



Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025

Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025

En utredning utarbeidet av Benthe Hansen (prosjektleder),
Kari Elisabeth Dahl og Anne E. Münster Halvari

Foto forside: Camilla Lyngstad
Foto bakside: Line Moen



www.tannpleier.no
www.delta.no



forord

Norsk Tannpleierforening, NTpF, ser viktigheita av å vidareutvikla tannpleiaren sitt faglege fundament, utvikla det tannpleiefagelege og skapa ein sterkare identitet hos yrkesgruppa. Dette er bakgrunnen til at landsstyret sette ned ei arbeidsgruppe til å sjå på utfordringane i tannpleiarfunksjonen og tannpleiefaget.

Vidare ser NTpF at utgreiinga kan vera eit nyttig dokument i dialog med arbeidsgivarar, samarbeidspartnarar og politikarar og kan gje partane større innsikt i og belysa tannpleiarfunksjonen i dag og vidare framover.

Utgreiinga er ein kommunikasjonsplattform, og den skal gje NTpF retning for vidareutvikling av tannpleiarfunksjonen

og faget tannpleie. Med utgangspunkt i dei føringane arbeidsgruppa har lagt gjennom dette arbeidet, vil utgreiinga vera eit nyttig instrument for NTpF og den enkelte tannpleiar som grunnlag for å kommunisera om yrkesgruppa. Arbeidsgivarane, samarbeidspartnarar og politikarar får innsikt i kva tannpleiaren kan tilføra tannhelsearbeidet innan kliniske områder og i arbeidet med å betre oral helse og livskvalitet i befolkninga.

NTpF vil retta ein stor takk til arbeidsgruppa som med sin breie, faglege kompetanse og iherdige arbeidsinnsats, har gitt denne utgreiinga den tyngde og innsikt som NTpF ønskte den skulle ha.

Hilde Aga
Leder i NTpF

innhold

Forord	3
1.0 Innledning	6
DEL I – 2.0 Tannpleiefag	8
2.1 Det tannpleiefaglige fundament	8
2.2.1 Utdanningsgrunnlag	9
2.2.2 Klinisk behandling, - tannpleiefaglig og odontologisk virksomhet	10
2.2.3 Kunnskapsbasert tannpleiepraksis	11
2.4 Helseatferd og helseopplysning	11
2.5. Relevant kompetanse	12
DEL II – 3.0 Tannpleieren som helsearbeider	13
3.1 Etikk, pasient- og brukerrettigheter	13
3.1.1 NTpFs yrkesetiske retningslinjer	13
3.2 Nyere offentlige føringer	13
3.3 Folkehelseutfordringer	14
3.4 Arbeidsdeling	14
3.5 Utvikling av tannpleierfunksjonen	16
3.5.1 Taus kunnskap	17
3.6 Tannpleierens lederfunksjoner	17
DEL III - 4.0 Kompetansebehov innen folkehelsearbeid og helsefremmende virksomhet	19
4.2 Generell livskvalitet	19
4.3 Oral helserelatert livskvalitet	20
4.4 Strategier og teorier i folkehelsearbeid	21
4.4.1 Epidemiologi	21
4.4.2 Salutogenese	22
4.4.3 Empowerment	22
5.0 Tannpleierens samfunns- og atferdsfaglige fundament	26
5.1 Pedagogikk og psykologi	26
5.2 Didaktikk	26
5.3 Veiledning	27
5.3.1 «Health Literacy» – helsefremmende allmenndannelse	27
5.3.2 Sosiale ulikheter i læring	27
5.4 Psykologi - Innsikt i menneskelige prosesser	28
5.4.1 Motivasjon	28
5.5 Ledelse	28
5.5.1 Tannpleieren og ledelse	28
5.5.2 Kunnskapsledelse og læring i organisasjoner	29
5.5.3 Team, teamarbeid og teamprosesser	29
5.5.4 Kultur og makt i organisasjoner	29
Del IV – 6.0 Behov for kompetansegivende etter- og videreutdanning – veien videre mot 2025	31
6.1 Behov for master i oral helsevitenskap, mastergradutdanninger og etterutdanning innen klinisk tannpleie	31
6.2 Behov for forskningskompetanse for tannpleiere	31
6.3 Forskning i praksisfeltet	32
6.4 Behov for forskning ved tannpleierutdanningene	33

1.0 Innledning

1.1 Tannpleier, folkehelse, oral helse og tannpleiefag mot 2025

Den nye folkehelseovens formål (2012) er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller. Målet med loven er å gjøre noe med de positive og negative påvirkningsfaktorene som kan ha innvirkning på folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir enkeltindividet og grupper muligheten for delaktighet, mestring, ansvar, kontroll over eget liv og bli gitt muligheter til økt livskvalitet.

I Meld. 34 (2012-2013)

Folkehelsemeldingen God helse - felles ansvar ønsker helsemyndighetene og regjeringen å etablere et bedre system for å sikre mer effektiv oppfølging av folkehelsepolitikken. Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår, og det presiseres at dette ikke bare handler om helse- og omsorgssektoren, men er et mål for all offentlig politikk.

For tannpleiernes del har det sykdomsforebyggende arbeidet alltid vært utdanningenes og yrkesprofesjonens hovedmål siden etableringen av den første utdanningen i Norge i 1924. Dette var for øvrig også den første tannpleierutdanningen som ble etablert i Europa. Norsk Tannpleierforening, NTpF, ble stiftet i 1968. I alle disse årene har det forebyggende tannhelsearbeidet, folkehelse, klinisk tannpleie og utvikling av tannpleierrollen vært i takt med samfunnsendringer og fungert som hovedprioriteringer i foreningen.

1.2 Bakgrunn, oppdrag og mandat

Med utgangspunkt i utvidelse til en treårig bachelorgrad i tannpleie fra 2002 har flere av NTpFs medlemmer uttrykt behov for økt kompetanse innen flere fagområder. Det står i NTpFs vedtekter § 2 at: «NTpF skal jobbe med medlemmenes yrkesfaglige og

utdanningsmessige interesser». NTpF vil arbeide systematisk for å styrke forståelsen for hva en tannpleier kan bidra med innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og klinisk tannpleie. Videre ønsker NTpF at det etableres etter- og videreutdanning for yrkesgruppen, slik det også er for andre helsefaggrupper.

1.3 Oppdraget til prosjektgruppen

- Beskrive, analysere og definere det «tannpleiefaglige»
- Beskrive tannpleierens funksjon som helsearbeider i forhold til samfunnets krav, utfordringer, lovverk og politiske føringer
- Gi en oversikt og en beskrivelse av nødvendig og ønskelig kompetanse innen aktuelle og nyere fagområder for tannpleiere
- Gi konkrete forslag til aktuelle etter- og videreutdanninger

Utredningen vil utdype de fire hovedpunktene i kronologisk rekkefølge og består derfor av fire deler.

1.4 Avgrensning, arbeidsform og gruppens sammensetning

Arbeidsgruppen har hatt flere arbeidsmøter og faglige drøftinger, fordelt arbeidsoppgaver og benyttet nyere forsknings- og faglitteratur, lovverk og offentlige dokumenter. I tillegg har vi benyttet litteraturstudie som metode. Ut fra mandatet har vi valgt å konsentrere oss om de overordnede temaene yrke, fag, utdanning og kompetansebehov. Vi har valgt å beskrive det generelle i tannpleierfunksjonen, og har ikke gått inn i historikk, tannhelsetjenestens organisering og struktur. I oppdraget har vi knyttet tannpleiernes fagområder og utdanningsbakgrunn til direkte anvendelse innen klinisk tannpleie, sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Vi har tatt utgangspunkt i kompetansebeskrivelse

til treårige bachelorutdanning i tannpleie, og vår innsikt og kjennskap til tannpleiere med lang yrkeserfaring, deres formal- og realkompetanse. Utredningen er ikke uttømmende. Den gir innsikt i sentrale områder knyttet til tannpleierfunksjonen og særlig innen helsebegreper, strategier, aktuelle fagemner og behov for kompetanse, videreutdanning og forskning. Arbeidsgruppen har i hovedsak bestått av tre personer med tannpleierbakgrunn: Benthe Hansen har vært oppnevnt som prosjektleder, Kari Elisabeth Dahl og Anne E. Münster Halvari har deltatt i arbeidsgruppen. I tillegg har NTpF ved leder, styre og lokalavdelingsledere samt enkelte ressurspersoner vært konsultert. Vi har ønsket å etablere et samlende dokument med felles visjoner.

Sentrale spørsmål har vært:

1. Hvordan kan tannpleierne bidra faglig til å videreutvikle folkehelsearbeid, pasientbehandling, koordinering og veiledning? Hva kan gjøres for å videreutvikle det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet?
2. Hva trenger tannpleierne av aktuell kunnskap framover utover bachelornivået for å imøtekomme behovet for økt kompetanse innen folkehelse, klinisk tannpleie og odontologiske fagområder? Hvordan kan dette bli en realitet?
3. Hvordan kan folkehelsearbeid opprioriteres på linje med kurativ virksomhet? Hvordan kan tannpleierens faglighet og lederfunksjon styrkes i folkehelsearbeid og klinisk virksomhet?
4. Hvordan kan utdanningsinstitusjonene og samarbeidspartnere bidra til en styrket yrkesidentitet for tannpleierne? Hva må til for at samarbeidende personell i tannhelsetjenesten vil behandle og oppvurdere tannpleieren som en autonom yrkesgruppe med en selvstendig faglig profil?

DEL I – 2.0 Tannpleiefag

I del I blir det gitt en oversikt over hva som inngår i begrepene «tannpleiefag og det tannpleiefaglige fundamentet». Kompetansebeskrivelsen «för legitimerad tandhygienist» i Sverige har blant annet vært retningsgivende for den norske definisjonen innen tannpleiefag. Tannpleierens yrkesfunksjon er knyttet til sentralt lovverk, aktuelle retningslinjer og etiske betraktninger for å kunne utvikle yrkesprofesjonalitet. Dette er knyttet opp mot folkehelse og folkehelseutfordringer hvor livskvalitet inngår i helsebegrepet.

2.1 Det tannpleiefaglige fundament

Etikk og helsefag er knyttet til velferdssamfunnet, og kvalifiseringen av yrkesutøvelsen innebærer å realisere samfunnets mål og verdier. En viktig del av dette er at den personlige danningen for yrket starter allerede i studietiden. Derfor er det nødvendig å integrere det etiske perspektivet i utdanningsløpet. Både forståelse, anvendelse og utøvelse av etikk og

lovverk er sentralt når vi står overfor etiske dilemmaer i tannpleierens arbeid.

Tannpleieren må ha flere fokus samtidig, å forebygge sykdom, veilede, behandle og pleie i tillegg til å fremme helse. Basalfag som inngår i tannpleiefaget er knyttet til både medisin, odontologi, parakliniske og kliniske fag, samfunns- og atferdsfag. Videre vektlegges tannpleie for personer med spesielle behov, funksjonshemmede, kronisk syke og eldre, samt tannpleie for barn, unge og voksne. Samfunnsmedisin, samfunnsodontologi, pedagogikk, psykologi, flerkulturell forståelse og elementer fra ulike fagdisipliner inngår. Biomedisinske fag som ernæringsfysiologi, mikrobiologi, generell og oral biologi, patologi, farmakologi, radiologi, kliniske tannpleiefag og odontologiske fagområder inngår også i tannpleierstudiet.

Det faglige fundamentet innen folkehelsearbeid omfatter flere fagdisipliner, og tannpleieren må arbeide både tverrfaglig og

-profesjonelt. For at tannpleieren skal kunne planlegge, gjennomføre og evaluere ulike tiltak er det viktig å ha kunnskap om og forståelse for hva kunnskapsbasert praksis er (Nortvedt et al., 2012). Dette handler om forståelse for hvordan erfaringsbasert kunnskap kan videreutvikles med evidensbasert teori og andre forskningsresultater, samt implementering og videre forskning på praksisfeltet. Forsknings- og erfaringsbasert kunnskap kan derfor benyttes i tannpleierens kliniske hverdag. Et viktig fokus er hvordan biologi, helseatferd og sosial kontekst henger sammen og på hvilken måte dette kan påvirke helse og sykdom. Den **biopsykososiale modellen** (Engel 1977) er gjerne en komplementær modell eller en motkultur til den **biomedisinske modellen** som vurderer kun biologiske og medisinske forhold knyttet til sykdom. Modellen er laget av Engel (1977) og er spesielt knyttet til moderne helseutvikling, der helse og sykdom er sett på som et produkt av både biologi, atferd og sosiale forhold. Atferd som for eksempel livsstil og stress, og

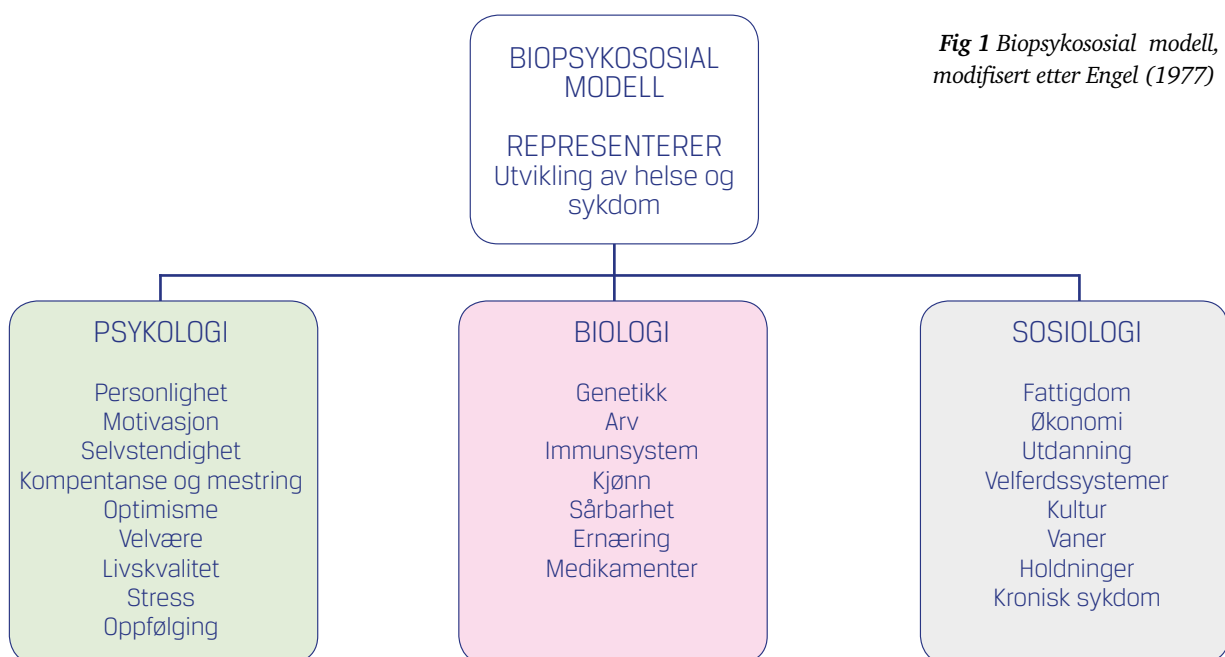


Fig 1 Biopsykososial modell, modifisert etter Engel (1977)

sosiale faktorer som for eksempel kulturell påvirkning, familieforhold og sosial støtte er viktige faktorer å kjenne til i tillegg til selve sykdommen. Det er den antatte sammenhengen mellom disse tre faktorene; biologi, adferd og sosiale forhold, som er vesentlig å arbeide med innen helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid. Disse tre faktorene bidrar til et helhetssyn som er overordnet å arbeide med innen folkehelsearbeid (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846, 2010).

Fagområder som har verdiforankring knyttet til å ivareta og videreutvikle menneskets egenskaper og egne ressurser er derfor viktig å prioritere under studiet og i pasientbehandlingen. Å kunne anvende pasientens egne ressurser er av essensiell betydning for å oppnå gode resultater. Fokus på helse, livskvalitet og helsefremmende arbeid kan derfor være knyttet til diagnostikk og behandling. Å være i stand til å implementere teori fra både samfunns- og atferdsfag er nødvendig for å kunne utvikle en helsefremmende og sykdomsforebyggende profil i tannpleierfunksjonen.

Tannpleieren har mange ulike fagområder å forholde seg til, og må fokusere på både veiledning, motivasjon og egenmestring i samarbeid med pasientene. Veiledning og kommunikasjon er sentralt i tannpleierfunksjonen. Det finnes flere aktuelle teorier og metoder som i dag er allment kjent og anvendt av tannpleiere og annet helsepersonell. Veiledning kan sees på som en måte å stimulere den veiledede til egen læring (Løw 2009). Veiledning er derfor et egnet ”verktøy” for en tannpleier å beherske både i tilknytning til ledelse, teamarbeid, kollegaveiledning og bruker/

pasientveiledning. De fleste former for veiledning gir i liten grad råd, isteden søker man å ta rede på hva pasienten selv mener. Det å gi råd er i hovedsak motsetningen til informert samtykke. Informert samtykke er knyttet til etikk og det å ivareta pasientens selvstendighet (autonomi). Her legges det opp til at personen velger det som er best for en selv. Råd kan bidra til å undertrykke pasientens autonomi, noe som ikke er i samsvar med gjeldende lovverk (Pasientrettighetsloven 1999). I samtale der veileder har sterke meninger om hva personen er best tjent med, kan den veilededes stemme lett bli undertrykt.

2.1.1 Folkehelseutfordringer, sentrale begreper innen helsefremmede virksomhet og tannpleierfunksjon

Folkehelsearbeidet er samfunnets totale innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og livskvalitet. Folkehelsearbeid er definert som: «Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (Mæland, 2010). Mæland formidler at folkehelsearbeid ikke kun dreier seg om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Folkehelsearbeid består også av behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Folkehelsearbeidet i tannhelse-tjenesten handler om å bidra til å bedre den orale helsen, bidra til økt livskvalitet og ytterligere styrke det tverrprofesjonelle samarbeidet. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak som sikter å:

- legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling
- styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold
- stimulere folks evner til fleksibel funksjon, mestring og kontroll
- bidra til at folks livskvalitet blir best mulig (Mæland 2002: 13)

Helsefremmende arbeid defineres av WHO (1986) som: «*Prosesen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*». Ifølge WHO's Ottawa-charter (1986), er helse en ressurs for dagliglivet, og helse er ikke kun et mål i seg selv. Charteret tar videre opp at det er viktig å arbeide bevisst mot fysisk, psykisk og sosialt velvære. WHO trekker fram at sykdomsforebygging og helsefremming som begreper bør skilles. Mæland (2002:17) formidler at helsefremming er «*den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse*» mens sykdomsforebygging definerer han som å «*forhindre eller utsette sykdomsforløp, hindre sykdom i å manifestere seg eller minske følgetilstander (ibid)*». Sykdomsforebygging har derfor i hovedsak risikofaktorer som fokus, mens helsefremming er kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer helse eller alt det som bidrar til å holde folk friske, både motvirke sykdom og føle overskudd (Lærum, 2005). Sørensen og Graff-Iversen (2001) sier at helse og folkehelsearbeid har forandret karakter, siden folkehelsen og nye utfordringer knyttet til sykdomsmønsteret har endret seg. Hovedforskjellen er et skifte over mot mer dialog, brukermedvirkning og mobilisering av hele befolkningen. Modellen t.h. viser prinsipielle og teoretiske forskjeller mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, og de to ulike arbeidsmetodene som er nyttig å kjenne til når en skal utøve folkehelsearbeid (Mæland, 2010). I praksisfeltet vil det ofte være flytende overganger mellom disse to begrepene. De utfyller hverandre og er i følge Mæland (2002) komplementære begreper.

Modellen viser at helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid bygger på to ulike tradisjoner med ulikt vitenskapelig grunnlag. Det helsefremmende arbeidet krever andre ferdigheter og tilnæringsmåter enn det sykdomsforebyggende. Det helsefremmende arbeidet bygger på en sosial modell for helse og helsepåvirkning. Lokalsamfunnet er her en viktig arena. En tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming til det helsefremmende arbeidet vil være knyttet til individets egen helseutvikling. Befolknings- og brukermedvirkning er av stor betydning, og prosessen må vektlegges i like stor grad som resultatet. Helsetjenesten er per i dag styrt av eksperter. Nyere lovverk toner ned ekspertstyringen og vektlegger isteden brukermedvirkning.

Innenfor det helsefremmende arbeidet har først og fremst begrepet salutogenese, som er utviklet av Antonowsky i 1987, fått en sentral plass. Teorien handler om hva som gjør at mennesker holder seg friske til tross for stress og ulike påvirkninger. Den representerer dermed en viktig motvekt mot «patologiseringen» og sykeliggjøringen i samfunnet. Å dreie fokus mot faktorer som holder mennesker friske i motsetning til hva som forårsaker sykdom, er viktig innen det nye folkehelsearbeidet (Folkehelseloven 2012).

Empowerment er et annet sentralt begrep, men er vanskelig å oversette, derfor brukes dette begrepet ofte uten å være oversatt. Empowerment handler om "å vinne makt og kontroll over", og Mæland skriver (2010) at prosessen i hovedsak skal bidra til at både enkeltindividet og fellesskapet kan få større innvirkning og kontroll over de forhold som påvirker helsen.

Sykdomsforebygging versus helsefremmende arbeid		
Teoretisk modell	Biomedisinsk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskapelig	Samfunnsvitenskapelig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsbasert medvirkning

Fig. 2 Sykdomsforebyggende versus helsefremmende arbeid; modell etter Mæland (2010)

Selvstendige helsearbeidere søker bevisst etter virksomme teorier og metoder som de synes å være best tjent med. Det å kunne bruke teorier og metoder differensiert, tilpasset menneskelige utfordringer og ulike kontekster, er viktig. Å foreta helsefremmende eller sykdomsforebyggende valg vil fortone seg forskjellig avhengig av om en person selv har erfart sykdom eller ikke. Veiledning for egen helseutvikling vil være et overordnet mål. Kunnskap om pasientens ståsted vil hjelpe behandler til å se hvem som trenger ekstra støtte (Walseth og Malterud, 2004).

2.2 Bachelorstudiet i tannpleie

Bachelorprogrammet i tannpleie er en treårig helsefaglig profesjonsutdanning ved universitet og høyskoler. Utdanningen gir autorisasjon som tannpleier hvor folkehelsearbeid med et helsefremmende og sykdomsforebyggende fundament vil være førende for de kliniske tannpleiefaglige og odontologiske fagområdene. Både medisinske og odontologiske basalfag, samfunns- og atferdsfag står sentralt i utdanningen. Teori integreres i praksis. Kliniske ferdigheter oppøves ved individuell pasientbehandling. Dette skjer ved

utdanningsstedene og gjennom praksisstudier i tannhelsetjenesten og helsetjenesten. Bruk av digitale læringsmidler og informasjonsteknologi inngår som en naturlig del av studiet. Forskning- og utviklingsarbeid samt erfaringsbasert kunnskap står sentralt i studiet. Studenten skal i løpet av studiet utvikle en yrkesrelevant kompetanse som tannpleier, kunne uttrykke dette muntlig og skriftlig i tillegg til å utvikle en kritisk holdning til eget arbeid. Refleksjon og drøfting er viktige pedagogiske redskaper med tanke på utvikling av tannpleiefaglig innsikt og forståelse. Arbeidet med bacheloroppgaven er sentral i prosessen for å utvikle den vitenskapelige tankegangen, etisk forståelse og danning knyttet til egen tannpleierfunksjon. Dette er ment å bidra til en styrket yrkesidentitet.

2.2.1 Utdanningsgrunnlag

Tannpleierens hovedfunksjon blir primært å ha et helsefremmende perspektiv hvor pasienten blir møtt som et likeverdig og selvstendig individ. Intensjonen er å bevisstgjøre og skape grunnlag for at pasienten selv lærer å ta vare på sin egen orale helse. Tannpleieren må fokusere på pasientveiledning, motivasjon og egenmestring i samarbeid med pasientene. Tannpleieren i Norge

utdannes til å kunne utføre klinisk og radiologisk undersøkelse av tenner, slimhinner og periodontium og diagnostisere karies og periodontitt. Videre skal tannpleieren kunne vurdere munnhulelidelser med differensialdiagnoser, identifisere bittfunksjonelle avvik og utføre kliniske tannpleiefaglige og odontologiske behandlinger, sette infiltrasjonsanestesi og henvise til allmenn- og spesialisttannleger ved behov. Emnene i bachelorstudiet fokuserer på hvilke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel. Undervisningen i folkehelsearbeid omfatter ulike teorier og modeller samt anvendelsen av disse.

Det tannpleiefaglige arbeidet varierer i forhold til konteksten tannpleieren arbeider i, og i forhold til de utfordringene som må håndteres i arbeidet (Hansen 2008):

I tannpleierens førstelinjefunksjon kommer undersøkelse, veiledning, diagnostikk, kartlegging, vurdering, seleksjon av alle grupper i tillegg til henvisning til allmenntannlege og spesialister som kjeveortoped eller periodontist.

2.2.2 Klinisk behandling, - tannpleiefaglig og odontologisk virksomhet

Tannpleieren er en autonom helsearbeider som arbeider selvstendig eller i team og utfører arbeid på delegasjon fra allmenntannlege og/eller spesialist. Slik arbeidsgruppen ser det, blir den profesjonsfaglige kompetansen blir enda viktigere i tiden framover. Bredekunnskap må i større grad integreres med en helhetlig forståelse for å bedre samarbeidet med den øvrige helsetjenesten. Det er viktig at tannpleieren deltar i ulikt utviklingsarbeid og forskning i helsetjenesten hvor oral

helse kan integreres. Det er et økende behov for tannpleiertjenester innen hjemmebaserte tjenester i kommunene, og i spesialisthelsetjenesten for eksempel ved sykehus, lokale medisinske sentra og ved tannhelsetjenestens kompetansesentra. I tillegg vil kanskje enkelte storkommuner tilsette tannpleiere med koordinerende funksjoner for å ivareta personer med spesielle behov. Tannleger og tannpleiere kan observere skader i munnhulen, i ansiktet og på halsen, og avdekke omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn. Tannhelsetjenesten har plikt til å varsle barneverntjenesten ved alvorlig bekymring om omsorgssvikt, vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2010 IS-1855, Rapport).

2.2.3 Kunnskapsbasert tannpleiepraksis

At tannpleierne blir utdannet innen medisinske og odontologiske basalfag og kliniske fagområder gir en faglig styrke. Tannpleieren skiller friskhet fra sykdom, stiller diagnoser og differensialdiagnoser, og arbeider innenfor et medisinsk/odontologisk paradigme. I tillegg har tannpleieren en utdanning med solid forankring innen samfunns- og atferdsfag hvor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid vektlegges sterkt. Dette gjør at tannpleiere, på lik linje med sykepleiere, spesielt er egnet

til å gjennomføre tiltak hvor pasienten lærer egenomsorg og tar ansvar for egen helse. For å kunne ivareta bredden og dybden i fagområdene er det nødvendig med ny kunnskap og forståelse av hvordan en arbeider i tannhelsetjenesten og helsetjenesten. Utvidet handlingskompetanse hos yrkesgruppen må dermed utvikles framover.

Kompetanse handler om evnen til å mestre en oppgave eller et yrke i møte med komplekse krav og utfordringer. Kompetanseutvikling er en kontinuerlig prosess som må ha tilstrekkelig oppmerksomhet i klinisk praksis, utdanning og forskning for å bidra til god kunnskapsbasert behandling. Kunnskap må vurderes og etterprøves, tilpasses til situasjonen og utfordre erfaringer. Samfunnet både forventer og har behov for at beslutninger bygger på det beste av tilgjengelige kunnskap. Derfor må kunnskapsgrunnlaget som tannpleierprofesjonens kjernekompetanse bygger på, være i utvikling og gi muligheter til både å formidle og begrunne yrkesutøvelsen. Å utøve kunnskapsbasert tannpleie i praksis er å ta tannpleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt

Kunnskapsbasert praksis



Fig. 3

Kunnskapsdepartementet 2009

situasjon. Forskningsbasert kunnskap (evidens) skal blant annet bidra til at vi forstår bedre, og at vi kan vite mer om hva som virker. Dette innebærer at tannpleiere i større grad leser og utveksler erfaringer med relevante fagpersoner og kollegaer, knyttet til vitenskapelige artikler og faglitteratur. Denne kunnskapen kan deretter anvendes i praksisfeltet og implementeres. Trinn i kunnskapsbasert helsefag er å stille gode spørsmål, finne forskningsbasert kunnskap, kritisk vurdering av kunnskap, integrere gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker, og overføre det til praksis, evaluere egen praksisutøvelse. (Nortvedt et al., 2012).

2.2.4 Oral helse definisjoner:

«Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist» i Sverige, utgitt av Socialstyrelsen i 2005, bygger på malen til andre yrkesgruppers kompetansebeskrivelser. Begrepene som benyttes tydeliggjør yrkeskompetansen, hva yrket omfatter, hvordan det reguleres og hvordan man forholder seg etisk og profesjonelt som helsearbeider.

Oral helse defineres som en del av den generelle helsen som bidrar til fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende hvor opplevde og fullgode funksjoner sett i relasjon til individets forutsetninger og fravær av orale sykdommer. (Kompetensbeskrivning för tandhygienister, Socialstyrelsen 2005). Socialstyrelsen (2005) har utformet dokumentet ved å dele tandhygienistprofesjonen i tre ulike deler:

- Munnhelse/oral helse i teori og praksis
- Forskning, utvikling og utdanning
- Samhandling og lederskap

Kompetansebeskrivelsen viser vei for norske forhold og måten å tenke på, og tannpleierens yrkesutøvelse og utdanning. Tandhygienistens etiske helhetssyn skal være tuftet på et verdigrunnlag som hviler på et humanistisk menneskesyn hvor omsorg og respekt for pasientens autonomi vektlegges, integritet og verdighet hvor den enkeltes og eventuelle pårørendes ønsker i forbindelse med behandlingen blir ivaretatt.

Arbeidsgruppen vil her fremheve Sveriges store satsning på tannpleierprofesjonen for å fremme tannhelsen, og hvor begrepene livskvalitet og oral helse inngår som prioriterte elementer knyttet til helsefremmende arbeid.

Definisjonen fra Helsedirektoratets veileder (2011, IS-1589) God klinisk praksis i tannhelsetjenesten har følgende definisjon på akseptabel oral helse som innebærer at brukeren:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene

Nødvendig tannbehandling i klinisk arbeid er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse (2011).

WHO's definisjon på oral helse er:

«Å være fri for smerter i munn og ansikt, kreft i munnhule og svelg, orale sår, medfødte defekter som for eksempel leppe-kjeve-ganespalte, periodontal sykdom, karies, tanntap og andre sykdommer og tilstander som påvirker munnhule og svelg. Risikofaktorer for orale sykdommer er de samme i alle aldre, inkluderer usunt kosthold, røyking, overforbruk av alkohol, og mangel på oral hygiene». (World Health Organisation, http://www.who.int/topics/oral_health/en/)

2.3 Definisjon av det tannpleiefaglige

Tannpleieren skal kunne kartlegge helseatferd, utvikle og initiere helsefremmende og sykdomsforebyggende prosjekter og lede folkehelsearbeid i befolkningen. Tannpleieren skal kunne gi helseinformasjon, ivareta individet og veilede etter etiske prinsipper, prioritere tverrfaglig samarbeid og samhandle i team. Tannpleierens hovedoppgaver er å fremme oral helse og livskvalitet, forebygge tannsykdommer, diagnostisere, behandle og utføre kliniske oppgaver i tenner og munnhule. Tannpleieren skal utvikle samfunnsforståelse, ha innsikt i helsepolitikk og ulike verdisyn for å utvikle en profesjonell holdning til mennesker. I tråd med myndighetenes anbefalinger skal helsearbeidere arbeide forskningsbasert og kunne delta i utviklingsarbeid.

2.4 Helseatferd og helseopplysning

Helseatferd defineres som atferd som kan forbedre eller opprettholde helse (Taylor 2008). Manglende eller dårlig helseatferd kan ha betydning for utvikling av sykdom og ha sammenheng med dårlige helsevaner. Helsepsykologi skiller mellom helsefremmende atferd og helsereduserende atferd. Helsearbeidere er primært opptatt av hvordan og hvor helseatferd læres, opprettholdes som vane og/eller hvordan den endres. Helseopplysning er et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet og det handler om læring i vid forstand, og ikke bare formidling av informasjon og opplysninger (Mæland, 2005). Stortingsmeldingen om

Folkehelsepolitikken (St.meld. nr.16, 2002) påpeker at påvirkning av levevaner og levekår er nødvendig, mens den psykiske helsen påvirkes gjennom tilrettelegging for mestring av gode opplevelser. Intensjonen med mestringsopplevelse er økt selvfølelse, ivaretagelse av menneskeverd, opplevelse av trygghet og respekt. Helsefremmende arbeid blir dermed en prosess der folk blir i stand til å øke kontrollen over egen helse.

2.5 Relevant kompetanse

Når helsearbeidere arbeider i ulike praksiser utvikles det forskjellige forestillinger om hva som er relevant kompetanse, og hva som er faglig forsvarlig virksomhet. Fra dette perspektivet hevdes det at den profesjonelle kompetansen blir individuell og sosialt konstruert sett ut fra praktiske erfaringer, faglig kommunikasjon og relevant forskning, og dermed vil variere fra person til person (Fauske et al. 2006). Ved at profesjonsfagene gir kvalifikasjoner og autorisasjon for et bestemt yrke innebærer det ikke bare å beherske

teorier og metoder og omsette dette til praktisk handling. Det handler også om systematisk refleksjon, tolkninger og vurderinger om praksis, slik at ny kunnskap og nye erkjennelser kan konstrueres og ta form. Det å kunne anvende teoretiske kunnskaper for å forbedre og utvikle egen virksomhet og praksis som f. eks er knyttet til pasientvirksomhet, vil være av like stor betydning for den enkelte som for fellesskapet. Erfaringsbasert kunnskap er en vesentlig del av all praktisk kunnskap. Dette vises i handling, og blir synliggjort ved beskrivelse av ulike yrkesmessige problemstillinger og refleksjoner (Hiim og Hippe, 2001). Ethiske og lovpålagte krav skal inngå naturlig i tannpleierens yrkesrolle. Knyttet til etiske utfordringer vil refleksjon og samtale med relevante partnere kunne bidra til ny innsikt og forbedret praksis. Utvikling av selvstendighet i yrkesrollen innebærer større ansvar. Det er derfor viktig at det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet i tannhelsetjenesten blir ytterligere

prioritert. Da vil helsegevinsten ikke bare være at den orale helsen forbedres, men også økt livskvalitet og bedret generell helse. Det å kunne observere, vurdere, evaluere og kunne vise til eksplisitte resultater vil være av vesentlig betydning for tannpleieren innen folkehelsearbeidet. Når flere helsearbeidere med økt bevissthet og kompetanse innen folkehelsearbeid arbeider tverrfaglig på en dynamisk måte, vil partnere kunne dra veksel på hverandres kompetanse. Ved å prioritere folkehelsebevisste helsearbeidere, slik som tannpleiere, inn i helseforvaltningen, lederstillinger, i undervisning og forskning, kan dette bidra til raskere implementering av helsefremmende og sykdomsforebyggende fagkunnskap og perspektiver. Forskning gir mer direkte muligheter for utvikling av fagfeltet og formidling av kunnskap. Mer bevisste og konkrete prioriteringer fra myndighetenes og arbeidsgiveres side kan bidra til at tannpleierens kompetanse kan bli benyttet i enda større grad enn i dag.

Del I – kort oppsummering

- Tannpleieren må ha flere fokus samtidig, å forebygge sykdom, veilede, behandle og pleie i tillegg til å fremme helse. Veiledning og kommunikasjon er sentralt i tannpleierfunksjonen.
- Tannpleierens hovedfunksjon blir primært å ha et helsefremmende og tannpleiefaglig perspektiv hvor pasienten blir møtt som et likeverdig og selvstendig individ. Som folkehelsearbeider arbeider tannpleieren tverrprofesjonelt og tverrsektorielt og samarbeider med ulike yrkesgrupper.
- Tannpleieren er en autonom helsearbeider som arbeider selvstendig eller i team og utfører arbeid på delegasjon fra allmenntannlege og/eller spesialist. Slik arbeidsgruppen ser det, blir den profesjonsfaglige kompetansen enda viktigere i tiden framover.
- Å utøve kunnskapsbasert tannpleie i praksis er å ta tannpleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.
- Ved å prioritere folkehelsebevisste helsearbeidere som tannpleiere inn i helseforvaltningen, lederstillinger, i undervisning og forskning, vil dette bidra til raskere implementering av helsefremmende og sykdomsforebyggende fagkunnskap og perspektiver.
- Tannpleierens yrkesprofesjonalitet, fag og utdanningsgrunnlag må være forankret i lovverk og politiske føringer, og med faglig tydelighet fra yrkesgruppen selv for å oppnå utvikling innen faget og funksjonen.

DEL II – 3.0 Tannpleieren som helsearbeider

Tannpleierens funksjon knyttes opp til samfunnsmessige krav, lovverk, offentlige utredninger og rapporter hvor økt vektlegging av folkehelse står sentralt. I tråd med folkehelsemeldingen (Meld. 34 (2012-2013)), samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) slås det fast økende behov for forebyggende tjenester, samhandling på tvers, mer helhetlig folkehelsearbeid, herunder økt behov for tannpleierkompetanse og kunnskap. Arbeidsdeling/arbeidsglidning og ulike studier presenteres, likeså viktigheten med komplementære kunnskaper også i tannhelsetjenesten.

3.1 Etikk, pasient- og brukerrettigheter

Formålet med etiske retningslinjer er primært å sikre pasienten en faglig forsvarlig behandling som tar utgangspunkt i pasientens psykiske, fysiske og sosiale forhold. Målet er at våre yrkesetiske retningslinjer skal være en rettesnor og et fundament i arbeid som tannpleier. Pliktetikken innebærer å godta noen allmenngyldige moralregler, som gir et bestemt grunnlag for våre handlinger. Konsekvensetikken beskriver konsekvensene av de handlingene man utfører. De fleste tannpleiere arbeider nok etter begge prinsipper avhengig av hvilke situasjon de er i. Hovedmålet må likevel være å utøve yrket med tanke på pasientens ve og vel.

3.1.1 NTpFs yrkesetiske retningslinjer

Utdrag av retningslinjer som finnes på www.tannpleier.no:

Tannpleieren og profesjonen

- Tannpleieren må til enhver tid holde seg faglig oppdatert innen eget fagfelt.
- Tannpleieren må være orientert om

utvikling, forskning og praksis innen sitt funksjonsområde

- Tannpleieren må bidra til fagutvikling og at ny kunnskap innarbeides og brukes i praksis

Tannpleieren og pasienten

- Tannpleieren skal vurdere de enkelte arbeidsoppgaver i forhold til sitt kompetanseområde og plikter å henvise videre hvis dette er nødvendig.
- Tannpleieren plikter å sette seg inn i og overholde sin taushetsplikt fastsatt i Lov om helsepersonell og forvaltningsloven. Dette innebærer at vi skal verne om pasientens og pårørendes opplysninger
- Tannpleieren skal gi et likt behandlingstilbud til alle pasienter uansett livssyn og personlige oppfatninger
- Tannpleieren skal opptre hensynsfullt og taktfullt overfor pasienten, også når det gjelder personlige og/eller familiære forhold
- Tannpleieren skal medvirke til at pasienten får nødvendig kjennskap til sine rettigheter
- Tannpleieren skal ved begynnelsen av behandlingen informere pasienten om behandlingens omfang og kostnad
- En tannpleier som mener at en pasient blir utsatt for uhensiktsmessig behandling må meddele dette til sin overordnede etter at partene det gjelder er informert. Dette gjelder også behandling som strider mot faglige, etiske eller juridiske normer.

3.2 Nyere offentlige føringer

I Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* skisseres innledningsvis noen av de utfordringer vi står overfor i dag: «.....Med flere eldre blir det stadig flere pasienter med kroniske lidelser. Dagens

og fremtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner. Levevaner påvirkes av det sosiale miljøet og henger derfor sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner viser at atferd styres av både individuelle valg, levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser».

Flere offentlige utredninger, dokumenter og rapporter påpeker et økende behov for sykdomsforebyggende og helsefremmende tjenester, inklusive tannpleiertjenester i årene framover. En tannpleier og øvrig tannhelsepersonell må i sin yrkesutøvelse blant annet være kjent med aktuelt lovverk som helsepersonelloven, tannhelsetjenesteloven, folkehelseloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. I St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Framtidas tannhelsetjenester*; St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen og Nasjonal helse og omsorgsplan* (2011-2015) og Meld. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen Gode liv - felles ansvar* blir det gitt retning for helse og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet framover. Utredningene viser målene, utfordringene og skisserer nødvendige tiltak.

St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Framtidas tannhelsetjenester* poengterer at tannpleiere i større grad skal arbeide i førstelinjetjenesten og i det generelle folkehelsearbeidet. St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* ønsker å sikre helhetlige og sammenhengende gode tjenestetilbud tilpasset brukeren, og helse- og omsorgssektoren skal ses mer i sammenheng med andre

samfunnsområder. Reformen består av blant annet av rettslige virkemidler i form av to nye lover; folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven (2012). De organisatoriske virkemidler som er innført er individuelle samarbeidsavtaler, mer aktiv dialog med bruker/pasient og samarbeid med lokale medisinske sentra.

Gjennom Meld. St. 16 *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011-2015) har regjeringen lagt opp kursen for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenesten. I Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* påpekes det at Norge i likhet med andre land i Vest-Europa trenger tilstrekkelig tilgang på personell med god tilpasset kompetanse. Det er ønskelig med styrket kompetanse på ulike områder på toppen av den profesjonsfaglige breddekompetansen bachelorutdanningene har. Med høyere kompetansekrav vil det være økt behov for fordypning innen enkeltfag i tillegg til spisskompetanse i form av mastergradsutdanninger og/eller Ph.D studier. Hver yrkesgruppe har et fagområde som representerer kjernekompetansen i profesjonen.

3.3 Folkehelseutfordringer

Til tross for flere gunstige endringer i kostholdet har mange fortsatt et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, diabetes type 2 og beinskjørhet. Flere ernæringsrelaterte problemer forekommer hyppigere hos noen grupper av innvandrere (Helsedirektoratet, 2010 IS-1846 Rapport). Videre øker rusproblemer og psykiske lidelser. Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer, økonomiske og sosiale problemer. Det viser seg at langtidsmottakere av dagpenger og sosialhjelp har langt større helseproblemer enn befolkningen

for øvrig (Meld. St. 13 (2011-2012)).

Det er av overordnet betydning å få integrert helsefremmende og sykdomsforebyggende holdninger og atferd i befolkningen og i kulturen som helhet (Mæland 2010). Helsevaner som integreres vil kunne utføres naturlig uten at det oppleves som press eller stress. Det å fremme helse er et felles ansvar for samfunnet som helhet, for politikere, befolkningen og helsearbeidere. Et slikt felles fokus kan bidra til å redusere stigmatisering overfor enkelte befolkningsgrupper.

Dette krever en god integrering av folkehelsearbeidet både i kommunene og i fylkesplanarbeidet og et tettere samarbeid med tannhelsetjenesten. Tannpleieren trenger å få styrket sin faglige identitet og autoritet gjennom en formell satsing på yrkesgruppen. Dette kan realiseres med flere ledende stillinger for tannpleiere med faglig ansvar, på linje med for eksempel helsesøstre, fysioterapeuter og sykepleiere.

Folkehelsearbeidet har de siste årene hatt en positiv dreining mot faktorer som påvirker helsen i motsetning til kun å ta utgangspunkt i bestemte sykdommer, noe som tidligere var normen. I tannhelsetjenesten er det viktig å oppvurdere forskjellen i faglig tenkning, vurdering og tolkning yrkesgruppene imellom, og se på slike komplementære kunnskaper som en styrke for organisasjonen. Ulike innfallsvinkler er knyttet til hvordan en løser kliniske oppgaver og til kjernekompetansen i profesjonen hvor ulike faglige perspektiver inngår.

Tannpleierrollen blir fortsatt delvis formet av en annen yrkesgruppe og dermed ut fra en naturvitenskapelig,

biomedisinsk og kurativ tenkemåte. Om tannlegen som nær samarbeidspartner ikke kjenner tannpleierens vitenskapelige forankring og speiler tannpleierens yrkesutøvelse negativt, vil dette falle svært uheldig ut for tannpleierens arbeidsutøvelse. Utvikling av autonomi og selvstendighet i yrkesrollen krever forståelse og respekt fra nærmeste samarbeidspartnere og overordnede. En mer systematisk omlegging faglig, strukturelt og organisasjonsmessig for å oppvurdere det helsefremmende arbeidet kan være påkrevet for at klinisk tannpleie og det helsefremmende perspektiv skal få sin rettmessige plass.

3.4 Arbeidsdeling

Det er tre yrkesgrupper som er autorisert til å utøve tannbehandling i Norge; tannpleiere, tannleger og tannlegespesialister. I 2011 var det i alt 1259 praktiserende tannpleiere i Norge, og dette tilsvarer 3960 innbyggere pr tannpleier. Til sammenligning var det i alt 4888 praktiserende tannleger, og dette tilsvarer 1020 innbyggere pr tannlege.

Tannpleiere har et sykdomsforebyggende og helse-fremmende hovedfokus, mens tannlegene er utdannet til å ha et reparativt behandlingsfokus. Tannpleiere er tiltenkt en sentral rolle i tannhelsetjenesten som aktiv medspiller i det generelle folkehelsearbeidet, og som kliniker med et tilsyns-, behandlings- og populasjonsansvar.

St.meld.nr 35 (2006-2007) *Framtidas tannhelsetjenester* fremhever ønske om mer effektiv oppgavefordeling mellom tannpleier og tannleger, og begrunner det med tannhelseutviklingen i befolkningen. Regjeringen ønsker å tilrettelegge for endringer i

oppgavefordelingen gjennom økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og refusjonsrett for behandling som tannpleier er kvalifisert til å utføre og hvor trygden yter stønad. I innstillingen fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i folketrygdloven *Stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier* (Innst. 65 L (2012-2013)) foreslås en ny bestemmelse som åpner for at det ytes stønad til undersøkelse og behandling for sykdom hos tannpleier på selvstendig grunnlag. Forslaget innebærer at innbyggerne gis muligheter til likeverdig tilgjengelighet til undersøkelse og behandling av periodontitt, uavhengig av om behandlingen utføres av tannlege eller tannpleier. I innstillingen henvises det blant annet til NTPFs undersøkelse fra 2011 som viser at en betydelig del av tannpleiernes arbeidsoppgaver i privat sektor består av periodontal behandling, veiledning og støttebehandling. I tillegg til likeverdig tilgjengelighet i geografisk sammenheng sier helse- og omsorgskomiteen at eventuelle endringer i regelverket også vil kunne bidra til å øke valgmulighetene når det gjelder valg av behandler (Innst. 65 L (2012-2013)).

Gjennom regionalpolitiske virkemidler ønskes det å legge til rette for strukturendringer i distriktene som en forutsetning for bredere teamsammensetning og bedre rekruttering. Det legges også opp til økonomiske støtteordninger ved etablering av egen praksis i distriktene for tannpleiere. Gjennom en økning i utdanningskapasiteten for tannpleiere i kombinasjon med uendret utdanningskapasitet for tannleger mener myndighetene at en strukturereform kan bli en realitet (St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Framtidas tannhelsetjenester*).

Dette er begrunnet med blant annet at tannhelsekontrollene i framtiden

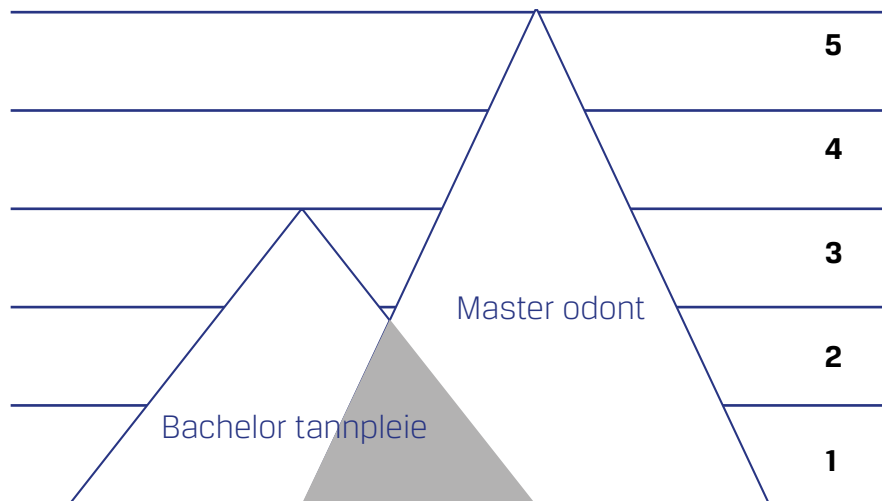


Fig. 3 Ulikheter i fag ved grunnutdanningen Bachelor i tannpleie og Master i odontologi. Tannpleie er en folkehelseorientert utdanning, med en humanistisk, helsefremmende og samfunnsvitenskapelig orientering/forankring. En tannlegeutdanning er i mye større grad naturvitenskapelig og teknisk orientert/forankret. Det skraverte feltet er felles kunnskapsområde for yrkesgruppene, teori og klinikk (Modifisert etter Hansen, 2008).

vil være mer friskhetskontroller framfor sykdomskontroller: «Det største potensialet for god oral helse ligger i spenningsfeltet mellom det helsebevarende og det behandlende fokus i tannhelsetjenesten. Hyppige undersøkelser hos behandlere leder til flere beslutninger om inngrep. Det er derfor viktig at regelmessige tannhelsekontroller foretas av personer med forebyggingskompetanse. Det 21. århundre har et helsepotensial som ligger i hendene på en velutdannet befolkning med solid støtte av en solidarisk helsepolitikk, og en helsefremmende førstelinjetjeneste og en behandlingskompetent annen linjetjeneste» (Holst, Schüller og Gimmestad, 2004).

Både rapporter fra Helse- og omsorgsdepartementet (2003) og Helsedirektoratet (2003) omtaler økt arbeidsdeling mellom tannleger og tannpleiere, og studiene til Wang

og Toven (2006) og Abelsen (2007) understøtter dette. Helsedirektoratet (2003) anslår at et hensiktsmessig forholdstall mellom tannleger og tannpleiere i Norge kan være fra 1:1 til 3:1.

I studien til Wang og Toven (2006) opplyser flere av tannpleierne at de ikke fikk benyttet sin kompetanse fullt ut i arbeidsforholdet. Studien til Abelsen (2007) viser at tannlegen foretrekker å utføre arbeidsoppgaver som tannpleieren er vel kvalifisert for, og tannlegen ønsket ikke så mange kompliserte arbeidsoppgaver utover det de har i dag. Wang og Toven (2006) konkluderer i sin studie at det er ubenyttet tannpleierkompetanse i Norge. Tannpleierne som deltok i undersøkelsen oppga høyere lønn og varierte arbeidsoppgave som viktigst for trivselen. Dette er faktorer som myndigheter og arbeidsgiver kan gjøre noe med.

Wang og Toven (2006) sier videre i sin studie at i tillegg til forebyggende arbeid brukes tannpleiere i førstelinjetjeneste og i økende grad i private praksiser. Tannpleieren undersøker pasienter og diagnostiserer de vanligste sykdommer i tenner og munnhule, utfører forebyggende behandling og henviser videre til tannlege ved behandlingsbehov. Tannlegene kan dermed konsentrere sine ressurser og kapasitet til pasienter som krever større odontologisk kompetanse. Wang og Toven (2006) påpeker at hensiktsmessig oppgavefordeling er positivt for å kunne gi et godt tannhelsetilbud av god kvalitet og økt ressursutnyttelse. Dessuten vil hensiktsmessig oppgavefordeling bidra til fleksibilitet og variasjon, slik at den enkelte yrkesutøver får utnyttet og videreutviklet sin kompetanse.

Wang og Toven (2006) sier som nevnt over i sin studie at tannpleieren ikke alltid får brukt sin kompetanse. Det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet kan prioriteres ytterligere og implementeres via tannpleierne. Det utdannes få tannpleiere i Norge. Det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet er et lite synlig område som ikke gis høy prioritet (Mæland 2010). I forarbeidene til folkehelseloven kom det fram at det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet er vanskelig å synliggjøre. Og det kan være et problem å kunne vise til konkrete resultater slik som ved kurative tjenester.

I tidligere tannhelsetjenesten Oslo KF (nå: Helseetaten), har det vært gjennomført i flere år at tannpleiere arbeider i førstelinjetjeneste og undersøker pasienter og skal ferdigbehandle minst 50 prosent av pasientene i gruppe A,

barn og ungdom fra 0-18 år. Det viste seg at 56 prosent ble ferdigbehandlet av tannpleiere i 2007. Direktøren i Oslo påpekte at tannhelsetjenesten Oslo KF er en av landets mest kostnadseffektive. De har ny klinikkstruktur, individuelle innkallingsintervaller og gjennomfører LEON-prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå (Årsberetningen Oslo KF, 2007).

Det er her spesielt viktig å påpeke at tannhelsekontroller som i dag utføres både av tannleger og tannpleiere, kun inneholder tilfeldig helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. En screening kan gjøres om til en undersøkelse der målet blir å fremme helse og forebygge sykdom, i tillegg til å diagnostisere karies, periodontitt, slimhinnelidelser og bittavvik.

Det er gjennomført enkelte undersøkelser for å belyse innholdet i og omfanget av oppgaver i den kliniske yrkesutøvelsen til tannpleiere som har relevans for vurderingene som ligger bak forslag til endret arbeidsfordeling (Abelsen 2007, Wang og Toven 2006, NTpF 2011). Den første undersøkelsen (Abelsen 2007) viste at tannleger i både offentlig og privat virksomhet i 2005 brukte nær 40 prosent av sin arbeidstid på undersøkelse/screening og enklere behandling. Over halvparten av både tannlegene og tannpleierne mente at mer av de kliniske arbeidsoppgavene, kategorisert som undersøkelse/screening og relativt enkel behandling, i langt større grad kan overføres til tannpleiere. Den andre studien (Wang og Toven, 2006) viste tilsvarende resultater.

Tannpleierne som yrkesgruppe vil trenge et mer egendefinert, utvidet og dermed forutsigbart yrkesfelt hvor langsiktig planlegging og arbeidsoppgaver i henhold til utdanningsnivå blir benyttet fullt ut.

3.5 Utvikling av tannpleierfunksjonen

Tannpleierens profil vil være styrt fra et helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv, uansett hvilken funksjon tannpleieren i realiteten har. Kunnskapsgrunnlaget til profesjonsfagene er i dag svært sammensatt og spenner over et bredt felt. Helsearbeiderne opplever i dag mange ulike forventninger når de begynner å arbeide etter fullført utdanning. Helsefagyrkene krever derfor i dag en kompetanse som er sammensatt av flere fagområder. Innholdet hentes som oftest fra biopsykososiale og humanistiske fag knyttet til samfunnsvitenskap - og/ eller biomedisinske fag knyttet til naturvitenskap. Helsearbeiderens egen forståelse, tolkning og anvendelse av kunnskap, kompetanse, etikk der autonomi er sentralt, vil være nøkkelbegreper for hvordan yrket utøves. Om samfunnsfag med humanistisk verdiforankring ikke er prioritert og vektlagt i tilstrekkelig grad, vil dette vise seg i hvordan helsearbeideren utøver sin rolle og funksjon. Betydningen av å kunne være bevisst et humanistisk verdisynt vil ivareta det menneskelige perspektiv, og dette er dermed overordnet all virksomhet tannpleieren utfører.

3.5.1 Taus kunnskap

Taus kunnskap er erfaringsbasert kunnskap. Den tause kunnskapen er vanskelig å uttrykke og forklare med begreper. Det motsatte av taus kunnskap er eksplisitt kunnskap som kan uttrykkes klart og tydelig. Dette er for eksempel medisinske sammenhenger som beskrevet i en bok. En tannpleier inngår ofte i praksisfelleskap og prosjekter hvor mye læring skjer, og hvor «taus kunnskap» blir erfaringsbasert viten

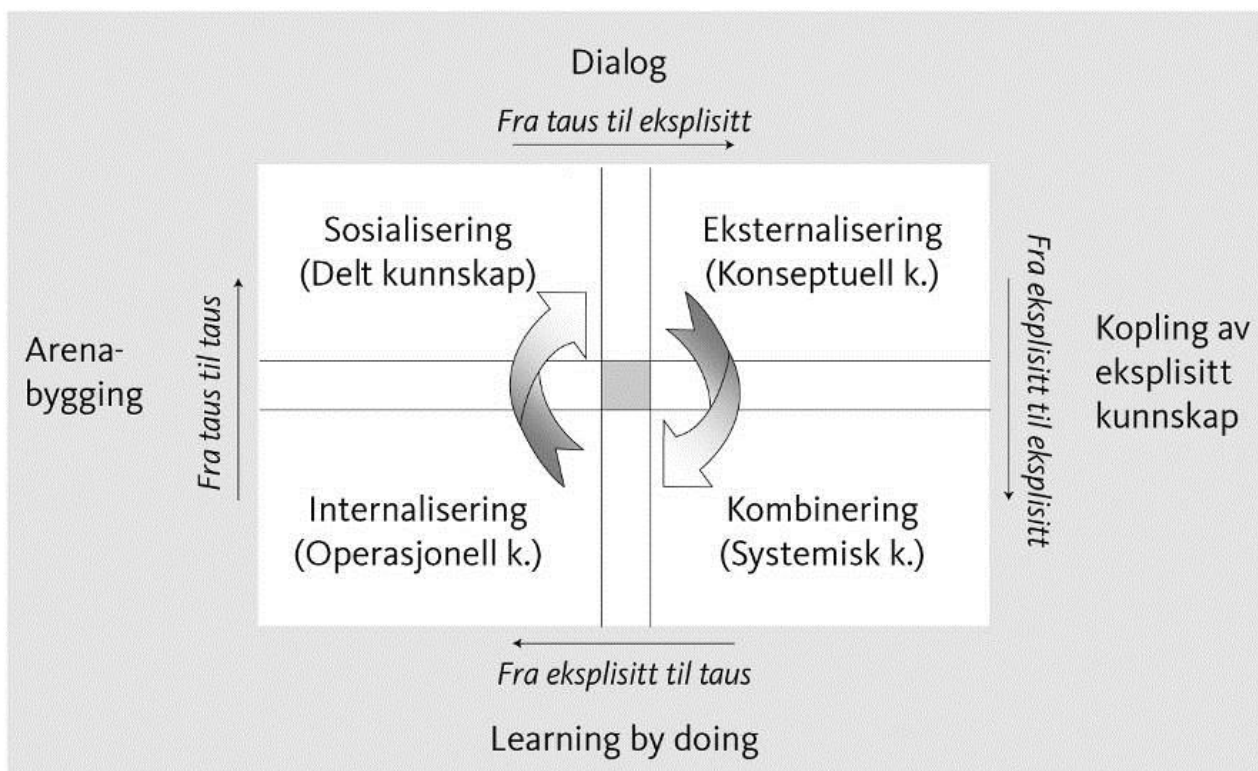


Fig 4 KUNNSKAPSSPIRALEN (Nonaka & Takeuchi 1995 i Siggard Jensen et.al. 2004, bearbeidet)

om hvordan ulike oppgaver løses. Begrepet taus kunnskap er personlig, et subjektivt fenomen som består av innsikt, intuisjon og «magefølelse» hos den enkelte. Taus kunnskap tar form som mentale modeller i underbevisstheten, og vises gjennom praktiske ferdigheter og handlinger som er vanskelig å formalisere og kommunisere (Nonaka & Takeuchi, 1995). En tannpleier som veileder en tannpleierstudent vil beskrive muntlig ulike kliniske prosedyrer hvor ulikt håndlag i kliniske situasjoner vises. Dette kan være vanskelig å nedfelle skriftlig, men tannpleieren forteller hva hun/han gjør, og studenten og eventuelt kolleger tar disse «tipsene» med seg videre inn i sin yrkesfunksjon. Tannpleierens tause kunnskap kan uttrykkes mer eksplisitt ved å tilføre

nødvendig kunnskap til praksisfeltet og bidra med nyttig kompetanse som kan videreføres om den blir uttalt og satt i system. Kunnskapsspiralen (Nonaka & Takeuchi 1995) er eksempel på hvordan en forestiller seg at taus kunnskap (implisitt) kan bli mer uttrykt og tydelig (eksplisitt). Kunnskap følger her en sirkel, der implisitt (taus kunnskap) blir mer eksplisitt kunnskap, mens den eksplisitte kunnskap nå blir ”re-internalisert” og blir igjen implisitt kunnskap. Taus kunnskap blir oppfattet av mange på feltet som internalisert kunnskap (ibid).

3.6 Tannpleierens lederfunksjoner

Som autorisert tannpleier fatter tannpleieren beslutninger av

faglig art, og er ansvarlig for sine faglige vurderinger i henhold til helsepersonell-loven, tannhelsesloven og annet lovverk og de til enhver tid eksisterende forskrifter og retningslinjer. Helsefremmende arbeid dreier seg mye om forandningsprosesser, hvor økt kontroll over egen helse med bedre livskvalitet og trivsel er hovedmålet. Mennesker inngår alltid i en kontekst, og dette krever at tannpleieren finner fram til ulike handlemåter som harmoniserer med dem vi skal samhandle med. Wadel (2002) sier at dette er et krevende fortolkningsarbeid hvor man stadig må mobilisere atferd rettet mot å lære om personen, og samtidig være åpen for å lære mer om seg selv som helsearbeider og menneske. I folkehelsearbeid og arbeid i første linje er dette en nødvendig

forutsetning for å nå målet.

Ofte er det frontpersonell, førstelinjepersonell, som opptrer som læringsledere, for eksempel helsesøstre, sykepleiere og tannpleiere som veileder personer og pårørende. I førstelinjefunksjonen sier Wadel (2002) at personen må kunne tolke signaler, både verbale- og nonverbale, kunne mestre å gå inn i vanskelige situasjoner og forsøke å få til dialog og veilede. Tannpleieren er i sin yrkesfunksjon

både læringsleder, prosjektleder, teammedlem, leder og arbeider med selvledelse. I tannpleierfunksjonen på klinikk inngår tannpleieren ofte i pasientbehandlingsteam og produksjonsteam, kan være klinikkleder, veileder og/eller koordinator. Førstelinjefunksjonen er en lederfunksjon, siden fagutøveren (her tannpleier) må ta raske beslutninger, være læringsleder og pedagogisk leder/veileder og bringe tilbake

informasjon av betydning til ledelsen i organisasjonen både formelt og uformelt (Wadel, 2000).

I kapittel 6 beskrives ledelse og tannpleier, læring, og makt i organisasjoner og teamsamarbeid.

Del II – kort oppsummering

- Tannpleierens funksjon knyttes opp til samfunnsmessige krav, lovverk, offentlige utredninger og rapporter hvor økt vektlegging av folkehelse står sentralt. Målet er at våre yrkesetiske retningslinjer skal være en rettesnor og et fundament i arbeid som tannpleier.
- Tannpleieren trenger å få styrket sin faglige identitet og autoritet gjennom en formell satsing på yrkesgruppen. Dette kan realiseres med flere ledende stillinger for tannpleiere med faglig ansvar, på linje med for eksempel helsesøstre, fysioterapeuter og sykepleiere.
- Tannpleierrollen blir fortsatt delvis formet av en annen yrkesgruppe. Om tannlegen som nær samarbeidspartner ikke kjenner tannpleierens vitenskapelige forankring og speiler tannpleierens yrkesutøvelse negativt, vil dette falle uheldig ut for tannpleierens arbeidsutøvelse.
- Om tannpleieren undersøker flere pasienter og diagnostiserer de vanligste sykdommer, utfører forebyggende behandling og veiledning samt henviser videre til tannlege ved behandlingsbehov, kan tannlegene dermed konsentrere sine ressurser og kapasitet til pasienter som krever større odontologisk kompetanse. Forholdstallet mellom tannleger og tannpleiere kan endres i Norge ved at det utdannes flere tannpleiere. En tannpleier inngår ofte i praksisfelleskap og prosjekter hvor mye læring skjer, og hvor «taus kunnskap» blir erfaringsbasert viten om hvordan ulike oppgaver løses.
- Som autorisert tannpleier fatter tannpleieren beslutninger av faglig art, og er ansvarlig for sine faglige vurderinger i henhold til helsepersonell-loven, folkehelseloven, tannhelseloven og annet lovverk og de til enhver tid eksisterende forskrifter og retningslinjer.
- Helhetlig folkehelsearbeid betyr større behov for tannpleierkompetanse og kunnskap, jf samhandlingsreformen og folkehelsemeldingen. Mer arbeidsdeling og komplementære kunnskaper må tas i bruk i tannhelsetjenesten.
- Tannpleieren er i sin yrkesfunksjon både læringsleder, prosjektleder, teammedlem, leder og arbeider med selvledelse. I tannpleierfunksjonen inngår tannpleieren ofte i pasientbehandlingsteam og produksjonsteam, og kan være klinikkleder, veileder og eller koordinator.
- I førstelinjefunksjonen må tannpleieren tolke signaler, kunne gå inn i vanskelige situasjoner og kunne gi veiledning. Førstelinjefunksjonen er en lederfunksjon, siden fagutøveren (her tannpleier) må ta raske beslutninger, være læringsleder, pedagogisk leder/veileder og bringe tilbake informasjon av betydning til ledelse i organisasjonen både formelt og uformelt.

DEL III – 4.0 Kompetansebehov innen folkehelsearbeid og helsefremmende virksomhet

I del 3 omtales nødvendig og ønsket kompetanse innen aktuelle områder som folkehelsearbeid og helsefremmende virksomhet. Når det gjelder innretningen innen folkehelsearbeid vil det blant annet være et økt kompetansebehov for tannpleiere. Dette gjelder innen planprosesser, bruk og analyse av helsestatistikk, flerkulturell forståelse, samt utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid på tvers av etats- og sektorgrenser. Her kommer bruk av nye virkemidler og strategier inn i tillegg til mer bevisst bruk av ulike fagområder som samfunnsmedisin, etikk og fordypning i klinisk tannpleie og odontologiske fag. På denne måten vil flere nye fagområder kunne brukes for å konstruere nye fagsynteser til fordel for utvikling av helsefremmende perspektiv i tannhelsetjenesten. «Helse- og velferdstjenestene blir mer og mer kompliserte og utfordringene mer sammensatte. Det er derfor avgjørende at tjenestene forholder seg systematisk til kunnskap» (Meld. St. 13, 2011-2012).

Det er nødvendig å arbeide målrettet med kompetansegivende etter- og videreutdanninger for tannpleiere, og at arbeidsgivere, helse- og utdanningsmyndigheter bidrar økonomisk i forhold til kompetanseløft med å fremme den orale helsen og livskvaliteten i befolkningen.

Det er et ønske at både den økonomiske og faglige satsningen rettes direkte inn mot yrkesgruppens erkjente og opplevde behov. Gjennom flere nasjonale satsninger, blant annet gjennom *Kompetanseløftet 2015* i St. meld. nr. 25 (2005-2006), er det gitt spesielle tilskudd for å øke kunnskapsnivået og kvaliteten i helsetjenesten. Andre yrkesgrupper, blant annet tannleger,

har mottatt bevilgninger til systematisk videreutdanninger over statsbudsjettet gjennom flere år. Tannpleiere har imidlertid ikke blitt prioritert.

4.1 Helse

Tradisjonelt og sett fra et biomedisinsk og naturvitenskapelig synspunkt har begrepet helse vært forbundet med det å være frisk og det normale, og er derfor forenelig med en optimal funksjon. Helsebegrepet i dag er utvidet og inneholder mye mer, både sosiale og personlige ressurser er nå også knyttet til helsebegrepet. Helse er ikke bare fravær av sykdom, det er også velbefinnende, livskvalitet og en ressurs som kan anvendes (Mæland, 2010). Ifølge WHO's Ottawa-charter (1986) er helse en ressurs for dagliglivet, og derfor er ikke helse kun et mål i seg selv. Peter F. Hjorts (1994) definisjon av helse er: *‘Å ha overskudd i forhold til hverdagens krav’*. Her trekkes mestring inn som en betingelse for helse. Mestring er menneskets evne til å takle utfordringer som de står ovenfor samt opplevelse av at de har evnen til å ta kontroll over eget liv, styre det og ta egne valg og beslutninger (Brønstad og Skjetne, 2007). Det er dermed viktig å forstå sammenhengen mellom helse og mestringsevne og kunne koble dem

sammen. Helsebegrepet som blir brukt er viktig når sammenhengen mellom helse og livskvalitet skal studeres (Næss, Moum og Eriksen, 2011).

4.2 Generell livskvalitet

Begrepet livskvalitet er et subjektivt begrep som personen selv vurderer. Det gir indikasjoner på hvordan de opplever sine liv. Det kan dreie seg om å få tilfredsstilt behov av både biologisk, psykologisk, materiell, fysiologisk og/eller sosial art (Mæland 2002). Knyttet til utvikling og vekst vil livskvalitet være satt i sammenheng med selvfølelse, identitet og meningen med livet. Knyttet til mening vil elementer som det å være nyttig og opplevelse av aksept fra andre være av stor betydning. Ved at livskvalitet er definert som en subjektiv opplevelse, følger det også at opplevelsen ikke er direkte observerbar. Ofte vil en velge flere indikatorer for å beskrive livskvalitet. Innen medisin finnes mange eksempler på klinisk og objektiv dokumentasjon av smerte og en del andre subjektive fenomener som er målt uten å spørre pasienten direkte. I sosialvitenskap handler livskvalitet om en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet. Det handler om balanse mellom vonde og gode følelser. Siri Næss (2001) formidler at

	Fravær av sykdom	En ressurs	Velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet	Opplevd velvære Aktiv Gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødelegges av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

Fig. 5 Tre oppfatninger av helse. Modifisert etter Herzlich, 1973. (i Mæland 2010).

hun ser på begrepet livskvalitet som psykisk velvære.

Helserelatert livskvalitet bringer inn både fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige dimensjoner. For den enkelte vil sykdommens innvirkning på livskvalitet variere, samtidig som evnen til å mestre livet og den sosiale støtte kan variere. Gode helsevaner blir assosiert med bedre livskvalitet og bedre funksjonsevne på en rekke områder (Mæland, 2002). Det er derfor viktig at tannpleierne ivaretar et helhetsperspektiv, hvor livskvalitet er en naturlig vurdering i ethvert møte med personen.

4.3 Oral helserelatert livskvalitet

Oral livskvalitet måles i funksjon, smerte, psykologisk velvære og sosiale relasjoner. Studier viser at tyggefunksjon, psykologisk velvære og sosiale relasjoner har direkte innvirkning på livskvalitet (Dahl et al. 2011). Oral helserelatert livskvalitet (OHIP – Oral Health Impact Profile) handler om hvordan oral sykdom og behandling påvirker personens mestringsevne og

daglige funksjon. Det er personens egen vurdering av funksjonelle faktorer som tygging, biting, svelging og tale i tillegg til psykologiske faktorer som utseende, selvfølelse og sosiale funksjoner som utgjør den orale helserelaterte livskvaliteten. Hvordan opplevelse av smerte og ubehag påvirker trivselen kommer i tillegg. Hvis disse hensynene blir ivare tatt måler vi helserelatert livskvalitet (Inglehart and Bagamin, 2002). De hyppigst rapporterte problemene knyttet til redusert livskvalitet er fysisk smerte, psykisk ubehag og psykisk arbeidsuførhet. Individuer som vurderte sin orale helse som dårlig, rapporterte lavere oral helserelatert livskvalitet enn andre. Nesten alle voksne rapporterte at den orale helserelaterte livskvaliteten var god. Oral livskvalitet har innvirkning på generell livskvalitet (Dahl et al. 2012).

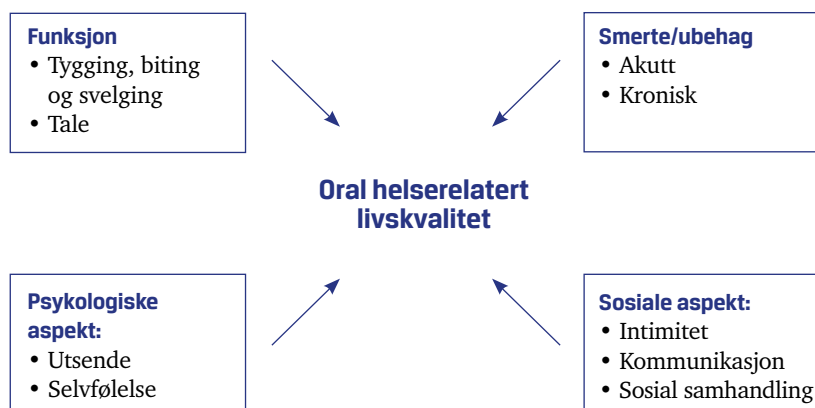
Det er viktig å skille mellom tannhelse og tannsykdom, ettersom det foreligger en betydelig forskjell i måten helse og sykdom måles (Holst, Skau & Grytten, 2005, Dahl 2011). Tannsykdom måles objektivt ved hjelp av kliniske og epidemiologiske undersøkelser. Oral helse måles ut fra en subjektiv

oppfatning av egen tannhelse (Holst & Dahl, 2008). Tannhelsen kan altså oppleves som god selv om vi har en tannsykdom. Oral helse er et utvidet begrep av tannhelse som omfatter både tenner, tannhelse og tilstanden i munnhulen (Lyshol & Biehl 2009). Tennene utgjør 24 % av den orale helsen.

Munnhule og tenner påvirker mange aspekter ved livet. Til tross for dette blir ikke alltid personens oppfatning tatt hensyn til. Oral helserelatert livskvalitet kan vurderes ved å spørre personen selv hvor fornøyd de er, og hvordan de selv vurderer sin orale helse. I motsetning til mål for tannsykdom, som kun viser sluttresultatet av ulike prosesser, kan helsemålinger benyttes til å se effekten av ulike intervensjoner og behandlinger. Dette vil således være et godt instrument i tannhelsetjenestens framtidige arbeid. Fokus på oral helserelatert livskvalitet krever forståelse av årsakssammenhenger og være imøtekommende på pasientens premisser (Holst & Dahl 2008, Dahl et al. 2011).

Livskvalitetsforskning har økt de senere årene og blir stadig tillagt større betydning ved evaluering av helsetilstand. I 2012 ble et nettverk for forskning innen livskvalitet opprettet ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Målet med det norske nettverket er å utvikle et forum for de som er interessert i helserelatert livskvalitetsforskning. Livskvalitetsforskning, "Quality of Life Research" er et av de strategiske satsingsområdene ved fakultet for helsefag ved HiOA, og i fremtiden vil det være et viktig utviklings- og satsningsområde for tannpleiere.

Fig. 6 Hovedkomponenter i oral helserelatert livskvalitet



4.4 Strategier og teorier i folkehelsearbeid

For tannpleiere kan det være viktig å orientere seg bredt ved både å kunne anvende epidemiologi og helsedeterminanter i forhold til det å kunne utøve helsefremmende virksomhet. Det vil være viktig å gå dypere inn i begrepene salutogenese og empowerment, som i følge WHO (1986) er viktige begreper for å kunne skape helsefremmende tiltak for hele befolkningen, grupper eller enkeltindivider. Fremdeles anvendes en paternalistisk og ekspertstyrt tilnærming til helsefremmende virksomhet, den er ennå i for stor grad styrt av risikotenkning, og dette ønsker WHO å endre i fremtiden (Gammersvik & Alvsvåg 2009).

4.4.1 Epidemiologi

Epidemiologi er i hovedsak studier av helsetilstand og sykdomsutbredelse i en befolkning, og av årsaker til sykdom og død. (Braut & Stoltenberg i Store Norske Leksikon 020213). Dette er et svært viktig redskap som frembringer data og statistikk for å kunne kartlegge folkehelsearbeid og er derfor et viktig grunnlag for planlegging av helsetjenester. Både det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet vil i større grad kunne være tjent med å kunne styres av epidemiologiske data. Epidemiologi handler om hele befolkninger og kunnskapen om hvilke faktorer som forårsaker sykdom og helse, og hvilken utbredelse dette har. Det vil være mulig å få kunnskap om grupper- eller hele befolkningen for deretter også å kunne overføre dette til enkeltpersoner (Mæland 2010). Epidemiologi kan brukes når vi skal se på resultatene etter planmessig eller systematisk påvirkning av sykdomsfremkallende

eller sykdomsforebyggende faktorer i befolkningen, f.eks. reduksjon i forekomsten av karies. Ved å bruke epidemiologiske data på en bevisst, målrettet og systematisk måte vil vi dermed kunne planlegge folkehelsefremmende prosjekter. Helse og fordeling av helse er påvirket av flere forhold. Enkelte påvirkningsfaktorer er individuelle, slik som kjønn, alder og genetiske forutsetninger, andre er mer generelle, slik som for eksempel miljø. Individuelle faktorer kan derfor ikke forklare de systematiske sosioøkonomiske forskjellene i helse i landet. Helse påvirkes i stor grad av sosiale faktorer, og av hvordan vi har laget systemer eller organisert samfunnet. Sosiale påvirkningsfaktorene kalles sosiale helsedeterminanter.

Helseårsakskjeden

Figuren under om Sammenhengende årsakskjede er hentet fra St. meld. nr 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Her er de sosiale helsedeterminantene gruppert i en tre-leddet årsakskjede av påvirkningsfaktorer, der noen av

faktorene er mer grunnleggende enn andre. Dette er en forenkling av en sammensatt og kompleks virkelighet der ofte flere forskjellige faktorer henger sammen. En slik forenklet fremstilling kan bidra til å belyse faktorer som i første omgang kan fremstå som en hovedårsak til sosial ulikhet i helse, som for eksempel røykemønsteret i befolkningen, men som allikevel kan være forårsaket av andre mer bakenforliggende årsaker slik som materielle, økonomiske, psykososiale og/eller sosiale og miljøbetingede forhold.

Dette området ligger primært utenfor helsesektorens ansvarsområde, men her må tannpleieren på samme måte ha oppmerksomhet rettet mot hele årsakskjeden bak et helseproblem, som den umiddelbare diagnostiserte årsaksfaktor. Her kan det vises til samarbeid med alle aktørene som ønsker å bidra positivt til helse i befolkningen.

Helse er et resultat av mange og som oftest komplekse årsakskjeder som går gjennom hele livet. Tiltak eller intervensjoner kan derfor rette seg mot

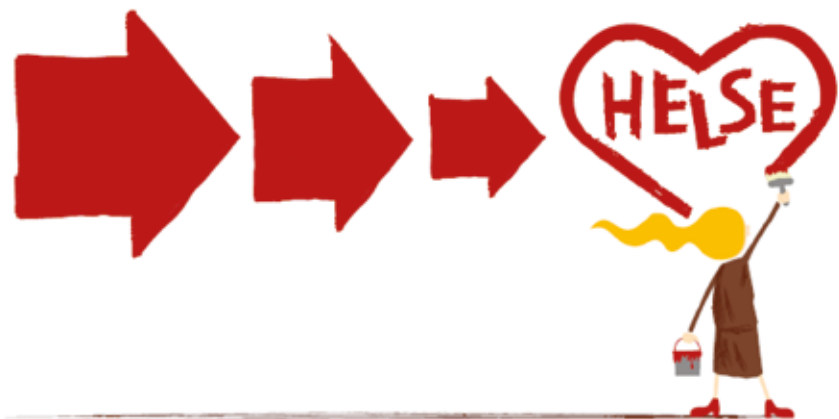


Fig. 7 Sammenhengende årsakskjede. Hentet fra: St. meld. nr 20 (2006-2007:6) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*

forskjellige deler av denne kjeden. Hvilke påvirkningsfaktorer eller helse-determinanter er viktige å fokusere på? Sammenhenger mellom økonomiske, kulturelle og sosiale helse-determinanter kan bidra til økt forståelse av årsaker og virkning knyttet til helse. Det er derfor avgjørende å kunne kartlegge og deretter bidra til å gjøre noe med de grunnleggende årsakene til dårlig helse og sosial ulikhet i helse. I tillegg er det viktig med spesiell oppmerksomhet rettet mot sosiale prosesser som påvirker helse.

Dersom tannpleier kan føre en bred tverrsektoriell dialog vil miljø og helse påvirkes gjensidig. Å fokusere på sosial konstruksjon av helse, betyr ikke at tannpleieren ikke skal være opptatt av risikofaktorer eller forebygging av konkrete sykdommer. En dialog om grunnleggende påvirkningsfaktorer på tvers av sektorer kan derimot bane vei for en bedre forståelse av mulige risikofaktorer. En utvidet forståelse av risiko vil muligens være et resultat av denne kartleggingen.

Oppsummering av helseårsakskjeden

1. Det første leddet (pilen lengst til venstre) omfatter tilgangen til økonomiske, materielle og sosiale ressurser, oppvekstvilkår; utdanning og arbeid.

Tiltak som kan påvirke dette grunnleggende leddet vil påvirke hele livsløpet. Dette er derfor effektive helsefremmende tiltak. Økonomisk og sosial trygghet er blant de grunnleggende forutsetningene for god helse og lik fordeling av helse. Materielle ressurser vil kunne påvirke både fysisk og psykisk helse. Det er vist at det er større helseplager og mer psykiske lidelser for personer med lav inntekt enn for de med høy inntekt.

2. Det midterste leddet i årsakskjeden

omfatter mer vanlige eller tradisjonelle helsepåvirkningsfaktorer.

Dette kan være helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Det finnes derfor mer inngående forskningslitteratur på dette området og derfor mer kunnskap om betydningen av slike faktorer knyttet til helse og/eller utvikling av sykdom. For eksempel vet vi mye om hvordan ernæring direkte påvirker enkeltmenneskets helse. Men siden kosthold i befolkningen også er påvirket av bakenforliggende årsaker som økonomi og utdanningsbakgrunn eller annet, er det ofte ikke tilstrekkelig å rette hele den forebyggende virksomhet alene kun mot dette ene leddet, som i dette tilfellet er ernæringsproblematikken, men kanskje isteden forsøke å finne mer bakenforliggende årsaker til helse eller uhelse?

3. Det siste leddet i årsakskjeden omfatter i hovedsak helsetjenesten.

Helsetjenesten er den mest direkte instansen og det er derfor enklest å føre flest målbare resultater fra denne. Til tross for at skader og sykdom behandles i helsetjenesten, vil det i størst mulig grad være viktig om disse kunne forebygges tidligere i årsakskjeden. Det er dermed viktig å kunne starte med tidlige tiltak/ intervensjoner tidlig for å kunne redusere presset mot en helsetjeneste som allerede er hardt presset. Flere pressgrupper vil gjøre seg bemerket, og om folkehelsearbeidet skal lykkes i fremtiden må dette viktige arbeidet settes i gang snarest, både på ledelse- og systemnivå. I tillegg er det vesentlig å prioritere personell, f.eks. tannpleiere, som kan forstå og bruke kompetanse knyttet til å fremme helsen i alle ledd. Dette kan bidra til å styrke et lavt prioritert folkehelsearbeid (Rapport Helsedirektoratet IS-1846, 2010).

4.4.2 Salutogenese

Innenfor det helsefremmende arbeidet har begrepet salutogenese, som er utviklet av Antonovsky i 1987, fått en sentral plass. Salutogenese handler om kilder til helse, eller hvordan skape helse (Antonovsky, 1991). Teorien handler om hva som gjør at mennesker holder seg friske til tross for ulike påvirkninger de blir utsatt for. Det å finne ut hvordan vi kan håndtere stress er derfor viktig i Antonovskys teori (ibid). Salutogenese er en viktig motvekt mot ”patologiseringen” og sykeliggjøringen i samfunnet. Den er ofte omtalt som motsatsen til et patogen perspektiv. Sentralt står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse, enn hva som forårsaker sykdom. I livet som helhet utsettes alle for stress. Hans teoretiske modell tar utgangspunkt i et perspektiv som vektlegger både velvære og helse. Antonovsky mener at den viktigste egenskapen for å kunne holde seg frisk er opplevelse av sammenheng i tilværelsen som bidrar til mening med livet. Opplevelse av sammenhenger handler om tre elementer; å forstå det som skjer i omgivelsene, at det er håndterbart og at vi innehar tilstrekkelig med ressurser for å kunne møte utfordringer i livet (Langeland, 2009). Det viktigste er at mennesket opplever livet som meningsfullt, og at mennesket kan være delaktig i det som skjer. En opplevelse av sammenheng ser vi ofte anvendt på svensk som; KASAM – ”känsla av sammanhang,” eller på engelsk som; SOC ” a sense of coherence”.

4.4.3 Empowerment

Empowerment er som beskrevet tidligere et sentralt begrep innen det helsefremmende arbeidet. Empowerment handler om ”det å vinne makt og kontroll over” og Mæland skriver (2010) at prosessen i hovedsak skal bidra til at både enkeltindivid og

fellesskapet kan få større innvirkning og kontroll over de forhold som påvirker helsen. Begrepet er først og fremst et kulturelt og politisk begrep som skal bidra både overfor individ, gruppe og befolkning. Empowerment benyttes ofte på gruppenivå, men kan også være individrettet slik det vil være i en kontroll eller behandling (Hvas & Thesen 2002). Pasientens egne krefter styrkes og kan motvirke undertrykking på ulike plan. Tannpleierens støtte kan bidra til at pasienten får økt kontroll. Hovedsakelig handler begrepet om makt som betyr "power", men da med avmakt som motpol (Ulstein 2001). På norsk er gjerne begrepet oversatt med begrepet "myndiggjøring" (NOU 1998: 18). Det handler først og fremst om egenmakt, hvilket innebærer at enkeltindividet kan inneha innflytelse og kontroll over sitt eget liv og egen helsetilstand (Mæland 2010). Empowerment innebærer å gi støtte, kontroll og styrke til å påvirke egen livssituasjon. Det handler om hvordan vi ser på oss selv og hvordan omverden ser på oss (Ulstein 2001).

Begrepet kan brukes i veiledning og intensjonen er å utvikle deltakende kompetanse (ibid). Det handler også om å kunne påvirke og eventuelt endre sosiale eller politiske realiteter som en befolkning lever under (NOU 1998). Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og eventuelt finne sine egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre.

I folkehelsearbeidet forstås empowerment eller myndiggjøring som selve essensen av hva som må til for å fremme helse og forebygge sykdom både mot individ, gruppe eller befolkning som helhet. WHO ønsker at myndiggjøring skal bli et prinsipp i folkehelsearbeid. Kunnskap om salutogenese og empowerment kan gi et strukturert grunnlag for veiledning av pasienter (Walseth og Malterud, 2004).

4.5 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet inneholder

helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, men også behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (Mæland, 2010).

Helsefremmende arbeid har fokus på hva som holder folk friske (Sundby 2005, Mæland 2010).

Sykdomsforebyggende arbeid har som mål å forhindre skade og sykdom ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer (Statens helsetilsyn 1999, Petersen & Åstrøm 2008).

Modellen under viser hvordan folkehelsearbeid omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, ofte omtalt som forebyggende helsearbeid.

4.5.1 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Det sykdomsforebyggende arbeidet har ofte bare de konkrete sykdommer eller problemer som utgangspunkt for å iverksette målrettede tiltak for enkeltindivid, grupper eller hele befolkningen. I og med at det i praksis er en flytende overgang



Fig. 8 Mæland (2010:18) sier: "Figuren illustrerer at forebygging kan være primær, men også sekundær som ledd i sykdomsbehandling eller tertiær i form av rehabilitering".

mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Mæland 2010) vil det være nødvendig å påpeke at for en tannpleier skal arbeidsmetoden og verdisynet til enhver tid representere en helsefremmende strategi. Dette betyr at pasienten under veiledning og i samarbeid med tannpleier blir involvert og delaktig i beslutninger og lærer om egen tannhelse. Samarbeidet skal være preget av likeverd og respekt, og pasientens meninger er viktige. Målet er at tannpleieren veileder pasienten til å kunne anvende egne ressurser i større grad, motivere til større selvstendighet, mestring og handlingskompetanse knyttet til utfordringer og tannhelsemål. Denne bevisste demokratiske, folkelige, humanistiske og samfunnsfaglige innfallsvinkel, som tilhører det helsefremmende arbeidet, vil være i tråd med gjeldende lovverk og vil dermed ivareta autonomi og det informerte samtykke kontinuerlig (Pasientrettighetsloven 1999). Uansett om det handler om konsultasjon, undersøkelse, å forebygge sykdom på et primær, sekundær eller tertiært stadium, behandle eller pleie, så vil det helsefremmende perspektivet være førende og skal prioriteres til enhver tid i tannpleierens virksomhet.

De ulike forebyggende arbeidsområdene, representert med helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier:

1. Primærforebyggende arbeid har som mål å redusere antall nye sykdomstilfeller ved å intervensjonere uten at det foreligger tegn på sykdom. Altså inkluderer målgruppen friske individer (Mæland 2010). Dette er gjerne basert på store befolkningsundersøkelser med epidemiologi og statistikk som grunnlag for beslutninger om tiltak. Eksempler er vaksinasjon, ulykkesforebygging

og tiltak for å hindre røykedebut hos ungdom (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846, 2010).

2. Sekundær sykdomsforebyggende arbeid innebærer derimot å hindre at en sykdom vender tilbake, altså intervensjonere med å stoppe den videre utviklingen (Sundby 2005, Mæland 2010). Sekundærforebyggende arbeid søker å redusere forekomsten av sykdom i en befolkning ved å intervensjonere når det foreligger forhøyet risiko eller tegn på at sykdom er under utvikling. Indikativ forebygging handler om å rette intervensjon mot personer som for eksempel viser tegn til å utvikle helseproblemer, men som ikke fyller de diagnostiske kriteriene for sykdom. Tidlig intervensjon er knyttet til faresignaler eller begynnende uhelse som for eksempel dårlig kosthold, spiseforstyrrelser og omsorgssvikt. Innsats ved diagnose i klinisk fase handler om å hindre tilbakefall av sykdom (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846, 2010). Innenfor denne delen av forebyggende virksomhet vil tannpleierens primære virkeområde ofte ligge. Her er det viktig å kunne gripe inn tidlig. Tannpleieren kan her stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall.

Sekundær forebyggende arbeid er i dag delt inn i tre nivåer:

a) Innsats i symptomfri fase
Et eksempel er screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling.. Dette vil på sikt kunne føre til henvisning for behandling. Dette vil representere folkehelse-tilnærmingen til sekundærforebygging. Eksempler på dette er screeningprogrammer knyttet til registrering av karies på barn. (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846,

2010). Sett ut fra et helsefremmende folkehelseperspektiv vil det ved screening være viktig å kunne veilede og involvere pasienten i egen tannhelse.

b) Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse

Dette kalles tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom med svært usunne kostvaner eller flere dekalinasjoner eller erosjoner. Her vil det for eksempel være viktig med oppfølging av personer som anses å stå i fare for utvikling av karies. Ved tidlig intervensjon vil en tannpleier observere og intervensjonere overfor begynnende eller initial sykdom, eksempelvis karies D1 og D2. Her vil det være viktig med gode kriterier for observasjon og utviklede prosedyrer for kalibrering og samarbeid knyttet til vurdering, henvisning og eventuell behandling. I denne fasen vil det være viktig å kunne legge opp en hensiktsmessig helsefremmende veiledningsstrategi. Pasienten kan involveres i egen tannhelse og beslutte på selvstendig grunnlag i forhold til for eksempel observasjon versus behandling.

c) Innsats i klinisk (symptomgivende) fase for å hindre tilbakefall av en sykdom

Dette kan kalles den kliniske tilnærmingen til sekundærforebygging. Ett eksempel er tiltak i form av livsstilspåvirkning og/eller veiledning knyttet konkret til fluorprosedyrer etter gjennomgått kariesbehandling for å hindre/forebygge at ny karies skal oppstå.

3. Tertiærforebyggende arbeid har som mål å redusere graden av funksjonssvikt knyttet til sykdomsutvikling og sikre best mulig oral helse relatert livskvalitet ved kronisk sykdom. På hvilken måte kan tannpleier bidra i forhold til mer komplekse utfordringer knyttet til

en kronisk eller alvorlig medisinsk diagnose? Teorier og metoder som benyttes i folkehelsearbeidet generelt er nyttig å knytte til tannpleierens kliniske virksomhet innenfor både primær, sekundær og tertiær forebygging. Etske dilemmaer vil kontinuerlig være en utfordring ved helsefremmende, forebyggende og behandlende virksomhet.

4.5.2 Tidlig intervensjon innen forebygging

Tidlig intervensjon innebærer å kunne komme inn i en prosess eller et utviklingsforløp mellom universell eller generell forebygging på den ene siden, og behandling på den andre. Det er viktig å kunne forebygge ved å legge opp til et helsefremmende miljø og samfunn, samtidig som individet blir tatt hånd om før eller samtidig som problemer og/eller sykdom begynner å komme til syne. Dette vil ofte være i fasen knyttet til tidlig intervensjon og dermed før en klinisk diagnose gjør seg gjeldende. Tidlig intervensjon kan forhindre at sykdom utvikles. Det er viktig som helsearbeider å være motivert og kompetent til å intervensjonere tidlig i et forløp.

Det å kunne kommunisere med brukere og annet fagpersonell krever en profesjonell dialog og kalibrering over tid. Intensjonen er å utvikle et samarbeid som kan fungere og bidra til gode løsninger for alle impliserte parter. Folkehelsearbeidet fokuserer blant annet på å identifisere og påvirke viktige faktorer for helse, samt å styrke den forebyggende innsatsen ved å styrke kunnskapen om best mulige tiltak. Det er dermed sentralt for en tannpleier å profesjonalisere seg på området med tidlig intervensjon.

Prognosevurdering vil eksempelvis

være viktig å kunne ta rede på ved all type sykdomsforebyggende virksomhet, samtidig som de helsefremmende faktorer kontinuerlig kan bidra parallelt. Med tanke på at universelle og generelle befolkningstilnæringer alene ikke ser ut til å være tilstrekkelige for å nå spesielle risikogrupper, kreves det derfor ofte i tillegg en mer målrettet og gruppetilpasset innsats. De universelle og generelle befolkningsrettede forebyggende tiltakene kan derfor med hell suppleres med selektive og indikative intervensjoner som henvender seg til dem som har størst risiko for å utvikle sykdom og problemer knyttet til denne. (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846, 2010)

4.6 Folkehelsearbeid - tannpleier i privat praksis

En tannpleier har kompetanse knyttet til folkehelsearbeid, noe som tilsvarer helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Tannpleieren har mulighet til å utvikle en bevisst folkehelseprofil på en klinikk, dette vil bidra positivt innen folkehelsearbeidet, som nå er et prioritert ønske fra helsemyndighetene (Rapport Helsedirektoratet, IS – 1846, 2010).

For å kunne arbeide mer målrettet for folkehelsen vil det være nødvendig å anvende epidemiologi, statistikk, teorier og modeller fra dette feltet, for deretter bevisst å implementere dette systematisk i klinisk virksomhet. For det klinisk helsefremmende arbeidet vil det være naturlig med deltakerstyring og involvering og dette vil være et viktig supplement til kun det tekniske og rasjonelle i en behandlingskontekst. Å kartlegge, måle, synliggjøre og formidle folkehelsekompetanse som skapes innen privat praksis vil kunne

bidra med ny viktig kunnskap i tiden framover. Veiledning, kommunikasjon og ledelse tuftet på helsefremmende elementer er aktuelt å anvende bevisst og systematisk, ikke bare knyttet direkte til de kliniske utfordringene. Innenfor et klinikkfelleskap eller i forhold til andre aktuelle samarbeidspartnere kan tannpleieren bidra til å utvikle disse perspektivene ved å anvende samfunnsfaglig, tannpleiefaglig og odontologisk kompetanse.

Sentrale spørsmål kan være følgende: Hvordan kan klinikken vise til variasjon og bredde i arbeidsoppgaver knyttet til folkehelsearbeid og klinisk virksomhet? Kan klinikken registrere eller kartlegge og observere begreper som livskvalitet? Hvordan registreres f eks endringer i oral helse og tannhelseatferd?

Tannpleieren har kompetanse og bevissthet om hvordan, når og hvor lenge det er hensiktsmessig eller adekvat å veilede pasienten. Det blir viktig fremover å utvikle hensiktsmessige veiledningsstrategier knyttet til konteksten og pasientens egne utfordringer. Pasientautonomi og informert samtykke er en etisk utfordring som naturlig knyttes til veiledningsprinsippet (Pedersen, Hofmann og Mangset 2007).

Relevante, systematiske kalibreringsrutiner knyttet til diagnose og sykdomsforebyggende, og helsefremmende virksomhet vil kunne bidra til utvikling av mer enhetlig forståelse blant tannhelsepersonell knyttet til etske dilemmaer innen diagnostikk. Hva skal observeres, hva skal henvises til hvem, og hva er behandlingskriterier for pasientene? På hvilken måte kan vi alle samarbeide på best mulig måte for pasienten?

Tannpleieren kan vise til ulike og lokalt tilpasset praksis innen sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Tannpleierkompetanse og bevissthet om yrkesidentitet som gjerne er knyttet til klinikkens virksomhet med folkehelsearbeid som fokus vil gjerne bidra til utvikling av særegen kompetanse for tannpleieren. Informasjon til pasienten om ulike helsefremmende og sykdomsforebyggende prosedyrer ved klinikken vil bidra til bevissthet om dette arbeidet. Selv om tannpleieren jobber på delegasjon og kanskje arbeider med syke pasienter eller pasienter på tertiærstadiet så vil holdninger, kunnskap og ferdigheter knyttet til det å forebygge sykdom og fremme helse alltid være en primær prioritet for en tannpleier. Det er viktig å kunne utvikle et konstruktivt samarbeid mellom tannlege og tannpleier i klinisk praksis, der de vil bidra med komplementær kunnskap overfor hverandre. Å bedre helhetstankegang knyttet til pasientens utfordringer og tannhelse vil være en viktig prioritering i fremtiden (Rapport Helsedirektoratet, IS-1846, 2010).

Å gjøre tannpleierens arbeid kjent i nærmiljøet, vil også bidra til at folkehelsearbeidet bli mer kjent. Først må de få kunnskap om tilbudet. Deretter kan befolkningen foreta et reelt valg i forhold til å ønske å forebygge fremfor å behandle (Halvari 2011). Pasienter må derfor først bli gitt muligheten til å velge. Tannpleierens informasjon om helsefremmende og forebyggende virksomhet vil kunne motivere befolkningen til å velge mer folkehelse relaterte mål. En klinikk som viser til målbare resultater innen sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid vil være viktig for folkehelsen. Å reorientere klinisk

virksomhet mot i større grad å fremme og opprettholde tannhelse, fremfor kun å behandle, vil dermed være et mål i tråd med politiske føringer og lovverk (Folkehelseoven 2012).

En tannpleiers eget ønske og motivasjon om å lære i og av praksis for så å videreutvikle seg som fagperson med en bevisst og tydelig uttrykt folkehelseprofil, vil støtte folkehelsearbeidet både generelt og spesielt knyttet til oral helse. Det er på samme tid knyttet konkrete viktige odontologiske og tekniske utfordringer til det å kunne ivareta de tannpleiefaglige utfordringene. Det er viktig å kunne være en dyktig kliniker innen diagnostikk, oppfølging, henvisning, prevalensregistrering og prognosevurdering. Dette impliserer en helhetstankegang knyttet til folkehelseperspektivet innen klinisk virksomhet. Dette vil også være i tråd med nyere helsepolitiske føringer og gjeldende lovverk (Ibid). Forøvrig kan henvises til artikkel av sykepleierne Gammersvik og Alvsvåg (2009): «Forståelse av helsefremming i sykepleie» som en innføring og et grunnlag for det å kunne implementere helsefremmende forståelse og arbeid knyttet til klinisk virksomhet. Her konkluderes med at helsefremmende virksomhet knyttet til individnivå bør forskes videre på.

5.0 Tannpleierens samfunns- og atferdsfaglige fundament

5.1 Pedagogikk og psykologi

Pedagogikk og psykologi med spesiell vekt på didaktikk (undervisningslære) og veiledning er nødvendige faglige forutsetninger for en tannpleier som arbeider med læring, endring og utvikling av helseatferd. Tannpleieren er opptatt av hva læring er og

hvordan tannpleieren kan skape gode læreprosesser hos en person. I tillegg er det viktig å ha fokus på hvordan skape utvikling og vekst hos en person som lærer. Psykologi og motivasjon er nødvendig for å forstå mer av menneskelige prosesser som tanker, atferd, følelser og handlinger. Det er viktig å forstå hvordan pasienten/brukeren foretar valg. Målet er at pasienten skal bli mest mulig motivert og selvinstruerende. Forskningsbasert kunnskap vil kunne bidra i veiledning og pasientmotivasjon. Pedagogikk er et stort vitenskapelig fagområde som tar for seg undervisning, oppdragelse, læring og utvikling. Pedagogikk er i hovedsak knyttet opp mot fagområdene psykologi, filosofi og sosiologi. Pedagogikk har både en teoretisk og en praktisk side. Teoretisk dreier det seg om å kunne observere, beskrive, drøfte, analysere og belyse forhold mellom eksempelvis individ, samfunn og kultur. For tannpleieren handler pedagogikk vanligvis om ulike undervisningstiltak som å legge til rette for ulike læreprosesser og veilede for å kunne ivareta egen helse. Den primære hensikten av teori innen pedagogikk er å bidra til en mer reflektert og forbedret praksis (Imsen 2006). Pedagogikk bidrar til både menneskelig, samfunnsmessig og kulturell forståelse. Praksisfeltet, systemer, forvaltning og ledelse, etikk og lovverk, utdanningshistorie, didaktikk, filosofi, læring, utviklingspsykologi og sosiologi vil kunne belyses via teorier eller metoder innen pedagogikk. Faget pedagogikk inngår derfor som et naturlig bidrag til tannpleierfunksjonen, og til den dannelsesprosessen som bidrar til yrkesidentitet. Det er viktig å opprettholde bredden av den faglige plattformen innen pedagogikk. Bredde vil kunne bidra til et mangfold av spesialiseringer og større fleksibilitet

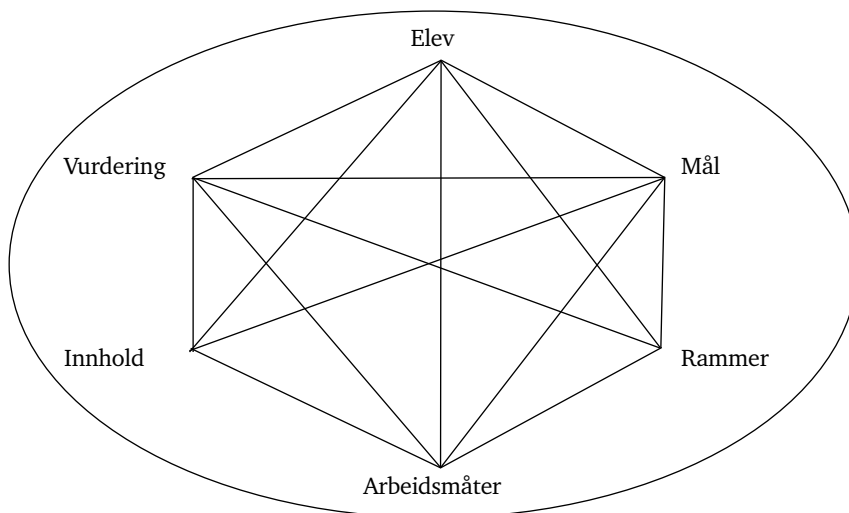


Fig. 9 Bjørndal og Lieberg 1978
Didaktisk relasjonstenkningsmodell er et verktøy for analytisk og systematisk refleksjon av en didaktisk situasjon (Ibid).

innen tannpleiernes faglige utvikling. Dette er en fordel ved etter- og videreutdanning og ved valg av mastergradsstudier.

5.2 Didaktikk

Didaktikk handler om sammenhenger mellom undervisning, innhold og gjennomføring, men handler også om den praktiske tilretteleggelse og vurdering av undervisningen. Oppmerksomheten rettes mot følgende kategorier: elev eller pasient/bruker, mål, innhold, arbeidsmåte, evaluering og rammer. Didaktikk befatter seg med tre grunnspørsmål innen undervisningen hva, hvordan og hvorfor (Imsen 1997).

5.3 Veiledning

Veiledning og kommunikasjon er sentralt i folkehelsearbeidet. Det finnes mange veiledningsteorier og metoder som kan bidra til å strukturere kommunikasjon med pasienter/brukere. Veiledning er definert slik av Tveiten (2006): "Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk

istandsettingsprosess rettet mot å styrke personens mestringskompetanse gjennom dialog basert på humanistiske verdier og kunnskap." Både individuell og gruppeveiledning er viktig for tannpleiere å mestre. De fleste former for veiledning gir i liten grad råd. Det å gi råd før pasienten opplever medbestemmelse kan bidra til å undertrykke pasientens autonomi (Pasientrettighetsloven, 1999). Det er flere aktuelle veiledningsmodeller og metoder å vise til, som for eksempel: Det motiverende intervju (MI) (Miller & Rollnick 1991), løsningsfokustert tilnærming (LØFT) (Langslet 1996), handlings og refleksjonsmodellen (Lauvås og Handal 2000) og coaching (Stelter 2004). De forskjellige metodene har ulike momenter å bidra med som kan være viktige å fokusere på ved en veiledningsseanse.

5.3.1 «Health Literacy» – helsefremmende allmenndannelse

«Health literacy» handler om helseforståelse og utvikling av helseatferd. Det er et relativt nytt begrep

innen folkehelsearbeidet (Nutbeam, 2000). Begrepet "Health Literacy" er oversatt med helsefremmende allmenndannelse av Pettersen i en artikkel i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning av Finbråten & Pettersen (2012) med tittelen: "En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse". Nutbeam (2000) definerer helsefremmende allmenndannelse (HA) som: "Personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse".

5.3.2 Sosiale ulikheter i læring

Helse- og utdanningsmyndighetene og forskning viser at Norge ikke bare har ulikheter i helse, men at det også er viktig å fokusere på sosiale ulikheter i læring innen folkehelsearbeid (Bakken, NOVA 2009 og St. meld.20 (2006-2007). Sosiale ulikheter i læring henger ofte sammen med foreldrenes utdanningsnivå og deres sosiale posisjon. Barn og unge som vokser opp i familier med lav sosial status, helseutfordringer og/eller med lavere tilgang på ressurser, møter flere utfordringer i oppveksten enn andre barn.

Karin Gustavsen (Telemarksforskning 2011:72, TF-rapport 283) sier følgende: «Utdanningens betydning for senere tilknytning til arbeidslivet, fravær av fattigdom og for helse, er betydelig. Utdanning er også av stor betydning for identitetsutvikling. Å gi alle gode muligheter til å ta utdanning er en hovedstrategi for å utvikle det norske velferdssamfunnet. Utdannelse på ulike nivåer har en egenverdi i seg selv, og ikke kun en forberedelse til et arbeidsliv. Utdannelse bidrar til innsikt i og kunnskap om samfunnet generelt».

Deltar vi ikke på utdanningsarenaen, vil

dette kunne påvirke både selvforståelse og samfunnsforståelse på en negativ måte, noe som igjen bidrar til uhelse og redusert livskvalitet. Det vil være avgjørende at vi arbeider for å øke barn og unges mulighet til deltagelse, utvikling og medvirkning i samfunn og utdanning. Aktiv samfunnsdeltagelse i voksen alder begynner i barne- og ungdomstiden. Gustavsen (2011) oppsummerer med at utdanningens betydning for senere tilknytning til arbeidslivet, fravær av fattigdom og for helse, er betydelig. Å gi alle gode muligheter til å ta utdanning er en hovedstrategi for å utvikle det norske velferdssamfunnet.

5.4 Psykologi - Innsikt i menneskelige prosesser

Psykologi genererer i hovedsak teorier som bidrar til innsikt i menneskelige prosesser som atferd, handlinger, mentale prosesser, kognitive prosesser, emosjoner, motivasjon, endring, mestring, utvikling, sosialisering og læring. Psykologi handler blant annet om empati, innsikt og bevissthet om forståelse i møte med andre mennesker. Innenfor dette fagområdet er temaer som smerte, angst og depresjon også aktuelt for tannpleiere å ha kjennskap til. Samarbeidsprosesser er en viktig del av tannpleiefaget, psykologisk forståelse og anvendt kompetanse knyttet til egne og andres lære- og utviklingsprosesser vil være viktig å videreutvikle. Integrering av psykologiske teorier knyttet til læring, sosialisering og utviklingsarbeid i praksisfeltet står derfor sentralt, både overfor individ, gruppe og befolkning. Psykologifaget kan derfor bidra til utvikling av tannpleiefaglig kunnskap i ulike teoretiske eller praktiske sammenhenger. Psykologifaget ivaretar forståelse og refleksjon rundt menneskelig utvikling og vekst spesielt knyttet til helsefremmende og

sykdomsforebyggende arbeid, lovverk, etikk og menneskerettigheter.

5.4.1 Motivasjon

Motivasjon handler i hovedsak om energi eller drivkraften til å handle. Det er kraften som setter i gang og vedlikeholder atferden mot et mål. Imsen (2006:375) definerer motivasjon som: *”Det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like, og det som gir den mål og mening”*. Videre sier hun (ibid) at: *”Motivasjon står derfor helt sentralt når det gjelder å forstå menneskelig atferd”*.

Motivasjonsteorien som er kalt ”Selvbestemmelsesteori” er utviklet av Deci og Ryan i 1985 og er en større teori som kan forklare store deler av menneskelige prosesser og atferd knyttet til motivasjon og læring. Fordi den er en den eneste motivasjonsteorien som i dag ivaretar autonomibegrepet eller selvbestemmelse, er den unik. Forskning innen utvikling av motivasjon eller autonom motivasjon, er direkte knyttet til utvikling av kompetanse, mestring og livskvalitet (Halvari, 2011). Føringer fra WHO, nyere norsk lovverk (Pasientrettighetsloven, 1999) og medisinsk etikk (Bauchamp og Childress, 2001) viser til viktigheten ved utvikling av selvstendig motivasjon innen det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Tannpleiere vil derfor ha nytte av å anvende prinsipper fra denne motivasjonsteorien i sitt daglige arbeid. Kunnskap om og fokus på motivasjon når en tannpleier veileder eller underviser vil være en viktig forutsetning for å kunne lykkes i det helsefremmende folkehelsearbeidet. Selvstendige og motiverte pasienter vil i større grad kunne opprettholde en positiv helseatferd over tid.

5.5 Ledelse

Tannhelsetjenesten er en kunnskapsorganisasjon som krever

tilpasset organiseringsform slik at alle yrkesgruppene får utnyttet sitt faglige potensiale. God organisering og ledelse er nødvendig for å sikre kvaliteten og effektiv bruk av personellressurser i tannhelsetjenesten. Det er ønskelig at også tannpleierne med oral helse- og folkehelseperspektiv kan bli tilsatt i ledende stillinger. God personalledelse har stor betydning for faglig utvikling og trivsel, dette også med tanke på at personalet kan holde seg friske. Ledelse er en prosess mellom mennesker hvor utøvelse av ledelse tar sikte på å influere andre (Jacobsen og Thorsvik 2008). Ledelse er å skape visjoner for organisasjonen, hvor inspirasjon, motivasjon for endring og engasjement blant de ansatte er viktig.

Tradisjonell ledelse har fokusert på styring og kontroll av materielle ressurser, og ikke målrettet utvikling av mennesker, noe vi kjenner til fra tannhelsetjenesten. I nåværende kunnskapsorganisasjoner kreves det at lederne har mot og vilje til å gi fra seg styringsmakt til fordel for at kunnskap vokser fram gjennom samarbeid og kunnskapsutveksling kollegaer imellom basert på dialog, trygghet og tillit (Nordhaug 2002).

5.5.1 Tannpleieren og ledelse

Tannpleierens ledelsesfunksjoner ble omtalt under kap 3.3.2. Tannpleieren er i sin yrkesfunksjon og yrkesrolle både læringsleder, prosjektleder, leder med ulike funksjoner, teamleder/ medlem og arbeider med selvledelse. En profesjonell yrkesutøver trenger i tillegg til organisasjons- og profesjonsinnsikt kunnskaper om å lede seg selv og andre, kunne organisere sin egen arbeidsdag, og ha kunnskaper om organisert virksomhet. Organisasjonsfaget blir på en måte overbygningen hvor blant annet samhandling og flerfaglig samarbeid med økt forståelse for hvordan vi kan fungere godt i et fellesskap (Irgens 2007) er sentrale punkter.

Tannpleieren er utdannet til å arbeide aktivt og bevisst for folkehelsen. Det er viktig at tannpleierens arbeid blir mer synlig for å kunne ivareta en mer helhetlig og faglig overordnet forankring også innen ledelse. For en tannpleier som er mellomleder/ klinikkleder og folkehelsekoordinator blir utfordringen å skape en felles møteplass mellom helsefag, tannpleie og odontologi med fokus på å skape en bedre tannhelsestjeneste preget av god faglig kvalitet og service. Det er viktig at tannpleieren skaffer seg grunnleggende kunnskap innen ledelse og administrasjon, og kan anvende teorier og praktiske verktøy. Perspektivene i arbeidet må være fremtidsrettet og løsningsorientert.

5.5.2 Kunnskapsledelse og læring i organisasjoner

Det er viktig at ledere i tannhelsestjenesten støtter aktivt opp om kunnskapsutvikling for alle personellgruppene. Å skape kunnskap defineres som: «*Summen av alle aktivitetene i en organisasjon som påvirker kunnskapsutviklingen på en positiv måte*». Det er viktig å legge til rette for solid relasjonsbygging i arbeidsfellesskapet. Ved å vise omtanke og medmenneskelighet vil ny kunnskap kunne vokse fram (Von Krogh et al. 2005). En profesjonell yrkesutøver trenger i tillegg til organisasjons- og profesjonskunnskap også kunnskap både om å lede seg selv og andre, organisere sin egen arbeidsdag, og om organisert virksomhet. Organisasjonsfaget blir på en måte overbygningen hvor blant annet samhandling, flerfaglig samarbeid med økt forståelse for hvordan vi kan fungere godt i fellesskap (Irgens 2007) er sentralt. Kunnskapsutvikling og læring knyttes nært opp til yrkesutøvelsen, daglig praksis og erfaringer som i neste omgang resulterer i ny kunnskap (Blåka og Filstad 2007).

Begrepet «en lærende organisasjon» defineres som en organisasjon som

utvikler, forvalter og tar i bruk sine kunnskapsressurser slik at virksomheten mestrer de daglige utfordringene, og etablerer ny praksis når det er nødvendig *St. mld. nr. 30 Kultur for læring (2003-2004)*. Stortingsmeldingen beskriver en fleksibel organisasjon hvor dialog, medvirkning og samhandling prioriteres. Læring og kunnskapsutvikling blir derfor en kontinuerlig prosess og integrert del av arbeidshverdagen hvor forpliktelse mot felles mål, samarbeid, refleksjon og erfaringsutveksling står i sentrum. Åpne læringsprosesser får konsekvenser for hvordan ledelse utøves, og hvordan organisasjonens mål og oppgaver tolkes og utføres. Lederens fokus blir mer på organisasjonens menneskelige ressurser hvor personalets helhetlige kompetanse, relasjoner og organisasjonskultur prioriteres. Hovedfokus forskyves ofte fra beslutningsprosesser til læringsprosesser; det vil si fra ledernes handlinger til de ansattes handlinger og aktiviteter. Ledelsens rolle blir å skape handlingsrom og tilrettelegge for læringsprosesser blant medarbeiderne, og få til felles forståelse for de daglige utfordringer og endringsprosesser. En tannpleier inngår ofte i praksisfellesskap og leder prosjekter hvor mye læring skjer, og hvor «taus kunnskap» er erfaringsbasert viten om hvordan ulike oppgaver løses.

5.5.3 Team, teamarbeid og teamprosesser

Teamarbeid er et viktig element i kunnskapsintensive organisasjoner. Teamarbeid stiller krav til medlemmene om å tilpasse seg, koordinere og gjøre hverandre gode (Newell et al. 2002). For tannhelseteam er det viktig å fokusere på komplementære faglige kunnskaper og ferdigheter. For å vise hverandre gjensidig respekt og tillit til tross for faglige ulikhet er det viktig å lytte til hverandres vurderinger. Tannpleierens komplementære funksjon innebærer at hun kan utfylle tannlegens faglige arbeid, til fordel for pasientens

rettmessige krav og ønsker.

Team er egnet som organisasjonsform når tverrfaglige oppgaver skal løses og det kreves ulike kunnskaper og ferdigheter. Tannpleier i team forholder seg ikke bare til pasienter og kolleger, men også til foreldre, pårørende og andre organisasjoner. Å være profesjonell inngår i yrkesfunksjonen, men i tillegg kreves det andre kunnskaper og ferdigheter knyttet til teamarbeid. Verdien med praksisfellesskapet er at nye ferdigheter, holdninger, verdier og atferd skapes og blir fellesskapets eie. Deltakerne kan overføre «best practices» til hverandre og på den måten sørge for raske problemløsninger i lignende situasjoner. Det som læres blir tilbake selv om enkeltpersoner forsvinner.

Betydningen av gjensidig tillit og et godt samarbeid mellom enkeltindivider er hensiktsmessig og viktig å etterstrebe i kunnskapsintensive organisasjoner, nettopp fordi kvaliteten på resultatene, produktene og tjenestene er avhengig av dette samarbeidet.

Tannhelsestjenesten og helsemyndighetene må bli mer bevisste sitt ansvar med å vektlegge, synliggjøre og prioritere tannhelsestjenestene knyttet til helsefremmende og sykdomsforebyggende virksomhet, herunder det arbeidet tannpleieren kan bidra med.

5.5.4 Kultur og makt i organisasjoner

Jacobsen og Thorsvik (2008) peker på at det ofte er en tett forbindelse mellom struktur, kultur og makt i organisasjoner, og den formelle strukturen kan favorisere enkelte grupperinger. Den formelle strukturen har dermed stor betydning for hvilke saker som kommer opp på dagsorden og hvilke arbeidsoppgaver og personellgrupper som får størst oppmerksomhet i organisasjonen. Toppledere og mellomledere kan fordele makt og oppgaver delvis ukritisk knyttet til posisjoner, og dermed ikke alltid til den som er best kvalifisert ut

fra oppgavens art. Det kan derfor skje at posisjoner og oppgaver fordeles til enkelte grupperinger på bekostning av andre yrkesgrupper som kan ha mer detaljerte kunnskaper og innsikt i jobbutførelsen. All organisering innebærer en slagside, noe tillegges mer vekt enn annet. Struktur er derfor ikke noe nøytralt, men som ulike grupper knytter ulike interesser til, sier Jacobsen og Thorsvik (2008).

Det er ikke alltid tannpleiere blir tatt med på råd, eller får ledelsesfunksjoner formelt selv om vedkommende har formell utdanning til å lede

helsefremmende prosjekter og/eller ivareta andre lederoppgaver. Empirisk forskning på ledelse (Jacobsen og Thorsvik 2008) viser at homogene lederteam ofte ser verden likt og fortolker signaler på samme måte, men slike team blir ikke så fleksible som heterogene ledergrupper.

Argyris (1990) bringer inn spenningen mellom det bevisste og ubevisste hos mennesker når det gjelder defensive forsvarsrutiner i organisasjoner. Etablerte mønstre og handlinger hos mennesker kan innebære at det etableres «innøvd inkompetanse» der

det handles for raskt uten å tenke, og/eller at en ikke ser konsekvenser av det som settes i gang.

Ofte kan også krav om konformitet og reproduksjon av det bestående i en organisasjon gi uheldige konsekvenser for læring og utvikling som kan virke inn på hele virksomhetens resultater og de ansattes helse. Hvis det er et usynlig krav om ensretting i organisasjonskulturen og meningsutveksling ikke blir verdsatt, kan de organisasjonsmessige forsvarsrutinene hindre utvikling av hele organisasjonen (Argyris 1990).

Del III – kort oppsummering

- Det er nødvendig å arbeide målrettet i forhold til kompetansegivende etter- og videreutdanninger for tannpleiere, og at arbeidsgivere, helse- og utdanningsmyndigheter bidrar økonomisk i forhold til kompetanseløftet.
- Målet er at tannpleieren veileder pasienten til å kunne anvende egne ressurser i større grad, motiverer til større selvstendighet, mestring og handlingskompetanse knyttet til utfordringer og tannhelse mål. For å kunne arbeide mer målrettet for folkehelsen vil det være nødvendig å anvende epidemiologi, statistikk, teorier og modeller fra dette feltet.
- Å gjøre tannpleierens arbeid kjent i nærmiljøet, vil også bidra til at folkehelsearbeidet bli mer kjent. Informasjon om helsefremmende og forebyggende virksomhet vil kunne motivere befolkningen til å velge mer folkehelse relaterte mål.
- En tannpleiers eget ønske og motivasjon om å lære i og av praksis for så å videreutvikle seg som fagperson med en bevisst og tydelig uttrykt folkehelseprofil, vil støtte folkehelsearbeidet både generelt og spesielt knyttet til oral helse.
- Det er ikke alltid tannpleiere blir tatt med på råd, eller får ledelsesfunksjoner formelt selv om vedkommende har formell utdanning til å lede helsefremmende prosjekter og/eller ivareta andre lederoppgaver. Det er viktig at ledere støtter tannpleierens kunnskapsutvikling og ser tannpleierfunksjonen som en komplementær og selvstendig yrkesutøver i tannhelsetjenesten.
- Økte kunnskaper i pedagogikk, psykologi, samfunnsfag, tannpleie og odontologi vil bidra til utvikling av tannpleiefaglig kunnskap i ulike teoretiske eller praktiske sammenhenger.
- Tannpleieren bør skaffe seg grunnleggende kunnskap innen ledelse og administrasjon, og bør kunne anvende teorier og praktiske verktøy. Perspektivene i arbeidet må være fremtidsrettet og løsningsorientert.
- Det er avgjørende at tannpleiere forholder seg systematisk til ny kunnskap (jf Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd – Samspill i praksis*). Det gjelder spesielt innen planprosesser, flerkulturell forståelse og utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid på tvers av etats- og sektorgrenser. I tillegg til bevisst bruk av ulike fagområder og fordypning i klinisk tannpleie og odontologiske fag.

DEL IV – 6.0 Behov for kompetansegivende etter- og videreutdanning – veien videre mot 2025

Å utdanne seg til profesjonell helsearbeider innebærer vektlegging av både teoretisk kunnskap innen ulike fagområder, et bevisst forhold til utøvelsen av yrket og ikke minst en bevissthet om personlig kompetanse, ofte knyttet til utøvelse i en spesifikk kontekst. Disse tre områdene er det vi betrakter som samlet profesjonell kompetanse (Skau 1998). Å kunne utvikle økt bevissthet om egen profesjonalitet og personlig kompetanse er viktig for tannpleieren framover.

6.1 Behov for master i oral helsevitenskap, mastergradutdanninger og etterutdanning innen klinisk tannpleie

Et masterstudium er nødvendig for å skape tilstrekkelig faglig fordypning og forståelse av framtidens folkehelsearbeid, gi samarbeidstrening og videreutvikling av tannpleierens yrkeskompetanse. Det kan være mange innfallsvinkler til å utvikle en master i oral helsevitenskap. I folkehelsearbeidet er det nødvendig å kunne vektlegge tverrfaglighet og koble flere ulike faglige disipliner på tvers av flere vitenskapelige forankringer. Eksempelvis vil tverrfaglige samarbeidsprosjekter utenfor klinikken være en viktig del av et masterstudium. Her vil tannpleierens tverrfaglige kompetanse og doble vitenskapelige forankring sannsynligvis innebære at nye perspektiver genereres innen folkehelsearbeid og tannpleierens kliniske funksjon. Mange tannpleiere i privat praksis etterspør etter- og videreutdanninger innen klinisk tannpleie og odontologi. De ønsker å heve sin kliniske kompetanse hvor diagnostikk, utredning, behandling og veiledning inngår som viktige elementer. Dette

gjelder fagområder som kariologi, periodonti, radiologi med granskning, oral medisin, protetikk, implantologi, farmakologi, kjeveortopedi samt tannpleie for personer med nedsatt funksjonsevne, kronisk syke og personer med spesielle behov. Siden den odontologiske kunnskapen blir mer og mer teknisk orientert og spisset, er det også behov for flere tannpleiere med mer kunnskap for eksempel innen kjeveortopedisk behandling, periodonti og vedlikeholdsbehandling innen implantologi, protetikk. Tannpleieren vil sette den faglige kunnskapen inn i en tannpleiefaglig kontekst i pasientbehandlingen hvor helsefremmende og forebyggende arbeid står i sentrum. NTPF arbeider aktivt for å få etablert en etterutdanning for tannpleiere innen klinisk tannpleie i Norge. Flere utdanninger i Danmark og Sverige tilbyr etterutdanningskurs hvor norske tannpleiere kan søke om opptak. For eksempel tilbyr tandplejerutdanningen i Århus (SKT) og tandhygienistutbildningene ved Högskolan i Jönköping og Kristianstad og Universitetet i Gøteborg, Umeå og i Stockholm ulike etter- og videreutdanningskurs. Siden tannpleieryrket spenner over et såpass bredt og allsidig felt vil mange av de generelle helsefaglige etter- og videreutdanningene og mastergradutdanninger som tilbys innen folkehelse, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid passe. Disse utdanningene innen universitets- og høyskole-systemet har blant annet fokus på tverrfaglighet, pasientforløpsenkning og samhandling, nytt lovverk og forvaltning. Likeså vil videreutdanninger innen ledelse, prosjektledelse, utdanningsledelse, (yrkes)pedagogikk, psykologi, flerkulturell forståelse, geriatri, rus og psykisk helse med mer være tilpasset yrkesgruppen. Tannpleiere

med yrkeserfaring vil sette det generelle faglige fra videreutdanningen inn i et tannpleiefaglig perspektiv, og benytte dette i tannhelsestjenesten, i pasientbehandlingssituasjoner og i samarbeid med andre. Mange av disse utdanningene foregår på deltid og kan kombineres med tannpleieryrket. Å ta studier i voksen alder er for mange givende og positivt utfordrende. Studiebekjentskaper med annen faglig bakgrunn og forståelse gir nye perspektiver på «gamle problemstillinger», og de blir verdifulle samtale- og samarbeidspartnere i oppgavesammenheng og i plenums- og gruppedrøftinger. En tannpleier med utvidet kompetanse vil også kunne kvalifisere seg til andre stillinger og få nye utfordringer med et annet lønns- og oppgavenivå. En gjennomført mastergrad innen folkehelse, ledelse, pedagogikk, psykologi og lignende tilfredsstillende kravene til en universitetslektorstilling ved utdanningsstedene og ulike stillinger i offentlig forvaltning i kommune, fylkeskommune og stat. Det er mulig å søke lærer- og lektorstillinger ved bachelorutdanningene i tannpleie. Videre trengs det flere ledere på ulike nivåer i tannhelsestjenesten og helsetjenesten.

6.2 Behov for forskningskompetanse for tannpleiere

Samfunn og velferd er avhengig av ny kunnskap og utvikling som forskningen kan gi. Tannpleieforskning vil kunne bidra med noe kvalitativt nytt innen oralt helsearbeid. Tannpleiere må være en naturlig del av denne kunnskapsgenereringen. Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* påpeker at helse- og sosialfagene har hatt sterk vekst og faglig utvikling de siste 10 årene. Målet er å bygge opp et sterkere, mer relevant og yrkesspesifikt

forsknings- og fagmiljø for tannpleiere, for å bidra til kvalitet i tjenestene og i utdanningene. Sterke fagmiljøer bruker egen kunnskapsproduksjon gjennom forskningen. Forutsetningen for slik produksjon er at yrkesgruppen innehar forskningskompetanse knyttet til eget fagområde og er bevisst sin yrkesidentitet. Lov om universiteter og høyskoler (2005) formidler at høyere utdanning i Norge skal være kunnskaps- og forskningsbasert.

Derfor blir en oppdatering av fagmiljøet nødvendig. Tannpleiere som forskere får innsikt i egen virksomhet. Å møte de etablerte sannheter med ny kunnskap som implementeres kan være med å endre tannpleierens kliniske praksisfelt og yrkesutøvelse. Derfor er det nødvendig å øke den tannpleiefaglige kompetansen i Norge. Dette vil tilføre yrkesgruppen fornyet faglig identitet, og en større selvbevissthet som vil komme pasienter og samfunnet generelt til gode. Forskning er en forutsetning for en åpen og kritisk samfunnsdebatt som kan bidra til at tannpleierne forstår sin yrkesrolle og funksjon enda bedre. Ny kunnskap er en drivkraft for verdiskaping og innovasjon. Det kreves kompetanseutvikling for å videreutvikle det orale helsearbeidet, slik at det fungerer i praksis. Lovverket legger klare føringer for å utvikle det helsefremmende og sykdomsforebyggende området. Tannpleie- og sykepleievitenskap har mye til felles, og tannpleie "låner" verdifull forskning fra dette feltet. Men dette er ikke tilstrekkelig relevant forskning for å videreutvikle det tannpleiefaglige fundament.

Likeledes vil tannpleieren kunne nyttiggjøre seg både medisinsk og odontologisk forskning og faglitteratur. Teorier fra pedagogikk, psykologi, sosiologi og andre emner vil også bidra til økt tannpleiefaglig kompetanse. Deler

Kontinuerlig kvalitetsforbedring

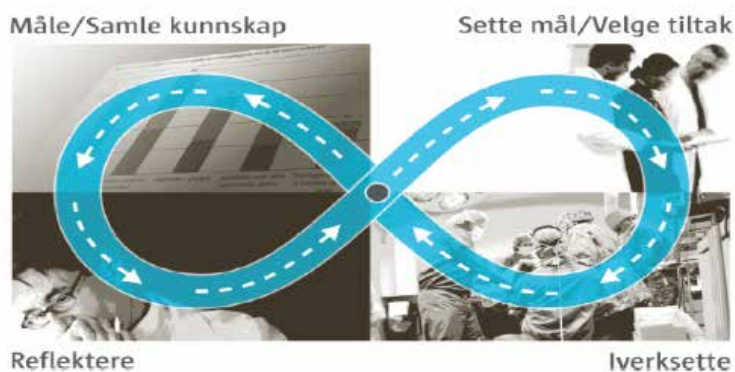


Fig. 10 Grimshaw, Ward and Eccles, 2001

av denne litteraturen vil være relevant for å kunne utvikle tannpleieteori og for å finne strategisk gode metoder med tanke på det helsefremmende og sykdomsforebyggende tannhelsearbeidet. Men samtidig må ny og mer spesifikk forskning skapes.

Forskning som kan knyttes spesielt til folkehelsefeltet er i dag i stor utvikling. For tannpleiere er det nødvendig å videreutvikle både teoretisk- og praksisnær forskning. Tannpleieforskning vil dermed kunne generere ny kunnskap innen det tannpleiefaglige feltet og bidra med fornyet innsikt innen andre fagfelt, slik det nesten alltid foregår gjennom tverrprofesjonelt samarbeid, utvikling og forskning.

6.3 Forskning i praksisfeltet

Nasjonal helseplan (2011-2015) legger vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helse- og tannhelsetjenesten. De ønsker brukermedvirkning på både individ, system- og politisk nivå. Brukermedvirkning blir en realitet når brukere, pårørende og brukerorganisasjoner deltar på linje med fagekspertene under planlegging, gjennomføring og evaluering. Ved

gjensidig respekt for hverandres ståsted kan de utfylle hverandre og sammen skape gode tjenester. Ny kunnskap publiseres fortløpende på mange områder, og det er spesielt viktig at tannpleierne tar i bruk den nye kunnskapen i klinisk tannpleierpraksis. De syv suksessfaktorene for å få lykkes med dette er: Valg av medarbeidere, opplæring, coaching, evaluering av medarbeidere, evaluering av programmet, understøttende administrasjon og støtte på systemnivå.

For å kunne videreutvikle fagfelt innen oral helse og folkehelse er det nødvendig med fornyet innsikt og dybde innen de samfunnsvitenskapelige arbeidsmetodene. Teoriene vil for eksempel dreie seg om psykologi, pedagogikk, sosiologi, filosofi, etikk, juss, statistikk/epidemiologi, organisasjon og ledelse. Bevissthet og utvikling av kompetanse rundt bruk av teorier og metoder er viktig i praksisfeltet. Helsearbeiderens refleksjon over egne erfaringer, tålmodighet og tidsbruk, faglige trygghet og kompetanse er viktig for videre utvikling av fagfelt og yrkesidentitet.

Forskning utført av tannpleiere fra hele verden viser seg å være hensiktsmessig for å forstå og utvikle tannpleiefaget og spesielt innen helsefremmende og sykdomsforebyggende tannhelsearbeid.

International Journal of Dental Hygiene henviser til slik forskning. Fagtidsskriftet er i dag en av tannpleierens internasjonale kommunikasjonskanaler innen forskning og utviklingsarbeid. Teorigrunnlaget er i hovedsak en forutsetning for forskning og gir oss mulighet til å være kritiske til egen virksomhet. Teori som er knyttet til å belyse fenomener i praksis kan bidra til å skape ny kunnskap innen tannpleiepraksis og folkehelsearbeid. Er arbeidet knyttet til teori kan virksomheten brukes som analyse- og tolkningsverktøy. Å initiere og implementere anvendbar forskning er av overordnet betydning for å se direkte effekter i fagfeltet. WHO's visjoner og mål er førende for verden og forskningen som bidrar til økt felles forståelse for hvordan vi bedre kan utøve helsefremmende og sykdomsforebyggende virksomhet. Den største faren ligger i om teoriene blir deterministiske eller årsaksbestemte teorier om mennesket (Mæland 2010). Til tross for at forskningen fører fremover, vil det ikke alltid være klare og entydige svar på hvordan et slikt komplekst fagfelt kan styres og/eller utvikles. Vi har derfor ennå mye ugjørt innen forskningen, spesielt overfor grupper og personer med spesielle behov, det vil si mer kontekstavhengig forskning. Både kontekst og spesifikke helseutfordringer er faktorer som kan være nødvendig å ta hensyn til.

I Meld. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* belyses forholdet mellom utdanning, praksis og forskning innen

velferdsyrkene. Det skal utvikles en struktur og arenaer for forpliktende og likeverdig samarbeid, samt å styrke praksisbasert forskning som skal bidra til utvikling av god praksis. Innen medisin og helse har det siden 2003 vært en markant økning innen klinisk pasientrettet omsorgsforskning og innen psykisk helse hvor oppbygging av forskningsaktiviteten har vært økende (ibid). Forskning knyttet til helse- og sosialfaglige utdanningsmiljøer skal ha to hovedformål: Å styrke kunnskapsgrunnlaget for yrkesutøvelsen og bidra til å sikre at utdanningene er basert på det fremste av kunnskap innen de aktuelle fagområdene (ibid).

Å videreføre forskning som kan føre til mer likeverd og sosial utjevning er en viktig prioritering for tannpleieforskningen i fremtiden. Førstehåndskunnskap til tannpleiefeltet i tillegg til opplevelse av meningsfylt arbeid vil være nødvendig for å kunne forske, og dermed generere ny kunnskap. Det er derfor viktig å skape motivasjon for videre forskning. Ved å gi yrkesgruppen større ansvar og mer prioriterte arbeidsoppgaver på en bevisst, styrende og systematisk måte knyttet til helsefremmende arbeid og tannpleie, vil dette kunne medføre at enda flere tannpleiere ønsker å ta en mastergrad og kanskje en Ph.D grad i fremtiden. Det er av overordnet betydning at helse- og utdanningsmyndighetene og arbeidsgiverne er villige til å støtte tannpleierne i den viktige prosessen med å få etablert etter- og videreutdanning og forskningsmuligheter knyttet til utvikling av oral helse, tannpleiefag og yrkesgruppens erkjente behov.

6.4 Behov for forskning ved tannpleierutdanningene

Det er et krav i kvalitetsreformen at

bachelorstudier skal være vitenskapelig forankret. Det er viktig at forskning også genereres ved tannpleierutdanningene. I dag ivaretas den vitenskapelige forankringen i forbindelse med de klinisk naturvitenskapelige fagene i tannpleierstudiet primært gjennom andre yrkesprofesjoner, i hovedsak tannleger. Odontologi og tannpleiefag har forskjellige innfallsvinkler til en og samme virksomhet.

For å kunne utvikle tannpleierens egenart i forhold til faget er det viktig at utdanningene har forskere fra egen yrkesprofesjon. Det vil kunne bidra til en annen og fornyet yrkesidentitet. Forskningskompetente personer med ulike innfallsvinkler til fagområdet kan generere ny forskning som utvikler folkehelsearbeidet og tannpleiefaget ytterligere.

Ved å synliggjøre forskningsarbeid også gjennom publikasjoner, vil man kunne styrke folkehelsearbeidet og den orale helsen, noe som kan bety ytterligere innsikt sammen med utviklingsarbeid på eget fagområde. Rekruttering av flere vitenskapelige tannpleiere for å skape et vitenskapelig miljø innen tannpleie og oral helse vil være et overordnet mål. Det blir derfor viktig at utdanningsstedene kan åpne opp for tannpleiere med etter og- og videreutdanning, og stimulere studenter og tannpleiere med interesse for forskning til å satse på doktorgradstudier.

I tillegg er det viktig å kunne integrere veiledningskompetanse naturlig til den kliniske virksomheten i tiden framover. Forskning er ressurskrevende, og det er derfor behov for samarbeid og arbeidsdeling for å sikre kvalitet og god ressursutnyttelse. Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd* tar opp dette spesifikt under SAK = samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon.

Meldingen formidler nødvendigheten med å sikre god kvalitet i tjenestene og med gode utdanninger vil forskningsbasen økes, og kvaliteten og relevansen i forskningsinnsatsen styrkes. Det anbefales at det legges til rette for godt samarbeid og dialog mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse. Det bør arbeides for etablering av en mastergrad innen det tannpleiefaglige feltet knyttet til utdanningssteder hvor andre helseprofesjoner på mastergradsnivå befinner seg. På sikt kan det også være en mulighet

for å få utviklet et interskandinavisk tilbud hvor nordiske tannpleiere i fellesskap videreutvikler det orale helsevitenskapelige emnet. Ved utdanningene vil det i framtiden være behov for lærere som innehar stillinger som bidrar til videreutvikling av spesialkompetanse for tannpleiere, lektorkompetanse, førsteamanuensis og professorstillinger innen tannpleiefaget og folkehelserelevant veiledning, ledelse og annet utviklingsarbeid. Det er nødvendig å få etablert forskerstillinger ved bachelorutdanningene i tannpleie,

i tillegg til at det arbeides systematisk med å rekruttere tannpleierlærere med mastergrad. Videre vil det være nødvendig å stimulere til doktorgradsarbeid, Ph.D, der vitenskapelig arbeid blir førende for yrkesgruppens og tannpleiefagets videre fremdrift. Tannpleiefaget vil ikke ha noen fremtid uten en vitenskapelig forankring, så dette vil dermed være en nødvendig forutsetning for å bygge fag kumulativt.

Del IV – kort oppsummering

- Et masterstudium i oral helsevitenskap er nødvendig for å skape tilstrekkelig faglig fordykning og forståelse av framtidens folkehelsearbeid, gi samarbeidstrening og videreutvikling av tannpleierens yrkeskompetanse. Det kan være mange innfallsvinkler til å utvikle en master.
- Mange tannpleiere i privat praksis etterspør etter- og videreutdanninger innen klinisk tannpleie og odontologi. NTpF arbeider aktivt for å få etablert en etterutdanning for tannpleiere innen klinisk tannpleie i Norge. Likeså vil videreutdanninger innen ledelse, prosjektledelse, utdanningsledelse, (yrkes)pedagogikk, psykologi, flerkulturell forståelse, geriatri, rus og psykisk helse med mer være tilpasset yrkesgruppen.
- Tannpleieforskning vil kunne bidra med noe kvalitativt nytt innen oralt helsearbeid. Målet er å bygge opp et sterkere, mer relevant og yrkesspesifikt forsknings- og fagmiljø for tannpleiere, for å bidra til kvalitet i tjenestene og i utdanningene.
- Det er et krav i kvalitetsreformen at bachelorstudier skal være vitenskapelig forankret. Det er viktig at også forskning genereres ved tannpleierutdanningene. For å kunne utvikle tannpleierens egenart i forhold til faget er det viktig at utdanningene har forskere fra egen yrkesprofesjon. Det vil kunne bidra til en annen og fornyet yrkesidentitet.
- Det er nødvendig å få etablert forskerstillinger ved bachelorutdanningene i tannpleie, i tillegg til at det arbeides systematisk med å rekruttere tannpleierlærere med mastergrad. Videre vil det være nødvendig å stimulere til doktorgradsarbeid, Ph.D, der vitenskapelig arbeid blir førende for yrkesgruppens og tannpleiefagets videre fremdrift.
- Tannpleieren må utvikle større bevissthet rundt verdien av egen profesjonalitet og personlig kompetanse, og se muligheter til å videreutvikle den framover.

Avsluttende betraktninger fra arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har hatt som mål å se helheten i tannpleierfunksjonen, ulike kompetansebehov for yrkesgruppen, utvikling av fagområdet tannpleie med muligheter for forskning og utviklingsarbeid. Dette er sett i forhold til folkehelseutfordringene, oralt helsefremmende arbeid og klinisk tannpleie, myndighetenes prioriteringer samt tannpleiernes behov for videreutvikling av egen fagkompetanse. I tillegg har vi sett på de bakenforliggende årsaker som hindrer vekst og utvikling for yrkesgruppen. Her bør NTpF fremover samarbeide med myndigheter, arbeidsgiver og eksisterende utdanningsinstitusjoner og legge til rette for et utviklende lærings- og arbeidsmiljø for tannpleieren slik at det helsefremmende og sykdomsforebyggende virksomheten og klinisk tannpleie blir gitt høy nok prioritet.

Referanser

- Abelsen, Birgit (2007): *Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge*. Norut Rapport nr. SF 12/2007
- Antonovsky, A. *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987
- Antonowsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.
- Argyris, C. (1990). *Bryt forsvarsrutinene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, A (2009) NOVA: Kan skolen kompensere for elevenes sosiale bakgrunn? Utdanning 2009
- Bauchamp T L, Childress J F (2001): *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn. Oxford University Press. ISBN 0-19-514332-9.
- Bjørndal og Lieberg (1978) *Nye veier i didaktikken? En innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Blåka, Gunnhild og Filstad, Cathrine (2007): *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Braut & Stoltenberg i *Store Norske Leksikon*: snl.no/.sml_artikkel/epidemiologi_020213
- Brekke, M og Tiller, T (2007): *Samklang, nye læringsutfordringer i helsefaglig utdanning og yrke*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Brønstad A. og Skjetne I. (2007). *Vg2 og Vg3 helsearbeiderfag. God helse 1 tar for seg grunnleggende begreper og metoder innen pleie og omsorg*. Gyldendal Norsk forlag.
- Dahl, K.E., Wang, N.J., Holst, D., Øhrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hygiene* 2011;9:87-92.
- Dahl, K.E., Wang, N.J., Skau, I., Øhrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontol Scand* 2011;69:208-214.
- Dahl KE, Wang NJ, Øhrn K. Does oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35–47 years of age in Norway. *Int J Dent Hygiene* 2012; 10:15–21.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determinaton in human behaviour*. New York: Plenum.
- Engel GL (1977): *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196: 129-136
- Fauske, H, Kollstad, M, Nilsen, S, Nygren, P og Skårderud, F (2006). *Utakter. Om helse- og sosialfaglig kompetanse i utdanning og praksis*, Gyldendal akademisk.
- Finbråten, Hanne Søberg og Pettersen, Kjell Sverre (2012). *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 1-2012, 8. årgang. En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse.
- Førde. R. (1995). *Nyttig eller utopisk prinsipp i klinisk praksis?* *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 115, nr. 20:2568-2570.
- Gammersvik, Å og Alvsvåg, H (2009). *Forståelse av helsefremming i sykepleie*. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* - nr 2 - 2009, 5 årgang.
- Grimshaw JM, Ward J, Eccles MP (2001). *Oxford Handbook of Public Health*, 2001.
- Gustavsen K. (2011): *Sosiale ulikheter i oppvekst – en humanitær utfordring*. TF-Rapport 283
- Halvari, A. E. Münster (2011): *“Motivation, Dental Behaviours, Well-Being, and Oral Health: Cross-sectional and Experimental Studies Testing Self-Determination Theory”*. *Dissertation for the PhD Degree from the University of Oslo, Faculty of Odontology, Department of Dental Hygienist Education, 2011*
- Hansen, B (2008). *Tannpleieryrke og bachelorutdanning i en brytningstid med endring. Utfordringer framover sett i et kunnskaps-, lærings- og tannpleiefaglig perspektiv*. Publisert masteroppgave i kunnskapsledelse ved Handelshøjskolen i København, Danmarks pædagogiske universitet.
- Hjort PF. (1994): *Et spørsmål om sunnhet? - Mot et nytt helsebegrep*, i Hjort, PF. (1994) *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93*. *Utredningsrapport nr. U 1 - 1994*. Statens institutt for folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin, Seksjon for helsetjenesteforskning, Oslo, s. 86-96.
- Holst, D. (2008). *Er oral helse fortsatt skjevt fordelt?: Den orale helses sosiale determinanter*. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 118(1), 8-13. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2008/P08-01-8-13.pdf>
- Holst, D., & Dahl, K. E. (2008). *Påvirker oral helse livskvaliteten?: En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse*. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 118 (4), 212-218. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2008/P08-04-212-8.pdf>
- Holst, Dorthe; Schuller, Annemarie & Gimmestad, Anne (2004). *Tannhelsen i dynamisk endring - fra sykdomsrisiko til helsepotensial*. *Den norske tannlegeforenings tidende*. ISSN 0029-2303. 114(16), s 866- 71

- Holst D, Skau I, Grytten J. (2005) Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 57680. 5.
- Hvas AC, Thesen J. (2002) At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: «Empowerment i et medicinsk perspektiv. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5361–5.
- Insen, Gunn (1997): *Lærerens verden. Innføring i generell didaktikk.* Tano Aschehoug
- Insen, Gunn (2006): *Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi.* Universitetsforlaget
- Ingelhart M, Bagramian R, editors (2002). *Oral health related quality of life.* Chichago; University of North Carolina. School of Dentistry. Quintessence Publishing Co, Inc. USA; 2002.
- Irgens, E (2007) *Profesjon og organisasjon.* Fagbokforlaget
- Jacobsen, D I og Thorsvik J (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer.* Fagbokforlaget
- Krogh, G von, Ichijo K og Nonaka I (2005). *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner.*Damm Egmont
- Langeland, E. (2009) *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse.* *Syke-pleien Forskning*, 4, 288-296
- Langslet G.J. (1996). *Løsningsfokuset tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning.* Ad Notam Gyldendal.
- Lauvås og Handal (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori.* Oslo: Cappelen Akademisk.
- Lave, Jean og Wenger, Etienne (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Lerner, R.M. (eds.) (...), *Handbook of Child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development.* 5th ed. N.Y.: Wiley.
- Lyshol, H. & Biehl, A. M. (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap.* Rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Løw, Ole (2009) *Pædagogisk vejledning. Facilitering af læring i pædagogiske kontekster.* København: Akademisk forlag.
- Mejère, I., Modéer, T. & Twetman, S. (2008). *Pedodonti.* Stockholm: Gothia Förlag.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.
- Mæland, J. G. (2002). *Forebyggende helsearbeid – I teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – I teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Newell, Sue, Robertson, Maxine, Scarbrough, Harry, Swan, Jacky (2002): *Managing knowledge work.* New York: Palgrave Mcmillan.
- Nonaka, I og Takeuchi, H (1995). *The knowledge creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation,* New York: Oxford University Press, p. 284, ISBN 978-0-19-509269-1
- Nordhaug, Odd (2002): *Kunnskapsledelse, Trender og Utfordringer.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reiner, L. M. (2002). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok.*
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.* Department of Public Health and Community Medicine, A27, University of Sydney, NSW 2006, Australia *Tidsskrift Nor Lægeforen* nr. 16, 2001; 121: 1940–4
- Næss, S. (2001) *Livskvalitetsom psykisk velvære* *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 16, 2001; 121: 1940–4
- Næss, S., Moum, T. og Eriksen J. (2011). *Livskvalitet.* Fagbokforlaget.
- Pedersen, R., Hofmann, B., Mangset, M. (2007). *Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid.* *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 12, 2007; 127: 1644–7644
- Petersen, P.E., & Åstrøm, A.N. (2008). *Prinsipper og strategier for sundhedsfremme i det 21. århundrede.* Den norske tannlegeforenings *Tidende*, 118(1), 22-30. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2008/P08-01-22-30.pdf>
- Polanyi, M. i 1966. *The tacit dimension.* London, Routledge. (University of Chicago Press. ISBN 978-0-226-67298-4. 2009
- Raadal, M., Espelid, I., & Crossner, C.-G. (2011). *Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge: Er det tid for å endre strategi?* *Den norske tannlegeforenings tidende*, 121(1), 10-17. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2011/P11-01-10-7.pdf>
- Schön, D.A. (1991). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a new design for teaching and learning in the professions.* Jossey- Bass. San Fransisco.

Siggard Jensen, Sisse, Mønsted, Mette, Fejfer Olsen, Sanne (2004): *Viden. Ledelse og kommunikation*. København: Samfunnslitteratur.

Skagen, Kaare (2004) *I veiledningens landskap*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Skau, G.M (1998). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse som utfordring*. Tapir forlag.

Sørensen M, Graff-Iversen S. *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?* Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 720 - 4.

Stelter, Reinhard (red.) (2004). *Coaching – Læring – utvikling*. Psykologisk forlag A/S.

Sundby, A. (2005). *Sundhedsfremme og forebyggelse af tandsygdomme hos børn og unge*. Tandlægebladet, 109(6), 458-463. Lokalisert på <http://tandlaegebladet.dk/tbarkiv/TB-2005-06-458-1.pdf>

Taylor, S.E. (2008) *Health Psychology*, 7th Edition, London: McGraw-Hill.

Tveiten, S. (2006) *The public health nurses' client supervision*. Doctoral thesis. Med.fakultet, Universitetet i Oslo

Ulstein, Kristen (2001): *The Hallmarks of Empowering Communication* (Masteroppgave fra University of Zimbabwe, 2001)

Wadel, C (2002). *Læring i lærende organisasjoner*. Seek A/S Flekkefjord

Walseth, L T og Malterud, K (2004) *Tidsskr Nor Lægeforen*:124:65 6. *Saltogenese og empowerment i allmennmedisinsk perpersktiv*

Wang, N J og Toven, H V (2006): *Tannpleiere i Norge, yrkesaktivitet og arbeidsforhold. En nasjonal undersøkelse i 2004*

Aktuelt lovverk, offentlige dokumenter, rapporter og veiledere

Aktuelt lovverk:

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2012-12-14-86

Helsepersonelloven, LOV-2012-06-22-47

Tannhelsetjenesteloven, LOV-2011-06-24-30

Universitets- og høyskoleloven, LOV-2012-06-22-55

Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29

Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2012-06-22-46

Folketrygdloven, LOV-2013-04-19-14

Vedtak til lov om endringer i folketrygdloven (stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier):

Lovvedtak 16 (2012–2013) Kildedokumenter:

(Innst. 65 L (2012-2013) Innstilling fra helse- og

omsorgskomiteen om endringer i folketrygdloven (stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier) og Prop 123 (2011-2012) : Endringer i folketrygdloven-stønad til behandling hos tannpleier).

Offentlige dokumenter, rapporter og veiledere

NOU 1998:18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*

St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*

St. meld. nr. 30 (2003-2004) *Kultur for læring*

St. meld.nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgstjenester.*

St. meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester.*

St. meld nr.20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*

St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen.*

St. meld nr. 16 (2011-2015) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*

Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd – Samspill i praksis*

Meld. St. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen God helse - felles ansvar*

Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Rapport IS-1846*

Helsedirektoratet (2010) *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Rapport IS-1855*

Helsedirektoratets (2011) *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. Veileder IS-1589*

Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport IS- 1443*

Statens helsetilsyn. (1999). *Tenner for livet: Helsefremmende og forebyggende arb. Veileder IK- 2659.*

Sosialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist*

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*

World Health Organization. (2012b). *Media centre: Oral health.*

Lokalisert 24.04.12 på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

World Health Organization. (2012c). *Oral health: Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion.* Lok. på http://www.who.int/oral_health/strategies/cont/en/index.html

