

**LARISA KREKMANOVA**, övertandläkare, Specialistkliniken för pedodonti, Odontologen, Göteborg

**AGNETA ROBERTSON**, odont dr, klinikchef, Specialistkliniken för pedodont, Odontologen, Göteborg

## Det utsatta barnet i tandvården

▪ Barntandläkare ska se till att alla barn från samhällets olika socialgrupper får adekvat behandling. Både inom folktandvården och privattandvården möter tandläkare, tandsköterskor och tandhygienister barn som saknar den hjälp de behöver för att kunna upprätthålla en god munhälsa eller för att över huvud taget kunna komma till tandvården. Ofta medför detta en sämre munhälsa och ett ökat tandvårdsbehov.

Om barnet inte erbjuds rätt hjälp i tid kan det leda till problem vid olika behandlingar. Barnet kan även utveckla tandvårdsrädsla som till slut leder till att narkostandvård blir enda möjligheten att behandla barnet. En ond cirkel kan uppstå och problemen befästs in i vuxen ålder. En av barntandläkarens uppgifter är att hindra en sådan utveckling. Författarna diskuterar olika behandlingsaspekter för den grupp barn som behöver ett utökat omhändertagande.

Syftet med den här översikten är att belysa olika aspekter som kan vara av vikt för att barnet ska kunna få en mer positiv upplevelse av tandvården. På så sätt kan lyckandefrekvensen för tandvårdsbehandlingen öka. Ett annat syfte med artikeln är att uppmuntra till individuellt bemötande och problemlösning inom barntandvården.

REFERENTGRANSKAD. ACCEPTERAD FÖR PUBLICERING 2 AUGUSTI 2005

**H**istoriskt sett har barnet ansetts vara en fysisk och psykisk minikopia av den vuxne individen. Barn har därför ofta avkrävts prestationer som ligger långt över deras fysiska förmåga och intellektuella utvecklingsnivå. Först under förra seklets början skapades teorier om barnets fysiska och kognitiva utvecklingsstadier [1]. Därefter uppmärksammades barnets olika behov; som rättigheten till en barndom, integritet och autonomi. I modern tid har barnens situation och särskilda behov uppmärksamats allt mer av olika myndigheter och institutioner samt i barnkonventionen och av Världshälsoorganisationen, WHO [2–4].

Tandvården har ett lagstadgat ansvar för omhändertagandet av barns munhälsa fram till vuxen ålder. Därmed äger tandvården ett viktigt instrument för att kunna påverka barnets attityd till egenvård och tandvård. Forskning har visat att barns tidiga möten med tandvården ofta präglar deras fortsatta syn på tand- och munhälsa samt tandstatus [5–8]. Därför är det viktigt att de första mötena blir positiva för barnet. Många positiva upplevelser i tandvården kan betyda att barnet klarar följderna av enstaka negativa händelser som till exempel en akut extraktion eller ett trauma (immunisering genom så kallad latent inhibition) [9]. Den negativa händelsen behöver inte leda till framtida behandlingsproblem och/eller rädsla hos barnet. Upprepade negativa upplevelser kan däremot få negativa konsekvenser för barnet en lång tid framöver [10]. Det vore därför önskvärt att tandvårdspersonalen lär sig att bemöta och guida varje barn utifrån dess unika förutsättningar så att barnet kan uppleva den från början främmande och krävande miljön mindre skrämmande.

### Individuella förutsättningar styr behandlingen

Barnet samspelar oavbrutet med sin omgivning genom sina unika interna och externa förutsättningar; exempelvis det utvecklingsstadium som barnet befinner sig i, dess kognitiva förmåga, den aktuella familjesituationen och den sociala miljön. Barnet upplever samspillet positivt om det finns en överensstämmelse mellan barnets inneboende kapacitet och omgivningens krav [11]. Kunskaper om barnets bakgrund och tidigare erfarenheter av tandvård/sjukvård kan tillsammans med barnets familje- och sociala förhållanden ge en fingervisning om en behandling riskerar att överbelasta barnets kapacitet.

På grund av det kontinuerliga samspillet och barnets utveckling kommer behandlingsproblemen att variera över tid. Att vara uppdaterad och kunna ta hänsyn till belastande faktorer kan därför vara avgörande för om behandlingen lyckas. Om barnet är mitt uppe i en utvecklingskris, alternativt familjekris eller om barnet har andra svårigheter kan det beroende på tandstatus vara rimligt att antingen skjuta på invasiv



**Tandvården har ett lagstadgat ansvar** för omhändertagandet av barns munhälsa fram till vuxen ålder. Forskning har visat att barns tidiga möten med tandvården ofta präglar deras fortsatta syn på tand- och munhälsa samt tandstatus.

tandvård eller planera för narkostandvård. På så sätt kan barnet besparas långa och tröttnande behandlingar som både upplevs negativt och är framgångslösa.

Mot denna bakgrund är det önskvärt att alla barn, men speciellt de barn som lever under ogynnsamma förhållanden, får möjlighet att uppleva och utforska tandvårdssituationen i trygghet, på sin egen nivå och i sin egen takt. Barn som är mitt uppe i en negativ livssituation behöver mer än andra barn känna sig sedda, hörda och respekterade. Det är därför viktigt att poängtera behovet av att visa respekt inom tandvården. Respekt kan visas genom att man tillsammans med barnet gör upp delmål och gränser för behandlingen som behandlaren sedan tar på allvar. Först när det har etablerats en god relation mellan barnet och behandlare kan ett dynamiskt samspel utvecklas som gör att barnet vågar utmana sig själv vidare. Därmed kan barnet även få hjälp med att komma över tidigare negativa erfarenheter.

Erfarenhet och studier visar att olika barn behöver olika lång tid att anpassa sig till nya behandlare, miljöer och situationer [11, 12]. Det kan därför vara lämpligt att på ett tidigt stadium ta reda på barnets temperament och beteendemönster. Det gäller särskilt blyga, oroliga och rädda barn som oftast behöver lång tid för tillvänjning och behandling [13]. I tandvårdssituationen

kräver barn också en högre uppmärksamhetsgrad och utökad kommunikation för att kunna samarbeta. Det ligger i sakens natur att barns koncentration ofta dalar och ersätts med oro om kommunikationen med behandlare upplevs som otillräcklig eller om barnet inte förstår behandlaren. Därför hjälper det ofta om behandlaren försöker behålla barnets intresse och guida det vidare genom monolog eller dialog.

Vår erfarenhet är att det är lättare att skapa samarbete och tilltro om patienten får möjlighet till flertal mikropaus under behandlingen. Avbrotten kan vara så enkla som att barnet får skölja munnen när det önskar eller uppmuntras att sträcka på sig med jämna intervall. Förutom dessa avbrott är tiden i behandlingsstolen en avgörande faktor för hur barnet upplever tandvården. En behandlingssession som drar ut på tiden tröttnar lätt ut barnet. Däremot behöver barnpatienten oftast flera behandlingstillfällen efter varandra för att kunna vänja sig vid miljön och de krav som ställs. Det gäller särskilt barn som har svårt att samarbeta. De behöver vanligtvis mer tid, engagemang och förståelse. Slutligen är en lugn miljö viktig för att barnet ska kunna ta till sig behandlingen på ett bra sätt. Det kan vara bra att barnet inte får ha med sig kamrater eller syskon som kan distrahera patienten och därmed avleda koncentrationen. Barnet bör få känna sig satt i centrum.

#### **Vårdnadshavare – behandlare – kommunikation**

I motsats till behandlingen av vuxna är barnet beroende av att en vårdnadshavare ser till att barnet kommer till tandvården. Många gånger finns det ett samband mellan föräldrars och barns negativa syn på tandvård [13]. Inte minst i dessa fall är det värdefullt att behandlaren/teamet kan skapa en god kontakt till målsman. Ibland lämnar vårdnadshavaren avgörande anamnesticke uppgifter först sedan behandlaren lyckats bygga upp en tillräckligt god kommunikation och gott förtroende. För att säkra barnets medverkan i behandlingen är det positivt om man lyckats etablera en fungerande kontakt mellan vårdnadshavare och behandlare. Är vårdnadshavaren positiv till behandlingen överförs detta lätt på barnet. Detsamma gäller även omvänt. När behandlaren har god kommunikation med barnet blir målsman mer positivt inställd till barnets fortsatta tandvård. Om både patient och vårdnadshavare får positiva intryck av tandvården kan man ofta uppnå ett snabbare och bättre behandlingsresultat.

En ofta diskuterad fråga är om målsman ska närvara i behandlingsrummet. Naturligtvis är det av intresse för målsman att veta vad som utspelar sig i behandlingsrummet. För det mesta utgör en trygg vuxen individ som barnet har bra relation till hjälp och stöd i behandlingen. Det finns dock vårdnadshavare som inte är lämpade att närvara vid behandlingen, till exempel tandvårdsrädda. I sådana fall kan

den vuxnes olust inför tandvård överföras på barnet som blir mer svårbehandlat. En tidig diskussion om vem som följer med barnet till tandvården kan vara en lösning.

#### **Anknytning och kontinuitet**

Barn är oavsett sin sociala miljö samt yttre och inre belastande faktorer en heterogen grupp med olika förmåga att möta nya situationer. Oberoende av detta gynnas de allra flesta barn av att inte byta behandlare vid revisioner och uppföljningar under behandlingsperioden. Barn behöver skapa en trygg och kontinuerlig relation till en behandlare, en stabil plattform att utgå från [15]. Det blir särskilt viktigt för de barn som uteblir från sedvanlig tandvård och endast får sporadisk akut behandling.

Samma resonemang kan tillämpas på förskolebarn. De behöver på grund av sin ålder kontinuitet i mötet med behandlarna [15]. Varje byte av behandlare eller tandvårdsklinik betyder att barnet på nytt måste knyta an till och vänja sig vid nya individer. När barnet är tryggt i sig själv och med sin omgivning går tillvänjningen till det nya snabbt och utan större problem. Barn som redan är belastade i sin livssituation upplever dock bytet av behandlare och miljö som mer krävande och mödosamt. Det är dessa barn som behöver största möjliga kontinuitet i tandvården och ett generellt större stöd och engagemang vid behandlingen.

#### **Inskolning**

Inom barntandvården finns redan en väl beprövad modell för behandling av icke-inskolade patienter. Den välkända inskolningsstrappan i ”Tell-show-do”-metoden innebär att patienten introduceras för nya instrument och behandlingssituationer med stegvis ökande svårighetsgrad [16, 17]. På så sätt upptäcks problem i acceptansen lätt och barnet kan få individuellt anpassad inskolning. Att behandlaren introducerat instrumenten en gång i en viss ordning innebär dock inte automatiskt att barnet är inskolat. Inskolning är sålunda mer än inlärning av instrument. Den handlar framför allt om en gradvis uppbyggnad av förtroende och kommunikation mellan barn och behandlare/team samt en tillvänjning till hela tandvårdssituationen. Oro och misstro inför behandlingen kan finnas kvar hos barnet trots att man genomfört en praktisk genomgång av instrumenten. Barnet behöver exponeras flera gånger för att bli inskolat till situationen.

Vid inskolningen är även andra faktorer viktiga för en lyckad upplevelse. En positiv attityd hos behandlaren är till exempel viktigt på sikt. Det har visat sig att patienten vid nästa besök automatiskt återkopplar till de känslor och det stämningsläge som han/hon lämnar behandlingsrummet i. Alltså är det önskvärt att patienten vid varje behandling kan

lämna kliniken med en känsla av lyckande. Därmed bör man alltid kunna visa uppskattning för barnets förmåga till deltagande, till exempel att barnet över huvud taget kommit till behandlingen eller försökt att samarbeta i ett behandlingsmoment.

### English summary

#### The vulnerable child in the dental office

Larisa Krekmanova och Agneta Robertson

*Tandläkartidningen 2005; 97 (14): 52–5*

The objective of this overview is to stimulate Swedish dental practitioners to a more holistic way when meeting the pediatric patient. The aim is also to discuss collaborating factors that, from the child's point of view, may be crucial for a positive treatment outcome. Taken into consideration are a child's intrinsic factors, such as cognitive development, maturity and temperament. Also highlighted are individual extrinsic factors such as the current state of the family and other environmental situations that together may either complicate or facilitate the treatment outcome. Specially emphasized is the importance of interplay between the child, the parent and the healthcare professionals.

### Litteratur

- Piaget J. The stages of the intellectual development of the child. *Bull Menninger Clin* 1962; 26: 120–8.
- <http://www.who.int/en/>
- Bergstrom S, Petersson PO. Swedish assistance and goals of the millennium: it's necessary to increase the Swedish resource basis. *Läkartidningen* 2004; 101 (30–31): 2442–3.
- <http://barnkonventionen.nu/>
- Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999; 107 (6): 422–8.
- Klingberg G, Berggren U. Dental problem behaviors in children of parents with severe dental fear. *Swed Dent J* 1992; 16 (1–2): 27–32.
- Skaret E, Weinstein P, Milgrom P, Kaakko T, Getz T. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14 (1): 17–26.
- Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc* 1984; 109 (2): 247–51.
- van Waaijen D, ten Berge M, Veerkamp JS. Dental fear in children: dental experiences during childhood. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108 (11): 466–9.
- ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002; 16 (3): 321–9.
- Broberg A, Almqvist K, Tjus T. Temperament. I: *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur, 2003.
- Arnrup K. Pediatric Dentistry Meets Clinical Child Psychology. Studying of groups of uncooperative child dental patients. Thesis 2003.
- Klingberg G. Dental fear and behaviour management problems in children. Thesis 1995.
- Goossens FA, van IJzendoorn MH. Quality of infants' attachments to professional caregivers: relation to infant-parent attachment and day-care characteristics. *Child Dev* 1990; 61 (3): 832–7.
- Holst A. Behaviour management problems in child dentistry. Frequency, therapy and prediction. Thesis, Göteborg University, Göteborg, Sweden, 1984.

#### Address:

Larisa Krekmanova,  
Specialistkliniken  
för pedodonti,  
Odontologen,  
Medicinaregatan 12 A,  
413 90 Göteborg  
E-post: larisa.krek-  
manova@vgregion.se