

Oral hälsa kurs 17
C-uppsats 10 poäng

**Yrkesverksamma tandhygienisters arbetsuppgifter
och dess tidsåtgång**
- en observationsstudie

Datum för examination 2005 05 30

Författare: Jennie Borgström
Marie-Louise Hägneryd

Handledare: Lillemor Jannesson
Examinator: Stefan Renvert

Jennie Borgström & Marie-Louise Hägneryd (2005) Dental hygienists working tasks and the time they use carrying them out. – an observation study

ABSTRACT

The aim of the observation study was to examine the dental hygienists working tasks and the time they used carrying them out. Four dental hygienists were observed during four days each. The total time the dental hygienists used with patients during sixteen fulltime days come to a sum of 89 hours of the possible 111 hours. Twelve hours was late cancels and time when patients didn't come to their appointment and ten hours were used for meetings. Of the total clinical hours approximately a quarter of the total time were used for scaling and one quarter for cleaning, journal notes and administration. Only five minutes of total patient time (89 h) were used for tobacco prevention. Still only a small part of the working tasks the dental hygienists perform can be seen as active health work.

Keywords: Dental hygienists, working tasks.

SAMMANFATTNING

Syftet med observationsstudien var att undersöka vilka arbetsuppgifter yrkesverksamma tandhygienister utförde och tidsåtgången för uppgifterna.

Studien genomfördes som en observationsstudie under 16 heldagar. Fyra tandhygienister observerades under fyra dagar var.

Av 111 möjliga timmar användes 89 timmar för aktivt patientarbete. Tolv timmar var sena återbud och uteblivande och 10 timmar var avsatt för möten. Av de kliniska timmarna åtgick cirka en fjärdedel till scaling och cirka en fjärdedel till städning, journalanteckningar och administration. Endast fem minuter av total patienttid (89 h) användes till tobaksprevention. Fortfarande kan bara en bråkdel av de arbetsuppgifter tandhygienisten utför betraktas som aktivt hälsoarbete.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	5
UTBILDNING	5
KOMPETENS.....	6
ARBETSUPPGIFTER.....	6
DELEGERING.....	8
SYFTE	10
MATERIAL OCH METOD	10
ETISKA ASPEKTER	11
RESULTAT	12
ARBETSUPPGIFTER OCH TIDSÅTGÅNG	13
DISKUSSION.....	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION	18
SLUTSATS	22
REFERENSER	23
BILAGOR	
MALL FÖR OBSERVATIONSSTUDIER AV TANDHYGIENISTERS ARBETSUPPGIFTER OCH TIDSÅTGÅNG.....	BILAGA 1.
MEDGIVANDE AV KLINIKCHEF.....	BILAGA 2.
INFORMATION TILL BERÖRDA PATIENTER.....	BILAGA 3.
INFORMATION TILL BERÖRDA TANDHYGIENISTER.....	BILAGA 4.

INTRODUKTION

Tandhygienisten är en legitimerad yrkesutövare som arbetar med förebyggande munvård, och är som all annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation skyldig att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet (Lag 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

Utbildning

Legitimation kan erhållas efter avlagd tandhygienistexamen.

Tandhygienistutbildningen omfattar idag 80 till 120 poäng beroende på studieort.

Enligt högskolelagen 1 Kap 9 § skall den grundläggande högskoleutbildningen, utöver kunskaper och färdigheter ge studenterna förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga att självständigt lösa problem samt förmåga att följa kunskapsutvecklingen, allt inom det område som utbildningen avser. Utbildningen bör också utveckla studenternas förmåga till informationsbyte på vetenskaplig nivå (Tandhygienist professionell profil 2002).

Dessutom tillkommer de specifika mål som ingår i tandhygienistexamen.

För att erhålla tandhygienistexamen skall studenterna ha

- förvärvat de kunskaper och färdigheter som fordras för att självständigt kunna arbeta som tandhygienist,
- förvärvat kunskaper om munhålets betydelse för det allmänna välbefinnandet och allmäntillståndets inverkan på munhälsan,
- tillägnat sig förmågan att svara för regelbundna undersökningar av munstatus samt att analysera, utreda och dokumentera behov av munhälsovårdande insatser och utvärdera insatta åtgärder,
- utveckla sin självkänedom och förmåga till inlevelse och därigenom med beaktande av en helhetsbild av människan utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående (Högskoleförordningen 1993:100)

Tandhygienisten är genom nämnda lagstiftningar skyldig att kontinuerligt fortbilda sig (Tandhygienist professionell profil 2002).

Den svenska tandhygienistexamen stämmer väl överens med den internationella definitionen som antogs av den Internationella Federationen för Tandhygienister IFDH, 1993.

Kompetens

Den formella kompetensen är reglerad i socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav och behörighet för tandhygienister (SOSFS 2002:12).

Formell kompetens som tandhygienist har den som innehar legitimation som tandhygienist. Kompetens som tandhygienist har även den som

1. Erhållit socialstyrelsens behörighetsbevis/kompetensbevis som tandhygienist eller
2. Har utbildningsbevis över genomgången utbildning till tandhygienist enligt fastställd utbildningsplan, eller
3. Har bevis över sju terminers godkända studier till tandläkare vid odontologisk fakultet i Sverige.

Tandhygienist med kompetens enligt punkterna 1-3 skall arbeta under ledning av legitimerad tandläkare och med fastställd utbildningsplan, avses sådan som är fastställd av vårdhögskola eller högskola (SOSFS 2002:12).

Arbetsuppgifter

Tandhygienistens professionella roll spänner över fem stora områden: hälsofrämjande arbete, klinisk verksamhet, utbildning, administration och ledarskap, forskning och utveckling (Tandhygienist professionell profil 2002).

Hälsofrämjande arbete

Planering och samordning av munhälso- och hälsovårdsprogram och aktiviteter i samarbete med andra hälsoprofessioner. Utveckling av marknadsföringsstrategier för hälsofrämjande initiativ. Information och rådgivning till individer och grupper. Instruktion i munhygieniska hjälpmedel och metoder, kostrådgivning och tobaksförebyggande rådgivning. Dokumentation och utvärdering av process och resultat. Marknadsföring och försäljning av munvårdsprodukter (Tandhygienist professionell profil 2002).

Klinisk verksamhet

Undersökning inkluderande anamnes allmän, oral, kost och insamling av prediagnostiska uppgifter beträffande karies och parodontit vilket innebär registrering av karies-, plack-, gingival-, och fickindex, fästenivå, mobilitet, furkationsinvolvering, saliv- och bakterieprovtagning, röntgenbildtagning, foto, avtryck för modeller.

Dessutom undersökning av slemhinna och bettförhållanden för att rapportera avvikelser från det normala. Diagnostik av karies och parodontit baserad på anamnes, kliniska registreringar enligt ovan, röntgen, saliv- och bakterieanalys. Terapiplanering inom tandhygienistens kompetensområde och där så erfordras i samråd med tandläkare eller annan vårdgivare. Vid undersökning av ny/saneringspatient skall kompletterande undersökning utföras av tandläkare. Behandling i preventivt och kurativt syfte. Fluorbehandling i alla dess distributionsformer, antimikrobiella medel lokalt i munhålan, fissurförsegling och fissurblockering, puts av fyllningar samt polering av tandytor. Scaling, supra- och subgingival, rotplaning och odontoplastik vilket också inkluderar ingrepp i tandens hårdvävnad. Behandling med desensibiliserande medel på känsliga tandhalsar, provisoriska fyllningar och postoperativ behandling i form av suturborttagning och byte av kirurgisk packning. Smärtlindring i form av avslappning, lokalanestesi såsom infiltrations- och ledningsanestesi (Tandhygienist professionell profil 2002).

Receptförskrivning av fluorpreparat, vissa antimikrobiella och smärtstillande medel, enligt Läkeemedelsverkets föreskrifter om rätten för legitimerade tandhygienister att förskriva vissa läkemedel på odontologiska indikationer (LVFS 1997:10).

Dokumentation uppföljning och kvalitetssäkring av insatta åtgärder, patientjournalagen (SFS 1985:562). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:18) om dokumentation av patientbehandling inom tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Utbildning

Framtagning av utbildningsmaterial inom tandhygienistens kompetensområde. Utbildning teoretiskt och kliniskt av tandhygienister, övrig tandvårdspersonal, vård- och omsorgspersonal m fl. Planering, samordning utvärdering av utbildningsprogram och aktiviteter (Tandhygienist professionell profil 2002).

Administration och ledarskap

Ledningsfunktion med administrativa uppgifter samt planerings-, utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete för arbetsenhet/organisation/eget företag. Administration kring patient och klinisk verksamhet (Tandhygienist professionell profil 2002).

Forskning och utveckling

Bevakning, analysering och omsättning av aktuell forskningsbaserad kunskap inom tandhygienistens kompetensområde. Initiering, deltagande i och dokumentation av olika forsknings- och utvecklingsprojekt. Vidareutveckling av tandhygienistens profession och ämnesområde (Tandhygienist professionell profil 2002).

Delegering

Enligt 4 a § tandvårdslagen (1985:125), ändrad 1996:788 med giltighet fr.o.m. 1 januari 1997, har varje enhet inom tandvården att anpassa bemanningen efter enhetens behov av kompetens. Detta innebär att det på varje enhet skall finnas personal som genom sin yrkesutbildning har kompetens att utföra förekommande arbetsuppgifter. Arbetsledningen för varje enhet fördelar arbetsuppgifterna mellan de olika personalgrupperna med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Fördelning av arbetsuppgifter mellan personal med kompetens för yrket är således den normala situationen. Utöver detta kan det vid vissa tillfällen bli aktuellt att överlåta viss arbetsuppgift till viss person genom delegering. Endast den som har formell kompetens som legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist kan delegera en arbetsuppgift (Sundberg 2004).

Allmänna förutsättningar för delegering

- Delegering får bara ske inom en och samma klinik eller mottagning.
- Delegering får inte användas för att permanent lösa uppkomna vakanser eller generellt ersätta personal som har utbildning för uppgiften.
- Delegeringen skall vara personlig, dvs. avse viss person och inte viss kategori eller grupp av yrkesutövare.
- Delegering får endast avse enstaka arbetsuppgifter.
- Den som skall få en uppgift delegerad till sig måste klart tillkännage om han eller hon inte anser sig kompetent för uppgiften.
- Ingen får tvingas att motta delegation.

- Den som genom delegering fått viss arbetsuppgift får inte i sin tur delegera uppgiften vidare.
- Ett delegeringsbeslut skall utfärdas att gälla för viss tid, högst ett år, eller för ett bestämt tillfälle.
- Delegering skall dokumenteras (SOSFS 2002:12).

1 § Inom tandvården kan arbetsuppgifter överlåtas till annan personal genom delegering, om det är förenligt med en god och säker vård av patienten. Delegering får dock inte göras av arbetsuppgifterna

- diagnostik och terapiplanering,
- ingrepp i tandpulpan, rotkanal eller tandens hårdvävnader,
- kirurgiska ingrepp,
- läkningskontroller efter kirurgiska ingrepp,
- lokal anestesi genom ledningsblockad, t.ex. mandibularanestesi, och
- avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar i tandköttsficka (SOSFS 2002:12).

Swedberg (1995) visade att vid samarbete mellan personalgrupperna fanns det få exempel på delegation av arbetsuppgifter från tandläkare till andra yrkesgrupper, däribland till tandhygienister.

Delegation av arbetsuppgifter till tandhygienister kan ha både för- och nackdelar. I Norges nationella hälsoplan står det att uppgifter som både tandhygienister och tandläkare är kvalificerade att utföra, skall delegeras till tandhygienisten för att öka effektiviteten. Detta för att tandhygienister har lägre lön och kostar mindre att utbilda (Wang 1994).

Enligt Stenman (1997) finns det farhågor att det inom yrkeskåren finns tandhygienister som inte får tillfälle att arbeta fullt ut med sin kompetens.

Axelsson et al. (1993) fann, att tandhygienisten använde mycket av sin behandlingstid till scaling och rotplaning, och menade att man skulle göra en omfördelning av arbetsuppgifterna. En del av den tiden som användes för scaling och rotplaning skulle

kunna användas till mer kostnadseffektiva insatser, som medicinsk- och social anamnes, munhygien- information och instruktion, information om kostens påverkan på munhälsan.

Swedberg (1995) fann i sin tidsstudie, att 68,3 % av tandhygienistens behandlingstid användes till scaling och enbart 22,7 % till profylaxprevention, 8,8 % användes till undersökning och 0,2 % till röntgen.

Material och artiklar som finns skrivna angående tandhygienisters arbetsuppgifter känns inaktuella och en del av arbetsuppgifterna som beskrivs har förändrats, t ex vissa arbetsuppgifter som tidigare delegerades till tandhygienister ingår numera i utbildningen. Det känns därför viktigt att belysa den nutida tandhygienistens arbetsuppgifter.

En tandhygienist kan syssla med många olika arbetsuppgifter och utbildningen spänner över många områden. Därför vill vi titta närmare på hur hygienisterna använder sig av sin kompetens, eller stämmer den bilden som många har, att de ”bara skrapar tandsten”?

SYFTE

Att observera vilka arbetsuppgifter yrkesverksamma tandhygienister utför och tidsåtgången för uppgifterna.

MATERIAL OCH METOD

Efter att ha funderat över olika alternativ, valde vi att använda observation som metod, för att undersöka tandhygienisternas arbetsuppgifter och tidsåtgång vid utförandet av dessa. Anledningen till att vi bestämde oss för observation var, att metoden inte kräver att individerna har en tydlig minnesbild som de sedan skall återge och kräver mindre samarbete från de utvalda än andra alternativ t.ex. enkät (Patel, Davidsson 1994).

Medvetenhet om att det man säger att man gör, kan faktiskt skilja sig från det man egentligen gör (Halvorsen 1992).

Observationsmetoden är även relativt oberoende av individers villighet att lämna information (Patel, Davidsson 1994).

Vi valde att göra en delvis strukturerad observation där vi som observatörer var kända, men icke deltagande (Patel, Davidsson 1994).

Olikheter hos observatörer gör att man inte ser samma saker. Detta kan påverka resultatet genom att man har olika förmågor att komma ihåg och sortera information. Använder man sig av en observationsmall kan man förhoppningsvis minska eller eliminera olikheterna, som kan uppstå i data som är baserad på individuell uppfattningsförmåga av händelser och situationer. En mall kan hjälpa observatörerna att uppmärksamma samma händelser, att observera samma företeelser och anteckna data noggrant (Denscombe 1998).

Vi framställde en mall på troliga arbetsuppgifter och lämnade även plats för anteckningar till oförutsedda uppgifter. Mallen testades i en förstudie (pilotstudie), där vi båda var närvarande och studerade en och samma tandhygienist under en dag för att också korrelera vår observationsteknik. Vid pilotstudien upptäckte vi, att vissa av de tilltänkta arbetsuppgifter som var med i mallen inte förekom, medan andra saknades. Med hjälp av dessa erfarenheter omformades mallen. Bilaga 1.

För att kunna genomföra vår studie fick vi, av praktiska skäl, begränsa oss till att observera fyra legitimerade tandhygienister på icke specialistkliniker, som vi inte hade någon personlig relation till. Varje tandhygienist observerades under fyra dagar och vi valde kliniker i Skåne som svarade positivt på vår förfrågan. Då vi tror tidsåtgången vid de olika arbetsuppgifterna påverkas av arbetserfarenhet, bestämde vi oss för att välja de tandhygienister som varit yrkesverksamma i minst ett år. Vi kontaktade tilltänkta kliniker via telefon och presenterade vårt syfte och vår metod, samtidigt bokade vi även fyra dagar för observation med respektive tandhygienist. Studien genomfördes under februari - mars 2005 och det insamlade materialet bearbetades i programmet SPSS (Statistical Package of Social Sciences, version 12,0) och redovisas i beskrivande statistik.

ETISKA ASPEKTER

Etiskt tillstånd söktes och erhöles hos Institutionen för hälsovetenskaper Kristianstads Högskolas etiska råd, Dnr ER2005-6.

Muntligt och skriftligt tillstånd att genomföra observationen erhöles hos respektive klinikchef, Bilaga 2.

För att tydliggöra informationen till patienter och tandhygienister om vår närvaro och att deltagandet var frivilligt utformade vi ett informationsblad till respektive. Bilaga 3 och 4.

När vi genomförde vår observation informerades berörda patienter om varför vi var där, och vi talade om att det var tandhygienisten vi var där för att observera, och inte dem. Vi förklarade även att de anteckningar vi förde, inte avslöjade något om deras identitet och att vi liksom tandhygienisten har att rätta oss efter gällande lagar om tystnadsplikt och sekretessbestämmelser (SFS 1980:100). Vi informerade patienterna om att de inte behövde delta i observationsstudien och att den genomförs konfidentiellt (Ejlertsson 1996).

Vi fick muntligt samtycke från samtliga patienter och många var mycket positiva. Allt material behandlades konfidentiellt vad gäller både tandhygienister och kliniker, så att det inte framkom i uppsatsen vilka som deltagit. Insamlat material förvaras inlåst i kassaskåp fram till arkivering av uppsatsen då det kommer att förstöras.

De medverkande tandhygienisterna kommer att få ta del av den färdiga C-uppsatsen.

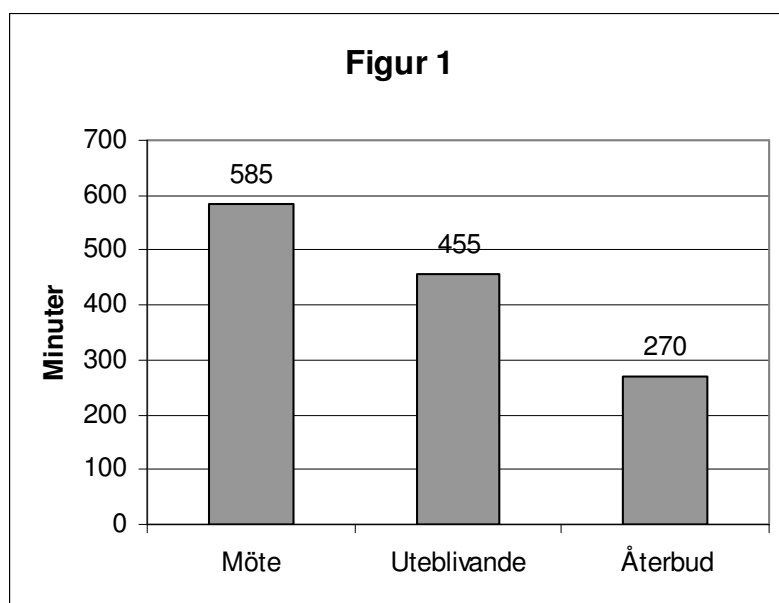
RESULTAT

Samtliga tandhygienister som ingår i vår observationsstudie arbetar på folktandvårdskliniker. Ingen arbetade ensam som tandhygienist på sin arbetsplats. Arbetsupplägget skilde sig lite från klinik till klinik, även om man arbetar för samma organisation skiljer sig arbetsuppgifterna åt.

Av den tid som tandhygienisterna observerades var sammanlagt 5341 minuter (89 h och 1 min) avsatt tid till patienter under 16 heldagar, fördelat på fyra tandhygienister under fyra dagar var. Det är denna tid som redogörs för, när vi beskriver hur mycket tid som används till de olika arbetsuppgifterna. För 321 minuter (5 h och 21 min) av den avsatta tiden kunde vi ej redovisa några arbetsuppgifter.

Under 16 dagar behandlade tandhygienisterna sammanlagt 136 patienter, varav 83 var vuxna (61 %) och 53 var barn (39 %).

Övrig tid som ej användes som patienttid, är återbud (270 min.) och uteblivande (455 min.) som ej gått att ersätta med annan patient och tid avsatt för möten (585 min.). Sammanlagd övrig tid blev 1310 min eller 21 h och 50 min. Vid återbud och uteblivande utförde man t ex tillverkning av skena, extra städning, fackliga åtaganden, planering av uppsökande verksamhet och andra administrativa uppgifter.



Figur 1. Fördelning av sammanlagd övrig tid (1310 min.)

Arbetsuppgifter och tidsåtgång

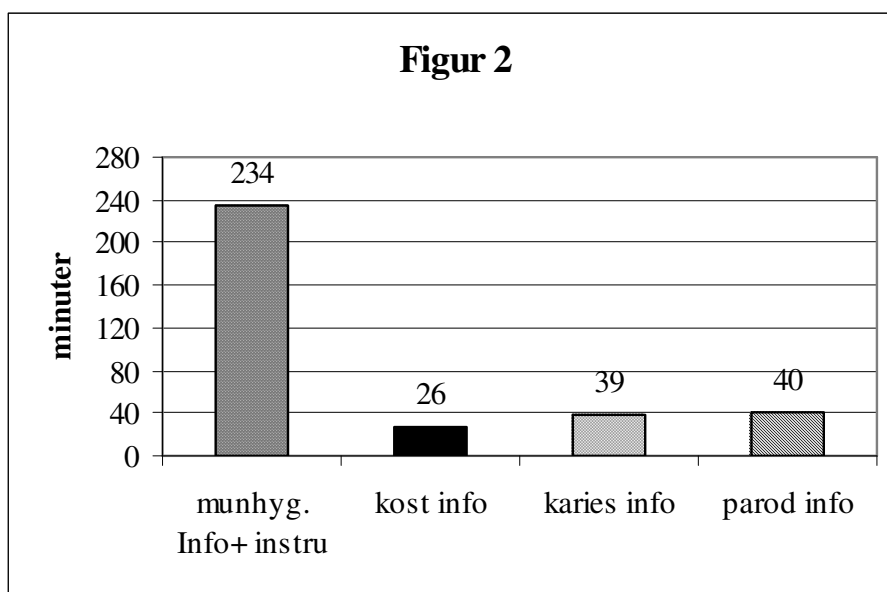
Bland det första tandhygienisterna gjorde när de tog in patienterna för behandling var att förhöra sig om patientens allmänna hälsa och om de åt några mediciner mm.

Tidsåtgången för allmän anamnes var 2 h och 44 min.

Av den totala tiden som var avsatt till patienter användes 9 h och 42 minuter till att undersöka patienter. I undersökning ingår, oral undersökning av munhållans slemhinnor, tunga, tänder samt registrering av karies, plack, gingival blödning, fickdjupsmätning, mobilitet och furkationsinvolvering.

Fem timmar och 44 min användes till röntgenarbete. I denna tid ingår även momenten framkallning och granskning av röntgenbilderna. Ingen av de observerade tandhygienisterna använde digital röntgen.

När det gäller information till patienterna utnyttjades den mesta tiden till munhygieninformation och -instruktion (3 h 54 min). Till att informera om karies- och parodontitologi använde man ungefär lika mycket tid 39 respektive 40 min, 26 min använde man till kostinformation.



Figur 2. Tidsfördelning av information till patienter. Total tid 339 min.

Anestesi till 12 patienter tog 1 h och 21 min, distribution av lokalbedövning förekom i form av ytanestesi, infiltration- och ledningsanestesi.

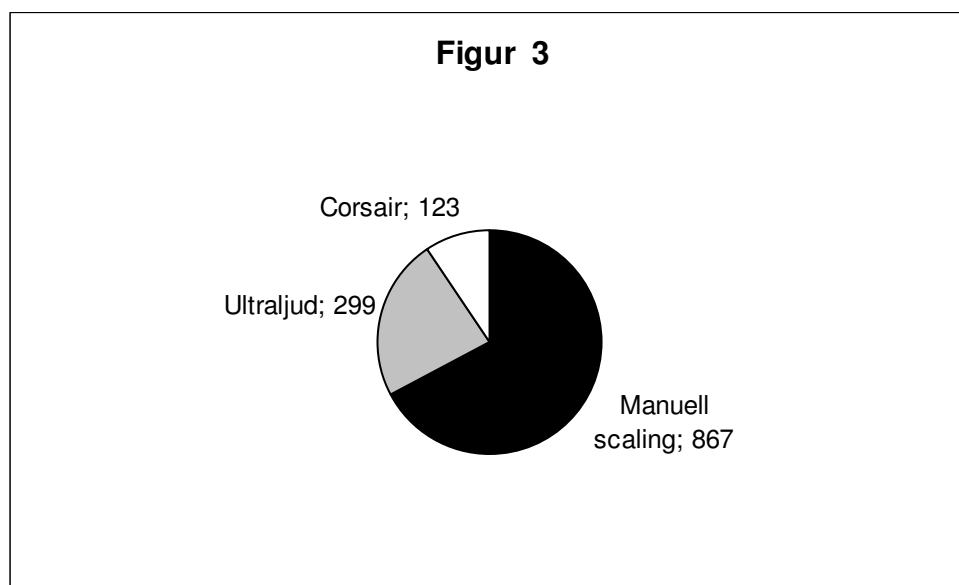
Administration, t.ex. framplockning av journaler, bokning av patienter mm, upptog tandhygienisternas tid under 6 h och 41 min.

Till journalanteckningar använde tandhygienisterna 5 h och 34 min.

Av den totala tiden använde tandhygienisterna 9 h 2 min till städning. I städning ingår avtorkning med ytdesinfektionsmedel och genomsugning av slangar både morgon och kväll, dessutom avtorkning med desinfektionsmedel, av- och pådukning mellan varje patient, och framplockning av engångsmaterial.

Till sterilarbete användes 36 min.

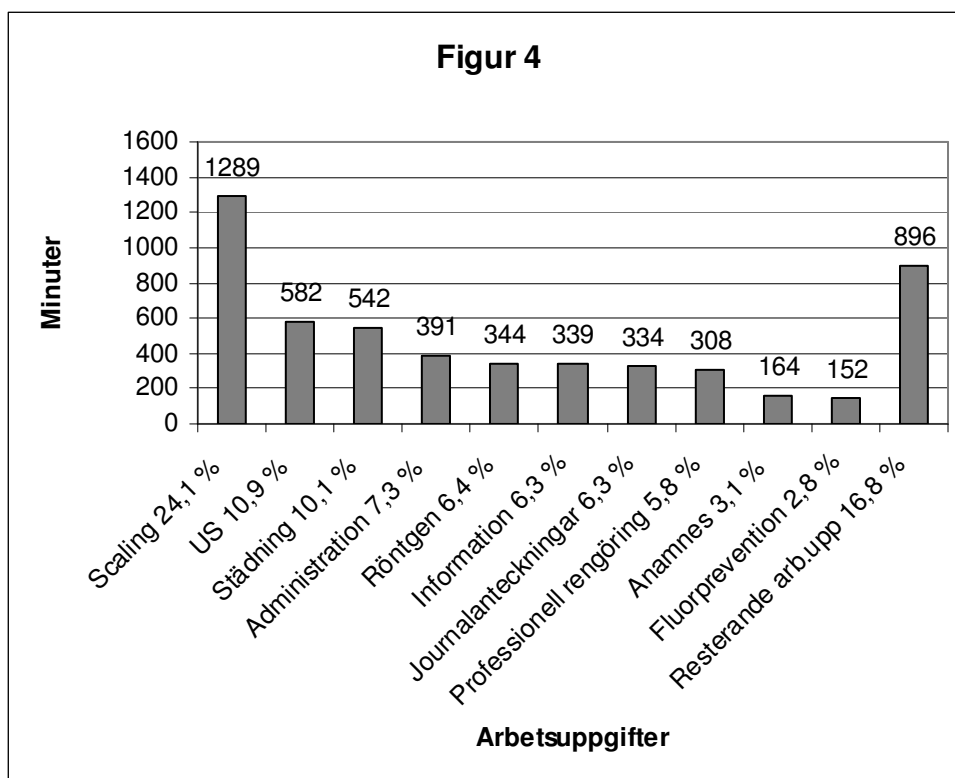
Sammanlagd scalingtid var 21 h och 29 min fördelat på ultraljud 4 h och 59 min, manuell scaling 14 h och 27 min och Corsair (en luftdriven scaler, som ansluts på turbinens snabbkoppling), 2 h och 3 min.



Figur 3. Fördelning av scalingmetoder i minuter. Av den totala tiden 1289 min (21 h och 29 min).

Professionell rengöring av tänder med gummikopp, pasta, tandtråd, tandsticka och mellanrumsborste 5 h och 8 min

Fluorprevention förekom 2 h och 32 min av den totala tiden i form av sköljning och lackning.



Figur 4. Fördelning i minuter av förekommande arbetsuppgifter av den sammanlagda tiden som var avsatt till patienter. Posten resterande arbetsuppgifter är en sammanställning av de arbetsuppgifter som ej översteg 150 min.

För administration av Klorhexidin i form av Corsodylgel, mellan tänder och i tandköttsfickor, användes 38 min.

1 h och 9 min användes till konsultation med tandläkare angående uppkomna frågeställningar rörande patienten.

Bettkontroll hos barn upptog 36 min.

Mindre frekvent förekommande arbetsuppgifter var fissurförsegling (27 min), provisorisk fyllning (20 min), puts av överskott (18 min), tandsmycke (13 min), infärgning av patienter (10 min), avtrycksframställning till skena (8 min), assistans (8 min), delegationsuppgifter (7 min), teamarbete (7 min), tobaksprevention (5 min) och receptförskrivning (5 min).

I posten ”övrigt” i vår observationsmall ingick t.ex. information om friskvårdsförsäkring, hämta material i förråd, och till denna post använde tandhygienisterna 70 min. Tandblekning, salivprov, uppsökande verksamhet,

fyllningsterapi och antibiotikadistribution, var arbetsuppgifter som också ingick i vår mall, men som inte förekom under vår observation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En nackdel med observationsmetoden var, att den var tidskrävande och därför insåg vi att vi var tvungna att göra vissa begränsningar. Vi hade från början tänkt att observera fler tandhygienister, men p.g.a. att den individ som observeras kanske ändrade sitt beteende bara för att den vet att den var observerad, valde vi att observera tandhygienisterna under flera dagar, istället för att observera 16 tandhygienister under en dag var. Erfarenheten visar att när individen vänjer sig vid observatören, återgår hennes beteende till det vanliga (Patel, Davidsson 1994).

Vårt mål var att genomföra samtliga observationsdagar hos varje tandhygienist i följd, men detta gick tyvärr inte att genomföra p.g.a. att vi som studenter hade andra uppgifter under denna period och att det vissa dagar inte passade tandhygienisterna att vi kom.

När det gäller vårt urval, fyra heltidsarbetande tandhygienister, är vi fullt medvetna om, att det finns tandhygienister som har andra arbetsuppgifter än de vi observerat. Detta vet vi av egen erfarenhet från vår utbildningspraktik, men vi tycker ändå att de som ingått i observationen är representativa för yrkesarbetande tandhygienister i Folktandvården Skåne, även om man inte kan dra generella slutsatser av detta material. Vi valde ut fyra kliniker på olika orter i Skåne och hade ingen vetskap om tandhygienisterna eller klinikerna, när vi ringde och frågade om de ville delta i vår studie. I studien ingick inga tandhygienister som arbetade inom den privata sektorn, då dessa oftast arbetar som ensam tandhygienist på kliniken, ofta arbetar deltid eller har kombinationstjänster med flera tandläkare, såg vi detta som ett hinder för att kunna genomföra våra observationer under de förutsättningar vi hade. Vi såg inte detta som något problem, då studien inte skulle vara en jämförelsestudie mellan privattandvård och folktandvård, men vi är medvetna om att det minskar generaliserbarheten.

Som observatörer märkte vi att rollen som betraktare och att ej medverka var svår. Både när tandhygienisterna ”behövde hjälp”, och när de ville delge oss något intressant i samband med patientbehandling. Omgivningen tyckte också synd om oss,

att vi ”bara satt och tittade”, och påpekade hela tiden att det måste vara tråkigt. Som observatör hade man en känsla av att övrig personal, som ej var insatt i varför vi var på kliniken, betraktade oss som om man satt och till synes inget gjorde. Detta var svårt att hantera. Detta får vi själva ta på oss skulden för, då vi kunde ha varit tydligare med att berätta för tandhygienisterna, att de skulle ha informerat övrig personal om vår uppgift under observationsperioden.

Resultatdiskussion

Övrig tid, dvs. den tid som inte var avsatt till patienttid, valde vi redan från början att inte redovisa tillsammans med patienttiden för att tydliggöra de olika arbetsuppgifterna med patienten.

Man märkte att hygienisterna ansåg att allmän anamnes var en viktig del i Patientomhändertagandet, då man använde 2 h och 44 min till detta vilket motsvarar 3,1 % av den totala tiden. Allmän anamnes ska vara en viktig utgångspunkt i patientomhändertagandet. Genom att engagerat lyssna till patientens berättelser lägger man grunden till en förtroendefull relation. Många små uppgifter tillsammans, kan ge en helhetsbild av patienten och detta underlättar vid diagnostisering, terapiplanering och behandling av patienten. Betydelsen av anamnesen ökar när man ställs inför problem, som man inte känner igen från tidigare erfarenheter (Axell et al. 1994).

Endast 5 minuter av 89 h användes till tobaksprevention. Rökningens negativa effekt på munhälsan är stor. Rökare har större parodontala destruktionser än icke rökare och sårhäkning försämras av att blodgenomströmningen är sämre (Axelsson et al. 1998, Boström et al. 1998, Bergström et al. 2000).

Enligt (Rapporten tobak och avvänjning 2005) kan tobakens skadeverkningar minskas, bara genom ett brett arbete som omfattar många strategier och målgrupper, och att arbetet måste bedrivas av aktörer på flera olika nivåer i samhället, i stat, landsting, kommuner och frivilligorganisationer.

Enligt Befolkningsundersökningar i Västra Götaland och Norrland utförda 2003 visade det sig att så många som 70 % av de vuxna rökarna ville sluta, och 45 % av snusarna, och att 36 % av rökarna och 30 % av snusarna, ville ha professionell hjälp för att sluta. Tandhygienister kan relativt lätt uppmärksamma rökning och snusbruk vid en vanlig undersökning av tandhälsan, och eftersom tandvården kommer i kontakt med 85 % av den vuxna befolkningen varje år, är tandvården en viktig resurs i

folkhälsoarbetet mot tobaksbruk. Tandvårdspersonal anser själv i hög grad, att information om tobaksavvänjning ingår i arbetsuppgifterna (SBU rapport nr 157). Trots den positiva attityden bland tandvårdspersonalen, får inte alla tobaksbrukande patienter råd och information om avvänjning. Hinder som uppgavs för att inte ge tobaksprevention var, svårigheter att debitera för insatsen, osäkerhet till den egna kunskapen samt tvivel på effekten av sina egna insatser (SBU rapport nr 157). Att tobaksprevention inte utförs i den grad som det skulle kunna, framkom också i en rapport från Örebro och Östergötlands län som visade att endast en fjärdedel av rökarna uppfattat att de fått information om tobak från tandvården (Fernberg et al. 2004).

Barn och ungdomars inställning till tobak formas av föräldrar, syskon, kamrater och andra förebilder men även skolor, reklam och överhuvudtaget samhällsklimatet kring tobaken. Ju fler av dessa faktorer som verkar i hälsofrämjande riktning, desto större är chansen till en tobaksfri uppväxt. (Tobaksfria ungdomar- hur når vi dit? 2003). I rollen som hälsorådgivare har tandhygienisterna en viktig funktion i det förebyggande arbetet med att motivera och informera barn och ungdomar i att aldrig använda tobak eller att få dem att sluta med eventuellt tobaksbruk.

Tandhygienisterna använde mycket av sin tid till journalanteckningar t.ex. tandhygienist 3, dag 3, hade 9 patienter med sammanlagd patienttid 7 h och skrev journalanteckningar i 20 min av dessa. Patientjournalen inom tandvården är ett viktigt dokument både ur odontologisk, och ur juridisk betydelse för tandhygienisten och patienten. Det är därför viktigt att all information av betydelse förs in i journalen systematiskt och enhetligt. Journalen är främst ett stöd för dem som ansvarar för patientens vård. Journalen är både ett arbetsverktyg och ett underlag för bedömning av åtgärder av någon som inte tidigare träffat patienten. För uppföljning och kvalitetssäkringsarbeten utgör den ett viktigt instrument. Den har även stor betydelse i rättsliga sammanhang och forskning (SOSFS 1996:18).

Swedberg (1995) och Axelsson et al. (1993) ansåg i sina studier att tandhygienisterna använde mycket av sin behandlingstid till scaling. De tandhygienister som vi observerade använde 24,1 % av patienttiden till scaling. Vi tycker inte detta är för mycket tid, då scaling är en tidskrävande arbetsuppgift. Vi fick svar på frågan, om bilden av att tandhygienisten ”bara skrapade tandsten” stämmer. Vi anser inte att det är så, det var visserligen den arbetsuppgift man använde mest tid till, och den upptog

24,1 % av den tid som var avsatt till patienten. Vi anser också att tandhygienisterna har relativt skiftande arbetsuppgifter och har stora möjligheter att använda sig av sin fulla kompetens. Andra arbetsuppgifter som tog mycket av den tid som var avsatt till patienter var t.ex. städning 10,1 % och administration 7,3 %. Man kan tycka att tandhygienisterna lägger mycket tid till städning, men hygien är en viktig del av arbetet. Rutinmässig ytdesinfektion skall genomföras när en yta har eller misstänkts ha kontaminerats av blod, saliv, eller något annat som kan innehålla patogena mikroorganismer. Det är även viktigt att planera sin behandling och plocka fram det man kan behöva så man undviker plock i skåp under behandling (Zimmerman et al. 2003).

Arbetsuppgifterna som betecknats som administration skiljde sig lite åt mellan klinikerna. Någon av tandhygienisterna tog helt ansvar för bokning av patienterna, medan någon fick hjälp till viss del med bokningen. Att tandhygienisterna själva fick boka sina patienter ser vi som en fördel, då de har större möjlighet att påverka och planera sina patienttider och skapa variation i arbetsuppgifterna. Mycket tid gick också åt till att hämta, arkivera och "leta efter" journaler. Detta förekom inte där man använde sig av datajournaler.

Den typ av anestesi som tandhygienisterna använde sig mest av var ytanestesi i form av Lidocainsalva. Man kan fråga sig vad detta beror på, om det är att patienten inte vill bli bedövad, eller om tandhygienisten inte vill ge lednings- eller infiltrationsanestesi, eller att man kanske tycker att tillslagstiden är för lång?

Av 5341 min som var avsatt till patienter kunde vi ej redovisa för 321 min. Det kan vara tid då tandhygienisten kanske stannat upp och växlat ett par ord med en arbetskamrat, gått på toaletten, kanske inväntat patienten i olika lägen t ex, patienten kom lite sent, tagit god tid på sig att skölja mm, att telefonen ringt under behandlingen, eller hämtat material som man inte innan kunnat förutse att man behövde.

Av undersökningstiden uppfattade vi som observatörer att man använde en stor del till fickdjupsmätning, detta bekräftar våra egna erfarenheter om att det är en tidskrävande uppgift och som måste få ta sin, tid eftersom detta är viktigt för diagnostik och utvärdering av läkning. Vi uppmärksammande att den infärgning av patienterna som förekom användes för att påvisa plackförekomst för patienterna, och användes inte till att föra plackindex. Vad beror detta på? Vi tror, att det ligger mycket i att

arbetsuppgiften inte är förankrad i klinikens arbetsrutiner och trots att tandhygienisterna (förhoppningsvis) tycker detta är viktigt blir det inte av, kanske för att de känner att de inte har stöd från övrig personal.

Uppsökande verksamhet förekom på klinikerna men tyvärr inte under de dagar vi genomförde våra observationer. Uppsökande verksamhet tilldelas klinikerna genom anbudsförfarande och förekommer därför inte på alla kliniker.

Vi observerade att ingen av tandhygienisterna skärpte sina instrument under observationsperioden. Kan detta bero på att det glömdes bort pga. vår närvaro eller är detta något som inte görs regelbundet? Att ha skärpta instrument underlättar arbetet väsentligt och sparar tid i förlängningen.

Det är viktigt med studier om tandhygienistyrket, eftersom detta hela tiden är under förändring, men också för att stärka tandhygienisterna i sin yrkesroll och så att de kan marknadsföra sig, för så väl arbetsgivare som för sina patienter. Studier är även viktiga för att kunna planera kompetenshöjande utbildningar och för att utveckla grundutbildningen.

Idag är tandhygienistyrket på väg framåt och tandhygienisten har kompetensen att vara den primära vårdgivaren för revisionspatienter inom tandvården. En av tandhygienistens viktigaste uppgift är, att lära patienter att själv upprätthålla god munhygien för att förebygga orala sjukdomar, men vi ser en utvecklingen som går mot att se hela människan.

Tandhygienisterna använde lika mycket tid till information om karies som information om parodontit och detta tolkar vi som att tandhygienisterna är lika angelägna om att förebygga karies som parodontit. Då de flesta munhålesjukdomarna kan förebyggas genom hälsoråd och förändring av livsstil, kan tandhygienisterna genom att hjälpa till att förebygga dessa, även påverka de flesta livsstilssjukdomarna som t.ex. fetma, diabetes, hjärtsjukdomar och cancer (Öhrn 2004). Vår vision är, att tandhygienisterna kommer att spela en stor roll i framtidens hälsoarbete. Genom att aktivt marknadsföra sig som hälsoarbetare det kanske kommer att kännas mer naturligt för patienterna när hygienisterna pratar rökstopp, ger kostrådgivning och tar betalt för dessa åtgärder.

Slutsats

Fördelningen av arbetsuppgifter var av skiftande karaktär. En fjärdedel av den totala patienttiden användes till scaling och cirka en fjärdedel till städning, journalanteckningar och administration. Endast fem minuter av total patienttid (89 h och 1 min) användes till tobaksprevention. Fortfarande kan bara en bråkdel av de arbetsuppgifter tandhygienisten utför betraktas som aktivt hälsoarbete.

REFERENSER

Axelsson P, Rolandsson M, Bjerner B. (1993) How Swedish dental hygienists apply their training program in the field. *Community Dent Oral Epidemiol* 21:297-302

Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. (1998) Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. *J Clin Periodontol* 25:297-305.

Axell T, Lindgren S. (1994) *Oral medicin, praktisk internmedicin för odontologer*. Solna: LIC Förlag AB.

Bergström J, Eliasson S, Dock J. (2000) Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *J Clin Periodontol* 27:61-68.

Boström L, Linder L E, Bergström J. (1998) Influence of smoking on the outcome of periodontal surgery, a 5-year follow-up. *J Clin Periodontol* 25:194-201.

Denscombe M. (1998) *The Good Research Guide for small-scale social research projects*. Berkshire England: Open University Press.

Ejlertsson G. (1996) *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Fernberg O, Ordell S 2004. Femtio- och sextioåringar, deras tandvård, tandvårdsattityder och självupplevda tandhälsa under ett decennium, en total undersökning i Örebro och Östergötlands län.

Halvorsen K. (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Högskolelag (SFS 1992:1434)

Högskoleförordning (SFS 1993:100)

International Federation of Dental Hygienists, Press Release June, 1993.

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531).

Liv och hälsa i Norrland (2003)[Elektronisk] Befolkningsundersökning i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. Tillgänglig: <http://www.livohalsa.nu/>

Liv och hälsa i Västra Götaland (2003) [Elektronisk] Befolkningsundersökning Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/loh2003/>

Läkemedelsverkets föreskrifter om rätten för legitimerade tandhygienister att föreskriva läkemedel (LVFS 1997:10)

Patel R, Davidson B. (1994) Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.

Patientjournalagen (SFS 1985:562).

Rapporten Tobak och avvänjning (2005) [Elektronisk] En faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning. Tillgänglig: <http://www.tobaksfakta.org> [Läst 2005-04-25]

SBU rapport nr 157, mars- 2002. [Elektronisk] Rökning och ohälsa i munnen. Kap 7 Tobaksavvänjning i tandvården. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/www/index.asp> [Läst 2005-05-01]

Sekretesslagen (SFS 1980:100).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:18) om dokumentation av patientbehandling inom tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om kompetenskrav och behörighet för tandhygienister och tandsköterskor samt delegering inom tandvården.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Stenman J. (1997) Tandhygienistens formella kompetens, i en jämförelse mellan utbildning och yrkesfunktion. Tandhygienisttidningen 17(2): 45-50.

Sundberg H. (2004) Tandvårdens författningssamling. Handbok för Tandvårdspersonal. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Swedberg Y. (1995) The use of time study results in a system model for presenting dental care outcome. Swed Dent J 19: 161-171.

Tandhygienist professionell profil (2002). [Elektronisk] Sveriges

Tandhygienistförening Tillgänglig:

http://www.tandhygienistforening.a.se/upload/files/Thyg_prof_profil.pdf. [Läst 2005-05-01].

Tandvårdslag (SFS 1985:125).

Tobaksfria ungdomar – hur når vi dit ? (2003) [Elektronisk] Statens folkhälsoinstitut.

Tillgänglig:

<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/tobaksfriaungdomar0412.pdf>

Wang NJ. (1994) Variation in clinical time spent by dentist and dental hygienist in child dental care. Acta Odontol Scand 52: 280-289.

Zimmerman M, Van Aarem R, Bäckman N, Edwardsson S, Struve J, Wadentoft S A, Westberg J. Hygien och smittskydd i tandvården. Stockholm: Förlagshuset Gothia

Öhrn K. (2004) The Role of Dental Hygienists in Oral Health Prevention. *Oral Health Prev Dent*; 2:Supplement 1:277-281

Bilaga 1.

Mall för observationsstudier av tandhygienisters arbetsuppgifter och tidsåtgång

Definition	Tidsåtgång	Patient	Anteckningar
Avsatt tid till patient			
Vuxen			
Barn 0-19 år			
Revision			
Initial			
Stödbehandling			
Akuttid			
Terapiplan/kostnadsförs.			
”Socialt prat med pat.”			
Anamnes			
Tobaks prevention			
Röntgen			
US			
Journalanteckningar			
Trauma			
Bettundersökning			
Infärgning/plackindex			
Munhyg. Info + instr			
Kost info			
Karies info			
Parod info			
Anestesi			

Definition	Tidsåtgång	Patient	Anteckningar
Scaling:			
Manuell			
Ultraljud			
Prof.rengöring			
Fluorprevention			
Städning			
Fissurförsegling			
Provisorisk fyllning			
Puts av överskott			
Avtryck/framställn skena			
Tandblekning			
Tandsmycke			
Salivprov			
Receptförskrivning			
Tandl.tid/Team arbete			
Konsultation			
Assistans			
Sterilarbete			
Administration			
Uppsökande verksamhet			
Delegationsuppgifter:			
Fyllningsterapi			
Antibiotikadistribution			
Övrigt			

Förtydligande av undersökningsmall

Revision: Återkommande patient för fullständig årlig undersökning.

Initial: Ny patient för kliniken.

Stödbehandling: Patient med behov av extra stöd/ åtgärder.

Anamnes: Insamling av uppgifter om patientens hälsotillstånd och vanor.

Tobaksprevention: Förebyggande information och stöd till patienten.

Undersökning, här ingår: Allmän undersökning av munhålans slemhinnor, tunga, tänder. Registrering av karies, plack, gingival blödning, fickdjupsmätning, mobilitet och furkationsinvolvering.

Trauma: Patienter som genom olyckshändelse skadat sina tänder och omgivande vävnader.

Bettundersökning: Undersökning av bettförhållanden för att rapportera avvikelser från det normala.

Infärgning: Rödfärgning av tänder för att påvisa plackförekomst.

Plackregistrering: Registrera plackförekomst efter infärgning (PI).

Anestesi: Distribution av lokalbedövning i form av ytanestesi, infiltration och ledningsanestesi.

Scaling: Avlägsnande av plack och tandsten manuellt eller med ultraljud.

Prof. rengöring: Professionell rengöring av tänder med gummikopp och pasta.

Fluorprevention: Administration av olika fluorprodukter i form av tex. lack eller sköljning.

Tandl.tid/Team arbete: Tid avsatt gemensamt med tandläkare vid undersökningar.

Konsultation: Diskussion med tandläkaren angående uppkomna frågeställningar rörande patienten.

Assistans: Assisterande vid tex. Operation av en parodontitpatient.

Administration: T.ex. framplockning av journaler, bokning av patienter mm.

Uppsökande verksamhet: Kan inkludera både BVC information och uppsökande verksamhet på äldreboende mm.

Medgivande av klinikchef

Undertecknad ger härmed sitt medgivande till att Marie-Louise Hägneryd får genomföra observationer hos berörd tandhygienist, för att få underlag till C-uppsats med syfte att studera yrkesverksamma tandhygienisters arbetsuppgifter och dess tidsåtgång.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 2.

Medgivande av klinikchef

Undertecknad ger härmed sitt medgivande till att Jennie Borgström får genomföra observationer hos berörd tandhygienist, för att få underlag till C-uppsats med syfte att studera yrkesverksamma tandhygienisters arbetsuppgifter och dess tidsåtgång.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 3.

Information till berörda patienter

Jag studerar 3:e året till tandhygienist på högskolan i Kristianstad och håller nu på att genomföra min C-uppsats där jag studerar tandhygienisters arbetsuppgifter och tidsåtgången av dessa. Därför önskar jag att närvara under er behandling och föra anteckningar om tandhygienistens arbetsuppgifter. Inget jag antecknar kommer att avslöja er identitet och jag liksom tandhygienisten har att rätta mig efter gällande lagar om tystnadsplikt och sekretessbestämmelser. Jag är tacksam om jag får närvara då mina observationer ligger till grund för mitt arbete. Ni har rätt till att avböja min närvaro om ni så önskar.

Tandhygieniststuderande
Jennie Borgström

Information till berörda patienter

Jag studerar 3:e året till tandhygienist på högskolan i Kristianstad och håller nu på att genomföra min C-uppsats där jag studerar tandhygienisters arbetsuppgifter och tidsåtgången av dessa. Därför önskar jag att närvara under er behandling och föra anteckningar om tandhygienistens arbetsuppgifter. Inget jag antecknar kommer att avslöja er identitet och jag liksom tandhygienisten har att rätta mig efter gällande lagar om tystnadsplikt och sekretessbestämmelser. Jag är tacksam om jag får närvara då mina observationer ligger till grund för mitt arbete. Ni har rätt till att avböja min närvaro om ni så önskar.

Tandhygieniststuderande
Marie-Louise Hägneryd

Bilaga 4.

Information till berörda tandhygienister

Vi, Jennie Borgström och Marie-Louise Hägneryd studerar 3:e året till tandhygienist på högskolan i Kristianstad och håller nu på att genomföra Vår C-uppsats där vi studerar tandhygienisters arbetsuppgifter och tidsåtgången av dessa. Därför önskar jag att följa dig under fyra hela arbetsdagar och föra anteckningar om dina arbetsuppgifter som tandhygienist. Inget jag antecknar kommer att avslöja din identitet och jag liksom du som tandhygienist har att rätta mig efter gällande lagar om tystnadsplikt och sekretessbestämmelser. Jag är tacksam om jag får närvara då våra observationer ligger till grund för vårt arbete. Du har rätt till att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång om du så önskar.

Tandhygieniststuderande
Jennie Borgström
Telefon: 0431-411720

Information till berörda tandhygienister

Vi, Jennie Borgström och Marie-Louise Hägneryd studerar 3:e året till tandhygienist på högskolan i Kristianstad och håller nu på att genomföra Vår C-uppsats där vi studerar tandhygienisters arbetsuppgifter och tidsåtgången av dessa. Därför önskar jag att följa dig under fyra hela arbetsdagar och föra anteckningar om dina arbetsuppgifter som tandhygienist. Inget jag antecknar kommer att avslöja din identitet och jag liksom du som tandhygienist har att rätta mig efter gällande lagar om tystnadsplikt och sekretessbestämmelser. Jag är tacksam om jag får närvara då våra observationer ligger till grund för vårt arbete. Du har rätt till att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång om du så önskar.

Tandhygieniststuderande
Marie-Louise Hägneryd
Telefon: 0413-550305