

Anne B. Skaare, Sadaf Haque Afzal, Eero Olli og Ivar Espelid

Holdninger og vaner hos innvandrereforeldre – oppfølgingsstudier etter SMÅTANN-undersøkelsen

Undersøkelser fra Skandinavia og andre land har vist at småbarn med innvandrerbakgrunn har dårligere tannhelse enn den etniske majoritetsgruppen. Den største innvandrergruppen i Oslo har pakistansk bakgrunn, og studier har vist at pakistanske småbarn både har mer uregelmessige tannbørstevaner og et mer uheldig kostholdsmønster. Mens det finnes mange studier som viser at innvandrerbarn er en høyrisikogruppe når det gjelder karies, er det få kvalitative undersøkelser som belyser foreldrenes forståelse av eller holdninger til tannhelse.

Hensikten med denne undersøkelsen var å prøve å kartlegge viktige hindringer for at innvandrerbarn i førskolealder kan få bedret sin tannhelse. Ved hjelp av dybdeintervjuer i to utvalg var målet å avdekke tanker og holdninger hos foreldre om tannhelsens betydning for barn.

Resultatene som refereres i denne artikkelen er inntrykk og observasjoner fra intervjuer av innvandrerforeldre og pakistanske mødre spesielt. Lydopptak ble brukt som støtte. Det ble ikke foretatt transkripsjon og mer inngående analyser av lydopptakene. De fleste mødrene mente at en travel hverdag og manglende kunnskap var hovedårsaken til at innvandrerbarn har mer karies enn etnisk norske barn. Språkproblemer kan også være en viktig årsak til at informasjonen ikke når frem. Selv om flere mødre mente at de har innflytelse på barnas tannhelse, var de i stor grad enige om at innvandrerforeldre er mer ettergivende overfor sine små barn enn norske foreldre. Foreldrene selv gikk sjelden til tannlege uten at de følte et akutt behov som for eksempel ved tannmerter.

Forfattere

Anne B. Skaare, førsteamanuensis. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Sadaf Haque Afzal, tannlege. Tannhelsetjenesten Oslo KF

Eero Olli, rådgiver. Likestillings- og antidiskrimineringsombudet, Oslo

Ivar Espelid, professor. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Det har i de siste årene vært en økende interesse for mer kunnskap om helsen til innvandrergrupper. Dette gjelder også tannhelsen. Flere skandinaviske undersøkelser (1–4) har vist at barn i etniske minoriteter har dårligere tannhelse enn den etniske majoriteten. Karieslesjonene er alvorligere, og dette gjelder spesielt i det primære tannsettet. Den norske SMÅTANN-undersøkelsen (5) bekrefter dette, og der ble det registrert at barn med innvandrerbakgrunn har høyere kariesprevalens enn etnisk norske barn. Resultatene viste at 84 % av norske tre-åringere er kariesfrie, mens kun 50 % av barna med innvandrerbakgrunn er uten karies. Tilsvarende tall for fem-åringere er henholdsvis 52 % og 11 %.

Innvandrerbakgrunn er assosiert med flere risikofaktorer som har betydning for utvikling av karies, som for eksempel mangelfulle tannbørstingsvaner og ugunstig kost og kostholdsmønster. Studier fra Skandinavia viser at innvandrere har tannhelserelaterte vaner som er forskjellig fra den innfødte befolkningen (6–8). Førskolebarn med innvandrerbakgrunn har mer uregelmessig tannpuss. Det er færre foreldre som pusser barnets tenner to ganger om dagen sammenliknet med foreldre med norsk bakgrunn. En konsekvens av dette er at man i tillegg til karies, kan registrere mer plakk og gingivitt blant innvandrerbarn. De har også en lavere fluor-eksponering i og med mindre bruk av fluortannpasta (7,8).

Videre har innvandrerbarn hyppigere måltider og økt sukkerinntak både i form av mat og sukkerholdig drikke enn svenske barn (8), og de får tidligere kolonisering av kariogene bakterier som *S. mutans*. I tillegg har sosioøkonomiske forhold betydning. Mødre med mindre enn ni års utdanning har i større grad barn med karies (1) enn mødre som har lenger utdanning.

Hensikten med denne artikkelen er 1) å gi bakgrunnskunnskap om pakistanske innvandrere og tannhelse og 2) referere fra dybdeintervjuer gjennomført i to ulike utvalg av innvandrerforeldre. Spørsmålet er om det er spesifikke tanker og holdninger til tannhelse som kan forklare hvorfor innvandrerbarna representerer en høyrisikogruppe når det gjelder karies.

Bakgrunnsopplysninger om pakistanske innvandrere

Innvandringen til Norge startet på begynnelsen av 1970-tallet da det var mangel på arbeidskraft i landet. En av de største innvandrergруппene i Norge kommer fra Pakistan, hovedsakelig fra landsbyer i Punjab i Nord-Pakistan. Pakistanerne reiste fra fattigdom, arbeidsløshet og ufred. I 2007 var det ca. 28 000 personer med pakistansk bakgrunn i Norge (9), og flesteparten er bosatt i Oslo eller i Østlandsområdet ellers. Også blant barna utgjør de med pakistansk bakgrunn den største etniske minoriteten fra ikke-vestlige land, i underkant av 10 000 barn under 18 år. De fleste barna er etterkommere (andregenerasjonsinnvandrere), det vil si at de er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre. Nå er det også kommet en «tredje generasjon», men som oftest er en av foreldrene født og oppvokst i Norge mens ektefellen er fra Pakistan. Dette betyr at flere familier består av både innvandrere og deres etterkommere, og at de fortsatt befinner seg i en integrerings- og tilpasningsfase til et vestlig liv.

De fleste pakistanere er muslimer, og dette kan ha konsekvenser for mange vaner, inkludert kostholdet. Det er store forskjeller mellom det tradisjonelle pakistanske kostholdet og det norske kostholdet. Men ettersom pakistanere er blant de første innvandrerne som kom til Norge, betyr det at mange har bodd her lenge og har tatt til seg norske kostvaner (10).

Majoriteten av pakistanere som selv har innvandret til Norge, har relativt kort skolegang fra hjemlandet. Spesielt kvinnene har hatt lite skolegang, og noen er nesten analfabeter. Dette kan gjøre det vanskelig å tilegne seg ny informasjon på et fremmed språk, særlig dersom det gis skriftlig. Etterkommerne blir sterkt påvirket av dette som småbarn, selv om de senere gjennom skolen vil få den samme informasjonen som norske elever.

Karies og pussevaner

Studier viser at det er signifikant høyere kariesforekomst i det primære tannsett hos småbarn med pakistansk bakgrunn enn hos etnisk danske eller engelske barn, og at de har mer uregelmessige tannbørstevaner (11–16). I Storbritannia registrerte Taylor (16) at 30 % av pakistanske barn fikk pusset tennene sjeldnere enn én gang daglig, og i Danmark, der flere innvandrergруппer ble sammenlignet, fant man lavest frekvens med daglig tannbørsting blant pakistanske innvandrere (11). De pakistanske foreldrene starter senere å pusse tennene på barna og slutter også tidligere med å hjelpe barna med tannpuss. Mens 84 % av danske 7-åringer får voksenhjelp til tannpuss, gjelder dette for 32 % av de pakistanske barna (14). En engelsk studie (17) viser at kun 2 % av første- og andregenerasjons pakistansk mødre startet å pusse barnas tenner før ettårsalder, mens 30 % pusset ved toårsalder og ved tre år pusset 76 %. De som startet å pusse før ett års alder hadde minst karies ved treårsalder.

Karies og kost

Karies i det primære tannsett er i sterk grad knyttet til kostvaner i spedbarns- og småbarnsalder (12). De tidligere nevnte studiene fra Storbritannia og Danmark (11–16) bekrefter ugunstig kost og kostholdsmønster blant småbarn med pakistansk bakgrunn. Nærmere 32 % av pakistanske småbarn ble ammet eller brukte flaske etter to-

årsalder i forhold til ca. 18 % av danske barn, og det ble funnet en klar sammenheng mellom karies og amming eller flaskebruk (11). Flere studier bekrefter tendensen til lengre amme- eller flaskeperiode i småbarnsalder blant pakistanske innvandrere, og spesielt nevnes inntak av sukkerholdige drikker, særlig om natten (8,11,13,17). En årsak til dette kan være tradisjonelle kjønnsroller i det pakistanske samfunnet, hvor kvinner oftere er hjemmевærende og dermed har mulighet til å amme lenger enn vestlige mødre (11). Lengre periode med flaskebruk kan skyldes at dette er en mulighet til å få det roligere i en stressende hverdag og når familien er samlet om kvelden.

Det finnes mange studier som viser at innvandrerbarn er en høyrisikogruppe når det gjelder karies, men det er få undersøkelser som kan belyse deres forståelse av kariesprosessen eller deres holdninger til tannhelse spørsmål.

Materiale og metode

Gjennom halvstrukturerte intervjuguider fokuserte intervjuene i begge studiene på ulike temaer innen tannhelse. Samtalen dreide seg om foreldrenes forståelse (for eksempel om hvordan hull oppstår), barnas tannhelsevaner, kosthold og bruk av tannhelsetjenester i Norge og i hjemlandet. Foreldrene ble også spurt om hva de tror årsaken kan være til at innvandrerbarn har dårligere tannhelse enn etnisk norske barn, og videre om de hadde ideer til mulige tiltak for å forbedre tannhelsen blant innvandrerbarn.

For å kunne avdekke begrepsbruk som man ikke klarer å fange opp i et standardisert spørreskjema, ble det lagt vekt på at foreldrene/mødrene kunne bruke sine egne begreper. Dette forutsetter at intervjuobjektene har en språkforståelse som muliggjør bruk av dette.

I utvalg 1 møtte vanligvis begge foreldre, og far førte oftest ordet. I utvalg 2 ble språkforståelsen ivaretatt ved at intervjuer hadde pakistansk bakgrunn og behersket urdu.

Felles språkforståelse og tillit til intervjuer er en klar fordel. Ettersom intervjueren i utvalg 2 var en kvinnelig pakistansk student, var muligheten for innpass i kvinnenens «verden» større, ikke minst fordi tannhelse blir av mange oppfattet som en «kvinneoppgave».

I begge intervjurundene ble det vist kliniske bilder av barn med ulike grader av kariesskader (Figur 1). Samtalene ble tatt opp på en minidisk-opptaker etter at hvert enkelt intervjuobjekt hadde gitt sitt samtykke. Undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komité (REK III) og tilrådd gjennomført av Personvernombudet.

Utvalg 1

Som en oppfølging av SMÅTANN-undersøkelsen, som i tillegg til en klinisk undersøkelse besto av et strukturert spørreskjema med 175 ulike spørsmål/emner, ble 18 familier invitert til å delta i intervjuundersøkelsen. Disse familiene ble plukket ut etter følgende to kriterier: 1) mor hadde opprinnelse fra et ikke-vestlig land, og 2) de var enige i utsagnet «Det er ofte for stressende å si nei til søt-saker når barnet vårt vil ha det», et svar som korrelerte høyt med mye karies hos respondentenes barn.

Av ulike grunner, blant annet flytting og sykdom, frafalt fem av

familiene med tre av de barna som hadde mest karies. Utvalget bestod av de resterende 13 familiene. Familiene kom fra mange ulike land og hadde varierende familiestruktur. Noen familier var kjernefamilier, noen besto av en alenemor, og noen få hadde en bestemor boende i huset. Halvparten av husholdningene hadde minst én person med høyere utdanning, den andre halvparten hadde ingen med høyere utdanning.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 07.11.-10.12.2003 på forskjellige tannklinikker i Oslo. De fleste deltakerne ble intervjuet av en stipendiat med samfunnsvitenskapelig bakgrunn (EO) og en spesialist i pedodonti (AS). Intervjuene bygget på en intervjuguide som dekket temaer som foreldrenes erfaringer fra tannlege i opprinnelsesland og i Norge, deres tannhelsevaner under egen oppvekst og nå, forhold knyttet til barnas tannhelse (tannpuss, mat- og drikkevaner), hva som er dårlige tenner og idéer til mulige tiltak. Intervjuguidene var så tilpasset hver familie ut ifra barnas tannhelsestilstand og hva de hadde svart på SMÅTANN-spørreskjemaet. Selve intervjuet fulgte således ikke intervjuguiden slavisk, foreldrene kunne komme med egne fortellinger så langt som mulig. Samtalene foregikk på norsk. Intervjuene hadde en varighet på 30 til 50 minutter. Intervjuerne oppsummerte og diskuterte samtalen etterpå, og dette ble tatt opp på samme minidisk som intervjuet.

Utvalg 2

Dette utvalget bestod av 10 pakistanske kvinner. Alle hadde barn som soknet til Tannhelsetjenesten Oslo KFs klinikk på Tøyen i Oslo. Gruppen besto av kvinner med minst ett barn født i 2001 eller 2002, dvs. tre år gamle barn. Fem av kvinnene hadde fått invitasjon til å delta på et informasjonsmøte om tannhelse på Tøyen tannklinik, og de resterende fem kvinnene ble plukket ut tilfeldig fra en navneliste med pakistansk-etniske navn med tilhørighet til samme klinikk.

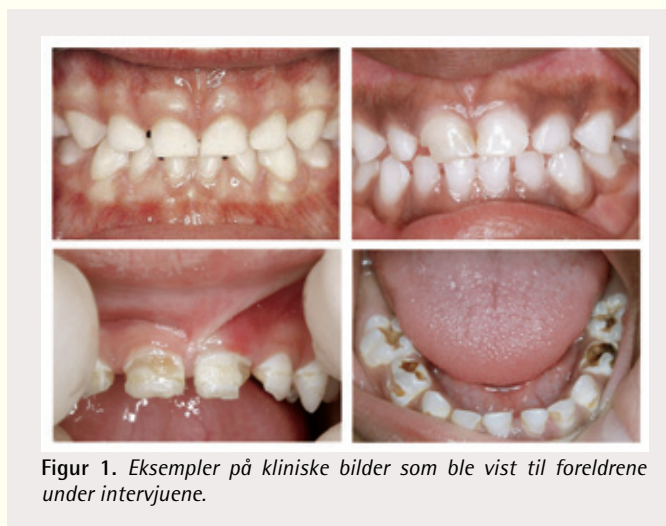
Undersøkelsen bestod av et spørreskjema og en intervjudel. Spørreskjemaet inneholdt 24 utsagn hentet fra SMÅTANN-spørreskjemaet. Utsagnene handlet om tannhelsevaner, kosthold og foreldrenes ettergivenesshet. Det ble sendt med to sett spørreskjemaer, ett på norsk og ett på urdu. Kvinnene kunne selv velge hvilket skjema de ville bruke, de fleste benyttet skjema på urdu. Intervjuene, som ble foretatt i intervjuobjektens hjem etter avtale på telefon, ble gjennomført i perioden 10.03.-14.10.2005. Alle utenom én kvinne samtykket til opptak av intervjuet, som foregikk på urdu, og der intervjuer var en siste års kvinnelig tannlegestudent med pakistansk bakgrunn.

Resultater

Resultatene blir presentert som inntrykk og observasjoner fra intervjuene, og lydopptaket ble brukt som støtte.

Utvalg 1

Alle mødrene hadde bodd i Norge i mer enn tre år, bare to i mindre enn fem år. Det var få familier som diskuterte tannhelse med andre enn tannlegen. Tannlegen kontaktes først og fremst ved akutte behov. I de fleste land er tannhelsetjenesten privat og oppsøkes bare etter at det har oppstått et eller annet tannhelseproblem. Ofte er det



Figur 1. Eksempler på kliniske bilder som ble vist til foreldrene under intervjuene.

også et økonomisk spørsmål, og tannlegen ble derfor først og fremst oppsøkt når det var smerter.

Flere familier ga uttrykk for at de ikke hadde fått tannhelseinformasjon på helsestasjonen, spesielt manglet de informasjon om hvordan og hvor lenge man bør pusse tennene. I mange familier fikk barna lov til å pusse selv, men under assistanse eller oppsyn fra voksen person eller eldre søsken. Noen få foreldre som hadde barn med mye karies, mente all oppmerksomheten rundt tannpuss var overdrevet, ettersom de selv, uten regelmessig tannbørsting, ikke hadde hatt hull før de kom til Norge. Med andre ord, basert på egne erfaringer trodde de at det var mulig å ha kariesfrie tenner uten regelmessig tannrengjøring.

Det var mange som ga barna kjeks og saft mellom måltidene uten å tenke på at det har konsekvenser for tennene. Det var også noen som ikke var opptatt av tenner, men alle så karieslesjonene på de kliniske bildene, og de fleste syntes at det ikke var «pent».

Eventuelle endringer i tannhelsevaner syntes å kunne være knyttet til en konkret situasjon der foreldre eller barn hadde mye karies, og slik endret motivasjonen i familien seg.

Utvalg 2

De fleste mødrene hadde bodd i Norge i mer enn fem år, og fire av de ti kvinnene snakket ikke norsk. Alle unntatt én var hjemmевærende, og den sosiale omgangen var stort sett med andre pakistannere. Mange av kvinnene hadde stor familie i Oslo. Tenner og tannhelse var et samtaleemne i den sosiale omgangskretsen til halvparten av kvinnene. Kun to barn gikk i fulltidsbarnehage, og halvparten av barna var hjemme med mødrene hele dagen.

De fleste kvinnene gikk ikke regelmessig til tannlegen. Smerter var oftest årsaken til at de oppsøkte tannlege. Alle var enige om at Den offentlige tannhelsetjenesten gir et godt tilbud, og samtlige barn benyttet seg av det.

Fire av mødrene opplyste at de ikke hadde fått tannhelseinformasjon fra helsestasjon, og én mor med flere barn som hadde fått informasjon, hadde erfart at den var blitt dårligere med årene. De seks som hadde fått tannhelseinformasjon, endret noen vaner etterpå, f. eks. hadde flere begynt å gi fluortabletter til barna.

Samtlige barn fikk hjelp av mor til å pusse tenner, men pusset

ellers på egenhånd og/eller fikk hjelp av eldre søsken. Mange var usikre på hvordan og når de skulle pusse tennene til barna. De fleste pusset tennene morgen og kveld, enkelte bare om morgenen.

Alle ga inntrykk av at de mente å ha innflytelse på barnas tannhelse, spesielt ble tannpuss og kost nevnt. Nær alle kvinnene var enige i at gode tenner var rene, og både definisjon av gode og dårlige tenner samt vurderingen av de kliniske bildene var ganske lik.

Nesten alle syntes at deres barns tannhelse var middels god, og de var ganske enige om at de ikke ville likt at barnet deres fikk eller hadde karies. Mødrene var også enige om at de ikke ville ha likt at barnet måtte trekke en melketann. Kun én mente at innvandrere opplever melketenner som mindre viktig. Noen mente at hull i tennene kunne være et resultat av arv/uflaks, og én mente også at vekslingene mellom årstidene her i Norge kunne bidra til at barna fikk mer hull.

Noen barn ble fulgt av far til tannklinikken pga. dårlige norsk-kunnskaper hos mor. Disse mødrene fortalte at far videreformidlet informasjonen som ble gitt på tannklinikken.

Diskusjon

Med kvalitative metoder søker man en helhetsforståelse av virkeligheten, og dette kan basere seg på små utvalg (18). En kvalitativ tilnærming har som formål å få en dybdeforståelse av sosiale fenomener, dvs. at man prøver å forstå virkeligheten slik den blir oppfattet av de personene som blir intervjuet (19). Denne artikkelen oppsummerer funn fra to kvalitative delstudier med utgangspunkt i resultater fra SMÅTANN-undersøkelsen (5).

Våre undersøkelser gir ikke noen endelige svar på hvorfor innvandrere har mer karies, men er et bidrag til å forstå en annen kultur og den betydning vaner og holdninger i denne konteksten har for utvikling av karies. Vi har fortsatt for lite kunnskaper om innvandrerens holdninger og atferd. Det viktigste ved en kvalitativ metode er at samtalen med foreldrene avspeiler hvordan «verden» ser ut for dem, og mer spesifikt hvordan de forstår tannhelse og hva slags erfaringer de har, både fra tiden før og etter at de kom til Norge, problemstillinger som ikke er så lett å fange opp i et spørreskjema. Selv om det kan settes spørsmålsteget ved validiteten av standardiserte tilnærminger der en ikke kan være trygg på at innvandrere har oppfattet spørsmålene riktig, er ikke kvalitativ forskning det motsatte av kvantitativ forskning. De to metodene bør derfor sees på som komplementære (19).

Selv om utvalg 1 var heterogent og ikke representativt, kom det tydelig frem i begge delundersøkelsene at tannhelse ikke står sentralt hos foreldrene, og at tannlege først og fremst blir oppsøkt ved behov. Et annet fellestrekk var at foreldrene opplevde tannhelseinformasjonen på helsestasjonene som mangelfull, og at det var manglende kunnskap som var årsaken til mer karies blant innvandrerbarn.

Ettersom utvalgene var så vidt ulike, konsentreres diskusjonen i hovedsak om delstudie 2 ettersom pakistanere utgjør den største innvandrergruppen. Denne gruppen var mer homogen, og intervjuobjektene, pakistanske mødre, ble intervjuet på urdu av en kvinnelig pakistansk tannlegestudent (SHA) noe som sikret en felles begrepsforståelse.

I SMÅTANN-undersøkelsen utgjorde barn med pakistansk bakgrunn den største gruppen av innvandrere, og disse 3-åringene hadde dårligst tannhelse. SMÅTANN-undersøkelsen (20) avdekket også at muslimske mødre hadde en mer negativ holdning til kostholdsrelaterte spørsmål enn ikke-muslimske, og at det var flere hull blant barn som hadde mødre med minst fem års opphold i Norge.

Flere av de pakistanske kvinnene mente at botid i Norge påvirker kostholdet. De som har bodd her i mindre enn fem år, har mindre inntak av bl.a. brus og sjokolade enn de som har bodd her lenger. Det tradisjonelle pakistanske kostholdet inneholder mye grønnsaker, frukt og fiberrike matvarer og lite fett og sukker. Et slikt kosthold gjelder også for mange andre med minoritetsbakgrunn. Etter lenger tids opphold i Norge blir kostholdet mer og mer likt det norske. I tillegg er det i utvalgene i Norge lettere tilgang på søtsaker spesielt rettet mot barna.

I intervjuene kom det frem at innvandrerbarn ofte får saft og kjeks mellom måltidene. Dette er i overensstemmelse med tidligere studier som har vist at pakistanske barn har et større daglig inntak av søtsaker og sukrede matvarer, samt sukkerholdige drikker allerede ved treårsalder (14). Det er dessuten oftere inntak av sukkerholdige drikker til måltider, og oftere kaker, kjeks og boller (17). Dette ble delvis forklart med liten eller manglende kunnskap, informasjon eller ettergivenhet, noe som er i overensstemmelse med de utsagn som kom frem i intervjuene.

Kvinnene mente at «hull» skyldes manglende tannpuss og/eller for mye søtsaker og at lav utdanning og kost er de sannsynlige årsaker til mer karies blant innvandrebarn. Barna spiser mer søtsaker og slutter senere med tåteflaske. Som en følge av at mødrene ofte er hjemmeværende, er også færre barn i barnehage. Bare to av de 10 intervjuede mødrene hadde barn i fulltidsbarnehage, hvilket kan ha innflytelse på det daglige kostholdet.

Blant de pakistanske kvinnene var det stort sett enighet om at foreldrene er mer ettergivende enn norske foreldre og at man ikke klarer å sette grenser for barna og dermed lett skjømmer dem bort. Men dette er i følge dem «lov» når barna er små. Barna er det mest dyrebare de har, og foreldrene «ønsker å gjøre alt for dem». Dette fører ofte til stor grad av ettergivenhet, de sier ikke nei når barna er små, mens det er mer grensesetting når de blir eldre og nærmer seg skolealder. I disse spørsmålene var det ingen forskjell på gutt eller jente.

Nesten alle de pakistanske kvinnene var hjemmeværende, og SMÅTANN-undersøkelsen (20) viste at de pakistanske mødres utdanningsnivå var lavere enn i den øvrige innvandrergruppen. Også en dansk studie har vist at pakistanske småbarn oftere har foreldre som er uten arbeid, og at foreldrene har mindre utdanning i forhold til danske foreldre (14). Spesielt blant mødrene var denne forskjellen uttalt, i underkant av 30% av de pakistanske mødrene var yrkesaktive i forhold til 75% av de danske mødrene. Nesten 30% av de pakistanske mødrene hadde mindre enn syvårs utdanning i motsetning til kun 1% av danske mødre. Arbeidsledighet og lavere utdanningsnivå hos foreldre er risikofaktorer for utvikling av karies hos barn (14).

Når det gjelder mangel på kunnskap, kan språkproblemer være en viktig årsak til at informasjonen ikke når frem. Fire av de 10

intervjuede pakistanske kvinnene snakket ikke norsk. Språklige forskjeller er vist å være en risikofaktor, og mangel på kommunikasjon mellom foresatte og tannhelsepersonell kan være et stort problem selv med tolk (12). Bedi og medarbeidere (21) viste i en undersøkelse fra England at pakistanske barn som har mødre som ikke snakker engelsk, utgjør en høyrisikogruppe for karies. En mulig forklaring på dette kan være at de er tilbakeholdne med å oppsøke tannhelse-tjenester fordi de ikke behersker språket så godt. Innvandrerkvinner har også ofte mange barn og en travel hverdag. Når de i tillegg mangler informasjon og kunnskap, ble dette nevnt av informantene som viktige årsaker til at disse barna har mer hull.

I noen familier kan man ha en streng arbeidsdeling, og det er faren som møter og representerer familien i forhold til det offentlige. I disse tilfeller kan man mistenke at arbeidsdelingen gjelder også andre forhold i hjemmet. Dermed risikerer man at faren får informasjon og opplæring hos tannlege eller tannpleier, mens det er moren (eller et annen familiemedlem) som har ansvaret for barnas daglige tannpleie. En slik arbeidsdeling kan også være et resultat av store forskjeller i norskkunnskaper, men det er viktig å ansvarliggjøre far når han møter på tannklinikken. Zaman (22) beskriver hvordan en far kan ta ansvar for andres handlinger, og hvordan og hvorfor dette ansvaret er viktig.

I SMÅTANN-undersøkelsen (20) kom det også frem at det hadde ulik effekt om det var en norsk eller «ikke-norsk» far som hadde fylt ut spørreskjemaet. Hvis familien var norsk, og faren fylte ut skjemaet, hadde barnet bedre tannhelse enn om det var moren som fylte det ut. Derimot, om familien hadde sin opprinnelse utenfor Norge og faren fylte ut skjemaet, hadde barna dårligere tannhelse enn om det var moren som fylte ut spørreskjemaet. Dette kan fortelle noe om fedrenes involvering i barnas tannhelse. Man kan spekulere på om en norsk far som fyller ut skjemaet, tyder på en spesiell interesse for barnets tannhelse. I en ikke-norsk familie kan årsaken til motsatt effekt være mange. Det kan, som tidligere nevnt, tenkes at far som får informasjon fra tannklinikken, ikke er like flink til å formidle dette videre til mor, som ofte har det daglige ansvaret for barnets tenner.

Flere foreldre, i begge intervjuundersøkelsene, etterlyste skriftlig informasjon på morsmålet for å få frem tannhelsebudskapet. Det er mange som innhenter informasjonen først etter at de har fått barn med mye karies. Det er nødvendig å nå disse foreldrene tidligere, men det er ikke sikkert at de hadde vært mottakelige for slik informasjon før deres motivasjon var endret. Det ser ut til å være en tendens at de som har barn med mye karies, sier at de ikke har fått informasjon på helsestasjonen. Uansett om dette medfører riktighet eller ikke, er helsestasjonen et av de få stedene hvor det er mulig å få kontakt med de aller fleste foreldre mens barna er små.

Erfaringen med å vise kliniske bilder av tenner var god. Bildene konkretiserte for noen et abstrakt fenomen. Ettersom karies har blitt et mindre synlig problem i det norske samfunnet, har det i økende grad blitt fokusert på estetikk. De aller fleste foreldre er opptatt av barnas beste. Om foreldre er lite opptatt av tannhelse, kan man ta utgangspunkt i noe de er opptatt av, nemlig barnas sosiale suksess. Man kan prøve å overbevise foreldre om at det er viktig for sosial aksept i Norge i dag med fine tenner.

Konklusjon og tiltak

Ettersom innvandrerforeldrene som ble intervjuet, representerte ulike land med ulik kultur og familiestruktur, er det vanskelig med bastante konklusjoner, men tilnærmet alle etterlyste og ønsket mer og bedre informasjon om tenner, tannpuss og kosthold, helst på sitt eget språk. Flere foreldre foreslo også at man bør vise bilder av barn med ulike grader av karies på helsestasjonene. De opplevde det som nyttig og motiverende å vite konkret hva som kan skje med tennene hvis man slurver med daglig tannpleie.

Som en konsekvens av dette er det nå etablert et samarbeidsprosjekt mellom ulike instanser for å spre informasjon på urdu på en alternativ måte til pakistanske småbarnsforeldre. Målsetningen med denne tannhelsekampanjen er å bedre tannhelsen blant pakistanske barn i Oslo. Videre er det ansatt en ledende tannpleier i Tannhelsestjenesten i Oslo som skal ha et overordnet ansvar for ulike helsefremmende prosjekter.

English summary

Skaare AB, Afzal SH, Olli E, Espelid I.

Attitudes and habits among immigrant parents – findings from two samples

Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 300–5.

Studies from Norway and other countries have shown that preschool children with non-western origin have more caries than children with western background. Pakistani immigrants represent the major group of immigrants in Norway. There are reports on more unfavourable toothbrushing habits and more consumption of sugary food in this group. Although there are many studies showing that immigrant children represent a high-risk group for caries experience, there are few qualitative studies elucidating the parents' knowledge, understanding and attitudes to dental health. The aim of these studies was to try to map what the parents perceive as the main obstacles for immigrant preschool children to achieve improved dental health, questions not easily answered in quantitative studies. By the use of in-depth interviews and semi-structural questionnaires, the goal was to reveal beliefs and attitudes among parents with immigrant background in general and Pakistani mothers in particular. In the latter pilot study the interviewer was a Pakistani female dental student. The results are presented as impressions and observations from these interviews which were recorded for later use and interpretation.

Lack of time, knowledge and understanding were perceived as the main problems. Most of the parents felt they had influence on their children's dental health, but realized that they might be more permissive to their small children than Norwegian parents, explained in terms of «it is allowed to dull for the smallest children». For themselves, the parents did not seek dental care before they experienced pain.

Referanser

1. Grindefjord M, Dahllöf G, Nilsson B, Modéer T. Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5 years of age. *Caries Res* 1996; 30: 256–66.

2. Stecksén-Blicks C, Sunnegårdh K, Borssén E. Caries experience and background factors in 4-year-old children: time trends 1967-2002. *Caries Res* 2004; 38:149-55.
3. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G. Oral health in pre-school children living in Sweden. Part III - A longitudinal study. Risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age and immigrant status. *Swed Dent J* 1999; 23: 17-25.
4. Wang NJ. Dental caries and resources spent for dental care among immigrant children and adolescents in Norway. *Int Dent J* 1996; 46: 86-90.
5. Skeie MS, Espelid I, Skaare AB, Gimmestad A. Caries patterns in an urban preschool population in Norway. *Eur J Paediatr Dent* 2005; 1: 16-22.
6. Stecksén-Blicks C, Borssén E. Dental caries, sugar-eating habits and tooth brushing in groups of 4-year-old children 1967-1997 in the city of Umeå, Sweden. *Caries Res* 1999; 33: 409-14.
7. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status in infants and toddlers. *Scand J Dent Res* 1994; 102: 269-73.
8. Grindefjord M, Dahllöf G, Ekström G, Höjer B, Modéer T. Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res* 1993; 27: 505-10.
9. Statistisk sentralbyrå. Innvandrerbefolkningen. Folkemengde 1. januar 2006 og 1. januar 2007. Avlest 07.09.07. <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbeftab-2007-05-24-01.html>
10. Mellin-Olsen J, Wandel M. Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethn Health* 2005; 10: 311-39.
11. Nielsen LA, Esmark L. Caries in 2-3 year old children in relation to feeding habits and nationality. *Tandlaegernes Tidsskr* 1992; 2: 44-9.
12. Heidmann J, Christensen LB. Immigrants and a public oral health care service for children in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 125-7.
13. Prendergast MJ, Williams SA, Curzon ME. An assessment of dental caries prevalence among Gujrati, Pakistani and white Caucasian five-year-old children resident in Dewsbury, West Yorkshire. *Community Dent Health* 1989; 6: 223-32.
14. Sundby A, Petersen PE. Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 150-7.
15. Gray M, Morris AJ, Davies J. The oral health of South Asian five-year-old children in deprived areas of Dudley compared with white children of equal deprivation and fluoridation status. *Community Dent Health* 2000; 17: 243-5.
16. Taylor W. Dietary patterns, dental awareness and dental caries in the Asian community. *Dent Health (London)* 1983; 22: 5-6.
17. Godson JH, Williams SA. Oral health and health related behaviours among three-year-old children born to first and second generation Pakistani mothers in Bradford, UK. *Community Dent Health* 1996; 13: 27-33.
18. Thagaard T. Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget, 2. utg; 2003.
19. Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 161-9.
20. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 103-13.
21. Bedi R, Quarrel I, Kippen A. The dental health of 10-year-old children attending multiracial schools in Greater Glasgow. *Br Dent J* 1991; 170: 182-5.
22. Zaman K. Norge i svart hvitt og brunt: en multikulturell mosaikk. Oslo: Forum Aschehoug; 1999.

Adresse: Anne B. Skaare, Avd. for pedodonti og atferdsfag, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: askaare@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering. ■