

Udarbejdet af overtandlæge Lene Esmark

Tandbehandling af børn med fremmed etnisk baggrund

– værdifuld viden og gode ideer



zendium

Gennem de sidste årtier er der opstået en ny patientgruppe på de danske tandklinikker. Det gælder både i privat praksis blandt voksenklientellet og i særdeleshed i den kommunale tandpleje.

Det har medført, at tandplejepersonalet igen og igen er kommet i situationer, der for dem var anderledes og uforståelige, og ofte har det resulteret i, at de er kommet til kort. De har ikke været i stand til at gennemføre den nødvendige behandling, eller de har ikke haft den forventede succes med det forebyggende arbejde.

I starten troede alle, at skylden lå i den sproglige barriere, med de deraf følgende kommunikationsproblemer, men efterhånden er det blevet klart, at en væsentlig årsag er tandplejepersonalets manglende viden om de nye brugergruppers livsmønster og levevis, såvel i hjemlandet som her i Danmark.

Den gruppe, der især er tale om, er indvandrere og flygtninge med muslimsk baggrund. Mange af disse kommer fra landsbysamfund med meget traditionel livsstil og relativ kort skolegang.

En forudsætning for et vellykket samarbejde med disse nye patientgrupper er, at det danske tandplejepersonale har tilstrækkelig baggrundsviden til at kunne tilpasse behandlingssituationen og profylaksemetoder til de nye modtagere.

Denne folder er tænkt som en hjælp til tandplejepersonalet.

Den giver relevante oplysninger om muslimske indvandreres baggrund og adfærd samt kommer med løsningsforslag til de hyppigst forekommende problemstillinger. På den måde håber vi, at informationerne bliver til gavn for såvel personalet som indvandrergrupperne.

Den historiske udvikling og indvandrerens antal

Indtil slutningen af 1960'erne var den danske befolkning relativt homogen.

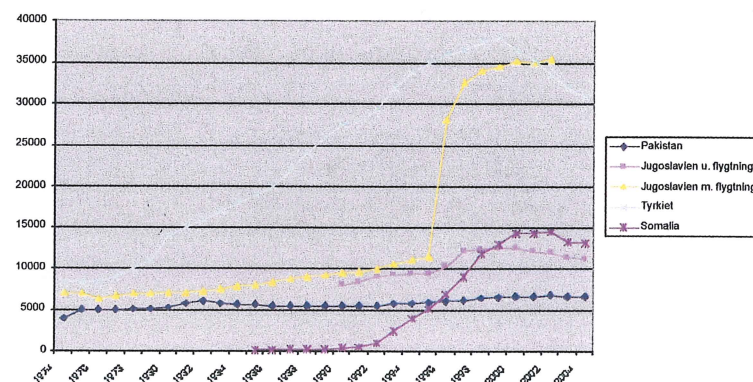
I takt med væksten i industrien blev der mangel på

arbejdskraft. Man rettede da blikket mod de lande, der havde overskud af arbejdskraft, og søgte den der. De lande, der blev tale om, var i første række det tidligere Jugoslavien, Tyrkiet, de nordafrikanske lande - især Marokko og til sidst Pakistan.

Som følge af oliekrisen med nedgang i industrien og i antal arbejdspladser indførtes i 1972 indvandrerstop i Danmark. Men samtidig blev loven om familiesammenføringer vedtaget. Det blev derfor muligt for en indvandrer med permanent opholdstilladelse at få sin ægtefælle, sine børn under 18 år samt sine forældre over 60 år til landet.

Mange forventede at indvandrerne ville rejse tilbage til hjemlandene, men udviklingen kom til at vise noget andet. (fig. 1)

Beboere i Danmark med fremmed statsborgerskab



Ud over indvandrerne, der kom til Danmark som såkaldte "gæstearbejdere", er der en anden gruppe fremmede statsborgere, der har fået opholdstilladelse i Danmark, fordi de er truet på deres liv i hjemlandet. Af den grund er nationaliteterne skiftet gennem årene. Af store grupper i dag kan nævnes borgere fra mellemøsten og Somalia. Aktuelt findes der i Danmark mere end 300.000 indvandrere fra tredje lande, d.v.s. lande uden for Norden, EU og Nordamerika.

Mere detaljerede
oplysninger kan søges
hos Danmarks Statistik på
www.statistikbanken.dk

Behandlingsbehov

Adskillige undersøgelser af tandsundheden hos børnepopulationen i Danmark viser, at børn med fremmed etnisk baggrund har større cariesforekomst end jævnaldrene danske børn (1, 2, 3). Denne forskel er især udtalt i småbørnsgruppen og tilskrives børnenes kulturelle baggrund, og dermed forældrenes holdning til og viden om det primære tandsæts betydning. Også vedrørende voksenbefolkningen viser undersøgelser, at der er et stort udækket tandplejebehov (4) (5).

Væsentlige problemer

De væsentligste problemer vedrørende tandbehandling af indvandrere i Danmark kan opdeles i følgende områder:

1. Manglende forståelse af de eksisterende tilbud om tandpleje i Danmark
2. Manglende ønske om at modtage tilbuddet
3. Manglende forståelse for profylakse
4. Selve behandlingen - den kliniske situation

Undersøgelser viser, at der er flere udeblivelser og afbrudte behandlinger blandt indvandrerbørn i forhold til danske børn. Samtidig kan det dokumenteres, at hvis indvandrerne har kontakt til en gruppe inden for sundhedssystemet, der viser forståelse og kendskab til dem (eksempelvis sundhedsplejerskerne), så passer de denne kontakt og tager imod hjælp (6).

Det drejer sig således om, at der skabes en positiv atmosfære, og det kan Tandplejen kun gøre, hvis medarbejderne har et vist kendskab til indvandrernes kulturelle baggrund. Netop når der er tale om en persongruppe, hvor den sproglig kommunikation er vanskelig, betyder den non-verbale kontakt utrolig meget, og denne vil være helt afhængig af tandplejepersonalets baggrundsviden.

Det er ikke meningen, at man ukritisk skal acceptere alle adfærdsmønstre, man møder blandt indvandrerne, men man skal sagligt og kvalificeret vurdere hver enkelt situation. I stedet for at afvise en oplevet adfærd, skal behandleren stoppe op og undre sig, for ofte findes der en fornuftig og rationel årsag til handlingen, der bunder i den kulturelle baggrund. Når man kender årsagen kan man så være enig eller uenig, men det er på et kvalificeret grundlag.

Vigtig baggrundsviden

Det er især vigtigt at vide noget om

- religionen
- familiemønsteret
- kostvaner
- sygdomsopfattelse.

Religionen

Islam er en vældig udbredt religion. Den rummer udover en religions vanlige livssyn og ritualer et lovkompleks for dagligdagen nedfældet i den hellige bog Koranen. Der kan man finde regler og love for, hvordan man opfører sig i enhver af dagligdagens situationer. Der er f.eks. regler for, hvordan man omgås venner og familie, hvordan man beder, hvordan man hilser og meget meget mere. Alle troende muslimer går til koranlæsning fra de er små børn. Her lærer de versene udenad, på klassisk arabisk, og får dem tolket og forklaret. Endvidere ser de religionen udmøntet i familiens adfærd i dagligdagen. Religionen kommer således til at præge børnene fra de er helt små.



Islam hviler på de fem pligtsøjler:

1. Der er kun en gud
2. Bønnen
3. Almissen
4. Fasten
5. Pilgrimsrejsen til Mekka

Især 2 og 4 har særlig interesse for tandplejen. Forud for de påkrævede fem daglige bønner med hovedet vendt mod Mekka går en rituel afvaskelse af ikke alene hænder og fødder, men det er også påkrævet, at munden er ren. Det vil sige, at muslimer i princippet ikke er uvante med at rense munden. Fastemåned, Ramadanen, rykker hvert år ca. 11 dage i forhold til den gregorianske kalender, fordi den følger månekalenderen. Det vil sige, at Ramadanen i 2004 startede omkring d. 15 oktober, og til næste år vil den således starte omkring d. 4 oktober. I fastemåned må en muslim ikke spise eller drikke fra solopgang til solnedgang. Det medfører, at mange muslimer ikke ønsker at gå til tandlæge i den periode af frygt for at komme til at synke f.eks. vand eller andet, som tandplejepersonalet kommer i munden på dem. En viden tandplejen skal have med i sin behandlingsplanlægning.

Ud over sine faste regler har islam ved sin udbredelse tilpasset sig og optaget allerede eksisterende skikke og regler. Et eksempel på dette er ære/skambegrebet. Og her er det jo især familiens ære, der tænkes på, tydeligst udmøntet i pigeopdragelsen og kvindernes adfærd.

I koranen står der, at kvinden skal lade sit hovedklæde falde, så det dækker hendes "pryd". Det vil sige hende hår og hals. Endvidere skal hun være klædt, så hendes arme og ben er skjult.

Udmøntningen af dette ser forskelligt ud fra land til land. I Danmark er den totale tilhylning fra top til tå, burquaen, særligt synlig blandt kvinderne fra Somalia.

Endnu tydeligere er tørklæderne. Typisk de store uldne hos de tyrkiske kvinder og de tynde af chiffon hos de pakistanske kvinder. Der findes mange forskellige varianter, men selv om tørklædet er i vejen ved tandbehandlingen, kan man ikke bede kvinden tage det af.

Pigerne begynder senest ved puberteten at gå med tørklæder. Og i det hele taget opdrages de traditionelt i purda, der betyder at "trække sløret for". Det betyder i overført betydning, at man f.eks. ikke må søge øjenkontakt. Ofte opleves disse pigers adfærd meget forskellig fra danske pigers, fordi de er meget vanskeligere at komme i kontakt med.

Kvinderne må kun vise sin "pryd" for følgende mænd: sin mand, sin far og sine brødre. Det kan behandlingsmæssigt indebære, at familierne forlanger at kvinderne udelukkende behandles af kvindelige læger og tandlæger. Hele dette ære/skam begreb har i hjemlandene en stor praktisk betydning. Det bunder i, at der i de pågældende lande ikke findes nogen form for socialt sikkerhedsnet. Man er helt afhængig af familien.

Familiestruktur og børneopdragelse

I hjemlandene er traditionen, at kvinden ved ægteskabets indgåelse flytter til mandens familie. Blandt en muslimsk kvindes helligste pligter er fuldstændig lydighed mod manden (7).

Opgaver og pligter er kønsmæssigt helt klart fordelt. Manden tager sig af de udadvendte opgaver, mens det er kvindens pligt at varetage hjemmet og passe børnene. Derfor skal tandplejepersonalet være opmærksom på, at det ofte er manden, der kommer til tandlæge med børnene, men han har sandsynligvis ikke meget kendskab til pasningen af dem. Man kan således ikke forvente, at en instruktion i tandbørstning har hans store interesse, og heller ikke at den bliver videregivet til moderen.



Den klassiske muslimske børneopdragelse, som følger Muhammeds anbefalinger, og som tandplejepersonalet ser afspejlet i børnenes adfærd på klinikken kan opdeles i tre faser (7, 8):

Fase	Alder	Opdragelsesvejledning
Første fase	0 - ca. 5 år	"elsk dem, giv dem omsorg og forkæl dem"
Anden fase	Ca. 5 - ca. 10 år	"Opdrag dem"
Tredje fase	Fra 10-12 år	"Bliv ven med dem"

Første fase bunder i, at forældrene ikke mener, at det nytter noget at opdrage på børnene. Det er for tidligt. Børnene forstår alligevel ikke noget. Man vælger at forkæle børnene og give dem lov til næsten alt. Man forsøger ikke at sætte grænser, gribe ind eller forklare. Hvis der endelig er noget, forældrene vil have børnene til, anvender man lokkemidler som f.eks. slik. Hvis lokkemidlet ikke virker, kan forældrene anvende trusler, de kan f.eks. true med, at overnaturlige væsner kommer og tager dem, eller at lægen kommer med sprøjten!

I anden fase sker der en ændring af opdragelsen. Nu er barnet ikke længere uvidende og nyttesløst at opdrage på, og der bliver derfor sat mange grænser for barnet.

Børnene skal være lydige og velopdragne. Igen er det familien, det falder tilbage på, hvis barnet ikke opfører sig, som forældrene ønsker. Børnene skal have respekt for voksne, der irettesætter dem, og må ikke se dem i øjnene.

Opdragelsen er kollektiv, forstået sådan at forældrene forventer, at familie og venner også holder øje med, hvordan barnet opfører sig og irettesætter det.

Ved slutningen af anden fase bliver børnene normalt introduceret til den islamiske lære og religionens forskrifter. Og deres adfærd begynder at blive præget heraf. Eksempelvis kan pigerne begynde at bære tørklæde.

Den tredje opdragelsesfase præges af, at den er klart kønsadskilt. Pigerne opdrages til ægteskab og huslige forpligtelser. Moderen forsøger at føre datteren ind i kvindeverdenen ved at forsøge at gøre hende dydig, ærbar og underdanig.

Drengene opdrages til være aktive i den udadvendte verden og parate til at tage ansvar for familien og holde øje med søstrenes adfærd. Samtidig skal de være stolte og modige, og de skal absolut ikke underkende deres egne fortræffeligheder.

Kost og tandpasta

Undersøgelser fortaget af indvandrernes kostvaner i Danmark viser, at basiskosten ikke afviger meget fra kosten i hjemlandet. Den store forskel er, at indvandrerne og deres børn her i landet har et stort forbrug af søde mellemmåltider, især i form af kager, slik og søde læskedrikke.

Basiskosten er underkastet de muslimske regler, som at kødet skal være fra dyr, der er halalslagtet, det vil sige, at det er slagtet efter koranens forskrift med det formål, at kødet indeholder så lidt blod som muligt. Blod er i muslimers øjne urent. Det kan være årsagen til, at muslimer meget nødtigt synker spytet i munden under tandbehandlingen. Der kan være risiko for, at der er fremkommet en lille blødning. Muslimer vil også meget gerne skylle munden efter en tandbehandling.





Svinekød er ligeledes urent. I det hele taget må en muslim ikke have noget at gøre med produkter, der er produceret af svinematerialer. Tandbørster med svinebørster ville være en katastrofe.

For god orden skal det nævnes, at glycerinen i tandpasta på et tidspunkt var i søgelyset hos muslimer. Det skyldtes, at glycerin kan fremstilles på to måder. Normalt sker det ved tandpastaproduktionen ud fra vegetabiliske produkter, men under visse forhold kan fabrikanterne vælge at fremstille det ud fra animalske produkter. Ved den sidste metode kan det ikke udelukkes, at der er involveret svineprodukter.

Sygdomsopfattelse

De nævnte indvandrergrupper har kun meget ringe kendskab til og forståelse for forebyggelse og systematiske undersøgelser.

Fra lægeverdenen ved vi, at indvandrergrupperne i vid udstrækning benytter sig af gode råd og behandlinger fra erfarne familiemedlemmer eller kloge folk i hjemlandet. Først når alt dette ikke slår til, henvender man sig til de professionelle, og da kun hvis der er behov for behandling (9).

Sygdom betragtes i vid udstrækning som en forstyrrelse af balancer f.eks. mellem koldt og varmt, nogle sygdomme er varme, andre kolde. Balancen kan også være mellem kroppens væsker. Endelig kan sygdommenes opståen skyldes udefra kommende årsager som onde ånder, onde øjne som andre kaster på en og lignende.

Forventningerne til de professionelle er, at de udviser autoritet, og straks kan stille en diagnose, og at de derefter ordinerer noget medicin og også gerne giver en indsprøjtning.

Den professionelle skal gøre dette uden nogen medinddragelse af den syge. Denne adfærd harmonerer ikke med danske sundhedspersoners, der i høj grad medinddrager patienten og om muligt gerne lige ser tiden an. Med indvandrerøjne vil det blive betragtet som usikkerhed og være udtryk for en dårlig behandler.

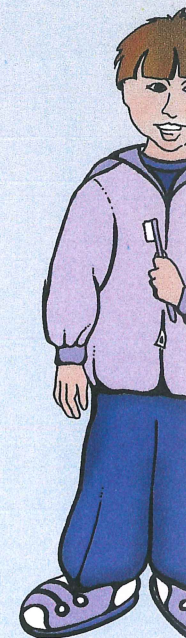
Forslag til problemløsning

Med hensyn til de tre første problemstillinger, vedrørende manglende viden om det danske tandplejesystem, manglende ønske om at benytte det samt manglende viden om forebyggelse, er informationsmateriale, der er fremstillet specielt til opgaven og oversat til de respektive sprog, en nødvendighed.

- Da mange i den aktuelle patientgruppe er urutinerede læsere, er et udtalt billedmateriale velegnet. Det kan enten være i form af brochurer eller plancher.
- Videofilm på de aktuelle sprog er også en god ide.
- Endelig er kontaktveje via indvanderradio og lokale TV-stationer gode og brugbare metode.

Mundtlige informationer i forbindelse med danskundervisning af indvandrerkvinder eller andre kvindegrupper er meget velegnede kontaktveje. Det kan anbefales at tænke utraditionelt, når det gælder om at finde informationsveje for tandplejeinformationerne (10). Et godt samarbejde med sundhedsplejerskerne er utroligt værdifuldt. Ligeledes er tværfaglige samarbejdsprojekter med sundhedsplejersker, modtageklasselærere og f.eks. hjemkundskabslærer udbytterige og resultatgivende veje (11). Især hvis man omhyggeligt målretter og tilpasser det til modtagerne. Nedenfor nævnes eksempler på udførte projekter, der var meget vellykkede.

Vedrørende selve tandbehandlingssituationen er personalets baggrundsviden og forståelse væsentlig. Af hjælpemidler kan anvendes oversatte blanketter og vejledninger, men som nævnt er det en gruppe patienter, der har svært ved at modtage information skriftligt, så materialet skal udformes målrettet mod gruppen.



Tolkning

Tolkning kan komme på tale. Ofte anvendes familiemedlemmer eller andre tosprogede. Man skal da være klar over, at disse "tolke" ikke er underkastede de professionelle tolkes etiske regler, og ofte bliver der tale om, at de fortolker, det der skal oversættes, og man har således ingen garanti for, at det er korrekt, hvad der tolkes.

Ønsker man at anvende tolk, skal man vide, at tolken er et talerør. Man skal tale med korte præcise sætninger direkte til personen, og man skal fortsat se på denne, mens der tolkes.

Endelig skal det nævnes, at enkelte kommuner har en telefontolketjeneste. Det er et godt hjælpemiddel til at sikre sig, at en kort besked er forstået.

Fremstilling af skriftligt materiale

Ønsker man at fremstille sundhedsfremmende materiale til etniske minoriteter gælder nogle helt elementære regler.

Man skal huske at medinddrage målgruppen helt fra start.

Materialet skal være visionært attraktivt og i overensstemmelse med kulturelle følelser.

Der skal anvendes et meget enkelt sprog, og man skal sørge for professionel oversættelse. Der skal endvidere være begrebsmæssig, funktionel og sproglig overensstemmelse på begge sprog.

Lad materialet returoversætte, så der er sikkerhed for indholdet.

Lad en tosproget vurdere det endelige resultat.

Eksempler på tilgængeligt materiale

"Pas på mælketænderne - en voksen skal hjælpe"

Rekvireres gratis hos zendium. Brochuren kan fås på 9 sprog: urdu, farsi, tyrkisk, tamilsk, engelsk, serbisk, somali, arabisk og albansk.

"Du skal hjælpe med tandbørstning - til dit barn er 10 år"

Rekvireres gratis hos zendium. Brochuren kan fås på 9 sprog: urdu, farsi, tyrkisk, tamilsk, engelsk, serbisk, somali, arabisk og albansk.

"Sådan passer du selv på tænderne"

Pjece med fotos teksten på arabisk, tyrkisk, urdu, serbo-kroatisk og dansk. Pris kr. 2,50

"Pas på dine tænder"

Bog til danskundervisning af indvandrere. Pris kr. 58,00.

Videofilm: "Pas på tænderne - gode råd om småbørnstandpleje"

Sprog pr. video:

1: urdu, dansk, engelsk / 2: tyrkisk, kurdisk / 3: arabisk, berberisk / 4: serbokroatisk, albansk / 5: litauisk / 6: farsi, vietnamesisk / 7: somalisk, tamilsk, kinesisk / 8: færøsk / 9: svensk.

Pris pr. bånd. Ca. 300 kr.

"Sund mad - sunde tænder - sunde børn!"

Rapport over tværfaglig sundhedspædagogisk indsats overfor en M-classes børn og nøglepersoner.

"Indføring af voksne indvandrere i det danske tandplejesystem"

Projektbeskrivelse.

Ønskes yderligere oplysninger om disse materialer, kan Lene Esmark kontaktes på mail lene.esmark@frederiksberg.dk

Referencer

- 1) Heidmann J., Christensen L.B. Immigrants and a public health care service for children in Denmark. Community Dent oral Epidemiol 1985; 13:125-127
- 2) Nielsen L.A., Esmark L. Caries hos 2-3årige børn relateret til suttevaner og nationalitet. Tandlægebladet 1998; 12:604-605
- 3) Sundby A. Tandsygdomme og tandplejeadfærd blandt børn med forskellig etnisk baggrund i Københavns Kommune, Master of Public Health, Københavns Universitet, 2001, udgivelse nr. 72
- 4) Madsen G. Voksne indvandreres brug af tandplejesystemet og tandstatus hos deres børn, Master of Public Health, Aarhus Universitet, 2002, udgivelse nr. 57
- 5) Torres A. M. Oral health situation of asylum seekers and refugees in Denmark, Ph. D. Thesis, University of Copenhagen, 1999
- 6) Henriksen I. Mødet mellem indvandrerfamilier og social- og sundhedsvæsenet, Socialforskningsinstituttet 1987, publikation 158
- 7) Khader N. Ære og Skam – Det islamiske familie- og livsmønster – fra undfangelse til grav. Borgen 1996
- 8) Khader N., Esmark L. Muslimske indvandrere i Norden – adfærd og kulturarv. Munksgaard 1999, Odontologi '99
- 9) Mertz A. Kultur, sundhed og sygdom – om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet, Munksgaard 1992; temabog
- 10) Krabbe B., Skovgård Madsen L. Projekt Bazar Vest. Tandlægebladet 2000; 12: 754-755
- 11) Bruun M., Esmark L. Indføring af voksne indvandrere i det danske tandplejesystem. Tandlægernes Nye Tidsskrift 1988; 3: 4-7

