



Sektionen för hälsa och samhälle  
Tandhygienistprogrammet 180 högskolepoäng  
OH8361 Examensarbete i Oral hälsa  
Grundnivå, 15 högskolepoäng  
Essay in Oral Health, 15 ECTS credit points

**Tandhygienisters uppfattning av att identifiera och  
behandla tandvårdsrädda patienter**  
- En kvalitativ studie

Datum för examination: 2009 05 18

Författare: Sandra Torefalk  
Lina Holmén

Handledare: Carina Mårtensson

Examinator: Pia Andersson  
Monica Granskär

# **Tandhygienisters uppfattning av att identifiera och behandla tandvårdsrädda patienter**

- En kvalitativ studie

Författare: Sandra Torefalk  
Lina Holmén  
Handledare: Carina Mårtensson  
Empirisk studie

2009 05 18

## **Sammanfattning**

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa hur tandhygienister på tandvårdskliniker för allmäntandvård identifierar tandvårdsrädda patienter och hur de uppfattar att behandla dessa.

**Material och metod:** Materialet inhämtades genom intervjuer med elva tandhygienister som arbetade på Folktandvårdskliniker inom allmäntandvård i Kristianstad med omnejd. Metoden var kvalitativ och data analyserades med en innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades och analyserades och resulterade i tre huvudkategorier som beskrev hur tandhygienister identifierar tandvårdsrädda patienter och upplever att behandla dessa. Kategorierna var *patienternas beteende, psykologiskt tillstånd och hantering*.

**Resultat:** Tandhygienisterna försöker att vara lugna och fokuserade på att hjälpa och behandla den tandvårdsrädde patienten på ett så tillfredställande sätt som möjligt. De försöker också att planera behandlingen tillsammans med patienten. Tandhygienisterna upplever ingen märkbar stress eller olust i anslutning till behandlingen av tandvårdsrädda patienter. Mer kunskap om tandvårdsrädsla efterfrågades av flertalet tandhygienister.

**Konklusion:** Tandhygienisterna är *medvetna* i sitt arbete med tandvårdsrädda patienter.

**Nyckelord:** innehållsanalys, medvetenhet, tandhygienist, tandvårdsrädsla

# **Dental hygienists' perceived experiences of identifying and of treating patients with dental anxiety**

## **- A qualitative study**

Author: Sandra Torefalk  
Lina Holmén  
Supervisor: Carina Mårtensson  
Empirical study

2009 05 18

### **Abstract**

**Aim:** The aim of this study was to illustrate how dental hygienists in general dental practice identify patients with dental anxiety and their experience of treating them.

**Material and method:** The material for the study was obtained through interviews with eleven dental hygienists working in general dental practice in Kristianstad and surrounding areas. The interviews were analysed through a qualitative content analysis. The interviews were transcribed and analysed that resulted in three categories describing their experiences. The categories were the patients' behaviour, the dental hygienists' psychological state and how they managed the patients.

**Result:** The dental hygienists try to stay calm and focused during the treatment of patients with dental anxiety. They are determined to try their best to give the patient satisfactory treatment and also try to plan the treatment in cooperation with the patient. The dental hygienists do not experience any noticeable stress or uneasiness during the treatment of patients with dental anxiety. A majority of the dental hygienists say they need more knowledge about dental anxiety.

**Conclusion:** Awareness is the main focus of the dental hygienists during the treatment of patients with dental anxiety.

**Keywords:** awareness, content analysis, dental anxiety, dental hygienist

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Introduktion</b>	<b>1</b>
<b>Syfte</b>	<b>3</b>
<b>Material och metod</b>	<b>3</b>
<i>Forskningsansats</i>	3
<i>Informanter</i>	4
<i>Dataanalys</i>	4
<b>Etiska aspekter</b>	<b>6</b>
<b>Resultat</b>	<b>7</b>
<i>Tandhygienisternas medvetenhet om patientens beteende</i>	8
Tandhygienisternas medvetenhet om tandvårdsrädsla	8
patienters rädlereaktion	
<i>Tandhygienisternas medvetenhet om sitt psykologiska tillstånd</i>	9
Tandhygienisternas medvetenhet om sina egna känslor	9
<i>Tandhygienisternas medvetenhet om sin hantering av tandvårdsrädsla</i>	11
<i>patienter</i>	
Tandhygienisternas medvetenhet om sitt eget beteende	11
Tandhygienisternas medvetenhet om sin behandlingsstrategi	11
<b>Diskussion</b>	<b>13</b>
<i>Metoddiskussion</i>	13
<i>Resultatdiskussion</i>	15
<b>Referenser</b>	<b>18</b>
<b>Bilagor</b>	<b>22</b>
<i>Bilaga 1</i>	22
<i>Bilaga 2</i>	23
<i>Bilaga 3</i>	24

## INTRODUKTION

Tandvårdsrädsla förekommer hos ungefär 2,5 till 20 procent av befolkningen beroende på population och mätmetoder (1 - 8). Tandvårdsrädsla är rankad som femma på en lista bland de vanligaste rädslorna eller situationerna (9). Trots en stor utveckling inom modern tandvård har förekomsten inte minskat under de senaste 30 till 40 åren. Det finns en skillnad mellan män och kvinnor där kvinnor visar en högre grad av tandvårdsrädsla (2, 4, 10, 11). Det har också visat sig att äldre personer ofta är mindre tandvårdsrädda än yngre personer (8, 12, 13).

Rädsla, fobi och ångest är oftast begrepp som används synonymt. Trots detta skiljer sig dessa begrepp definitionsmässigt. Rädsla är en reaktion på ett hot som upplevs just i den specifika situationen och rädslan försvinner när hotet inte längre finns (14). Rädslan kan bero på yttre och inre faktorer. En yttre faktor är ett resultat av en direkt eller indirekt upplevelse av ett specifikt trauma. Det senare är en individrelaterad faktor som kan ge en ökad känslighet och sårbarhet hos individen efter påverkan från andra, till exempel rädsla som en nära anhörig uttrycker (15 - 17). Fobi kännetecknas som en irrationell stark rädlereaktion. Denna rädsla ger upphov till ett konstant undvikande av den situation som upplevs obehaglig och påverkar det dagliga livet för dessa individer. Ångest karaktäriseras av negativa känslor och, för de drabbade, katastrofiska tankar. Rädsla är ofta orsaken till ångest. Rädslan upplevs under den jobbiga situationen medan ångesten pågår längre än rädslan, både före och under upplevelsen (18).

Tandvårdsrädsla beror oftast på en reaktion av en upplevelse i tandvårdssituationen som har varit traumatisk (15 - 17). Ofta har denna upplevelse skett i barndomen (19). Den viktigaste orsaken till tandvårdsrädslan har visat sig vara upplevelsen av ett dåligt bemötande från tandläkaren. Det finns också ett tydligt samband mellan föräldrars tandvårdsrädsla och deras barns. Barn vars föräldrar är tandvårdsrädda visar oftare rädsla vid tandvårdsbesök än barn vars föräldrar inte är tandvårdsrädda (20). När individen skapat en rädsla och en negativ bild av tandvård formas en negativ cirkel som lätt kan överföras till nya tandläkare och tandvårdssituationer. På så sätt kommer rädslan att pågå och utvecklas eftersom patienten känner bristande självkänsla till att hantera situationen samt de negativa förväntningarna på tandvården som finns. En konflikt skapas då mellan tandvårdsrädslan och tillhörande känsla att undvika tandvård, ställt mot personens vilja att hitta en lösning på problemet. Denna

konflikt kan ge upphov till att personen får ett bristande självförtroende, men det kan även ge konsekvenser för välbefinnandet (16).

Personer som uppvisar flera rädslor än tandvårdsrädsla upplever en mer negativ livs- och tandvårdssituation (21). De är mer benägna att avboka sin tid på en tandvårdsklinik, går mer sällan till tandläkare än andra, uppvisar ett sämre munstatus och är även mindre nöjda med hur deras tänder ser ut (16, 22). Tandvårdsrädda som undviker tandvård har fler saknade tänder, samt mer karies och parodontit (8).

Den mest effektiva behandlingen av extremt tandvårdsrädda består av olika beteendeariktade behandlingsmetoder som till exempel psykologisk-fysiologisk terapi, relaxationsterapi, kognitiv terapi samt hypnos. Premedicinering, lustgas och sedering är andra exempel på hjälpmedel som kan erbjudas patienten. Med extremt tandvårdsrädda personer menas de som lider av fobi för tandvårdssituationer. Syftet med behandlingen är att öka patienternas känsla av kontroll samt att stärka deras självkänsla i tandvårdssituationen. Det har visat sig att denna behandling fungerar, men hos 25 till 30 procent av patienterna kvarstår tandvårdsrädslan. Risken för ett negativt behandlingsresultat är större om patienten även har andra starka rädslor förutom sin rädsla i tandvårdssituationer (16, 22).

Problem med negativa reaktioner hos patienten i tandvårdssituationen kan påverka både den tekniska och personliga kvaliteten av den tandvård patienten erhåller. Reaktioner som patienten uttrycker kan skapa höga stressnivåer hos tandläkaren vilket kan påverka behandlingen som i sin tur påverkar patienternas vård. Studier har visat att flera behandlingssituationer upplevs som stressande av tandläkare. Sådana situationer kan vara när patienter inte uppger en exakt anamnes, inte upprätthåller en god munhygien eller att behandla rädda patienter (23, 24). I en studie gjord av Moore et al (2001) framkom att majoriteten av tandläkarna som deltog ofta upplevde sig kunna känna igen tandvårdsrädsla hos sina patienter, medan ett fåtal uppgav att de alltid gjorde det. De vanligaste anledningarna till tandvårdsrädsla hos patienterna var enligt tandläkarna: smärta, traumatisk behandling, psykologiska problem eller att de kände att de skämdes över sitt tandstatus (25).

En orolig patient kan leda till osäkerhet och stress vid olika behandlingssituationer. Dessa patienter kan ofta behöva längre behandlingstid. Detta ger inte en ekonomisk vinst på kort sikt, vilket kan upplevas som stressande. Oroliga patienter kan även ha ett oförutsägbart

beteende och som behöver tidskrävande behandling. Tandläkare och tandhygienister samt övrig tandvårdspersonal bör erhålla mer kunskap om tandvårdsrädsla och om hur de ska hantera sin egen stress i anslutning till behandling av dessa patienter (25).

Tandvårdsrädsla skapas ofta i unga år och studier pekar på att rädslan är betydligt vanligare bland barn och unga vuxna än hos äldre vuxna (26). En tandhygienist har ofta en tidig och regelbunden kontakt med barn och deras föräldrar. I denna kontakt spelar tandhygienisten en viktig roll i förebyggandet av tandvårdsrädsla genom att bilda förtroende och tillit för att skapa en god relation till patienten. För tandhygienisten är det därför viktigt att ha goda kunskaper och god förståelse för psykologiska reaktioner som kan yttra sig i olika tandvårdsituationer (8).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa hur tandhygienister på Folktandvårdskliniker för allmäntandvård identifierar tandvårdsrädda patienter och uppfattar att behandla dessa.

## **MATERIAL OCH METOD**

### **Forskningsansats**

Avsikten med denna studie var att undersöka hur tandhygienister identifierar tandvårdsrädda patienter och uppfattar att behandla dessa. Detta gjordes genom en kvalitativ ansats med en halvstrukturerad intervju som metod vilket innebär en kombination av öppna och slutna frågeställningar. Kvalitativa metoder används företrädesvis när forskaren söker djupare förståelse om företeelser, interaktioner och händelser (27). De insamlade intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys (28). En kvalitativ innehållsanalys fokuseras på att beskriva variationer genom att skillnader och likheter identifieras i textinnehåll. Dessa skillnader och likheter placeras sedan i kategorier och teman i olika nivåer.

## **Informanter**

Deltagarna som ingick i studien var verksamma tandhygienister som arbetade på Folktandvårdskliniker för allmäntandvård i Skåne. Klinikerna som valdes ut skulle ha mellan två till tre tandhygienister anställda samt ligga i Kristianstad med omnejd för att kunna utföra intervjuer inom en snäv tidsram. Ett brev om studien och dess syfte skickades ut till de 20 tandhygienister som enligt Region Skånes hemsida arbetade på Folktandvårdsklinikerna som stämde överens med dessa kriterier. Adresserna letades upp via adressökning på Internet. Tandhygienisterna på dessa kliniker fick brev med förfrågan om deltagande i studien. En vecka efter utskickad förfrågan ringdes alla tandhygienister upp som hade fått brevet med information om studien. För att bilda en lista över vilken ordning tandhygienisterna skulle kontaktas via telefon drogs namnen på de 20 tandhygienisterna slumpmässigt. Tolv tandhygienister av de 20 som hade mottagit brevet tackade ja till att delta i studien efter telefonsamtal. Av dessa tolv blev en tandhygienist sjuk på intervjudagen och kunde därmed ej delta. De elva deltagarna var kvinnor mellan 23 och 60 år och erfarenheten av att arbeta som tandhygienist varierade från två till 28 år. Vid telefonkontakten bokades datum för intervju. Intervjuerna gjordes av författarna och utfördes i ett rum som tandhygienisten själv valt på den klinik som hon arbetade. Intervjun gjordes med hjälp av en intervjuguide (Bil. 3) som innehöll öppna frågor. En intervjuguide är en mall som intervjuaren utgår ifrån men som ändå ger utrymme för intervjuaren att ställa spontana frågor vilket gör intervjun mer lik en vanlig konversation (29). Författarna turades om att intervjua och vara bisittare. En författare utförde en hel intervju medan den andra författaren satt bredvid och skötte bandspelaren. Intervjuerna tog mellan 5 -10 minuter att genomföra och samtliga intervjuer spelades in på band. När alla intervjuerna var utförda avlyssnades banden av båda författarna och sedan skrevs dessa ned i textformat, så kallad transkribering. Utskrifterna av intervjuerna resulterade i 33 A4-sidor i textformat. Provintervjuer utfördes med två tandhygienister vid Högskolan i Kristianstad.

## **Dataanalys**

Dataanalysen av de textade intervjuerna genomfördes med hjälp av innehållsanalys (28) och samtliga moment utfördes av båda författarna. I intervjuerna eftersträvas förståelse och helhetsbegrepp för att få fram det centrala meningsinnehållet. Vid analys av materialet var det



första steget att intervjuerna skrevs ut ordagrant från bandinspelningarna som gjordes under intervjun, så kallad transkribering. Alla transkriberade intervjuer lästes noggrant igenom för att ytterligare tydliggöra och bekanta sig med texten. Efter detta togs betydelseenheter ut. Dessa bestod av ord, meningar och utsagor vilka hade ungefär samma kontenta och som svarade mot syftet för studien (28). I dessa mindre enheter tolkades innebörden i meningarna utifrån sammanhanget i dessa samt dess konkreta betydelse. Nästa steg var reduktion och kondensation av meningarna. Kondensering innebär att texten reduceras utan att tappa sin ursprungliga betydelse (30). Det sista steget i analysen var att abstrahera materialet. Detta innebar att koder, kategorier och ett tema skapades utifrån materialet. Koderna placerades i grupper utifrån det samband de hade med varandra. Varje grupp fick ett arbetsnamn. Nästa steg var att grupperna analyserades och detta resulterade i sin tur i olika kategorier och underkategorier (28).

Det som kännetecknar innehållsanalysen och som spelar en central roll i analysarbetet är skapandet av kategorier (31). Kategorierna bildar det så kallade manifesta innehållet vilket innebär de synliga delarna av vad texten säger (28). Med kategorier menas att en rad olika koder, som har något gemensamt innehållsmässigt, sammanlänkas. Alla kategorier ska vara olika men ändå kunna skildra själva undersökningsområdet i olika perspektiv (28). Koderna ska inte kunna placeras under fler än en kategori eller mellan två olika kategorier. Även underkategorier bildades och detta för att kunna göra kategoriernas innehåll mer tydligt (32). Citat från de transkriberade intervjuerna togs ut för att förtydliga kategorierna och dess innebörd (29).

Ett övergripande tema på texten, utifrån kategorierna som helhet, bildade det latent innehåll vilket förklarar den underliggande meningen av texten. Både det manifesta och latent innehåll handskas med tolkningar, men djupet av abstraktionsnivån skiljer dem åt. Det manifesta innehållet består av det som uttrycks direkt i texten medan det latent innehåll innebär att undersökaren gör en tolkning av textmassan (28). För att få fram det latent innehåll i materialet och även kategoriernas underliggande mening utformades ett tema (28). Temat blev; *tandhygienisternas medvetenhet*. Temat speglar hur tandhygienisten i sin profession är medveten om hur patienten betar sig, sina egna känslor samt hur hon ska hantera sin tandvårdsrädda patient.

Koderna, kategorierna och temat gav ett övergripande begrepp och beskrivningar av resultatet (se figur 1).

<b>Tema</b>	Tandhygienisternas medvetenhet			
<b>Kategori</b>	Patientens beteende	Psykologiskt tillstånd	Hantering	
<b>Underkategori</b>	Rädslereaktion	Tandhygienisternas känslor	Tandhygienisternas beteende	Behandlingsstrategi
<b>Koder</b>	Flykt Impulsiv Spänd Tysta Pratiga Hyperventilation Nästan svimmat Panik Svettiga Skriker Kontroll Ansiktsuttryck Ångest Ledsen Sura Aggressiva Kontrollerande Otrevliga Arroganta Arga Psykologisk obalans	Känsla av att vara hemsk Skuld känslor Jobbigt Kunskap Vilja att hjälpa Ingen bekräftelse Olönsamhet Utmaning Svårigheter Oförståelse Tycka synd Medlidande	Lugn Mer medveten Alert Mer försiktig Professionell Bjuda på sig själv Pedagogisk Visa respekt Ta på allvar	Få dem avslappnade Målsättning Patientens förutsättningar Få med sig patienten Pauser Patienten bestämmer Överdrivet omhändertagande Skapa förtroende Längre behandlingstid Skapa trygghet Behandla som alla andra Se hela patienten Informera/berätta/förklara Visa Snäll Patientmedveten Prata med kollegor Kroppskontakt Konversation Smärtlindring Samtalsterapi

Figur 1: Koder från innehållsanalys om tandhygienisters uppfattning av att identifiera och behandla tandvårdsrädda patienter, som i sin tur ledde till underkategorier, kategorier och ett tema.

## ETISKA ASPEKTER

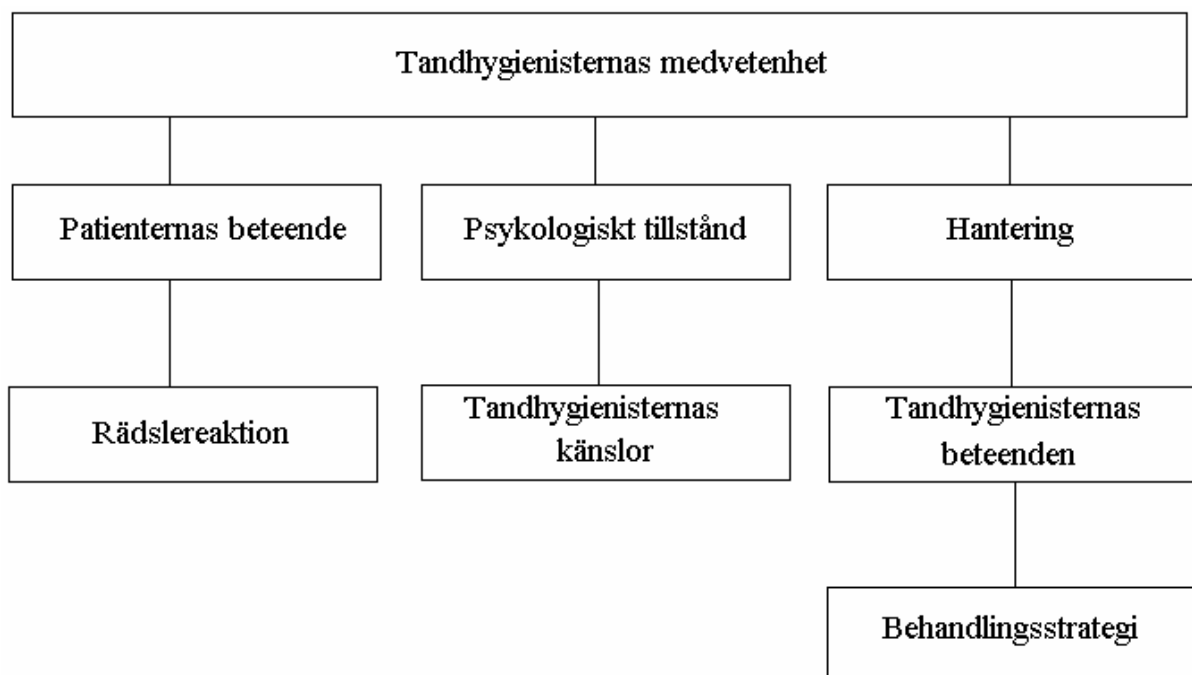
Alla deltagare fick en skriftlig förfrågan per post (Bil.1) där det framgick att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att ange orsak. Det framgick även att allt intervju material behandlas konfidentiellt och alla namn och inspelningsband skulle koda. Med konfidentialitet menas att forskarna vet eller kan ta reda på vem det är som sagt vad, men sprider inte informationen vidare (33). Allt material till studien förvarades inlåst hos författarna och när examensarbetet är färdigställt kommer allt material att förstöras. Innan intervjun startades och bandspelaren sattes på fick varje tandhygienist skriva på ett

medgivandeformulär (Bil. 2). Alla medgivandeformulär kodades i nummerordning efter i vilken ordning de blev intervjuade och en kodlista skrevs.

## RESULTAT

Analysen av intervjuerna gav ett övergripande tema som står för det latent innehåll av det insamlade materialet; Tandhygienisternas medvetenhet.

Tre kategorier med totalt sex underkategorier beskrev det manifesta innehållet av hur tandhygienister som arbetade på Folktandvårdskliniker inom allmäntandvård identifierade tandvårdsrädda patienter och uppfattade att behandla dessa (se figur 2).



Figur 2: Huvudtema, kategorier och underkategorier som belyser hur tandhygienister identifierar tandvårdsrädda patienter och hur de uppfattar att behandla dessa.

## **Tandhygienisternas medvetenhet om patientens beteende**

Denna kategori baseras på hur tandhygienisterna uppfattade och identifierade tandvårdsrädsla. De intervjuade berättade om mötet med tandvårdsrädda patienter och samtliga nämnde olika reaktioner som de ansåg vara utmärkande för denna grupp. De flesta tandhygienister nämnde att flertalet tandvårdsrädda patienter berättade för sin vårdgivare att de är rädda men att de som inte säger något kan med kroppsspråk eller genom kommunikation medvetet eller omedvetet visa sin rädsla. Underkategorin i denna kategori är: *Tandhygienisternas medvetenhet om tandvårdsrädda patienters rädlereaktion.*

### **Tandhygienisternas medvetenhet om tandvårdsrädda patienters rädlereaktion**

De intervjuade var eniga om att de tandvårdsrädda patienterna spänner sig och svettas. De berättade att de kunde märka att en patient spänner sig genom att denna kunde hoppa till när de rörde vid något i munnen som i vanliga fall inte brukar uppfattas som smärtsamt eller obehagligt. En del menade också att de kunde se att patienterna var spända genom att titta på deras ansikte där de kunde se till exempel minspel eller ögonknip. Tandhygienisterna upplevde också att en del rädda patienter kunde vara antingen väldigt pratiga under hela behandlingen eller väldigt tysta. Några beskrev också att patienterna kunde visa panik genom att skrika, hyperventilera och nästan svimma eller till och med resa sig upp och gå från behandlingsstolen. En tandhygienist beskrev att hon kunde identifiera tandvårdsrädda genom att märka att de vill ha kontroll över situationen. Detta genom att patienterna hela tiden tittar sig omkring och vill se och veta vad vårdgivaren gör. En del tandhygienister beskrev att de kan ha patienter som berättar att de är rädda men under behandlingen går det jättebra och patienten visar inga typiska tecken på tandvårdsrädsla. I detta fall menade tandhygienisterna att om patienten inte berättat om sin tandvårdsrädsla före behandlingen hade det inte gått att identifiera att patienten var rädd.

Tandhygienisternas gemensamma uppfattning var att vuxna- och barnpatienter inte uttrycker sin tandvårdsrädsla likadant. Barn blir ledsna och uttrycker den ovana situationen i behandlingsrummet genom att gråta. Barn uttrycker sig mer genom kroppsspråket och ett exempel på det är att de vägrar att gapa. Tandhygienisterna jämförde detta med vuxna patienter som ofta blir sura, arga och/eller aggressiva gentemot vårdgivaren. Det är inte sällan de vill ha kontroll samtidigt som de är otrevliga och arroganta. Patienten kan till och med

förmedla, genom sitt kroppsspråk, att de har någon form av psykologisk obalans som till exempel tecken på ångest när de sitter i behandlingsstolen.

*”För det mesta brukar dom berätta att de är tandvårdsrädda, men gör dom inte det får man ju under tiden man behandlar patienten, så har man ju typ koll på reaktion om man svettas eller om man spänner sig eller så, att man har lite kontakt så med patienten, att man ser till helheten för att ibland koncentrerar man sig bara på munnen och ser inte hela patienten.”*  
(Intervju 10)

*”Men en del kan va lite, vad ska man säga, lite sura kanske och då kommer man på att det kanske är så att dom är rädda, det är därför dom har lite aggressiv attityd, kan va det. Många av vill ha, dom vill ha lite kontroll, dom säger du får inte använda det o får inte göra det och får inte röra den tanden.”* (Intervju 1)

## **Tandhygienisternas medvetenhet om sitt psykologiska tillstånd**

Denna kategori utgörs av en underkategori; *tandhygienisternas medvetenhet om sina egna känslor*. Här ställs tandhygienisternas känslor och empati i fokus angående mötet med tandvårdsrädda patienter.

### **Tandhygienisternas medvetenhet om sina egna känslor**

Tandhygienisterna upplevde att de ville hjälpa den tandvårdsrädde patienten att bli av med sin rädsla och de såg det som en utmaning att behandla en rädd patient. Känslan av att vara ”hemska” dök upp hos de flesta informanterna då de upplever att patienten är rädd. En tandhygienist hade känslan av att det kan vara ”jobbigt” att behandla tandvårdsrädda patienter. En del upplever att den tandvårdsrädde patienten får dem att känna skuld-känslor. De menar att patienten ger ifrån sig signaler som kan tolkas som att det är tandhygienistens fel att de behöver tandvård. Några tandhygienister beskrev en känsla av oförståelse för patientens reaktion eller handlande i tandvårdssituationen. Detta kan förklaras med att det ibland kan vara svårt att identifiera tandvårdsrädsla.

*” Jag känner ju att jag vill försöka hjälpa dom så att de kan genomgå den behandlingen som dom behöver så dom slipper ha värk och bara komma akut då. Det är ju ingen vidare livskvalitet och inte ha tänder som man vågar le eller knappt kan äta.” (Intervju 4)*

*”Jag hade en patient som grät hysteriskt när hon kom in i rummet och, liksom en vuxen kvinna då som inte hade varit på många år, och som inte ville, men som ändå hade samlat kraft för att komma för något akutbesvär och sen. Alltså till viss del kan man ju tycka det är jobbigt att behandla en sådan patient, men inte jättemycket ändå.” (Intervju 3)*

Flera tandhygienister var eniga om att de önskar sig mer kunskap kring tandvårdsrädsla för att kunna underlätta behandlingen för både patienten och sig själva och att känna att deras hantering av patienterna görs på bästa möjliga sätt. En tandhygienist berättade att när patienten inte kommer tillbaka på ett återbesök på grund av att de har ringt återbud eller uteblivit, känner tandhygienisten att hon inte får bekräftelse på om behandlingen lyckats eller inte. Ett annat hinder som tandhygienisterna kände av var ekonomin då tandvårdsrädda patienter ofta behöver längre behandlingstid och eventuella hjälpmedel vilket inte ger ekonomiska vinster på kort sikt.

*”Gå på nån kurs kanske, ha nån på kliniken som har lite mer erfarenhet med just tandvårdsrädda patienter då o lite mer information kanske eller ännu mer utbildning eller nått såntdära för att vi har ju inte så mycket, jag vet inte hur mycket ni har men vi har haft sådär jättemycket.” (Intervju 9)*

*”Jag vet ju att vissa har sysslat med hypnos och fått goda effekter av det, jag har inga erfarenheter av det själv. Ett tag hade vi en tandläkare här som jobbade, han som hade gått lite kurser och kunde lite grann, ehm det tror jag hade varit jättebra, det tror jag är enklare än lustgas och...Premedicinera, visst kan man göra det men man kanske inte kommer över tröskeln, man kanske aldrig, asså, jag tror ju mer på det psykologiska egentligen. Det är svårt att få tid till det, det kostar ju pengar” (Intervju 2)*

## **Tandhygienisternas medvetenhet om sin hantering av tandvårdsrädda patienter**

Hantering av tandvårdsrädda patienter är denna kategoris främsta innehåll. Den består av två underkategorier; *tandhygienisternas medvetenhet om sitt eget beteende* och *tandhygienisternas medvetenhet om sin behandlingsstrategi*.

### **Tandhygienisternas medvetenhet om sitt eget beteende**

Samtliga tandhygienister berättade om hur de försöker vara lugna när de har en tandvårdsrädd patient i behandlingsstolen och försöker få dem att känna sig trygga. En tandhygienist menade att det är viktigt i mötet med tandvårdsrädda att vara professionell. En annan tyckte att det var viktigt att få dessa patienter att känna att de blir tagna på allvar och att visa dem respekt. Det berättades också att tandvårdsrädda bör behandlas som alla andra människor och en tandhygienist tyckte att det var viktigt att bjuda mycket på sig själv.

*”Jag känner att man måste ta det lugnt, att man måste visa patienten för det är ju inte min rädsla, jag ska ju försöka hjälpa patienten att komma ur rädslan och då får ju jag försöka vara lugn.”* (Intervju 1)

*”Jag tycker att det är viktigt i vårt yrke att vi behandlar varje människa efter deras förutsättningar och att vi är lugna och fina i vårt professionella sätt att se.”* (Intervju 2)

### **Tandhygienisternas medvetenhet om sin behandlingsstrategi**

Behandlingsstrategin gick enligt tandhygienisterna ut på att kunna få den tandvårdsrädda patienten avslappnad och trygg. Det var även viktigt att försöka få med sig patienten genom att arbeta mot ett rimligt mål. Exempel på detta kan vara att tillsammans med patienten bestämma vad som, vid dagens behandling, ska göras och vad den tandvårdsrädda skall och vill klara av. En annan viktig aspekt som framkom var att behandla patienten efter dess förutsättningar och det är patienten som bestämmer vad som ska göras. Några tandhygienister beskrev att ett viktigt steg för att patienten ska få förtroende för vårdgivaren var att lära känna patienten och därmed skapa en relation. Hela patienten ska ses, det är inte bara munnen som ska vara i fokus. Längre behandlingstid samt pauser och att vara ”överdrivet” omhändertagande var andra exempel som beskrevs och som skiljde behandlingen med tandvårdsrädda patienter jämfört med icke-rädda patienter. Några av tandhygienisterna tyckte

inte detta var så viktigt utan ansåg att behandlingen skulle utföras som behandlingar med icke-tandvårdsrädda patienter. De flesta tandhygienisterna ansåg att information är ett absolut måste när de har en tandvårdsrädd patient i behandlingsstolen. De förklarar samt berättar och visar vad som händer hela tiden under behandlingen för att förhindra att patienten rycker till och även för att inge en trygghet hos vårdtagaren. Tandhygienisterna uppgav sig vara mer patientmedvetna i en situation som involverar en tandvårdsrädd patient och läser av kroppsspråket för att veta om patienten upplever till exempel obehag under behandlingen. De har även mer kroppskontakt och kan lägga en hand på patientens axel när dem till exempel frågar patienten om det går bra eller om det känns jobbigt för patienten. Tandhygienisterna kunde även ta hjälp av sina kollegor angående råd eller tips och inspiration om hur de ska kommunicera med en tandvårdsrädd patient.

Det finns en rad professionella hjälpmedel som kan underlätta behandlingen av en tandvårdsrädd patient och som bidrar till att patienten blir mer avslappnad under behandlingen. Under intervjuerna kom det fram att de flesta av tandhygienisterna var bekanta med hjälpmedel som; behandling hos psykolog, hypnos, samtalsterapi och behandling hos terapeut. Detta gäller främst de vuxna patienterna medan barn ofta får inskolning på kliniken för att bli mer vana vid tandvårdssituationen och dess miljö innan en behandling utförs. Det finns även hjälpmedel som är av mer medicinsk karaktär och tandhygienisterna nämnde; lustgas, premedicinering, sedering, lugnande samt smärtlindring i form av lokalanestesi.

*”Viktigt att man pausar o har kontakt med patienten och kanske avbryter behandlingen om det är för jobbigt och fortsätter nästa gång så patienten känner sig att, att man är respekterad och att det känns okej och det är viktigt att när dom lämnar kliniken eller dörren att dom känner sig att det har vart bra och att det är okej att då, komma tillbaka. [...] Just informationen och kontakten med patienten o pausa lite emellan och ha hela tiden koll på hur går det? Hur känner du? Och vad tycker du? [...] Det är väl mest på kliniken så hjälper vi ju varandra, alltså man stödjer varandra och ger varandra tips och så.” (Intervju 10)*

*”Jag brukar förklara i vanliga fall men att man kanske tänker på det lite mera och förklarar lite mera och visar lite mera.” (Intervju 2)*

*”Alltså jag har ju haft patienter som är premedicinerade innan som då ju har fått nått piller. Det har ju varit vuxna patienter som har fått piller innan så att dem är lugna o då gäller det*



*alltså stängd dörr, man talar hela tiden om vad man ska göra. Jag har även haft en patient som har varit fruktansvärt tandvårdsrädd som har haft, inte psykolog med sig men en beteendevetare med sig som har filmat hela vårt besök tillsammans.” (Intervju 6)*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

I syfte att beskriva hur tandhygienister på tandvårdskliniker för allmäntandvård identifierar tandvårdsrädda patienter och upplever att behandla dessa genomfördes intervjuer som analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Begreppen tillämplighet, överensstämmelse, trovärdighet och noggrannhet kan fastställa datainsamlingens och dataanalysens säkerhet i kvalitativa studier (33).

Förväntningarna innan intervjuerna var att tandhygienister upplever stress, olust och okunskap gällande hantering och identifiering av tandvårdsrädda patienter.

Anledningen till valet av en kvalitativ metod var att den till studiens syfte ansågs vara den mest lämpliga. Detta för att få fram tandhygienisternas känslor och upplevelser som inte skulle komma fram i en kvantitativ metod. Valet av undersökningsgrupp baserades på att informanterna skulle ha en bakgrund inom området som skulle studeras. Informanterna som valdes bestod av elva tandhygienister och dessa ansågs lämpliga då de bestämda kriterierna därmed kunde uppfyllas. Alla tandhygienister skulle ha erfarenhet av att behandla tandvårdsrädda patienter, men då vi endast sökte dem som var verksamma var det en förutsättning att de hade erfarenhet. För att få mer uttömmande svar, av tandhygienisterna som intervjuades, kunde kriterier ha satts upp för hur länge tandhygienisten skulle ha varit verksam inom yrket. Detta gjordes inte, men tandhygienisterna som deltog hade trots detta erfarenhet från två till 16 år. Variationen i sig kan ha varit positiv då lång erfarenhet i sig inte behöver betyda att man är mer medveten. Detta visades genom att några av tandhygienisterna som hade mest erfarenhet gav minst uttömmande svar vid intervjuerna, vilket kan bero på att de var stressade eller på författarnas bristande erfarenhet av intervjuteknik. Stressen hos tandhygienisterna kan ha uppstått i och med att informationsbrevet innehöll en redan förbestämd tid på intervjuerna och att dessa skulle ske på arbetsplatsen. Detta kan ha lett till att tandhygienisterna försökte hinna med en intervju trots att en egentlig tid inte fanns.

Intervjuerna tog mellan 5-10 minuter. En sådan pass kort intervju kan inte leda till någon djupare förståelse inom ett område, vilket också kan vara anledningen till att en del tandhygienister inte gav så uttömmande svar. För att få en djupare förståelse inom ett område är det nödvändigt att avsätta tillräckligt med tid. Detta för att intervjupersonen och forskarna ska känna sig avslappnade och trygga i intervjusituationen och därmed skapa ett ömsesidigt förtroende gentemot varandra. Det kan bidra till en mer uttömmande intervju och på så sätt ett mer trovärdigt resultat (34).

Gruppen bestod endast av kvinnor i åldersgruppen 23-60 år och alla var verksamma tandhygienister på Folktandvårdskliniker för allmäntandvård i Kristianstad med omnejd. Denna spridning av ålder anses positivt då tandhygienisterna därmed har olika erfarenheter av sitt yrke och behandling av tandvårdsrädda patienter. Däremot kan det vara en nackdel att endast kvinnliga tandhygienister deltog i studien då det kanske hade blivit ett annorlunda resultat om manliga tandhygienister hade fått berätta hur de identifierar och upplever att behandla tandvårdsrädda patienter. Det är möjligt att män och kvinnor hanterar sina patienter på olika sätt.

Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum på kliniken där tandhygienisten arbetade. Detta rum valdes ut av tandhygienisten själv för att de skulle känna sig avslappnade och befinna sig i en trygg miljö (35). Avskildhet under intervjuerna var att föredra för att få ut så mycket som möjligt av varje tandhygienist och deras erfarenheter inom området utan onödiga avbrott. Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervjua. Trots detta fungerade alla intervjuer bra från första intervjun. Detta kan bero på att en intervjuguide användes för att författarna skulle inkludera samtliga frågor vid varje intervjutillfälle och för att de skulle känna trygghet och stöd under intervjun. Författarna turades om att intervjua och vara bisittare. En nackdel med att det var två som utförde intervjuerna var att det kan ha skapats en obalans i maktsituationen. Med detta menas att intervjuerna får ett övertag och intervjupersonen kan känna sig underlägsen. En fördel med denna teknik kan ha varit att en trygghet kunde skapas mellan författarna och intervjudeltagaren då det är två som tolkar och försöker förstå det som kommer fram under intervjun (36).

Datinsamling, transkribering och analys genomfördes av båda författarna vilket gör att trovärdigheten blir bättre. Genom att intervjuer återgavs i original stärktes överensstämmelsen och noggrannheten i analysprocessen. Citaten förstärker innehållet av de

olika kategorierna och har ej förvrängts för att bättre passa in i sammanhanget. Försök till objektivitet genomsyrade hela arbetets gång. En social process skapas mellan två människor som samtalar. Denna process skapades också mellan tandhygienisterna och författarna. Även om information från intervjuerna kan bidra till en social process vid intervjutillfället mellan tandhygienisterna och forskarna kan, informanterna medvetet eller inte, ha gissat sig till vad författarna önskade för svar och därmed kan objektiviteten ha påverkats. Studiens resultat stärks genom att det presenteras med hjälp av en modell innehållande det manifesta och det latent resultatet. Detta visar på ett noggrant och slutgiltigt resultat av studien då hela arbetets gång presenteras illustrativt.

Ett medgivandeformulär har skrivits under av alla informanter och de har informerats om studiens syfte samt fått tillfälle att ställa frågor till författarna. Informanterna var medvetna om att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att orsak skulle behöva anges. För att konfidentialitet skulle uppnås kodades intervjuerna på ett sätt som inte kunde härledas till någon specifik informant. Materialet som insamlats förvarades i ett låst och brandsäkert utrymme.

En aspekt är att resultatet möjligen skulle ha blivit annorlunda om informanterna i förväg inte hade fått reda på studiens syfte. I nuläget hade informanterna möjlighet att uppdatera sig och läsa in sig på det område som skulle studeras och på det sättet påverka resultatet samtidigt som de i informationsbrevet fick bakgrundsinformation om tandvårdsrädsla. Det fanns ingen etisk möjlighet att göra detta då informationskravet inte skulle upprätthållas (37) och som till följd kunde medföra en risk att informanterna skulle tacka nej till att delta i studien.

## **Resultatdiskussion**

Huvudresultatet av studien var att tandhygienisterna försökte att fokusera på att hjälpa och behandla den tandvårdsrädda patienten på ett så tillfredställande sätt som möjligt.

Tandhygienisterna upplevde ingen märkbar stress eller olust i anslutning till behandling av tandvårdsrädda patienter. Kunskap efterfrågades av flertalet tandhygienister.

### **Tandhygienisternas medvetenhet om tandvårdsrädda patienters rädlereaktion**

Den första kategorin beskrev hur tandhygienisterna uppfattade och identifierade de tandvårdsrädda patienterna. Underkategorin var *tandhygienisternas medvetenhet om*

*tandvårdsrädda patienters beteende*. Flera tandhygienister beskrev hur de kände igen tandvårdsrädsla men de hävdade också att de inte alltid kunde upptäcka rädslan. I en studie gjord av Moore et al (2001) framkom att majoriteten av tandläkarna som deltog ofta upplevde sig kunna känna igen tandvårdsrädsla hos sina patienter, medan ett fåtal uppgav att de alltid gjorde det (25). De intervjuade tandhygienisterna var eniga om att de tandvårdsrädda patienterna spänner sig och svettas. Karaktäristiskt för patienter med tandvårdsrädsla är att de svettas. Andra tecken kan vara: hudrodnad, skakningar och hjärklappningar (20). Inga av dessa andra tecken togs upp av någon av tandhygienisterna. Anledningen kan vara att det kanske är ovanligt att tandhygienister på folktandvårdskliniker behandlar patienter med extrem tandvårdsrädsla. Dessa patienter går oftast till specialister inom området som allmäntandvården samarbetar med. Några tandhygienister beskrev att de kunde märka att patienterna spände sig och ville ha kontroll över behandlingen. Gadbury-Amyot et al. (2000) menar att den största anledningen till tandvårdsrädsla är rädsla för smärta. Detta kan vara anledningen till att många patienter spänner sig (26). Känslan av avsaknad av kontroll över tandvårdssituationen är också en anledning till patientens rädsla och beteende (26).

### **Tandhygienisternas medvetenhet om sitt emotionella tillstånd**

Denna kategori utgörs av en underkategori; *tandhygienisternas medvetenhet om sina egna känslor*. En tandhygienist upplevde att tandvårdsrädda patienter kunde vara "jobbiga" att behandla. Brist på Kooperation är ofta svårt att hantera och kan leda till tillfällig stress hos vårdgivaren vilket kan upplevas som "jobbigt" (8). En annan aspekt av att behandla tandvårdsrädda är att det inte leder till någon ekonomisk vinst på kort sikt, enligt tandhygienisterna. Tandvårdsrädda patienter behöver mer inskolning, behandlingstid och i vissa fall professionell hjälp. Detta kan enligt Moore et al. (2001) också upplevas som stressande. De flesta tandhygienister tyckte synd om de rädda patienterna och kände empati (25). Flera ansåg att de ville ha mer kunskap inom området för att bättre förstå patienterna samt kunna behandla de tandvårdsrädda på bästa möjliga sätt. Därför hade mer kunskap om tandvårdsrädsla i grundutbildningen varit en god idé. Enligt Skaret et al. är en tandhygienist med kunskap om kommunikation, baskunskaper inom psykologi, tandvårdsrädsla, behandlingsstrategier samt kunskap inom beteendevetenskap en väl kvalificerad kandidat för behandling av tandvårdsrädda patienter (8).

## **Tandhygienisternas medvetenhet om sin hantering av tandvårdsrädda patienter**

Kategorin *Tandhygienisternas medvetenhet om sin hantering av tandvårdsrädda patienter*

består av tre underkategorier: *tandhygienisternas medvetenhet om sitt eget beteende* och

*tandhygienisternas medvetenhet om sin behandlingsstrategi*. Här var de flesta

tandhygienisterna eniga om att det som fungerade bäst och det som de använde mest i sitt

arbete med tandvårdsrädda patienter var att visa och förklara mer för patienten än vad de

normalt brukade göra. Detta för att skapa en trygghet hos patienten. Några tandhygienister

berättade om vikten av att skapa förtroende och en relation till patienten. Skaret et al. (2004)

menar att bilda förtroende och få patienten att känna kontroll över tandvårdsituationen är

grundprinciperna i behandlingen av tandvårdsrädda (8). Det är viktigt att skapa en positiv

relation mellan tandhygienisten och vårdtagaren i syfte att patienten på det sättet ska känna

sig trygg samt respekterad för sin tandvårdsrädsla. Detta är en av de delar som

tandhygieniststudenter lär sig i sin grundutbildning i form av kurser som exempelvis

kommunikation (38).

För att tandvårdsrädda patienter ska känna ökad kontroll över sin behandling ska vårdgivaren

förklara för patienten om instrumenten och varje steg i behandlingen (8). Detta är relativt

enkla principer som hjälper tandhygienisten i arbetet med tandvårdsrädda. Ibland är dessa

principer inte tillräckliga utan professionella hjälpmedel måste tas till. Tandhygienister har en

bred kunskap i vilka hjälpmedel som finns vilket visade sig i resultatet av intervjuerna.

Flertalet nämnde olika professionella hjälpmedel såsom; premedicinering, lustgas,

samtalsterapi och hypnos. Dock finns det alltid en tandläkare inblandad eftersom det är

tandläkaren som är förskrivare av läkemedel. Det som tandhygienisten själv kan göra, som

hon i sitt yrke är som bäst på, är förebyggande tandvård. Ofta är det tandhygienisten som har

den första kontakten med barn vid tandvårdsbesök. Det är också ofta tandhygienisten som

håller i inskolningen på kliniken. I dessa möten finns möjlighet att förebygga tandvårdsrädsla

genom att lära barnen att hantera framtida potentiella smärtfyllda behandlingar (8).

Konklusionen av studiens resultat är att tandhygienister på Folktandvårdskliniker för

allmäntandvård i Kristianstad med omnejd är *medvetna* i sitt arbete med tandvårdsrädda

patienter. De är medvetna om patienternas beteende och relationer, sina egna känslor samt hur

de ska hantera och behandla den tandvårdsrädda patienten. Många studier om tandvårdsrädsla

har presenterats och det är ett etablerat forskningsområde. De flesta av dessa studier är

kvantitativa baserade på psykometriska frågeformulär. Det finns fortfarande begränsade kunskaper inom detta komplexa problem trots intresset för området (16). Då tandvårdsrädda patienter inte utgör en homogen grupp finns det ett behov av att undersöka individuella skillnader i hur rädslan uttrycks och hanteras av tandvårdspersonal.

## REFERENSER

1. Hällström T, Halling A. Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70:438-446.
2. Millgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1988; 116:641-647.
3. Locker D, Liddell A, Burman D. Dental fear and anxiety in an older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:120-124.
4. Haakeberg M, Berggren U, Carlsson S.G. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20:97-101.
5. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31:659-666.
6. Hägglin C, Berggren U, Haakeberg M, Ahlqwist M. Dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden. A study of oral state, utilization of dental services and concomitant factors. *Gerodontology* 1996; 13:25-34.
7. Kent G. A handbook of theory research and treatment. Dental phobias. In G.C.L. Davey (Ed) *phobias*. Chichester, UK: Wiley 1997; 107-127.
8. Skaret E, Soevdsnes EK. Behavioural science in dentistry. The role of dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *Int J Dent Hyg* 2005; 3: 2-6.
9. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. *Comp Psychiatry* 1969; 10:151-156.

10. SIFO. The Swedish Institute of Public Opinion Research. Tandläkarbesök – intervjuundersökning för tandvårnet, 1962:1-18.
11. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:292-296.
12. Hägglin C, Berggren U, Haakeberg M, Hällström T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: A longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res* 1999; 78(10):1655-1661.
13. Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqvist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 451-60.
14. Öhman A. Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanism. In: Louis M, Haviland-Jones JM (eds) *Handbook of emotions*. New York: Guilford press, 1993: 511-536.
15. Weiner A, Sheehan D. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent* 1990; 22:39-43.
16. Henning Abrahamsson K. Dental fear and oral health behavior – studies on psychological and psychosocial factors. Faculty of Odontology The Sahlgrenska Academy at Göteborg University Sweden 2003.
17. Lundgren J, Berggren U, Carlsson S.G. Psychophysiological reactions in dental phobic patients with direct vs. indirect fear acquisition. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35, 3-12
18. Ten Berge M, Veerkamp J, SJ, Hoogstraten J. The aetiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002;16: 321- 29.



19. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 th edn. (DSM-IV). American Psychiatric Association. Whashington, DC: American Psychiatric press, 1994.
20. Moore R, Brødsgaard I, Rosenberg N. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative study. *BioMed Central Psychiatry* 2004; 4: 1-11. (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/10>).
21. Abrahamsson KH, Berggren U, Carlsson C. Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol Scand* 2000;58: 37- 43.
22. Fiset L, Milgram P, Weinstein P, Melnick S. Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *Anesth Prog* 1989; 36:258-264.
23. Weinstein P, Milgrom P, Ratener P, Read W, Morrison K. Dentists' perceptions of their patients: relation to quality of care. *J Public Health Dent* 1978; 38: 10-21.
24. Corah NL, O'Shea RM, Skeels DK. Dentists' perceptions of problem behaviours in patients. *J Am Dent Assoc* 1982; 104: 829-33.
25. Moore R, Brødsgaard I. Dentist's perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 73-80.
26. Gadbury-Amyot, CC et al. Dental Hygiene Fear: Gender and Age Differences. *J Contemp Dent Pract*, 2000. Feb 15;1(2):42-59.
27. Holme IM, Solvang BK. *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur; 1997
28. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2003; 24:105-112.
29. Neuendorf KA. *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks: Sage publications; 2002.

30. Coffey A, Atkinson P. Making sense of qualitative data: complementary research strategies. London: Sage productions; 1996.
31. Cavanagh S. Content Analysis: concepts, methods and applications. Nurse Researcher, 1997; 3: 5-16.
32. Johannesson A, Tufte PA. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod. Malmö: Liber; 2003.
33. Granskär M, Höglund B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Sverige: Studentlitteratur; 2008.
34. Banaka W-H. Djupintervju – teknik och analys. Malmö: Natur och kultur; 1981.
35. Krippendorff K. Content Analysis. An introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage publications; 2003.
36. Thomsson H. Reflexiva intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2002
37. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer - inom humanistiskt - samhällsvetenskaplig forskning. Available from:  
<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>  
[2009-04-24]
38. Högskolan i Kristianstad. Kursplan Oral hälsa I. Available from:  
[http://www.hkr.se/templates/EducationPage\\_\\_\\_\\_3154.aspx?kod=OH8110&language=sv](http://www.hkr.se/templates/EducationPage____3154.aspx?kod=OH8110&language=sv)  
[2009-05-01]

## Bilaga 1

### Medverkan i studie

Tandvårdsrädsla förekommer hos ungefär 2,5 till 20 procent av befolkningen beroende på population och mätmetoder. Den viktigaste orsaken till tandvårdsrädslan har visat sig vara själva upplevelsen av ett dåligt bemötande från tandläkaren. Tandhygienisten spelar en viktig roll i förebyggandet av tandvårdsrädsla genom att bilda förtroende och tillit för att skapa en god relation till patienten.

Vi är två tandhygieniststudenter vid Högskolan i Kristianstad, sektionen för hälsa och samhälle som avser att göra en studie om tandvårdsrädsla. Studien kommer att genomföras som ett examensarbete. Syftet med studien är att beskriva hur tandhygienister inom allmäntandvård upplever att hantera och behandla tandvårdsrädda patienter. Studien ska genomföras med intervjuer där verksamma tandhygienister i Kristianstad med omnejd ska ingå.

Intervjun beräknas ta 15-30 minuter och den kommer att ske i form av ett personligt möte på Din klinik där intervjun kommer att spelas in på band. Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst under din medverkan. Allt intervjumaterial behandlas konfidentiellt och alla namn och inspelningsband kommer att kodas. Med konfidentialitet menas att forskarna vet eller kan ta reda på vem det är som sagt vad, men inte sprider informationen vidare. När vårt examensarbete är färdigställt kommer allt material att förstöras.

Du är en av de 20 tandhygienisterna i Kristianstad med omnejd som får detta brev. Det är endast tio tandhygienister som har möjlighet att medverka vilka väljs ut slumpmässigt. Efter cirka en vecka ringer vi upp er och frågar om deltagande. Ytterligare information om studien kommer att ges muntligt vid telefonsamtalet och då kommer även en tid för intervjun att bokas om ni önskar medverka.

Vi hoppas på en positiv respons från Dig!

Med vänliga hälsningar

.....  
Sandra Torefalk  
Floravägen 50  
29143 Kristianstad  
Telefon: 0761-838236  
E-post: [sandra.torefalk0001@stud.hkr.se](mailto:sandra.torefalk0001@stud.hkr.se)

.....  
Lina Holmén  
Olastorpsvägen 9M  
29139 Kristianstad  
Telefon: 070-5677803  
E-post: [lina.holmen00009@stud.hkr.se](mailto:lina.holmen00009@stud.hkr.se)

Handledare: Leg. Tandhygienist Carina Mårtensson  
Telefon: 044-204074  
E-post: [carina.martensson@hkr.se](mailto:carina.martensson@hkr.se)

## **Bilaga 2**

# **Undersökning av tandhygienisters uppfattning av att behandla tandvårdsrädda patienter**

## **Medgivandeformulär**

Jag har tagit del av den skriftliga informationen.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande under studiens gång.

Jag har dessutom blivit informerad om vilka sekretessregler som gäller för studiens genomförande och samtycker att delta i studien under dessa förutsättningar.

---

Deltagarens namn

---

Datum

---

Textat namn

## **Bilaga 3**

# **Intervjuguide**

### **Bakgrundsinformation**

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du jobbat som tandhygienist?
- Hur lång utbildning har du?
- Hur länge har du jobbat på din nuvarande arbetsplats?
- Vad har du mestadels för patienter?

### **Huvudfrågor**

- Kan du berätta vad du vet om tandvårdsrädsla?
- Kan du berätta hur du märker att en patient är tandvårdsrädd
- Hur känner du när du får intrycket av att din patient är tandvårdrädd?
- Hur påverkas din behandling när du märker att en patient är tandvårdsrädd?
- Kan Du beskriva en eller några händelser/situationer med tandvårdsrädda patienter?
- Finns det något som du kan tänka dig skulle kunna hjälpa dig i ditt arbete med tandvårdsrädda?

### **Följdfrågor**

- Kan Du utveckla detta ytterligare?
- Hur tänkte Du? Hur kände Du?
- Vad tror Du det beror på?
- Hur tror Du att man kan komma till rätta med det?

### **Avslutande**

- Är det något annat som du själv vill ta upp?
- Har du några frågor till oss?
- Kan vi få återkomma om det är något som vi behöver veta mer om?