

Oral ohälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem?

Ulrika Hallberg
Gunilla Klingberg

ISBN 978-91-85721-32-0
ISSN 0283-1961



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

**Oral ohälsa hos personer med kognitiva och/eller
fysiska funktionsnedsättningar
– ett dolt folkhälsoproblem?**

Ulrika Hallberg, DrPh, socionom
Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap
Gunilla Klingberg, docent, övertandläkare
Mun-H-Center, Göteborg
Tandvårdshögskolan, Malmö Högskola, Malmö

Oral ohälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem?

© Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Box 12133, SE-402 42 Göteborg

Tryck: Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda, Sverige

ISBN 978-91-85721-32-0

ISSN 0283-1961

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	5
Introduktion	6
Syfte	8
Metod	8
Grounded theory	8
Öppna kvalitativa intervjuer	9
Urval	10
Analys av data	11
Etiska aspekter	11
Resultat	12
Studie I	12
Studie II	13
Studie III	15
Studie IV	16
Diskussion	17
Konklusion	21
Omnämmande	21
Referenser	22

Sammanfattning

Antalet individer med funktionsnedsättning ökar, dels beroende på att numera kan sjukdomar botas som tidigare inte kunde botas och dels beroende på att allt fler för tidigt födda barn kan räddas. Den orala hälsan är ofta negativt påverkad hos personer med funktionsnedsättning och det föreligger risk att dessa personer, trots ett större tandvårdsbehov än andra, erhåller mindre tandvård. Anledningen till detta är inte helt känd. Syftet med våra studier var därför att fördjupa kunskapen om hur personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga prioriterar och tänker om oral hälsa. Syftet med studierna var också att fördjupa kunskapen om hur hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal tänker om behov avseende bemötande och oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning. Den kvalitativa forskningsmetoden grounded theory har valts då den är speciellt lämplig på områden där teorier är sparsamt förekommande eller saknas. Öppna kvalitativa intervjuer har genomförts med 65 informanter. Studierna visade att föräldrar till barn med funktionsnedsättning samt vuxna personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar inte prioriterade den orala hälsan på grund av att andra mer akuta problem upplevdes som viktigare. Många personer med funktionsnedsättning vårdas kortare eller längre tid på vårdinrättningar, men kunskapen om oral hälsa var låg och inte prioriterad av personal inom hälso- och sjukvården. Personer med funktionsnedsättning återfinns inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård och kunskapen om dessa patienters vårdbehov och bemötande av dem varierade mycket mellan olika kliniker, allmän- och specialisttandvård och mellan olika tandvårdspersonal. Sammantaget utgör dessa resultat en möjlig förklaring till varför personer med funktionsnedsättning löper ökad risk för oral ohälsa. Detta innebär också att en prioriterad, god oral hälsa och ett adekvat bemötande av personer med funktionsnedsättningar snarare kan handla om tur än om en jämlik rättighet.

Introduktion

Antalet individer med funktionsnedsättning ökar över hela världen, vilket kan förklaras på olika sätt. Dels kan fler tillstånd diagnostiseras idag och dels kan också fler sjukdomar än tidigare botas eller delvis botas. Detta kan leda till att fler barn med svåra funktionsnedsättningar eller komplicerade sjukdomar överlever till vuxen ålder. Ibland uppkommer livslånga funktionsnedsättningar som en följd av skador och sjukdomar där den medicinska behandlingen inte räcker till för att fullt bota och/eller återställa funktioner hos patienten. Neonatalvården har utvecklats kraftigt och även här får de medicinska landvinningarna till följd att fler för tidigt födda barn överlever, men också att en del av dessa barn får bestående funktionsnedsättningar (Newacheck & Taylor 1992). Andelen personer med funktionsnedsättning varierar mellan 5 - 30% beroende på hur man definierar begreppet funktionsnedsättning (Westbom & Kornfalt 1987, Newacheck & Taylor 1992, Newacheck et al. 1998, Msall et al. 2003.) Mest troligt är att UNICEF:s skattning att 10% av populationen har funktionsnedsättning kan vara rimlig.

Mot bakgrund av hur vanligt förekommande funktionsnedsättningar är, är det sannolikt att tandvårdspersonal regelbundet möter personer med funktionsnedsättning på sina kliniker. Personer med funktionsnedsättning besöker generellt sett oftare olika delar av sjukvården än personer utan funktionsnedsättning och det är också troligt att besöken hos tandvården är fler (Newacheck et al. 2004). Funktionshindret kan göra det svårare för tandvårdspersonalen att behandla dessa individer. Personer med funktionsnedsättning har förutom ett större behov av tandvård än andra dessutom problem i relation till tandvården. Behandlingen måste ofta individualiseras och anpassas efter individens kognitiva och/eller fysiska förutsättningar på ett helt annat sätt än för andra patienter. Detta ställer särskilda krav på behandlaren.

Medicinsk vetenskap har över tid utvecklats från ett biomedicinsk synsätt till en mer holistisk approach (Atchinson 2002). I en holistisk approach bör oral hälsa inkluderas i den generella hälsan för att erhålla maximalt välbefinnande för individen (Trulsson 2003). Munnen är ofta påverkad hos personer med funktionsnedsättning (Gorlin et al. 2001, Hall 1994). Det finns också ett starkt samband mellan oral ohälsa och generell ohälsa (Fonseca 2002). Den orala hälsan påverkar explicit och implicit den generella hälsan. Exempel på orofaciala problem är svårigheter att svälja, tugga, tala, dregling och orala sjukdomar som t ex karies och parodontit.

Det finns få publicerade studier om oral hälsa hos unga individer med funktionsnedsättning/kronisk sjukdom, och studiernas slutsatser varierar. Flera studier tyder dock på att personer med kognitiv funktionsnedsättning/utvecklingsstörning har särskilt ökad risk för oral ohälsa (Shapira et al. 1998, Mitsea et al. 2001). Det tycks också finnas skillnader mellan barn och ungdomar med respektive utan funktionsnedsättning: antalet kariesade tänder/ytor är lika i båda grupperna, antalet fyllda tänder/ytor är färre medan antalet extraherade tänder är högre vid funktionsnedsättning. Barn och ungdomar med funktionsnedsättning har också mer problem med dålig munhygien,

plack, gingivit och tandsten än andra (Nunn 2001). Skillnaderna är små eller obefintliga hos barn och unga, medan skillnaderna blir tydligare hos äldre personer där studier visat både mer kariologiska och parodontala problem (Gabre 2000). Detta kan förklaras av att modern tandvård skiljer sig väsentligen från den tandvård som många vuxna genomgått tidigare i livet. För personer med funktionsnedsättning kan svårigheterna att utföra behandlingar leda till behov av generell anestesi (narkos) för tandbehandlingen. Detta kan i sig innebära att det blir en fördröjning innan behandlingen kan ske då man inte kan söva upprepade gånger på kort tid och tillgången på behandlingstider är begränsade. Därmed kan vårdbehovet bli större vilket leder till mer omfattande behandlingar. Allt detta påverkar munhälsan i negativ riktning totalt sett.

Flera studier pekar på att personer med fysiska funktionsnedsättningar har sämre munhälsa än andra, t.ex. mer plack och gingivit (tandköttsinflammationer) (Gizani et al. 1997, Martens et al. 2000). Detta kan antagligen förklaras genom att personer med funktionshinder kan ha svårigheter att själv sköta sin munhygien. När man behöver hjälp med munhygien innebär detta också svårigheter och det krävs engagerade och kunniga personer (föräldrar, anhöriga, personal) kring en person med funktionsnedsättning för att munhygien ska vara optimal. En annan förklaring till att munhälsan kan vara sämre bland personer med funktionsnedsättning kan vara att tandvårdspersonal känner sig osäker i mötet med dem. Det finns med andra ord barriärer för att personer med funktionsnedsättning skall få en optimal oral hälsa.

Tyvärr saknas i alltför stor utsträckning studier som visar munhälsan hos personer med olika typer av funktionsnedsättning. De studier som hittills är publicerade innefattar ofta personer med enskilda diagnoser och bygger på små och begränsade patientmaterial. Kontrollerade studier är en bristvara. Även studier av behandling och prevention innehåller stora urvals- och designbrister. I två stora systematiska litteraturgenomgångar som gjorts inom kariologi och parodontologi konstateras att det saknas kunskap kring odontologisk profylax vid funktionsnedsättning och kronisk sjukdom (SBU 2002, 2004).

I Sverige erbjuds alla barn till och med 19 års ålder kostnadsfri tandvård av samhället. Från tidig ålder (oftast från tre års ålder) erbjuds undersökningar och behandlingar inklusive eventuell specialistvård vid behov. Det föreligger ett fritt tandläkarval för barn och ungdomar och de kan välja offentlig eller privat tandvård på samma ekonomiska premisser. De flesta får sin tandvård inom folktandvården, men mellan 5 - 20% får sin tandvård av privata vårdgivare. Specialisttandvård kräver remiss från tandvården eller sjukvården. Över 90% av barn under 19 år i Sverige besöker regelbundet tandvården. Från 20 års ålder betalar patienten själv delar av tandvårdskostnaden. Personer med sjukdom eller funktionsnedsättning har möjlighet till ökad ersättning och därmed lägre tandvårdskostnad. År 1985 skedde en lagändring som innebar att personer med funktionsnedsättning flyttades ut från institutioner till eget boende för att bli mer integrerade i samhället. Idag lever ofta personer med kognitiva funktionsnedsättningar i

gruppboenden med tre till åtta personer samt tillgänglig personal dygnet runt. Personalen ska bistå de boende på olika sätt, och en uppgift är att hjälpa till med de boendes munvård.

Forskning inom odontologi har traditionellt mest använt sig av en kvantitativ tillnärmning. Att använda en kvalitativ approach är en relativt ny företeelse inom odontologin, men är på stark frammarsch. I en kvantitativ approach får informanterna svara på redan i förväg formulerade frågor och svarsalternativ, vilket ger begränsningar i resultatet. Använder man en kvalitativ forskningsmetod får informanterna själva komma till tals i en öppen kvalitativ intervju. Detta ger ett större utrymme för nya upptäckter som kanske delvis kan besvara frågan om vilka barriärer som finns för att personer med funktionsnedsättning inte har lika god oral hälsa som andra och inte erhåller tandvård på samma premisser som andra. Under senare år har vi i en tvärvetenskaplig grupp bestående av specialisttandläkare och socionom genomfört kvalitativa studier för att undersöka vad som förhindrar att personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar får adekvat tandvård och optimal oral hälsa (Trulsson & Klingberg 2003, Hallberg et al. 2004, Hallberg & Klingberg 2005, Hallberg & Klingberg 2007). Vi har också studerat attityder till oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning, deras anhöriga samt hos hälso- och tandvårdspersonal.

Syfte

Syftet med studierna var att fördjupa kunskapen om hur personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga prioriterar och tänker om oral hälsa. Syftet med studierna var också att fördjupa kunskapen om hur hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal tänker om behov avseende bemötande och oral hälsa hos personer med funktionsnedsättning.

Metod

Grounded theory

Den kvalitativa forskningsmetoden grounded theory (Glaser & Strauss 1967) har valts till samtliga studier, då metoden är speciellt lämplig på områden där teorier är sparsamt förekommande eller saknas. Kvalitativt utprovade teorier inom området oral hälsa och funktionsnedsättning är ett område som är sparsamt utforskat. Om inga teorier finns inom ett visst område, är traditionella hypotesprövande metoder mindre lämpliga. Grounded theory är en induktiv metod som avser att generera begrepp, modell eller teori som beskriver eller ökar förståelsen för det studerade området. Grounded theory är speciellt lämplig när sociala processer och samspel mellan människor skall studeras (Dellve et al. 2002).

Grounded theory har sina rötter i symbolisk interaktionism, som innebär att socialt liv betraktas som en pågående process där individen ständigt tolkar sin omgivning och agerar på grundval av denna tolkning (Bryman 1997). Genom social interaktion får fenomen och händelser mening

och innebörd för individen. Detta kan uttryckas som att verkligheten är socialt konstruerad. Enligt den symboliska interaktionismen är människan en språklig varelse och det är genom språket som människor kan studeras. Olika versioner av grounded theory har utkristalliserats sedan metoden introducerades av Glaser och Strauss (1967). Den ursprungliga versionen har sin hemvist i postpositivismen och kallas numera klassisk grounded theory. En senare version, presenterad av Strauss och Corbin, benämns reformulerad grounded theory. Kathy Charmaz (1995) förespråkar en tredje version av grounded theory med utgångspunkt i social konstruktivism. Ingen av versionerna bör ses som mer rätt utan snarare som tre sätt att uppfatta och beskriva metoden. Kritiker menar dock att genom att använda det ”kodningsparadigm” (omständigheter, fenomen, kontext, strategier och konsekvenser) som presenteras av Strauss och Corbin, tvingas förutbestämda begrepp på data. Både Glaser och Charmaz är av uppfattningen att kategorier och teori skall framträda ur empirisk data.

Trots en del ontologiska skillnader är de grundläggande principerna gemensamma för de olika versionerna av grounded theory (Hallberg, 2006). Dessa fundamentala tekniker är teoretisk sampling, hierarkisk kodning, konstanta jämförelser, teoretisk känslighet, memoskrivande, identifiering av kärnkategori och mättnad. Teoretisk sampling, innebär att de framväxande koderna och kategorierna styr fortsatt datainsamling. Genom att medvetet styra urvalet erhålls optimal information om det fenomen eller den sociala process som studeras, dvs. komplexitet och variation fångas. Konstanta jämförelser av data innebär systematisk jämförelse av framväxande kategorier avseende på skillnader och likheter. Teoretisk känslighet innebär en öppenhet hos forskaren att se data på ett nytt sätt. Forskaren skall förhålla sig så förutsättningslöst och ”öppet” som möjligt och inte medvetet vara styrd av någon förutbestämd teori. Forskaren måste ha förmåga att göra upptäckter i data och teoretisera runt dessa upptäckter på ett nyskapande sätt, dvs. koppla ihop empirisk data med en teoretisk nivå. Memoskrivande sker kontinuerligt och innebär noteringar av iakttagelser och teoretiska reflektioner kring data. Framväxt av en kärnkategori som beskriver ”vad allting handlar om”, innebär att en social process identifieras. Mättnad innebär att ny data passar in i de genererade kategorierna, dvs. ny data tillför ingen ny information.

Öppna kvalitativa intervjuer

I alla fyra studier har datainsamlingen bestått av bandinspelade öppna kvalitativa intervjuer med varje enskild informant (n = 65). Intervjuerna har omfattat mellan 30 minuter till två timmar per informant. En intervjuguide har använts vid alla intervjuer som har berört aktuella teman vi har velat ha belysta utifrån vårt syfte med de enskilda studierna. Utifrån dessa teman har intervjuaren ställt relevanta följdfrågor och informanterna har också haft möjlighet att ta upp teman som berört honom/henne och som han/hon velat berätta om. Intervjuaren har inte ingått i någon behandlingsgrupp kring informanten eller på annat sätt varit känd för informanten sedan

tidigare. Inte heller stod informanterna i någon beroendeställning till någon i forskningsgruppen. Kvalitativ intervju kräver ett aktivt engagemang hos både intervjuaren och den intervjuade och det kräver också en ömsesidig respekt och tillit, vilket har eftersträvat.

Urval

I alla fyra studier har urvalet varit öppet till en början och sedan övergått till ett teoretiskt urval. I det teoretiska urvalet valdes informanter för att mäta kategorier och för att få en så bred bild (komplexitet och variation eftersöktes) som möjligt av det studerade området. I studie I (Trulsson & Klingberg 2003) ingick föräldrar till barn med svår funktionsnedsättning (n = 14), både mammor och pappor från olika bostadsområden i Västsverige. Deras barn hade haft sina respektive diagnoser olika länge och både progredierande och icke-progredierande funktionsnedsättningar fanns representerade. Undersökningsgruppen nåddes genom kontakter med tandvårdsteam och barn- och ungdomshabiliteringsteam. Ett informationsbrev skickades ut för vidarebefordran genom sjukvårdspersonal till de föräldrar vars barn var patienter inom sjukvården i enlighet med de inklusionskriterier som uppställts. Föräldrarna informerades skriftligt om syftet med studien och tillfrågades om medverkan i en bandinspelad intervju. De informerades också om att intervjuerna behandlades konfidentiellt och endast för studiens syfte samt att deltagande var frivilligt och att de, om de så önskade, när som helst och utan att ange något skäl, kunde avbryta sin medverkan i studien. Föräldrarna kallades därefter till intervjun och fick muntlig information om studien och hur intervjun praktiskt skulle genomföras. Intervjuerna skedde i informantens hem eller i ett avskilt rum på Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, allt enligt informantens önskemål. Därefter skrevs den bandinspelade intervjun ut ordagrant (transkriberades), och avkodning skedde, dvs. personuppgifter eller annan information som kunde härledas till en specifik individ togs bort/ändrades för att bevara anonymiteten för varje enskild individ. Insamling av data pågick tills mättnad uppnåts, dvs. tills nya intervjuer inte tillförde någon ny information (Glaser & Strauss 1967).

Studie II och III (Trulsson et al. 2004, Hallberg & Klingberg 2005) *rörde* tandvårdspersonal (n = 18; olika yrkesgrupper och olika lång yrkeserfarenhet inom allmän- och specialisttandvård) respektive hälso- och sjukvårdspersonal (n = 17; olika yrkesgrupper med olika lång yrkeserfarenhet). Ett informationsbrev skickades ut till olika kliniker inom tandvård och hälso- och sjukvård i Västra Götaland. Brevet innehöll information om studiens syfte och en förfrågan om man ville medverka i en intervju. Intervjuerna ägde rum i ett avskilt rum på respektive informants arbetsplats.

Slutligen för studie IV (Hallberg & Klingberg 2007) nåddes informanterna genom tandvården och i studien ingick både personer som bodde i eget boende och i gruppboende, med antingen kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar (n=16). Personerna var mellan 15 och 71 år gamla. Intervjuerna genomfördes i informantens hem eller på dagverksamheter i enlighet med informantens önskemål.

Analys av data

Analys av data har skett enligt principer för grounded theory (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1998). Datainsamling och analys har skett parallellt och forskaren har inte utgått från någon förutbestämd teori utan har förhållit sig ”öppen” gentemot data. De ordagrant utskrivna intervjuerna lästes först i sin helhet för att få ett grepp om helheten i innehållet. Därefter lästes intervjun stycke för stycke och frågor ställdes till intervjutexten i en öppen kodningsprocess, t.ex. ”vad uttrycks i detta stycke”. Svaren som framkom ur intervjuerna kallades substantiva koder. Koderna namngavs och antingen användes informantens egna ord, in vivo koder, eller så valdes begrepp från den egna disciplinen, in vitro koder. Den öppna kodningen avslutades med att koder med liknande innehåll sammanfördes i mer övergripande kategorier, som gavs ett sammanfattande namn. I den axiala kodningen utvecklades varje kategori ytterligare genom att dess subkategorier identifierades. Relationer mellan de olika kategorierna eftersöktes och data sattes på så sätt samman till en ny helhet. I den selektiva kodningen mätades de olika kategorierna genom att ytterligare data samlades in (nya intervjuer) eller genom att tidigare insamlad data kodades igen. I den selektiva kodningen ställdes frågan ”vad handlar allt detta om” och en kärnkategori, som kan sägas beskriva en social process, identifierades. Genom att kärnkategorin, som är central i data, identifierades skedde en avgränsning av den framväxande teorin/modellen, genom att endast de kategorier som kunde relateras, och var relevanta i förhållande till kärnkategorin ingick i teorin/modellen. Enligt Glaser skall datamaterialet sammanfattas i så få kategorier som möjligt utan att för mycket av nyanserna i data förloras. Under hela analysprocessen skrevs idéer, antaganden (hypoteser) och teoretiska reflektioner ned i form av ”memos” eller noteringar.

Etiska aspekter

Forskning är viktig och nödvändig för både individens och samhällets utveckling. Samhället och dess medborgare har därför ett legitimt krav på att forskning bedrivs, att den inriktas på väsentliga frågor och att den håller hög validitet; vilket benämns forskningsprincipen. Samtidigt har samhällets medborgare ett legitimt krav på skydd mot insyn i sitt privatliv och mot kränkningar av sin personliga integritet; vilket benämns integritetsprincipen. Dessa principer måste alltid vägas mot varandra när forskare tar ställning till sin forskningsfråga.

Tillstånd att genomföra studierna erhöles av dåvarande forskningsetikkommittén vid Medicinska fakulteten vid Göteborgs Universitet. HSR:s (Humanistiskt-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet) etiska regler (1990) tillämpades och informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekraven uppfylldes. Skriftlig och muntlig information gavs till samtliga informanter, deras vårdnadshavare och/eller ledsagare. Informanterna informerades också om att de när som helst, och utan att ange något skäl, kunde avbryta sin medverkan i studierna.

Resultat

Studie I

Föräldrar till barn med svåra funktionsnedsättningar

Trulsson U. & Klingberg G. (2003) Living with a child with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of parents. *European Journal of Oral Sciences*, **111**, 19-25.

Två kärnkategorier framkom i analysen av data; *den sårbara familjen* och *behov av stöd från andra*. I intervjuerna framkom att det var viktigt att uppnå en subjektiv balans mellan familjens sårbarhet och stöd från andra. Föräldrarna gjorde ingen skillnad mellan det stöd de ville ha från tandvården respektive från andra professionella. Man identifierade heller inga odontologiska behandlingsbehov. Om man hade en subjektiv balans mellan dessa två poler fanns en möjlighet att familjen kunde försonas med sitt öde och att lita mer på sin egen förmåga att ta hand om sitt barn i hemmet vilket ökade familjernas livskvalitet. Detta ledde i sin tur till att man i mindre utsträckning uppsökte högspecialiserad vårdinstitution, utan istället upplevde att mer vanliga eller banala medicinska problem som lättare infektioner kunde tas om hand inom primärvården. På detta sätt avlastades alltså vården. Tvärt om gällde också, om man hade ett subjektivt upplevt bristande stöd från andra i relation till familjens sårbarhet fanns det mindre möjlighet att försonas med sitt öde och att känna tillit till sin egen förmåga att ta hand om barnet i hemmet. Den första kärnkategorin, *den sårbara familjen*, var relaterad till fem deskriptiva kategorier; *existentiell ångest, skuld, sorg, ansvar och frustration*:

Existentiell ångest: Många av barnen vars föräldrar ingick i studien hade mycket svåra funktionsnedsättningar med osäker utgång. Den reella rädslan att förlora sitt barn framkallade en existentiell ångest och oro hos föräldrarna.

Skuld: Att få ett barn med funktionsnedsättning resulterade ofta i känslor av skuld. Flera mödrar beskrev att de frågade sig själva om de hade gjort något fel under graviditeten eller strax efter som åsamkat barnet dess funktionsnedsättning. En del föräldrar uttryckte skuld för att de överhuvudtaget satt barnet till världen. Samtidigt kände man skuld för eventuella friska syskon, att man inte hade tid och ork i den utsträckning man hade önskat för dem.

Sorg: När ett par väntar barn tar man ofta för givet och önskar sig ett friskt barn. Man drömmer och fantiserar om livet tillsammans med barnet efter förlossningen. För familjerna i studien blev dessa drömmar och önskningar omkullkastade när man insåg att barnet led av en allvarlig funktionsnedsättning. Föräldrarna i studien beskrev hur de både sörjde det önskebarn de inte fick och de kände sig ledsna och oroade sig för barnet de hade fått - vad för slags liv väntade detta barn. Dessa känslor av sorg var också starkt förknippade med skuld över att man inte kunde glädja sig fullt ut åt det barn man faktiskt hade fått.

Ansvar: Att leva med ett barn med en svår funktionsnedsättning innebär att man får ta ansvar 24 timmar om dygnet - ett ansvar för barnet som aldrig tar slut. Speciellt svårt var det för de föräldrar i studien som var ensamstående och inte hade den andra föräldern att "lämna över" till eller få stöd ifrån. De var också medvetna om att barnet alltid skulle vara beroende av dem eller någon annan vuxen så länge de levde. Föräldrarna beskrev hur de oroade sig för vad som skulle hända den dagen de själva inte fanns kvar i livet.

Frustration: Föräldrarna pratade inte explicit om oral hälsa hos sina barn, men där orofacial problematik kom upp var i samband med nutrition och kommunikation. Brist på eller helt avsaknad av kommunikation mellan barnet och föräldrarna var det som skapade mest frustration. Ytterligare en källa till känslan av frustration var matningen som tog mycket tid och kraft i anspråk beroende på barnets svårigheter att svälja och/eller behålla maten eller helt enkelt ovilja att äta.

Till den andra kärnkategorin, *behov av stöd från andra*, var ytterligare fem deskriptiva kategorier relaterade; *respekt, engagemang, kontinuitet, kunskap* och *tillgänglighet*:

Respekt: I intervjuerna framkom att det var viktigt att lyssna på föräldrarnas önskemål och kunskaper om barnets behov.

Engagemang: Kategorin beskriver hur föräldrarna gärna ville möta lite extra engagemang från vårdpersonalen. Det framkom hur mycket föräldrarna värdesatte ett oväntat samtal från vårdpersonal bara för att de ville höra hur familjen hade det eller erbjuda ett hembesök för att i lugn och ro prata igenom familjens situation.

Kontinuitet: Att möta samma vårdpersonal hela tiden ansågs som mycket värdefullt för familjerna. Att slippa presentera sig och barnets sjukhistoria varje gång man kontaktade vården upplevdes som en stor lättnad.

Kunskap: Föräldrarna upplevde det som mycket viktigt att vårdpersonal hade kunskap om just den speciella funktionsnedsättning deras barn hade.

Tillgänglighet: Att få tillgång till professionell vårdpersonal eller tider till specialistkliniker när man behövde det ansågs som viktigt för familjer med barn med svåra funktionsnedsättningar.

Studie II

Tandvårdspersonalens förståelse av behov och bemötande hos personer med funktionsnedsättning

Hallberg U., Strandmark M. & Klingberg G. (2004) Dental health professionals' treatment of children with disabilities – a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*, **62**, 319-27.

I analysen av data framträdde en kärnkategori, *variabilitet i behandling*, med dimensionerna *osäkerhet i yrkesutövningen* och *yrkesmässigt engagemang*. Kategorierna beskriver bemötandet av familjer med barn med funktionsnedsättning inom tandvården. Modellen beskriver hur det bemötande barnet och dess anhöriga får skiljer sig mellan olika kliniker och olika individer från en osäkerhet i mötet med barn med funktionsnedsättning till en mer engagerad hållning där man har stöd i organisationen och individuell erfarenhet och kunskap. Tandvårdspersonalen hade en önskan om att bemöta och stötta personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga på ett engagerat sätt men de hade svårigheter att göra det beroende på organisatoriska och individuella tillkortakommanden. Bemötandet kan karakteriseras som ett kontinuum med ytterpolerna ”osäkerhet i yrkesutövningen” respektive ”yrkesmässigt engagemang”. Det fanns en tendens att personal inom allmäntandvården befann sig närmare polen *osäkerhet i yrkesutövningen* medan personal inom specialisttandvården generellt sett befann sig närmare ytterpolen *yrkesmässigt engagemang*. Två deskriptiva kategorier beskriver dimensionen *osäkerhet i yrkesutövningen* ytterligare; *att hantera det okända* samt *ett tillbakahållande arbetsklimat*.

Att hantera det okända: Inom allmäntandvården träffade man mestadels personer utan funktionsnedsättning och av den anledningen var erfarenheten av dessa möten begränsade. Denna bristande erfarenhet kunde också återfinnas hos nyutexaminerad tandvårdspersonal. För att hantera det okända använde tandvårdspersonalen sig av olika handlingssätt som beskrevs närmare i fem subkategorier; att inte tillskriva barn med funktionsnedsättning några annorlunda behov än barn utan funktionsnedsättning var ett sätt *att normalisera situationen*, *att inta en avvaktande hållning* för att se vad som skulle ske i mötet, *att använda sig av kompenserande strategier* genom att avsätta mer tid till mötet, *att frånsäga sig ansvar* genom att snabbt remittera barnet till specialisttandvården eller genom att inte forska vidare kring patienterna när vårdnadshavarna inte gav fullständig information om barnpatienten och *att hålla föräldrarna utanför* behandlingen och ibland även utanför behandlingsrummet.

Ett tillbakahållande arbetsklimat: För att kunna leverera en bra tandvård och ett bra bemötande till personer med funktionsnedsättning måste tandvårdspersonalen känna stöd från organisationen. Arbetsmiljön uppfattades som tillbakahållande beroende på brist på kunskap och brist på ekonomiska resurser. Tre subkategorier framkom som närmare beskriver kategorin; *avsaknad av adekvata riktlinjer* i mötet med personer med funktionsnedsättning, *att diskutera värderingar* om hur bemötandet skall ske skedde genom informella möten och samtal i t.ex. korridoren istället för i planerade och strukturerade terapi- eller klinikmöten samt *brist på adekvat kunskap*, när det gällde bemötande och behandling av den här gruppen.

I dimensionen *yrkesmässigt engagemang* ingick två deskriptiva kategorier: *att våga möta det svåra* och *att ha en tolerant arbetsmiljö*. Generellt sett befann sig erfaren tandvårdspersonal från specialistkliniker här.

Att våga möta det svåra; För att kunna arbeta med personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga krävs att man vågar möta svåra frågor och situationer. Fyra subkategorier beskriver denna kategori mer utförligt; *att söka kunskap* vilket den här gruppen gjorde aktivt ibland även på sin fritid, *att ta ökat ansvar* genom att göra mer än vad som de facto ingick i deras arbetsuppgifter t.ex. att ordna informationsträffar för föräldrar på kvällstid, *att involvera föräldrarna* och *att lyckas mot alla odds* genom att med engagemang och idogt arbete lyckas vidmakthålla en god oral hälsa även hos patienter med komplexa funktionsnedsättningar eller svår kronisk sjukdom.

Den *toleranta arbetsmiljön* som kännetecknade dimensionen innebar en *holistisk syn* på barnet och fokuserade inte enbart på den orala hälsan. Man *uppmuntrade tvärprofessionellt arbete* och hade *ett tillåtande klimat* där det fanns utrymme att pröva nya behandlingssätt.

Studie III

Hälso- och sjukvårdspersonalens tankar om oral hälsa hos barn med funktionsnedsättningar

Hallberg U. & Klingberg G. (2005) Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *European Journal of Oral Sciences*, **113**, 363-8.

I analysen av data framkom sex kategorier med kärnkategorin *att fokusera på basala behov*. Kärnkategorin visar att oral hälsa inte var prioriterad hos hälso-, sjukvårdspersonalen, istället fokuserade man på basala, livsuppehållande behov. Man menade att oral hälsorelaterade frågor låg hos anhöriga och/eller tandvårdspersonalen. Generellt sett fanns det större kunskap om den orala hälsans betydelse för individen hos läkarna. Till modellen hörde tre faktorer som påverkade hälso- och sjukvårdspersonalens arbete; *otillräcklig kunskap* om oral hälsa och dess betydelse för den generella hälsan, *minskade resurser* vilket ledde till svårigheter att ge den omvårdnad till barnet och det stöd till föräldrarna de ville ge då man upplevde att tiden då hade blivit mindre för varje patient. Genom en *upplevd brist på organisatoriskt stöd* menade informanterna att de kände sig lämnade åt sitt eget öde i omvårdnaden om patienterna. Analysen resulterade i en modell som beskrev hälso- och sjukvårdspersonalens tankar om orofaciella behov hos personer med funktionsnedsättning.

Övriga kategorier var; *att ha en önskan om att göra gott* vilket var en drivkraft i arbetet för informanterna. Informanterna i studien menade att man ville göra en mer noggrann utredning och ge bättre omvårdnad till patienter med funktionsnedsättningar. Man uttryckte en önskan om att ge de sårbara patienterna ”det bästa”.

Att skapa mening genom att umgås mycket i personalgruppen både på arbetstid och fritid.

Att identifiera vitala behov som var en förutsättning för överlevnad hos patienten. Karies tog informanterna inte alls upp i intervjuerna och om de gjorde det menade de att ”det är inte mitt bord”. Daglig munvård som tandborstning för barn med funktionsnedsättning som låg inlagda på sjukhus gjordes framförallt av föräldrarna eller andra anhöriga.

Att fördela resurser mellan patienterna. Anhöriga till patienterna framhöll ofta de behov patienterna hade. Informanterna menade att de anhöriga som stod på sig och inte gav sig ofta fick mer tid och provtagningar än andra patienter med anhöriga som höll en mer låg profil. Detta innebar att de patienter vars anhöriga höll en låg profil fick stå tillbaka i viss mån för de mer krävande anhöriga.

Att uttrycka sympati. I intervjuerna framkom att personalen känner stor sympati för patienterna och deras anhöriga. I personalens strategi ingick att bara lyssna på patienterna eller de anhöriga och låta dem få bestämma takten i hur mycket de orkade ta in om barnets hälsotillstånd. Vidare beskrev informanterna att efter sådana samtal kunde de känna sig ledsna och nedstämda för patienternas skull. Man saknade ett professionellt förhållningssätt. Personalen hade egentligen en empatisk förmåga, men p.g.a. den frustration man kände i arbetssituationen övergick denna till att känna sympati.

Studie IV

Öppna kvalitativa intervjuer med vuxna personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar

Hallberg U. & Klingberg G. (2007) Giving low priority to oral health care. Voices from people with disabilities in a grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica*, **65**, 265-270.

I analysen av data framkom att personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar ger *låg prioritet till oral hälsa* vilket också blev kärnkategorin. De personer som enbart hade fysiska funktionsnedsättningar menade att det fanns andra viktiga problem att ta tag i i första hand såsom rörlighet och smärta. Informanter med kognitiva funktionsnedsättningar beskrev att de hade låg motivation och förståelse för oral hälsa och dess påverkan på allmäntillståndet. Trots detta försökte de leva upp till förväntningar om att sköta sin orala hälsa, både avseende egenvård och tandvårdsbesök.

Mötet med tandvården upplevdes enligt informanterna i studien som att man var *rädd för att förlora kontrollen*. Denna kategori beskrev hur informanterna var oroliga eller rädda inför tandläkarbesök. De berättade att de var rädda att förlora kontrollen hos tandläkaren och att de

var rädda för instrumenten som lät eller sprutade vatten. Informanter med kognitiva funktionsnedsättningar uttryckte också en rädsla för att instrumenten skulle trilla ned i halsen på dem. Informanter med fysiska funktionsnedsättningar uttryckte att det kunde vara smärtsamt att sitta i undersökningsstolen och man föredrog istället ofta att få sitta kvar i sin rullstol under behandlingen/undersökningen. Alla informanter ville att tandvårdsbesöket skulle ske i en lugn atmosfär med försiktig tandvårdspersonal. De ville ha information om vad som skulle göras under besöket och ofta ville man ha informationen upprepad under tiden för att inte glömma av vad som sagts tidigare.

Informanterna beskrev att de *hade svårigheter att följa instruktioner* från tandvårdspersonalen. Detta var beroende på att man både glömde av eller inte riktigt förstod vad som avsågs men också för att man saknade fysisk kraft och/eller förmåga att genomföra instruktionerna. Ofta fick informanterna ta emot hjälp från sina assistenter eller familjemedlemmar för att klara av att borsta tänderna. De som lätt glömde av instruktioner ville ogärna tala om det för tandvårdspersonalen, då de hade en önskan om att vara ”duktiga” patienter inför tandvårdspersonalen.

Kategorin *att vilja ha kontinuitet* speglar att informanterna ville möta samma tandvårdspersonal varje gång man *besökte* tandvårdskliniken, då de hade svårt att känna tillit till nya personer. En del informanter längtade bara hem under tandvårdsbesöket och andra ville ha med sina assistenter som en trygghet. En del menade att man helst ville bli behandlad av tandsköterskan för det var henne/honom man kände bäst. Informanter med fysiska funktionsnedsättningar menade att efter en tid blev tandvårdspersonalen så förtrodda med just deras funktionsnedsättning och begränsningar att det därför kändes jobbigt att byta tandvårdspersonal.

Att ha en önskan om att vara som alla andra. Informanter med kognitiva funktionsnedsättningar beskrev hur de inte ville att andra skulle titta eller stirra på dem. De ville se ut som alla andra för att smälta in och de var rädda för negativa reaktioner på sitt utseende. Många av informanterna beskrev avvikelser i bettet som gjorde att de tyckte att de fick ett avvikande utseende.

Diskussion

Resultatet av de fyra studierna visar att anhöriga och personer med funktionsnedsättningar inte prioriterar den orala hälsan därför att andra problem, som anses som viktigare, prioriteras istället. Studierna visar också att det är stor skillnad på kunskap om bemötande och vårdbehov hos professionella vårdgivare som möter dessa patienter. Sammantaget kan man säga att de fyra presenterade studierna visar på potentiella barriärer när det gäller tandvård och oral hälsa för personer med funktionsnedsättning. Dessa barriärer kan förhindra vård på lika villkor och leda till försämrad oral hälsa för personer med funktionsnedsättningar. Barriärerna finns både hos patienterna själva, deras anhöriga samt inom tandvård och övrig hälso- och sjukvård.

Att leva med ett barn med funktionsnedsättning ses som en betydande stressfaktor hos anhöriga, vilket framkommer i vår studie och stöds av andra studier (Seltzer et al. 2001). I vår Studie I beskrev informanterna behovet av en balans mellan sin utsatthet och det stöd familjen får från professionella runt familjen (Trulsson & Klingberg 2003). Upplever familjen att man har tillräckligt med stöd för att balansera livssituationen har man möjlighet att försonas med sitt öde och att känna tillit till sin egen förmåga att ta hand om sitt barn. Socialt stöd som en viktig faktor för att balansera utsatthet i familjer stöds av andra studier (Scheeran et al. 1997). Framförallt mödrarna löper en ökad risk för ohälsa och då främst psykisk ohälsa vid bristande stöd i en svår livssituation (Cairns 1992). Vidare har man sett att faderns psykiska hälsa mer beror på hur modern klarar av livssituationen med ett barn med funktionsnedsättning (Cairns 1992). Detta sammantaget torde visa att professionellt stöd till utsatta familjer, och då främst till mödrarna, är nödvändigt för att inte öka bördan på familjerna och samhället i övrigt. I vår studie nämnde föräldrarna inte explicit barnets orala hälsa mer än i termer av nutritions- och kommunikationssvårigheter. Detta trots att många av barnen hade stora tandvårdsbehov beroende på sina funktionsnedsättningar. Orsakerna till detta kan vara många. En möjlig förklaring är att andra medicinska problem rankas som viktigare. En annan tänkbar orsak är att föräldrarna förutsätter att deras barn får den vård och det omhändertagande de behöver få inom tandvården. Man ifrågasätter inte vård och behandling inom tandvården på samma sätt som när det gäller övrig hälso- och sjukvård. Detta kan bero på att man saknar kunskap om orala aspekter på barnets funktionsnedsättning, trots att information om detta bör ha delgivits föräldrarna av tandvårdens personal. Tandvårdens personal kan lära av föräldrarnas berättelser i Studie I. Fem kategorier relaterade till kärnkategorin behov av stöd från andra – respekt, engagemang, kontinuitet, kunskap och tillgänglighet – skulle kunna utgöra ledord för tandvårdens förhållningssätt gentemot dessa patienter. Det är oroande att tandvården inte står bättre rustad i mötet med barn- och ungdomspatienter med funktionsnedsättning. Studie II visar på flera områden som kan förbättras.

Resultatet i studie II (Hallberg et al. 2004) visade på en diskrepans mellan olika tandvårdskliniker och olika personalgrupper avseende kunskap och möjlighet att behandla och bemöta personer med funktionsnedsättningar. Detta kan leda till en ojämlig möjlighet att bibehålla eller erhålla en god oral hälsa hos personer med funktionsnedsättningar. Generellt sett hade framförallt personal inom allmäntandvården begränsad erfarenhet och kunskap om att möta och behandla personer med funktionsnedsättningar vilket föranledde ökad osäkerhet i mötet mellan patient och personal. Detta tycktes också gälla nyutexaminerad tandvårdspersonal. Tidigare studier visar att de största barriärerna för att personer med funktionsnedsättning skall bibehålla eller erhålla god oral hälsa är att tandvårdsklinikerna har för lite tid avsatt för varje patient (Edwards & Merry 2002, Watson 2000), och att tandvårdspersonalen upplever sig ha brist på kunskap. Detta resulterade i osäkerhet i mötet med denna patientgrupp (Merry 2002, Bedi et al. 2001). Traditionellt sett har tandvårdspersonal inte ingått i vårdteamet runt personer

med funktionsnedsättningar. Personal på tandvårdskliniker bör få mer kunskap och utökade ekonomiska resurser för att möta kravet på en god oral hälsa hos personer med funktionsnedsättningar. Detta gäller även tandvårdsutbildningar. För mer än 40 år sedan rapporterade Miller (1965) att tandvårdsutbildningar erbjöd för lite undervisning om bemötande av personer med funktionsnedsättningar och då var det vanligare att den här gruppen bodde på institutioner och behandlades av sjukhustandvårdspersonal. Även om stora förändringar gjorts i utbildningsplanerna för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor tyder våra studier på att det fortsatt är ett behov av mer undervisning och kunskap inom området. Samtidigt innebär grundutbildning att just grunden ska läggas till en framtida yrkesutövning. Det är rimligt att kunskap och färdigheter först ”prövas” i mötet med friska patienter innan studenter själva möter och behandlar patienter med funktionsnedsättningar. Det är också rimligt att fortbildning inom olika tandvårdsyrken i större utsträckning erbjuds även inom området patienter med funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar. En specialistutbildning t.ex. inom pedodonti (specialiserad barn- och ungdomstandvård) innebär att tandläkaren efter examinering inte bara har en utökad barnkompetens utan också både högre kompetens och mer erfarenhet av tandbehandling för barn och ungdom med funktionsnedsättning. Detta återspeglar sig i resultaten från Studie II där just specialisttandvårdens personal i högre uträkning låg mer åt yrkesmässigt engagemang jämfört med personal från allmäntandvården.

Resultatet av studie III (Hallberg & Klingberg 2005) visar tydligt att oral hälsa inte fanns på agendan hos hälso- och sjukvårdspersonalen som ingick i studien. Generellt sett hade dock läkarna som ingick i studien större kunskap om munhälsans betydelse för individen. Orofaciala aspekter diskuterades i termer av nutrition och kommunikation vilket är förståeligt då detta är basala livsnödvändiga frågor (Sullivan et al. 2000). Men kunskapen om att en god oral hälsa är förutsättningen för en acceptabel nutrition och kommunikation nämndes inte i intervjuerna. Många personer med funktionsnedsättningar tillbringar längre eller kortare perioder på olika vårdinrättningar och kan ha svårigheter att själva utföra daglig munvård. Hälso- och sjukvårdspersonal får begränsad utbildning i munhälsorelaterade frågor under sin utbildning (Cooley & Sanders 1991, Lewis et al. 2000, White 2000, Dela Cruz et al. 2004, McCann et al. 2005). Situationen skulle förbättras genom en holistisk syn på patienten och om tandvårdspersonal initierade samarbete med hälso- och sjukvården när det gäller oral hälsa hos patienter med funktionsnedsättningar.

I analysen av data framgick att hälso- och sjukvårdspersonalen var medvetna om att de föräldrar som var mest krävande också fick mest tid och provtagningar för sina barn (Hallberg & Klingberg 2005). Idag har familjerna ofta stor kunskap om barnets funktionsnedsättning vilket också kan leda till att föräldrarna upplevs som mer krävande. Det innebär också att de familjer som är mer tystlåtna och inte så krävande får mindre tid och resurser för sina barn. Det upplevdes som en stressor för hälso- och sjukvårdspersonalen eftersom deras arbetsvillkor innebär ett pressat schema med begränsad tid för varje patient (Hallberg & Klingberg 2005).

Det är ett välkänt problem att välinformerade föräldrar som är kritiska eller inte nöjda med den vård deras barn får betraktas som "troublemakers" och uppfattas som krävande av hälso- och sjukvårdspersonalen (Horn et al. 1995). I detta sammanhang finns anledning att reflektera över slutsatserna i Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, 1995) där Människovärdesprincipen och Behovs- och solidaritetsprincipen rankats som de två viktigaste principerna följt av Kostnadseffektivitetsprincipen när man ska fördela resurser. Att ge mer tid i behandlingssituationen till patienter vars föräldrar är mer krävande på bekostnad av att mer lågmälda grupper får stå tillbaka strider mot de två första principerna som förs fram i Prioriteringsutredningen.

Den orala hälsan är ofta påverkad i negativ riktning hos personer med funktionsnedsättningar, som ofta behöver mer tandvårdsbehandlingar än andra inte minst förebyggande behandling. Trots detta är oral hälsa lågprioriterad hos vuxna personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar (Hallberg & Klingberg 2007). För personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan kunskapen om hur den orala hälsan påverkar den generella hälsan helt saknas. De kan också ha svårt att följa instruktioner från tandvårdspersonalen angående matvanor och rengöring av tänderna på grund av att de inte kommer ihåg eller inte förstår vad som sägs. För personer med fysiska funktionsnedsättningar i våra studier var den orala hälsan lågprioriterad på grund av andra multipla, mer akuta problem såsom smärta eller rörelsenedsättning. Dessutom kan personer med fysiska funktionsnedsättningar ha svårt att på egen hand sköta sin orala hygien beroende på motoriska svårigheter (Hallberg & Klingberg 2007). Detta gör att kraven ökar på tandvårdspersonal när det gäller uppföljning av dessa patienter och att föra ut information om den orala hälsans betydelse för den generella hälsan och livskvaliteten (Trulsson 2003). Detta skulle kunna förbättras genom fler möjligheter till besök på tandvårdsklinikerna för förebyggande tandvård.

Det framkom i intervjuerna att den här gruppen ofta var oroliga och rädda inför tandvårdsbesöken och det finns ingen anledning att tro att det skulle vara annorlunda för den här gruppen än för andra grupper (Gordon et al. 1998, Martin et al. 2002). Samarbetssvårigheter mellan tandvårdspersonal och patienter med funktionsnedsättningar kan bero både på funktionshindret i sig eller på tandvårdsrädsla eller på en kombination av båda. Enligt våra studier var det inte ovanligt att patienter med funktionsnedsättningar, speciellt av kognitiv art, hade låg självkänsla (Hallberg & Klingberg 2007). Tandvårdspersonal har en uppgift och en utmaning att höja dessa patienters självkänsla så att de upplever sig som viktiga och dugliga patienter i tandvården. För patienter med fysiska funktionsnedsättningar är känslan av underläge och kroppsligt obehag i mötet med tandvården uttalad. Tandvårdspersonal kan underlätta situationen och minimera det fysiska obehaget för patienterna genom att utveckla strategier som leder till att de kan inta en bra kroppsställning i behandlingsstolen. Patientens sittställning möjliggör för tandvårdspersonalen att utföra undersökningar och behandlingar av hög kvalitet.

Konklusion

Våra studier visade att föräldrar till barn med funktionsnedsättningar (Trulsson & Klingberg 2003) samt personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar (Hallberg & Klingberg 2007) inte prioriterade den orala hälsan på grund av att andra multipla mer akuta problem sågs som mer väsentliga att prioritera. Många personer med funktionsnedsättningar vårdas kortare eller längre tid på vårdinrättningar och våra studier visar att kunskapen om oral hälsa var låg och inte prioriterad inom hälso- och sjukvården (Hallberg & Klingberg 2005). Personer med funktionsnedsättningar återfinns både inom allmäntandvården och specialisttandvården och dessutom både inom Folktandvården och hos privata vårdgivare. Kunskapen om vårdbehov och bemötande av patienter med funktionsnedsättningar varierade betydligt mellan olika kliniker men också mellan olika grupper av tandvårdspersonal (Hallberg et al. 2004). Sammantaget kan detta bidra till att förklara varför patienter med funktionsnedsättningar har sämre oral hälsa än andra patienter. Detta innebär att en prioriterad, god oral hälsa och ett adekvat bemötande av personer med funktionsnedsättningar snarare kan handla om tur än om en jämlik rättighet.

Omnämmande

Vi vill tacka alla informanter i våra studier som välvilligt delat med sig av sin tid och sina tankar. Vi vill också tacka Västra Götalands Regionen, Handikappkommittén för att de givit oss finansiellt stöd för att genomföra dessa fyra studier.

Referenser

- Atchison K.A. (2002) Understanding the "quality" in quality care and quality of life. In *Oral health related quality of life*. (Inglehart M.R. & Bagramian R.A. Eds.), Quintessence Publications, Chicago, pp. 13-28.
- Bedi R., Champion J.A. & Davies R. (2002) Introducing problem-based learning to special needs dentistry – a case study. *Primary Dental Care*, **9**, 9-13.
- Bryman A. (1997) *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Studentlitteratur, Lund.
- Cairns I. (1992) The health of mothers and fathers with a child with a disability. *Health Visitor*, **65**, 238-239.
- Charmaz K. (1995) Grounded theory. In *Rethinking methods in psychology*. (2nd ed) (Smith J.A., Harre R. & Van Langenhove Eds.), Sage Publications, London, pp. 27-49.
- Cooley R.O. & Sanders B.J. (1991) The pediatrician's involvement in prevention and treatment of oral disease in medically compromised children. *Pediatric Clinics of North America*, **38**, 1265-1288.
- Dela Cruz G.G., Rozier R.G. & Slade G. (2004) Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*, **114**, 642-652.
- Dellve L., Henning Abrahamsson K., Trulsson U. & Hallberg L.R-M. (2002) Grounded theory. In *Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples*. (Hallberg L.R-M. Eds.), Lund, Studentlitteratur.
- Edwards D.M. & Merry A.J. (2002) Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. *British Dental Journal*, **193**, 253-255.
- Fonseca M.A. (2002) Oral health-related quality of life in children and adolescents with special health care needs. In *Oral health related quality of life* (Inglehart M. & Bagramian R. Eds.), Quintesse publishing, USA, pp. 89-97.
- Gabre P. (2000) Studies on oral health in mentally retarded adults. (Doctoral dissertation). *Swedish Dental Journal*, **142**, 1-48.
- Glaser B.G. & Strauss A. (1967) The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Aldine, Chicago.

- Gizani S., Declerck D., Vinckier F., Martens L., Marks L. & Goffin G. (1997) Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **25**, 352-357.
- Gordon S.M., Dionne R.A. & Snyder J. (1998) Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Special Care in Dentistry*, **18**, 88-92.
- Gorlin R.J., Cohen M.M. & Hennekam R.C.M. (2001) *Syndromes of the head and neck*. Oxford University, New York.
- Hall R.K. (1994) *Pediatric orofacial medicine and pathology*. Chapman & Hall Medical, London.
- Hallberg LR-M. (2006) The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **1(3)**, 141-148.
- Hallberg U., Strandmark M. & Klingberg G. (2004) Dental health professionals' treatment of children with disabilities – a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*, **62**, 319-327.
- Hallberg U. & Klingberg G. (2005) Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. *European Journal of Oral Sciences*, **113**, 363-368.
- Hallberg U. & Klingberg G. (2007) Giving low priority to oral health care. Voices from people with disabilities in a grounded theory study. *Acta Odontologica Scandinavica*, **65**, 265-270.
- Horn J.D., Feldman H.M. & Ploof D.L. (1995) Parent and professional perceptions about stress and coping strategies during a child's lengthy hospitalisation. *Social Work in Health Care*, **21**, 107-127.
- Humanistiskt-Samhällsvetenskapliga Forsknings-Rådet (1990) *Forskningsetiska principer*.
- Lewis C.W., Grossman D.C., Domoto P.K. & Deyo R.A. (2000) The role of pediatricians in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*, **106**, 84.
- Martens L., Marks L., Goffin G., Gizani S., Vinckier F. & Declerck D. (2000) Oral hygiene in 12-year-olds disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **28**, 73-80.
- Martin M.D., Kinoshita-Byrne J. & Getz T. (2002) Dental fear in a special needs clinic population of persons with disabilities. *Special Care in Dentistry*, **22**, 99-102.

- Mc Cann P.J., Sweeney M.P., Gibson J. & Bagg J. (2005) Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, **43**, 61-64.
- Miller S.L. (1965) Dental care for the mentally retarded: a challenge to the profession. *Journal of Public Health Dentistry*, **25**, 111-215.
- Mitsea A.G., Karidis A.G., Donta-Bakoyianni C. & Spyropoulos N.D. (2001) Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, **26**, 111-118.
- Msall M.E., Avery R.C., Tremont M.R., Lima J.C. & Rogers M.L. (2003) Functional disability and school activity limitations in 41300 school-age children: relationship to medical impairments. *Pediatrics*, **111**, 548-553.
- Newacheck P.W. & Taylor W.R. (1992) Childhood chronic illness: prevalence, severity and impact. *American Journal of Public Health* **82**, 364-371.
- Newacheck P.W., Pearl M., Hughes D.C. & Halfon N. (1998) The role of Medicaid in ensuring children's access to care. *JAMA*, **25**, 1789-1793.
- Newacheck P.W., Inkelas M., Kim S.E. (2004) Health services use and health care expenditures for children with disabilities. *Pediatrics*, **114**, 79-85.
- Nunn J.H. (2001) Childhood disability. In *Paediatric dentistry*. (Welbury R.R. Eds.), Oxford University Press, Oxford, pp. 391-412.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002) Att förebygga karies. En systematisk översikt. Stockholm: SBU Rapport 161.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004) Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. SBU Rapport 169.
- Scheeran T., Marvin R.S. & Pianta R.C. (1997) Mother's resolution of their child's diagnosis and self-reported measures of parenting stress, marital relations, and social support. *Journal of Pediatric Psychology*, **22**, 197-212.
- Seltzer M.M., Greenberg J.S., Floyd F.J., Pettee Y. & Hong J. (2001) Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal of Mental Retardation*, **106**, 265-286.
- Shapira J., Efrat J., Berkey D. & Mann J. (1998) Dental health profile of a population with mental retardation in Israel. *Specialist Care in Dentistry*, **18**, 149-155.

SOU (1995):5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
Del 1: http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou95_501.pdf
Del 2: http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou95_502.pdf

Strauss A. & Corbin J. (1998) *Basics of qualitative research. Grounded Theory procedures and techniques*. Sage Publications, California.

Sullivan P.B., Lambert B., Rose M., Ford-Adams M., Johnson A. & Griffiths P. (2000) Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Development Medicine and Child Neurology*, **42**, 674-680.

Trulsson U. & Klingberg G. (2003) Living with a child with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of parents. *European Journal of Oral Sciences*, **111**, 19-25.

Trulsson U. (2003) *A grounded theory of dental treatments and oral health related quality of life*. (Doctoral dissertation). NHV-report 2003:5, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.

Watson N. (2000) Barriers, discrimination and prejudice. In *Disability and oral care*. (Nunn J. Eds.), FDI World Dental Press Ltd, London, pp. 15-20.

Westbom L. & Kornfalt R. (1987) Chronic illness among children in a total population. An epidemiological study in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, **15**, 87-97.

White R. (2000) Nurse assessment of oral health: a review of practice and education. *British Journal of Nursing*, **9**, 260-266.

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Märten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkurgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis
John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth 1993-2003
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Inkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg