

Å leve med en kronisk tannkjøttsykdom – En kvalitativ helsefaglig studie

Anna Lea

Veiledere:

Astrid Blystad

Professor

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Erik Klepsland Mauland

Tannlege

Spesialist i periodonti



Masteroppgave

Master i helse og samfunn

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Vår 2024

Forord

Det er med stor takknemlighet at jeg leverer denne masteroppgaven. Gjennom dette arbeidet har jeg hatt privilegiet av å utforske periodontitt fra et pasientperspektiv - et tema som virkelig interesserer meg.

Jeg ønsker å rette en dyp takk til mine veiledere, Astrid Blystad og Erik Klepsland Mauland, for deres dedikerte veiledning og støtte gjennom hele prosessen. Deres innsikt og oppmuntring har vært avgjørende for å utvikle og forme denne oppgaven til det den er.

Jeg vil også uttrykke min takknemlighet overfor mine informanter som generøst delte sine erfaringer om å leve med periodontitt. Det har vært en glede å få arbeide med, og lære av historiene deres.

En spesiell takk går til min tante, Eli Lea, for inspirasjon og motivasjon gjennom hele prosjektet. Jeg setter stor pris på alle som har hatt troen på meg.

Jeg håper denne oppgaven ikke bare bidrar til å øke kunnskapen om erfaringer med å leve med periodontitt, men kan inspirere til videre forskning og tiltak for å forebygge og behandle sykdommen, slik at man kan leve bedre med denne vanlige tannkjøttssykdommen.

Norsk sammendrag

Introduksjon:

Studien tar sikte på å øke kunnskapen om menneskers opplevelser og erfaringer med å leve med periodontitt, med spesiell vekt på pasienter under 45 år. Periodontitt, en vanlig tannkjøtt sykdom i Norge, utgjør et betydelig folkehelseproblem. Målet med studien er å øke forståelsen for hvordan denne kroniske sykdommen påvirker hverdagen til informantene, med håp om å bidra til bedre forebygging, diagnose og behandling.

Metode:

For å oppnå studiens mål ble det valgt et kvalitativt forskningsdesign, som tillater en dypere utforskning av variasjon i opplevelser og erfaringer. Kvalitative metoder tillater fleksibilitet, slik at spørsmålene kan tilpasses nye funn underveis i forskningsprosessen. Dette gjør det mulig å oppnå en omfattende forståelse av temaet. 8 personer med periodontitt ble intervjuet ved bruk av kvalitative dybdeintervju i studien, og tematiske innholdsanalyse ble benyttet i analysen av materialet.

Funn:

Informantene formidlet betydelig bekymring og uro knyttet til å leve med periodontitt, inkludert uro for utviklingen av sykdommen, utseende, kommunikasjon og økonomi i forhold til behandling. Studiens funn kaster lys over de store utfordringene og belastningene som kan følge med å leve med periodontitt for mennesker under 45 år. Variasjonen i opplevelser og innvirkningen av kontekstuelle faktorer blir utforsket.

Implikasjoner:

Studiens funn har implikasjoner for både klinisk praksis og på samfunnsnivå. En dypere forståelse av pasienters opplevelser kan bidra til mer målrettede tiltak for å støtte og hjelpe, samt informere om forebyggende strategier og behandlingsmetoder.

Konklusjon:

Gjennom å sette lys på pasientenes egne stemmer og erfaringer, bidrar denne studien til en økt forståelse av hvordan det er å leve med periodontitt. Videre forskning og tiltak bør bygge på denne innsikten for å mer helhetlig møte mennesker som lever med denne kroniske tannkjøtt sykdommen.

Engelsk sammendrag (abstract)

Introduction:

This study aims to explore people's experiences of living with periodontitis, with a particular focus on patients under 45 years of age. Periodontitis, a common gum disease in Norway, poses a significant public health issue. The goal of the study is to increase the understanding of how this chronic condition affects patients' daily lives, with the hope of contributing to better prevention, diagnosis, and treatment.

Method:

To achieve the study's purpose, a qualitative research design was chosen, allowing for a deeper exploration of variation in experiences. Qualitative methods permit flexibility, allowing questions to be adapted to new findings during the research process. This enables a comprehensive understanding of the topic. Eight individuals with periodontitis were interviewed using qualitative in-depth interviews, and thematic content analysis was employed in the interpretation of the material.

Results:

The study informants communicated substantial worry and anxiety related to living with periodontitis, including fear of the development of the disease, appearance, communication, and economy in relation to the treatment. The study's results shed light on the challenges and burdens associated with living with periodontitis for individuals under 45 years of age. Variation in experiences and the impact of contextual factors is explored.

Implications:

The study's results have implications for both clinical practice and at the societal level. A deeper understanding of patients' experiences can contribute to more targeted measures to support and assist them, as well as inform preventive strategies and treatment methods.

Conclusion:

By focusing on patients' own voices and experiences, this study contributes to an increased understanding of what it is like to live with periodontitis. Further research and initiatives should build on this insight to more holistically meet the needs of patients who live with periodontitis.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Norsk sammendrag	2
Engelsk sammendrag (abstract)	3
1. Innledning	5
.....	5
<i>1.1 Om periodontitt</i>	7
<i>1.2 Forskning på feltet</i>	8
2. Hensikt og forskningsspørsmål	13
<i>2.1 Hensikt med studien</i>	13
<i>2.2 Forskningsspørsmål</i>	13
3. Metodologi og metode	15
<i>3.1 Forforståelse</i>	15
<i>3.2 Metodologi</i>	16
<i>3.3 Kvalitative dybdeintervju</i>	17
<i>3.4 Rekruttering av deltagere til studien</i>	17
<i>3.6 Gjennomføring av intervjuene</i>	19
<i>3.7 Transkripsjon av intervjuene</i>	20
<i>3.8 Analyseprosessen</i>	20
<i>3.9 Etisk refleksjon</i>	22
4. Funns	24
<i>4.1 Å være bekymret og redd</i>	24
<i>4.2 Tannbehandlingsangst</i>	28
<i>4.3 Sosial begrensning</i>	30
<i>4.4 Mangel på åpenhet</i>	32
<i>5.1 Diskusjon av studiens funn i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv</i>	34
<i>5.2 Diskusjon av studiens funn i lys av tidligere forskning</i>	37
5.2.1 Uro og angst.....	37
5.2.2 Sosiale konsekvenser.....	38
5.2.3 Økonomi.....	39
5.2.4 Mangel på kunnskap.....	39
.....	40
<i>5.3 Metodiske vurderinger</i>	41
.....	41
<i>5.4 Implikasjoner for praksis</i>	44
6. Konkluderende bemerkninger	47
Litteraturliste	49

1. Innledning

I denne masterstudien har jeg utført en kvalitativ studie med søkelys på erfaringer knyttet til å leve med den kroniske tannkjøttbetennelsen periodontitt. Jeg ønsket å bidra til økt kunnskap gjennom kartlegging av informantenes opplevelser og erfaringer av hvordan sykdommen påvirker livene deres.

Periodontitt er en tannkjøttssykdom som forekommer når bakterier forårsaker betennelse som kan føre til tap av støttevev rundt tennene (Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. 2018). Bakterier og plakk som fester seg til tannoverflaten kan forårsake betennelsesreaksjoner, og uten behandling kan betennelsesreaksjonen progrediere og medføre nedbrytning av vevet som utgjør tennenes feste. Uten behandling, kan periodontitt føre til at tennene mister sitt feste og til slutt faller ut. Periodontitt er en av de hyppigst forekommende munnhulesykdommene i Norge. En periodontal undersøkelse ble utført på 4863 deltagere i Norge i 2017 (Stødle et al. 2021), studien viste at periodontitt ble observert hos 72,4% av deltagerne. Forekomsten av periodontitt økte etter fylte 40 år, mer alvorlige former opptrådte hovedsakelig etter fylte 60 år.

Ifølge Durham et al. (2013) har periodontitt innvirkning på oral helse relatert livskvalitet (OHRQoL). OHRQoL står for "Oral Health-Related Quality of Life", eller på norsk "Munnhelse relatert livskvalitet". Dette inkluderer hvordan munnhelse påvirker funksjonalitet, fysisk velvære, psykologisk velvære og sosiale interaksjoner. Livskvalitet er et sentralt konsept i helseforskning, og søker å forstå den helhetlige innvirkningen av munnhelse på en persons trivsel og velvære. Pasienter med ubehandlet kronisk periodontitt opplever negative påvirkninger på deres livskvalitet. Dette tyder på at periodontitt ikke bare påvirker munnhelsen, men også den generelle livskvaliteten til mennesker.

Periodontitt har vidtrekkende konsekvenser for enkeltpersoners selvfølelse og sosiale liv (Lang & Bartold, 2018). Estetiske bekymringer knyttet til tap av tenner eller synlig tilbaketrekking av tannkjøtt kan føre til følelse av skam eller flauhet. Dette kan resultere i sosial tilbaketrekning eller unngåelse av sosiale situasjoner (Chapple et al., 2015).

Periodontitt har en økende prevalens med økende alder (Stødle et. Al. 2021). Yngre pasienter som diagnostiseres med periodontitt har en høyere mottakelighet for sykdom, og får gjerne et mer alvorlig sykdomsforløp med større risiko for tap av tenner og behov for avansert tannbehandling (Herrera et. Al. 2022). Det finnes mange kvalitative undersøkelser av behandling av periodontitt og det er godt dokumentert at behandlingen virker. I hvilken grad sykdommen har konsekvenser, er i mindre grad belyst. Jeg var interessert i å undersøke hvordan mennesker under 45 år opplever å leve med sykdommen, da dette er et tema som er forsket lite på. Ut ifra egne erfaringer som tannpleier opplever jeg at yngre pasienter diagnostisert med periodontitt ofte opplever en betydelig høyere sykdomsbyrde sammenlignet med eldre pasienter som lider av samme sykdom. Studier indikerer at unge voksne med periodontitt har økte nivåer av stress, ubehag og skam knyttet til sykdommen (Peruzzo et. Al. 2007). Dette understreker behovet for en dypere forståelse av de unges opplevelse av periodontitt, inkludert de psykososiale faktorene som kan påvirke deres helse og livskvalitet.

Å belyse yngre pasienters erfaringer med diagnosen er viktig av flere grunner. Det finnes lite forskning på yngre pasienter spesifikt, og påvirkningen periodontitt har på deres livskvalitet. God forståelse for relativt unge menneskers opplevelse av sykdommen kan veilede utviklingen av mer effektive behandlingsstrategier som i større grad tar hensyn til deres spesifikke behov og bekymringer. For det andre kan kunnskap om eventuelle utfordringer knyttet til periodontitt blant unge voksne bidra til å fremme en mer helhetlig tilnærming til oral helseomsorg, som tar sikte på å adressere både fysiske og mentale aspekter av sykdommen. I tillegg til å tilby direkte fordeler for individuelle pasienter, kan en økt bevissthet om de psykososiale konsekvensene av periodontitt blant yngre voksne ha betydelige implikasjoner for samfunnet som helhet. Ved å legge til rette for tidligere diagnose og mer helhetlig og dermed målrettet behandling av periodontitt blant unge voksne, kan samfunnet redusere langsiktige helsekostnader forbundet komplikasjoner knyttet til avanserte stadier av sykdommen.

Målet med denne studien er å øke kunnskap om menneskers opplevelser og erfaringer med å leve med periodontitt. I neste punkt følger en gjennomgang av relevant forskning med vekt på studier som har kartlagt mennesker under 45 år sine erfaringer med å leve med periodontitt.

1.1 Om periodontitt

Begrepet periodontitt har røtter i den greske etymologien. Det består av forstavelen "*peri-*" som betyr 'rundt', "*odous*", som betyr 'tann', og "*-itis*" som betyr 'betennelse', og refererer til en betennelsestilstand som affiserer vevet rundt tennene. Det er også kjent som tannløsningssykdom, eller *pyrea*, som tidligere ble benyttet for å beskrive tilstanden (Skjørland, 2024).

Periodontitt er en kompleks betennelsestilstand som involverer tannkjøttet og det omkringliggende vevet (Hansen, 2004). Det oppstår vanligvis som et resultat av bakteriell plakk som bygger seg opp på tannoverflaten, spesielt langs tannkjøttsranden. Denne plakken, hvis den ikke fjernes regelmessig gjennom god munnhygiene, kan irritere tannkjøttet og forårsake gingivitt, som er den første fasen av periodontitt. Gingivitt er preget av rødt, hovent og blødende tannkjøtt, og det er her betennelsesprosessen begynner. Hvis gingivitt ikke behandles, kan betennelsen spre seg dypere inn i vevet rundt tannen og føre til periodontitt. Periodontitt er preget av nedbrytning av det støttende vevet rundt tannen, inkludert kollagenfibre og alveolarben. Dette fører til dannelse av lommer mellom tannen og tannkjøttet, som igjen kan føre til tap av tannfeste og til slutt tannløshet, hvis det ikke behandles. Dersom bakteriebelegget får ligge urørt over tid kan det forkalkes av mineraler. Dette kalles tannstein, og da kan det ikke lengre pusses bort av pasienten selv. Diagnose av periodontitt innebærer vanligvis klinisk vurdering av tannkjøttet og tannfestet, samt måling av lommedybde og festetap. Tannleger eller tannpleiere diagnostiserer gingivitt og periodontitt. Dette gjøres ved en klinisk undersøkelse der man evaluerer graden av betennelse i tannkjøttet, samt måler med lommedybdemåler om det har vært nedbrytning av vev rundt tennene. Lommedybde refererer til avstanden fra tannkjøttsranden til bunnen av lommen, mens festetap refererer til tap av festet mellom tannen og det omkringliggende vevet. Disse målingene gir viktig informasjon om omfanget av sykdommen og hjelper til med å planlegge passende behandling. Behandlingen av periodontitt kan variere avhengig av alvorlighetsgraden av tilstanden, men inkluderer vanligvis grundig tannrensing for å fjerne bakteriell plakk og tannstein fra tannoverflaten og under tannkjøttet. I mer alvorlige tilfeller kan kirurgiske prosedyrer være nødvendig for å reparere skadet vev og gjenopprette tannfestet (Hansen, 2004).

Hos en del av befolkningen utvikles altså gingivitt til periodontitt. Periodontitt fremstår på samme måte ved inflammasjon som gingivitt, men vil hos enkelte individer føre til at tennenes festeapparat i større grad går tapt (Klinge & Gustafsson, 2011). Periodontitt indikerer en dypere inflammasjon i tannkjøttet, inkludert såkalt festetap. Nedbrytingen av festeapparatet vil føre til at tannkjøttet trekker seg tilbake, tennene blir løse og kan bevege seg eller 'vandre'. Dersom bakteriene ikke blir fjernet, vil prosessen fortsette til tannen blir løs og til slutt faller ut.

Tannlegens eller tannpleierens oppgave i behandling av gingivitt og periodontitt består således i å bistå med å fjerne bakteriebelegget og tannstein. Hvilke hygieneartikler som mest effektivt fjerner bakteriebelegg vil variere fra pasient til pasient og avhenger av lokale, kliniske forhold som må vurderes individuelt. For å lykkes med behandling av periodontitt kreves imidlertid en mer systematisk tilnærming til behandlingen med støtte fra tannhelsetjenesten (Herrera et. Al., 2022). Det innebærer opplæring av pasienten, kontroll av risikofaktorer og profesjonell rengjøring av tennene. Det er avgjørende at pasienten initierer og opprettholder en svært grundig tannhygiene etter at behandlingen er startet for å hindre at periodontitten utvikler mer alvorlige symptomer.

Periodontitt deles inn i fire ulike stadier avhengig av alvorlighet (I–IV), og sykdomsprogresjonen deles inn i tre ulike grader, A–C. (Herrera et. Al., 2022). I enkelte tilfeller, og som regel kun ved de to mest alvorlige stadiene av periodontitt, kan kirurgisk periodontittbehandling være nødvendig. Det innebærer at tannlegen løsner en del av tannkjøttstranden fra tannen for lettere å komme til og fjerne belegget på tannroten. Prinsippet og formålet ved kirurgisk periodontittbehandling er altså det samme som for ikke-kirurgisk behandling; total fjerning av belegget/plakket (Skjørland, 2024).

1.2 Forskning på feltet

Jansson et al. (2013) har publisert en svensk tverrsnittstudie som tar for seg opplevelsen av periodontal sykdom og dens påvirkning på OHRqL, livskvalitet relatert til munnhelsen. Individer med alvorlig tap av støttebenvev opplevde dårligere livskvalitet sammenlignet med individer uten eller med mindre tap av støttebenvev. Jansson et al. (2013) diskuterer hvordan pasientene opplever periodontal sykdom og dens innvirkning på deres livskvalitet. Studien

påpeker at periodontal sykdom, hvis den ikke behandles tidlig, kan føre til tanntap, og hvordan avansert periodontitt kan resultere i en begrensning i ulike orale funksjoner. Reduksjonen i funksjoner kan igjen påvirke pasientenes generelle helserelaterte livskvalitet på en negativ måte.

Resultatene fra Jansson et al. (2013) understreker behovet for forebygging og tidlig behandling av periodontal sykdom, da alvorligere sykdomsformer har negative konsekvenser for menneskers livskvalitet.

Studiens resultater indikerer videre at behandling av periodontal sykdom har en positiv innvirkning på pasientenes livskvalitet. Studien rapporterer om bedre helserelatert livskvalitet etter behandling av sykdommen. Pasientene utviklet videre positive tannhelsevaner og ble mer oppmerksomme på alvoret av periodontitt.

Bernabé & Marcenes publiserte i 2010 en tverrsnittsstudie som undersøkte sammenhengen mellom periodontal sykdom og livskvalitet hos britiske voksne, uavhengig av demografiske faktorer, sosioøkonomisk status og andre vanlige orale tilstander. Forfatterne ønsket å øke kunnskapen om hvordan periodontal sykdom påvirket pasientenes daglige liv og velvære. Studien fant at periodontitt var assosiert med negative påvirkninger på livskvaliteten (som målt ved OHIP-14-score). OHIP-14 er en skala som måler negative effekter av orale helseforhold på pasientenes livskvalitet. Pasienter med periodontal sykdom rapporterte ulike negative implikasjoner for deres daglige liv, som smerte, ubehag, problemer med å tygge mat, dårlig ånde, og psykologiske aspekter som følelsen av å være selvbevisst eller anspent.

Bernabé & Marcenes (2010) understreker at periodontal sykdom ikke bare har fysiske konsekvenser, men også betydelige psykososiale effekter på pasientenes liv. Pasientene opplever følelsesmessig belastning og redusert trivsel. Dette indikerer at periodontal sykdom kan påvirke ulike aspekter ved livskvalitet og kan ha en bred innvirkning på pasientenes generelle velvære. Ved å få kunnskap om både fysiske og psykososiale aspekter ved hvordan pasientene erfarer periodontal sykdom, gir studien en dypere forståelse for den bredere påvirkningen av periodontitt på pasientenes livskvalitet.

Borén & Claesson (2014) har i en litteraturstudie fra Sverige også undersøkt påvirkningen av kronisk periodontitt på menneskers livskvalitet. Studien identifiserte sentrale faktorer som påvirker livskvaliteten til personer med kronisk periodontitt, og i likhet med studiene nevnt over, indikerer resultatene behovet for både ikke-kirurgisk og kirurgisk periodontal behandling for å forbedre livskvaliteten. Studien påpeker videre betydningen av tidlig diagnose og bevissthet om periodontal helse for å kunne håndtere sykdommen på best mulig måte.

En studie som er særlig relevant for min egen studie, er den svenske kvalitative studien *Periodontitis from the patients perspective* av Karlsson, et Al. (2009). Studien har fokus på pasientens oppfatning av periodontitt, inkludert pasientens arbeid med å holde sykdommen i sjakk. Studien ser også nærmere på diagnosen, årsaker til sykdommens utvikling, konsekvenser av sykdommen, samt jobben med å holde sykdommen under kontroll, inkludert opplevelse av eget og behandlerens ansvar.

Studien til Karlsson et. Al (2009) viser at det var betydelig variasjon i opplevelsen av å få diagnosen. Noen opplevde tristhet og ubehag, andre ble overrasket, mens noen opplevde sjokk eller fornektelse. Enkelte var imidlertid mindre påvirket av diagnosen, og følte at de ikke hadde opplevd alvorlige tannproblemer før de fikk diagnosen. Andre hovedfunn var pasienter som uttrykte frykt for konsekvenser av sykdommen, som tanntap eller tannløshet, det vil si de estetiske sidene ved sykdommen. Deltagerne var videre bekymret for dårlig ånde, endringer i tale, smerte eller annen redusert funksjon. Mange mente at behandling var nødvendig for å unngå slike konsekvenser. Endret livsstil og selvomsorg var også vesentlig. Pasientene beskrev at de måtte gjøre endringer i livsstilen sin for å kontrollere sykdommen. Dette inkluderte å være mer disiplinert med munnhygiene, bruke interdentalbørster, og investere mer tid og penger i oral helse. Noen følte at de måtte bruke både mer tid og penger for å unngå mer alvorlige konsekvenser. Mange pasienter røykte sigaretter eller hadde røyket tidligere. De var klar over at røyking hadde en negativ effekt på periodontitt, og noen prøvde å redusere eller slutte med røyking for å bedre tannhelsen sin. Pasientene følte at jevnlig kontroll, støttende og motiverte tannhelsepersonell var viktige for å opprettholde kontroll over sykdommen, og de ønsket tydelig informasjon og veiledning for å forstå sykdommen og behandlingsoalternativene. Denne studien gir et relativt grundig innblikk i pasientenes emosjonelle reaksjoner på diagnosen, deres bekymringer for

konsekvensene av sykdommen og deres innsats for å kontrollere den gjennom endret atferd og profesjonell støtte.

Også av noe relevans for denne studien er litteraturstudien til Abrahamsson et. Al. (2016), en litteraturstudie som undersøker pasienters reaksjoner på å bli diagnostisert med peri-implantitt og deres meninger om tannimplantatterapi. Peri-implantitt er en inflammatorisk tilstand som påvirker vevet rundt et tannimplantat. Tilstanden ligner på periodontitt ved at begge diagnosene involverer betennelse i vevet som støtter tennene. Studien tar sikte på å forstå hvordan pasienters forventninger endrer seg over tid når de opplever problemer med tannimplantater. Studien viser at pasientene i utgangspunktet hadde høye forventninger til tannimplantatterapi som en permanent løsning for tannproblemer. De trodde implantatene ville være bekymringsfrie og fungere som naturlige tenner. Da problemer oppstod, som peri-implantitt, ble pasientene mindre positive til behandlingen. De kritiserte mangelen på riktig informasjon og opplæring i munnhygiene og uttrykte skuffelse over beslutningen om å gjennomgå implantatterapi uten en skikkelig risikovurdering.

Abrahamsson et. Al (2016) indikerer at å bli henvist til en periodontist og bli diagnostisert med peri-implantitt var stressende for pasientene. De opplevde angst og vanskeligheter med å forstå alvoret av sykdommen. Følelser av skam og skyld dukket opp på grunn av problemenes intime karakter. Pasientene stilte videre spørsmål ved hvordan peri-implantitt kunne oppstå til tross for jevnlig tannlegebesøk.

Litteraturstudien til Abrahamson et. Al (2016) peker videre på den økonomiske siden av problematikken, og viser til at tannimplantat innebærer en økonomisk bekymring for pasientene, da implantatbehandling er kostbar. Når pasienter sto overfor behandling for peri-implantitt, nølte enkelte pasienter med å reinvestere uten at de hadde en garanti for suksess. De opplevde at kostnadseffektiviteten av implantatbehandling hadde endret seg med endrede forventninger og erfaringer. Studien konkluderer med vektlegging av pasientsentrert kommunikasjon er avgjørende innen odontologi, og at beslutninger ikke bør baseres kun på faglig ekspertise, men også på pasientenes forventninger, evner, ønsker og livssituasjon.

I studien til Abrahamson et. Al (2016) om endrede forventninger til tannimplantatbehandling og pasienters syn på behandling av peri-implantitt, ble pasientenes erfaringer med å leve med den kroniske sykdommen ikke direkte beskrevet. Studien fokuserte hovedsakelig på

pasientenes reaksjoner på å bli diagnostisert med periimplantitt, deres meninger om tannimplantatbehandling og deres forventninger til behandling av sykdommen. Studien til Abrahamson et. Al (2016) er som sagt over relevant for mitt tema, fordi peri-implantitt ofte er en følgetilstand av periodontitt, og det er flere relevante likhetstrekk mellom periodontitt og peri-implantitt.

Forskningen som har kartlagt periodontitt og livskvalitet består slik vi har sett således av både kvantitative-, kvalitative- og litteraturstudier. Studiene presenterer omfattende kunnskap om sykdommen periodontitt, om pasienters kunnskap om periodontitt, og om hvordan periodontitt og behandling av periodontitt påvirker menneskers livskvalitet. I litteraturgjennomgangen har jeg kun identifisert en kvalitativ studie som undersøker pasienterfaringer av å leve med periodontitt. Det er videre forsket lite på problematikken med utgangspunkt i pasienter under 45 år, en gruppe som kan oppleve erfaringene ekstra belastende. Med dette utgangspunktet har jeg utarbeidet hensikt og forskningsspørsmål for min studie.

2. Hensikt og forskningsspørsmål

2.1 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å utforske og belyse erfaringer knyttet til å leve med den kroniske sykdommen periodontitt, med sikte på å øke kunnskapsgrunnlaget innen feltet. Gjennom bruk av kvalitative dybdeintervju søker jeg å få innsikt i informantenes egne erfaringer med å leve med sykdommen. Ved å sette søkelys på pasientenes subjektive opplevelse, ønsker jeg å løfte frem sider ved deres erfaringer som til nå er lite beskrevet i forskning, med særlig vekt på hvordan de tillegger erfaringene sine mening i lys av en norsk samfunnskontekst.

Jeg håper spesielt å belyse hvordan periodontitt påvirker hverdagen til pasientene. Gjennom å få mer kunnskap om erfaringer av å leve med periodontitt håper jeg å kunne bidra til en dypere forståelse for hvordan det er å leve med en tannkjøtt sykdom som er svært vanlig i Norge.

Jeg håper at mer kunnskap om sykdommen kan bidra til å styrke innsats for forebygging, diagnose og behandling av periodontitt, inkludert bidra til å forme mer helhetlige tiltak for å støtte og hjelpe pasienter med tannkjøtt sykdommen.

2.2 Forskningsspørsmål

Det sentrale forskningsspørsmålet i studien er:

«Hvilke erfaringer har mennesker under 45 år med å leve med en kronisk tannkjøtt sykdom?»

For å besvare det overordnede forskningsspørsmålet har jeg utarbeidet følgende brede tilleggsspørsmål:

- Hvordan har tannkjøtt sykdommen periodontitt utviklet seg fra diagnosen ble stilt og frem til i dag?
- På hvilken måte påvirker tannkjøtt sykdommen/periodontitt menneskers dagligliv?

- På hvilken måte påvirker periodontitt mennesker i den sosiale sammenheng?
- Hvilke tanker gjør mennesker med diagnosen periodontitt seg om at de har en kronisk sykdom, og har de tanker om hvordan man kan leve positivt med periodontitt?

Se utkast til intervjuguide (vedlegg 3).

3. Metodologi og metode

I dette kapittelet presenterer jeg studiens metodologiske og metodiske tilnærming. Jeg vil begynne med å kort redegjøre for min forforståelse. Deretter vil jeg beskrive studiens metodologi og metodiske tilnærming. Til slutt vil jeg reflektere over etiske vurderinger som har vært relevante for studien.

3.1 Forforståelse

Min interesse for periodontitt begynte å vokse under min tid på tannpleierutdanningen. Jeg ble interessert i periodontitt på grunn av dens kompleksitet og alvorlige konsekvenser for oral helse. Under studiene ble jeg stadig mer oppmerksom på hvordan periodontitt ikke bare påvirket tannhelsen, men også den generelle helsen og velværet til de som var berørt. Jeg ønsket å utvide min kunnskap for å kunne spesialisere meg innenfor dette feltet. Interessen ble forsterket da jeg begynte å arbeide med spesialistbehandling av pasienter som er diagnostisert med periodontitt. Da jeg skulle velge tema til min masteroppgave var et fokus på erfaringer med å leve med periodontitt naturlig for meg, for å øke kunnskapen om diagnosen fra et pasientperspektiv.

Et minne som har satt seg fast fra min barndom, er da min kjære morfar viste frem tennene han hadde mistet til oss. Jeg husker tydelig hvordan han med et lurt smil viste frem tennene som tidligere hadde vært i munnen, og fortalte at han skulle få nye tenner. Jeg husker at jeg ikke skjønnte hvorfor han mistet tennene, og tror ikke min morfar egentlig var klar over det selv heller. Det var ikke før jeg begynte på tannpleierutdanningen at jeg skjønnte at det sannsynligvis var periodontitt som hadde forårsaket tannløsningsen, og jeg ringte hjem med ulike spørsmål. Det var en øyeblikkelig erkjennelse av hvor alvorlig tannproblemer kunne være, og det gjorde et sterkt inntrykk på meg. Periodontitt blir ofte sett på som en sykdom «de eldre har», og ofte har jeg hørt at det er naturens gang å miste tenner som eldre. Dette stemmer imidlertid i de fleste tilfeller ikke.

Som tannpleier har jeg alltid hatt en dyp interesse for mine pasienters historier og opplevelser. Jeg har lært at hver enkelt pasient har sin egen unike reise med sin orale helse, og at det er viktig å lytte til deres erfaringer for å kunne gi dem best mulig omsorg og støtte. Under mine behandlinger har jeg derfor tatt meg tid til å lytte til pasientenes spørsmål, bekymringer, frykt

og utfordringer knyttet til sin tannhelse. Disse pasienthistoriene har gitt meg innblikk i hvordan periodontitt kan påvirke en persons selvfølelse og generelle trivsel. I denne studien var jeg primært interessert i å lære mer om yngre diagnostiserte sine erfaringer, da jeg hadde en antagelse om at de kunne føle seg ekstra alene med sykdommen.

Denne interessen og engasjementet har vært en viktig faktor som har drevet meg til et ønske om å øke kunnskap om periodontitt. Jeg har ønsket å forstå mer om konsekvensene av sykdommen, ikke bare fra et klinisk perspektiv, men også fra et menneskelig erfaringsmessig ståsted. Min forforståelse og motivasjon for oppgaven har således vært preget av både faglig nysgjerrighet og personlige opplevelser.

3.2 Metodologi

Alle forskningsstudier er forankret i et bestemt kunnskapssyn som påvirker hvordan forskeren tilnærmer seg og går frem i forskningsprosessen. I min studie ønsket jeg å undersøke erfaringene til mennesker som lever med periodontitt. Jeg ønsket å lære mer om hvordan sykdommen påvirker dem i hverdagen gjennom å snakke med dem om erfaringene deres. Ifølge Creswell (2008, s. 9) vil en studie med et slikt formål kunne plasseres innen et sosialkonstruksjonistisk kunnskapssyn:

“The goal of the research is to rely as much as possible on the participants’ views of the situation being studied. The questions become broad and general so that the participants can construct the meaning of a situation, typically forged in discussions or interactions with other persons.”

Boken *The social construction of reality* av sosiologene Berger and Luckman (1966) er en klassisk tekst som beskriver sentrale aspekt ved sosialkonstruksjonismen. Bokens hovedformål er å peke på hvordan menneskers sosiale verden ikke er gitt, men skapes eller ‘konstrueres’ kontinuerlig med utgangspunkt i ulike kulturelle og historiske kontekster. For å oppnå studiens formål har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign som tillater en dypere utforskning av variasjon i opplevelser og hvordan kontekstuelle faktorer som kultur, sosioøkonomisk status og tilgang til helsetjenester påvirker en persons opplevelse av periodontitt. Kvalitative metoder er fleksible og åpner for å tilpasse spørsmål til nye funn som kommer frem underveis i forskningsprosessen. Dette gjør det mulig å følge nye spor eller

tematikker som oppstår under dybdeintervjuene, for dermed å oppnå en mer omfattende forståelse av temaet.

I kvalitative studier opererer man ikke med mål om å generere 'objektiv' eller 'sann' kunnskap i streng naturvitenskapelig forstand. Siden kunnskapen i denne studien er basert på kvalitative intervjuer med åpne spørsmål stilt til studiedeltagere, vil kunnskapen være skapt eller 'konstruert' i samspillet mellom meg og informantene (Crotty, 1998, s 8-9). Selv om utgangspunktet er å fange nettopp deltagerens erfaringer, vil materialet preges av mine spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det vil si at funnene i studien vil være basert på det som skjer i dynamikken i møtet mellom studiedeltageren og meg under intervjuet, samt min fortolkning av materialet både under og etter at intervjuet har funnet sted.

3.3 Kvalitative dybdeintervju

Innen kvalitativ metode er de vanligste datainnsamlingsmetodene intervju, observasjon og dokumentstudier (Jacobsen, 2010). Datainnsamlingen for denne studien ble utført ved hjelp av kvalitative dybdeintervjuer.

Dybdeintervjuer gir mulighet til å få innsikt i individuelle opplevelser, følelser og perspektiver. Selv om man aldri helt kan ta inn over seg og forstå et annet menneskes erfaringer eller opplevelser, gir gode kvalitative intervju mulighet for å oppnå en rik forståelse av hvordan sykdommen erfares på et personlig nivå.

3.4 Rekruttering av deltagere til studien

Utvalget for denne studien består av pasienter ved to tannklinikker i Rogaland fylke. Begge klinikkene har en ansatt spesialist i periodonti. Deltagerne var diagnostisert med periodontitt av en spesialist, som er en tannlege med spesialistutdannelse for behandling av tannkjøtt sykdommer, dvs. spesialist i periodonti.

Pasientene som ble spurt hadde gått til behandling for periodontitt mer enn tre ganger.

I september 2023 tok jeg kontakt med to ansatte på de to tannklinikkene som sa ja til å hjelpe meg med å rekruttere potensielle deltagere som var pasienter ved klinikkene. Den ene klinikken var en offentlig spesialistklinikk, mens den andre klinikken var privat-

spesialistklinikk. I Norge har alle pasienter med periodontitt offentlig stønad fra Helfo. Det er likevel egenandel å betale på begge klinikkene (Helsedirektoratet, (mai 2024.)) Ved å inkludere pasienter fra to forskjellige tannklinikker, søkte studien å få et noe bredere spekter av erfaringer og perspektiver blant pasienter som lever med periodontitt. Tanken var at å innlemme både offentlige og private institusjoner kunne bidra til en mer nyansert forståelse av hvordan sykdommen påvirker enkeltpersoner.

Kriteriene for inklusjon i studien var at pasienten var diagnostisert med periodontitt, vært i behandlingsseanser for periodontitt mer enn tre ganger, alder over 18 år og under 45 år og behersker norsk språk. I rekrutteringen av deltagere til studien samarbeidet jeg tett med de to tannklinikkene. Tannklinikkene identifiserte aktuelle deltagere og tok kontakt med dem via telefon. De interesserte pasientene ble registrert med navn og telefonnummer av en ansatt på klinikken. Personopplysningene ble oppbevart i tråd med lovverk for personvernbehandling. Etter at listen var klar, ble jeg varslet av tannklinikken. Jeg tok deretter selv kontakt med de 12 potensielle kandidatene på listen.

Til slutt takket åtte personer ja til å være med i studien. Jeg hadde i samråd med veileder siktet meg inn mot å intervju mellom 8 og 10 informanter. Totalt endte jeg opp med å intervju 5 kvinner og 3 menn. De fleste personene i studien nærmet seg 45 år. Noen var yngre, der den yngste informanten var 28 år. Det ble rekruttert 5 fra den offentlige klinikken, og 3 fra den private. De fleste som ble intervjuet hadde hatt diagnosen i flere år.

Deltagerne be bedt om å møte til en oppsatt time der ville de få levert informasjonsskriv (se vedlegg 1) og samtykkeskjema (se vedlegg 2). Jeg møtte selv opp for å overlevere skjemaene når pasientene hadde oppsatt time på klinikken. Pasientene er under systematisk behandling for periodontitt, og har time hos behandler flere ganger i året. Da pasientene hadde fått utlevert informasjonsskriv og samtykkeskjema planla vi tidspunkt for intervju. Da informantene møtte til intervju hadde de signert begge dokumentene. De fikk også på ny informasjon om at de kunne trekke seg når som helst, om de ønsket det.

3.5 Intervjuguide

Før selve intervjuene ble gjennomført, utarbeidet jeg en intervjuguide. I tråd med forskningslitteraturen (e.g. Malterud, 2021) inneholdt guiden åpne spørsmål og tema som skulle utforskes, samtidig som det var rom for fleksibilitet og spontanitet under intervjuene. Det var rom for å stille oppfølgingsspørsmål, og til å modifisere eller legge til spørsmål. Dermed kunne man utforske tematikker i dybden - eller forfølge nye temaer som dukket opp (Se vedlegg 3).

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt med hver informant. Jeg gjorde et forsøk på å skape en trygg og åpen atmosfære hvor deltagerne følte seg komfortable. Dette gjorde jeg ved å tilby vann og/eller kaffe, og bruke et rom som var skjermet fra andre på klinikken. Jeg forsøkte å oppføre meg avslappet og naturlig. Således forsøkte jeg å etablere en tillitsfull ramme der informantene kunne dele sine erfaringer og perspektiver rundt å leve med periodontitt. Intervjuene fant sted på et møterom på tannklinikken de vanligvis går til.

Under intervjuene la jeg vekt på å lytte nøye til informantenes historier og erfaringer, og fulgte opp deltagernes fortellinger ved å stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble tatt opp på en ekstern lydopptaker etter godkjenning fra informantene, dette for å fange opp både verbale og ikke-verbale aspekter av samtalen, noe som tillot meg å fokusere mer på selve intervjusituasjonen. Som forsker forsøkte jeg å holde meg rolig og trygg i intervjuene, slik at situasjonen var mest mulig avslappende for deltagerne. Jeg opplevde at stemningen var rolig og fin under intervjuene.

Intervjuene varierte betydelig både med tanke på lengde og innhold. To intervju varte kun i ca. 15 minutter, mens andre varte i rundt 60 minutter. De fleste hadde en varighet mellom 25- og 35 minutt. Min opplevelse var at de fleste pratet fritt, men ikke alle i like stor grad. Noen av kvinnene snakket fritt over lengre perioder uten at jeg fulgte opp med tilleggsspørsmål, mens to av mennene var knappere i svarene og virket noen ganger noe uinteresserte. I motsetning til de mannlige deltagerne, hadde kvinnene mange og innholdsrike erfaringer de ønsket å dele under intervjuene. Denne studien har selvsagt et altfor lite antall informanter til

si noe mer generelt om kjønnsforskjeller i forhold til periodontitt. Dette er således kun en liten refleksjon i forhold til intervjusituasjonen i denne studien. Under intervjuet lyttet jeg til beskrivelsene som kom frem og fortolket kontinuerlig det som ble formidlet. Denne refleksive prosessen var utgangspunkt for oppfølgings spørsmål stilt under intervjuene samt for fortolkningen av materialet.

3.7 Transkripsjon av intervjuene

Transkripsjon utgjør en viktig del av prosessen med å gjøre intervjumaterialet klart for analysen av materialet i etterkant av datainnsamlingen. Jeg foretrakk å transkribere intervjuene selv manuelt, da dette tillot meg å bli godt kjent med materialet, og å engasjere meg i intervjumaterialet.

3.8 Analyseprosessen

I denne studien har jeg valgt å anvende en tematisk analyse, som beskrevet i Braun og Clarke (2022). Tematisk analyse ble valgt på bakgrunn av studienes formål og metode. Metoden muliggjør en grundig utforskning av komplekse fenomener ved å identifisere og analysere mønstre, temaer og sammenhenger i kvalitative datasett.

Tematisk analyse er en fleksibel analytisk tilnærming. Den kan tilpasses både et realistisk og et sosialt konstruksjonistisk kunnskapssyn, hvilket gjør den egnet til bruk i denne studien. Ifølge Braun og Clarke (2022) tillater metoden teoretisk frihet som kan berike forskerens forståelse av dataene. I tillegg kan den sammenfatte viktige aspekter fra omfattende datasett der den fremhever både likheter (mønstre) og ulikheter (funn som avviker fra hovedmønstre) i datasettet.

Braun og Clarkes tematiske analyseprosess består av seks trinn (2022, s. 35). Disse trinnene utgjør de ulike nivåene i Braun og Clarkes tematiske analyse, og bidrar til en grundig og systematisk tilnærming til å utforske og forstå kvalitative data. Først må forskeren bli kjent med dataene gjennom gjentatt lytting til lydopptak av intervjuer og lesing av alle

transkripsjonene. Dette trinnet bidrar til å danne et grunnlag for, og bli kjent med, materialet og identifisere potensielle mønstre eller temaer.

Neste trinn involverer generering av initialkoder, hvor forskeren merker eller koder relevante elementer i dataene som synes å peke mot interessante ideer eller temaer. Disse kodene tjener som grunnlag for å begynne å organisere dataene og identifisere gjennomgående mønstre.

Etter at kodene er generert, begynner forskeren å søke etter temaer ved å gruppere kodene og identifisere gjentakende mønstre eller interessante sammenhenger. Dette trinnet innebærer en grundig analyse av datasettet for å trekke ut overordnede temaer som går igjen i materialet.

Når temaene er identifisert, går forskeren videre til å definere og beskrive hvert tema tydelig. Dette kan innebære å sammenfatte viktige funn og reflektere over deres betydning i lys av forskningsspørsmålene eller hypotesene.

Til slutt rapporteres analysen gjennom en kombinasjon av sitater og forklarende tekst, som bidrar til å illustrere og understøtte hvert tema med konkrete eksempler fra dataene. Dette skal gi lesere en klar forståelse av funnene og deres implikasjoner.

I analyseprosessen fulgte jeg denne analysemetoden; Braun og Clarks (2022) seks faser for tematisk analyse. Første fase bestod i å bli kjent med datamaterialet, som startet allerede under intervjurunden, og videre i transkriberingsprosessen. Mens jeg transkriberte, merket jeg meg potensielle temaer og mønstre, som for eksempel "bekymring", "tabu" og "skam". Etter transkripsjonsfasen gjennomgikk jeg intervjuene på nytt og noterte stikkord om temaer og ideer. Deretter gikk jeg videre til fase to, hvor jeg utarbeidet koder gjennom hele teksten. Eksempler på koder var "skam" og "ensomhet". Jeg fulgte Braun og Clarks (2022, side 53) råd om å kode mot flere potensielle temaer.

Etter den omfattende prosessen der alle intervju ble kodet, begynte jeg å se mer overordnede temaer i analysens fase tre. Dette innebar å danne meg tanker rundt bredere temaer og sortere relevante koder under hvert tema. Jeg vurderte hvordan koder logisk kunne kobles eller slås sammen for å danne overordnede temaer. I denne fasen benyttet jeg en tabell for å holde oversikt over de mange kodene. Deretter gikk jeg gjennom temaene igjen i fase fire for å sjekke sammenhengen mellom dem. Jeg leste gjennom tekstutdragene til hvert tema for å

forsikre meg om at de dannet mønstre og inkluderte nyanser og eventuelle motsetninger i materialet, og justerte temaene fortløpende i prosessen.

I fase fem definerte jeg de ulike temaene ved å beskrive hva hvert tema handlet om og hvordan det relaterte til forskningsspørsmålet. Jeg beskrev hvert tema i form av en kort tekst, og forsøkte samtidig å sikre at ingen av temaene ble for store slik at for mange detaljer forsvant. Deretter var jeg klar for den siste fasen, hvor jeg skrev ut sitatene fra intervjuene som igjen ble gjennomgått og revidert i flere runder for å sikre at jeg ivaretok både hovedtemaer og lesbarhet.

3.9 Etisk refleksjon

Forskningsetisk refleksjon har vært en integrert del av hele forskningsprosessen. En formelt etisk vurdering ble gjennomført av Regional etisk forskningskomité (REK) i august 2023, for å sikre at studien oppfylte nødvendige etiske retningslinjer og standarder. Studien krevde ikke REK-godkjenning (se vedlegg 4). Prosjektet ble deretter registrert i RETTE, som står for *Risiko og ETTErlevelse i forskningsprosjekter*, og er Universitetet i Bergens system for oversikt og kontroll med behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter.

All innsamlet data, inkludert transkripsjoner, samtykkeskjema og andre dokumenter, ble nøye oppbevart og håndtert i samsvar med personvernregler. For å sikre datasikkerheten ble all informasjon lagret i anonymisert form på en sikker server, det vil si ved Universitetet i Bergens (UiB) SAFE-server, som oppfyller krav til datasikkerhet og personvern.

Datainnsamlingen og rapporteringen av materialet ble gjennomført med stor respekt for deltageres anonymitet og konfidensialitet, og alle relevante etiske retningslinjer ble fulgt gjennom hele prosessen. Dette inkluderte informert samtykke fra deltagerne og håndtering av sensitive opplysninger på en trygg og forsvarlig måte.

Informantene i studien ble informert om studiens formål, prosedyrer og mulige risikoer gjennom et informasjonsskriv (vedlegg 1). Før deltagelse i intervjuet ble deltagerne bedt om å signere et samtykkeskjema (vedlegg 2), og jeg orienterte dem igjen muntlig om formålet med

studien, samt om at deltagelse var frivillig og at de kunne la vær å svare på spørsmål, eller trekke seg når som helst uten at det ville få noen konsekvenser.

Videre prøvde jeg å ta hensyn til informantene under intervjuene. Jeg var særlig oppmerksom på eventuelle tegn til ubehag eller utilpasshet hos informantene.

Viktige etiske vurderinger i tillegg til respekt for informanter og risikovurdering, innebærer forskerens integritet og bruk av data. Forsker forplikter seg til å opptre ærlig og ansvarlig i tolkningen og rapporteringen av dataene. Jeg ivaretok datasikkerheten og personvernretten til informantene etter beste evne gjennom hele studieforløpet.

4. Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene som adresserer forskningsspørsmålet «Hvilke erfaringer har mennesker under 45 år med å leve med en kronisk tannkjøtt sykdom?», basert på intervju materialet fra åtte informanter. Hovedtemaene i studien presenteres under hovedkategoriene: "Bekymring", "Sosiale begrensninger" og "Mangel på åpenhet". Informantene vil bli referert til med kjønn og alder. Underoverskriftene er basert på informantsitat.

4.1 Å være bekymret og redd

I løpet av studien ble det klart at bekymring var fremtredende tema blant informantene som lever med periodontitt. Opplevelsene av bekymring var knyttet til flere aspekter ved deres sykdom, og påvirket deres daglige liv på forskjellige måter.

Jeg visste ikke hva det var.

Mange av informantene i studien uttrykte en opplevelse av uvitenhet da de først ble diagnostisert med periodontitt. De beskrev en mangel på kunnskap om sykdommen, og gradvis lærte de om alvorret etter hvert som de mottok mer informasjon. Denne mangelen på forståelse førte til bekymringer om fremtiden og økonomiske spørsmål knyttet til behandling.

Kvinne (45) delte sin opplevelse av usikkerhet og bekymring ved å si:

"Jeg visste ikke hva det var, så har jeg etter hvert lært hva det er for noe, og at det er litt alvorlig...Når jeg skjønnte at det var alvorlig ble jeg redd, også tenkte jeg «hvordan skal jeg få råd til dette?» og «må jeg trekke alle tennene mine?»."

Informanten uttrykker en følelse av usikkerhet og bekymring, da hun ikke visste hva periodontitt var. Hun følte seg uvitende om alvorret av sykdommen og gjennomgikk en læringsprosess der hun gradvis lærte mer om sykdommen, inkludert om hvor alvorlig

sykdommen kunne være, noe som forsterket bekymringen. I samme utsagn uttrykkes bekymring knyttet til økonomiske utfordringer forbundet med behandling av periodontitt. Spørsmålet "Hvordan skal jeg få råd til dette?" indikerer bekymring for kostnadene ved behandlingen og mulig økonomisk belastning. Informanten uttrykker også frykt og bekymring knyttet til de potensielle konsekvensene av periodontitt, spesielt bekymring for om hun må trekke alle tennene sine. Dette illustrerer bekymringen for mulige alvorlige utfall av sykdommen. I et par setninger setter denne informanten ord på en rekke av hovedbekymringene som gikk igjen i intervjuene.

Den samme informanten delte sine erfaringer med å håndtere frykt ved å begrense informasjonsinntaket om periodontitt:

"Jeg prøver jo å ta vare på tannhygiene, og ikke tenke så mye på det, og ikke lese så mye om det. Da får jeg helt panikk. Jeg prøver å gå ut ifra det tannlegen sier heller. Det er mange skrekkehistorier."

Denne uttalelsen kaster lys over hvordan frykt og bekymring knyttet til periodontitt håndteres. Informanten uttrykker en oppriktig usikkerhet og bekymring rundt periodontitt, fordi hun får og en gradvis forståelse av sykdommen og dens alvor. Den økende forståelsen førte til en følelse av frykt og bekymring.

For å håndtere denne frykten begrenser informanten informasjonsinntaket om periodontitt. Hun forsøker å unngå å lese for mye om sykdommen for å unngå å bli overveldet og får panikk. I stedet velger hun å stole på tannlegens råd og fokusere på å opprettholde god tannhygiene.

Denne tilnærmingen indikerer en strategi for å beskytte seg selv mot de negative følelsene som kan oppstå når en blir konfrontert med informasjon om periodontitt. Det antyder også en bevissthet om at overdreven informasjon kan forsterke frykten og bekymringene.

Skal jeg miste alle tennene mine?

En annen informant reflekterte på liknende vis over sin frykt for konsekvensene av periodontitt. Kvinne (44) delte sine følelser og bekymringer ved å si: *"Jeg var veldig lei meg, Jeg tenkte «skal jeg miste alle tennene mine?». Og ja, jeg var veldig redd."*

Sitatet fra informanten gir et innblikk i bekymringen og frykten hun opplever i forbindelse med diagnosen periodontitt. Ved å fortelle at hun er "veldig lei seg" reflekteres den sterke følelsesmessige siden av situasjonen. Tanken om å mulig miste tennene sine utløser en betydelig grad av engstelse og bekymring, og dette gir igjen et glimt inn i den følelsesmessige belastningen som følger med sykdommen.

En annen informant, kvinne (43), hadde lignende bekymringer. Informanten uttrykte bekymring og katastrofetenkning for konsekvensene av å leve med periodontitt som relativt ung: *"Jeg så for meg det verste. Nå kom jeg sikkert til å bli tannløs. Nå vil jeg ikke ha flere tenner igjen når jeg er 50, og hvordan skulle dette bli liksom? Så alle disse skrekkbildene av folk som har veldig høye tannhalser, hvis jeg skulle få sånn."*

Dette sitatet tar igjen opp flere temaer som er knyttet til opplevelsen av å leve med en sykdom som fremstår som skremmende. Informanten uttrykker en 'katastrofetenkning' med tanke på konsekvensene av periodontitt; tanken på å bli «tannløs» og miste tenner i ung alder vekker sterke følelser av bekymring og engstelse. Samtidig bekymrer informanten seg for fremtidige utfordringer knyttet til oral helse, som å måtte håndtere alvorlige tannproblemer og bekymringer knyttet utseende.

En informant uttrykte hvordan nettopp periodontittens innvirkning på utseendet forsterket hennes frykt. Kvinne (41) delte sine følelser og bekymringer ved å si: *«Er det noe jeg er redd for så er det ikke døden, eller det som skjer med meg her og nå. Men det er faktisk sånne ting som dette. For dette ser man så godt, man ser så godt munnen og tenner. Til og med når du snakker.»*

Dette sitatet indikerer den daglige belastningen som kan følge med periodontitt, spesielt knyttet til hvordan sykdommen kan påvirke den enkeltes utseende og måten man fremstår på når man kommuniserer med andre. Kvinnens frykt for hvordan sykdommen påvirker utseendet hennes peker på bekymring for hvordan dette får implikasjoner for både selvbilde

og selvtillit. Hun uttrykker en emosjonell reaksjon ved tanken på hvordan sykdommen kan være synlig for andre når hun snakker eller smiler. Samme kvinne deler videre:

«Men jeg har jo hatt masse spørsmål etterpå da. Som for eksempel «når får man større lommer?» for det kan jo ta tid, det er jo veldig individuelt. Hva skjer da? Jeg tror jeg sa det til en på telefonen en gang, at jeg var så redd for å få gebiss. Får man gebiss i dag? Tannprotese? Jeg har jo ikke peiling.»

Kvinnen delte også følelser om å måtte leve med dette bestandig ved å si: *«Det er helt forferdelig at det er en kronisk sykdom. Jeg må ikke tenke på det.»* Senere fortsatte hun med å uttrykke: *«Jeg blir helt svett av å snakke om det faktisk. Jeg synes det er vanskelig å gå inn i, fordi det er et viktig tema. Jeg blokker det ut litt.»*

Uttrykket «jeg blir helt svett av å snakke om det faktisk» indikerer at temaet periodontitt er svært belastende for informanten., og hun opplever fysisk ubehag ved å diskutere eller tenke på sin egen tannhelse.

Videre indikerer uttalelsen «jeg synes det er vanskelig å gå inn i, fordi det er et viktig tema. Jeg blokker det ut litt» en form for unngåelse. Informanten prøver å undertrykke eller ignorere tankene og følelsene knyttet til periodontitt for å beskytte seg selv mot følelsene det setter i sving.

Bekymringen ble tydeligere blant kvinnelige informantene enn hos de mannlige. To av de mannlige informantene viste lite eller ingen bekymring rundt temaet, mens flere av kvinnene fortalte om dyp bekymring og uro.

Jeg har frikort, så det hjelper litt.

Bekymring for den økonomiske siden ved sykdommen var også gjennomgående i samtale med informantene.

Kvinne (39) uttrykte bekymringer knyttet til kostnadene ved behandling for periodontitt.

"Det er dyrt med behandling. Jeg har frikort, så det hjelper litt. Hadde jeg ikke hatt jobb og mann, så hadde det blitt et kutt som hadde gått utover resten av måneden, tenker jeg. Så jeg er heldig som har det hvert fall."

Denne uttalelsen avdekker en bekymring over de økonomiske byrdene forbundet med behandlingen. Selv om denne informanten har frikort, anerkjenner informanten at behandlingskostnadene ville ha vært en betydelig belastning uten en fast inntekt og støtte fra sin partner.

Kvinne (45) belyser også det økonomiske spørsmålet: «*Når jeg skjønnte at det var alvorlig ble jeg redd, også tenkte jeg «Hvordan skal jeg få råd til dette?»*»

Denne uttalelsen reflekterer også den økonomiske bekymringen som mange kan oppleve når de konfronteres med behovet for behandling for periodontitt. Informanten beskriver hvordan hennes opprinnelige manglende kunnskap om sykdommen gradvis ble erstattet med bekymring og frykt, spesielt når hun innser alvoret og kostnadene ved å håndtere den. At økonomiske spørsmål blir nevnt av flere informanter, understreker de praktiske utfordringene mange står overfor når de blir konfrontert med en kronisk diagnose som periodontitt. Kostnadene ved behandling kan fremstå som skremmende og som noe en ikke helt ser at en kan håndtere innenfor rammen av sin personlige økonomi.

Økonomi er i utgangspunktet ikke satt opp som et spørsmål i intervjuguiden, temaet økonomi kom opp i samtalene med informantene. Hos de fleste av informantene ble ikke økonomiaspektet et tema.

4.2 Tannbehandlingsangst

Tannbehandlingsangst og angst er gjennomgående tema i flere av intervjuene, og fremstår som særlig relevant fordi mange av deltagerne har unngått oppfølging hos tannlege eller tannpleier. Kvinne (45) delte at hun har måttet medisinere seg før tannlegebesøk. *"Jeg prøver å få bort tannlegeskrekken min. Jeg har måttet brukt beroligende tablett før jeg skal til tannlegen."* Denne uttalelsen viser hvordan enkeltpersoner søker etter individuelle løsninger for å lindre angst og ubehag knyttet til tannlegebesøk. Bruken av beroligende midler indikerer

også den dype graden av frykt og bekymring informantene kan oppleve i forbindelse med tannbehandling.

Kvinne (44) bekreftet også sin tannbehandlingsangst og den ubehagelige opplevelsen av tannlegebesøk: *"Jeg har jo tannlegeskrekk, så jeg sliter veldig før jeg skal til tannlegen, og synes det er lite gøy."*

Videre delte samme informant om en traumatisk opplevelse i periodontal behandling, som forsterket hennes tannlegeskrekk:

"Det var først da jeg kom til spesialisten at jeg skjønnte at det var alvorlig, og at jeg måtte gjøre noe. Det var liksom iherdig rensing over fire ganger. Det var veldig smertefullt, og jeg fikk jo en pangstart, for da går de så kraftig til verks. Det forsterker den følelsen av at «nå var det skikkelig galt». Jeg følte at tennene røyk ut mens de holdt på. Så jeg tenker at det var en forsterkende skrekkfølelse da."

Kvinne (39) beskriver sin vedvarende motvilje ovenfor tannlegebesøk, til tross for bedre erfaringer hos ny tannpleier. *"Jeg synes ikke det er noe stas å gå til tannlegen. Så akkurat det med å gå til tannlegen har på en måte blitt verre etter at jeg begynte her. Selv om det er flinkere folk her enn hos min vanlige tannlege, så det er jo litt dumt."*

Disse sitatene formidler redselen for tannlegebesøkene, og berører også temaer som tillit til helsepersonell og den subjektive opplevelsen av kvaliteten på tannhelsetjenesten.

Kvinne (44) delte sin opplevelse av angst ved førstegangsdiagnostisering, og understreket den følelsesmessige belastningen ved å bruke ordet "angst" gjentatte ganger. *«Jeg kjente på angst da jeg fikk diagnosen. Angst. Og at jeg synes det var veldig lite kjekt.»* Opplevelsen av ubehag ble fremhevet gjennom uttrykket "veldig lite kjekt", som viser til en motvilje og en følelse av negativitet knyttet til diagnosen.

Hos kvinne (39) ble angst forsterket ved et tannlegebesøk relatert til periodontitt. *«Jeg synes det har blitt litt verre. Jeg har jo alltid vært nervøs for tannlegen, men her har jeg jo nesten hatt panikkangst når jeg har vært i stolen.»*

Begrepet "panikkangst" illustrerer en intens og ukontrollerbar frykt som kan oppstå under behandling. Dette peker på den akutte og overveldende karakteren av følelsene som kan

oppstå i slike situasjoner. Videre beskrev kvinnen hvordan diagnosen kan føre til mye tanker og energi som brukes på å bekymre seg for fremtiden; «*Jeg anker jo på det hele tiden, fordi jeg er redd for at det skal bli verre*».

4.3 Sosial begrensning

Jeg smiler aldri med tennene.

Selvbevissthet fremstod som et sentralt tema i intervjuene og ble knyttet til å leve med periodontitt. Det kom til uttrykk på flere måter. Informantene beskriver hvordan personer som lever med denne sykdommen er oppmerksomme på sitt eget smil og uttrykk, og hvordan de tilpasser seg eller føler seg begrenset på grunn av den.

Kvinne (41) beskriver det slik:

"Jeg smiler jo ikke. Nå er ikke jeg en solstråle da. Men jeg sitter ikke ved siden av noen og ler, og liksom gaper og smiler, sånn som du gjør til meg nå. Det er jeg veldig oppmerksom på. Jeg er gladere enn det ser ut som, men nei. Det gjør jeg ikke. Jeg sitter ikke der og liksom «Hahaha». Nei."

Dette sitatet indikerer en bevissthet rundt egen adferd i sosiale situasjoner. Personen er klar over at hun ikke smiler eller ler på samme måte som andre, og er bevisst på hvordan dette kan oppfattes av andre. Det indikerer en følelse av selvbevissthet og en form for selvkontroll for å tilpasse seg sosiale forventninger, samtidig som det avslører en indre konflikt mellom den faktiske følelsen av glede og den begrensede uttrykkelsen av den. Hun beskriver også at hun er veldig «på» i sosiale settinger: *"Da kan jeg sitte å bare se på. Jeg ler ikke høyt, jeg ler ikke med munnen åpen, sånn som jeg egentlig gjør. Så jeg blir jo veldig «på».*

"Jeg vet hvordan tennene mine ser ut. Så helt siden jeg kan huske har jeg aldri vist tennene mine. Jeg smiler aldri med tennene, for jeg vet at jeg mangler noen tenner." Dette sitatet fra mann (37) illustrerer langvarig bevissthet om egen tannhelse og utseende. Mannen har forent seg med mangelen på noen tenner og tilpasset sitt smil i tråd med dette. Det avslører en dypere emosjonell påvirkning av periodontitt, der personen ikke bare er oppmerksom på den fysiske tilstanden til tennene, men også hvordan dette påvirker hans selvbilde og selvtilit.

Ånden er jeg jo veldig, veldig, veldig opptatt av.

Munnhelse spiller en vesentlig rolle i livet til de som lever med periodontitt. Flere av informantene belyser hvordan et fokus på munnhelse påvirker deres daglige rutiner og tanker om egen helse.

Kvinne (45) og kvinne (44) forteller om et økt fokus rundt egen ånde:

"Jeg må rense tennene når jeg har spist, du får litt mer fokus på det, også tenker du litt mer på opphoping av tannstein, eller at det gir dårlig ånde. Jeg tenker nok litt oftere på å tygge tyggis, eller å pusse tennene før jeg skal ut".

"Jeg har alltid med meg en tannstikke i sminkepungen, og en i lomma. Så går jeg kjapt på badet, rensker og kikker. Det er ikke sånn som andre tenker på, tror jeg. De sitter jo nesten og ler med maten i munnen."

Informantene er oppmerksomme på munnen og tannhelsen sin, spesielt etter måltider, på grunn av bekymringer knyttet til tannstein og dårlig ånde. Flere informanter rapporterte om hyppig bruk av tanntråd og tannstikker, og fokus på å unngå dårlig ånde i sosiale situasjoner. Kvinne (39) forteller også om dette: *"Jeg er ofte redd for å ha dårlig ånde og sånne ting. Det er noe jeg føler på."* Kvinne (41): *"Ånden er jeg jo veldig, veldig, veldig opptatt av."*

Når jeg "googlet" det etterpå så fikk jeg krise.

Kvinne (41) reflekterte over økt angst som et resultat av utilstrekkelig informasjon. Hun uttrykte frustrasjon over den begrensede mengden informasjon hun mottok ved diagnosetidspunktet, og understreket viktigheten av å få tilstrekkelig veiledning og forklaringer om sykdommen. *"En ting er måten du får vite det på. Du får ikke en time til informasjon. Det blir nevnt. Det var liksom litt informasjon om tannstein, det var ikke så mye mer enn det"*.

Denne mangelen på tydelig kommunikasjon og inngående forståelse om periodontittens alvorlighetsgrad og konsekvenser førte til en følelse av krise og stress hos kvinnen. Da hun

søkte etter mer informasjon på egen hånd, utløste dette ytterligere angst og stress. Hun beskrev hvordan "googling" av emnet førte til en følelse av å nærme seg en krisesituasjon, og at hun nesten opplevde symptomer på angst. «Når jeg googlet det etterpå så fikk jeg krise, jeg ble kjempestressa. Jeg fikk nesten sånn angst-symptomer. Jeg ble livredd».

4.4 Mangel på åpenhet

Det er jo liksom ingen som snakker om det da.

Mangel på offentlig diskusjon og stigma knyttet til periodontitt kommer tydelig frem i informantenes erfaringer. "- Det er jo liksom ingen som snakker om det da. Jeg har bare én som jeg kjenner som har sagt at hun også har det," forteller kvinne (44), og peker på fraværet av samtaler om periodontitt i samfunnet.

Mann (37) understreker følelsen av skam eller unngåelse knyttet til sykdommen ved å si: "Stort sett kommer jeg ikke på hva det heter. Men det er jo heller ikke noe jeg går rundt og forteller folk at jeg har." Informantens refleksjon over egen erfaring bidrar til å belyse den generelle mangel på kunnskap eller oppmerksomhet rundt periodontitt i samfunnet:

"Jeg har jo forstått at det er flere enn meg som har det, nå som jeg har det selv. Når jeg har fortalt om det, eller hørt andre snakke om det, så har jeg blitt oppmerksom på at mange har det, og blitt bevisst på at det finnes. Jeg visste ikke det fantes før."

Kvinne (41) sin erfaring bidrar ytterligere til å illustrere tabuet rundt periodontitt. "Dette forteller jeg ikke om. Jeg synes det er kjempevanskelig, fordi folk begynner å kikke hver gang," sier hun, og beskriver følelsen av ubehag og unngåelse knyttet til å snakke om sykdommen. Hun påpeker at folks oppmerksomhet rundt tenner er intens, og knytter dette til en opplevelse av å bli gransket og vurdert ut fra egen hygiene og evne til å ta vare på seg selv.

Denne opplevelsen av skam og forsterkes av andre ting den samme kvinnen forteller:

«Akkurat det her blir det så bevissthet rundt. Jeg føler det blir sånn stirring, at de tar full sjekk på deg. For akkurat det med tenner tenker jeg folk knytter til egen hygiene, det å ta vare på seg selv. Og det er noe jeg alltid har gjort.»

Hun forsterker temaet med å si:

«Har det et norsk navn? Skjønner du hva jeg mener? Noe annet enn faguttrykket, fordi det er et eller annet med å si til noen at du har «tannkjøttbetennelsessykdom». Jeg føler, for å være ærlig, at du er fattig, eller at du har stelt tennene dine dårlig, eller at det er noe negativt med meg. Det er en ekkel følelse, dessverre.»

De siste sitatene indikerer at periodontitt gir assosiasjoner til å ha stelt tennene sin dårlig, og således gir et inntrykk av at man enten ikke har hatt god nok økonomi, eller andre ressurser til ivare ta egen helse på en måte som man burde i det norske samfunnet.

Jeg følte jeg var den eneste i hele verden som hadde det.

En følelse av ensomhet og isolasjon fremkommer tydelig i informantenes opplevelser av å leve med periodontitt. Kvinne (44) uttrykker denne følelsen ved å si: *"Jeg følte jeg var den eneste i hele verden som hadde det. Jeg kjente jo ingen på min alder som hadde det. Men det gjør jeg helt sikkert, det er bare ingen som har sagt det."* Dette vitner om en opplevelse av ensomhet og mangel på fellesskap blant jevnaldrende som også opplever periodontitt.

Videre understreker kvinnen sin opplevelse av ensomhet ved å påpeke mangelen på jevnaldrende på tannklinikken: *"Jeg har jo enda ikke truffet noen på tannklinikken som jeg kjenner, jeg synes jo bare jeg treffer gamle folk der. Så jeg følte jo at jeg var veldig ung, da jeg fikk det."*

Mann (33) deler lignende opplevelser av ensomhet ved å assosiere periodontitt med en sykdom som primært rammer eldre: *"Eneste jeg vet er at det er en kronisk sykdom som gamle folk får. Og meg, da. Det er jo bare gamle folk jeg sitter sammen med på venterommet."* Han belyser følelsen av å være isolert i sin lidelse, fordi man ikke kan identifisere seg med andre i samme aldersgruppe som også opplever periodontitt.

5. Diskusjon

Formålet med min studie er å øke kunnskapen om hvordan det er å leve med periodontitt. Jeg ønsker særlig å være med å bidra til å øke kunnskap og forståelse for relativt unge menneskers opplevelser av å leve med periodontitt, med mål om en mer helhetlig tilnærming til oral helseomsorg. Jeg ønsker å bidra til å styrke innsatsen for forebygging og behandling av periodontitt og forme mer helhetlige behandlingstiltak. Dette kan gi bedre behandling til pasienter som lider av periodontitt på individnivå, og redusere langsiktige helsekostnader på samfunnsnivå.

I denne delen av oppgaven vil jeg først diskutere studiens funn i lys av oppgavens teoretisk/metodologiske rammeverk, sosialkonstruksjonismen. Deretter diskuterer jeg hovedfunnene i lys av tidligere forskning, før jeg avslutter oppgaven med metodiske refleksjoner og tanker om mulige implikasjoner for praksisfeltet.

5.1 Diskusjon av studiens funn i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv

I sosialkonstruksjonismen er det en grunnforutsetning om at mennesker i et samfunn skaper sin sosiale virkelighet og gir mening til egne erfaringer (Dalen, 2011, s.91). Med et slikt utgangspunkt er det viktig å forstå deltagerens bekymringer og hvordan de tillegger mening til sine tannhelseproblemer med utgangspunkt i konteksten de lever i. Sosialkonstruksjonismen fokuserer på hvordan virkeligheten ikke bare er gitt, men konstruert, dannet eller skapt gjennom sosiale interaksjoner, språk og kulturelle kontekster. Vår forståelse av virkeligheten blir således utviklet gjennom sosial samhandling med andre mennesker (Burr, 2015, s.10). I lys av sosialkonstruksjonismen kan vi se på hvordan informantene 'konstruerer' eller danner sine opplevelser og erfaringer av periodontitt gjennom språket de bruker, og hvordan de formidler sine erfaringer, som vil være preget av det samfunnet de er en del av.

Når informantene deler sine erfaringer med periodontitt, formulerer de sine svar på måter som reflekterer både individuelle opplevelser og sosiale påvirkninger. Det vil si at når de beskriver sine følelser av bekymring, uro og redsel, viser de hvordan deres forståelse av sykdommen er formet av både personlige erfaringer, men også er sosialt skapte forestillinger og idealer rundt helse og sykdom og idealer knyttet til utseende, inkludert forventning knyttet til god tannhelse og hvite jevne tanngarder.

Informantene gir periodontitt mening gjennom sine fortellinger om hvordan sykdommen påvirker deres daglige liv og sosiale relasjoner. De snakker om hvordan de tilpasser seg, eller føler seg begrenset av sykdommen, og hvordan den påvirker deres selvbilde og selvtillit. Dette viser hvordan sykdommen ikke bare er en biologisk realitet, men også en sosialt konstruert eller skapt erfaring som påvirker deres identitet og hvordan de opptrer i samfunnet.

Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet har fokus på hvordan vår oppfatning av virkeligheten er språklig konstruert (Burr, 2015). Informantenes språkbruk og formuleringer viser deres forsøk på å navigere komplekse sosiale normer og forventninger knyttet til oral helse og utseende. De beskriver hvordan de tilpasser seg eller føler seg begrenset av samfunnets forventninger om smil, latter og generell muntlig kommunikasjon. Dette viser hvordan deres erfaringer av periodontitt er formet av sosialt skapte forventninger av skjønnhet, hygiene og normalitet.

I den norske konteksten, preget av god økonomi, relativt omfattende kunnskap om tannhelse og tilgjengelige tannhelsetjenester, samt et sterkt fokus på fysisk utseende, er forventningene til en jevn, hvit tanngard høye. Dette reflekterer samfunnets generelle bevissthet rundt oral helse og den estetiske verdien av et pent hvitt smil. En munn med ujevne eller manglende tenner vil derfor oppfattes som avvikende eller uønsket i denne konteksten. Den estetiske bekymringen blir ofte forsterket av den generelle oppfatningen av at et sunt smil er en viktig del av en attraktiv fremtoning. Dette kan føre til at individer opplever skam eller usikkerhet rundt sin tannhelse hvis de ikke føler at de oppfyller samfunnets standarder for tannutseende.

Utover ujevne eller manglende tenner, kan dårlig ånde forsterke det opplevde ubehaget og de sosiale konsekvenser ved tannproblemer. Dårlig ånde assosieres ofte med dårlig munnhygiene eller underliggende tannproblemer, og kan derfor oppfattes som avskyelig eller skremmende i sosiale situasjoner.

I sosialkonstruksjonismen er det en grunnforutsetning at mennesker skaper sin sosiale virkelighet og gir mening til egne erfaringer (Dalen, 2011, s.91). I en slik kontekst er det viktig å forstå deltagerens bekymringer og hvordan de tillegger mening til sine tannhelseproblemer i en norsk kontekst. Denne studien har belyst hvordan tannproblemer ikke bare påvirker den fysiske helsen, men også opplevelse av personlig velvære og sosiale

interaksjoner. Å erkjenne at periodontitt både har en medisinsk side, men også en personlig og sosial side er avgjørende for å kunne gi en helhetlig og empatisk tilnærming til behandling og omsorg.

Periodontitt har også en strukturell side der manglende kunnskap og svak økonomi ser ut til å være en sentral del av bildet. I lys av strukturelle elementer som økonomi og kunnskap peker funnene på sammenhenger og implikasjoner som også er av mer strukturell art.

Enkelte av informantene gir oss et innblikk i hvordan økonomiske faktorer påvirker deres tilstand. For mange kan begrensede økonomiske ressurser være en hindring for å oppsøke regelmessig tannhelsebehandling eller behandle periodontitt effektivt. Dette kan være knyttet til høye kostnader ved tannlegebesøk, og mangel på midler til å dekke utgiftene forbundet med behandlingen. I en slik kontekst, blir periodontitt ikke bare et helseproblem, men også et sosioøkonomisk spørsmål, hvor tilgang til helsetjenester blir ulikt fordelt basert på økonomisk status. I studien min valgte jeg å ha informanter fra både en offentlig og en privat tannklinikk. Funnene mine viser likevel lite til ingen forskjell i informantenes svar mellom informanter fra de to ulike klinikkene. Dette er nok knyttet til at pasientene var betalende på begge de to klinikkene, og de betalte omtrent samme sum for behandlingen. I Norge har noen få gratis tannbehandling, men dette skjer kun unntaksvis. Det økonomiske aspektet rundt periodontitt kan således skape klasseforskjeller i samfunnet, som gjør at flere unngår behandling – fordi de vet at det er dyre kostnader – men som i det lange løp kan forsterke diagnoser som periodontitt og gjøre tilstanden enda mer alvorlig og kostbar.

Videre er mange av informantene tydelige på manglende kunnskap om oral helse og om tannkjøtt sykdommen periodontitt. Manglende kunnskap er en annen side ved strukturell ulikhet. Mangel på kunnskap kan i denne sammenhengen være et resultat av skoleverk og utdanningssystem som ikke prioriterer grunnleggende oral helseopplæring i kombinasjon med begrenset tilgang til tannhelseopplysninger i samfunnet generelt. Mangelen på kunnskap vil i tillegg ofte være knyttet til lavere sosioøkonomisk status, da personer med lavere inntekt eller utdanningsnivå kanskje ikke har hatt samme tilgang til ressurser som fremmer god tannhelse og forebygging av periodontitt. Dette ser vi reflektert i utsagt fra informanter som kommuniserte at dårlig tannhelse sa noe om ens hygiene og økonomi og således om ens sosiale status.

Når vi ser på de strukturelle sidene som kom fram i studien, gir informantenes erfaringer med periodontitt oss et vindu inn i strukturelle ulikheter i samfunnet. Begrenset kunnskap om oral helse og for svak økonomi til å prioritere tannhelse kan være symptomer på et større problem knyttet til mangel på tilgang til ressurser og sosial marginalisering blant visse samfunnsgrupper.

5.2 Diskusjon av studiens funn i lys av tidligere forskning

5.2.1 Uro og angst

Informantenes uttalelser illustrerer erfaringer av å leve med periodontitt som går utover de rent fysiske symptomene. Som belyst i funn-kapittelet snakker mange av informantene om den emosjonelle belastningen knyttet til å håndtere tannhelseproblemer. Informantenes erfaringer med å leve med periodontitt gir innsikt i de komplekse dynamikkene rundt bekymring, inkludert tannbehandlingsangst. Det blir tydelig at tannbehandlingsangst og bekymring er utbredt blant informantene. Bekymringen dekker en rekke områder, inkludert frykten for alvorlige konsekvenser av tannkjøtt sykdom, økonomiske bekymringer knyttet til behandlingen og usikkerhet om fremtidig oral helse. Funnene viser at flere av informantene bekymrer seg for å miste tenner, og er urolig over hvordan fremtiden vil bli både sosialt og økonomisk på grunn av sykdommen. Funnene belyser hvordan de fleste informantene formidlet at de i en tidlig fase ikke forsto alvoret av sykdommen, men at de etter hvert ble klar over hvor alvorlig periodontitt kunne være. Da de tok inn over seg dette formidlet de fleste at de ble redde, og kjente på sterk bekymring.

Abrahamsson et al. (2016) og Borén & Claesson (2014) peker på bekymringen pasienter opplever i forbindelse med periodontitt. Disse kildene antyder at pasienter med periodontitt opplever angst og stress når de konfronteres med diagnosen og behandlingen av sykdommen. Abrahamsson et al. (2016) beskriver hvordan pasientene følte angst og vanskeligheter med å forstå alvoret i sykdommen, mens Bernabé & Marcenes (2010) indikerer at periodontitt kan føre til følelsesmessig belastning og redusert trivsel hos pasientene.

Mine funn beskriver også en rekke bekymringer blant informantene, inkludert angst, vanskeligheter med å forstå alvoret i sykdommen og følelser av skam og skyld på grunn av

problemenes natur. Bekymringen strekker seg også til frykt for alvorlige konsekvenser av tannkjøttsykdommen, økonomiske bekymringer knyttet til behandling og usikkerhet rundt fremtidig munnhelse. Angsten og bekymringen kan utgjøre en betydelig psykologisk byrde for enkeltpersoner, og kan påvirke deres daglige liv og velvære negativt.

Videre viser mine funn en utbredt tilstedeværelse av tannbehandlingsangst blant flere av informantene. Flere av informantene forteller om angst, inkludert panikkangst og skrekkfølelser. De forteller om at selv om at behandlingen er blitt bedre hos spesialisten, har angsten tiltatt og blitt verre. Denne tannbehandlingsangsten kan være en betydelig hindring for å søke nødvendig tannbehandling og opprettholde god munnhelse. Bruken av beroligende midler før tannlegebesøk som ble formidlet av en av informantene i studien, vitner om alvoret i denne frykten og dens påvirkning på individets velvære. Det er tydelig behov for støtte og tilrettelegging for de som lider av tannbehandlingsangst, og her tyder denne studien på at mennesker med diagnosen periodontitt være ekstra utsatt både i forkant av behandling og under oppfølging av behandlingen. Denne angsten kan således ytterligere komplisere behandlingsprosessen, da det kan føre til at pasienter unngår eller utsetter nødvendige tannlegebesøk og behandlinger.

5.2.2 Sosiale konsekvenser

Informantenes opplevelser av å være bevisst på sitt eget smil og uttrykk, samt frykt for negativ vurdering fra andre, peker på den sosiale siden ved tannhelseproblemer. Informantene forteller om at de unngår å smile og 'gape' foran folk. Noen forteller om at de unngår 'å smile med tennene', fordi de er bevisst på at de ikke ser bra ut. Slike bekymringer kan ha betydelig innvirkning på individets selvbilde, selvtillit og på deres sosiale interaksjoner. Dette understreker behovet for å adressere både de fysiske og psykososiale aspektene av tannhelse.

I likhet med mine funn påpeker Bernabé & Marcenes (2010) at pasienter med periodontal sykdom opplever ulike negative implikasjoner for deres daglige liv, inkludert følelsen av å være selvbevisst eller ansent på grunn av sykdommen. Pasientene kan oppleve redusert trivsel og følelsesmessig belastning som følge av sykdommen, noe som påvirker deres generelle livskvalitet.

Informantene formidler det som kan beskrives som en opplevelse av ensomhet og isolasjon på grunn av tannhelseproblemene sine. Mangelen på fellesskap og støtte fra andre i lignende situasjoner kan forsterke følelsen av isolasjon og gjøre det vanskeligere å håndtere disse utfordringene.

5.2.3 Økonomi

Den økonomiske belastningen en del av deltagerne kjenner på kommer frem i min studie. Noen av informantene forteller om en økonomisk usikkerhet; de påpeker at behandlingen er kostbar, og noen forteller om at det ville være en stort økonomisk belastning i hverdagen dersom de ikke hadde fått særskilt støtte / frikort. Dette illustrerer den økonomiske utfordringen pasienter med periodontitt kan stå overfor, og hvordan sosioøkonomisk status kan påvirke tilgangen til nødvendig behandling. Til tross for økonomiske bekymringer, uttrykker en av informantene takknemlighet for sin nåværende situasjon, der hun setter pris på egen inntekt og partnerens inntekt. Denne formen for takknemlighet indikerer at hun tar inn over seg at hun er blant dem som har ressurser tilgjengelig for å håndtere behandlingskostnadene, og at hun er klar over at andre ikke nødvendigvis er like privilegert.

Abrahamsson et Al. (2016) fremhever også at pasienter kan oppleve en betydelig økonomisk byrde knyttet til behandlingen, og at pasienter vurderer kostnadene ved behandlingen opp mot forventet nytte og livskvalitet. Denne kombinasjonen av sosialt og økonomisk stress innebærer at en del pasienter ikke bare må takle de fysiske og psykososiale konsekvensene av sykdommen, men også må håndtere betydelige bekymringer knyttet til kostnader og økonomisk usikkerhet for å håndtere behandlingen av sykdommen.

5.2.4 Mangel på kunnskap

Mangel på kunnskap om periodontitt blant informantene, kom tydelig fram i studien. Dette er også belyst i andre studier, som studiene av Abrahamsson et Al. (2016), Jansson et Al. (2013) og Borén & Claesson (2014). Det som kommer særlig frem i min studie er de negative konsekvensene som følger med manglende informasjon om sykdommen.

Funnene indikerer at mangel på kunnskap om en sykdom som periodontitt kan føre til en rekke ubehagelige reaksjoner og bekymringer hos personer som lever med denne kroniske

tannkjøttssykdommen. Informantene mangler kunnskap om hva periodontitt er, hvordan det påvirker tannhelsen og hvilke konsekvenser sykdommen kan ha på lang sikt. Dette fører til følelser av usikkerhet, frykt og bekymring. Flere av informantene i min studie forteller om at de ikke visste hva periodontitt var før de var henvist til spesialist, og at det føltes overveldende å ikke vite hva det var før de kom under systematisk behandling. Mangelen på kunnskap om periodontitt før henvisning til spesialist, og den påfølgende overgangen til systematisk behandling har konsekvenser for pasientene. Det skapte opplevelser av forvirring, usikkerhet og en opplevelse av å være overveldet blant pasientene.

Uvitenhet kan forsterke følelsen av frykt fordi personen ikke vet hva de kan forvente, og de kan forestille seg det verste scenariet basert på manglende kunnskap. Dette kan føre til katastrofetenkning, der personen bekymrer seg for de mest alvorlige utfallene av sykdommen, for eksempel tap av alle tennene.

Mangel på kunnskap kan også påvirke beslutninger om behandling og oppfølging, da personen kan være usikker på hva som er den beste tilnærmingen for å håndtere sykdommen. I tillegg viser mine funn - som beskrevet over - at mangel på kunnskap kan skape en følelse av isolasjon, da personen kanskje ikke kjenner andre som opplever det samme, og føler seg alene i sin lidelse. Dette kan forsterke følelsen av ensomhet og mangel på støtte.

Periodontitt er ikke et tema som ofte diskuteres eller snakkes om åpent i informantenes bekjentskapskrets. De gir uttrykk for en følelse av isolasjon eller ensomhet i sin erfaring med sykdommen, ved å bemerke at de kjenner få personer som har delt lignende erfaringer. Til å være en så vanlig sykdom, som rammer så mange mennesker, er informantenes erfaring viktig for å understreke behovet for mer opplysning om sykdommen på samfunnsnivå. Det viser til behovet for økt oppmerksomhet og åpenhet rundt periodontitt og lignende tannhelseproblemer for å skape et mer støttende og informert samfunn for de som lider av disse sykdommene.

Studien til Karlsson, Lymer og Hakeberg (2009) påpekte at pasientene savnet klar informasjon og veiledning fra tannhelsepersonell angående periodontitt og behandlingsalternativer. De ønsket grundig forklaring på sykdommens natur, behandlingsmuligheter med fordeler og ulemper, prognose og praktiske råd for munnhygiene. Denne mangelen på informasjon kunne påvirke deres evne til å ta informerte valg om egen helse og føre til økt angst og usikkerhet.

Mine funn og tidligere forsknings funn, understreker således behovet for bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom tannhelsepersonell og pasienter for å sikre at pasientene føler seg trygge og godt informert om sin egen behandling. Mangelen på tidlig informasjon om periodontitt kan også begrense pasientens evne til å ta informerte beslutninger om behandlingsalternativer og ta ansvar for egen oral helse. Dette kan føre til en følelse av maktesløshet og avhengighet av helsepersonell for veiledning og støtte. Det kan også føre til unngåelse av sykdommen.

5.3 Metodiske vurderinger

Ulike faktorer har påvirket resultatene i studien. For det første varierte intervjuenes varighet betydelig, fra 15 minutter til en time. Dette innebar at noen deltagere kanskje ikke hadde tilstrekkelig tid eller lyst til å uttrykke seg fullstendig, eller reflektere grundig over spørsmålene. De svært korte intervjuene var gjennomgående mindre innholdsrike, og påvirket således dybden og kvaliteten på den innsamlede informasjonen. De fleste intervjuene var imidlertid lengre og inneholdt substansielle svar på spørsmålene.

En annen metodisk begrensning er utvalgets sammensetning og størrelse. Utvalget bestod av pasienter ved to tannklinikker i Rogaland fylke, som hadde vært til behandling for periodontitt flere ganger. Imidlertid kunne utvalget ha vært større og mer variert med hensyn til geografisk tilhørighet og eventuelt sosioøkonomisk bakgrunn, noe som potensielt kunne ha gitt et bredere perspektiv på temaet. Det var imidlertid ikke mulig innenfor rammen av denne masterstudien å innlemme flere mulige inklusjonskriterier. På et generelt plan er det lite som tyder på at studiens hovedfunn ikke vil være gjenkjennbare i andre deler av landet. utfordringer i forhold til økonomi kom frem i denne studien, men det er grunn til å tro at erfaringer knyttet til dette vil variere innen og mellom settinger der studier blir utført.

Min rolle som behandlende tannpleier til tre av pasientene som ble intervjuet kan ha skapt en dynamikk i datainnsamlingen. Som behandlende tannpleier hadde jeg et etablert forhold til disse pasientene, et forhold jeg opplever er preget av tillit og respekt. Mens dette kunne ha ført til økt åpenhet under intervjuene for disse pasientene, kunne det også ha påvirket deres villighet til å dele sensitive eller negative erfaringer. Pasientene kan ha følt seg noe

tilbakeholdne med å uttrykke seg helt åpent og ærlig av frykt for å såre eller fornærme meg som deres behandlende tannpleier. Dette kan således ha ført til en tendens til å presentere en mer positiv eller forsonende versjon av deres opplevelser med periodontitt, og en tilbakeholdenhet med å dele negative eller kritiske synspunkter.

Min rolle som behandlende tannpleier vil også høyst sannsynlig ha en viss innvirkning på tolkning av dataene i studien, og særlig møtene med pasienter jeg kjente fra før. Jeg hadde med meg forhåndsopplysninger om pasientenes erfaringer basert på min erfaring fra tidligere interaksjon med dem i kliniske settinger. Dette kan ha farget min forståelse av deres fortellinger og ført til en tendens til å tolke dataene på en måte som bekreftet mine eksisterende antakelser eller erfaringer. Dette kan også ha ført til at jeg tolket pasientenes historier og erfaringer innenfor rammen av min faglige bakgrunn og erfaring. Dette kan ha resultert i en tendens til å sette søkelys på aspekter ved periodontitt som er relevante for tannhelse og behandling, og muligens overse eller undervurdere andre aspekter som ikke er direkte relatert til tannpleie.

Intervjuene ble utført på pasientenes behandlende tannklinik. Dette er en plass informantene er vant til å møte. Dette kan på den ene siden ha vært positivt for datainnsamlingen, da det er en kjent plass for informantene. Dette kan ha fått dem til å snakke fritt, fordi det er et sted de er vant til å forholde seg til spørsmål om tannhelsen. På den andre siden kan denne intervjulokasjonen ha vært et lite nøytralt og behagelig sted å være dersom tannklinikken vekker ubehagelige følelser i informantene.

På grunn av tidsbegrensninger var jeg nødt til å ta noen raske beslutninger angående utvalg og innsamling av data. Dette resulterte i at jeg valgte å fokusere på de pasientene som sa ja ved de to tannklinikkene i Rogaland fylke i gitte tidsrom. Selv om jeg opplevde at utvalget jeg fikk ga svært verdifull innsikt i å leve med periodontitt, erkjenner jeg at deltagelse av andre pasienter kunne ha gitt noe annerledes svar og kunne muligens ha gitt noe andre perspektiver eller erfaringer. Den raske beslutningsprosessen på grunn av tidspress kan ha ført til at noen relevante perspektiver eller erfaringer ble utelatt fra studien. En mer grundig utvalgsprosess kunne ha involvert å undersøke flere tannklinikker eller inkludere pasienter med ulike behandlingshistorier og demografiske karakteristikk. Dette kunne ha bidratt til å sikre et mer mangfoldig og omfattende datamateriale, som i sin tur kunne ha gitt et mer nyansert bilde

av opplevelsen av å leve med periodontitt blant mennesker under 45 år. Det er likevel grunn til å tro at studien har betydelig overføringsverdi, da mine funn utviser betydelig likhet med hva som er funnet i annen forskning på feltet.

En metodisk begrensning som må adresseres er knyttet til den kvalitative analysen. Selv om tematisk analyse gir en strukturert tilnærming til dataanalyse, er det viktig å anerkjenne at forskerens subjektivitet påvirker tolkningen av temaer og koder. Min egen forforståelse som tannpleier og min erfaring med pasientene kan ha hatt en innvirkning på hvordan jeg tolket og analyserte dataene. Dette kan også være en ressurs, da jeg har kunnskap på feltet og hadde mulighet til å stille gode og relevante spørsmål i intervjuene.

Å ha en nærhet til feltet betyr at man har mulighet til å stille særlige relevante spørsmål. Likevel er det viktig å være bevisst på at min erfaring som tannpleier kan ha farget min tolkning av dataene. Det var derfor viktig å være bevisst på min rolle som forsker og tannpleier, og å søke å opprettholde en nøytral tilnærming til dataene. Jeg arbeidet aktivt for å skille mine personlige oppfatninger og erfaringer fra mine forskningsfunn. Til tross for kontinuerlig refleksjon rundt dette, var det fortsatt viktig å anerkjenne og adressere den mulige påvirkningen av min rolle som behandlende tannpleier. Jeg søkte å utforske og utfordre mine egne antakelser og perspektiver gjennom løpende dialog med kolleger og veiledere, samt gjennom kritisk refleksjon over mine tolkninger av dataene. Jeg har vært åpen for konstruktive tilbakemeldinger og har vært villig til å utfordre mine egne antakelser. Videre sammenlignet jeg funnene med tidligere forskning og litteratur på området, og ved å søke alternative tolkninger gjennom åpne diskusjoner og debatter. Denne bevissthetsprosessen mener jeg bidro til å sikre en mer balansert og nyansert tolkning av dataene.

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være kritisk reflekterende, og jeg har nøye vurdert hvordan mine egne forforståelser kan påvirke mine analyser og tolkninger av dataene. Jeg har vært åpen for å revurdere mine tolkninger basert på nye innsikter eller perspektiver som har kommet frem gjennom diskusjoner med kolleger og veiledere. Ved å være transparent om mine egne forforståelser og være villig til å utfordre dem aktivt, har jeg forsøkt å sikre at min rolle som forsker ikke forvrenger resultatene eller tolkningene av studien. Dette har vært et kontinuerlig arbeid gjennom hele forskningsprosessen.

I ettertid skulle jeg ønske at jeg stilte enda flere oppfølgingsspørsmål i intervjusettingen. Det ville vært innsiktsfullt å spørre videre om den økonomiske siden, da yngre diagnostiserte vil begynne å betale for systematisk periodontal behandling langt tidligere i livet. Om man blir diagnostisert som eldre vil det være et kortere behandlingsforløp og mindre dramatiske utgifter.

Jeg skulle videre ønske at jeg hadde spurt mer om historien som førte til tannbehandlingsangst. Tannbehandlingsangsten ble et sentralt tema i funnene, og jeg tror at for å vite hvordan man kan behandle pasienten på best mulig måte - ikke minst pasienter med periodontitt – er det betydelig fordel om behandler kjenner bakgrunnen for tannbehandlingsangsten.

5.4 Implikasjoner for praksis

Min studie ønsket å bidra til å øke kunnskapen om relativt unge menneskers erfaringer av å leve med periodontitt, og dermed forsøke å bidra til å veilede utviklingen mot mer helhetlige behandlingsstrategier og ved å inkludere mer enn de rent fysiske eller kliniske sidene ved sykdommen. Jeg ønsket således å bidra til å styrke innsatsen for forebygging og behandling av periodontitt og forme bredere og mer helhetlige behandlingstiltak med mindre ensidig vekt på det tannhelsetekniske og effektive i et kort perspektiv. Dette for å kunne gi best mulig behandling til pasienter som lider av periodontitt, og for å redusere langsiktige helsekostnader på samfunnsnivå.

I min studie har jeg identifisert flere nøkkelaspekter som kan ha implikasjoner for praksis som tannhelsepersonell.

For det første har jeg i studien funnet ut at mange av deltagerne mangler tilstrekkelig informasjon før de starter behandling. Noen av informantene forteller at de ikke forstår at de lider av en alvorlig kronisk tannkjøttsykdom før de er langt inne i behandlingsprosessen. Dette understreker viktigheten av å tilby grundig pasientinformasjon på en forståelig måte, både før, under, og etter behandling. Ved å sikre at pasientene er fullt informert om sine tannhelseproblemer og behandlingsalternativer, kan tannhelsetjenesten bidra til å redusere usikkerhet og angst.

Et annen viktig funn er informantenes tendens til å unnlate å søke etter informasjon om sine tannhelseproblemer på egenhånd. Dette ser ut til å være knyttet til en aversjon mot å bli konfrontert med skrekkscenarier presentert på internett. Dette innebærer et behov for å tilby faglig pålitelig og tilgjengelig informasjon på en forståelig måte, både på tannlegens nettsider, men også i sosiale medier, slik at pasientene kan bli saklig informert og trygge nok til å oppsøke behandling. Dette kan også innebære å tilby brosjyrer eller annet skriftlig materiell som oppsummerer viktig informasjon på en saklig, enkel og forståelig måte.

Videre viser funnene i studien at mange pasienter har begrenset kunnskap om mulige behandlingstiltak for sine tannhelseproblemer. For eksempel uttrykte en informant usikkerhet om hun ville få 'gebiss'. Dette tyder på behovet for å gi pasientene informasjon om mulige behandlingsoalternativer. Samtidig må denne informasjonen balanseres slik at pasientene er informert om potensielle komplikasjoner eller utfordringer uten å bli skremt fra å søke behandling.

En annen viktig observasjon med utgangspunkt i studien er den utbredte forekomsten av tannbehandlingsangst blant pasientene. Det er avgjørende at behandlere er klar over dette og tar hensyn til det i sitt arbeid. Dette kan innebære å stille spørsmål i starten av behandlingsforløpet for å identifisere eventuell frykt eller bekymringer, slik at behandlingen kan tilpasses for å imøtekomme disse behovene. Å skape en trygg og støttende atmosfære på klinikken kan bidra til å redusere pasientens angst og øke deres komfort under behandlingen. Klinikere må også være åpne for å henvise pasienter videre til behandling for alvorlig tannbehandlingsangst.

Til slutt, bygging av tillit er avgjørende for å opprettholde et positivt forhold til pasientene. Tillit til behandleren oppnås gjennom ærlighet, empati og åpen kommunikasjon gjennom hele behandlingsprosessen. Ved å vise respekt for pasientens bekymringer og lytte aktivt til deres behov, kan tannhelsefeltet bidra til å bygge sterke relasjoner som vil oppmuntre pasientene til å fortsette å søke behandling og pleie for sin tannhelse.

På denne bakgrunnen er det viktig for tannhelsepersonell å være oppmerksomme på pasientenes emosjonelle velvære og tilby støttende og empatisk omsorg for å hjelpe dem med å håndtere eventuelle bekymringer eller frykt de måtte ha i forbindelse med behandlingen.

Dette inkluderer å etablere en trygg og tillitsfull atmosfære på klinikken, informere pasientene grundig om prosedyrene som skal utføres, lytte aktivt til deres spørsmål og bekymringer, og tilby beroligende teknikker eller alternativer for smertelindring om nødvendig. Dette vil også innebære å gi grundige forklaringer av diagnostiske funn, behandlingsalternativer og forventede resultater på en klar og forståelig måte. Ved å prioritere pasientens følelsesmessige velvære i tillegg til deres fysiske helse, kan tannhelsepersonell bidra til å fremme en positiv opplevelse og øke pasientenes oppslutning om tannbehandlingsprosessen. Å oppmuntre til åpne dialoger og aktiv lytting fra begge parter kan også bidra til å bygge tillit og øke pasientens følelse av autonomi og kontroll i behandlingsprosessen. Videre kan implementering av alternative kommunikasjonsverktøy, som illustrasjoner, videoer eller brosjyrer, være nyttige for å supplere muntlig informasjon og sikre at pasientene har tilstrekkelig kunnskap til å ta informerte beslutninger om sin egen tannhelse.

6. Konkluderende bemerkninger

Denne studien har undersøkt erfaringer med å leve med den kroniske tannkjøtt sykdommen periodontitt for mennesker under 45 år. Studien har belyst hvordan utfordringer med tannhelsen ikke bare har implikasjoner for den fysiske helsen, men kan ha betydelige konsekvenser også for menneskers sosiale og mentale helse. Dette er en svært viktig erkjennelse for tannhelsefeltet fordi det innebærer nødvendigheten av i større grad å ta hensyn til både de medisinske, sosiale og følelsesmessige aspektene ved tannhelse for å kunne møte utfordringene på en meningsfull og god måte. Gjennom en analyse av 8 dybdeintervju har jeg identifisert og utforsket flere sentrale funn som bidrar til en dypere forståelse av hvordan periodontitt påvirker hverdagen til de som rammes av sykdommen.

Informantene i denne studien gir oss et innblikk i hvordan økonomiske sider ved å måtte forholde seg til kontinuerlig tannlegebehandling påvirker måten de oppfatter sykdommen på. Studien indikerer at for mange kan begrensede økonomiske ressurser være en hindring for å oppsøke regelmessig tannhelsebehandling og dermed hindre mer alvorlige konsekvenser av periodontitt. Ved utsettelse av behandling blir periodontitt ikke bare et helseproblem, men også et sosioøkonomisk spørsmål, og peker på hvordan tilgang til helsetjenester er ulikt fordelt basert på økonomisk status.

Videre indikerer informantenes manglende kunnskap om oral helse og periodontitt et annet lag av strukturell ulikhet. Dette kan være et resultat av begrenset tilgang til helseopplysninger eller utdanningssystemer som ikke prioriterer oral helseopplæring, og er en annen side som peker på de sosioøkonomiske aspektene ved denne tannkjøtt sykdommen.

I studien fokuserer jeg spesifikt på en demografisk gruppe som tradisjonelt sett har vært underrepresentert i forskningen om periodontitt: personer under 45 år. Mens det er en rekke kilder som undersøker periodontitt hos eldre voksne, har det vært en mangel på forskning som adresserer hvordan denne sykdommen påvirker yngre mennesker i deres daglige liv. Min studies viktigste bidrag til forskningsfeltet er nettopp å generere kunnskap om hvordan det er å leve med sykdommen for mennesker som er yngre diagnostisert. Ved å rette oppmerksomheten mot denne yngre aldersgruppen, ønsker jeg å belyse de unike utfordringene og konsekvensene som følger med å leve med periodontitt i en livsfase som er preget av

familieliv og arbeid. Det foreligger også svært få kvalitative studier om erfaringer ved å leve med periodontitt. Denne studien er således et lite bidrag i en metodisk kontekst.

Studien har vist at periodontitt kan ha alvorlige konsekvenser for selvbilde og psykisk helse hos yngre mennesker. Å leve med en sykdom som påvirker ens utseende og måte å kommuniserer og smile på, kan føre til følelser av skam, isolasjon og lavt selvbilde. Studien indikerer også at diagnosen periodontitt kan utløse betydelig uro og angst hos de berørte, da de må håndtere bekymringer knyttet til behandlingsprosessen, mulige komplikasjoner og fremtidig livskvalitet.

De strukturelle faktorene som blir belyst gjennom pasienterfaringer i denne studien, gir oss mulighet til å reflektere over strukturelle ulikheter som blir tydeligere i et samfunn der forskjeller i sosioøkonomisk status blir stadig mer tydelige. Lite kunnskap om tannkjøtt sykdom og redsel for hvordan man kan håndtere de økonomiske sidene ved sykdommen kan således på et mer overordnet plan være symptomer på et større problem, med sosial marginalisering og mangel på tilgang til ressurser i utsatte samfunnsgrupper.

Litteraturliste

Abrahamsson, K. H., Wennström, J. L., Berglundh, T., & Abrahamsson, I. (2017). *Altered expectations on dental implant therapy: Views of patients referred for treatment of peri-implantitis*. *Clinical Oral Implants Research*, 28 (4), 437–442.

<https://doi.org/10.1111/clar.12817>

Berger, P. L., & Luckman, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Anchor Books.

Bernabé, E., & Marcenes, W. (2010). *Periodontal disease and quality of life in British adults*. *Journal of Clinical Periodontology*, 37 (11), 968–972. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01627.x>

Borén, L., & Claesson, E. (2014). Livskvalitet hos personer med kronisk parodontit (Litteraturstudie). <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:711032/FULLTEXT02.pdf>

Brurberg, Kornør, & Landmark. (2008). Systematisk oversikt: Effekt av røyking på utfallet av periodontittbehandling. Systematisk oversikt. <https://www.fhi.no/publ/2008/effekt-av-royking-pa-utfallet-av-periodontittbehandling/>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Heftet.

Burr, V. (2015). *Social Constructionism* (3. utg.). London: Routledge

Chapple, I. L., Van der Weijden, F., Doerfer, C., Herrera, D., Shapira, L., Polak, D., ... Graziani, F. (2015). *Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis*. *Journal of Clinical Periodontology*, 42 (Suppl 16), S71–S76. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12366>

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd utg.). Sage Publications, Inc.

Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: meaning and perspective in the*

research process. London: Sage.

Dalen, M. (2011). Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming (2. utg.). Universitetsforlaget.

Durham, J., Fraser, H. M., McCracken, G. I., Stone, K. M., John, M. T., & Preshaw, P. M. (2013). *Impact of periodontitis on oral health-related quality of life*. *Journal of Periodontology*, 84 (9), 1323–1332. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.120760>

Hansen, B. F. (2004). Diagnostikk av periodontale sykdommer. Norges Tannlegeforening Tid, 114, 20–28.

Helsedirektoratet. Rundskriv til folketrygdloven - 5-6, 5-6 a og 5-25 - undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. [Hentet mai 2024 fra]: (<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade/helsedirektoratets-utfyllende-bestemmelser-og-retningslinjer-til--1--stonadsberettiget-undersokelse-og-behandling/stonadspunkt-6-periodontitt>)

Herrera, D., Sanz, M., Kebschull, M., Jepsen, S., Sculean, A., Berglundh, T., ... Chapple, I. (2022). *Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline*. *Journal of Clinical Periodontology*, 49 (Suppl 24), 278-309.

Jacobsen, D. I. (2010). Forståelse, beskrivelse og forklaring (2. utg.). Høyskoleforlaget.

Jansson, H., Wahlin, Å., Johansson, V., Åkerman, S., Lundegren, N., Isberg, P. E., & Norderyd, O. (2014). *Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life*. *Journal of Periodontology*, 85 (3), 438–445. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.130188>

Karlsson, E., Lymer, U. B., & Hakeberg, M. (2009). *Periodontitis from the patient's perspective: A qualitative study*. *International Journal of Dental Hygiene*, 7 (1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00332.x>

Klinge, B., & Gustafsson, A. (2011). Parodontit - En introduktion. Gothia Förlag.

Lang, N. P., & Bartold, P. M. (2018). *Periodontal health*. *Journal of Periodontology*, 89 (Suppl 1), S9–S16. <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0517>

Malterud, K. (2021). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget.

Peruzzo, D. C., Benatti, B. B., Ambrosano, G. M. B., Nogueira-Filho, G. R., Sallum, E. A., Casati, M. Z., & Nociti Jr., F. H. (2007). *A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease*. *Journal of Periodontology*, 78 (8), 1491-1504.

Skjørland, K. K. (2024). Periodontium. I Store medisinske leksikon. Hentet 29. april 2024 fra <https://sml.snl.no/periodontium>

Vedlegg 1.

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet: *Å leve med periodontitt: en kvalitativ helsefaglig studie.*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvilken erfaring mennesker under 45 år har med å leve med en kronisk tannkjøtt sykdom (periodontitt). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Formål

Infeksjoner og inflammasjoner i munnen kan ha betydning for den generelle helsen. I løpet av de siste 30 årene har det skjedd store positive endringer i tannhelsen i den norske befolkningen. Til tross for fremgang, er orale sykdommer som periodontitt fortsatt et pågående folkehelseproblem, og mange opplever nedsatt livskvalitet på grunn av dårlig tannhelse.

Problemstillingen til masterprosjektet er: «*Hvilke erfaringer har mennesker under 45 år med å leve med en kronisk tannkjøtt sykdom?*»

Hvem er ansvarlige for forskningsprosjektet?

Anna Lea er masterstudent og vil utføre studien.
Astrid Blystad er prosjektleder og veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fokuset i denne studien er erfaringer med å leve med periodontitt. Øvrige kriterier er at du kunne kommunisere på norsk. Du må være over 18 år, og under 45 år, og har gått i behandling for periodontitt 3 ganger eller mer.

Kontaktopplysninger er innhentet fra innkallingslister på xx og xx tannklinikker i Rogaland fylke.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du sier ja til å delta i denne studien, innebærer det å ville la seg intervju og ha en samtale rundt spørsmål om studiens tema. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 45-60 minutter. Møtestedet er på tannklinikken du vanligvis er på, eller et annet sted etter ønske. Tidspunkt kan vi avtale i forkant av intervjuet. Under intervjuet ønsker jeg å benytte lydopptaker for best mulig gjengivelse av samtalen. Intervjuet vil bli transkribert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst før prosjektslutt trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger

knyttet til deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha negative konsekvenser for deg om du velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All informasjon som blir behandlet under intervjusamtalen vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun meg og min veileder som har tilgang til dataene, og informasjonen som blir gitt skal kun brukes i mitt masterprosjekt. Lydfilene fra intervjuet vil i etterkant bli transkribert og analysert, og informasjonen fra samtalen vil bli anonymisert. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode, som vil lagres adskilt fra øvrige data. Alle data vil lagres på Universitet i Bergens safe-server. Funn vil bli rapportert på en måte som ikke gjør det mulig å spore data eller utsagn tilbake til deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydfiler og transkripsjoner vil slettes ved prosjektslutt, etter planen august 2024.

Dine rettigheter

- Informantene vil ha tilgang til transkripsjon av eget intervju og vil ha rett til å kreve at hele eller deler av intervjuet blir rettet eller slettet. Dette kan skje frem til endelig publisering av masterstudiet.
- Innsyn i (og rette og slette) opplysninger om prosjektdeltagere (navn, fødselsdato, e-post, telefonnummer).

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiB har REK og RETTE vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Anna Lea. Telefon: +47 41 25 91 00. Mail: anna.lea@live.no

Astrid Blystad. Telefon: +47 55 58 61 61. Mail: astrid.blystad@uib.no

Med vennlig hilsen

Astrid Bystad, Anna Lea

(Forsker/veileder) (Masterstudent)

Vedlegg 2.

Samtykkeerklæring

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: *Å leve med periodontitt: en kvalitativ helsefaglig studie* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å ha mottatt skriftlig informasjon om forskningsprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Intervjuguide

1. Hva er periodontitt for deg?
2. Kan du fortelle om hvordan du har opplevd å leve med periodontitt?
3. Kan du fortelle om hvordan sykdommen har utviklet seg fra begynnelse og frem til i dag?
4. Kan du fortelle om hvordan du opplevde å få diagnosen?
5. På hvilken måte påvirker periodontitt deg i hverdagen?
6. Hvilke tanker gjør du deg i forhold til at periodontitt er en kronisk sykdom?
7. På hvilken måte har livet ditt endret seg etter du begynte i behandling for periodontitt?
8. Hvordan jobber du for å leve positivt med periodontitt?
9. Er det noe du tenker jeg ikke har spurt deg om som kan være viktig for denne studien?

Vedlegg 4.



Region:	Saksbehandler:	E-post:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	rek-vest@uib.no	45008356	24.08.2023	646699

Astrid Blystad

Prosjektsøknad: Å leve med periodontitt: en kvalitativ helsefaglig studie
Søknadsnummer: 646699
Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Bergen

REK avviser søknaden

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å øke kunnskap om menneskers erfaring med å leve med den kroniske tannkjøttssykdommen periodontitt. Et kvalitativt design med narrative dybdeintervju som metode vil bli benyttet. Et kvalitativt design vil være hensiktsmessig for å generere erfaringsnære data. Narrativ metode er relevant i kunnskapsproduksjon der en kan definere en begynnelse, videreutvikling (og evt slutt) i et erfaringsforløp og der kontekstuelle aspekt vektlegges. Det foreligger relativt mye kvantitativt basert kunnskap på feltet, men få studier har benyttet kvalitative tilnæringer for å øke kunnskap om erfaringer av å leve med og håndtere denne svært vanlige kroniske tannkjøttssykdommen. Sykdommen fører i alvorlige tilfeller til tap av tenner.

Vi viser til søknad mottatt 23.08.23 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Søknadsplikten:

Bare medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale, eller helseopplysninger må søke REK om forhåndsgodkjenning, jf. helseforskningsloven § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er definert i loven som en "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. § 4 bokstav a.

Vurdering:

I veilederen om helseforskningslovens saklige virkeområde, utarbeidet av den nasjonale forskningsetiske komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning (NEM), står det: "Kvalitative studier kan være vanskelig å vurdere opp mot en slik avgrensning, da kvalitative studier ofte undersøker en liten gruppe menneskers opplevelser og erfaringer rundt f.eks. en behandlingsmetode, vurdering av innhold i en bestemt behandling, et tilbud mv. Det avgjørende er om prosjektets hovedformål er ny kunnskap om helse eller sykdom. Det er altså ikke helseforskning dersom prosjektet skal undersøke forhold rundt sykdom og helse, men heller at prosjektet gir en utvidet forståelse om helse og sykdom som kan

forbedre innholdet i en behandling eller et tilbud."

Formålet med dette prosjektet er øke kunnskap om menneskers erfaring med å leve med den kroniske tannkjøttssykdommen periodontitt. Et kvalitativt design med narrative dybdeintervju som metode vil bli benyttet. Spørsmål går på opplevelser av diagnosen og å leve med sykdommen.

Vi vurderer dermed at dette prosjektet har ikke som hovedformål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Dermed faller dette prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde og REK skal ikke behandle denne saken.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§2 og 4, og søknaden skal derfor ikke behandles av REK.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Nina Langeland
professor, dr.med
komiteleder REK vest

Anna Stephansen
sekretariatsleder

Kopi til:
Universitetet i Bergen