer enn sykdom og forholdene inne i selve munnhulen. Det handler også om hvordan tilstanden i munnhulen kan påvirke

allmenntilstanden, næringsinntak, sosialt- og psykologisk velbefinnende og livskvalitet (Ekbäck, 2010; Folke & Paulsson, 2010; Locker, 1997; Locker & Allen, 2007; Sheiham, 2005; Östberg, Jarkman, Lindblad, & Halling, 2002). Endringer i sykdomsmønster, synet på helse og samfunnsforhold vil på samme måte som for generell helse kunne påvirke holdninger og forventninger til egen oral helse. Organiseringen av tannhelsetjenesten er en del av samfunnsforholdene som vi omgis av (Exley, 2009; Huber et al., 2011; Tornes, 2006). I Norge har alle tilgang til gratis tannhelsetjenesten opp til og med 18 år (Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983 § 1-3). Det antas at det i løpet av denne tiden gjøres erfaringer med bruk av tannhelsetjenesten og dannes holdninger for fremtiden. Samtidig har jeg gjennom min bakgrunn som tannpleier erfart at tannhelsetjenesten glemmes ved helhetlige vurderinger av helsetilstanden hos for eksempel pleietrengende. Den vanlige befolkningen kan også bli overrasket når de konfronteres med at immunforsvaret deres også jobber med infeksjoner i munnen. Derfor er jeg nysgjerrig på hvordan befolkningen egentlig ser på oral helse, blir munnen virkelig betraktet som noe mer enn «bare» tenner? Og hva er unge voksne sine tanker om oral helse og deres forhold til tannhelsetjenesten etter endt gratistilbud? Dette er spørsmål jeg har stilt meg selv og det danner bakgrunnen for masteroppgaven og dens avgrensning til unge voksne og til slutt studenter og lærlinger. Mer om avgrensninger og utvalgsstrategi kommer i metoddelen til den empiriske delen av masteroppgaven (Del 2).

Hensikten med denne artikkelkappen (Del 1) er å danne et kunnskapsgrunnlag for den empiriske delen av masteroppgaven (Del 2). I artikkelkappen vil oppgavens tema ses på gjennom forskningsspørsmålet: «Oral helse, hva er det?» og utforskes ved hjelp av eksisterende forskning og teori på området. Forskning og teori vil hovedsakelig begrenses til det som omhandler ungdom og unge voksne, da dette er mest aktuelt for masteroppgavens avgrensning til studenter og lærlinger. Aktuelle ord og begreper vil også belyses. For å gi en ramme til det norske unge voksne har å forholde seg til, presenteres først en introduksjon til organisering og rettigheter innenfor tannhelsetjenesten. Deretter vil det ses på hvordan begrepet oral helse brukes i litteraturen for øvrig, og oral helseatferd belyses nærmere før det tilslutt rundes av i en avsluttende diskusjon.

I del 2 vil oral helse belyses ut i fra hva det empiriske grunnlaget sier om ulike aspekter ved dette. Spørsmål har oppstått ut i fra min bakgrunn og mine erfaringer. Som tannpleier og ved valg av masterprogram har jeg nok et annet forhold til munn og tenner enn folk flest. Jeg er

nok også mer enn gjennomsnittet interessert i helse. Forforståelsen min er preget av dette og at jeg ser på oral helse som mer enn tannhelse og forhold inne i selve munnhulen. Jeg føler at det var ved valg av studieretning og i tiden rundt at jeg selv mistet gratistilbudet til tannhelsetjenesten at jeg på en måte skilte lag fra resten av de unge voksne. Jeg vil samtidig presisere at jeg ikke tror at alle unge voksne er like, men at det er en del av bakgrunnen for min nysgjerrighet rundt hvordan unge voksne ser på oral helse etter endt tilbud fra tannhelsetjenesten.

2.0 Metode og materiale

For å utforske eksisterende forskning og teori på området oral helse ble det utført flere litteratursøk på Web of Science og Google Scholar. Disse søkemotorene ble valgt på grunn av at de favner bredt, ble anbefalt tidlig i studiet og at jeg er mer fortrolig med disse enn andre søkemotorer.

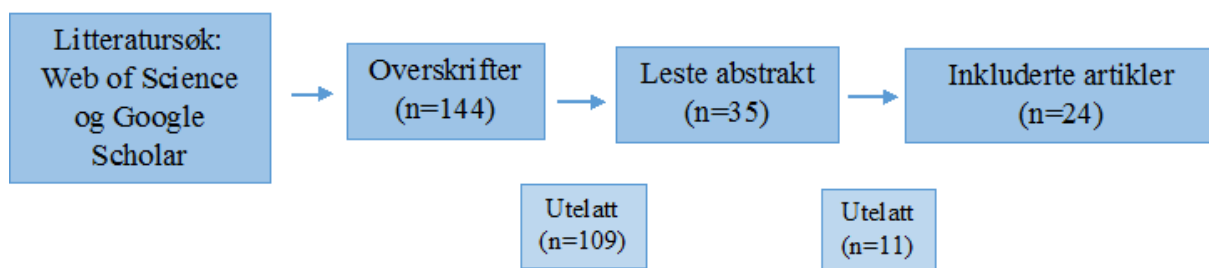
Kriterier for artikler var at de inneholdt oral helse, egenvurdert oral helse og student, ungdom eller unge voksne. Disse ordene ble derfor brukt enkeltvis, sammen og på engelsk. For å finne søkeord som ga best mulig treff ble det forsøkt ulike sammensetninger og i Tabell 1 ses de som ga best treff. Samtidig ble «kvalitativ» brukt for å se nærmere på denne type forskning, og «oral helse» ble brukt for å få se nærmere på norskspråklige publikasjoner om dette generelt.

TABELL 1: OVERSIKT OVER SØKEMOTORER OG SØKEORD

Søkemotor	Søkeord
Google Scholar	«altitittel; oral helse» «altitittel; oral health students OR adolescents OR “young adults”» «altitittel; oral health students OR adolescents OR “young adults” qualitative».
Web of Science	«title» (((young adult*) or (student*) or (adolescent*)) and (perception*) and (oral health)) «title» (((young adult*) or (student*) or (adolescent*)) and (perception*) and (oral health) and (qualitative))

Det var store variasjoner i alderskategorisering i ulike studier, studier som kun så på de under 18 år ble ekskludert, mens de som også hadde med 18 åringer ble inkludert. Dette innebærer en aldersspredningen er fra 15- 30 år. Jeg har valgt å bruke benevnningen unge voksne også der det er sett på personer yngre enn 18 år.

Prosesen rundt å velge ut relevante artikler er illustrert i Figur 1.



FIGUR 1: FLYTTDIAGRAM OVER LITTERATURSØK PROSESSEN

Her ses at artiklene som ble tatt med videre fra søkene ble plukket ut gjennom først å lese overskrifter. For de som gjenstod som aktuelle ble abstrakter lest gjennom og artikler som også etter dette virket aktuelle ble lest i sin helhet. Litteraturlister og siterende artikler ble gått gjennom på samme måte. Da artikler med søkeordene ungdom, studenter og unge voksne var begrenset, ble artikler som omhandlet egenvurdert oral helse og diskusjon rundt oral helsebegrepet fra søkene, litteraturlister og siterende artikler også inkludert.

Mennesker påvirkes av de forhold de omgis av (Exley, 2009; Huber et al., 2011; Tornes, 2006) og som nevnt i innledningen antas det at organiseringen av helsetjenester, herunder tannhelsetjenesten, vil påvirke synet på oral helse. Derfor vil det først ses på organiseringen av tannhelsetjenester gjennom å nevne noen eksempler på ulikheter i velferdsordninger. Hovedfokus vil være på den norske tannhelsetjenesten og hvordan den organiseres for slik å få et innblikk i det helsesystemet som omgir unge voksne her i landet.

3.0 Tannhelsetjenester: organisering og rettigheter

Ikke alle land har de samme velferdsordningene, USA har for eksempel et helsesystem som baserer seg på private forsikringer, noe som begrenser tilgangen til tannhelsetjenester spesielt for de med lav inntekt (Dodd, Logan, Brown, Calderon, & Catalanotto, 2014). Storbritannia har National Health Service. Der ytes tjenestene stort sett av privatpraktiserende som har en avtale med staten. Her er tilgangen til tjenester i noen deler av landet dårlig og egenandelen har vært økende (Helse-ogomsorgsdepartementet, 2005).

I de nordiske landene, der velferdsordningene er mer utpreget, er det et mål at befolkningen skal ha mest mulig lik tilgang til tannhelsetjenester. Her har derfor også barn, ungdom og unge voksne (0-20 år) ulike varianter av helt eller delvis gratis offentlig tannhelsetilbud. I Norge betaler den vanlige voksenbefolkningen i utgangspunktet utgiftene selv (Holst, 2004). Holst (2004) peker på at samfunnsforholdene og endringer fra tidlig på 1900-tallet frem til etterkrigstiden danner tre hovedårsaker til at refusjonsordningen i Norge er som den er. Først profesjonskamp og at trygden helt fra første stund var forbeholdt det leger kunne behandle, samtidig som NTF (Norsk tannlegeforening) fryktet å bli styrt og miste den unge profesjonens autonomi. Deretter valgte tannlegeprofesjonen, av flere grunner, å prioritere barn og unge i stedet for en mindre målrettet ordning for alle. Så, etter andre verdenskrig, var fokuset på gjenoppbygging av landet og å sikre befolkningen lik tilgang til tannhelsetjenesten. Dette innebar å få den ut til distriktene. Generell trygdeordning for tannbehandling ble da pekt på som en trussel mot tilbudet i distriktene ved å stimulere til overetablering i de mest sentrale strøk. Dette argumentet brukes også i dag mot en generell trygdeordning. En mer målrettet refusjonsordning, til de som trenger det mest, fremheves som en bedre løsning (Ekornrud & Jensen, 2011; Helse-ogomsorgsdepartementet, 2005; Holst, 2004).

Siden 1983 har den offentlige tannhelsetjenesten hatt lovfestet ansvar for å ta seg av de prioriterte gruppene i befolkningen mens den private sektoren primært tilbyr tannhelsetjenester til hoveddelen av den voksne befolkningen (21 år og eldre) som faller utenfor de prioriterte gruppene (Ekornrud & Jensen, 2011; Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983). Kriterier for stønad endres i større eller mindre grad kontinuerlig, men utgangspunktet er at den voksne delen av befolkningen, de over 18 år, skal betale for tannhelsetjenester. 19 og 20 år er en slags overgangsfase der det betales 25% av offentlig satte takster. Ved enkelte

tilfeller av sykdom eller skade er det også etter 20 år mulig å motta ulik stønad til utgifter ved undersøkelse og behandling hos tannhelsetjenesten (Ekornrud & Jensen, 2011; Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015). I forhold til malokklusjon (dårlig bittforhold) ytes det også stønad til kjeveortopedi og denne er delt inn i tre grupper etter alvorlighetsgrad. I gruppe a vil det ikke være noen alder tilknyttet rett til stønad, mens behandling må være påbegynt senest det året det fylles 20 år for å være stønadsberettiget i gruppe b og c. (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015). Slik oppstår et skille i forhold til rettigheter innenfor tannhelsetjenesten mellom 18-20 år samtidig som at denne tiden er viktig for senere helseatferd og fremtidig oral helse (Ekornrud & Jensen, 2011; Stenberg, Håkansson, & Åkerman, 2000; Östberg et al., 2002; Åstrøm & Wold, 2012).

I både Norge og Sverige er tannhelsetjenesten skilt fra den generelle medisinske profesjonen, og dette kan tenkes å ha betydning for befolkningens oppfatning av oral helse. Dette er også noe Östberg et al. (2002) påpeker i sin studie av svenske 15 og 18 åringer. Gjennom intervjuer fant de at tennene var avgjørende i definisjoner av oral helse og de mener dette kan ha sammenheng med at tannhelsetjenesten er skilt fra den generelle medisinske profesjonen. I Norge er tannhelsetjenesten den eneste helsetjenesten som fortsatt ligger inn under fylkeskommunalt forvaltningsnivå og den sittende regjeringen har signalisert mulige endringer i organiseringen av tannhelsetjenesten (Kommunal-ogmoderniseringsdepartementet, 2014-2015). I den forbindelse etterspørres en grundig konsekvensutredning for å sikre at endringer som kommer blir bedre og at tilbudet til befolkningen ikke forverres (Norsktannlegeforening, 2015). Dette med bakgrunn i at tidligere utredninger har konkludert med at tannhelsetjenesten bør ligge under fylkeskommunene eller statlig forvaltning (Helse-ogomsorgsdepartementet, 2005). Det er også et poeng at både prinsipper for organisering og finansiering, herunder stønadsordninger, utredes samtidig. Dette for å sikre mest mulig likt tilbud av tannhelsetjenester i hele landet og ikke bare de største byene (Ekornrud & Jensen, 2011; Holst, 2004).

For å sikre at eventuelle forandringer blir forbedringer og at hverken tilbudet eller tannhelsesituasjonen forverres må vi vite noe om hvordan det er i dag (Norsktannlegeforening, 2015). Den årlige rapporteringen av barn og unges tannhelsetilstand gjennom DMFT-tall (Decay, missing, filled teeth) viser en betydelig bedring de siste 30 årene, og i 2013 var andel 5 åringer uten hull i tennene 83% og 12 åringer 56% for Norge sett under

ett (Folkehelseinstituttet, 2012, 2015). Samtidig er det observert sosioøkonomiske ulikheter i helsestatus hos unge voksne og i forhold til oral helse målt gjennom sykdommen karies ses en brattere nedgang i DFS (Decay, filled surfaces) hos høyt utdannede (Schuller, 1999). Skeie, Klock og Haugejorden (2012) peker på at Helsedirektoratet ikke har foretatt kartleggingsstudier av barn og unges orale helse og det stilles spørsmål ved om DMFT-registreringene holder mål. DMFT rapporterer kun behandlingsskrevende karies, og kan føre til en underrapportering av sykdommen blant barn og unge. Samtidig vil politikere, profesjonen og pasienter kunne bli ledet til å se på karies som et mindre problem enn det egentlig er (Espelid, 2002; Skeie, Klock, & Haugejorden, 2012).

For 19 åringer rapporteres heller ikke DMFT, og de fleste over 20 år (voksenbefolkningen) blir overlatt til den private delen av tannhelsetjenesten. Her er det ikke noen fast rapportering av tannhelsestatus (Espelid, 2002; Skeie et al., 2012; Vikum, Krokstad, Holst, & Westin, 2012). Samtidig er det foretatt få studier rundt befolkningens orale helse (Holst, Skau, & Grytten, 2005). Det er likevel funnet en sammenheng mellom god selvrapportert oral helse og bruk av tannhelsetjenesten, og det ser ut til å være liten forskjell i bruk av tannhelsetjenester hos de under 60 år (Vikum et al., 2012). Forskjeller i bruk av tjenesten relatert til inntekt sank også fra 1973-2002, noe som kan tyde på at det ikke er så store sosioøkonomiske ulikheter i bruk av tannhelsetjenesten (Holst, 2008). På den andre siden viser levekårsundersøkelser og kliniske registreringer at det fortsatt er sosiale ulikheter i bruk av tjenester, oral helse og tannstatus (Ekornrud & Jensen, 2010, 2011; Holst & Schuller, 2011; Schuller, 1999). I tillegg er det en tendens til at de som deltar i ulike undersøkelser gjerne er de som er mest opptatt av temaet og at de som ikke deltar oftere kommer dårligere ut både i forhold til sosioøkonomisk status og/eller helsetilstand (Schuller, van Dommelen, & Poorterman, 2014; Åstrøm, 2004; Åstrøm & Wold, 2012). Slik foreligger det i realiteten ikke bare liten kunnskap om voksenbefolkningens orale helse, men også om tannhelsetjenestens betydning for denne. Det å få en bedre oversikt over dette vil være en fordel for evaluering av tjenesten, samt planlegging av fremtidige tannhelsetjenester til befolkningen (Haugejorden, 2002; Skeie et al., 2012; Östberg, Eriksson, Lindblad, & Halling, 2003; Östberg et al., 2002).

I teksten over er det forsøkt å få frem en ramme for det tannhelsetilbudet som unge voksne har i dag, samtidig er det pekt på svakheter i måten tjenesten måles og evalueres på. Tannhelsetjenestens organisering er igjen dagsaktuell. For planlegging og evaluering av

tannhelsetjenester, og for å sikre gode tjenester i fremtiden, er det av betydning at vi vet hva det er vi har i dag. For å undersøke nærmere hva det er vi vet i dag vil det videre ses på forskning rundt oral helse hos unge voksne.

4.0 Begrepet oral helse slik det fremtrer i litteraturen

Det vil nå først ses på bruken av begrepet oral helse for å forsøke å få mer klarhet i hvordan dette brukes i litteraturen før det ses nærmere på forskning rundt oral helse hos unge voksne.

4.1 Definisjonsproblemer

Som det ble sett på over gir ikke organiseringen av tannhelsetjenesten i Norge et tydelig bilde på at tennene og munnen hører til resten av kroppen. I litteraturen pekes det likevel på at endringer i synet på helse, i tillegg til utvikling av definisjoner og begreper, har vært med på å føre tennene og munnen tilbake til personen som helhet (Locker, 1997). Samtidig har utviklingen ført til utfordringer rundt bruken av ord og begrep. For eksempel brukes både oral helse og tannhelse i tilfeller der det ses på karies status (Ekbäck, 2010; Schuller et al., 2014), men også for å beskrive en mer multifaktoriell munnhule med tilknytning til resten av kroppen (Dahl, 2011; Kojima et al., 2013; Östberg et al., 2002). Det er også ulikt om det gjøres oppmerksom på bruken av begrepet. For eksempel gjør Ekbäck (2010) oppmerksom på at han bruker tannhelse som synonymt med oral helse i sin doktoravhandling, mens Schuller et al. (2014) sier de ser på trender i oral helse når de mer nøyaktig ser på karies erfaring. Det at tannhelse og oral helse brukes om hverandre og at meningen i ulike ord og begrep varierer er et tegn på definisjonsproblemer innenfor fagfeltet (Ekbäck, 2010; Locker, 1997; Locker & Allen, 2007).

Skillelinjene er også uklare mellom definisjoner relatert til begrepene oral sykdom, oral helse og oral helselatert livskvalitet (OHRQoL) (Holst & Dahl, 2008; Holst et al., 2005). Det at tannhelse, oral helse og oral helselatert livskvalitet brukes og tolkes som like begrep selv om de har ulik betydning vil ha konsekvenser både for hvordan oral helse blir definert og målt, men også for tolkning av resultater. Slik vil forskningens validitet og relabilitet innenfor fagfeltet svekkes gjennom at noe som i realiteten reduserer omfanget av en sykdom for

eksempel blir fremstilt som at det alene er avgjørende for oral helsestatus eller at det hever livskvalitet (Ekbäck, 2010; Locker, 1997; Locker & Allen, 2007).

Med disse betraktningene i bakhodet er det sett på ulike studier for å få et bilde på hva litteraturen sier at oral helse er for unge voksne, studenter og lærlinger. I masteroppgaven vil tannhelse brukes der det er snakk om sykdom i tennene og deres festeapparat, mens oral helse vil brukes om det som går på mer enn tannhelse. Det er sett på både kvantitativ, kvalitativ og kombinasjonsforskning. Det ses nærmere på begrepet oral helse og egenvurdering av oral helse i punkt 4.2 og 4.3 mens OHRQoL og mål på dette vil det ses nærmere på under 4.4 oral helse sin påvirkning på dagliglivet.

4.2 Egenvurdering og selvopplevd oral helse

Mye av forskningen som foreligger innenfor odontologien ser på objektiv oral helse gjennom registrering av sykdom (Espelid, 2002; Poulsen & Hausen, 2008; Skeie et al., 2012). I de fleste tilfeller er det for tannhelse brukt DMF(T/S) (Decayed, missing, filled teeth/surfaces) som er et måleverktøy på sykdommen karies og gir et endimensjonalt bilde av munnhulen (Espelid, 2002; Skeie et al., 2012). I de nordiske landene foreligger en del slik epidemiologisk informasjon om barn og unges tannhelse som kan gi et bilde av sykdomsmønster og fordeling av sykdom på befolkningsnivå (Poulsen & Hausen, 2008). Likevel er rapporteringsverktøyet omdiskutert på grunn av at det ikke er tilpasset dagens filosofi rundt kariesbehandling og kan føre til et uriktig bilde på selve sykdommen karies. Politikere, profesjonen og pasienter vil på den måten kunne bli ledet til å se på karies som et mindre problem enn det egentlig er (Espelid, 2002; Skeie et al., 2012). Diskusjonen rundt om dette gir et riktig bilde på kariessituasjon, viser at DMFT med stor sannsynlighet ikke kan si noe om helhetlig oral helse eller hva oral helse er for befolkningen.

Reviewer gjort på engelskspråklig litteratur viser også at forskning som tar for seg personlige tanker og opplevelser rundt erfaringer med egen oral helse er underrepresentert innenfor fagfeltet (Gussy, Dickson-Swift, & Adams, 2013; Masood, Thaliath, Bower, & Newton, 2011). Egen vurdering av oral helse blir i dag sett på som minst like viktig for orale helseproblemer som fraværet av sykdom (Poulsen & Hausen, 2008) og Locker, Maggiri, and Wexler (2009) foreslår at en definisjon på subjektiv oral helse inkluderer funksjonelle og

psykososiale påvirkninger fra orale helseforhold slik de oppleves av individet. Individets verdier, egen opplevelse av tannsettet, hva som ses på som sosialt akseptert og betydningen av estetikk vil bero på det som til enhver tid oppfattes som normene i samfunnet individet lever i (Johansson et al., 2008; Poulsen & Hausen, 2008). Den subjektive opplevelsen av oral helse vil derfor gjerne variere fra en tid til en annen.

Subjektiv oral helse blir vanligvis målt med et globalt spørsmål: «Hvordan vil du vurdere din orale helse?», med en Likertskala med fem svar alternativer (Dahl, 2011). Slik registreres hvor mange som fordeler seg på ulike gitte svaralternativer, og det er svaralternativet respondenten sammenfatter sitt syn i som fanges opp. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvor godt det reflekterer et subjektivt syn eller i hvilken grad det sier noe om meningen og relevansen for personen som fylte ut skjemaet (Locker et al., 2009). Samtidig pekes det likevel på at et globalt spørsmål vil kunne være tilstrekkelig for å fange opp et subjektivt syn på oral helse (Dahl, Wang, Skau, & Öhrn, 2011). Dette på grunn av at svaret vil innebære vurderinger med hensyn til hendelser og erfaringer i nåtiden og fortiden. Slik vil det ikke være tilfeldig eller kun gjelde i øyeblikket, men gi et slags sammendrag av selvopplevd oral helse. I enkelte sammenhenger kan dette være like nyttig som tidkrevende måleverktøy med mange items, samtidig er det enighet om at dette ikke nødvendigvis sier noe om vurderingen som ligger til grunn eller hvordan den orale helsen kan påvirke dagliglivet (Dahl et al., 2011; Ekbäck, Åström, Klock, Ordell, & Unell, 2008; Locker et al., 2009). Sistnevnte ses det nærmere på i 4.4 Oral helse sin påvirkning på dagliglivet.

Selv om det ser ut til å foreligge lite forskning omkring subjektive syn på oral helse (Gussy et al., 2013; Masood et al., 2011), og det er uenigheter om hvor godt det individuelle synet faktisk kommer frem (Dahl et al., 2011; Locker et al., 2009), vil synet på oral helse til enhver tid påvirkes av individets verdier og erfaringer, og av forhold i omgivelsene rundt (Dahl et al., 2011; Ekbäck et al., 2008; Johansson et al., 2008; Locker et al., 2009; Poulsen & Hausen, 2008). Slik vil synet på oral helse også kunne variere hos ulike grupper i samfunnet (Holst, 2004; Poulsen & Hausen, 2008). I tråd med masteroppgavens avgrensning vil det nå ses nærmere på gruppen unge voksne.

4.3 Unge voksnes syn på oral helse slik det fremtrer i litteraturen

Ut i fra forskningen som det er sett på i denne artikkelkappen er oral helse utforsket ved hjelp av ulike metoder. Forskningen er også utført i ulike land og kulturer og vil ikke automatisk kunne sammenlignes eller overføres til norske forhold. Denne delen er derfor ment til å kunne gi et overblikk over unge voksnes syn på oral helse slik litteraturen gir inntrykk av.

Den generelle bevisstheten rundt oral helse er funnet å være lav for et utvalg av svenske unge voksne. Samtidig er god oral helse blitt beskrevet som å ikke ha behandlingskrevende karies, at tennene ser eller føles bra ut, å ha frisk pust, jevne, hvite tenner og å kunne tygge og snakke uten problemer (Hattne, Folke, & Twetman, 2007; Östberg et al., 2002). Studier har også vist at tennenes stilling kan være en påkjønning i forhold til selvfølelse og sosiale interaksjoner (Josefsson, Lindsten, & Hallberg, 2010; Taghavi Bayat, Hallberg, Lindblad, Huggare, & Mohlin, 2013). Oral helse har slik ulike aspekter; både fysiske og psykiske, funksjonelle og estetiske (Huff et al., 2006; Locker, 1997).

Selv om unge voksne generelt ser ut til å være fornøyd med sin orale helse kan oppfattelsen av behandlingsbehov, i hovedsak estetisk behandling av fortenner, være større eller mindre enn det kliniske funn indikerer (Batista et al., 2012; Ekbäck et al., 2008; Östberg et al., 2003). Svar som gis og hva som sies om oral helse avhenger av hva individet sammenligner med og hva som oppfattes som normalt (Exley, 2009; Holst & Dahl, 2008). Oppfatning av tenner og tannkjøtt, hva som er akseptert i forhold til symptomer fra munnen og i sosiale settinger, samt betydning av estetikk, vil slik være avhengig av normene i det samfunnet individet befinner seg i (Do, 2012; Poulsen & Hausen, 2008). Derfor vil også vurdering av egen oral helse og behandlingsbehov påvirkes av sosiokulturelle forhold og hva som ses på som legitime behov vil kunne variere med forhold i omgivelsene (som for eksempel organisering av tjenester) (Exley, 2009; Holst, 2004; Poulsen & Hausen, 2008). Det som er veldig relevant for noen vil på den måten kunne være irrelevant for andre, og grad av relevans vil ha betydning for vurderinger som gjøres (Gregory, Gibson, & Robinson, 2007; Johansson et al., 2008; Locker et al., 2009; Poulsen & Hausen, 2008; Åström, 2002).

Både bosted og kjønn er pekt på som av betydning for vurdering av egen oral helse. Unge voksne på et sted kan for eksempel ha bedre kunnskap, mindre bekymringer i samvær med

andre og større sannsynlighet for å være fornøyd med sin orale helse, men samtidig ha mer karieserfaring enn andre på et annet sted (Berg & Åstrøm, 2011; Ekbäck et al., 2008). Aktiv karies, kunnskap og opplevd funksjon ser ut til å ha en sammenheng med tilfredshet med egen oral helse og i forhold til ulikheter mellom kjønnene kan det se ut til at kunnskap har størst sammenheng med tilfredshet for kvinner, mens funksjon har størst sammenheng for menn (Ekbäck, 2010). Samtidig som jenter ser ut til å ha mer kunnskap om oral helse (Ekbäck et al., 2008), er det ut ifra kliniske kriterier hos både svensk og brasiliansk unge voksne også funnet mindre behandlingsbehov hos jenter enn gutter, samt at jentene er mer opptatt av utseende (Batista et al., 2012; Östberg et al., 2003). Tenneses utseende er likevel ikke nødvendigvis avgjørende for egne vurderinger av oral helse og behandlingsbehov. Jenter kan både oppgi å være mer misfornøyd med tenneses utseende, men samtidig bedømme sin orale helse som bedre enn hva gutter gjør (Östberg et al., 2003; Östberg et al., 2002). På den andre siden er det funnet at jenter bedømmer den orale helsen mer negativt enn gutter (Batista et al., 2012) og at de oftere føler seg flau eller deprimerte på grunn av problemer i munnen, slik at de i sosiale settinger kan unngå å le på grunn av bekymringer rundt dette (Ekbäck et al., 2008). Disse funnene viser at vurderinger av oral helse er sammensatte og at utseende eller symptom alene ikke er avgjørende for vurderingen av oral helse som helhet. Individuelle, kulturelle og sosiale faktorer vil spille inn (Berg & Åstrøm, 2011; Ekbäck et al., 2008)

Det ser ut til at unge voksne synes det er viktig å ta vare på seg selv og kroppen sin og de ser på tennene som viktige for generell helse. Selvbilde, sosiale og følelsesmessige forhold er av stor betydning for vurdering av oral helse, venner og deres meninger ser ut til å ha størst påvirkningskraft på dette. Samtidig blir det å ha et akseptabelt fysisk utseende og en omtentksom familie fremhevet som også å ha innflytelse. Hvite tenner blir sett på som en del av et naturlig, rent og friskt utseende, men for hvite tenner blir også fremhevet som negativt og unaturlig (Ekbäck et al., 2008; Josefsson et al., 2010). Malokklusjon er heller ikke nødvendigvis noe alle bekymrer seg for. Det er funnet ulike mestringsstrategier for å tilpasse seg sosiale normer rundt munn og tenner som kan gå ut på å unngå å vise tenner, redusere betydningen av utseende eller å oppsøke behandling i form av regulering (Josefsson et al., 2010).

Opplevelse av smerter tilknyttet karies i seg selv eller i behandlingssituasjon rapporteres som grunn til at karieserfaring påvirker personers opplevelse og egenvurdering av oral helse (Do,

2012). Det å ha opplevd smerter i forbindelse med tannbehandling for øvrig er også funnet å kunne bidra til tannbehandlingsangst (Skaret, Kvale, & Raadal, 2003), og er en mulig forklaring på en sammenheng mellom angst relatert til tannbehandling og negativ selvvardert oral helse (Kojima et al., 2013). Angst kan gi økte bekymringer og øke sjansen for å unngå behandling eller tannklinikk generelt (Skaret, Raadal, Berg, & Kvale, 1999). I tillegg er angst oppgitt som årsak til å unngå kjeveortopedisk behandling (Josefsson et al., 2010). Mer om dette vil komme i 4.4 og 5.2.

Som det fremgår tidligere vil det som er av betydning for vurderingen av egen oral helse variere fra individ til individ (Locker et al., 2009) og derfor også variere innad i gruppen unge voksne. Likevel ser det ut til at karies i relasjon til smerter har innflytelse på vurderingene (Do, 2012; Kojima et al., 2013; Skaret et al., 2003), og at et estetisk perspektiv blir fremhevet som å ha stor betydning for unge voksne (Exley, 2009; Holst & Dahl, 2008; Locker et al., 2009). Dette kan medføre at nyanser som ikke blir vurdert som et problem av odontologisk fagpersonell, oppleves som et problem av yngre personer og motsatt (Batista et al., 2012; Östberg et al., 2003; Östberg et al., 2002). Slik er det viktig å få et mest mulig oppriktig bilde både av gruppas, men også individuelle pasienters syn på oral helse og hva som opptar dem mest (Locker, 1997; Locker & Allen, 2007). Selvopplevd oral helse blir derfor foreslått som komplement til tradisjonelle epidemiologiske kliniske registreringer av oral sykdom hos unge voksne (Batista et al., 2012; Ekbäck et al., 2008; Holst & Dahl, 2008).

I neste del vil faktorer relatert til oral helse ses opp mot hvordan de kan påvirke dagliglivet og livskvalitet. Her vil angst relatert til tannbehandling utforskes nærmere.

4.4 Oral helse sin påvirkning på dagliglivet og oral helselatert livskvalitet

Innenfor odontologien har det tradisjonelt mekaniske og sykdomsorienterte synet på helse og oral helse, som nevnt tidligere, gradvis endret seg til å bli mer holistisk og multifaktorielt (Huber et al., 2011; Locker, 1997). Det å undersøke opplevelsen av orale forhold og eventuelle sosiale og psykiske konsekvenser av disse er blitt aktuelt (Poulsen & Hausen, 2008). Slik har begrepet oral helselatert livskvalitet (OHRQoL) og mange måleverktøy som tar for seg dette blitt konstruert (Dahl et al., 2011; Johansson et al., 2008; Locker & Allen, 2007). I dag er det en generell aksept for at sosiale, psykologiske og ikke kliniske faktorer

påvirker oral helse og det finnes flere undersøkelser som bruker måleverktøy for å se nærmere på dette (Exley, 2009).

Videre vil det under 4.4.1 diskuteres litt rundt måleverktøy for OHRQoL før det under 4.4.2 vil ses nærmere på oral helse sin påvirkning på dagliglivet.

4.4.1 Måleverktøy og OHRQoL

Definisjonsproblemene, som er nevnt under 4.1, skaper også begrensinger for måleverktøyene som brukes innenfor odontologien (Locker & Allen, 2007). Måleverktøy for OHRQoL ble i utgangspunktet utviklet for eldre voksne og det er kun i de senere år at det er utviklet for barn og ungdom. Samtidig finnes det ingen måleverktøy som er spesielt utviklet for unge voksne (Johansson et al., 2008). De fleste har et fokus på sykdom og ser på den påvirkning orale lidelser har på det som ses på som viktige sider av hverdagslivet. Flere har tilfredsstillende validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet), og gir nyttig informasjon om personenes helsestatus og deres syn på behandling, men det pekes på at det er usikkert hva OHRQoL mål egentlig måler (Berg & Åstrøm, 2011; Locker & Allen, 2007). Slik det er i dag vil ikke de ulike måleverktøy måle det samme (Locker & Allen, 2007).

De fleste måleverktøy er utviklet for å se på helsestatus, men brukes likevel opp mot helserelatert livskvalitet. Dette blir problematisk da oral helsestatus omfatter funksjonelle og psykososiale påvirkninger av orale forhold, mens OHRQoL uttrykker om disse påvirkningene har innvirkning på viktige sider av dagliglivet og på denne måten kan få betydning for livskvaliteten (Locker & Allen, 2007). Dermed vil den målte OHRQoL uttrykke verdier og forventninger. Det er uklart om det som måles reflekterer det målgruppen ser på som viktig og samsvarer med deres oppfatning av livskvalitet eller kun reflekterer forskerens og fagmiljøenes meninger (Berg & Åstrøm, 2011; Locker & Allen, 2007). Slik vil trolig ingen av de tilgjengelige måleinstrumentene være absolutt valide. Samtidig pekes det på at resultatene gir noe kunnskap om pasienters oppfatning og perspektiver som kan være nyttige i forhold til indikasjoner for behandling. Begrepsbruken vil ha betydning, da det forventes at forskning kan få konsekvenser for blant annet samfunnsøkonomiske prioriteringer (Berg & Åstrøm, 2011). Derfor vil det være viktig å gi et oppriktig bilde av hva det er som måles i ulike studier slik at det ikke fremstilles som at en type forebyggende tiltak eller en form for behandling har

et mer gunstig utfall enn det i realiteten har (Locker & Allen, 2007). Samtidig kan ikke resultater fra slike undersøkelser overføres direkte til individet, og i en klinisk setting vil det uansett være nødvendig å bruke tid og tålmodighet til å undersøke hvilke tiltak som antas å gi den enkelte pasient best mulig livskvalitet (Berg & Åstrøm, 2011).

Det at måleverktøy hovedsakelig er sykdomsorientert, samtidig som at kun et fåtall måleverktøy tar for seg et mer positivt eller salutogent syn på oral helse, gjør at de fleste måleverktøy som finnes i dag ikke har en sterk tilknytning til helsefremming. De ser ikke på den individuelle orale helsen som en ressurs for velfølelse og muligheten til å leve et godt liv, men måler i hovedsak negative aspekt ved oral sykdom. Likevel brukes de ofte i helsefremmende kontekst (Johansson et al., 2008). Samtidig finnes det måleverktøy som ser på hvordan tenner og munn kan påvirke folks liv, som har fokus på velbefinnende og ikke bare de negative konsekvensene av oral sykdom (Johansson et al., 2008; Strauss, 1997). DIP (Dental Impact Profile) er et slikt verktøy som ble konstruert for å kunne si noe om hvordan livskvalitet påvirkes, svekkes eller styrkes av tenner eller tannerstatninger (Dahl, 2011; Johansson et al., 2008; Strauss, 1997). Når DIP ble brukt ble det i den yngste gruppen voksne funnet at oral helse hadde en positiv påvirkning på dagliglivet hos flertallet av respondentene. Dette skaper et annet bilde enn i undersøkelser der OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) og OI DP (Oral Impacts on Daily Performance) ble benyttet og de yngste voksne var de som hyppigst rapporterte å ha problem (Dahl, 2011; Åstrøm, Haugejorden, Skaret, Trovik, & Klock, 2006; Åstrøm & Wold, 2012).

Individ som har opplevd smerter fra munnen vil i OHIP-14 kunne rapportere dette som et problem fra munnen, mens det i DIP ikke nødvendigvis blir vurdert slik om det ikke er til hinder for å spise, smile eller le. Samtidig var de yngste voksne i OHIP-14 undersøkelsen 20 år, mens de yngste i DIP undersøkelsen var 35 år, noe som også kunne hatt betydning. Dahl (2011) sier at det kunne vært interessant å bruke begge spørreskjemaene i samme utvalg, men likevel viser dette at valg av spørreskjema kan påvirke resultatene (Dahl, 2011; Locker & Allen, 2007). Samtidig er det ingen konsensus om definisjonen av livskvalitet, men det er enighet om at livskvalitet er en del av et vidt helsebegrep. Det innebærer at individets egen oppfatning av hvordan det har det i livet som helhet påvirkes av dets kontekst, forventninger, og bekymringer (Locker, 1997; Locker & Allen, 2007; WHOQOL-group, 1995). Det å involvere individene i målgruppen og få frem deres synspunkter blir derfor ekstra viktig når

det ses på livskvalitet (Locker, 1997; Locker & Allen, 2007).

Det er nå blitt pekt på noen av utfordringene rundt bruk av måleverktøy og det å se på livskvalitet i tilknytning til oral helse. Videre presenteres funn fra litteraturen omkring oral helse sin påvirkning på dagliglivet vinklet opp mot unge voksne uavhengig av metode.

4.4.2 Oral helse sin påvirkning på dagliglivet

Fysisk smerte og psykisk ubehag er de hyppigst rapporterte orale helseproblemer for voksenbefolkningen (Dahl, 2011). Slik kan registreringer fra måleskjema tale et klart språk, men hva som ligger bak svarene er ikke enkelt å forklare (Dahl, 2011; Ekbäck et al., 2008; Locker et al., 2009). Dette vil det nå ses nærmere på.

Unge mennesker er ikke bare kronologisk og biologisk yngre enn eldre, de har også vokst opp i en annen historisk og sosial sammenheng. Vurdering av oral helse og dens påvirkning på dagliglivet vil derfor være et uttrykk for sosiale og kulturelle holdninger og forventninger til kroppens utseende og funksjon. Som nevnt i innledningen vil det som i en tid blir sett på som et luksusbehov senere kunne bli sett på som en nødvendighet (Bjelland, 2002; Exley, 2009). Svar som gis vil slik påvirkes av opplevelser og forventninger om hvordan tilstanden i munnen skal være (Exley, 2009; Gregory et al., 2007; Holst & Dahl, 2008; Johansson et al., 2008; Locker et al., 2009; Poulsen & Hausen, 2008; Åstrøm, 2002)

For yngre voksne ser estetikk ut til å ha større betydning enn det har for eldre (Exley, 2009; Holst & Dahl, 2008; Locker et al., 2009). Både samfunnsforhold, fokus på eget utseende og graden av selvkritiske holdninger vil ha betydning for tilfredshet med egen fremtoning (Exley, 2009; Klages, Bruckner, & Zentner, 2004). Selvtillit kan her komme inn som en buffer og enten dempe eller styrke denne tilfredsheten. Graden av selvtillit er ulik og for enkelte vil små selvopplevde uregelmessigheter i tennenes estetiske fremtoning kunne få en betydelig innvirkning på OHRQoL. Det er en mulighet for at noen alltid finner nye skavanker og aldri blir fornøyd med eget utseende. På grunn av dette kan det være fornuftig å heller konfrontere og veilede rundt selvbevissthet og dens rolle i reaksjon på eget utseende enn for eksempel å sette i gang kjeveortopedisk behandling (Klages et al., 2004). Det kan også se ut til at meningene til personer rundt de unge voksne er spesielt viktig, men venner og deres meninger

er viktigst for selvtilliten. Slik vil betydningsfulle andre, både i form av profesjon og omgangskrets, kunne påvirke vurderinger av egen oral helse og i hvilken grad denne påvirker dagliglivet (Josefsson et al., 2010).

Yngre ser også ut til å ha en lavere terskel for å oppfatte noe som et ubehag eller problem enn eldre. Slik vil problem være vektet ulikt og kunne ha ulik betydning for dagliglivet for ulike aldersgrupper, men dette kan også variere innad i aldersgrupper (Exley, 2009; Gregory et al., 2007; Holst & Dahl, 2008; Locker et al., 2009). Fra ett perspektiv kan oral helse være veldig relevant i dagliglivet, mens det fra et annet nesten ikke er av betydning i det hele tatt. Positive tilleggsgoder som det å føle seg glad og ikke være stresset er blitt koblet opp mot oral helse der dette ble sett på som relevant i dagliglivet. Oral helse ble hos andre først relevant ved smerter og ble sett på som irrelevant for dagliglivet så lenge smerte uteble (Gregory et al., 2007).

Økonomi og inntekt har også blitt koblet opp mot OHRQoL der personer i de laveste inntektsgruppene har dårligst OHRQoL (Åstrøm et al., 2006). Det antas at studenter og lærlinger kan komme inn i denne gruppen. Som pekt på over vil det som ses på som problem eller ubehag variere og derfor betyr ikke det å skåre lavt på OHRQoL nødvendigvis mer oral sykdom (Exley, 2009; Gregory et al., 2007; Holst & Dahl, 2008). For noen som har generelt god oral helse kan det være relativt små orale problem som får stor innvirkning på deres OHRQoL på grunn av erfaringer og forventninger. Dette sier noe om kompleksiteten av helse og påvirkning på dagliglivet og viser at et tilsynelatende perfekt smil ikke nødvendigvis betyr en klinisk frisk munnhule, og at en klinisk frisk munnhule heller ikke automatisk betyr god oral helse (Bjelland, 2002; Dahl et al., 2011; Klages et al., 2004; Sheiham, 2005; Åstrøm et al., 2006). Hvordan oral helse påvirker dagliglivet vil være individuelt og kan bare besvares av individet selv. Hver enkelt har referanserammer som vil ligge til grunn for vurderingene som gjøres. Slik vil svarene som gis kunne avhenge av hva individet sammenligner med og hva det oppfatter som normalt og relevant i sitt liv (Gregory et al., 2007; Johansson et al., 2008; Locker et al., 2009; Poulsen & Hausen, 2008; Åstrøm et al., 2006).

Det er nå sett på begrepet oral helse gjennom å ha pekt på definisjonsproblemer, hvordan oral helse registreres og noen styrker og svakheter rundt dette. Deretter ble det sett nærmere på hva litteraturen sier om unge voksnes syn på oral helse og hva det er for dem. Til slutt ble det

sett på OHRQoL, noe kritikk av måleverktøy og hva litteraturen sier om oral helse sin påvirkning på dagliglivet vinklet opp mot unge voksne.

Samfunnsforhold, holdninger, kunnskap og atferd påvirker hverandre (Dodd et al., 2014; Exley, 2009; Gregory et al., 2007; Josefsson et al., 2010) og i litteraturen rundt unge voksne knyttes ofte oral helseatferd opp mot synet på oral helse (Dodd et al., 2014; Östberg et al., 2002; Åstrøm & Wold, 2012). Derfor vil oral helseatferd blant unge voksne nå undersøkes nærmere.

5.0 Oral helseatferd blant unge voksne

Oral helseatferd brukes om atferd relatert til munnhygiene og annen atferd som er gunstig/ugunstig for oral helse som for eksempel tobakksbruk og kostholdsvaner. I tillegg er også bruk av tannhelsetjenester en form for oral helseatferd (Berg & Åstrøm, 2011; Kojima et al., 2013; Rimondini, Zolfanelli, Bernardi, & Bez, 2001). Hovedfokus vil ligge på atferd relatert til munnhygiene og bruk av tannhelsetjenester, men det vil først ses på hva som generelt påvirker helseatferd.

Hva som oppfattes som god oral helseatferd vil kunne avhenge av individet og dets verdensbilde. På denne måten vil det også nødvendigvis være et skille mellom profesjonens og de unge voksnes syn på dette. I tillegg er det et skille mellom hva de unge voksne er klar over at de kunne gjort og hva de faktisk gjør (Fitzgerald, Thomson, Schafer, & Loose, 2004; Sharda & Shetty, 2010). Motivasjon og strategier for atferd er individuelt, og det er også varierende om det foreligger et ønske om en annen atferd eller ikke (Fitzgerald et al., 2004).

Normer innad i sosiale grupper er ofte avgjørende for både unge voksnes selvtillit og atferd (Exley, 2009; Josefsson et al., 2010; Klages et al., 2004). Slik vil dårlig ånde og illeluktende klær som følge av røyking kunne være mer avgjørende for deres atferd enn langtidseffekter som lungekreft (Nutbeam, Harris, & Wise, 2010). Selv om unge voksne gir uttrykk for å ikke bli påvirket av media og skjønnhetskulturen, blir de ubevisst direkte eller indirekte påvirket av personer rundt dem (Josefsson et al., 2010). Det er interaksjonen mellom individet og dets miljø som er avgjørende for atferden. Denne interaksjonen er kompleks og individet, miljøet og atferd påvirker kontinuerlig hverandre (Exley, 2009; Josefsson et al., 2010).

Informasjon tilpasset unge voksne vil kunne påvirke oppfatning av egen risiko for orale helseplager og påvirke helseatferd. Informasjon gjøres relevant ved å trekke frem situasjoner som de kan kjenne seg igjen i. Da vil sannsynligheten for at de ser på dette som at det angår dem øke. Dette vil derfor kunne være en bedre tilnærming til gruppen enn tradisjonell klasseromsundervisning med generell informasjon (Dodd et al., 2014; Fitzgerald et al., 2004; Åstrøm, 2002). Dette er i tråd med teorier som forklarer helseatferd og endring av helseatferd gjennom å fokusere på individuelle karakteristika (Nutbeam et al., 2010). Banduras self-efficacy, troen på å kunne utføre en atferd, har også stor betydning for hvilken atferd som utføres (Nutbeam et al., 2010; Åstrøm, 2002)

Det er nå pekt på grunner for oral helseatferd. I det følgende vil det ses på hva litteraturen sier om unge voksne og mer spesifikt oral helseatferd relatert til munnhygiene, kost og tobakksbruk 5.1 og bruk av tannhelsetjenester 5.2

5.1 Hygiene rutiner, kost og tobakksbruk

Rengjøring av tennene og hva som inntas i form av mat og drikke er i en svensk intervjuundersøkelse funnet å være det unge voksne forbinder med å kunne påvirke sin orale helse (Östberg et al., 2002). Daglig tannpuss og interdental renhold (gjøre det rent mellom tennene) er enkle, effektive og forholdsvis billige tiltak for å redusere mikrobielt dentalt plakk og derfor en god investering med tanke på helsen (Kırtıloğlu & Yavuz, 2006). Samtidig ser det ut til at atferd som tilegnes tidlig og som ses på som vaner eller rutiner (som tannpuss og bruk av tanntråd), holder seg mer stabil over tid enn for eksempel sukkerinntak som kan variere med pris og sesong (Åstrøm, 2004). Når det gjelder tobakksbruk ser det ut til å være færre unge røykere enn tidligere, og at det fortsatt er de unge (16- 34 år) som snuser mest (SSB, 2015). Samtidig er tobakksbruk hos 18 åringer relatert til sosiale settinger (Hedman, Gabre, & Riis, 2008).

I Norge oppgir en høy andel unge voksne å børste tennene, mens tanntråd og inntak av sukkerholdig snacks er mindre hyppig (Åstrøm, 2004; Åstrøm & Rise, 2001). Også i et utvalg svenske unge voksne fant de at til tross for gode pussevaner ble tanntråden sjeldent brukt (Stenberg et al., 2000). De samme tendensene ses hos tyrkiske og italienske studenter der

tannbørsting var mye vanligere enn bruk av tanntråd (Kırtıloğlu & Yavuz, 2006; Rimondini et al., 2001). Det pekes på at vaner som har grobunn i kunnskap sjeldnere opphører enn atferd som kun bygger på å etterligne andre, såkalt speilet atferd (Neamatollahi, Ebrahimi, Talebi, Ardabili, & Kondori, 2011). Regelmessig tannbørsting og bruk av tanntråd blir av unge voksne sett på som å eliminere risiko for oral sykdom (Dodd et al., 2014; Östberg et al., 2002). Likevel viser flere studier at disse munnhygienetiltakene kan forsømmes (Hattne et al., 2007; Kırtıloğlu & Yavuz, 2006; Neamatollahi et al., 2011; Rimondini et al., 2001; Sharda & Shetty, 2010).

Atferd tilegnes når det foreligger en tro på å klare å gjennomføre den. Først da aksepteres risikoreducerende atferd som for eksempel tannpuss og bruk av tanntråd. Når troen på å gjennomføre atferden er lav eller ikke-eksisterende kan individets strategi heller bli å unngå den gjennom å «glemme» problemet (Dodd et al., 2014; Nutbeam et al., 2010). Dette kan bidra til å forklare at mindre gunstige munnhygienevaner opptrer oftere hos menn med lavere sosioøkonomisk status (Kırtıloğlu & Yavuz, 2006; Åstrøm & Rise, 2001), men også at det hos de med tidligere gunstig atferd under studietiden kan skje en endring av holdninger og atferd i en mer ugunstig retning (Hattne et al., 2007; Kojima et al., 2013; Åstrøm, 2004). Særlig venner og families erfaringer med helsetjenesten eller oral sykdom påvirker synspunkt på egen risiko og relevans. Denne påvirkningen kan igjen endre tanker, holdninger og atferd (Dodd et al., 2014; Exley, 2009; Gregory et al., 2007; Josefsson et al., 2010). Slik kan studietiden ha følger for fremtidig atferd og dermed også oral helse. Samtidig pekes det på at studenter ofte ikke representerer unge voksne med lavest sosioøkonomisk status (Rimondini et al., 2001). Derfor er det muligheter for at andre unge voksne kan komme dårligere ut enn studenter (Rimondini et al., 2001; Stenberg et al., 2000; Åstrøm & Wold, 2012).

Det vil videre ses på bruk av tannhelsetjenester før en liten oppsummering av funnene rundt oral helseatferd og til slutt en diskusjon som danner en overgang til den empiriske delen av masteroppgaven.

5.2 Bruk av tannhelsetjenesten

Det er en tendens til at helseproblemer hoper seg opp hos den delen av befolkningen som skårer lavt på ulike mål for sosial status og som bruker helsetjenester sjeldnere enn andre (Ekornrud & Jensen, 2011). Innenfor tannhelsetjenesten er det de med høyest utdanning og husholdningsinntekt som bruker den mest, samtidig som de med god egenvurdert oral eller generell helse bruker tjenesten mer enn de med negativ egenvurdering. Dette kan det tyde på at tannhelsetjenesten blir en slags eksklusiv helsetjeneste, der de med størst behov er de som bruker den minst (Ekornrud & Jensen, 2011; Exley, 2009; Fitzgerald et al., 2004). Behovet vil avhenge av den som definerer det og kan være alt fra forebyggende undersøkelse til reparasjoner eller mer kosmetisk behandling (Ekornrud & Jensen, 2011). Grunner til dette mønsteret er omfattende og det samme er diskusjonen rundt behandlingsbehov. Det vil derfor ikke gås nærmere inn på dette, men noe av variasjonen rundt bruk av tjenesten vil belyses nærmere.

Personer som har gratistilbud innenfor tannhelsetjenesten unnlater av ulike årsaker å bruke den. Bruken av tannhelsetjenester er derfor ikke kun avhengig av direkte økonomiske hindringer (Dodd et al., 2014; Fitzgerald et al., 2004). Bruk av tannhelsetjenesten kan bli sett på som irrelevant (Gregory et al., 2007). Det finnes holdninger om at tennene kun er noe å tenke på ved smerter og atferd kan formes gjennom å observere at andre kun bruker tannhelsetjenester ved akutte behov (Dodd et al., 2014; Fitzgerald et al., 2004; Gregory et al., 2007). Det at tannhelsetjenesten ikke er innunder den generelle helsetjenesten kan være med på å støtte tanker om at tennene ikke er så viktige eller at tannhelsetjenesten kun er for dem som kan betale (Fitzgerald et al., 2004). For unge voksne med lavere sosioøkonomisk status er det funnet at de fleste ikke så en sammenheng mellom regelmessig sjekk og forebygging eller det å oppdage sykdom tidlig (Dodd et al., 2014). Da blir det også vanskeligere å se hensikten med å regelmessig benytte seg av tannhelsetjenesten. På denne måten faller ikke signalene fra organiseringen overens med det å fremme den forebyggende betydningen av å gå regelmessig til sjekk av munnhulen gjennom livsløpet (Fitzgerald et al., 2004; StatensHelsetilsyn, 1999).

Det er funnet en sammenheng mellom OHRQoL og hvor regelmessig det gås til tannklinik for undersøkelse (Åstrøm et al., 2006). Denne kan forklares ut i fra at de som går regelmessig

bryr seg mer om sin orale helse enn de som ikke går regelmessig (Dahl et al., 2011; Sharda & Shetty, 2010), men også at tannbehandlingsangst og økonomi er to av de viktigste årsakene for å unngå tannklinikken (Skaret et al., 2003; Skaret et al., 1999; Åstrøm et al., 2006). For noen som føler skam over tilstanden i munnen og føler seg flau når de går til tannlegen, kan en mestringsstrategi bli å konstruere en mening om oral helse som ubetydelig og slik fornekte dens relevans. Disse individene kan på denne måten bry seg mindre om sin orale helse og gunstig helseatferd hindres gjennom at de velger å ikke gå til tannklinikken (Dodd et al., 2014; Gregory et al., 2007). Også når troen på å gjennomføre en atferd er lav eller ikke eksisterende kan individer tilegne seg en unngåelsesatferd som går på å redusere frykt for tannbehandling, men som ikke reduserer risikoen for å måtte utføre tannbehandling. Dette kan også være en grunn til å la være å gå til en sjekk av munnen. På denne måten «glemmes» frykten i stedet for å konfrontere den (Dodd et al., 2014). Det kan tenkes at personer med disse mestringsstrategiene oftere kommer til akutt-timer og tannlegevakt, noe som gjør at de også har mindre mulighet til å få positive erfaringer gjennom at de alltid forbinder tannklinikken med smerter og/eller omfattende behandling.

Tannhelsepersonellens atferd kan i tillegg være med på å minske eller øke relevansen av oral helse for ungdom og dermed også stimulere til bruk eller unngåelse av tannhelsetjenesten som ung voksen. Synet på tannklinikken som lite innbydende, fremmedgjøring, hardhendthet og smertefull behandling, samt følelsen av å være innklemmt mellom viktigere pasienter brukes også som begrunnelser for ikke å gå (Dodd et al., 2014; Fitzgerald et al., 2004). Det er ikke utenkelig at disse begrunnelsene kan ha en sammenheng med en eller annen form av frykt og unngåelsesatferd. Det blir uansett viktig at ungdommen føler seg sett og profesjonen må huske at pasientene er mer enn bare munn og tenner, at de kan slite med andre plager både av psykisk og somatisk karakter (Espelid, 2002; Fitzgerald et al., 2004). Selv om god kommunikasjon og relasjon kan være med på å øke relevansen og bruken av tjenesten hos den enkelte, kan det også være at transport, avstand og tidsbruk hindrer personer i å bruke tjenesten (Fitzgerald et al., 2004; Gregory et al., 2007). Slik kan det være mange årsaker til at unge voksne ikke bruker tjenesten regelmessig.

I Norge er det funnet at det ved økt utdanning var mindre bruk av tannhelsetjenester hos de mellom 20-29 år (Vikum et al., 2012), og at av de som har vært til tannklinik de siste 12 månedene er det de yngste voksne som oftest oppgir å ha vært der akutt. Dette kan indikere

mindre regelmessig bruk ved at ting ikke oppdages tidlig (Ekornrud & Jensen, 2011). Hva som blir sett på som akutt vil også være varierende og de unge voksne kan ha andre forventninger og lavere terskel for å ta kontakt enn eldre (Dahl et al., 2011; Holst & Dahl, 2008). I tillegg er spørsmålets tidsperspektiv på 12 måneder noe utdatert ved at den offentlige tannhelsetjenesten har økt lengden på innkallingsintervallene med 6-12 måneder, noe som antakeligvis påvirker hvor ofte unge voksne går til tannklinikk. Det kan bety at det å oppgi å ikke ha brukt tannhelsetjenesten de siste 12 månedene eller å oppgi å ha vært der akutt ikke nødvendigvis er negativ helseatferd, men også kan være en indikator på god oral helse og god helseatferd gjennom å ikke ha behov for å gå oftere eller å melde bekymring ved følt behov (Skeie et al., 2012; Åstrøm, Skaret, & Haugejorden, 2011). Samtidig brukes andres erfaring med tjenesten som referanseramme for egne synspunkter. Foreldrenes holdninger, atferd og bruk av tjenesten vil kunne overføres til yngre familiemedlemmer. Slik at regelmessig eller symptomatisk bruk av tannhelsetjenester videreføres av nye generasjoner (Dodd et al., 2014).

Helseatferd i årene etter endt tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten kan være avgjørende for fremtidig oral helse, behandlingsomfang og utgifter, spesielt for risikoindivider (Stenberg et al., 2000; Östberg et al., 2002). Det er funnet at oral helseatferd ikke bare påvirkes av organisering av tannhelsetjenesten, men også av kultur, normer, kunnskap og ulike økonomiske forhold (Kırtıloğlu & Yavuz, 2006; Rimondini et al., 2001; Sharda & Shetty, 2010; Stenberg et al., 2000). Selv om unge voksne kan se på tannbørsting, bruk av tanntråd og regelmessig klinikkbesøk som å minske risiko for oral sykdom, endres ofte atferden etter endt gratis tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten (Dodd et al., 2014; Stenberg et al., 2000; Östberg et al., 2002). Dette kan ha en sammenheng med at dette er en fase av livet der det ofte flyttes hjemmefra for å studere, nye omgivelser, eventuelt nye rutiner og prioriteringer, og/eller være relatert til økonomi og arbeidsledighet (Stenberg et al., 2000; Vikum et al., 2012).

I denne artikkelkappen ble det først sett på organisering og rettigheter innenfor tannhelsetjener i Norge. Dette for å gi et innblikk i samfunnsforholdene som kan påvirke deres erfaringer med, opplevelser av og syn på oral helse. Deretter ble det sett på begrepet oral helse slik det fremtrer i litteraturen gjennom å trekke frem det som oppfattes som utfordringer innenfor fagfeltet. Her ble det sett på definisjonsproblemer, hvordan egenvurderinger registreres og hva dette kan gi oss av informasjon. Så ble det sett nærmere på

unge voksne og hvordan deres syn kommer frem i den litteraturen som er funnet. Det ble også pekt på utfordringer rundt OHRQoL, registreringer og hvordan oral helse kan påvirke dagliglivet generelt og for unge voksne spesielt. Til slutt ble det sett på trekk ved oral helseatferd og påvirkningsfaktorer blant unge voksne, da dette i litteraturen knyttes opp til synet på oral helse. I neste del vil funnene diskuteres og diskusjonen vil danne en overgang til oppgavens empiriske artikkel.

6.0 Diskusjon

Forskningen rundt oral helse, oral helseatferd og synet på tannhelsetjenesten er begrenset spesielt med tanke på unge voksne i Norge (Holst et al., 2005; Rørstad, Gunnes, & Wiig, 2014; Skeie et al., 2012; Åstrøm & Wold, 2012). Den forskning som er funnet er fra ulike land med ulike samfunnsforhold. Dette begrenser muligheter for direkte sammenligninger, men det er likevel sett på for å forsøke å danne et bilde av unge voksnes syn på oral helse. Litteraturen viser at både holdninger, forventninger og synet på tannhelsetjenester, oral helse og oral helseatferd er sammensatt og individuelt. Det har sammenheng med til enhver tid individuelle karakteristika og forhold i omgivelsene rundt. De vil derfor også kunne endres over tid (Exley, 2009; Josefsson et al., 2010; Nutbeam et al., 2010). Samtidig blir opplevd relevans, egne og andres opplevelser viktig for individers vurderinger og valg (Gregory et al., 2007). Tannhelsetjenesten har en betydelig rolle og kan påvirke forholdet til oral helse og helseatferd (Bjelland, 2002; Exley, 2009; Klages et al., 2004). Påvirkningen kan både skje i form av signaler som sendes ut i forhold til organisering, og hvordan de unge voksne opplever å bli møtt (Fitzgerald et al., 2004).

Tannhelsetjenester er organisert ulikt fra land til land og i Norge har fokuset vært på tilgang til tannhelsetilbud for hele befolkningen generelt, med økt tilbud til prioriterte grupper (Ekornrud & Jensen, 2011; Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983; Holst, 2004) og stønad til de som til enhver tid blir sett på som de som trenger det mest (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015; Helse-ogomsorgsdepartementet, 2005; Holst, 2004). Samtidig brukes ofte økonomi som grunn til å ikke oppsøke tannklinikk ved behandlingsbehov og hos voksne ses ulikhet i bruk av tannhelsetjenester relatert til sosioøkonomisk status (Ekornrud & Jensen, 2010, 2011; Åstrøm et al., 2006). Det kan se ut til at tilbudet er noe skjevfordelt og at ikke alle har like god tilgang til tjenesten. For å gi et best mulig tannhelsetilbud til

befolkningen er det foreslått å sette inn mer ressurser til de som trenger det mest. Dette i form av helhetlige tiltak der oral helse innlemmes i generell helse og tiltak inn mot de med lav sosioøkonomisk status på bekostning av populasjonsstrategier (Åstrøm & Rise, 2001; Åstrøm & Wold, 2012). Samtidig poengteres det at en utvidet trygdeordning ikke nødvendigvis vil gi et bedre tilbud, da det kan forskyve behandlingsbehovet, stimulere til overforbruk og overbehandling og derfor ikke automatisk hjelper de som trenger det mest. Dette er sammensatt og trenger helhetlige vurderinger (Ekornrud & Jensen, 2011; Holst, 2004).

Samfunnsforhold, deriblant trygdeordninger, kommersielle aktører og tannhelsepersonell, vil kunne være med på å styre behandlingsbehov hos befolkningen (Bjelland, 2002; Exley, 2009; Klages et al., 2004) og slik påvirke vurderinger av egen oral helse og betydningen i dagliglivet (Josefsson et al., 2010). Innenfor profesjonen er det ulike meninger om «skjønnhetsindustriens» plass innenfor helsetjenesten. Noen har et mer tradisjonelt syn som går mot behandling av sykdom og å opprettholde funksjon, mens andre kan ha et mer holistisk syn der også estetikk kan spille inn på helse. I tillegg finnes også de mer økonomisk motiverte som fronter behandling (Bjelland, 2002; Exley, 2009; Klages et al., 2004). Profesjonen har et ansvar for å lytte til pasientene og deres synspunkt for å kunne veilede og gi forsvarlig behandling, men samtidig ikke overbehandle eller konstruere et behandlingsbehov (Batista et al., 2012; Bjelland, 2002; Ekbäck et al., 2008; Ekornrud & Jensen, 2011; Exley, 2009).

Hva som blir sett på som behandlingsbehov vil variere med individuelle, kulturelle og sosiale faktorer (Berg & Åstrøm, 2011; Ekbäck et al., 2008; Gregory et al., 2007). Et større fokus på fremtoning fra omgivelsene antas å kunne påvirke unge voksnes forventninger til eget utseende og skape utfordringer omkring type behandling både i forhold til hva som tilbys og etterspørres (Exley, 2009). Jo større rolle estetikken får, jo større er muligheten for at forventninger til estetisk behandling øker og vil etterspørres, også av de som ikke klarer å gjennomføre behandling eller ikke har mulighet til å betale selv. Slik vil også sosiale ulikheter i oral helse kunne bli større. Både ved at de som kan betale for det kan få behandling, men også ved at de som ikke kan betale tror at alle andre velger denne behandlingen (Ekornrud & Jensen, 2011; Exley, 2009; Holst & Dahl, 2008). De som skårer lavt på ulike mål for sosial status bruker helsetjenesten sjeldnere enn andre og har en tendens til å rapportere flere helseproblemer. Det ser ut til at de som trenger det mest bruker tjenestene minst (Ekornrud & Jensen, 2011). Det å rapportere flere påvirkninger eller helseproblem fra oral helse i

dagliglivet trenger ikke bety mer oral sykdom. Det kan, som nevnt over, være relatert til andre sider ved helsebegrepet som for eksempel forventninger til egen oral helse og/eller psykologiske faktorer knyttet til for eksempel relativ fattigdom (Exley, 2009; Holst & Dahl, 2008; Locker et al., 2009; Åstrøm et al., 2006). Kommunikasjon blir derfor viktig. Den beste tilnærmingen til et behandlingsbehov trenger ikke nødvendigvis være behandling, men kan være informasjon og veiledning (Klages et al., 2004).

For unge voksne er møtet med tannhelsetjenesten fremhevet som å ha stor betydning for forholdet til profesjonen (Fitzgerald et al., 2004; Östberg et al., 2002). Gruppen er opptatt av oral helse innenfor sitt verdensbilde og sine referanserammer og det å ta hensyn til dette i helsefremmende arbeid vil kunne være verdifullt (Fitzgerald et al., 2004). Det vil alltid være en fordel at pasienter føler seg sett og ikke overkjørt. Gode erfaringer med tannhelsetjenesten vil kunne stimulere til interesse for egen oral helse og fremtidig bruk av tannhelsetjenester (Batista et al., 2012; Dodd et al., 2014; Ekbäck et al., 2008; Fitzgerald et al., 2004; Holst & Dahl, 2008). Det å bli lyttet til og bli møtt der de er som barn og ungdom kan gjøre at de som unge voksne ser relevansen av, og muligheter til, å gjennomføre positiv helseatferd både i dagliglivet og i form av bruk av tannhelsetjenester (Dodd et al., 2014; Fitzgerald et al., 2004; Gregory et al., 2007; Hedman et al., 2008; Josefsson et al., 2010; Neamatollahi et al., 2011; Taghavi Bayat et al., 2013; Åstrøm, 2002).

Tannhelsetjenesten har ansvar for først og fremst å jobbe helsefremmende og forebyggende (Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983), men selv om fravær av sykdom ikke nødvendigvis betyr god helse vurderes resultater av arbeidet i form av å se på 5, 12 og 18 åringer med og uten karieserfaring (Espelid, 2002; Huber et al., 2011; Skeie et al., 2012). Slik ser hovedfokus for evaluering og målinger av tannhelsetjenesten og dens helsefremmende og forebyggende aktivitet ut til å kun dreie seg om friske eller syke tenner. Dette samsvarer ikke med arbeidsbeskrivelsen, men antas å påvirke måten profesjonen arbeider på og hvilke forventninger befolkningen har til tjenesten og oral helse. For å finne ut mer om dette trengs mer forskning på befolkningens syn på oral helse og hvordan tannhelsetjenesten arbeider.

I dag vet vi lite om norske unge voksnes tanker og synspunkt på oral helse, tannhelsetjenesten og hvordan det påvirker livene deres (Haugejorden, 2002; Skeie et al., 2012). Det er også foretatt lite forskning rundt dette (Dahl et al., 2011; Holst & Schuller, 2011; Holst et al.,

2005). Ny kunnskap om den subjektive tenkningen rundt oral helse kan gi et bedre grunnlag å arbeide ut fra i fremtida (Holst & Dahl, 2008). I forskningsstudier er det en risiko for at deltakelse avtar underveis og at de som deltar er de som er mest interessert i temaet (Schuller et al., 2014; Åstrøm, 2004). Derfor vil det å utvikle kliniske verktøy for registrering av selv-vurdert oral helse og hvordan dette påvirker dagliglivet, samt andre kliniske registreringer enn karies, kunne være en fordel. Ved at dette brukes i journalsystemer og hentes ut på samme måte som DMFT ville det kunne gi et bedre bilde på oral helse status for de som benytter tannhelsetjenester i Norge (Batista et al., 2012; Dahl et al., 2011; Ekbäck, 2010; Holst & Dahl, 2008; Skeie et al., 2012; Östberg et al., 2003).

Ved å innføre slike nye kliniske registreringsverktøy hos både offentlige og private tannklinikker ville det kunne blitt et løft for forskning som involverer de som bruker tannhelsetjenesten. Det vil kunne utføres systematiske innsamlinger av data hos andre enn barn 5, 12 og 18 år. Ved registreringer på tannlegevakt antas det at de som sjeldent oppsøker tannhelsetjenesten også vil kunne fanges opp. Slik ville det kunne dannes et bedre bilde av hvem som bruker tannhelsetjenesten og hvorfor, samtidig kunne klinisk status blitt sett opp mot selvvurdering. Det å spørre pasienter mer systematisk om deres synspunkter og meninger vil kunne øke kvaliteten på behandling og samtidig fremme pasienters interesse for egen oral helse (Ekbäck, 2010).

Med tanke på videre forskning, evaluering og planlegging av tannhelsetjenester kunne det vært sett nærmere på fordeler og ulemper, og om det i det hele tatt er mulig å få til en slik registrering. Om grunnlaget for vurderingene (de til enhver tid subjektive meningene) vil utforskes trengs fortsatt mer kvalitativ forskning (Dahl et al., 2011; Locker & Allen, 2007; Locker et al., 2009). En nasjonal innsamlingsstrategi ville forhåpentligvis også frigi forskningsressurser og kunne stimulere til mer kvalitativ forskning. Samtidig er området for forskning innenfor tannhelsefeltet vidt og strekker seg fra helsefremming til biomaterialer. Personressurser kan være en utfordring. Opprettelsen av kompetansesentre er tenkt å stimulere til mer forskning ved blant annet å rekruttere flere forskere, men også stimulere til samarbeid med andre fagfelt (Rørstad et al., 2014). Slik vil også personressursene kunne bli større.

Ut i fra funnene ser det ut til at det i Norge foreligger begrenset informasjon om befolkningens orale helse, og at det meste vi vet er relatert til tannhelse, noe som sammenfaller med Skeie et al. (2012) og Åstrøm and Wold (2012). Registrering av DMFT er den mest systematiske innrapporteringen av tannhelse som vi har, men som pekt på tidligere, har den sine svakheter. I tillegg registreres dette kun opp til 18 år og det foreligger ingen fast innrapportering av hverken klinisk registrert status eller egenvurdert oral helse for befolkningen etter dette. Levekårsundersøkelsen har sett på egenvurdert tannhelse der unge voksne mellom 21-24 år vurderte sin tannhelse bedre enn eldre aldersgrupper (Ekornrud & Jensen, 2010). Slik virker det som de under 21 blir utelatt og samtidig antas at spørsmål om tannhelse gir andre assosiasjoner enn for eksempel oral helse eller munnhelse. I tillegg har bruk av OHIP-14 (se 4.4.1) og OIDP (se 4.4.1) funnet at unge voksne ser ut til å bedømme sin orale helse dårligere enn eldre og rapporterte mer problemer (Dahl, 2011; Åstrøm et al., 2006; Åstrøm & Wold, 2012). Ved bruk av DIP (se 4.4.1) i den samme populasjonen kunne inntrykket, som nevnt tidligere, vært et annet (Dahl, 2011)

Jeg fant en norsk longitudinell undersøkelse som ser på unge voksne og oral helse fra 1992 til 2007. De fant at både sosioøkonomiske forhold og helseatferd ved 15 år ser ut til å ha betydning for oral helse og helseatferd ved 30 år (Åstrøm & Wold, 2012). Samtidig ser det ut til at studietiden sammenfaller med endring i bruk av tannhelsetjenesten og er en tid der vaner, holdninger og atferd kan endres i både positiv og negativ retning. Dette vil kunne ha stor betydning for fremtidig behandlingsomfang og utgifter (Kojima et al., 2013; Stenberg et al., 2000; Östberg et al., 2002; Åstrøm, 2004). På denne måten blir ikke dette nødvendigvis bare et veiskille i forhold til rettigheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, men også et potensielt skille for fremtidig oral helse.

Økt fokus på tidlige helsefremmende tiltak hos vanskeligstilte grupper blir derfor foreslått å kunne redusere negativ oral helse senere i livet (Åstrøm & Wold, 2012). For å kunne evaluere eller planlegge disse fremtidige helsefremmende tiltakene må vi vite noe om denne gruppa sine syn i dag og hva som er utfordringene. I den forbindelse vil kunnskap rundt unge voksnes orale helsetilstand og hvordan de selv opplever oral helse være viktig.

Denne artikkelkappen danner bakgrunnen for den empiriske delen av masteroppgaven. Det ser ut til å foreligger begrenset kunnskap om unge voksnes orale helse og fenomenet oral

helse slik unge voksne selv oppfatter det. Samtidig ser det ikke ut til å være foretatt kvalitative intervjuundersøkelser med norske unge voksne. Dette gjør at jeg ønsker å utforske temaet nærmere. I den empiriske artikkelen vil det derfor ses nærmere på et utvalg unge voksne i Norge gjennom å høre deres tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse. Hva opptar dem når det kommer til oral helse, hva vektlegger de og har det noen påvirkning på deres daglige liv? Dette vil kunne bidra til mer kunnskap og være nyttig for fremtidig helsefremmende arbeid, planlegging og evaluering av helsetjenester.

Litteraturliste

- Batista, M. J., Rihs, L. B., Goncalo, C. d. S., Miyauchi Kubo, F. M., do Amaral, R. C., & de Sousa, M. d. L. R. (2012). Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. *RGO*, 60(3), s. 289-296.
- Berg, E., & Åstrøm, A. N. (2011). Påvirker tannstatus livskvaliteten? *Aktuel Nordisk Odontologi 2011* (Vol. 36, s. 219-230). København: Munksgaard Danmark/Gyldendal Akademiske.
- Bjelland, A. K. (2002). Det perfekte smilet - idealer og trusselbilder. I K. Elvebakken & P. Solvang (Eds.), *Helsebilder, sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv* (s. 103-122). Bergen: Fagbokforlaget Vigsmot og Bjørke AS.
- Dahl, K. E. (2011). *Oral health-related quality of life in Norwegian adults*. (Doktoravhandling), Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-30438>
- Dahl, K. E., Wang, N. J., Skau, I., & Öhrn, K. (2011). Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69(4), s. 208-214.
- Do, L. (2012). Oral health status and perception of oral health of young Australian adults. *Australian dental journal*, 57(4), s. 515-517.
- Dodd, V. J., Logan, H., Brown, C. D., Calderon, A., & Catalanotto, F. (2014). Perceptions of Oral Health, Preventive Care, and Care-Seeking Behaviors Among Rural Adolescents. *Journal of School Health*, 84(12), s. 802-809.
- Ekbäck, G. (2010). *Satisfaction with oral health and associated factors in Sweden and Norway—cross-sectional and longitudinal perspectives*. (Doktoravhandling), Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/4510>
- Ekbäck, G., Åstrøm, A. N., Klock, K., Ordell, S., & Unell, L. (2008). Self-perceived oral health among 19-year-olds in two Swedish counties. *Swed. Dent. J*, 32(2), s. 83-93.
- Ekornrud, T., & Jensen, A. (2010). Tannhelsetilstand og tannlegetenester: Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetjenester og eigenbetaling hos tannlege *Rapport 51/2010*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Ekornrud, T., & Jensen, A. (2011). Vaksne bruker tannlegetenester ulikt: tannhelse blant vaksne. *Samfunnsspeilet*, 4, s. 2-8.

- Espelid, I. (2002). Ungdoms orale helse i Norge ved tusenårsskiftet. *Nor Tannlegeforen Tid*, 112, s. 266-299.
- Exley, C. (2009). Bridging a gap: the (lack of a) sociology of oral health and healthcare. *Sociology of health & illness*, 31(7), s. 1093-1108.
- Fitzgerald, R. P., Thomson, W. M., Schafer, C., & Loose, M. (2004). An exploratory qualitative study of Otago adolescents' views of oral health and oral health care. *New Zealand Dental Journal*, 100, s. 62-71.
- Folke, S., & Paulsson, G. (2010). Oral hälsa för välbefinnande och livskvalitet. I H. LRM (Ed.), *Hälsa & livsstil: Forskning & praktiska tillämpningar* (s. 53-70). Lund: Lund: studentlitteratur AB.
- Folkehelseinstituttet. (2012, 16.03.2015). Om tenner og munnhelse. Hentet 23.06.2015, fra <http://www.fhi.no/tema/tenner-og-munnhelse>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 12.05.2015). Norgeshelse statistikkbank: 5 og 12 åringer med friske tenner. Hentet 23.06.2015, fra <http://www.norgeshelse.no/norgeshelse/>
- Fugelli, P. (2008). *Nokpunktet, Essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gregory, J., Gibson, B., & Robinson, P. (2007). The relevance of oral health for attenders and non-attenders: a qualitative study. *British dental journal*, 202(7), s. 1-5.
- Gussy, M., Dickson-Swift, V., & Adams, J. (2013). A scoping review of qualitative research in peer-reviewed dental publications. *International journal of dental hygiene*, 11(3), s. 174-179.
- Hatne, K., Folke, S., & Twetman, S. (2007). Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica*, 65(4), s. 206-213.
- Haugejorden, O. (2002). Tannhelsesituasjonen i Norge—holder prognosene for tannhelseutviklingen. *Nor Tannlegeforen Tid*, 112, s. 256-259.
- Hedman, E., Gabre, P., & Riis, U. (2008). Adolescents' attitudes towards tobacco use and oral health: Four “portraits”. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(4), s. 248-255.
- Tannhelsetjenesteloven. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (1983).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest. *NOU 2005:11*. Hentet 27.04, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7607d8cd8dab45259a84229a34933e35/nou/pdfs/nou200520050011000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *St.meld.47*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Veileder Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015. *Rundskriv I-2/2014*. Hentet 27.04, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0aad0a7e66224ce88702dbc0454a288d/folke-trygdens-stonad-til-dekning-av-utgifter-til-tannbehandling-for-2015.pdf>
- Holst, D. (2004). Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år. *Nor Tannlegeforen Tid*, 114, s. 554-558.
- Holst, D. (2008). Er oral helse fortsatt skjevt fordelt. *Nor Tannlegeforen Tid*, 118, s. 8-13.
- Holst, D., & Dahl, K. E. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten? *Den Norske Tannlegeforeningens tidene*, 118(4), s. 212-218.
- Holst, D., & Schuller, A. A. (2011). Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over 33 years. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(6), s. 488-497.
- Holst, D., Skau, I., & Grytten, J. (2005). Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004 (Self assessment of oral health, general health and dental status in national sample of adult Norwegians in 2004). *Nor Tannlegeforen Tid*, 115, s. 576-580.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *The BMJ*, 343, s. 1-3.
- Huff, M., Kinion, E., Kendra, M. A., & Klecan, T. (2006). Self-esteem: a hidden concern in oral health. *Journal of community health nursing*, 23(4), s. 245-255.
- Johansson, G., Söderfeldt, B., Gerdin, E. W., Halling, A., Axtelius, B., & Östberg, A.-L. (2008). Measuring oral health from a public health perspective. *Swed. Dent. J*, 32(3), s. 125-137.
- Josefsson, E., Lindsten, R., & Hallberg, L. R.-M. (2010). A qualitative study of the influence of poor dental aesthetics on the lives of young adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 68(1), s. 19-26.
- Kırtıloğlu, T., & Yavuz, Ü. S. (2006). An assessment of oral self-care in the student population of a Turkish university. *Public Health*, 120(10), s. 953-957.

- Klages, U., Bruckner, A., & Zentner, A. (2004). Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *The European Journal of Orthodontics*, 26(5), s. 507-514.
- Kojima, A., Ekuni, D., Mizutani, S., Furuta, M., Irie, K., Azuma, T., . . . Morita, M. (2013). Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC oral health*, 13(62), s. 1-7. doi: 10.1186/1472-6831-13-62
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014-2015). Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner *St.meld.14*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. I G. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (s. 11-24). School of dentistry university of North Carolina, Chapel Hill NC: Dept. of Dental Ecology.
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? *Community dentistry and oral epidemiology*, 35(6), s. 401-411.
- Locker, D., Maggiriias, J., & Wexler, E. (2009). What Frames of Reference Underlie Self-Ratings of Oral Health?*. *Journal of public health dentistry*, 69(2), s. 78-89.
- Masood, M., Thaliath, E. T., Bower, E. J., & Newton, J. T. (2011). An appraisal of the quality of published qualitative dental research. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(3), s. 193-203.
- Neamatollahi, H., Ebrahimi, M., Talebi, M., Ardabili, M. H., & Kondori, K. (2011). Major differences in oral health knowledge and behavior in a group of Iranian pre-university students: a cross-sectional study. *Journal of oral science*, 53(2), s. 177-184.
- Norsk tannlegeforening. (2015). Politisk uenighet. *Trondheimskonferansen*. Hentet 27.04, 2015, fra <http://www.tannlegetidende.no/n/chapter-4>
- Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (3rd ed.). Australia: The McGraw-Hill companies.
- Poulsen, S., & Hausen, H. (2008). Oral helse-et individuelt eller offentligt anliggende? *Tandlaegebladet*, 112(1), s. 6-10.

- Rimondini, L., Zolfanelli, B., Bernardi, F., & Bez, C. (2001). Self-preventive oral behavior in an Italian university student population. *Journal of clinical periodontology*, 28(3), s. 207-211.
- Rørstad, K., Gunnes, H., & Wiig, O. (2014). *Kartlegging og analyse av tannhelse- og odontologisk forskning i Norge Rapport 48/2014*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schuller, A. (1999). Better oral health, more inequality--empirical analysis among young adults. *Community dental health*, 16(3), s. 154-159.
- Schuller, A., van Dommelen, P., & Poorterman, J. (2014). Trends in oral health in young people in the Netherlands over the past 20 years: a study in a changing context. *Community Dent Oral Epidemiol*, 42(2), s. 178-184.
- Sharda, A., & Shetty, S. (2010). A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of non-medical, para-medical and medical students in Udaipur city, Rajasthan, India. *International journal of dental hygiene*, 8(2), s. 101-109.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), s. 644-644.
- Skaret, E., Kvale, G., & Raadal, M. (2003). General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 44(4), s. 331-337.
- Skaret, E., Raadal, M., Berg, E., & Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *European journal of oral sciences*, 107(6), s. 422-428.
- Skeie, M. S., Klock, K. S., & Haugejorden, O. (2012). Nåværende norske rutiner for innsamling av data innen kariesepidemiologi blant barn/unge--holder rutinene fortsatt mål? *Norsk epidemiologi*, 22(1), s. 59-68.
- SSB. (2015, 03.02.2015). Røykevaner 2014. Hentet 28.04, 2015, fra <http://ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2015-02-03>
- Statens Helsetilsyn. (1999). *Tenner for livet; helsefremmende og forebyggende arbeid*. (IK-2659). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf.

- Stenberg, P., Håkansson, J., & Åkerman, S. (2000). Attitudes to dental health and care among 20 to 25-year-old Swedes: results from a questionnaire. *Acta Odontologica*, 58(3), s. 102-106.
- Strauss, R. P. (1997). The dental impact profile. I G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (Vol. 13, s. 81-91). University of North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry.
- Taghavi Bayat, J., Hallberg, U., Lindblad, F., Huggare, J., & Mohlin, B. (2013). Daily life impact of malocclusion in Swedish adolescents: A grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(3-4), s. 792-798.
- Tornes, K. (2006). Munnhulen - odontologi eller medisin? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 126(9), s. 1194.
- Vikum, E., Krokstad, S., Holst, D., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: The third Nord-Trøndelag Health Survey. *Scandinavian journal of public health*, 40(7), s. 648-655.
- WHO. (1986). Ottawa charter. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHOQOL-group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), s. 1403-1409.
- Östberg, A.-L., Eriksson, B., Lindblad, U., & Halling, A. (2003). Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontologica*, 61(1), s. 19-24.
- Östberg, A.-L., Jarkman, K., Lindblad, U., & Halling, A. (2002). Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontologica*, 60(3), s. 167-173.
- Åstrøm, A. (2002). Comparative risk judgements for oral health hazards among Norwegian adults: a cross sectional study. *BMC oral health*, 2(1), s. 1-7. doi: 10.1186/1472-6831-2-3
- Åstrøm, A. (2004). Stability of oral health-related behaviour in a Norwegian cohort between the ages of 15 and 23 years. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(5), s. 354-362.
- Åstrøm, A., Haugejorden, O., Skaret, E., Trovik, T., & Klock, K. (2006). Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing

- teeth, and socio-demographic factors. *European journal of oral sciences*, 114(2), s. 115-121.
- Åstrøm, A., & Rise, J. (2001). Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 year old Norwegians. *Clinical oral investigations*, 5(2), s. 122-128.
- Åstrøm, A., Skaret, E., & Haugejorden, O. (2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC oral health*, 11(10), s. 1-7. doi: 10.1186/1472-6831-11-10
- Åstrøm, A., & Wold, B. (2012). Socio-behavioural predictors of young adults' self-reported oral health: 15 years of follow-up in the The Norwegian Longitudinal Health Behaviour study. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(3), s. 210-220.

Del 2: Empirisk artikkel

- Unge voksne og oral helse

En kvalitativ studie med fokus på et utvalg studenter og lærlinger i
Trondheim sine tanker rundt oral helse

Sammendrag

Det foreligger begrenset kunnskap om unge voksnes orale helse og jeg har ikke funnet noen kvalitative intervjuundersøkelser med norske unge voksne som ser på hva fenomenet oral helse er for dem. Kunnskap rundt unge voksnes orale helsetilstand og hvordan de selv opplever oral helse vil være viktig for å kunne evaluere eksisterende eller planlegge fremtidige helsetjenester. Hensikten med denne delen av masteroppgaven er derfor å bidra med kunnskap ved å se nærmere på unge voksne sine tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse i en ikke klinisk setting.

Det ble foretatt åtte semi-strukturerte intervju med studenter og lærlinger i Trondheim. Fokus var på betydningen av, meninger om og assosiasjoner rundt oral helse. Bruk av tannhelsetjenester ble også tatt opp. Data-analysen tar utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering og de tre kategoriene: «oral helse og dagliglivet», «oral helse som påvirkelig» og «munnen som fredet område; oral helse som privat» fremstiller hovedfunnene.

Oral helse ble først og fremst assosiert med tannhelse, munnhygienevaner og selvpresentasjon. Muligheten til egenpåvirkning ble også sett på som stor. Dette støtter opp om at flere kliniske indikatorer, egenvurdering og eventuelt andre faktorer som går på psykologisk påvirkning i dagliglivet, bør inngå i registrering og vurdering av unge voksnes orale helse. Informantenes usikkerhet rundt organiseringen av tannhelsetilbudet, og det at vi vet så lite om hva befolkningen sitter igjen med etter endt gratis tilbud, viser samtidig at det å utforske og evaluere organiseringen av dagens tannhelsetjeneste kan være nyttig.

Nøkkelord: Oral helse, unge voksne, studenter, lærlinger, selvopplevd, subjektiv, tannhelse, tannhelsetjenesten.

1.0 Introduksjon

Hensikten er å se nærmere på studenter og lærlingers tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse i en ikke klinisk setting. Tiden som student eller lærling innebærer ofte et skifte av miljø. Den sosial-kognitive teori, der Albert Bandura har en stor rolle, er mye brukt innenfor helsefremming for å forklare helseatferd. I følge denne vil individets samspill med miljøet og sosiale normer, samt forventningene til resultatet av atferden og om resultatet er ønskelig, påvirke atferd (Nutbeam, Harris, & Wise, 2010). Troen på å mestre en atferd (self-efficacy) vil også ha betydning. I hvilken grad resultatet ses på som en følge av egne handlinger (intern locus of control) eller utenforstående og mer tilfeldige faktorer (ekstern locus of control) vil påvirke troen på mestring (Nutbeam et al., 2010; Rotter, 1966). Den sosial-kognitive teori og «locus of control» vil kunne være til hjelp for å få en forståelse for oral helseatferd hos informantene.

Utsagn som «det var som student at jeg fikk rotfyllinger», «det var først etter studietiden at jeg fikk utført tannbehandling» og «jeg har vel ikke vært på et tannlegekontor siden jeg var 20» kan ses i sammenheng med atferd og er med på å danne bakgrunnen for denne masteroppgaven. Samtidig viser litteraturen at denne tiden i livet kan få følger for fremtidig behandling og utgifter, men at vi vet lite om unge voksne og oral helse (Kojima et al., 2013; Skaret, Kvale, & Raadal, 2003; Skeie, Klock, & Haugejorden, 2012; Stenberg, Håkansson, & Åkerman, 2000; Åstrøm, 2004). Det oppstår et veiskille i forhold til rettigheter, men også et potensielt skille for atferd og fremtidig oral helse (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015; Östberg, Jarkman, Lindblad, & Halling, 2002; Åstrøm & Wold, 2012).

Det foreligger ingen faste innrapporteringer av hverken klinisk registrert status eller egenvurdert oral helse annet enn for DMFT (Decay, missing, filled teeth) ved 5, 12 og 18 år (Espelid, 2002; Haugejorden, 2002; Skeie et al., 2012). Den kunnskapen som foreligger om befolkningen etter 18 år bygger derfor på levekårsundersøkelser eller studier tilknyttet tannhelsetjenesten og/eller klinisk setting (Dahl, Wang, Skau, & Öhrn, 2011; Skaret et al., 2003; Vikum, Krokstad, Holst, & Westin, 2012; Åstrøm, 2004; Åstrøm, Haugejorden, Skaret, Trovik, & Klock, 2006; Åstrøm & Wold, 2012). Spørreskjema og måleverktøy som tar for seg egenvurderinger har gitte spørsmål med fastlagte svaralternativer. Disse er bestemt av

profesjonen og gir ingen garanti for at det er dette som opptar respondentene mest (Folke & Paulsson, 2010; Locker & Allen, 2007; Åstrøm et al., 2006).

For norske unge voksne er det tidligere funnet at unge voksne bedømmer sin tannhelse bedre enn eldre (Ekorud & Jensen, 2010). Samtidig viser andre typer undersøkelser at unge voksne rapporterer dårligst oral helse og flere problemer enn eldre (Dahl et al., 2011; Åstrøm et al., 2006; Åstrøm & Wold, 2012). De forskjellige funnene kan skyldes ulik begrepsbruk eller ulike måleverktøy, og jeg har ikke funnet noen norske studier som utforsker dette nærmere gjennom kvalitative intervju. Ved å bruke denne metoden vil det kunne frembringes ny kunnskap om studenter og lærlingers tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse. Som vil kunne være et nyttig bidrag for fremtidig helsefremmende arbeid og forskning, og samtidig kunne ha betydning for planlegging og evaluering av helsetjenester (Haugejorden, 2002; Skeie et al., 2012; Östberg, Eriksson, Lindblad, & Halling, 2003; Östberg et al., 2002).

På dette grunnlaget ønsker jeg å se nærmere på problemstillingen «Hva innebærer oral helse for et utvalg norske unge voksne?»

2.0 Metode

En kvalitativ tilnærming vil kunne si noe om menneskers forklaringer på hvorfor de gjør som de gjør og brukes for å få vite mer om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger slik personer selv beskriver dem (Malterud, 2013). Det å betrakte menneskelige erfaringer som kunnskap faller overens med en fenomenologisk posisjon, men i forhold til fortolkning og forforståelse er det likevel valgt et mer hermeneutisk ståsted gjennom å ikke legge forforståelsen helt på hylla, men heller konfrontere den (Malterud, 2013). Dette gjøres på grunn av tilknytning til fagfeltet og for at informantenes perspektiver kan komme tydeligere frem. På den måten øker muligheten for å frembringe ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013).

Det vil først gis et innblikk i min forforståelse før det ses nærmere på grunnlaget for de åtte semi-strukturerte individuelle intervjuene som danner det empiriske materialet.

2.1 Forforståelse

Min forforståelse er preget av mitt verdensbilde, interesser, utdanning og erfaringer. Som helsepersonell og i mitt valg av masterprogram er jeg mer enn gjennomsnittet opptatt av helse og helsefremming. Som tannpleier har jeg også et forhold til munn og tenner som nok avviker fra den generelle befolkning.

Ut fra mine erfaringer har jeg inntrykk av at studietiden kan ha negative innvirkninger på helseatferd, at estetikk er viktig og at et fåtall i den generelle befolkningen tenker på sammenhengen mellom oral helse og generell helse. Samtidig tror jeg at oral helse vil knyttes opp mot tannhelse og at studenter på helsefaglige utdanninger generelt er mer oppmerksom på helse enn andre. Jeg tror også at når automatiske innkallinger til tannklinikken ofte faller bort ved 20 år, kan det ta lang tid før en tannklinikk oppsøkes. Da har det gjerne oppstått et behandlingsbehov som krever flere avtaler og fører til større utgifter.

Interesse for å finne ut mer om hva som skjer i studietiden og etter avsluttet gratistilbud innenfor tannhelsetjeneste har også påvirket design, både i forhold til valg av aldersgruppe og ønsket om å rekruttere utenfor tannhelsetjenesten. Slik vil ikke informantene nødvendigvis stå på innkallingslister i fylket eller ha avtaler med tjenesten. Tannpleier bakgrunnen har påvirket spørsmålene i intervjuguiden ved at det i tillegg til tanker om oral helse er inkludert spørsmål rundt det å gå til en tannklinikk. Dette for å se hva de tenker om bruk av tjenesten etter endt gratis tilbud.

2.2 Tilnærming til datainnsamling

For å forstå fenomenet oral helse ut fra en populasjon unge voksnes perspektiver ble det, som nevnt over, valgt en kvalitativ fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming med semi-strukturert intervju som datainnsamlingsverktøy. Dette på grunn av at det er godt egnet til å utforske temaer fra dagliglivet gjennom informanters egne perspektiver, beskrivelser og fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2012). Gjennom semi-strukturerte intervju betraktes meningsinnhold slik det oppleves for informantene og det passer derfor godt til å se nærmere på studenter og lærlingers tanker om oral helse (DeNasjonaleForskningsetiskeKomiteene, 2010). Semi-strukturert intervju har et samtalepreg selv om det benyttes en intervjuguide (Vedlegg 2) til

hjelp for å belyse ulike emner. Slik får intervjuet mål og mening, men blir hverken en helt åpen samtale eller et låst intervju med faste spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012).

2.3 Utvalgsstrategi

For å snevre inn den store heterogene gruppen unge voksne, ble inklusjonskriteriene satt til å være studenter eller lærlinger og i utgangspunktet i aldersgruppen 18-20 år, være samtykkekompetente og ha erfaring med tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten. Bakgrunnen for dette valget var antakelsen om at det kan være ulike holdninger mellom de som studerer på universitet/høyskole og de som velger en mer yrkesfaglig retning og at 18-20 åringer er midt i en overgangsfase fra ungdom til voksenlivet. Samtidig er dette en avslutningsfase i forhold til et oppsøkende tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten, og en heldig eller uheldig helseatferd for voksenlivet kan etableres her (Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983; Skaret et al., 2003; Skeie et al., 2012; Stenberg et al., 2000; Åstrøm, 2004; Åstrøm & Wold, 2012). Gjennom henvendelser direkte til målgruppen på ulike arenaer er utvalget strategisk etter hvem som er tilgjengelig (Kvale & Brinkmann, 2012).

For å unngå pasient/behandler bias ble det å ha vært/være pasient hos meg satt som eksklusjonskriterium. Om jeg eller informanten gjenkjente hverandre som pasient/behandler ble informanten ekskludert fra studien. For å øke muligheten for flere ulike synspunkter og en bredere innsikt i studenter og lærlingers tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse var en variasjon i sammensetning av informanter ønskelig. På bakgrunn av tidligere forskning som har vist ulikheter mellom kjønnene (Batista et al., 2012; Ekbäck, Åstrøm, Klock, Ordell, & Unell, 2008; Östberg et al., 2002) og forskjeller i forhold til utdanning (Stenberg et al., 2000; Åstrøm & Wold, 2012), ble derfor en 50/50 fordeling mellom studenter og lærlinger, og mellom kjønn vurdert som ønskelig.

2.4 Rekruttering av informanter

Ønsket antall informanter ble satt til ca. ti på grunn av tiden som var til rådighet. I vanlige intervjuundersøkelser ligger antallet informanter på ca. 10 til 15 og det er sagt at et mindre antall intervju og mer tid på å forbedre og analysere intervju lønner seg. En av grunnene er at økende antall informanter, utover et visst punkt, vil tilføre mindre og mindre ny kunnskap

(Kvale & Brinkmann, 2012). Rekruttering av informanter fant sted i tidsrommet slutten av oktober til midten av desember 2014. Oversikt over prosessen ses i Tabell 1.

TABELL 1: REKRUTTERINGSPROSESSEN; FRA ANTALLET SOM VAR INTERESSERT I MER INFORMASJON TIL GJENNOMFØRTE INTERVJU

Rekrutteringsmetode	Sendt info	Ikke kontakt	Planlagt intervju	Yrkes-fag	Universitet / høyskole	Forhindret i å delta	Gjennomførte intervju	Helse-Fag
Forelesninger	30	23	7	4	3	1	6	5
Info plakat	1		1		1		1	
Lærling bedrift	6	4	2	2		1	1	
Til sammen	37	27	10	4	4	2	8	5

Det ble valgt å bruke begrepet munnhelse i kommunikasjon med informantene ut i fra antakelsen om at dette var et mer kjent begrep enn oral helse. For å komme i kontakt med målgruppen ble informasjonsskriv og kontaktinformasjon, i form av en informasjonsplakat, hengt opp rundt omkring på ulike campus. Både universitet, høyskole og yrkesfaglige linjer var representert. Jeg presenterte meg og informasjon ble lagt frem i et par forelesninger. Jeg var også synlig utenfor forelesningslokaler, gikk rundt i kantiner og på andre samlingspunkt for studenter og kontaktet enkelt studenter. Det ble levert ut kontaktinformasjon og/eller notert ned e-post adresser til de som ville få tilsendt informasjonsskrivet (Vedlegg 1). Jeg var til stede på en samling for lærlinger i kommunen og sendte ut mail til ulike opplæringskontor i fylket for å få kontakt med lærlinger. Her ble også kontaktinformasjon levert ut og/eller e-post adresse notert. I tillegg ble informasjonsskriv sendt ut til lærlinger via opplæringskontor. Jeg var tilgjengelig for spørsmål og svar via e-post og mobil.

Antall og fordeling av informanter etter alder, kjønn og fag ble begrenset av tid og tilgjengelighet til informanter. Sammensetting av informantgruppa ble til slutt tre menn og fem kvinner mellom 18 og 29 år, hvor to av disse var over 20 år. Fem av informantene viste seg å ha tilknytning til helserelaterte fag. En av informantene var lærling, mens tre informanter studerte yrkesfag.

2.5 Gjennomføring av datainnsamling

Det ble avtalt tid og sted for intervju som passet for informantene og intervjuene ble utført på grupperom ved ulike campus. Disse var det praktisk for informantene å komme seg til, samtidig som de kunne reserveres. Informantene fikk utlevert samtykkeskjema og hadde mulighet til å stille spørsmål før intervjuet startet.

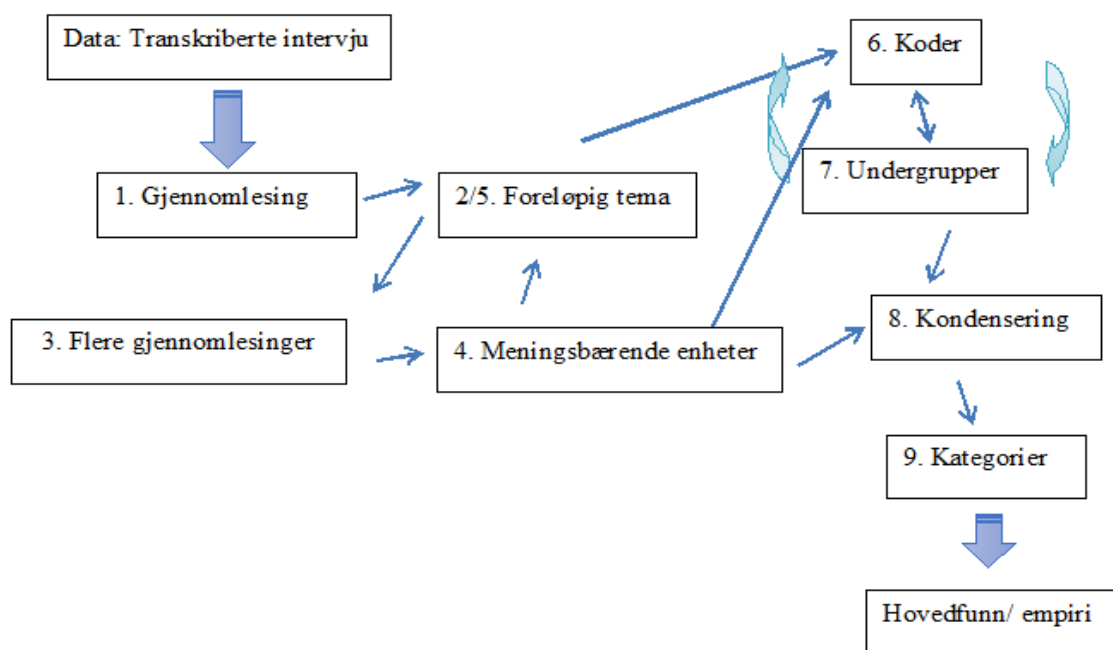
Selve spørsmålene i intervjuene tok for seg tema rundt egne tanker omkring oral helse, hva det er, hva det betyr for dem og hvordan de tar var på den. I tillegg dreide det seg om tanker rundt det å gå til en tannklinikk og noen generelle spørsmål om livssituasjon. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden (Vedlegg 2) er: «Fortell litt om hva munnhelse er for deg», «hvordan opplever du din egen munnhelse i dag?» og «hva tenker du om det å gå til tannklinikk?».

De åtte intervjuene ble tatt opp på lydbånd og hadde en varighet på mellom 38 til 52 minutter. Jeg gikk gjennom opptakene en etter en og transkriberte så ordrett som mulig. Både usammenhengende og repeterende ord og setninger, samt pauser ble notert. Det ga omtrent 279 sider transkribert tekst som danner det empiriske grunnlaget for artikkelen.

2.6 Analyseprosessen

Analysen bygget på en trinnvisanalyse slik Malterud (2013) beskriver og startet allerede under datainnsamlingen. Først ble det reflektert over hvert intervju, det ble notert stikkord og intervjuguiden ble vurdert fortløpende. Intervjuguiden ble noe tilpasset etter interessante ledetråder, men forble forholdsvis lik under alle intervjuene.

Eksempler på tilpasninger var fokuset på overgang til *ny tannlege* der det hos de under 20 ble snakket om tanker rundt hvordan det vil bli, mens det for de over 20 dreide seg om erfaringer. Tobakk var noe jeg hadde i bakhodet som ugunstig for oral helse, men intervjuguiden tok ikke dette spesielt for seg på grunn av at jeg ønsket å være mest mulig åpen for det informantene kom med. Det at den første informanten var så reflektert rundt dette gjorde at det likevel virket interessant å spørre om tobakk hos de som ikke kom inn på det selv.



FIGUR 1: FIGUR OVER ANALYSETRINNENE MED UTGANGSPUNKT I MALTERUD (2013) SIN SYSTEMATISKE TEKSTKONDENSERING (VEDLEGG 3)

Arbeidet med de ferdige transkripsjonene er skjematisk fremstilt over, i Figur 1. Etter hver gjennomlesing av de transkriberte intervjuene ble det notert ned foreløpige tema (1/2). Transkripsjonene ble så lest gjennom flere ganger (3) og det ble identifisert meningsbærende enheter (4) som igjen ble sortert under temaene (5). Ved å se nærmere på de meningsbærende enhetene ble så de foreløpige temaene utvidet til koder (6) som deretter ble utviklet til å ha undergrupper (7). Dette var en prosess med flere endringer underveis. Koder med undergrupper ble tatt med videre og meningsbærende enheter ble plassert inn i hver undergruppe for kondensering (8). Etter kondensering ble det så forsøkt å trekke ut essensen av hovedfunnene og lage kategorier for disse (9). Eksempel på kodegruppe, undergruppe og kondensering ses i Vedlegg 4.

2.7 Ethiske refleksjoner

I denne delen vil jeg ta for meg refleksjoner rundt etiske problemstillinger som har vært aktuelle gjennom forskningsprosessen. Det å vurdere nytten av informasjonen opp mot ulemper for informantene (Kvale & Brinkmann, 2012) har ligget i bunnen for hele prosessen.

Ved at studien belyser et lite utforsket område, kan den frembringe ny kunnskap som potensielt vil øke forståelsen for studenter og lærlingers synspunkter og valg når det kommer til oral helse. Dette vil være et nyttig bidrag for fremtidig helsefremmende arbeid, planlegging og evaluering av helsetjenester samt for videre forskning. På denne måten vil studien også kunne bidra til samfunnsendringer som forhåpentligvis blir nyttige spesielt for unge voksne, men også befolkningen for øvrig.

Under planleggingen av studien ble det reflektert over etiske problemstillinger som kunne oppstå i prosessen og det ble sendt søknad til regional etisk komite (REK) for godkjenning. REK vurderte prosjektet som ikke fremleggingspliktig (Vedlegg 5) og det kunne derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra dem. Det ble så søkt til NSD som godkjente at prosjektet kunne gjennomføres (Vedlegg 6).

Studien er basert på skriftlig samtykke. Informantene fikk informasjon om studiens formål før de skrev under på samtykkeskjema. For å bevare informantenes autonomi ble informasjonen behandlet konfidensielt. Aidentifiserte transkriberinger, lydfiler og personidentifiserende opplysninger, samt koblingsnøkkel ble lagret adskilt og innlåst på et sikkert sted.

Da spørsmål som stilles vil lede frem til emnene informantene snakker om og responsen som gis vil være med på å styre samtalens retning ble det forsøkt å unngå etiske krenkelser ved å være åpen og lytte oppmerksomt og ikke presse informanter på områder som kan gjøre dem ekstra sårbare (Kvale & Brinkmann, 2012). For ikke å rippe opp i eventuelle traumatiske opplevelser ville jeg ikke presse informantene til å utdype seg rundt tannlegeskrekk eller hvorfor de syntes det var ubehagelig at andre holdt på i munnen deres om de kom inn på dette.

I transkripsjonen er uttalelser gjengitt så ordrett som mulig, med både usammenhengende og repeterende ord og setninger. Dette for å være så lojal som mulig til informantenes uttalelser. I artikkelen er sitatene endret til korrekt skriftlig form både for å unngå stigmatisering av informantene, men også for å gjøre uttalelsene mer lettlest. Samtidig er personidentifiserende opplysninger som studieretning, navn på personer og steder anonymisert i transkriberingene. Da det var få informanter er det hovedsakelig unnlatt å nevne kjønn. I tillegg skilles det mellom beskrivelser og tolkninger slik at lesere kan se hva informantene fortalte og hva som er mine tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2012).

Metoden, materialet og prosessen er nå blitt beskrevet og før det reflekteres mer rundt dette (5.0) vil hovedfunnene legges frem (3.0) og diskuteres (4.0).

3.0 Framstilling av hovedfunnene

Tankene som informantene delte under intervjuene ble analysert og gjennom prosessen fremtrådte de tre kategoriene: «oral helse og dagliglivet», «oral helse som påvirkelig» og ««munnen som fredet område»; oral helse som privat». Disse dekker hovedfunnene og hver kategori belyses hver for seg som delfunn (3.1, 3.2 og 3.3).

3.1 Oral helse og dagliglivet

En kategori som kom frem under analysen var «oral helse og dagliglivet». Kategorien preges av daglige gjøremål og hvordan orale forhold kan påvirke hverdagen.

«Man bruker jo munnen veldig mye... Du skal jo spise og drikke og prate og da er det jo viktig at munnen din fungerer bra ... Også tenker jeg jo med en gang på stell av munnen, eller å vedlikeholde munnen og... tenker mest på det man gjør til daglig da. Pusser tenner, munnskyll, sånne ting».

Informant # 4

Over ses essensen av det informantene assosierte med oral helse. Det viser at munnen brukes til alt fra livsnødvendigheter som å få i seg næring til det å kommunisere.

Munnhygiene og tannhelse var noe alle informantene kom inn på. Oral helse blir en del av dagliglivet gjennom vaner eller rutiner, som tannbørsting. Hjelpemidler som tanntråd og munnskyll ble nevnt, men det var kun de med fag relatert til oral helse som oppga regelmessig bruk. Grunnen til å stelle munnen var å opprettholde en velfungerende munn. For informantene dreide dette seg om smertefrihet, en akseptabel munnhygiene og å ikke bli hindret i hverdagslige gjøremål. En generell velvære, det å ha en frisk ånde og rene tenner uten matrester eller misfarging opptok dem mest:

«...det betyr endel egentlig, at jeg føler meg vel. At jeg trenger ikke å ordne meg så mye for å føle meg fresh liksom. Det er bare å pusse tennene og ta litt munnskyll ... så er du fresh. Da er du klar for dagen vet du!»

Informant # 5

Slik blir oral helse også relatert til estetikk og selvpresentasjon i sosial sammenheng. Munnhygienevaner gjennomføres ikke kun av hensyn til en selv, men «*du tenker litt på de rundt deg også*». Det ble pekt på at tilstanden i munnen kan si noe om en person og hvordan den tar vare på seg selv, og at misfargede tenner og dårlig ånde er lite tiltrekkende. Samtidig ble det at utseende eller lukt avviker fra forventningene assosiert med dårlig oral helse.

En tilknytning mellom munn og kropp ble også knyttet til selvpresentasjon og selvfølelse:

«Jeg var veldig redd for å snakke med de andre, eller redd for at munnen liksom luktet. Når man føler man har dårlig ånde, så er det jo ikke noe gøy å prate med folk og da kan det jo skje det at du ikke føler deg så bra da. At det går ut over hverdagen din liksom...»

Informant # 6

Bekymringer rundt dårlig ånde kan slik påvirke selvfølelsen og kommunikasjon. Det var likevel ulike erfaringer i forhold til oral helse sin påvirkning på eget dagligliv. En informant uttrykte at frykt for dårlig ånde påvirket hverdagen, mens andre beskrev det som at det var noe de sjeldent opplevde. Det at noen ytret bekymring rundt det å glemme tannpuss og frykt for dårlig ånde (mens andre ikke gjorde det) viser at selv om alle tenker på dette er det ulikt hvordan det påvirker dem.

Informantene hadde liten erfaring med smerter, ubehag eller andre ting som de vil kalle plager fra munnen. Litt kløe i tannkjøttet, sår i munnen, ising eller smerter var ting de selv hadde lagt merke til, mens behandlingskrevende karies sjeldent hadde blitt lagt merke til av informantene selv. Erfaring med plagsomme smerter fra munnen var relatert til tannskader som tannslitasje (erosjon/syreskader og attrisjon/tanngnissing) og traume på trening. Sistnevnte hadde ført til smerter over tid. Informanten fikk en fot mot munnen, det var ingen synlig skade, men tannen ga etter hvert tydelige smerter. Uhellet fikk informantene til å

undres over at: «... noe så lite kan ha så store innvirkninger på vår oppfatning av helse eller våre dagligdagse liv», da er det ikke overraskende at noen uten slik erfaring finner det litt uforståelig:

«De har så vondt at de ikke klarer å spise og da er det et lite hull. Hvor ille kan det være? tenker jeg da, men det må jo være vondt for de sier jo det.»

Informant # 8

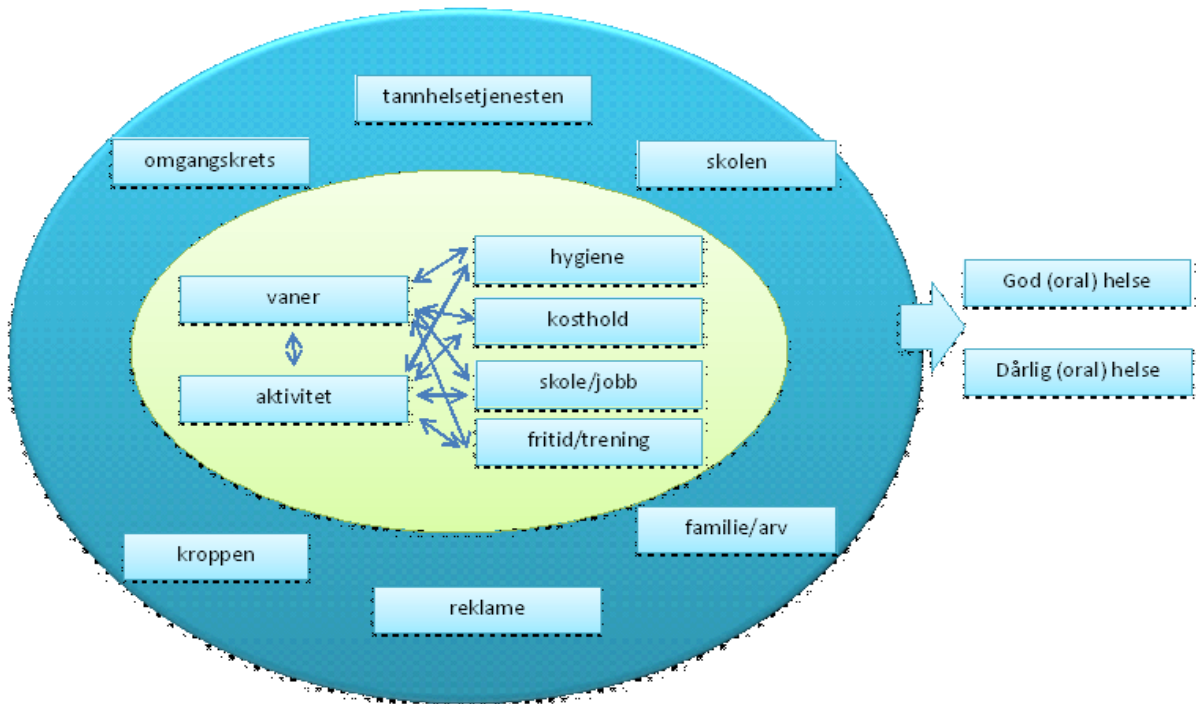
Slik blir oral helse mest aktuelt ved ubehag eller problem knyttet til alt fra lukt og farge eller ising til munnsår og smerter. På direkte spørsmål om den orale helsen har noen påvirkning på dagliglivet var fokuset på det negative. Positive påvirkninger ble sammenliknet med negative alternativer: «Veldig positivt at jeg slipper å bekymre meg over å ha problemer med munnhelsen». Økonomiske konsekvenser av tannlegebesøk ble fremhevet som en fremtidig bekymring, og det økonomiske aspektet vil belyses nærmere under 3.3 «Munnen som fredet område»; oral helse som privat.

Selv om de fleste av informantene ikke hadde plager i forhold til sin orale helse, og de færreste hadde opplevd smerter fra munnen, viser disse funnene at oral helse vil kunne påvirke unge voksnes dagligliv, både i positiv og negativ forstand. Negativt gjennom smerte, men kanskje oftest gjennom ubehag eller bekymringer omkring utseende og lukt på sosiale arenaer eller bekymringer rundt fremtidige utgifter. I positiv forstand gjennom velfølelse og det å slippe å ha bekymringer på området.

3.2 Oral helse som påvirkelig

Under analysen kom det frem at oral helse er påvirkelig, og i Figur 2 har jeg fremstilt det informantene fremhevet. Figuren representerer ikke en enkelt informant, men tolkninger av informantene som gruppe.

Den innerste sirkelen representerer egenpåvirkning, det de mente å kunne ha kontroll på selv, mens den ytterste viser påvirkning utenfra. Sirklene påvirker hverandre og ble sammen sett på som å være av betydning for oral helse, men også helse generelt. Videre vil de ulike delene i figuren belyses nærmere.



FIGUR 2: OVERSIKT OVER FAKTORER SOM PÅVIRKER ORAL HELSE

Egenpåvirkning dreide seg i hovedsak om hygienerutiner og kostholdsvaner, og illustreres i sitatene under:

«...med tanke på at det meste er preventivt, med kosthold og gode rutiner, så blir det på en måte min feil hvis det skjer noe i min tannhelse...»

Informant # 3

«...det er jo litt sånn at, hadde ikke jeg pusset tennene mine, så hadde jeg jo fått masse problemer. Med tennene i hvert fall...».

Informant # 2

Informantene assosierer oral helse med tannhelse og vet at vaner og rutiner kan påvirke denne. Informantene vet også at de kunne gjort mer enn å pusse tennene, men de ser ikke behovet da det har gått bra til nå. Samtidig uttrykkes en slags dårlig samvittighet for at de ikke gjør mer:

«Det finnes på en måte personer som får lettere hull og jeg har på en måte ganske sterke tenner. Da er det litt trist fra min side at jeg ikke er mer påpasselig.»

Informant # 3

Noen informanter uttrykte å være opptatt av en sunn livsstil (kost/drikke, hygiene og trening) mens andre var mer opptatt av enkeltelementer (opptatt av å pusse tennene, men ikke kosthold). Informantene var negative til tobakk og dårlig ånde var en årsak til å unngå bruk av dette. Likevel røykte noen i sosiale lag, men ingen brukte snus.

Selv om informantene fremhevet egen påvirkning på helse og et eget ansvar for orale helse så de at andre faktorer spiller inn. For eksempel kan sykdom og traumer inntreffe og påvirke den orale helsen og *«...da er det på en måte ikke din skyld»*.

Omgangskretsen og livssituasjon kunne også påvirke den orale helsen gjennom verdier og valg av vaner, men også typer aktiviteter. Kampsport med slag eller spark mot munnen vil for eksempel kunne øke risikoen for tannskader. Informanter nevnte også at det i visse miljøer kan bli sett på som kult å bruke tobakk, eller at det kan være enklere å kjøpe seg brus eller godteri om kompisen gjør det.

I forhold til livssituasjon ble en samboer beskrevet som buffer mot å hoppe over tannpussen, og familien kan også påvirke på forskjellig vis. Noen beskriver lite fokus på munnhygiene under oppveksten: *«... akkurat hjemme så var det ikke så stort fokus på hygiene så det kunne ha påvirket meg veldig merker jeg»*, men har senere selv tatt ansvar. Andre fortalte at tidlig fokus på munnhygiene gjør at de ikke tenker over tannhelsen: *«Det er bare slik at man skal pusse tennene morgen og kveld. Det er sånn det er. Skal helst bruke tanntråd også da, det var ikke vanlig hjemme, men tannlegen har sagt det...»*. Slik kommer det frem at informantene ikke nødvendigvis vet hvorfor de pusser tennene eller følger tannlegens råd, men at vaner fra barndommen og hjemmet, selv om de ikke er avgjørende, påvirker dagens vaner.

Informantene sier at den kunnskapen de har i dag hovedsakelig er tilegnet gjennom foreldre, venner, reklame, internett, skole og tannhelsetjenesten. Det var en noe mer skeptisk holdning til reklame og internett enn til tannhelsetjenesten eller bekjente.

«Det jeg har lært har jeg lært for lenge siden fra foreldre og tannlegen. Hvis jeg skulle lært mer så hadde det vært å søke på nettet. Der finner du sikkert masse bra, men det kan jo være masse dårlig også»

Informant #4

«Det er jo veldig mange reklamer og sånt på tv, men jeg tror ikke helt på det. Jeg er ikke så lett å overbevise når det kommer til reklamer og sånt. Jeg må heller høre det av noen som kan det, for eksempel tannlegen eller gode venner».

Informant #5

Likevel var ikke tannklinikken en naturlig arena for å tilegne seg kunnskap for alle: «...de bare sjekker også bare: "ja, okey, det var ikke noe feil..." det går jo så fort». Samtidig kom det frem at hvor du er i livet kan påvirke informasjonen du tar til deg:

«Før brukte jeg ikke den kunnskapen jeg fikk. Jeg fikk fortalt hvordan jeg skulle gjøre det og hvorfor, men så gikk jeg hjem og nei, gadd ikke å gjøre noe».

Informant # 7

Skolen som en arena for å tilegne seg kunnskap om oral helse og forebygging ble nevnt på flere måter. Ikke alle kunne huske å ha hatt noe om dette, mens andre husket undervisning som bra eller dårlig. Det ble også pekt på at informasjon som «lures inn» gjennom mer praktisk rettet undervisning ville gitt bedre utbytte enn klasseromsundervisning.

Informantene ser sammenhenger mellom generell helseatferd som hygiene, kosthold og tobakksvaner og hvordan dette påvirker munnen direkte, men også kroppen som helhet. Samtidig virker de usikre på hvordan munn og kropp påvirker hverandre. Tilstander i kroppen, for eksempel autoimmun sykdom, ble nevnt som å kunne påvirke oral helse. Kostholdet ble fremhevet som å påvirke både sykdom og oral helse, men det at tilstanden i munnen kan påvirke sykdommen og kroppen ellers ble ikke nevnt. God oral helse og munnstell ble sett på som viktig for kroppen som helhet og noen nevnte munnen som en smittevei og infeksjonsskilde. Munnstellet ble beskrevet som at: «...det tilhøre liksom bare munnhelsen. Tilhører ikke hele kroppen». Slik ser det ut til at informantene ikke er så oppmerksomme på hvordan tilstanden i munnen (mer somatisk sett) kan virke på kroppen.

Selv om informantene hadde ulikt kunnskapsnivå og individuelle rutiner og erfaringer beskrev de få plager med munnen sin. I tillegg var oppfatningen at det med gode hygiene rutiner og et relativt sunt liv ville kunne holde seg slik fremover. Informantene sier de er mer bevisst hva de putter i munnen både med tanke på munnhygiene, mat og drikke, men erkjente at vaner og rutiner i dag ikke nødvendigvis er optimale. Slik fremstilles oral helse som at den kan holde seg stabil, forverres eller også bli bedre. Den er påvirkelig.

Det er nå sett på de to kategoriene «oral helse og dagliglivet» og «oral helse som påvirkelig» disse flyter noe over i hverandre og den tredje og siste kategorien ««munnen som fredet område»; oral helse som privat» er heller ikke løsrevet fra de to andre, men vil også komme inn på noen punkter fra de to foregående kategoriene.

3.3 Munnen som fredet område; oral helse som privat

Den tredje kategorien som kom frem under analysen var, som nevnt over: ««Munnen som fredet område»; oral helse som privat» og har bakgrunn i sitatet under:

«Munnen er et fredet og privat område. Du passer på selv hva du skal ha der og ikke, rett og slett... Det er noe du liker å ha kontroll over selv da... for det skal jo inn i kroppen din på en måte og det er jo litt sånn der instinkt...».

Informant # 2

Munnen er et område det er ønskelig å ha kontroll over selv, en intimsone og en inngang til kroppen. For informantene blir derfor også oral helse noe individuelt og privat.

Et eksempel på denne holdningen er at det å ikke gjøre andre oppmerksom på dårlig ånde eller litt merkelig farge på tennene begrunnes med at den enkelte bør klare å passe på dette selv.

Det at munnen er en intimsone og en inngang til



FIGUR3 MUNNEN SOM FREDET OMRÅDE
TEKST EGENPRODUSERT, BILDE HENTET FRA:
[HTTP://WWW.TECHCOMIX.COM/HOW-TO-DRAW-AN-OPEN-MOUTH/](http://www.techcomix.com/how-to-draw-an-open-mouth/)

kroppen har også skapt ulike grader av utfordringer på tannklinikken. Noen beskrev det å «gå til tannlegen» som at det «går greit», mens andre synes det er «ekkel». Nervøsitet og ubehag tok ulik plass i informantenes beskrivelser. Noen hadde ubehagelige minner:

«...det var ikke slik at tannlegen tok vare på deg og beroliget deg liksom, han satt bare der med begge hendene i munnen på deg å... det var veldig skummelt»

Informant # 5

Ingen av informantene ga uttrykk av å ha problemer med å gå til sjekk av munnen på tannklinik i dag, men et tillitsforhold, tid, forklaringer og selvkontroll beskrives som viktige faktorer for å unngå at tidligere problem vender tilbake. Samtidig ser karies og «null hull» ut til å være hovedfokus ved besøk på tannklinik:

«Det å få skrapet vekk sånn fra tennene er ikke det deiligste jeg har vært borti, men null hull så klaget ikke på det, gjorde det som måtte gjøres, så det var greit.»

Informant # 1

Informantene har gått jevnlig til sjekk når det var gratis eller rabatt, og de syntes dette var viktig. Likevel var de usikker på hvilke ordninger de selv har i dag og har ulike tanker om fremtidens sjekk. Det å gå regelmessig ble pekt på som å være lønnsomt både i forhold til økonomi, men også helsemessig ved å kunne oppdage ting tidlig. Et annet ståsted var ønsket om å ta kontakt ved følt behov og ikke bruke pengene på noe som er unødvendig. Bakgrunnen for dette var å ikke tidligere ha hatt behandlingsbehov, og de ønsket ikke unødvendige besøk. Det ble også reflektert rundt nødvendighet sett opp mot muligheten til å gå. Der lå tanker om prioriteringer og samlet utgift i forhold til tid og økonomi. En informant uttrykker seg slik:

«... sånn småsjekk det er jo billigere... men plutselig finner man noe som en må gjøre også blir det automatisk dyrt. Fordi at en hadde hull der som en ikke visste om eller det var noe galt der...».

Informant # 1

Slik blir usikkerheten rundt hvor mye det kommer til å koste en utfordring, samtidig som behandlingen ikke oppfattes som valgfri. Denne informanten virker også å ha en annen

holdning enn informanter som vil oppdage ting tidlig og en mulig forklaring er beskrivelser av voksne referansepersoners bruk av tjenesten. Informant #1 er vant med at disse har en symptomatisk bruk (går ved smerter eller synlige tannskader) ikke regelmessig sjekk.

Det er som pekt på tidligere ulikt hvor opptatt informantene er av generell helse og/eller oral helse og hvilke prioriteringer de har. De har ulike opplevelser og erfaringer både i forhold til egne besøk hos tannklinikk, hva de har hørt fra andre og hva de oppgir som kilde til kunnskap. Informantene pekte på at oral helse har noe med velfølelse, smertefrihet, munnhygiene, vaner, friskhet og sykdom å gjøre. Hva de legger i begrepet, hvilken type helseatferd de har og i hvor stor grad de har opplevd plager eller behandling av sykdom i munnen varierer. For noen var lukt og utseende det som ble nevnt, mens andre også nevnte friske eller syke forhold. Tannbørsten kunne være nok for velfølelse i munnen, men noen trakk også frem tanntråd og fluorskyll. Noen slurver med tannpussen, eller har fått en del behandling hos tannlege, mens andre har gode vaner og har kun hatt et hull. Likevel bedømmer alle unntatt en sin orale helse som god, noe som viser at god oral helse er ulikt for hver enkelt.

Funnene viser at informantene er ulike individer med egne opplevelser og erfaringer. Det er også sett at synet på oral helse og dens innvirkning på hverdagen og helse generelt kan være forskjellig til ulike tider. Som pekt på tidligere ser informantene på oral helse som et privat anliggende og fremhever at hver enkelt selv har et visst ansvar for egen oral helse. Slik blir oral helse personlig, foranderlig og påvirkelig. Selv om oral helse er individuelt og personlig har det noe med velfølelse og selvpresentasjon å gjøre. Videre vil disse funnene diskuteres nærmere.

4.0 Sammenfattet diskusjon av funnene

Funnene i studien ser ikke ut til å gi direkte ny kunnskap om unge voksne og oral helse, men støtter opp om tidligere forskning der kliniske vurderinger ikke har en tydelig sammenheng med selvvurdert oral helse (Bjelland, 2002; Dahl et al., 2011; Folke & Paulsson, 2010; Josefsson, Lindsten, & Hallberg, 2010; Taghavi Bayat, Hallberg, Lindblad, Huggare, & Mohlin, 2013; Östberg et al., 2003; Åstrøm et al., 2006), DMFT/S ikke gir et godt nok bilde av oral helse (Skeie et al., 2012), tannhelse blir sett på som dyrt (Fitzgerald, Thomson,

Schafer, & Loose, 2004; Östberg et al., 2002), unge stort sett er fornøyd med munnen og tennene sine (Ekbäck et al., 2008), og at individer uten karieserfaring kan være mer oppmerksomme på psykologiske påvirkninger av oral helse (Batista et al., 2012; Dahl et al., 2011; Ekbäck et al., 2008; Holst & Dahl, 2008; Skeie et al., 2012; Östberg et al., 2003).

Oral helse ble knyttet opp mot selvpresentasjon og sosiale normer. I tillegg var noen av tankene omkring tannhelsetjenesten og bruk av denne noe overaskende. Funnene vil derfor diskuteres videre under disse to punktene.

4.1 Selvpresentasjon og sosiale normer

Selvpresentasjon og sosiale normer utpekte seg under intervjuene. Smil og tenner har betydning for førsteinntrykk og hvor attraktiv noen oppfattes, samtidig påvirker sosiale normer selvtillit og atferd. Unge voksne er mer opptatt av kortsiktige følger av tobakksbruk som dårlig lukt enn mer langsiktige som lungekreft (Fitzgerald et al., 2004; Hedman, Gabre, & Riis, 2008; Josefsson et al., 2010; Östberg et al., 2002). Dette ble også pekt på av mine informanter. De fokuserte mer på kortsiktige følger av negativ helseatferd som ånde og misfarging enn mer langsiktige følger som utvikling av sykdom.

Gjennom intervjuene kom det frem at informantene både kunne ha et større eller et mindre fokus på oral helse og/eller helseatferd nå enn tidligere. De så på oral helse som påvirkelig og at de selv hadde innflytelse på egen tannhelse (intern locus of control). Dette er også kommet frem i tidligere svenske funn (Stenberg et al., 2000; Östberg et al., 2002). Informantene oppgav å ha bedre oral helseatferd enn tidligere, men beskrev også at tidligere rutiner kunne glippe og/eller at mer ugunstige rutiner oppstod. Ugunstig helseatferd ble beskrevet som midlertidig, noe som kan uttrykke et ønske om å ta vare på seg selv og helsa, men også at rutiner kan være ustabile. Som i andre studier ble forglemmelse og tidspress (Hattne, Folke, & Twetman, 2007; Östberg et al., 2002) eller manglende relevans (Gregory, Gibson, & Robinson, 2007) oppgitt som årsaker til ugunstig helseatferd. Slik går det frem at selv om informantene uttrykker positive holdninger mot en gunstig helseatferd gir de også uttrykk for at denne atferden ikke alltid ses på som gjennomførbar. Dette samsvarer med den sosial-kognitive teorien. Her går det frem at tiden som legges ned i forsøk på å utføre en atferd har sammenheng med hvor attraktivt resultatet av atferden er og troen på å kunne gjennomføre

den. Slik vil ikke en holdning være nok til at atferd utføres. Atferden må også oppfattes som gjennomførbar (Nutbeam et al., 2010)

I den sosial-kognitive teori pekes det på at individ, miljø og atferd vil påvirke hverandre og de sosiale normene er viktig. Atferd påvirkes av evnen til å lære ved å observere andres atferd. Samtidig vil individuelle vurderinger av verdien på utfallet, evnen til å tåle kortsiktige negative følger for langsiktige mål (selv-regulering) og troen på å mestre atferden påvirke hva som gjøres. Slik vil atferden og årsaker til atferd være avhengig av individet og det miljøet det til enhver tid befinner seg i (Nutbeam et al., 2010).

Det at informanter som røykte oppgav mindre røyking nå enn før, samtidig som lukt og farge ble oppgitt som grunn til å unngå tobakk, kan derfor være et uttrykk for sosiale normer i miljøet rundt mer enn tanker rundt fremtidig sykdom. I det nye miljøet på skolen eller på arbeidsplassen kan det være enklere å ikke røyke. Både med tanke på lite tilrettelegging, men også holdningene i omgivelsene. Samtidig kan en grunn til fortsatt festrøyking være at de her treffer flere som røyker og at det blir vanskeligere å holde seg unna røyken (Hedman et al., 2008; Nutbeam et al., 2010).

Valg av utdanning vil spille inn på miljøet rundt individet og det kan se ut til at studenter på helsefaglige retninger gjør mer for munnhygienene enn andre studenter (Neamatollahi, Ebrahimi, Talebi, Ardabili, & Kondori, 2011; Rimondini, Zolfanelli, Bernardi, & Bez, 2001; Sharda & Shetty, 2010). Andre undersøkelser har også pekt på ulikheter mellom kjønnene i forhold til synet på oral helse (Batista et al., 2012; Ekbäck et al., 2008; Hedman et al., 2008; Sharda & Shetty, 2010; Östberg et al., 2002). Ut i fra mine funn kan det ikke dras slutninger, men funnene viser at hva god oral helse innebærer er ulikt for den enkelte informant, og at subjektive mål på oral helse først og fremst vil kunne ha en sammenheng med opplevde problemer og ikke nødvendigvis ha noe med hvor mye behandling en person har fått eller hvor gode hygienerutiner personen har (Dahl et al., 2011). Samtidig er det kun informantene med tilknytning til orale helsefag som oppgir regelmessig bruk av tanntråd. Med bakgrunn i andre studier og atferdsteori er en mulig forklaring at disse informantene har en omgangskrets med større fokus på oral helse. De har bedre kunnskap, mer interesse, opplever større relevans og en sterkere «intern locus of control». Samtidig kan de ha en større mestringstro enn de andre (Fitzgerald et al., 2004; Gregory et al., 2007; Neamatollahi et al., 2011; Nutbeam et al.,

2010; Sharda & Shetty, 2010; Taghavi Bayat et al., 2013; Åstrøm, 2002).

Det er nå sett at miljøet og de sosiale normene rundt oss påvirke synet på oral helse og oral helseatferd på ulike måter. Videre vil funnene rundt syn på tannhelsetjenesten og bruk av denne diskuteres før jeg kommer med forslag til videre forskning.

4.2 Tannhelsetjenesten og fremtidig bruk av denne

Informantene beskriver atmosfæren og personalet på klinikken som viktig for opplevelsen av å gå til tannklinikken. Ulike beskrivelser kan være et uttrykk for holdninger og mestringsstrategier, men også for måter å bli møtt på (Gregory et al., 2007; Hedman et al., 2008; Skaret, Raadal, Berg, & Kvale, 1999; Östberg, 2005; Östberg et al., 2002).

Informantenes beskrivelse samsvarer med Fitzgerald et al. (2004) og Östberg (2005) sine funn der troverdighet, tillitt, en atmosfære som tillater spørsmål og at det å unngå følelsen av å være «timebokfyll» mellom viktigere pasienter er positivt. Samtidig som de faller overens med Skaret et al. (1999) som peker på at en lav følelse av selvkontroll og dårlig kjemi med behandler kan øke risikoen for tannbehandlingsangst og senere odontofobi. Ulike opplevelser av muligheten til å stille spørsmål kan være en grunn til at informantene ikke nødvendigvis nevner tannhelsetjenesten som kilde til kunnskap, men heller beskriver den som en kontrollør.

Opplevelsen på tannklinikken, formidlingsevnen og relasjonen til personalet vil kunne påvirke synet på oral helse, tilegnelse av kunnskap og helseatferd. Derfor er det viktig at tannhelsepersonell er oppmerksom på sin påvirkningskraft og at en samtale eller veiledning i noen tilfeller er mer nyttig enn behandling (Dahl et al., 2011; Espelid, 2002; Fitzgerald et al., 2004; Gregory et al., 2007; Hedman et al., 2008; Klages, Bruckner, & Zentner, 2004; Neamatollahi et al., 2011; Skaret et al., 1999; Östberg, 2005).

Informanten trekker frem fremtidige økonomiske konsekvenser som motiver for positiv oral helseatferd, men også som grunn til å utsette tannlegebesøk. Tidligere studier har også funnet at tanker om fremtidige økonomiske konsekvenser kan skape motiv for sunn atferd, eller føre til unngåelsesatferd (Dodd et al., 2014; Östberg et al., 2002). Andre studier peker på at helseatferd som ung voksen har betydning for senere helseatferd og fremtidig oral helse (Östberg et al., 2002; Åstrøm & Wold, 2012). Fitzgerald et al. (2004) og Östberg et al. (2002)

har forklart tanker om tannhelsetjenesten som en stor utgiftspost hos de som ennå ikke har betalt for den med at deres erfaring ligger i det de har hørt fra andre (Fitzgerald et al., 2004; Östberg et al., 2002). Mer egenerfaring er derfor en mulig forklaring på at den eldste informanten nå går regelmessig til tannklinikk og ikke nevner de spesifikke utgiftene, men snakker om tannlegeshopping, det å undersøke priser og benytte studentrabatt.

Usikkerheten rundt avtaler om innkalling og vektleggingen av økonomiske og tidsmessige hindringer vil utgjøre en risiko for fremtidig symptomatisk bruk av tannhelsetjenesten, selv om informantene ser fordeler med å gå jevnlig. De mulige kortsiktige ulempene får større betydning enn de fremtidige fordelene (Nutbeam et al., 2010). Forventningene om at tannhelsetjenesten er dyr vil derfor også kunne bli bekreftet gjennom at en sjekk på tannklinikk blir nedprioritert og at muligheten for komplisert og kostbar behandling i fremtiden øker (Ekornrud & Jensen, 2011; Östberg et al., 2002).

Når informantene, som selv har meldt interesse for å snakke om sine tanker om oral helse, uttrykker usikkerhet rundt sammenhenger mellom oral helseatferd og helseatferd, oral helse og generell helse, samt videre bruk av tannhelsetjenesten, etterlater det flere spørsmål. Hvordan er det blant andre unge voksne? Har tannhelsetjenesten et for ensidig fokus på «null hull»? Og hvordan forberedes de unge på voksenlivet i tannhelsetjenesten?

Disse spørsmålene gir ikke denne studien svar på, men vi vet lite om hva befolkningen sitter igjen med etter 18 år med gratistilbud og oppfølging innenfor tannhelsetjenesten annet enn et mål på DMFT (Espelid, 2002; Haugejorden, 2002; Skeie et al., 2012) og at det ser ut til at aldersgruppen 21-24 år er den aldersgruppen som hyppigst bruker tjenesten akutt, noe som blir foreslått å kunne indikere minst regelmessig bruk (Ekornrud & Jensen, 2011). Samtidig viser en longitudinell studie over 15 år større ulikheter i atferd og oral påvirkning på dagliglivet blant 30 åringer enn da de var henholdsvis 15 og 23 år. De foreslår at det planlegges et tannhelsetilbud til unge voksne etter fylte 20 år (Åstrøm & Wold, 2012).

Det er nå sett at selvpresentasjon og sosiale normer er viktige for informantene. De gir uttrykk for å ønske å ta vare på sin orale helse. Samtidig som de ser på gunstig helseatferd og innkallinger på en tannklinikk som fordelaktig er informantene ærlige på at atferden deres ikke nødvendigvis faller overens med holdningene. Basert på funnene vil jeg i det følgende

avsnittet komme med forslag til videre forskning.

4.3 Forslag til videre forskning

Ut i fra mine funn foreslås det å se nærmere på tannhelsetilbudet som allerede eksisterer i dag før det tas stilling til eventuell endring eller utvidelse av tilbud. I tannhelsesloven (Helse-og-omsorgsdepartementet, 1983 §. 1-2, 1-3) står det at forebygging skal prioriteres foran behandling, samtidig er ikke helsefremmende og forebyggende arbeid tannhelsetjenestens ansvar alene (Helsedirektoratet, 2012). For å vite mer om dette arbeidet og effekten av det trengs mer forskning på tannhelsetjenesten, dens arbeid/samarbeid og befolkningens oppfattelse av oral helse (Dahl et al., 2011; Gussy, Dickson-Swift, & Adams, 2013; Holst, Skau, & Grytten, 2005; Masood, Thaliath, Bower, & Newton, 2011). Utvikling av registreringsverktøy for å hente ut mer enn DMFT fra journaler, for eksempel egenvurderinger og eventuelt andre faktorer som går på psykologisk påvirkning på dagliglivet, vil være et ledd i dette. Det antas å kunne lette arbeidet med innsamling av data og samtidig bidra til et bedre bilde av unge voksnes syn på sin orale helse og hvordan det påvirker dem (Dahl et al., 2011; Holst, 2008; Skeie et al., 2012). På den måten vil det kunne dannes en bedre forståelse for gruppens forhold til oral helse og bruk av tannhelsetjenester som vil kunne være fordelaktig for fremtidige tannhelsetilbud.

De ulike funnene er blitt diskutert og jeg har kommet med forslag til videre arbeid. Tilslutt presenteres noen refleksjoner rundt metoden og gjennomføringen for å gi et bedre innblikk i studien.

5.0 Metoderefleksjon

Gjennomføringen av studien har vært preget av å være en førstegangsreise, jeg har lært underveis og den har sine svakheter. Jeg forsøkte å gå inn med et åpent og utforskende sinn, slik at de empiriske funnene kan utfordre forforståelsen og generere ny kunnskap. Likevel vil mine referanserammer og erfaringer, slik Malterud (2013) sier, ha påvirket studien og andre kunne fått et annet resultat. Bakgrunnen min som tannpleier gjør at jeg har god kjennskap til feltet, dette skaper risiko for feltblindhet, samtidig som interessen og nysgjerrigheten for hva informantene har å fortelle kan ha vært en fordel både i møte med informantene, men også i

det videre arbeidet.

I forhold til rekruttering av informanter ble ikke fordelingen helt som tiltenkt (Tabell 1 under 2.4) og jeg ser at jeg kunne alliert meg med forelesere eller opplæringskontor tidligere i rekrutteringsfasen. På grunn av få informanter ble to over 20 år, men som ellers oppfylte inklusjonskriteriene tatt med. Det antas at aldersspredningen kan ha styrket studien med tanke på erfaringer med overgangen til privat tannhelsetjeneste, samtidig var informantenes erfaringer stort sett fra hjemstedet slik at flere landsdeler var representert. Informantenes tanker om oral helse er ikke representativt for studenter og lærlinger, men gir et bilde av noen fra denne gruppas tanker, meninger og erfaringer rundt oral helse i en ikke klinisk setting.

Alle åtte informanter var studenter eller lærlinger. De deltok frivillig, uten premiering for deltakelsen, og ble rekruttert utenfor tannhelsetjenesten. Intervjuene ble også utført på hjemlige trakter for informantene nemlig på utdanningsinstitusjonene. Hvilke motiver de hadde for å delta ble det ikke spurt om, men da de fleste informantene viste seg å ha tilknytning til helsefag antas at de er mer interessert i helse enn den vanlige student og lærling eller at de er mer behjelpelige enn den vanlige populasjonen. Disse vil da være enklere å rekruttere noe som støtter opp om at de som deltar ofte er de som er mest interessert i temaet (Åstrøm & Wold 12). Med en mer ubegrenset tidsressurs er det muligheter for at fordelingen kunne blitt mer lik den som var ønskelig (se 2.3 og 2.4).

Under intervjuene var jeg først og fremst masterstudent da tanken var å utforske temaet med minst mulig tilknytning til tannhelsetjenesten. Bakgrunnen for dette var at den kunnskap som deltakerne velger å dele vil variere med hvordan forskeren oppfattes (Malterud, 2013). To av informantene var klar over min bakgrunn som tannpleier. Det de fortalte avvok ikke spesielt fra de andre. Det er derfor tenkelig at flere av informantene hadde mistanke om min fagkompetanse og at det påvirket historiene deres. Samtidig er det hva informantene fortalte som er interessant og for å være mest mulig tro mot dette ble ikke spørsmålene stilt helt likt eller i samme rekkefølge som i intervjuguiden, men i tråd med Kvale and Brinkmann (2012) tilpasset hvordan samtalen med informantene utviklet seg. Av samme grunn og for å redusere risiko for misforståelser ble informantene bedt om å utdype hva de mente. Jeg brukte også «har jeg forstått deg rett?» etter gjentakelse eller oppsummering (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013).

En grunnleggende svakhet ved studien er at intervjuene ble utført forholdsvis tett innpå hverandre. Grunnen til dette var en følt tidsklemme, da rekruttering av informanter gikk trått og noen uttrykte eksamensstress. Når informantene først tok kontakt vurderte jeg det til at det var større mulighet til å få gjennomført intervjuene om det ble avtalt så raskt som mulig. En konsekvens av dette var at ikke alle ble transkribert på selve intervjudagen, og at en systematisk analyse ikke startet før alle intervjuene var gjort. Slik var det bare refleksjoner etter hvert intervju som ga små tilpasninger for følgende intervju. På denne måten er det en risiko for at kun ledetråder som lå på overflaten ble utforsket. En mer systematisk trinnvis analyse etter de første intervjuene kunne gitt en mer tydelig avgrensing tidligere i prosessen og et mer konsentrert materiale for videre analyse (Malterud, 2013). Det ble vurdert å kontakte de to siste interessentene for nye avtaler. Dette for å utforske materialet videre og heve kvaliteten ved å gå dypere inn i materien, men underveis i analyseprosessen vurderte jeg det til at mer materiale ville blitt for omfattende for den tiden som var til rådighet. Samtidig virket innholdet å være dekkende ved at det ikke dukket opp mye ny kunnskap med de siste intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2012).

Det at forforståelsen i 2.1 for det meste ble bekreftet kan skyldes at måten spørsmål ble stilt på påvirket det informantene fortalte eller at forforståelsen styrte tolkningene mine. Likevel ga informantenes beskrivelser av hindringer for fremtidig bruk av tjenesten, samt beskrivelser av tannhelsetjenesten som en kontrollør og ikke nødvendigvis kilde til kunnskap, nye tanker. Disse tankene dreide seg om tannhelsetjenestens arbeid, hvordan den fremstår ute hos befolkningen og behovet for å finne ut mer om dette.

Sett i et samfunnsbilde der behandlingsbehov kan formes av estetisk og kosmetisk storindustri var det også overraskende at informantene snakket så lite om tenneses form eller stilling i dag (Bjelland, 2002; Exley, 2009; Klages et al., 2004). Samtidig var informantene mer bevisst deres forhold til helse og oral helse enn jeg hadde trodd. Det er mulig at informantene, ved å selv ha meldt interesse for å delta, er mer interessert i emnet og ser på dette som mer relevant enn de som ikke deltok (Åstrøm & Wold, 2012) og/eller er trygge på seg selv og utseendet sitt (Dahl, 2011; Klages et al., 2004).

Sosiale og kulturelle normer spiller inn på hvor fornøyd noen er med egen oral helse og en

mulig forklaring kan også finnes her (Dahl, 2011). Om det tidligere er tatt stilling til kjeveortopedi vil ikke dette være så relevant for informantene i dag (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2015; Josefsson et al., 2010; Klages et al., 2004). En perlerad av kritthvite tenner trenger heller ikke være normen eller like viktig for alle (Ekbäck et al., 2008; Josefsson et al., 2010; Klages et al., 2004). Også spørsmålsformuleringene med fokus på oral helse og ikke direkte spørsmål om utseende på tennene kan være en forklaring. En grunn til usikkerheten rundt sammenhengen mellom oral helse og «*kroppshelse*» hos informantene kan være en følge av et todelt helsesystem (Östberg et al., 2002), men også temaet oral helse vil kunne ha frontet en todeling gjennom informantenes antakelser om forskerens interesser og intensjoner (Locker, 1997; Locker, Maggiri, & Wexler, 2009). Slik kan funnene gi inntrykk av en tydeligere todeling mellom munn og kropp enn det som er tilfellet.

Studien gir et innblikk i noen trekk ved studenter og lærlingers syn på oral helse og hvordan dette påvirker livene deres. Dette var hensikten med studien og den vil på denne måten kunne brukes gjennom å være et bidrag til videre forskning, prosjekter og ulike tiltak på området (Kvale & Brinkmann, 2012). Samtidig vil åpenheten rundt hvordan informasjon er innhentet og beskrivelsen av hele prosessen med styrker og svakheter gi innsyn slik at andre skal kunne bedømme arbeidet og eventuelt gjennomføre en lignende studie styrke kvaliteten (Kvale & Brinkmann, 2012).

Studien er så langt jeg vet den første i sitt slag i Norge, den etterlater flere spørsmål enn svar, og viser forskningspotensialet innenfor dette området. Masteroppgaven vil derfor kunne bli et utgangspunkt for fremtidig arbeid innenfor tannhelsefeltet og helsetjenesten for øvrig. Den kan gi inspirasjon til å finne ut mer om hvordan tannhelsetilbudet fungerer i dag og bidra til en positiv utvikling av helsetilbudet der oral helse er en naturlig del av et helhetlig helsesystem.

Litteraturliste

- Batista, M. J., Rihs, L. B., Goncalo, C. d. S., Miyauchi Kubo, F. M., do Amaral, R. C., & de Sousa, M. d. L. R. (2012). Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. *RGO*, 60(3), s. 289-296.
- Bjelland, A. K. (2002). Det perfekte smilet - idealer og trusselbilder. I K. Elvebakken & P. Solvang (Eds.), *Helsebilder, sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv* (s. 103-122). Bergen: Fagbokforlaget Vigsmot og Bjørke AS.
- Dahl, K. E., Wang, N. J., Skau, I., & Öhrn, K. (2011). Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69(4), s. 208-214.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2010). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder - likheter og forskjeller. Hentet 27.04, 2015, fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller>
- Ekbäck, G., Åström, A. N., Klock, K., Ordell, S., & Unell, L. (2008). Self-perceived oral health among 19-year-olds in two Swedish counties. *Swed. Dent. J*, 32(2), s. 83-93.
- Ekorud, T., & Jensen, A. (2010). Tannhelsetilstand og tannlegetenester: Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetjenester og eigenbetaling hos tannlege. *Rapport 51/2010*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Ekorud, T., & Jensen, A. (2011). Vaksne bruker tannlegetenester ulikt: tannhelse blant vaksne. *Samfunnspeilet*, 4, s. 2-8.
- Espelid, I. (2002). Ungdoms orale helse i Norge ved tusenårsskiftet. *Nor Tannlegeforen Tid*, 112, s. 266-299.
- Exley, C. (2009). Bridging a gap: the (lack of a) sociology of oral health and healthcare. *Sociology of health & illness*, 31(7), s. 1093-1108.
- Fitzgerald, R. P., Thomson, W. M., Schafer, C., & Loose, M. (2004). An exploratory qualitative study of Otago adolescents' views of oral health and oral health care. *New Zealand Dental Journal*, 100, s. 62-71.

- Folke, S., & Paulsson, G. (2010). Oral hälsa för välbefinnande och livskvalitet. I H. LRM (Ed.), *Hälsa & livsstil: Forskning & praktiska tillämpningar* (s. 53-70). Lund: Lund: studentlitteratur AB.
- Gregory, J., Gibson, B., & Robinson, P. (2007). The relevance of oral health for attenders and non-attenders: a qualitative study. *British dental journal*, 202(7), s. 1-5.
- Gussy, M., Dickson-Swift, V., & Adams, J. (2013). A scoping review of qualitative research in peer-reviewed dental publications. *International journal of dental hygiene*, 11(3), s. 174-179.
- Hattne, K., Folke, S., & Twetman, S. (2007). Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica*, 65(4), s. 206-213.
- Haugejorden, O. (2002). Tannhelsesituasjonen i Norge—holder prognosene for tannhelseutviklingen. *Nor Tannlegeforen Tid*, 112, s. 256-259.
- Hedman, E., Gabre, P., & Riis, U. (2008). Adolescents' attitudes towards tobacco use and oral health: Four “portraits”. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(4), s. 248-255.
- Tannhelsetjenesteloven. Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (1983).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Veileder Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015. *Rundskriv I-2/2014*. Hentet 27.04, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0aad0a7e66224ce88702dbc0454a288d/folke-trygdens-stonad-til-dekning-av-utgifter-til-tannbehandling-for-2015.pdf>
- Folkehelseloven. Lov 26. juni 2011 nr 29 om folkehelsearbeid (2012).
- Holst, D. (2008). Er oral helse fortsatt skjevt fordelt. *Nor Tannlegeforen Tid*, 118, s. 8-13.
- Holst, D., & Dahl, K. E. (2008). Påvirker oral helse livskvaliteten? *Den Norske Tannlegeforeningens tidene*, 118(4), s. 212-218.
- Holst, D., Skau, I., & Grytten, J. (2005). Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004 (Self assessment of oral health, general health and dental status in national sample of adult Norwegians in 2004). *Nor Tannlegeforen Tid*, 115, s. 576-580.
- Josefsson, E., Lindsten, R., & Hallberg, L. R.-M. (2010). A qualitative study of the influence of poor dental aesthetics on the lives of young adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 68(1), s. 19-26.

- Klages, U., Bruckner, A., & Zentner, A. (2004). Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *The European Journal of Orthodontics*, 26(5), s. 507-514.
- Kojima, A., Ekuni, D., Mizutani, S., Furuta, M., Irie, K., Azuma, T., . . . Morita, M. (2013). Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC oral health*, 13(62), s. 1-7. doi: 10.1186/1472-6831-13-62
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. I G. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (s. 11-24). School of dentistry university of North Carolina, Chapel Hill NC: Dept. of Dental Ecology.
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community dentistry and oral epidemiology*, 35(6), s. 401-411.
- Locker, D., Maggiri, J., & Wexler, E. (2009). What frames of reference underlie self-ratings of oral health?*. *Journal of public health dentistry*, 69(2), s. 78-89.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Masood, M., Thaliath, E. T., Bower, E. J., & Newton, J. T. (2011). An appraisal of the quality of published qualitative dental research. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(3), s. 193-203.
- Neamatollahi, H., Ebrahimi, M., Talebi, M., Ardabili, M. H., & Kondori, K. (2011). Major differences in oral health knowledge and behavior in a group of Iranian pre-university students: a cross-sectional study. *Journal of oral science*, 53(2), s. 177-184.
- Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (3rd ed.). Australia: The McGraw-Hill companies.
- Rimondini, L., Zolfanelli, B., Bernardi, F., & Bez, C. (2001). Self-preventive oral behavior in an Italian university student population. *Journal of clinical periodontology*, 28(3), s. 207-211.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), s. 1-28.

- Sharda, A., & Shetty, S. (2010). A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of non-medical, para-medical and medical students in Udaipur city, Rajasthan, India. *International journal of dental hygiene*, 8(2), s. 101-109.
- Skaret, E., Kvale, G., & Raadal, M. (2003). General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 44(4), s. 331-337.
- Skaret, E., Raadal, M., Berg, E., & Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *European journal of oral sciences*, 107(6), s. 422-428.
- Skeie, M. S., Klock, K. S., & Haugejorden, O. (2012). Nåværende norske rutiner for innsamling av data innen kariesepidemiologi blant barn/unge--holder rutinene fortsatt mål? *Norsk epidemiologi*, 22(1), s. 59-68.
- Stenberg, P., Håkansson, J., & Åkerman, S. (2000). Attitudes to dental health and care among 20 to 25-year-old Swedes: results from a questionnaire. *Acta Odontologica*, 58(3), s. 102-106.
- Taghavi Bayat, J., Hallberg, U., Lindblad, F., Huggare, J., & Mohlin, B. (2013). Daily life impact of malocclusion in Swedish adolescents: A grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 71(3-4), s. 792-798.
- Vikum, E., Krokstad, S., Holst, D., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: The third Nord-Trøndelag Health Survey. *Scandinavian journal of public health*, 40(7), s. 648-655.
- Östberg, A.-L. (2005). Adolescents' views of oral health education. A qualitative study. *Acta Odontologica*, 63(5), s. 300-307.
- Östberg, A.-L., Eriksson, B., Lindblad, U., & Halling, A. (2003). Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontologica*, 61(1), s. 19-24.
- Östberg, A.-L., Jarkman, K., Lindblad, U., & Halling, A. (2002). Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontologica*, 60(3), s. 167-173.
- Åström, A. (2004). Stability of oral health-related behaviour in a Norwegian cohort between the ages of 15 and 23 years. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(5), s. 354-362.

Åstrøm, A., Haugejorden, O., Skaret, E., Trovik, T., & Klock, K. (2006). Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *European journal of oral sciences*, *114*(2), s. 115-121.

Åstrøm, A., & Wold, B. (2012). Socio-behavioural predictors of young adults' self-reported oral health: 15 years of follow-up in the The Norwegian Longitudinal Health Behaviour study. *Community dentistry and oral epidemiology*, *40*(3), s. 210-220.

Appendiks

1 Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om studenters og lærlingers tanker rundt munnhelse

Munnhelse er noe oppdelt og adskilt fra den generelle helsetjenesten i Norge. Forskningsbasert kunnskap om studenter og lærlingers tanker på området er mangelfull. Vi ønsker derfor å øke kunnskapen omkring temaet ved å gjennomføre en intervjustudie med studenter og lærlinger, hvor deltakerne blir spurt om sine tanker, meninger og erfaringer omkring munnhelse.

Du forespørres om å delta da du er student eller lærling og nettopp derfor vil dine tanker, meninger og erfaringer være av stor interesse for prosjektet. Prosjektet gjennomføres som et masterprosjekt ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

Mulige fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet

Gjennom å delta i prosjektet får du anledning til å fortelle om dine tanker rundt munnhelse. Du får mulighet til refleksjon og det kan være at du får et mer bevisst forhold til munnhelsen din. Samtidig kan ditt bidrag få betydning for fremtidig forskning og helsetjenester. Det kan for noen oppleves belastende å bli minnet på ubehagelige opplevelser de har hatt i tilknytning til munnhelse, men for mange vil det oppleves positivt å få snakket ut om dette.

Hva innebærer studien?

Datainnsamlingen foregår gjennom individuelle intervjuer. Det stilles spørsmål om dine opplevelser og tanker rundt temaet munnhelse. Du bestemmer hvor og når intervjuet skal foregå. Intervjuet varer i omtrent 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd. Gjennomføring er tenkt i løpet av november/desember 2014. Dersom du melder interesse for å delta vil du bli kontaktet av meg for å avtale tid og sted.

Hvem kan delta:

Studenter og lærlinger mellom 18-20 år og har erfaring fra den norske tannhelsetjenesten.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Data vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptaket fra intervjuet vil bli skrevet ut i fulltekst, og intervjuutskriften vil bli brukt til analyser som rapporteres gjennom publisering fra studien. Opplysninger om personer og steder vil i størst mulig grad bli fjernet fra utskriften, slik at enkeltpersoner gjøres minst mulig gjenkjennbare i rapporteringen fra prosjektet. Prosjektet blir rapportert i form av en masteroppgave og hovedfunn vil kunne søkes publisert i aktuelle fagtidsskrifter.

Hver utskrift vil bli påført en kode som også vil finnes på prosjektets deltakerliste. Lydopptak, utskrifter og deltakerlister oppbevares nedlåst i separate skap under gjennomføringen av prosjektet. Det er kun masterstudent og veileder ved NTNU som vil kunne komme i kontakt med informasjonen og de er underlagt taushetsplikt i henhold til Helseforskningsloven § 7. Lydopptak og deltakerliste vil bli slettet ved prosjektslutt. Utskriften vil bli oppbevart i anonymisert form ved NTNU etter prosjektslutt.

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon
7491 Trondheim	E-post: ish@svt.ntnu.no	Bygg 11, nivå 5 NTNU Dragvoll	+ 47 73 59 19 30
	http://www.ntnu.no/ish	Trondheim	Telefaks + 47 73 59 18 85
			Tlf: + 47

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandleren ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta tar du kontakt på e-post eller mobil slik at det kan avtales tid for intervju. Før intervjuet starter gir du ditt samtykke til å delta ved å signere på et samtykkeskjema (nederst på siden ser du hvordan dette ser ut). Deltakelse er frivillig og om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke

Ta kontakt med masterstudent på mobil/e-post dersom du har du spørsmål om studien eller dersom du i ettertid vil trekke deg fra den.

Vennlig hilsen,



Elise Taylor Spets
Masterstudent
E-post: elisets@stud.ntnu.no

Mobil: 991 63 688



John-Arne Skolbekken
Professor/Veileder

2 Intervjuguide

Intervjuguide: Studenter og lærlingers tanker om munnhelse.

Dette intervjuet inngår i en forskningsstudie knyttet til en masteroppgave i Helsevitenskap ved NTNU. Jeg skal intervjuer studenter og lærlinger. Dette vil foregå som en samtale om deres tanker, opplevelser og erfaringer relatert til munnhelse. Du har mottatt skriftlig informasjon om studiet, og skriftlig takket ja til å delta. Du vet også at deltakelsen er frivillig, samt at du når som helst kan trekke deg fra studien uten at det får noen konsekvenser for deg. Intervjuet vil ta omtrent en time. Har du noen spørsmål før vi starter?

1. Først kan du jo bare fortelle litt om deg selv, hvor gammel du er og om du er student eller lærling

Denne studien handler jo om studenter og lærlingers tanker om munnhelse og det vil nå komme noen spørsmål relatert til dette.

2. Fortell litt om hva munnhelse er for deg

3. Hvordan opplever du din egen munnhelse i dag? Hva tenker du mest på? Hva er du mest bevisst, er det noe du tenker på til daglig? Fortell..

4. Hva gjør du for å ta vare på munnhelsen din? kan du utdype litt mer... hvorfor gjør du som du gjør?

5. Fortell litt om hva munnhelse betyr for deg/har å si for deg. Påvirker det livet ditt i noen grad, helsen din generelt? (Smarter, ubehag, infeksjoner, Selvefølelse, livskvalitet)
Har du opplevd plager eller fordeler

6. Hva tenker du om munnhelsen din i fremtiden? Føler du at din munnhelse er noe du selv har kontroll over?

Nå vil det komme litt mer generelle spørsmål om dine tanker rundt det å gå til en tannklinikk

7. Husker du når du sist var på en tannklinikk, når var det og hvorfor?

8. Hva tenker du om det å gå (til sjekk av munnhelse) på tannklinikk?

Jeg har også noen litt mer personlige spørsmål om hvordan du bor, husk at du ikke trenger å svare på disse om du synes de er for personlige

9. Bor du hjemme, på hybel eller leilighet, annet?

10. Bor du alene eller sammen med noen? (hvem?)

11. Hva er din sivile status? (singel, kjæreste, samboer, gift o.l)

(om ikke tobakk kommet opp, ekstra spm: Hva med tobakksbruk?)

Vi nærmer oss nå slutten av intervjuet: Intervjuer oppsummerer hovedpunkter fra intervjuet som hva munnhelse er for informanten, hva det betyr for informanten, hvordan han/hun ser på sin munnhelse i dag og hva som er viktigst i forbindelse med dette. Hva står i fokus når det kommer til fremtidig munnhelse, og i hvilken grad føler informanten kontroll over dette? Ser informanten noen sammenheng mellom munn- og generellhelse? Hva tenker han/hun om munnhelsesjekk på tannklinikk.

Er det noe mer du ønsker å utdype eller ønsker å si til slutt? Tusen takk for praten

3 Systematisk tekstkondensering:

Analyse med utg. pnkt. i Malterud (2003)

Analyse-
trinn

- 1 **Foreløpige temaer identifisert ved første gjennomlesing**
Livssituasjon, munnhelse, helse, påvirkning dagliglivet, egenpåvirkning, overvåking, kostnader, rettigheter.
 - 2 **I kode prosessen ble det tilført nye koder og dette var på et tidspunkt kodene:**
Livssituasjon, munnhelse, vaner, helse, påvirkning dagliglivet, egenpåvirkning, begrunnelser, overvåking, kostnader, kunnskap, familie, rettigheter, selvbestemmelse.
Disse ble så justert og satt sammen på ulike vis og de meningsbærende enhetene ble tilslutt sortert inn i disse kodergruppene:
Sosial påvirkning, helsesyn, plager, oppfølging; rettigheter og kostnader, egenpåvirkning, familie og arv, livssituasjon.
 - 3 **Hver kodegruppe ble delt inn i undergrupper som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kondensering**
 - Sosial påvirkning: «i forhold til andre», «i forhold til seg selv», «funksjon»
 - Helsesyn: «mer enn bare tenner?» «munn og kropp», «helsemodell»
 - Plager: «hyppighet», «type/karakter»
 - Oppfølging, rettigheter og kostnader: «sjekk av munnen», «ressurser», «rettigheter i tannhelsetjenesten og oppfølging»
 - Egenpåvirkning: «hygiene og vaner», «grad av påvirkning»
 - Familie og arv: «vaner», «oppfølging»
 - Livssituasjon: «tidligere v.s nå», «framtidsutsikter og motivasjon»
 - 4 **Kategorier ble utviklet ved å sammenfatte essensen i hver av de kondenserte kodegruppene. De danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapitlet**
 - Oral helse og dagliglivet
 - Oral helse som påvirkelig
 - «Munnen som fredet område»; oral helse som privat
-

1

¹Utg. pnkt. Malterud (2013, s. 111)

4: Eksempel på kodegruppe, undergrupper og kondensering

	Informant 1	Informant 2
Sosial påvirkning <i>(rif 2: frisk to betydninger; friskhet som følelsen og frisk som ikke syk...)</i>	<p>I forhold til andre: Ånde som ikke lukter veldig vondt, ikke sjenerer andre (s 2)</p> <p>I forhold til seg selv/selvfølelse: Lukt/farge «...det bør de kanskje klare å passe på selv da.» s15</p> <p>Funksjon: Fasade, inntrykk, ikke plage</p>	<p>I forhold til andre: «...det er jo i ansiktet så er jo tennern liksom, man legg jo merke t det da, men men er trur ke at det er nå æ legg m æ sånn — han hadd litt rare tenner liksom...men så e de jo lukta, om man har veldig sånn, veldig sånn lukte så e det jo ikke så så kan det jo vær litt ubehagelig, men...» s25</p> <p>«...hvis du sjer nånn som e veldig, har veldig brune...» «...kanskje sånn, ødlagte tenner.. å litt sånn da. Da tenke æ kanskje at dem har litt dårlig munnhelse. At dem kanskje ikke tar så godt vare på det da...»</p> <p>I forhold til seg selv/selvfølelse: «Litt sånn psykisk å . At du føle dæ litt bedre når det sjer friskar ut å på en måte.» S16 «... åsså føle æ det friskar når æ ha pussa munnen da...» s11 «...hvis ikke æ kunna ha pussa tennern liksom da ha jo æ følt det ubehagelig, du like jo å ha eh.. ha en frisk munn...» «...hull itennern å ikke kunna gjort nå med det , at det ha vært ubehagelig å smertefullt, eller om det e sånn ubehagelig sånn utseende messig...» s16</p> <p>«Æ veit jo at det e nånn som slit med det...» «.føle sæ ikke vel fordi dem føle ikke at dem ser bra ut på en måte.» s 17</p>
		Funksjon: velbehag

Trinn 3: Kode gruppe «sosial påvirkning» med undergrupper «i forhold til andre», «i forhold til seg selv/selvfølelse» og «funksjon» til bruk inn mot kondensering.

Blå: rik og uttrykksfull meningsbærende enhet

Grønn: utdrag fra andre meningsbærende enheter som passer.

Eksempel på kondensering av kode/undergruppene over

Kode/ subgruppe	«rik og uttrykksfull» mening sbærende enhet	Utdrag fra andre meningsbærende enheter som passer GRØNN i koder subgrupper	Kondensat (setning satt sammen av som bærer i seg summen av innhold)
Sosial påvirkning: «i forhold til andre»	«...det e jo i ansiktet så e jo tennern liksom, man legg jo merke t det da...» «...så e de jo lukta, om man har veldig sånn, veldig sånn lukt så e det jo ikke så så kan det jo vær litt ubehagelig...»	«Ånde som ikke lukter veldig vondt, ikke sjenerer andre» «...hvis du sjer nånn som e veldig, har veldig brune...» «.. kanskje sånn, ødlagte tenner.. å litt sånn da. Da tenke æ kanskje at dem har litt dårlig munnhel se. At dem kanskje ikke tar så godt vare på det da...» «har blitt mer obs på estetikk...at et fint smil... eh... har ganske stor betydning» «åssen det ser ut da» «ånden» «hvordan det lukter» Snus «...også synes jeg det lukter vondt og...» «... æ synes itj det e spesielt delikat at det e endel missfarging og dårlig ånde å sånne ting. Du bli mindre tetrucki av det.» «...på jobb...» «...har æ veldig dårlig ånde da, eller dårlig hygiene. Det e jo itj nå særlig for anderan» «...også pusse vi mest for anderan sin skyld å. At du ska ha en god ånde og lukte bra å alt derre der. At du tenke itj bærre på dæ sjøl du tenke litt på dem rundt dæ å» «Mest lukt... og ja. Kordan det ser ut» «...passe på å ha god ånde å da. Tilfelle når en skal ut da.» «Det er jo nesten det viktigste, å passe på at man ikke har dårlig ånde» s 2 «... vet hvor irriterende det er å sitt å lukte på det» «...æ føle at det bli sånn her at har du dårlig ånde så prøve du å ikke snakk» «...har en person på en måte dårlig tenner..» « koss e hjemmet hannes ...» «...tar han vare på sæ så bra som kanskje... æ vil at min partner da ska ta vare på sæ sjøl...» «det ska liksom vær rent og vises at det e rent på en måte» Kan se «...at det kan liksom være matrester igjen og sånt» «Så litt sånn at møte æ en gutt som har råtne tenner, har dårlig ånde, så sir det veldig my om personen»	Utseende og lukt gir et inntrykk og kan si noe om personene. Om jeg ser tenner full av matrester, veldig brune eller ødelagte tenner så tenker jeg at de kanskje har litt dårlig munnhelse og ikke tar så godt vare på den. Kanskje tar de ikke så godt vare på seg selv generelt. Et fint smil har ganske stor betydning. Jeg blir mindre tiltrukket av misfarging og dårlig ånde. Hvis jeg vet jeg har dårlig ånde så prøver jeg å ikke snakke så mye for det kan være irriterende for de rundt. Jeg vet hvor irriterende det er å sitte å lukte på det hos andre.

5: Vurdering fra REK

Region: REK midt	Saksbehandler: Karoline Bjørstad Berge	Telefon: 73597509	Vår dato: 11.09.2014	Vår referanse: 2014/1143/REK midt
			Deres dato: 17.06.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John-Arne Skolbekken
NTNU

2014/1143 Munnen mer enn (bare) tenner? Studenter og lærlingers forståelse av oralhelse

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 22.08.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: NTNU

Prosjektleder: John-Arne Skolbekken

Prosjektomtale

Hensikten med dette prosjektet er å se nærmere på studenter og lærlingers tanker, meninger og erfaringer rundt oralhelse i en ikke klinisk setting. Dette med bakgrunn i at det finnes generelt lite kunnskap om hvordan den norske befolkning ser på orale helse og hvordan dette påvirker livene deres. Det skal gjennomføres semistrukturerte intervju med cirka 10 studenter/lærlinger om deres forståelse av oralhelse, og hvordan tilstanden i munnhulen påvirker allmenntilstanden, næringsinntak, velbefinnende og livskvalitet. Studien er samtykkebasert.

Vurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Prosjektet har som mål å få mer kunnskap om studenter og lærlingers tanker, meninger og erfaringer omkring munnhelse. Komiteen finner at formålet med prosjektet ikke er å framskaffe ny kunnskap om sykdom og helse. Studien fremstår dermed ikke som medisinsk og helsefaglig forskning, men som annen type forskning.

Komiteen gjør oppmerksom på at dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Prosjektet er i henhold til helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke framleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Bjørstad Berget
Seniorkonsulent

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no

6: Godkjenning fra NSD

John-Arne Skolbekken
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 16.10.2014

Vår ref: 39997 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39997</i>	<i>Studenters og lærlingers tanker om oral helse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>John-Arne Skolbekken</i>
<i>Student</i>	<i>Elise Taylor Spets</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elise Taylor Spets elisets@stud.ntnu.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres:

- Fjerne setningen: "Opplysninger om personer og steder vil i størst mulig grad bli fjernet fra utskriften, slik at enkeltpersoner gjøres minst mulig gjenkjennbare i rapporteringen fra prosjektet" og endre til at "datamaterialet vil bli anonymisert innen prosjektslutt"

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.01.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydoptak