



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for helse- og idrettsfag  
4TABA10

Therese Brekke, Magni Tollan og Stina Margrethe E. Øverland  
Veileder Hilde Søberg

Angst for tannbehandling - tannpleiers rolle.

Fear of dentistry – dental hygienist's role.

Antall ord: 9653

Bachelor utdanning i tannpleie

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven handler om tannpleierens rolle i møte med ungdom med tannbehandlingsangst. Oppgaven er en litteraturstudie, der vi benytter relevant litteratur og forskning som bakgrunn for vår undersøkelse. Vårt primære fokus har vært tannpleiers rolle i behandlingsrelasjonen tannpleier – pasient. Oppgavens målgruppe er ungdom i alderen 12 -15 år og vinklingen på besvarelsen har utgangspunkt i det innledende møte mellom tannpleier og pasient. Vi drøfter områdene relasjon og allianse, behandlingssituasjonen og veien videre etter at vi kommet i en behandlingsposisjon. Oppnåelse av god relasjon og tillitt er viktige forutsetninger for å skape en trygg atmosfære, og dermed et grunnlag for reduksjon av tannbehandlingsangst. Dette vil være en nødvendig forutsetning for å opprettholde en akseptabel oral helse for denne pasientgruppen. Veien videre er vår betegnelse på vedlikehold av relasjonen i oppfølgingsfasen. I denne fasen fremhever vi betydningen av tannpleiers rolle i å balansere forholdet mellom faglig hensyn og pasientens autonomi.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Avgrensning av problemstillingen .....	5
1.3 Anonymisering .....	5
1.4 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 Metodedel.....	7
2.1 Metodebeskrivelse.....	7
2.2 Litteratursøk .....	7
2.3 Kildekritikk .....	9
3 Teoridel .....	10
3.1 Ungdoms fasen 12-15 år .....	10
3.2 Tannbehandlingsangst.....	10
4.0 Drøfting .....	19
4.1 Innledende møte – relasjon og allianse .....	19
4.2 Behandlingssituasjon.....	24
4.3 Veien videre .....	27
5.0 Konklusjon .....	29
Litteraturliste .....	31

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsker å skrive om angst for tannbehandling fordi det er interessant, faglig utfordrende og relevant. Dette er et aktuelt tema for dagens tannpleiere og pasientgruppen byr på mange utfordringer.

Tannbehandlingsangst er en av de mest utbredt formene for angst i vår tid. Andelen er høyere blant barn og unge enn blant voksne, og rundt 9 % av barn og ungdom lider av denne formen for angst (Stenebrand, Boman, & Hakeberg, 2012). Vi har på bakgrunn av dette forholdet, valgt å rette fokuset mot ungdom i alderen 12 – 15 år. Angst for tannbehandling fører med seg ulike utfordringer, men også konsekvenser for den ungdommen det gjelder. Studier viser at andelen med dårlig oral status er høyere hos pasienter med tannbehandlingsangst (McGrath & Bedi, 2004). Hovedårsaken til dette er vegring for å oppsøke tannhelsetjenesten, og risikoen blir utvikling av karies og andre tannhelseproblemer. Videre ser man at angst for tannbehandling og dårlig oral status kan føre til forringet livskvalitet. Pasienten har risiko for å havne inn i en ond sirkel hvor tannbehandlingen unngås og de orale problemene blir større. Problemet kan øke i omfang slik at det går ut over ungdommens sosiale liv, fordi de skammer seg over sin tannstatus (Raadal, Kvale, & Skaret, 2003).

Ut i fra dette temaet, har vi valgt problemstillingen:

*Hva er tannpleiers rolle i møte med ungdom med tannbehandlingsangst?*

Ettersom vi nå er i slutfasen av vår utdanning og snart skal ut å praktisere vårt fag, er temaet aktuelt for oss. Vi ønsker å tilegne oss kunnskap om hvordan vi best kan tilnærme oss denne pasientgruppen, slik at vi får utført god behandling og opprettholde god oral helse og god livskvalitet. Med god oral helse ønsker vi å referere til Tenner for livet - *helsefremmende og forebyggende arbeid* utgitt av (Statens helsetilsyn, 1999). Der blir oral helse definert som fravær av smerter, ubehag eller lidelser i munnhulen og å ha tilfredsstillende tyggefunksjon. Videre omfatter oral helse å kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes nedsatt tannstatus.

## **1.2 Avgrensning av problemstillingen**

Vi har, som beskrevet i innledningen, valgt ungdom i alderen 12-15 år som vår pasientgruppe. Modenhet for å forstå begrepet tannbehandlingsangst, skjer gjerne ikke før ved 11-12 års alder (Hakeberg, Hallonsten, Hägglin, & Skaret, 2003). Dette begrunnes med at den intellektuelle abstrakte tenkningen ikke er utviklet før de befinner seg i dette stadiet. Endringer i måten å tenke på, er grunnlaget for å dele inn i ulike stadier eller perioder, ettersom hver periode, har hver sin karakteristiske tenkemåte (Vassend, 1997). Stadiet som ungdommer befinner seg i kalles den formelt- operasjonelle perioden, som starter ved 11-års alder (ibid).

Pårørendeperspektivet har vi i liten grad valgt å berøre i denne oppgaven, da vårt hovedfokus er behandlingsrelasjonen mellom tannpleier og pasient.

Begrepene frykt, angst og fobi blir ofte brukt om hverandre når man omtaler pasienter med tannbehandlingsangst. Spesielt mellom frykt og angst viser det seg å være uklare skiller. Dette på grunn av at de består av de samme komponentene tanker, atferd og fysiologiske reaksjoner (Kvale, Klingeberg, Moore, & Tuutti, 2003). Vi vil derfor i teoridelen berøre grenseflatene mot frykt og fobi, selv om utgangspunktet i vår oppgave er angst.

Med tannpleierrollen mener vi her hvordan vi med utgangspunkt i vår kompetanse og yrkesutøvelse møter og behandler pasienter med tannbehandlingsangst. Dette omfatter både psykologiske, kommunikasjonsmessige og relasjonsmessige forhold, samt kliniske oppgaver.

## **1.3 Anonymisering**

I følge Dalland, menes det med anonymisering at informasjonen er bearbeidet slik at enkelt personer ikke kan gjenkjennes på noen måte (Dalland, 2007). Dette er hensyntatt i vår oppgave og verken navn, geografisk sted eller annen bakgrunnsinformasjon er benyttet.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Kapittel 1: Her belyser vi problematikken tannpleiere står ovenfor når det gjelder ungdom med tannbehandlingsangst. Vi velger her å begrunne valg av tema. Videre kommer problemstillingen og avgrensning av denne.

Kapittel 2: Beskriver hvilken metode som er benyttet vi har brukt i oppgaven og hvordan vi har kommet frem til relevant litteratur, samt et eget underkapittel med kildekritikk.

Kapittel 3: Teoridel. Her skriver vi om ungdom, tannbehandlingsangst og tannpleierrollen. Delen om tannbehandlingsangst inneholder blant annet hvordan det ytrer seg, årsaksfaktorer og forslag til behandlingsmetoder.

Kapittel 4: Drøftingsdel. Her tar vi utgangspunkt i hvordan tannpleiere møter ungdom med tannbehandlingsangst, ser på utfordringer, og tilnærming til pasientbehandling. Videre ser vi på behandlingsmuligheter og oppfølging.

Kapittel 5: Konklusjon.

## **2.0 Metodedel**

I dette kapitlet tar vi for oss hva slags studie vi har brukt og hvordan vi har søkt etter kilder.

Grunnen til at vi i slike oppgaver har metode som en del, er at det er et nyttig redskap som hjelper oss til å komme frem til ny kunnskap og viten. Metoden forteller oss hvordan vi bør gå til verks, for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. I tillegg blir det brukt som en fremgangsmåte slik at vi utformer krav til de søkerresultater vi får. Det vi finner av kilder må være gyldige og sanne (Dalland, 2007).

## **2.1 Metodebeskrivelse**

Vår bacheloroppgave er en ren litteraturstudie. Det vil si at en søker opp litterære kilder og forskningsartikler for å finne kunnskap rundt valgt problemstilling. I tillegg vil pensumlitteratur og selvvalgt litteratur bli benyttet. Bruken av denne metoden gir oss fordeler ved at det ofte er mye kilder og velge imellom. Måten man bruker denne metoden på er at man går kritisk og systematisk gjennom data til valgt problemområde. Litteraturen man henter opp er i tråd med valgt problemstilling og emne.

En litteraturstudie gir oss også utfordringer. Kunnskap man henter frem i bøker foreldes, og kunnskap i tannpleiefaget er hele tiden under utvikling og endring (ibid). Man bør derfor benytte seg av litteratur av nyere dato der en ser det er nødvendig.

## **2.2 Litteratursøk**

Grunnlaget for litteraturen er viktig. Ut ifra denne skal problemstillingen drøftes, via kunnskapen som litteraturen tar utgangspunkt i. Derfor må en gå tydelig frem hvorfor en bestemt litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2007).

Denne delen av oppgaven synes vi har vært utfordrende. Det har vært krevende å finne artikler, både forsknings- og vitenskapelige artikler, som kunne gi oss en nødvendig teoretisk bakgrunn i forhold til vår problemstilling. Derfor har denne søkeprosessen skjedd kontinuerlig under arbeidet med teoridelen. Dette fordi vi etter hvert i skriveprosessen har sett at de artikler vi har, ikke gir oss svar på det vi er ute etter, eller vi oppdager at vi trenger teori om flere emner.

Søkningen etter litteratur er gjort i databaser som inneholder vitenskapelig forskning. Vi har i hovedsak brukt SveMed+, Helsebiblioteket (PubMed) og Science Direct.

For å finne frem til relevante artikler har vi måtte bruke riktige søkeord i forhold til vårt emne, og sette disse riktig sammen i søkeprosessen. Av erfaring holder det ikke å søke på et enkelt ord, det resulterer i mange treff og ofte urelevante artikler. Ordene vi har satt sammen i ulike kombinasjoner er *odontophobia*, *dental anxiety*, *youth*, *adolescents*, *dental fear*, *dental phobia* og *oral health*.

Vi startet søkningen i SveMed+. Dette er ikke den ideelle databasen for å finne forskningsartikler, men vi fant noen gode fagartikler som har vært til nytte. Søkeordet *odontophobia* ga et søkeresultat på 46 tilgjengelige artikler. Resultat nummer 33 ”Tannvårdrådslans epidemiologi” av Magnus Hakeberg, Anna-Lena Hallonsten, Catharina Hägglings og Eirik Skaret, og nummer 34 ”Hva er tannlegeskrek og hvordan kan den diagnostiseres” av Gerd Kvale, Gunilla Klingberg, Rod Moore og Heikii Tutti, - vurderte vi som relevante. Disse ga oss et bilde av forskjellen på frykt, angst og fobi og faktorer til utvikling av tannbehandlingsangst.

For å søke etter forskningsartikler valgte vi å bruke PubMed og ScienceDirect. I PubMed ga kombinasjon av søkeordene ”*Dental anxiety*” og ”*adolescents*” et resultat på 885 artikler. Dette viser at det er gjort en del undersøkelser og forskning på området. For å spisse søkeresultatet noe, tilføyde vi ordet ”*oral health*” og endte opp med et resultat på 172. Artikkelen ”Dental Anxiety and temperament in 15 – year olds” av Agneta Stenebrand, Ulla Boman og Magnus Hakeberg valgte vi å bestille fra høgskolebiblioteket via BIBSYS. Denne forskningsartikkelen belyser faktorer som viser årsaken til utvikling av tannbehandlingsangst.

Ved søk i ScienceDirect med søkeordene *dental fear*, *adolescents* og *treatment* fant vi en artikkel fra Berge, Veerkamp & Hoogstraten. Den forteller oss også noe om faktorer til utvikling av tannbehandlingsangst, med fokus på den avgjørende faktoren, - tidligere erfaringer i tannlegestolen.

Vi har også funnet flere artikler ved å gå inn i litteraturlisten til de artiklene vi allerede hadde. Ved å søke i BIBSYS eller i Google med artikkelens navn, hvor og når de ble utgitt, kunne vi finne informasjonen slik at vi fikk bestilt disse fra høgskolebiblioteket. Dette gjaldt for de som ikke fantes i fulltekst i databasene.



## 2.3 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er troverdig er kildekritikk en metode å bruke. Det vil si å vurdere å karakterisere kilden. Ved kildekritikk viser man om en er i stand til å forholde seg kritisk til det materialet som benyttes, og hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelsen (Dalland, 2007).

Som nevnt har vi valgt å bruke SveMed+, ScienceDirect og PubMed i søkeprosessen. Ut ifra de søkeordene vi valgte fikk vi både i ScienceDirect og PubMed mange treff. Det gjaldt for oss å finne artikler relevant for vår problemstilling. Vi prioriterte artikler med norske eller nordiske forfattere. Dette fordi vi ønsker å bruke data fra undersøkelser i Norden siden vi vurderte dette som mest relevant. I tillegg er artikler fra studier i andre land også blitt benyttet, blant annet fra Storbritannia. Ved å ta i bruk studier fra ulike land kan disse understøtte hverandre, eller bringe momenter inn i diskusjonen i forhold til egne erfaringer.

Alder og grad av tannbehandlingsangst målgruppen har, har vært førende for artikkelutvalget. I tillegg har vi sett på hvilket årstall artikkelen er utgitt.

Vi vurderer det slik at de forskningsartikler vi har valgt er gode og i samsvar med nyere forskning.

### **3 Teoridel**

Dette kapittelet omhandler teori vi trenger for å finne svar på vår problemstilling. Vi ser nærmere på vår målgruppe, på ulike faktorer for utvikling av tannbehandlingsangst og hvilken rolle vi som tannpleiere har for å ivareta pasienten.

#### **3.1 Ungdoms fasen 12-15 år**

Alderskategoriseringen er laget for å kunne beskrive generelle trekk og fenomener som kjennetegner, og opptrer innenfor de ulike aldersperiodene (Øvreide, 2009). Ettersom vi har valgt denne gruppen, tar vi for oss, og ser i korte trekk på hva som karakteriserer aldersperioden.

Ungdomsalderen 12 til 15 år, er en overgangsfase, hvor barnealderen er fullført, og utviklingen mot en selvstendig uavhengig tilværelse starter. Primært er denne perioden knyttet til puberteten, hvor det skjer omfattende biologiske endringer (Von Tetzchner, 2001).

Identiteten til en ungdom dreier seg om opplevelsen av sin egen plass i en større sosial sammenheng. Ungdommer skal utvikle sine roller og relasjoner, og deretter finne sin selvstendige plass i en videre sosial sammenheng. Identitetsdannelsen handler om å konstruere personlig meninger. Ved stadig å delta i større sosiale sammenhenger, og gjennom det få en forståelse av seg selv, av sine relasjoner og forståelse av andre mennesker (ibid).

I gjennom hele livsløpet finns det ett sett av grunnleggende emosjonelle tilstander, som for eksempel sinne, frykt og glede (Vassend, 1997). Frykt og angst er emosjonelle uttrykksformer, og er situasjonsspesifikke. I noen tilfeller vil det være åpenbart synlig at situasjoner signaliserer angst eller frykt (Kvale, Klingeberg, Moore, & Tuutti, 2003).

Tannbehandling er et eksempel på en situasjon som kan assosieres med ubehag, og disse erfaringene kan resultere i utvikling av angst.

#### **3.2 Tannbehandlingsangst**

Tannbehandlingsangst er den angsten som er mest utberedt i den industrialiserte verden. Den kan oppstå i ulike aldre, og kan være utløst av kjent eller ukjent faktor. Et flertall av studiene viser at andelen av ungdom med tannbehandlingsangst er høy. Den er rundt 9 % uavhengig av befolkning og land. Studien viser i tillegg at jenter er mer utsatt enn gutter for utvikling av denne formen for angst (Stenebrand, Boman, & Hakeberg, 2012).

Frykt, angst og fobi er tre beslektede, men ulike begreper og blir ofte betegnet som tannlegeskrekk (Kvale, Klingeberg, Moore, & Tuutti, 2003). Det er av stor betydning at tannhelsepersonell kjenner til de ulike fenomenene, ettersom disse opptrer forskjellig og diagnostiseres og behandles på ulike måter (Hakeberg, Hallonsten, Hägglin, & Skaret, 2003). Vi har i første rekke fryktreaksjoner. Frykt består av tre komponenter, og utløses av hjernen umiddelbart når noe oppleves som farlig. Den *fysiologiske* komponenten er en aktivering av det sympatiske nervesystemet. Dette styrer vi ikke selv, men vi kjenner det som for eksempel raskere puls og svetting i håndflatene (Kvale, Klingeberg, Moore, & Tuutti, 2003). Den andre komponenten – den *kognitive*, vil si at man lar de negative tanker om situasjonen dominere, mens den *atferdsmessige* komponenten gjør at man forsøker å finne en utvei eller bekjempe det man står foran.

Angst og frykt brukes ofte om hverandre. Grunnen til dette er at det er vanskelig å sette et klart skille mellom disse to. Ved en angstreaksjon utløses også de samme tre komponenter. En kan allikevel skille frykt og angst etter den moderne psykologiske angstteori. Frykt oppstår i konkrete faresituasjoner og mobiliserer til kamp eller flukt. Derimot, når man forventer en fare man har mulighet til å forberede seg på, snakker man om angst (Willumsen, Jensen, & Friis-Haschè, 2003). Ved angstanfall er man gjerne så lammet, at følelsen av og ikke kunne unnsnippe eller kontrollere situasjonen er stor. Et godt tegn for å kjenne igjen en angstreaksjon er at personen får en overdrevet reaksjon i forhold til den reelle faren.

En angstreaksjon vil si at noe truer individets trygghetsfølelse. Personer med angst vil ha problemer med å vite hvordan eller når de skal sette inn sitt forsvar. Dette oppleves ofte ubehagelig. Svimmelhet, skjelving, kvelningsfølelse og hjertebank er vanlige kroppslige reaksjoner (Hummelvoll, 2004). Angst ser en på som et menneskelig fenomen. Grobunnen er vår fantasi og forestillingsevne, og kan komme av vår mulighet til å forestille oss eventuelle farer. Ungdom med tannbehandlingsangst vil vise en emosjonell respons som vil utløses ved situasjoner de ser på som farlige. Denne formen for angst fører ikke bare til at man unngår tannbehandling og de konsekvenser dette kan medføre for tannhelsen, men kan i tillegg ha stor betydning for psykisk helse og sosialt liv.

Fenomenet angst kan klassifiseres i ulike typer. Kroppslige reaksjoner på angst er svært individuelle og varierer sterkt i intensitet. Dette avhenger av om angstlidelsen er kronisk eller akutt (Willumsen, Jensen, & Friis-Haschè, 2003). Generell angst er én type klassifikasjon. Pasienten har ofte andre psykiske problemer, og i mange tilfeller bekymrer han seg over alt og alle. Det som kjennetegner pasienter med generell angst er generelt dårlig mestringsevne, og

de har vansker med å kontrollere egne bekymringer og tanker. En tannbehandlingssituasjon vil bli en av mange situasjoner de ikke takler, og det er som oftest disse som avbestiller timen i siste liten. Denne formen for angst er kronisk (Vassend, 1997).

Pasienter med en akutt angstlidelse, er de som frykter ulike stimuli der og da. De har erfaring med negativ og smertefull behandling og har ofte lav smerteterskel. Disse pasientene er redde for om de klarer å kontrollere fysisk smerte og ubehag. De kan ha problemer med å tolerere sanseformærmelser og ubehag i forbindelse med dentale prosedyrer. Det vil si ved boring, tannrens, injeksjoner eller sondering. De er som oftest ikke redd for andre ting, og har ellers en normal medisinsk historie (Raadal, Kvale, & Skaret, 2003).

En annen klassifisering er engstelige pasienter med mistillit til tannhelsepersonell. Disse kan lett føle seg ydmyket og latterliggjort av en tannpleier eller en tannlege, spesielt da det handler om munnhygiene, tannhelse og emosjonelle reaksjoner. Tannpleiers adferd kan medvirke til at de opplever liten kontroll, og at de lett føler seg i en ”offerposisjon”. Problemet til slike pasienter dreier seg om regulering av selvfølelse og opplevelse av kontroll. I en behandlingssituasjon kan de føle at de mister denne kontrollen, fordi tannpleiers faglige avgjørelser kan virke truende på pasientens autonomi (Vassend, 1997). Pasientene vil være ekstremt oppmerksomme og følsomme ovenfor adferden til tannpleieren / tannlegen. Ettersom de fra før har opplevd å ha vært offer dårlig relasjon i forhold til tannhelsepersonell, er de redde for at dette kan gjenta seg. Disse pasientene vil ha så mye informasjon som mulig, slik at de aktivt kan ta del i behandlingen og beslutninger som omhandler den odontologiske tilstanden (Raadal, Kvale, & Skaret, 2003).

Når angst har gått over til fobi, ser man et tydeligere skille som kjennetegner disse reaksjonene i motsetning til angst og frykt. Dersom en situasjon eller et objekt er harmløst og ikke utgjør en reell fare, men man likevel reagerer med flukt eller endret oppførsel betegnes dette som fobi. En angst blir en fobi når personen knytter disse ubehagelige opplevelsene til en bestemt type situasjon og forsøker å unngå disse (Kvale, Klingeberg, Moore, & Tuutti, 2003).

Personer med fobi for tannbehandling også kalt odontofobi, vil i de fleste tilfeller slutte å bestille, og å møte til tannpleier- og tannlege timer. De havner etter hvert i en ond sirkel ettersom unngåelse av tannhelsepersonell, og neglisjering av tannrenholdet, kan føre til ubehag og ikke minst skam grunnet dårlig tannhelse. Allikevel fortsetter unngåelsen av tannbehandling og behandlingsbehovet øker (ibid).

Tilbake til tannbehandlingsangst, som vi i denne oppgaven fokuserer på, vil man også ved fenomenet tannbehandlingsangst møte pasienter med uregelmessig fremmøte og utsettelse av tannbehandling. Tanken på undersøkelse/behandling hos tannlege og tannpleier aktiverer forsvarsmekanismer og negative følelser (Willumsen, Jensen, & Friis-Haschè, 2003).

Resultatet av mangelfull tannbehandling kan være mye ubehandlet karies, som vanskeliggjør hygien. Videre vil de ofte også her, i likhet med personer som har odontofobi, lide av skam fordi tannstatus er nedsatt. Dette kan i verste tilfeller føre til taushet og ensomhet.

Utvikling av tannbehandlingsangst kan ha flere årsaker. Det er gjort ulik forskning i hva som utløser angst for tannbehandling. Hovedårsaken er tidligere erfaringer av tannbehandling, spesielt smerte og ubehagelige opplevelser i tidlige barne- og ungdomsår (Stenebrand, Boman, & Hakeberg, 2012). Denne studie viser at det er bare én smertefull eller ubehagelig erfaring som skal til for å øke risikoen for utvikling av tannbehandlingsangst. Når tannhelsepersonellet i tillegg viser liten evne til empati, blir risikoen større. Berge, Veerkamp, & Hoogstraten (2002) har funnet ut at det også kan være en sammenheng mellom foreldrenes angst for tannlegen, og den unges utvikling av tannbehandlingsangst. I tillegg nevner de pasientens generelle engstelse som en årsaksfaktor (Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002). Faktorer til utvikling av tannbehandlingsangst kan også ligge i menneskets natur. Stenebrand, Boman & Hakeberg (2012) nevner beskjedenhet, impulsivitet og emosjonalitet som menneskenaturens relasjon til utvikling av denne formen for angst.

Videre ser en at personer som er blitt utsatt for oralt seksuelt misbruk, ofte utvikler tannbehandlingsangst (Willumsen, 2004). Årsakene til dette kan være flere, men den vanligste årsaken i slike tilfeller, vil være likheter mellom en overgrepssituasjon og situasjonen i behandlingstolen. I begge situasjoner er pasienten overlatt til en person som synes å ha mer makt og er plassert horisontalt (Leeners, Stiller, Block, Görres, Imthurn, & Rath, 2007). Willumsen (2004) skriver i sin artikkel at pasienter utsatt for seksuelle overgrep er sårbare, slik at en følelse av hjelpeløshet kan oppstå i den posisjon de er i under behandling. I tillegg er deres evne til aksept av ubehag i forhold til instrumenter i munnhulen, liten. Studier viser at 75 % av de kvinnene som hadde rapportert om overgrep, inkludert oral inntrengelse, hadde utviklet tannlegeskrekk (ibid).

Pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep bør også tas hånd om utover selve tilbehandlingssituasjonen. Dette gjøres av ulike profesjonsgrupper, avhengig av hvor pasienten befinner seg, og hva behovet er (Willumsen, 2004).

I vår rolle som tannpleiere er vi satt til å følge de normer og regler som gjelder innenfor vår profesjon, og alltid med målrettede tiltak for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Kompetanse innenfor psykologiske mekanismer må ligge til grunn hos tannpleieren i møte med den engstelige pasienten, dette for å ivareta pasientens orale helse på best mulig måte (Willumsen, Jensen, & Friis-Haschè, 2003). Litteraturen forteller oss at behandling av engstelige pasienter, gir gunstige resultater dersom relasjonen er god (Berggren, Willumsen, & Arnrup, 2003).

Pasienter med tannbehandlingsangst opplever ofte hjelpeløshet og tap av kontroll (Vassend, 1997). I praksis blir derfor kommunikasjonen viktig for at pasienten skal føle seg følelsesmessig ivaretatt, og tannpleieren skal tilnærme seg og behandle den engstelige pasienten (ibid). God kommunikasjon mellom pasient og behandler er i følge Raadal, Kvale, & Skaret (2003) å anse som det viktigste i en behandlingssituasjon. Videre sies det at planleggingen skal være realistisk, og det må være en forutsetning at kontroll over angsten er det primære målet. På den måten blir god kommunikasjon vektlagt, ettersom engstelige pasienter generelt sett vil kommunisere dårligere i det stadiet hvor angstreaksjonen er høy (ibid).

I tilnærmingsprosessen må kommunikasjon og samværsform tilpasses ut ifra aldersgruppen man samhandler med. Dette er begrunnet i at en tilnærmer seg barn, ungdom og voksne på ulike måter (Øia & Fauske, 2003).

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *comunicare* og kan best defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2008). I dagligtale blir begrepet brukt om en rekke fenomener, fra for eksempel personlige samtaler og kommunikasjon mellom flere personer, til chatting på internett. Ordet relasjon kommer av det latinske *relatio*, som betyr at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Til daglig brukes gjerne ordet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (ibid). Dette forteller oss at det alltid finnes minst to parter i et kommunikasjonsforhold.

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er begrep som berører alt helsepersonell. Denne typen kommunikasjon baseres på yrkets verdigrunnlag. I vår profesjon skal vi utøve helsefremmende og forebyggende arbeid, det vil si hindre fremtidige tannhelseproblemer. Dette er sentrale verdier som lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon og relasjon mellom pasient og behandler (Eide & Eide, 2008).

Empowerment er et sentralt begrep i kommunikasjonsprosessen. Tannhelsepersonell, som annet helsepersonell, finner dette begrepet interessant, fordi det understreker betydningen av å

støtte mennesker som befinner seg i en utsatt situasjon (Askheim & Starrin, 2007).

Empowerment handler om å gi makt og kontroll, og la pasientene beholde innflytelse over den situasjonen de befinner seg i. Begrepet inkluderer en holdning som behandleren uttrykker gjennom praktisk kommunikasjon, og etiske verdier som respekt, autonomi og likeverd ligger til grunn for å involvere pasienten.

Relasjonsbygging handler om evnen til å etablere kontakt med andre mennesker. Gode relasjoner er viktig for å frembringe tillitt, fortrolighet og for å ansvarliggjøre pasienten med tanke på egne valg og egen helse (Tveiten, 2007). Å skape tillit og ha gode relasjoner er betydningsfullt i all odontologisk behandling og særlig ovenfor pasienter med tannbehandlingsangst (Berggren, Willumsen, & Arnrup, 2003).

Empati er definert som evne til innlevelse eller medfølelse (Tveiten, 2007). Det å vise at en forstår en annens situasjon er sentralt i empatibegrepet, særlig i tilfeller hvor pasientene lider av tannbehandlingsangst. Det handler om å tilnærme seg pasienten ved å, i tillegg til å skape god kontakt og relasjon, vise empati, det vil si innlevelse i pasientens situasjon. Empati evne handler om et skille mellom behandler og pasient, slik at tannhelsepersonell forstår pasientens følelse uten selv å føle den samme følelsen (Henriksen & Vetlesen, 2000).

Empati sees ikke som innlærte ferdigheter og teknikk, men er en holdning og væremåte som utvikles gjennom livet. I samhandling med sårbare unge bør vi ha stor oppmerksomhet rundt vår empatiutvikling slik at vi kan forstå pasientens sårbarhet og legge opp til en god behandling (Kinge, 2009).

Når en lærer pasienten å kjenne, vil en kunne klare å møte pasienten hvor pasienten er. Vi skal med andre ord bestrebe oss etter å få frem deres syn på situasjonen, og deretter sette oss inn i deres opplevelse (Killèn, 2007). Å være en behandler handler om å støtte pasienten til å sette ord på det som fremkaller redsel, og lytte med åpenhet uten forutinntatte holdninger og oppfatninger. Slik vil pasienten føle seg respektert og ivaretatt (Berggren, Willumsen, & Arnrup, 2003). Dette beskrives som profesjonell relasjonskompetanse og dreier seg om hvorvidt vi forstår og kan samhandle med mennesker vi møter i yrkessammenheng.

Når kravet om god kommunikasjon og relasjon er oppfylt, kan man ta i bruk ulike metoder til behandling, som for eksempel kognitive metoder og kognitiv adferdsterapi (ibid).

Pasientens reaksjon på angst, antas å være av emosjonelle karakter, som styres av personlige ønsker, oppfatninger og forestillinger (Vassend, 1997). Kognitiv metode forsøker å endre dysfunksjonelle prosesser. Dersom dette er mulig vil man kunne klare å forandre på for eksempel personens reaksjon på tannbehandlingsangst. Engstelige pasienter som kommer inn

på tannklinikken, vil ofte forestille seg at noe forferdelig eller vanskelig kommer til å skje. De vil være redde for at noe skal gjøre vondt eller at det skjer noe uventet. Det blir derfor viktig å observere pasienten, være lyttende og stille forsiktede spørsmål, samt vise empati (ibid).

I følge Snoek og Engedal (2008) defineres kognitiv adferdsterapi på følgende måte:

«Behandling som søker å endre observerbar atferd gjennom det å lære pasienten å endre tanker og tankeprosesser på en åpen og aktiv måte.» (Snoek & Engedal, 2008, s. 49).

Dette er en problemløsningsorientert korttidsterapi som bruker oppgavebaserte prosedyrer og kognitivt intervensjoner for å kunne skape forandring av tanker, adferd og følelser.

Intervensjonen med aktivt bruk av oppgaver, vil være at pasienten lærer om mestring og problemløsning. Behandlingsformen går ut på teoretiske grunnlag både når det gjelder sosial læringsteori, og kunnskap om hvordan forståelse og tanker hos pasienten dannes og opprettholdes av omgivelsene (Snoek & Engedal, 2008). Pasient med tannbehandlingsangst føler ofte at situasjonen er mer skremmende enn det den er, og evner i liten grad å tenke rasjonelt. Målet med kognitiv adferdsterapi er å løse problemet (Eide & Eide, 2008). Ved å bruke denne metoden vil man kunne hjelpe pasienten til å tenke, handle og føle annerledes. Tannhelsepersonell kan benytte seg av metodikken som et redskap i hverdagen i møte med engstelige pasienter. Dette kan bevisstgjøre tannpleieren og bidra større grad av refleksjon og økt handlingskompetanse (Vassend, 1997).

### **3.3 Tannpleierrollen**

Tannpleierens rolle handler om å arbeide helsefremmende og forebyggende. Grunnlaget for arbeidet er pasientens krav til akseptabel oral helse. For å oppfylle enkelt individets krav, krever det et nært samspill, god relasjon og kommunikasjon mellom pasient og tannpleier (Statens helsetilsyn, 1999). Tannpleiere blir i sin profesjon omfattet av yrkesetiske retningslinjer i det daglige virke. Dette selv om arbeidet utføres ulikt innenfor de kunnskapsbaserte og profesjonelle standarder. Yrkesetiske retningslinjer beskriver arbeidsfelt og virkeområde og brukes som en rettesnor i yrkesutøvelsen (Lingås, 2008). Retningslinjer som blir satt for den enkelte profesjon, hjelper yrkesutøvere å bli bevisstgjort sitt yrke og handlinger. Gjennom de yrkesetiske retningslinjer vurderes handlinger og situasjoner (ibid). Retningslinjene som er utformet for å harmonere med lovverket som er satt for profesjonen.



Yrkesetiske retningslinjer handler også om å skaffe seg en yrkesidentitet. Det vil si at man får en opplevelse av faggruppetilhørighet og derigjennom bidrar til ansvar for sin profesjon. Det handler om innlevelse og rolle i en funksjon, og skape ramme for den daglige fagutøvelsen. Dette beskytter pasientens interesse og representerer disiplin og grenser for yrkesutøveren (Killèn, 2007). Yrkesetiske retningslinjer står som et grunnlag for profesjonen, og gir en retning for hvordan handle riktig når man havner i et etisk dilemma.

Ut i fra rollebeskrivelsen og de yrkesetiske retningslinjer har tannpleiere en mangfoldig funksjon. Det vil si arbeid både pedagogisk, psykologisk og klinisk. Etter endt bachelorgrad i tannpleie ligger kompetansen i:

”å bruke basiskunnskaper fra flere områder til å kunne jobbe selvstendig og i team med å kunne utføre helsefremmende, sykdomsforebyggende og behandlende tiltak for barn, unge, voksne, eldre og pasienter med særskilte psykologiske, medisinske og odontologiske behov.” (Høgskolen i Hedmark, 2012)

I dette ligger oppgavene blant annet i å gjennomføre regelmessige tannhelsekontroller som inkluderer opplæring i å ivareta egen tannhelse. I hovedsak består det kliniske arbeidet av å tolke røntgenbilder, sette eventuell diagnose og gjennomføre en enklere behandling. Å jobbe helsefremmende i det praktiske arbeidet vil si å ta i bruk virkemidler for å fjerne eller redusere de forhold som kan skape problemer eller sykdommer. Dette er primærforebygging og vi tenker på midler som fluorpensling eller rens og puss ”all over” (Statens helsetilsyn, 1999). I den offentlige tannhelsetjenesten har vi en førstelinjerolle ovenfor de prioriterte grupper definert i tannhelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Som nevnt er tannpleiere pliktet å følge de yrkesetiske retningslinjer som er satt. I tillegg til dette er det lover som regulerer tannpleiers virksomhet. Vi ønsker å ta for oss tannhelseloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

Tannhelselovens formål er å fremme tannhelsen blant befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling (Lovdata, 1983). Tjenesten skal gis til prioriterte grupper hvor barn og unge er i gruppe A.

Helsepersonelloven skal etter § 1 sikre at pasienter opplever behandlingen som sikker, og at helse- og omsorgstjenesten utfører sine tjenester med kvalitet. Denne loven gjelder for helsepersonell med autorisasjon, og etter § 48 er tannpleiere underlagt denne loven.

§ 2 viser at det er viktig at vi yter vår helsehjelp med forsvarlighet og at pasienter opplever det omsorgsfullt (Lovdata, 1999).

Pasientrettighetslovens formål er å kunne bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester, og gi pasienter og brukere god kvalitet og rettigheter fra helse- og omsorgstjenesten (Lovdata, 1999).

En annen naturlig del av tannpleierrollen vil være samarbeid med ulike yrkesgrupper. Dette med grunnlag i de prioriterte pasientgrupper og yrkesetiske retningslinjer. Dette gir føringer som tilsier tverrfaglig samarbeid (Tveiten, 2007). Et samarbeid kalles for tverrfaglig når flere yrkesgrupper på tvers av faggrenser arbeider mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2007).

Behovet for å samarbeide med andre faggrupper, er nødvendig fordi vi vil trenge gjensidig støtte i arbeidet både faglig og personlig. Et godt tverrfaglig samarbeid kan fungere som en motivasjonsfaktor og drivkraft videre, samt til inspirasjon. Når vi står ovenfor en pasientsituasjon som er ekstra krevende, blir det viktig å ha oversikt over sitt profesjonelle nettverk, altså hvem vi som tannpleiere kan samarbeide med. Betegnelsen ”det profesjonelle nettverket”, menes i denne sammenhengen ulike yrkesgrupper innen helsevesenet og innenfor den pedagogiske sektoren. Våre samarbeidspartnere kan bestå av for eksempel skole, helsestasjon og psykologer (ibid).

## **4.0 Drøfting**

*Hva er tannpleierens rolle i møte med ungdom med tannbehandlingsangst?*

Når vi nå skal drøfte denne problemstillingen har vi valgt som innfallsvinkel at vi møter pasienten med tannbehandlingsangst på klinikken for første gang. Forutsetningen er at ungdommen har kommet til oss, noe vi av erfaring vet kan forekomme på ulike måter. Ettersom vi har valgt gruppen 12 – 15 år kan det enten være pårørende som har tatt kontakt med oss og forklart problemet, eller at tannpleieren har tatt kontakt med pasient og pårørende på grunn av manglende respons på innkalling til kontroll. En annen mulighet er at det har kommet henvendelse til oss via helsesøster.

I drøftingen tar vi utgangspunkt i vår yrkesutøvelse på tannklinikken i møte med ungdom som har angst for tannbehandling. Vi vil se på ulike utfordringer og tilnæringsmåter i tre ulike faser. For det første handler det om det innledende møtet, og forsøket på å etablere en relasjon som kan gi grunnlag for en behandlingsallianse. For det andre handler det om innretningen av den kliniske behandlingen av disse pasientene, og for det tredje om å utvikle og bevare en relasjon som setter oss i en behandlingsposisjon videre.

### **4.1 Innledende møte – relasjon og allianse**

Vårt hovedfokus og ønske som tannpleiere er i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, at alle pasienter skal opprettholde god oral helse. Dette står beskrevet i heftet ”Tenner for livet” (Statens helsetilsyn, 1999). Å arbeide forebyggende og helsefremmende vil blant annet si å oppnå god relasjon mellom pasient og behandler. Dette er grunnleggende i alle pasientsituasjoner. I møte med den engstelige pasienten ser relasjonsdelen som spesielt viktig, - og som en utfordring. Forskning viser at pasienter med tannbehandlingsangst i mange tilfeller mangler tillit til behandleren. Særlig ungdom viser seg å ha en mer negativ forståelse av tannpleierens atferd mot pasienter (Locker, Lidell, Demster, & Sharpiro, 1999). Når pasienten ikke har tillit, hvordan kan vi da tilnærme oss situasjonen? Hva som forårsaker pasientens mangel på tillit, kan være at de tidligere har opplevd tannhelsepersonell med mangel på empati, eller at de har vært utsatt for grov omsorgssvikt – vold eller seksuelle overgrep (Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002). Særlig de sistnevnte erfaringer gjør at de kan ha vanskeligheter med å stole på ukjente mennesker.

Tar vi utgangspunkt i tannpleier – pasientrelasjonen, blir det viktig at vi skaper god kontakt helt fra begynnelsen av. Ved det oppnår vi tillit og pasienten stoler på oss. Vi vektlegger

viktigheten av dette for å komme i en behandlingsposisjon til pasienten. Dette kan være en tidkrevende prosess. Raadal, Kvale & Skaret (2003) nevner i sin rapport at en må regne med mange avbestillinger eller korte møter på venteværelset, før man endelig oppnår at pasienten sitter i stolen og er klar for en undersøkelse. Fra vårt utgangspunkt med pasienten inne på klinikken må disponering av tid skje på en balansert måte. Her kan konflikter oppstå mellom den tid vi har til rådighet, og hva vi faktisk har ressurser til. Av erfaring vet vi at våre dager er hektiske og ”fullbooket” og recall (innkallingsintervaller) kan være på etterslep. Alle pasientgrupper, vil ha krav på våre tjenester og dette kan bidra til tidspress og prioriterings utfordringer. Dersom vi viser ovenfor pasienten at vi har liten tid, vil pasienten naturlig nok merke dette, og kan bli både usikker og misfornøyd. Vi ser at dette kan være uheldig, ettersom engstelige pasienter, i stor grad, har behov for å bruke tid til å fortelle om sin situasjon. Dette blir viktig for tannpleieren med tanke på videre samarbeid. Pasienter som opplever at tiden blir knapp, kan bli skuffet og føle seg avvist. Dette kan ende med at pasienten ikke kommer tilbake eller at synet på tannhelsepersonell forverres. Lar vi derimot pasienten få en følelse av at dette tar vi oss tid til, vil pasienten føler seg ivaretatt. Dette kan bidra til tilpassing og en gjensidig forståelse av situasjonen. Det handler også om å gjøre tydelige avtaler om hva vi eventuelt skal foreta oss og derigjennom skape forutsigbarhet og trygghet. Her må vi holde fast på avtalen og ikke foreta oss noe utover det vi på forhånd er blitt enige om. I alle tilfeller må vi være realistiske og finne ut av hvor mye tid vi skal avsette for å møte pasienten på en måte som kan virke motiverende inn mot å skape en behandlingsrelasjon. Ser vi nærmere på hva vi som tannpleiere kan bringe med oss inn i relasjonen, så gir de yrkesetiske retningslinjene føringer for innholdet. Pasientens ve og vel må være i fokus, samtidig som vi skal opptre hensynsfullt. Vi tannpleiere plikter daglig å drive faglig forsvarlig behandling, og sikre kvaliteten på tjenesten som utøves. Dette er punkter i retningslinjene som omhandler hvordan vi utøver god yrkesetikk (Lingås, 2008). Vi forstår det slik at ved å være hensynsfull, respekterer vi pasientens engstelse i forbindelse med vårt møte. I samme tilfelle må vi huske på at angsten på sin side kan være følge av tidligere opplevelser av omsorgssvikt, eller som nevnt, erfaring med smertefull behandling (Stenebrand, Boman, & Hakeberg, 2012). Det er også vist at pasientens natur – generelt engstelige, beskjedne eller følelsesmessige personer har større sannsynlighet for å utvikle angst for tannbehandling. Oppfyller vi de krav om å vise respekt og være hensynsfulle er vi på god vei til å oppnå relasjon til pasienten.

De fleste med tannbehandlingsangst har liten, eller ingen tro på egen mestringsevne (ibid). Dermed vil vår oppmuntring bli vesentlig med tanke på fremgang, og ikke minst med tanke

på motivasjonen. Små fremskritt har stor betydning for pasienten, og en vei å gå er å lage små delmål i samråd med pasienten slik at vi utfører kun en del av behandlingen ved hvert besøk. På den måten kan pasienten føle at mestringsevnen styrkes etter hvert som målene blir nådd. Slik kan fremtidig tannbehandling og undersøkelser la seg gjennomføre også for denne pasientgruppen. Med henblikk på behandlingen, blir det viktig å planlegge den så realistisk som mulig, det vil si at alle parter er enige om, at det primære vil bli å redusere angsten. Undersøkelsen kan for eksempel utsettes til pasienten føler seg komfortabel nok til å gjennomføre denne.

Ved all pasientbehandling er kommunikasjonen viktig, både for å møte pasienten der pasienten er, og for å skape en dialog i relasjonen. Ved å ha gode kommunikasjonsferdigheter vil vi kunne klare å bidra til en bedre tannhelse for pasienten (Eide & Eide, 2008).

Eide & Eide (2007) skriver at kjennetegnet ved all kommunikasjon innenfor helseprofesjoner, er alltid ment å være til hjelp for pasienten. Denne formen for kommunikasjon er pasientrettet. Pasientrettet kommunikasjon er en forutsetning for empowerment. Gjennom empowermentprosessen ønsker vi å gi den enkelte større grad kontroll over sitt eget liv og sin egen tannhelse. Samt at vi skal gi makt til pasienten slik at betingelsene for en avmaktssituasjon endres (Tveiten, 2007). Eksempelvis kan vi tannpleiere bidra til økt forståelse for tannhelsens betydning ovenfor pasienten og pårørende. På den måten gis det et bedre grunnlag for å gjøre fremtidige fornuftige valg, og at pasienten på sikt kan i økt grad ta ansvar for egen tannhelse.

Å kunne skape tillit og relasjon til en ungdom i alderen 12-15 år, vil ofte kreve mye av oss som yrkesutøvere (Eide & Eide, 2008). Når vi skal forholde oss til denne aldersgruppen må vi kunne tilpasse kommunikasjonen og måten vi tilnærmer oss ungdommen. Ungdommer lever i en brytningsfase og kan ha andre interesser og problemer i tillegg til tannbehandlingsangsten. Fra egen erfaring kan dette vise seg som en kommunikasjonsutfordring som gjør det vanskelig å komme igjennom med vårt budskap.

I kontaktetableringsfasen kan vi som en god begynnelse vi til ungdommen og høre hva de er opptatt av og hva som fanger deres oppmerksomhet (Eide & Eide, 2008). Erfaringsmessig fra praksis ser vi at det ofte er betryggende for pasienten. Samtidig er det av betydning at vi ikke prøver å være ungdommelig og ”tøffe”, men uttrykker oss som en trygg og voksen person som har ansvar for pasienten. Videre i dialogen med den engstelige ungdommen kan vi spørre ungdommen hva han er redd for og hva vi kan gjøre for å være til hjelp. Underveis i samtalen må vi hele tiden legge vekt på at vi tar pasientens bekymringer på alvor, og at vi betrakter

redselen som legitimt reell. Dette er en unik måte å tilegne seg tillit ved at vi viser pasienten at vi bryr oss. Vi gir pasienten en mulighet til å fortelle og forklare hvordan han har det i situasjonen. Ved at vi får innsikt i hva pasienten er redd for, eller hvordan følelsene er, kan vi lettere vise empati og sette oss inn i situasjonen. Det er pasientens egne opplevelser og vurderinger som teller, ikke hva vi syns, selv om vi kan mene bekymringene er overdrevne i noen tilfeller. Stiller vi kritiske spørsmål eller virker moraliserende kan dette forstås som trusler, og dermed bryter vi den gode atmosfæren og relasjonen vi har skapt. Videre blir det lettere for oss å velge en eventuell behandlingsmetode. I noen tilfeller kan det være at en slik samtale er nok til at ungdommen oppnår kontroll over angsten. Kanskje det var nok for pasienten få satt ord på følelsene. Det blir viktig å skape ro rundt situasjonen, det vil si unngå avbrytelser fra telefon og kollegaer. Avbrytelser kan bidra til å skape uro og vi kan miste noe av fokuset på pasienten, som igjen kan føre til at ungdommen blir mer utrygg.

Ved mangel på empati fra oss tannpleiere blir en god tilnærming vanskelig. Om vi for eksempel ikke klarer å sette oss inn i pasientens situasjon, kan vi heller ikke forstå hvordan de har det og hvorfor de ikke takler situasjonen. Når ungdommen i tillegg har tannbehandlingsangst er det vesentlig at vi klarer å være oss selv, er ekte og nær pasienten. Dette vil skape et godt grunnlag for videre møter. I motsatt fall kan en behandling oppleves som traumatisk for den engstelige pasienten når de møter tannhelsepersonell som har mangel på innlevelse eller tilstedeværelse i situasjonen. Det er pasientens subjektive oppfatning av situasjonen som avgjør hvordan utfallet blir videre (Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002). Da tenker vi på om angsten reduseres, eller forverre underveis i prosessen til å få en undersøkelse gjennomført.

På forhånd er det ikke lett å vite hvordan ungdommen oppfører seg, og hva de trenger hjelp og støtte til. Allikevel ser vi ser det naturlig ved møte med pasienten og informere om hvilke metoder vi kan benytte i en behandlingssituasjon. På den måten kan pasienten selv ytre mening om hvilken metode som er mest hensiktsmessig. Når vi skal informere pasienten, forutsetter det at informasjonsmengden er tilpasset pasientens situasjon. Blir det for lite eller mye informasjon kan dette forvanske kommunikasjonen og svekke forståelsen (Eide & Eide, 2008). Av egen erfaring ser vi at vi ofte gir pasienten for mye informasjon. Vi behandler og forholder oss til ulike pasienter, og de har ulik evne til å ta i mot og bearbeide denne informasjonen. Pasienter som befinner seg i en vanskelig situasjon, har ofte redusert evne til å ta i mot informasjon, men også dette vil være individuelt. Om vi må repetere informasjonen,

skal dette respekteres og ta det til følge. Effekten blir dialog mellom tannpleier og pasient, slik man i felleskap kommer frem til samme forståelse (Hummelvoll, 2004).

Vi ser også at betydningen av å kommunisere tydelig blir en forutsetning for å kunne identifisere situasjonen. Med det unngår vi at det oppstår misforståelser og profesjonelle feil (ibid). Underveis i samtalen kan vi få pasienten til å bekrefte at det vi har sagt er forstått.

En avgjørende forutsetning for at kommunikasjonen blir vellykket, er om tannpleier og pasient snakker ut fra en felles erfart virkelighet, altså her- nå og du- jeg. Kommunikasjon skjer mellom mennesker med ulike forutsetninger, personlighet og «dagsform». Situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen derfor variere. For at vi som tannpleiere skal mestre ulike omstendigheter, blir det nødvendig å skape en gjensidighet i relasjonen. Denne forståelsen blir viktig mellom pasient og tannpleier (Hummelvoll, 2004). Når vi tar imot pasienter på tannklinikken blir det viktig at vi som tannpleiere kan sette oss inn i pasientens situasjon, tolkning og opplevelse. Vi må være forberedt på at vi innenfor vår målgruppe kan møte pasienter med ulik grad av tannbehandlingsangst og med ulik personlighet og ulike behov. Noen er mer sårbare enn andre og trenger ekstra tid og oppmerksomhet. I en tilnæringsprosess må vi huske på og vise tålmodighet mot de engstelige pasientene. Selv om de ikke ønsker å samarbeide, skal de allikevel ikke bli sett på som vanskelige (Klingberg & Broberg, 2007).

Ifølge Vassend (1997) er det viktig å kartlegge hvor kommunikasjonen svikter eller blir uklar, for å kunne oppnå en god dialog. Det kan oppleves vanskelig for pasienten når fremstillingen av vårt budskap er uklar, at uttrykksmåtene blir tvetydige, eller at en bruker for mye faguttrykk. I samtale med den engstelige pasienten, må vi som følge av dette være ekstra oppmerksomme på hvilke ord og uttrykk vi bruker. Pasienten må ha følelsen av å ha kontroll i situasjonen de befinner seg i og ukjente uttrykk kan skape angstreaksjon.

Det første møtet mellom oss og pasienten vil avgjøre hvordan relasjonen til pasienten utvikler seg. Vi skal forsøke å hjelpe pasienten, og vi skal oppnå en likeverdighet mellom oss. Det vil si, at til tross for forskjeller som kompetanse, ansvar og makt skal ikke det påvirke kontakten og kommunikasjonen (Vassend, 1997). I forhold til den engstelige ungdommen blir det spesielt viktig at vi bruker vår selvinnsikt og påser at vi ikke bærer preg av å være kunstige eller overfladisk. Ungdom befinner seg emosjonelt i en vanskelig periode, derfor vil de være ekstra oppmerksomme på hvilke signaler vi sender ut. Førsteintrykket vil som regel ha større betydning enn vi tror, relasjonen vil alltid komme først, og har vi ikke fått til den, må vi arbeide hardt for å oppnå et godt forhold til pasienten. Dersom det første møtet vi har på

tannklinikken ikke fører frem, er det beste for alle parter at en avslutter der det er naturlig og heller setter opp til en ny time. Ettersom pasienten er under 16 år, ser vi muligheten at pårørende er tilstede. Her vil det bli naturlig å diskutere hvordan man eventuelt skal legge opp møtet eller eventuelt behandlingen videre. Ungdommen selv har anledning til og komme med sine meninger i forhold hva som skal skje. Slik kan vi komme frem til en felles løsning som tar hensyn til pasientens beste.

## 4.2 Behandlingssituasjon

Vi har nå sett på hvorfor etablering av kontakt og god kommunikasjon er viktig i møte med engstelige pasienter. Når vi tannpleiere har tatt i bruk gode kommunikasjons- og tilnæringsmodeller, hvilke rammer ligger til grunn for behandling av pasienten? Og hvilke hjelpemidler kan vi benytte oss av slik at en undersøkelse kan gjennomføres? I vår rolle som tannpleiere må vi følge profesjonens rammer det vil si lovverket, blant annet tannhelsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Vi tannpleiere skal sørge for nødvendig forebygging og behandling. Pasienten, med eller uten tannbehandlingsangst, har rett på tjenester av god kvalitet.

I likhet med lovverket må tannpleiere også forholde seg til yrkesetiske retningslinjer i den kliniske hverdagen. Ifølge yrkesetiske retningslinjer plikter tannpleieren til å «*bidra med fagutvikling og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis*» (Norsk tannpleierforening, s.a.). I møtet med den engstelige pasienten er det viktig at tannpleiere har den faglige kunnskapen som gir trygghet, og sikrer gode faglige vurderinger. I tillegg kommer empati-, kommunikasjon-, og relasjonsferdigheter. Helsedirektoratet har i sin rapport foreslått å gi gratis tannhelsetjenester til pasienter med sterk angst for tannbehandling. Dette gjelder ikke vår målgruppe i dag, men er noe som forhåpentligvis kan bli en realitet på sikt.

Helsemyndighetene har som mål at alle skal ha lik tilgang på tannhelsetjenester uansett bakgrunn, religion og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Lidelsen tannbehandlingsangst krever ekstra tilrettelegging av behandlingstilbudet som tannhelsepersonell skal gi. I den nevnte rapporten handler det mest om torturoverlevende og personer utsatt for seksuelle overgrep, som har utviklet sterk angst for tannbehandling. Vi ser at uansett årsak til pasientens angst, vil vår kunnskap på området være vesentlig, og derfor ser vi nødvendigheten av at tannpleiere holder seg faglig oppdatert.

Som nevnt viser ulike studier at hovedårsaken til angst for tannbehandling kommer av tidligere erfaringer med smertefull behandling (Stenebrand, Boman, & Hakeberg, 2012). Her



trenger vi å være tydelige på hvilke oppgaver hvilke oppgaver vi tannpleiere har i motsetning til tannleger. Erfaring viser at pasienter med eller uten angst, ser på tannhelsepersonell med samme øyne, uten å differensiere mellom tannlege og tannpleier. I motsetning til en tannlege som ofte utfører smertefull behandling med tanke på fyllingsterapi eller ekstraksjoner, er det svært sjelden at en undersøkelse hos tannpleier gir smerter. Allikevel kan et lite eller ufarlig stimuli ved en vanlig tannhelsekontroll være tilstrekkelig til å utløse angstanfall. Små stimuli som lukt av tannhelsekontor, eller berøring med sonden kan resultere i at pasienten reagerer, angsten utløses og undersøkelsen må avbrytes. Konsekvensen for tannpleiere vil da bli at vi ikke får gjennomført undersøkelsen, og derfor må vi starte tilvenningen på nytt.

Ettersom tannpleiere har begrenset rett til å bruke farmakologiske hjelpemidler, som generell anestesi og lystgass, kan vi benytte oss av lokal anestesi (Forskrift om legemidler fra apotek, 1998) Dette kan være til hjelp for pasienten slik at de får kontroll over smertene. Selv om tannpleiere sjelden utfører en smertefull undersøkelse, vil pasienten med angst ha uklart skille mellom ubehag og smerte (Berggren, Willumsen, & Arnrup, 2003). Pasienten kan oppleve ubehag som kan oppstå ved rens og puss og som smerte. Dette lindres ikke ved bruk av lokalanestesi, så her må tannpleieren fortsatt arbeide med forsiktighet og ikke utføre arbeidet med harde trykk, men samtidig må utførelsen være tilfredsstillende.

Vi har nevnt god kommunikasjon og relasjonsbygging som avgjørende faktorer i møte med pasienten. Når vi har oppnådd god kontakt og tillit psykologiske hjelpemidler å ta i bruk til tilvenning og angstkontroll. Spørsmålet blir om vi tannpleiere har nok ressurser og kunnskap til å ta i bruk slike metoder. Begrensningen for oss ligger i at tannpleiere ikke har tilstrekkelig psykologisk kompetanse, så her må vi se på muligheter for inngåelse av tverrfaglig samarbeid. Særlig gjelder dette hvis angstlidelsen er så alvorlig at det blir vanskelig å få gjennomført en klinisk undersøkelse. Studien fra Klingberg og Broberg (2007) forteller oss at samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien, samt å tilegne seg kunnskap fra utviklings- og barnepsykologien vil hjelpe oss til gjennomføring av tannhelsekontrollen. I tillegg er det viktig at vi er kjent med ulike metoder som kan være anvendbare i vår profesjon, og i det følgende ønsker vi å se nærmere på kognitiv tilnærming opp imot tannpleierrollen.

Kognitive metoder og kognitiv adferdsterapi vil kunne hjelpe pasienten til å tenke på en annen måte. Kognitive metoder styres av personlige ønsker, oppfatninger og forestillinger.

Hensikten med denne metoden er at pasienten kan endre sine tanker og oppfatninger, ved hjelp av å tenke på det positive og fokusere på det (Eide & Eide, 2008). Sett at pasienten på grunn av negative erfaringer med tannbehandling, ikke håndterer ubehag og

smerteopplevelser. Pasienten sammenligner smerte med skade og katastrofe. Ved bruk av kognitiv metode kan vi tannpleiere omstrukturere underliggende tankemønstre. Vi må i forsøke å forklare pasienten at vår undersøkelse ikke gir smerteopplevelser eller er farlig. Smerte er et signal som hjelper oss i å unngå det som kan skade oss, og undersøkelsen må gjennomføres for å unngå at skade skal oppstå. Er dette en metode som fungerer i praksis? Og kan vi dra nytte av den? Ulike studier viser at denne metoden er mye brukt, og det refereres også til gode resultater (Willumsen, Vassend, & Hoffart, 2001).

Kognitiv adferdsterapi er å endre tanker og tankeprosesser på en åpen og aktiv måte. Adferdsterapi baserer seg på prosedyrer og intervensjoner for å skape forandring av tanker, adferd og følelser. Hensikten med aktiv bruk av trenings oppgaver, vil være at pasienten lærer om mestring og problemløsning (Snoek & Engedal, 2008). Ved at en utforsker og finner ut av hva pasienten er engstelig for, vil vi kunne fremkalle pasientens tanker og følelser omkring de kroppslige utfordringene de har. Vi finner ut at pasienten tenker irrasjonelt og uhensiktsmessig når de synes det blir vanskelig med for eksempel røntgenbilder. Vår oppgave blir å vise en annen måte å komme frem til en løsning på. Erfaringsmessig ser vi at bruk av oppgaver er en god løsning. Når vi finner ut at pasienten er engstelig for å ta røntgen bilder, kan vi bruke oppgaver som metode ved at pasienten får med seg bitewing (holder for røntgenfilm) hjem. De kan øve på og ha røntgenbilder i munnen og bli vant til dette. Dermed kan de bli de forberedt på neste klinikkbesøk. Når vi ser på kognitive metoder og adferdsterapi som en helhet er det et fint hjelpemiddel for tannpleiere. Det vil også gjøre oss mer bevisst på måten vi kommuniserer og samhandler med pasienten, og bidra til å nå målet, at pasienten kan føle og ha kontroll over angsten.

En annen tilnærming er avslapning/avspenningsmetoder som viser seg å være en nyttig og vel anvendt metode. Forskning gjort av Berggren, Hakeberg og Carlsson (2000) forteller at bruk av avslapningsmetoder i behandling av angst, resulterte i at angsten ble betydelig redusert hos pasientene. De reaksjoner som oppstår hos engstelige pasienter, kan i seg selv føre til at angsten forsterkes. Å ta i bruk avslapningsteknikker hjelper pasienten å senke stressnivået og reaksjonene relatert til angsten avtar (Berggren, Hakeberg, & Carlsson, 2000). Av erfaring ser vi at dette er en teknikk som er effektiv. Det kan være så enkelt som å hjelpe de engstelige pasientene i å slappe av og puste rolig. Eksempelvis hadde vi en svært urolig pasienten på tannklinikken. Vi fikk pasienten til å legge hånden på magen og være bevisst sin pustemåte. Her så vi raskt resultat ved at pasienten slappet bedre av, pustet rolig og undersøkelsen kunne gjennomføres.

En tredje metode har betegnelsen «Tell-show-do» og er en effektiv metode ofte benyttet på barn. Det er en av de mest kjente og aksepterte metoder som blir brukt for å introdusere eller hjelpe barn som har vegring for tannbehandling (Berggren, Willumsen, & Arnrup, 2003). Selv om vår pasientgruppe er over barnestadiet, ser vi at denne metoden allikevel kan være til hjelp. For å beherske angsten, trenger pasienten følelse av å ha kontroll i situasjonen de befinner seg i. Ved å ta i bruk denne metoden har de til stadighet oversikt over det som skal skje og hvilke instrumenter eller stimuli de kan komme til å bli utsatt for. En måte er at pasienten kan holde et speil i hånden og følge med på hva vi foretar oss. Under hele undersøkelsen forklarer vi pasienten hva vi gjør, og hva som er neste steg. Denne metoden kan naturligvis bli sett på som noe ”barnslig” ettersom dette er mest benyttet for barn. Her må vi som tidligere nevnt, tilpasse kommunikasjonen på en måte som treffer ungdommen. Kommunikasjonen må vektlegge det som er sentralt i denne metoden, nemlig å gi oppmuntring og positiv forsterkning til pasienten.

Vi ser anvendbarheten av de metodene vi har drøftet, både i form av tilgjengelighet som verktøy og at de kan benyttes i en kombinasjon i pasientbehandlingen. Dette underbygges av studien til Berggren, Hakeberg & Carlsson (2000) som viser at kombinasjon av disse metodene gav et vellykket resultat ved at pasienten hadde kontroll over det som stimulerte til angstreaksjon og taklet gjennomføring av en undersøkelse

### **4.3 Veien videre**

Vi har nå sett på ulike behandlingsmetoder som kan være til hjelp for ungdom med angst for tannbehandling. Vårt videre mål er å opprettholde regelmessige undersøkelser av disse pasientene. Pasienter opplever å bli mindre engstelige etter hvert som de blir mer fortrolig med situasjonen. Det å bli eksponert for en undersøkelse, som i tillegg viser seg å gå bra, vil bidra til at angsten gradvis vil avta (Vassend, 1997). Pasienten vil fortsatt ha behov for forutsigbarhet og opplevelse av kontroll i behandlingssituasjonen, men vi i denne fasen kommet et steg videre mot målet. Samtidig må vi også være klar over at adferd og motivasjon svinger, slik at vi hele tiden må justere relasjonen og kontakten vi har med pasienten. Om pasienten opplever å få et tilbakefall, noe vi vet kan skje, blir vår oppmuntring og støtte ekstra betydningsfull. Et tilbakefall kan for eksempel være at vi må avbryte en undersøkelse, og deretter sette opp ny time. Ovenfor pasienten skal vi vise at vi respekterer denne avgjørelsen, og tar hensyn til dette. I en behandlingssituasjon hvor vi har klart å oppnå en allianse med pasienten, blir det viktig å opprettholde på denne. Når pasientens tillit kan vi sammen legge en

plan for behandlingen videre. Her kan vi se for oss ulike alternativer. Et alternativ kan være å legge til rette for hyppigere kontakt og kontroller i forhold hva som er anbefalt innkallingsfrekvens. Fordelen her kan være at pasienten opplever at vi viser interesse, og han føler seg ivaretatt. På den andre siden kan pasienten få en følelse at han er utsatt for stor grad av kontroll og dermed redusert selvbestemmelse. For å ivareta pasientens autonomi kan vi se for oss at vi opprettholder en avtalt innkallingsfrekvens. Det må da formidles at vi forventer at pasienten ivaretar egen tannhelse innenfor relasjonen, tannpleier - pasient. En negativ konsekvens kan være at lengden på tidsintervallet kan bidra til at pasientrelasjonen svekkes og at pasienten ikke møter til behandling. En annen konsekvens kan være at angsten igjen forsterkes. Vi kan også se for oss et tredje alternativ som en kombinasjon av de to andre. Det betyr at man i starten opprettholder regelmessig kontakt med pasienten i intervallperioden. Enten ved fysisk fremmøte eller telefonkontakt. Dette kan også suppleres med en påminnelse i forkant av avtalt kontroll. På denne måten vil vi kunne ivareta både det faglige aspektet og pasientens autonomi. I utgangspunktet anser vi kombinasjonsmodellen som en hensiktsmessig metode for denne pasientgruppen.

## 5.0 Konklusjon

Vi har i arbeidet med denne oppgaven, tilegnet oss kunnskap om hvordan vi kan tilnærme oss, og møte ungdom med tannbehandlingsangst. Studier og forskning legger vekt på relasjonen til pasienten, god kommunikasjon og kognitive metoder for å oppnå god behandling for pasienter med denne lidelsen.

Ved det første møtet med pasienten, peker funnene i retning av viktigheten av å ha fokus på å skape god kontakt. Gjennom drøftingen har vi sett at tillit og trygghet er viktig for bygge en relasjon, som kan legge til rette for en samarbeidsallianse. En empatisk tilnærming, og det å formidle forutsigbarhet i forhold til vår rolle og rammene for samarbeidet synes å være sentrale elementer i relasjonstenkningen. Ved i tillegg å vektlegge interesse for pasienten og hans situasjon, kan vi som tannpleiere legge til rette for å skape et gjensidig tillitsforhold, som vil kunne gi en god plattform for å komme i en behandlingsposisjon.

Vi har videre sett at for denne pasientgruppen vil det kunne være nødvendig for tannpleieren å ivareta særlige hensyn ved den kliniske undersøkelsen. Det viser seg at små stimuli kan være det som skal til for at pasienten velger å avbryte behandlingen, og både det å være oppmerksom på hva som kan påvirke en behandlingssituasjon, og hvordan håndtere det når en slik situasjon oppstår, vil være en viktig del av tannpleierrollen.

Når det gjelder veien videre for å opprettholde en allianse, og derigjennom sikre fremtidig ivaretagelse av tannhelsen til pasienter med angst for tannbehandling, viser oppgaven oss at det kan være ulike tilnærminger. Det som synes å peke seg ut som en retning er at tannpleieren i samarbeid med pasienten finner en balanse mellom grad av oppfølging. Hvor mye ansvar skal ligge hos tannpleier, og hvor mye skal ligge hos pasienten selv. Det viser seg at angsten kan avta etter hvert som pasienten blir mer fortrolig med situasjonen, men vi må regne med tilbakefall. Vår oppfølging og oppmuntring vil i slike tilfeller kunne bety mye for pasienten, og samtidig bidra til å ta vare på relasjonen. Dette kan tale for hyppige kontroller for å se om pasienten etter hvert mestrer undersøkelsen uten å få tilbakefall, men samtidig må ikke pasienten oppleve at han fratras eget ansvar. Her kommer empowerment -tenkningen til

anvendelse, - hvordan styrke pasientens evne til å ta de gode og riktige valgene til beste for egen tannhelse. Tannpleierens rolle på dette området er sentral i møtet med denne pasientgruppen.

## Litteraturliste

- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, M. T., Veerkamp, J., & Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Anxiety disorder* (16), s. 321-329.
- Berggren, U., Hakeberg, M., & Carlsson, S. (2000). Relaxation vs. Cognitively oriented therapies for dental fear. *Journal of dental research* , 79 (9), s. 1645-1651.
- Berggren, U., Willumsen, T., & Arnrup, K. (2003). Behandlingsmuligheter ved tandvårdsrädsla hos barn och vuxna. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende* (113), s. 34-41.
- Dalland, O. (2007). Etske overveielser og personvern. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s. 234-255). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). Kildebruk og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s. 62-81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). Forandringsveiledning og motivasjon. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (s. 331-356). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). Hva er hjelpende kommunikasjon. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (s. 11-30). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om legemidler fra apotek*. (1998). Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (2011.12.16): [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune- Norge* (2.. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Hakeberg, M., Hallonsten, A. L., Hägglin, C., & Skaret, E. (2003). Tandvårdsrådslans epidemiologi. *Tandläkartidningen* (1), s. 22-29.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet: Et godt tilbud til de som trenger det mest. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2005:11)*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/011/PDFS/NOU200520050011000DDDPD FS.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi*. Hentet fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilrettelagte-tannhelsetilbud-for-mennesker-som-er-blitt-utsatt-for-tortur-overgrep-eller-har-odontofobi>/Publikasjoner/tilrettelagte-tannhelsetilbud-for-mennesker-som-er-blitt-utsatt-for-tortur-overgrep-eller-

Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (2.. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Hummelvoll, J. K. (2004). Angst. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 127-147). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskolen i Hedmark. (2012). *Studieplan 2012/2013 Bachelor i tannpleie*. Hentet fra <http://www.hihm.no/layout/set/pdf/content/view/printpdf/31224>

Killèn, K. (2007). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning- Et felles perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kinge, E. (2009). *Hvor er hjelpen når den trengs? Om relasjonskompetanse. Om foreldresamarbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). *Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors*. Doi: 10.1111/j.1365-263x.2007.00872.x

Kvale, G., Klingeberg, G., Moore, R., & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekk, og hvordan kan den diagnostiseres. *Tandlægebladet*, 107 (1), s. 8-14.

Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Imthurn, B., & Rath, W. (2007). Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. *Journal of psychosomatic Research* (62), s. 581-588.

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4.. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Locker, D., Lidell, A., Demster, L., & Sharpiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of dental research*, 78 (3), s. 790-796.

Lovdata. (1999). *Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2012.05.04)*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).

Lovdata. (1999). *Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (2011.06.24)*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).



- Lovdata. (1983). *Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54 (2011.06.24)*. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
- McGrath, C., & Bedi, R. (2004). The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* (32), s. 67-72.
- Norsk tannpleierforening. (s.a.). *Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere*. Hentet mai 15, 2012 fra <http://www.tannpleier.no/yrkesetiske-retningslinjer-for-tannpleiere>
- Raadal, M., Kvale, G., & Skaret, E. (2003). Pasienter med tannlegeskrek- hvordan planlegger man behandling? *Den Norske Tannlegeforenings Tidende* , 113 (1), s. 28-33.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). Behandlingsformer. I J. E. Snoek, & K. Engedal, *Psykatri, Kunnskap - forståelse - utfordringer* (s. 33-62). Trondhjem: Akribe.
- Statens helsetilsyn. (1999, Mars). *Tenner for livet-Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hentet Mai 1, 2012 fra [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner\\_livet\\_ik-2659.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf)
- Stenebrand, A., Boman, U., & Hakeberg, M. (2012). *Dental anxiety and temperament in 15-year olds*. Doi: 10.3109/00016357.2011.645068
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- \* Vassend, O. (1997). *Kommunikasjon og pasientbehandling: praktisk psykologi for helsepersonell med eksempler fra odontologi*. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Von Tetzchner, S. (2001). Kjønnstypisk adferd. I S. Von Tetzchner, *Utviklingspsykologi: Barn- og ungdomsalderen* (ss 575-586). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. (32), s. 73-79.
- Willumsen, T., Jensen, H. H., & Friis-Haschè, E. (2003). Hvorfor giver tandpleje angst? *Den Norske Tannlegeforenings Tidende* , 113 (1), s. 20-26.
- Willumsen, T., Vassend, O., & Hoffart, A. (2001). One-year follow-up of patients treated for dental fear: effects of cognitive therapy, applied relaxation, and nitrous oxide sedation. *59* (6), s. 335-340. Doi: 10.1080/000163501317153167.
- Øia, T., & Fauske, H. (2003). *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt Forlag as.

Øvreeide, H. (2009). Samtalemetodiske prinsipper og råd. I H. Øvreeide, *Samtaler med barn - metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (s. 204-246). Kristiansand: Høgskoleforlaget.