



Examensarbete (OD8361), 15 hp, för
Kandidatexamen i Oral hälsa
VT 2018

Tandhygienisters upplevelse av hälsofrämjande arbete

Linda Holtne och Magdalena Karousi

Sektionen för hälsa och samhälle

Högskolan Kristianstad | www.hkr.se

Författare

Linda Holtne och Magdalena Karousi

Titel

Tandhygienisters upplevelse av hälsofrämjande arbete

Engelsk titel

Dental hygienist's experience of health-promoting work

Handledare

Carina Mårtensson

Examinator

Pia Andersson

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur oralt hälsofrämjande arbete upplevdes av legitimerade tandhygienister. En kvalitativ studie har genomförts och datainsamlingen gjordes genom intervjuer med en intervjuguide som underlag. Åtta deltagare från två folktandvårdskliniker i Skåne intervjuades och intervjuerna varade i 11-20 minuter. Materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet redovisas utifrån temat "*Tandhygienister har ett stort ansvar i sitt hälsofrämjande arbete*". Deltagarna upplevde att hälsofrämjande arbete är betydelsefullt, att de har goda förutsättningar och möjligheter att påverka patienterna att uppnå en god oral hälsa. Patienternas motivation och tandhygienistens engagemang är av stor vikt för att uppnå förståelse hos patienter om egenvård och vad god oral hälsa innebär. Deltagarna anser att de har ett ansvar som legitimerade tandhygienister att hjälpa patienterna att uppnå och bibehålla en god oral hälsa. Majoriteten av deltagarna upplevde att en god oral hälsa inte bara är viktig för tändernas hälsa utan även för hälsan i övrigt. Slutsatsen av studien är att tandhygienister upplever att de har ett stort ansvar när det gäller hälsofrämjande arbete samt att det finns goda möjligheter att påverka patienter att uppnå en god oral hälsa genom hälsofrämjande arbete. Patienter som inte är intresserade och inte tar ansvar för sin egen munhälsa är en utmaning för deltagarna vid oralt hälsofrämjande arbete.

Ämnesord

Hälsofrämjande arbete, intervju, tandhygienist, upplevelse.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Tandhygienisters arbete.....	1
Oral hälsa.....	2
Hälsofrämjande arbete.....	2
Tandvården i framtiden	6
Syfte.....	7
Material och metod.....	7
Design.....	7
Urval och genomförande	7
Pilotstudie	9
Datainsamling.....	9
Bearbetning och analysmetod.....	9
Etiska aspekter.....	11
Resultat	12
Möjligheter	13
Begränsningar.....	16
Diskussion	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	23
Slutsats.....	27
Referenser.....	28
Bilagor	34
Bilaga 1.....	34
Bilaga 2.....	35
Bilaga 3.....	36

Bilaga 4.....	37
Bilaga 5.....	38

Introduktion

Tandhygienisters arbete

I Sverige är tandhygienistutbildningen två år (STHF 2018). Utbildningen kommer att bli treårig, vilket omfattar 180 högskolepoäng (UKÄ 2015). Tandhygienister är en legitimerad yrkesgrupp som omfattas av gällande lagar som exempelvis *Tandvårdslag (1985:125)*, *Patientsäkerhetslag (2010:659)* och *Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* samt ett flertal andra lagar och styrdokument. För tandhygienister finns två särskilt framtagna dokument, *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist* samt Sveriges Tandhygienistförenings, STHF, *Etiska regler och kommentarer* (Socialstyrelsen 2004, STHF 2013). För tandhygienister verksamma i Europa finns det ett sammanställt dokument som beskriver tandhygienisters arbete och kompetensområde. Detta dokument ligger även till grund för hur tandhygienister i Sverige arbetar (European Dental Hygienist Federation, EDHF 2016).

Kompetensbeskrivningen för legitimerade tandhygienister består av nationella rekommendationer avseende yrkeskunnande, kompetens, förhållningssätt och erfarenhet som grundas på gällande författningar såsom lagar, förordningar och föreskrifter. Kompetensbeskrivningen är utformad med tre huvudområden som är centrala för tandhygienister: *Munhälsa i teori och praktik*, *Forskning och utveckling* samt *Samverkan och ledarskap* med en helhetssyn och etiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen 2004). Svensk tandhygienistförenings etiska regler baseras på fyra grundläggande principer som finns inom hälso- och sjukvårdsområdet; *Autonomiprincipen*, *Godhetsprincipen*, *Icke skada principen* samt *Rättvisepincipen*. Det är upp till varje tandhygienist att väga och värdera sitt agerande och förhållningssätt i enlighet med de etiska reglerna samt gällande lagar och övriga författningar. De etiska reglerna är inte juridiskt bindande utan ska användas som vägledande i frågor som rör yrket (STHF 2013).

De flesta tandhygienister arbetar självständigt på klinik och bedömer patientens orala hälsa vid regelbundna undersökningar (Jokiaho et al. 2018). Till tandhygienisters huvudsakliga arbetsuppgifter hör diagnostisering av karies och parodontit, behandling av parodontal sjukdom samt hälsofrämjande och förebyggande insatser kopplat till oral hälsa (Socialstyrelsen 2004, Jokiaho et al. 2018). Oral hälsa innebär inte bara en mun utan sjukdomar, utan innefattar även patientens allmänna hälsa och välbefinnande (Stenman et al. 2010). Inom ramen för formell kompetens har tandhygienister behörighet att undersöka och diagnostisera karies och parodontal sjukdom, samt behandling av dessa hos individer i alla åldersgrupper (Socialstyrelsen 2004, Jokiaho et al. 2018).

Oral hälsa

Oral hälsa definieras av World Dental Federation, FDI, som ett tillstånd som innebär möjligheten att prata, le, lukta, smaka, känna, tugga och svälja samt att kunna förmedla känslor utan smärta, obehag och sjukdom (FDI 2017). Oral hälsa påverkar det dagliga livet och har betydelse för individens livskvalitet. Tandhygienisters kunskap om varför och hur oral hälsa påverkar det dagliga livet kan motivera individer till att uppnå optimal oral hälsa (Dahl et al. 2012).

Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete innebär hälso- och sjukvårdande insatser som är riktade mot att nå en hög nivå av välbefinnande. Detta sker genom processer som uppmuntrar till livsstilsförändring, samt processer som förändrar miljön där människor lever (Brubaker 1983), vilket innebär att underlätta samt göra hälsosamma val tillgängliga för individer och samhälle. Syftet med hälsofrämjande arbete är att hjälpa människor att förändra deras livsstil för att uppnå en bättre hälsa (O'Donnell 1986). World Health Organization, WHO, (1986), definierar hälsofrämjande arbete som en process vilken syftar till att få människor att ta kontroll över samt förbättra sin hälsa. För att uppnå fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande krävs att ambitioner och behov identifieras hos patienten samt att stimulera motivationen till att förändra och förverkliga dessa

behov. Hälsa bör ses som en resurs i vardagen och inte som ett mål i livet (WHO 1986). Socialstyrelsen (2009) beskriver hälsofrämjande åtgärder inom hälso- och sjukvården som ett patientfokuserat förhållningssätt som ska ta tillvara samt stärka patientens upplevda hälsa och egna resurser. Hälsofrämjande arbete utförs på flera nivåer: globalt, nationellt och lokalt (WHO 2017).

Hälsofrämjande insatser är grundläggande inom tandvården eftersom det främjar hälsa och motverkar uppkomst av sjukdom (Öhrn 2004). Tandhygienisters yrkesområde omfattar hälsofrämjande och förebyggande sjukvårdande insatser. Vilket är att arbeta för en god oral hälsa för individ, grupp och samhälle (Socialstyrelsen 2011). Hälsofrämjande arbete på individnivå är att ge kunskap och motivera friska patienter till att behålla en god oral hälsa (Socialstyrelsen 2011). Hälsofrämjande insatser är grundläggande inom tandvården eftersom det främjar hälsa och motverkar uppkomst av sjukdom (Öhrn 2004). Vid hälsofrämjande arbete i grupp kan tandhygienister samarbeta med exempelvis: barnvårdscentral, skola och äldreomsorg (Edvardsson 2011, Hedman et al. 2013, Yoon & Steele 2012).

I en studie utvärderades ett samverkansprojekt mellan tandhygienister och andra professioner där projektets syfte var att främja hälsa hos barn. Fokus var goda uppväxtvillkor, bra matvanor och ökad fysisk aktivitet. Det övergripande målet med projektet var att uppnå en god hälsa genom samverkan mellan familjer och olika aktörer i samhället. Utvärderingen gjordes genom intervjuer där de intervjuade deltagarna var barnmorskor, distriktssköterskor, tandhygienister, tandsköterskor och förskolelärare. Studiens resultat visade att projektet beskrevs som ett hållbart arbetssätt inom de flesta professionerna (Edvardsson et al. 2011). I en annan studie undersöktes tvärsektorielt arbete inom långtidsvården av äldre som ett hälsofrämjande projekt. I studien deltog vårdpersonal, logopedier och tandhygienister. Studiens resultat visade att vårdpersonalen var ansvarig för upprätthållandet av den dagliga munvården och att logopedier och tandhygienister arbetar för att främja hälsa, utbilda och ge kompletterande vård (Yoon & Steele 2011).

Ett annat exempel på hur hälsofrämjande arbete kan bedrivas inom tandvården är ett preventionsprogram som utformades för tvååriga barn och deras föräldrar i ett

mångkulturellt bostadsområde. Tandvårdspersonal informerade om risken för karies vid intag av söta drycker nattetid, småätande mellan måltiderna samt belyste vikten av daglig tandborstning med fluortandkräm samtidigt som fluortabletter till barnen delades ut gratis. Studiens slutsats visade förbättring avseende munhygienvanor, kostvanor och kariesförekomst. Genom att förmedla relevant och anpassad information till olika målgrupper skapas en ökad kunskap hos deltagande individer om hälsofrämjande och förebyggande insatser (Wennhall 2008). I en studie där skolungdomar intervjuades i samband med ett tvåårigt interventionsprogram med fokus på oral hälsa som bedrivits av en tandhygienist, visade resultatet att ungdomarna som deltog uppgav att de fick en ökad förståelse och kunskap om hur de själva kan påverka sin egna orala hälsa (Hedman et al. 2013). Orala sjukdomar är multifaktoriella, vilket innebär att det kan vara ett samband mellan flera faktorer som biologiska, fysiska, beteendemässiga och livsstilsrelaterade faktorer (Selwitz et al. 2007). Tandhygienister har möjlighet att arbeta med hälsofrämjande åtgärder och livsstilsförändringar i samband med munhygien, kost och tobak (Socialstyrelsen 2011, Öhrn 2004).

Munhygien

God munhygien innefattar daglig tandborstning med vanlig tandborste eller el-tandborste och approximal rengöring med tandtråd eller mellanrumsborstar. För att uppnå och bibehålla en god oral hälsa (Carrouel et al. 2016). När det gäller munhygien framhåller *Nationella riktlinjer - för vuxentandvård* (Socialstyrelsen 2011) att det är viktigt att tandvården har effektiva metoder för patientundervisning samt att patienten själv är delaktig för att påverka beteenden som är viktiga för den orala hälsan. I en studie av Ashkenazi et al. (2014) undersöks tandhygienisters inställning till att utföra munhygieninstruktion på sina patienter. Studien visade att 70,9 % av de 179 medverkande tandhygienisterna utförde munhygieninstruktion på alla sina patienter, 28,5% erbjöd sporadiskt munhygieninstruktion till sina patienter och 0,6 % erbjöd aldrig sina patienter munhygieninstruktion. Hinder för att erbjuda och utföra munhygieninstruktion uppgavs vara tidsbrist, att patienterna vet hur de ska borsta eller att patienterna upplevdes som ointresserade (Ashkenazi et al. 2014).

Kost

Det finns samband mellan högt sockerintag, ohälsosamma matvanor och förekomst av orala sjukdomar som karies, erosionsskador och infektionssjukdomar (Moynihan & Petersen 2004). Risken för att utveckla karies är förknippad med beteendemässiga och livsstilsrelaterade faktorer, högt antal kariogena bakterier, frekvent intag av mat eller dryck som innehåller socker samt dålig munhygien (Lundgren et al. 2016). I Sverige har studier gjorts för att undersöka samt finna metoder för att främja oral hälsa och minska förekomst av karies hos barn i utsatta bostadsområden (Grindefjord & Andersson 2014, Wennhall 2008). Grindefjord & Andersson (2014) visade att barn med ökad risk för karies kan identifieras vid undersökning i tidig ålder. Eftersom karies huvudsakligen är relaterat till individens livsstil och beteendefaktorer kan det förebyggas med goda kostvanor i kombination tandborstning med fluortandkräm två gånger dagligen (Lundgren et al. 2016). Därför är hälsofrämjande och förebyggande insatser som god munhygien, goda kostvanor och rökfrihet viktiga för den orala hälsan. Dessa hälsofrämjande och förebyggande insatser kan tillhandahållas av tandhygienister (Öhrn 2004).

Tobak

Tobaksbruk ökar risken för karies, parodontit, gingivala retraktioner, cancer i munhålan samt mukosit vid implantat (Warnakulasuriya et al. 2010). Det är i första hand den allmänna hälso- och sjukvården som bedriver beteendemedicinsk tobaksprevention, men det rekommenderas att tandvården ska erbjuda patienter som använder tobak information om risker med tobaksbruk och tillvägagångssätt för att bli tobaksfri (Socialstyrelsen 2011).

Tandhygienister har inom ramen för sitt kompetensområde möjlighet att erbjuda tobaksavvänjning för att förebygga sjukdom och främja oral hälsa samt motivera människor att förändra sin livsstil (Andersson et al. 2012). I samverkansprojekt med skolor finns möjlighet att arbeta hälsofrämjande genom att informera ungdomar om tobaksprodukters skadliga effekter på oral- och allmän hälsa (Hedman et al. 2013). Andersson et al. (2012) undersökte tandhygienisters roll i hälsofrämjande och tobaksförebyggande arbete. Studien visade att tandhygienisterna upplevde att de hade en skyldighet att arbeta med tobaksavvänjning samtidigt som de saknade debiteringskoder. Studiens slutsats visar på att tobaksavvänjning bör synliggöras och

prioriteras mer inom tandvården, att åtgärdsåtgärder för tobaksavvänjning bör ses över samt att hälsofrämjande och tobaksförebyggande arbete är viktiga delar i tandhygienistens arbete (Andersson et al. 2012). Det visade sig i en studie av Johannsen et al. (2012) att tandhygienisterna ansåg att tobaksavvänjning är särskilt viktigt för patienter med parodontal sjukdom och för de med implantat för att uppnå lyckat behandlingsresultat. Flertalet av tandhygienisterna utförde någon tobaksförebyggande åtgärd, men inte särskilt omfattande. Hinder för att utöva tobaksförebyggande åtgärder ansågs vara brist på tid, kunskap och erfarenhet (Johannsen et al. 2012).

Tandvården i framtiden

Samhället förändras över tid och behovet av tandvård kommer att förändras. Generellt är tandhälsan god i Sverige, men i vissa befolkningsgrupper och områden tycks förbättringen av den orala hälsan avta, särskilt hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2018). Samtidigt förväntas den äldre delen av befolkningen som har ett större antal egna tänder kvar att stiga, vilket ökar behovet av tandvård. Den åldrande befolkningen är en framtida utmaning för tandvården (Jokiaho et al. 2018). Inom tandvården är resurserna begränsade och ett stort förändringsarbete kommer att krävas inom de närmsta åren med fokus på förebyggande insatser för att kunna möta samhällets behov av tandvård (Socialstyrelsen 2013, SOU 2007:19).

Inom hälso- och sjukvården anses satsningar på hälsofrämjande arbete vara gynnsamt för samhällets utveckling både ur ett ekonomiskt och socialt hållbarhetsperspektiv (Socialstyrelsen 2009). Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har en tydlig prägel på tandvården i Sverige. Förebyggande insatser erbjuds för att främja hälsa och minska behovet av vård samt ett långsiktigt skydd mot höga kostnader. God oral hälsa är det långsiktiga skyddet mot höga kostnader för tandvård (SOU 2007:19). Få studier har gjorts om tandhygienisters roll i det hälsofrämjande arbetet. Samtidigt som kunskaper om hälsofrämjande- och förebyggande insatser är en viktig del i tandhygienisters utbildning (Jokiaho et al. 2018). Det är därför intressant att vidare undersöka yrkesverksamma tandhygienisters syn på hälsofrämjande arbete.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur oralt hälsofrämjande arbete upplevs av legitimerade tandhygienister.

Material och metod

Design

En empirisk studie med kvalitativ design har genomförts. Datainsamlingen gjordes genom intervjuer. Den kvalitativa studien fokuserar på människors upplevelser, uppfattningar eller beskrivningar för att identifiera en lämplig undersökningsfråga och därmed också studiens syfte (Kristensson 2014). Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att samtliga deltagare fick samma öppna frågor, men som inte behövde ställas i bestämd ordning, samt att det fanns möjlighet för följdfrågor (Kristensson 2014). Studier baserade på intervjuer formas av kommunikation och samspel mellan författare och deltagare (Granhem & Lundman 2004).

Urval och genomförande

Urvalsförfarandet var ett avsiktligt urval, vilket innebär att personerna som deltog bedömdes vara av betydelse för studien (Kristensson 2014). Studien genomfördes i januari och februari 2018. Författarna kontaktade tre olika folktandvårdskliniker i Skåne där samtliga tandhygienister tillfrågades att delta i studien. För att begränsa urvalet till medelstora och större folktandvårdskliniker var inklusionskriterierna att det arbetade minst tre legitimerade tandhygienister på varje klinik. Ingen hänsyn togs gällande ålder, kön eller antal år som yrkesverksam, för att möjliggöra en slumpmässig variation avseende utbildning och erfarenhet hos deltagarna. Klinikerna valdes utifrån geografisk placering i närhet av högskolan i Kristianstad. Första kontakten togs via telefon. Muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt presenterades för respektive klinikchef och skriftlig information (bilaga 1) mailades där tillstånd begärdes

för att rekrytera tandhygienister från kliniken. Författarna delade ut informationsblad (bilaga 2) till samtliga tandhygienister (n=20) på de tre utvalda klinikerna. Informationsbladet innehöll information om studien samt intresseanmälan. Tandhygienister som var intresserade av att delta i studien kunde anmäla sitt intresse via mail senast den 25/1. Efter sista anmälningdatum hade enbart två tandhygienister lämnat sitt intresse. Tandhygienisterna (n=2) kontaktades av författarna via mail för bokning av tid och plats för intervju. En första påminnelse mailades till de tre folktandvårdsklinikerna efter angivet datum. Ytterligare en ny klinik kontaktades för att rekrytera fler deltagare men enligt klinikchefen kunde tandhygienisterna inte medverka på grund av tidsbrist. Därefter kontaktade författarna två av de utvalda klinikerna igen, den ena via telefon och ett återbesök gjordes till den andra kliniken i samband med personalens rast. Författarna informerade på nytt om studiens syfte. I samband med informationsmötet anmälde (n=6) tandhygienister sitt intresse att delta i studien. De intresserade deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studien. Tid för intervjuerna bokades i samråd med deltagarna och författarna var anpassningsbara för att underlätta för deltagarna. Totalt deltog åtta tandhygienister (n=8) från två olika folktandvårdskliniker i studien. Deltagarnas ålder varierade mellan 25 år till 57 år, medelåldern var 38 år. Antal år som yrkesverksam tandhygienist skiljde från 6 månader till 28 år, medelvärdet för antal år som yrkesverksam var 8,6 år. Utbildningslängden varierade mellan 1 år till 3 år, medelvärdet för utbildningslängden var 2,6 år. Arbetstiden skiljde sig från 75 % till 100 % och medelvärdet av deltagarnas sammanlagda arbetstid var 88% (figur 1).

Kön	Ålder	Antal år som yrkesverksam	Utbildningslängd	Arbetstid
Kvinna	37 år	2,5 år	3 år	80 %
Kvinna	25 år	1 år	3 år	100 %
Kvinna	44 år	17 år	3 år	80 %
Kvinna	54 år	27 år	1 år	75 %
Kvinna	27 år	6 månader	3 år	100 %
Kvinna	30 år	5,5 år	3 år	100 %
Kvinna	57 år	28 år	2 år	90 %
Kvinna	33 år	11 år	3 år	82 %

Figur 1 Urvalsgruppen

Pilotstudie

En pilotstudie genomfördes med den första deltagaren som tackade ja till att medverka i studien. Pilotstudien genomfördes för att testa om intervjuguidens frågor (bilaga 4) var lämpliga samt att förvissa sig om att den tekniska utrustningen fungerade. Pilotstudien gav även författarna möjlighet att komma in i situationen som intervjuare (Danielson 2017). Pilotstudien inkluderades i studiens resultat då frågorna uppfattades korrekt och gav tillräckliga svar.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna tillfrågades om intervjun kunde spelas in med digital diktafon. Samtliga tandhygienister (n=8) gav sitt godkännande och en samtyckesblankett (bilaga 3) skrevs under innan intervjuerna påbörjades. Deltagarna fick ytterligare information om studiens syfte innan intervjuerna började samt information om att intervjun kunde avbrytas om så önskades utan anledning (bilaga 5). Båda författarna medverkade vid intervjuerna. En och samma författare ställde frågorna utifrån intervjuguiden vid samtliga intervjuer. Båda författarna hade möjlighet att ställa följdfrågor samt föra enklare stödanteckningar. Den första intervjun (n=1) genomfördes i ett rum på högskolan i Kristianstad och resterande intervjuer (n=7) genomfördes i tandvårdsmiljö. Intervjuerna varade mellan 11- 20 minuter. Det insamlade materialet förvarades inlåst under studiens gång.

Bearbetning och analysmetod

Samtliga intervjuer analyserades tillsammans av författarna genom en kvalitativ innehållsanalys. Detta är en analys av textens innehåll där författarna söker likheter och skillnader i texten (Kristensson 2014). Innehållsanalysen utfördes i olika steg (Figur 2). Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades ordagrant, vilket innebär att även pauser och känslouttryck skrevs ut (Kristensson 2014). Första intervjun lyssnades igenom och transkriberades av författarna tillsammans, sedan transkriberades varannan intervju av författarna. Därefter bytte författarna intervjuer med varandra, lyssnade och läste texten samtidigt för att kontrollera samt säkerställa att inget material gått förlorat. Författarna läste igenom det transkriberade materialet var för sig och träffades därefter för diskussion om textens innehåll. Meningsbärande enheter som

relaterade till studiens syfte identifierades. De meningsbärande enheterna kodades vilket är en sammanfattning som består av ett eller flera ord (Kristensson 2014). Därefter lästes koderna igenom och likheter eller skillnader söktes. Koder som hörde samman bildade en kategori. Kategorierna sammanfattar vad koderna betyder (Kristensson 2014). För att finna underkategorier som är en tolkning av en eller flera kategoriers betydelse analyserades kategorier, meningsbärande enheter och koder (Kristensson 2014). Baserat på dessa delar och textens helhet skapades ett tema (Granheim & Lundman 2004).

För att beskriva analysprocessen ges följande exempel av den meningsbärande enheten ”... hälsofrämjande arbete för mig är att, eh, göra personen det handlar om, medveten om, eh, ohälsa, egen ohälsa och eh, vad den kan göra för att ändra det till hälsa...” (Kod T01) som fick koden ”Frisk munhälsa”. Koden ingick i kategorin ”Möjligheter” och underkategorin ”Hälsofrämjande arbete”. För att identifiera ett övergripande tema genomlästes det analyserade materialet och intervjuerna igen (Kristensson 2014).

Materialet i innehållsanalysen byggde på manifest och latent budskap. De skillnader eller likheter som är uppenbara och synliga i texten är manifest budskap. Det latent innehåll beskriver betydelsen, meningen eller det som finns under ytan (Kristensson 2014). Ett exempel på ett latent budskap är när deltagaren svarar på frågan om hur hon upplever att hennes hälsofrämjande arbete skulle kunna underlättas. Deltagaren svarar ”... Så eh, patienten i sig, om man tittar på patientens egen o, eget ointresse...” (Kod T01). Detta tolkar författarna som att deltagaren upplever att patientens motivation och kooperation är en del för hur tandhygienistens hälsofrämjande arbete kan underlättas.

Datamaterialet läses	Texten lästes var för sig, tankar skrevs ner och författarna träffades därefter för diskussion.
Meningsenheter	Identifiering av meningsbärande enheter som relaterade till studiens syfte.
Koder	Kodning av de meningsbärande enheterna vilket är en sammanfattning och består av ett eller flera ord.
Underkategorier	Likheter och skillnader söktes bland koderna som sammanfattade koderna.
Kategorier	Identifiering av underkategorier som sammanfattades till en eller flera kategorier.
Tema	Kategorier, underkategorier och intervjuerna lästes igenom för att finna den övergripande meningen och sammanfatta det i ett tema.

Figur 2. Olika steg i innehållsanalysen (Kristensson 2014).

Etiska aspekter

Denna studie har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Informationskravet innebär att författarna gav deltagarna information om studiens syfte, hur det ska genomföras, att det är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan om så önskas. Samtyckeskravet uppfylldes genom att en samtyckesblankett skrevs på innan intervjuerna började där deltagarna gav sitt samtycke att medverka. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att samtliga deltagare som deltog i undersökningen presenteras på ett sådant sätt att de inte kan identifieras av utomstående och personuppgifterna förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att det insamlade materialet endast får användas till denna studie och kommer att förstöras efter att uppsatsen har blivit godkänd och examinerad (Vetenskapsrådet 2002). Andra etiska övervägande som togs

hänsyn till var att det inte fanns någon relation mellan författare och deltagare som skulle kunnat påverka deltagarens svar och studiens resultat. Författarna hade ett öppet och neutralt förhållningssätt samt värderade inte det som framkom under intervjuerna för att minimera risken att påverka deltagarna i någon riktning. Författarna var även noga i sin information till deltagarna att intervjun var frivillig och kunde avbrytas när som helst utan några som helt konsekvenser.

Resultat

Resultatet baseras på åtta intervjuer och redovisas utifrån temat *tandhygienister har ett stort ansvar i sitt hälsofrämjande arbete*. Under kategorin möjligheter presenteras underkategorierna *hälsofrämjande arbete* och *tandhygienistens upplevelse*, vilket visar på hur deltagarna ser på sitt hälsofrämjande arbete. Under kategorin *begränsningar* redovisas underkategorierna *utmaningar* och *organisation* som beskriver svårigheter för att utföra hälsofrämjande arbete (Figur 3).

Tema	Tandhygienister har ett stort ansvar i sitt hälsofrämjande arbete			
Kategorier	Möjligheter		Begränsningar	
Under-kategorier	Hälsofrämjande arbete	Tandhygienistens upplevelse	Utmaningar	Organisation
Koder	Frisk munhälsa Tobaksprevention Kostrådgivning Munhygien Information Förebyggande	Eget ansvar Tillfredsställelse Goda förutsättningar Kommunikation mellan kolleger	Barn och ungdomar Föräldrars delaktighet och kunskap Kultur, etnicitet och språk Patientens eget intresse	Ekonomi Tidsbrist Debitering Arbetsplats och riktlinjer

Figur 3. Beskrivning av tema, kategorier, underkategorier och koder utifrån den kvalitativa innehållsanalysen.

Möjligheter

Kategorin *möjligheter* innefattar underkategorierna *hälsofrämjande arbete* och *tandhygienistens upplevelse*. Dessa beskriver vad hälsofrämjande arbete innebär för deltagarna i mötet med patienter och dess betydelse att utvecklas i sin yrkesroll som legitimerad tandhygienist.

Hälsofrämjande arbete

Underkategorin beskriver deltagarnas uppfattning om vad hälsofrämjande arbete innebär och hur de upplever att de arbetar hälsofrämjande. Det framkommer tydligt att en frisk munhälsa är viktigt inte bara för tändernas hälsa utan även för hälsan i övrigt.

”Man ska förklara och man ska bli delaktig i patientens hälsa, alltså... att man ska förklara för patienten vad det är som är bra med hälsan /.../ man ska förklara att hälsan är, alltså att munnen är en del av hälsan.” (Kod T02)

”Men munhälsan är ju den främsta... men... eh... det är ju hela... fysiska kroppen...men det är ju också....större delar för det påverkar ju, alltså munhälsan påverkar ju hela människan inte bara fysiskt, utan också psykiskt.” (Kod T01)

Samtliga deltagare anser att hälsofrämjande arbete innebär att arbeta förebyggande genom information om kost och karies, munhygieninstruktion om hur patienten ska ta hand om sin munhälsa samt information om tobak och snus. Hälsofrämjande arbete enligt deltagarna är att arbeta aktivt för att problemen inte ska uppstå, att hjälpa patienten att må bra och ha en frisk munhälsa.

”Hälsofrämjande arbete för mig, det innebär: information, instruktion för patienter som är i behov av det. För att det, förebygga tandsjukdomar, tandlossning, ehm... karies.. ehm... på barn och vuxna ehm, där man går igenom ehm.. eeh.. hur dom ska sköta om

*sina tänder.. eeh..... eehm... jaa, dels så gör man, ju, man visar olika tandvårdsprodukter och vad som den enskilde patienten ska använda och man informerar ju om uppkomst och orsak till sjukdomarna och... ehh... sen så gör man ju den behandlingen, antingen om det är karies, så är det ju fluorprofylax eller om det då är tandlossning, då är det ju depuration och ehm... så... ja,*skratt*... och sen kan de ju vara hälsofrämjande med att man pratar om tobak och snus och rökning, och sånt också... så att de, ja, det är väl min upplevelse, ja.” (Kod T08)*

Tandhygienistens upplevelse

Majoriteten av deltagarna upplevde att det är betydelsefullt med hälsofrämjande arbete, tandhygienister har goda förutsättningar och möjligheter att påverka patienter att uppnå en god oral hälsa. Deltagarna uppgav att det är tillfredställande att se positiva resultat av sitt arbete och att de upplever att det är utvecklande att arbeta hälsofrämjande.

”Ja, vill poängtera att jag tycker att det är jätteviktigt med hälsofrämjande arbete, alltså med det jag kallar ju det förebyggande också så, men ee... att det är ju det bästa, som den känslan jag vet är ju när man känner att nått fram till en patient, att med små medel få en patient att må bättre...eh..och ibland både psykiskt och såhär alltså fysiskt rent i munnen liksom så.. ja, vi kan göra jättemycket, vi tandhygienister.” (Kod T06)

”Jag träffar otroligt mycket människor och har verkligen chansen att påverka, träffar man ändå ganska ofta en gång per år eller en gång per ett och ett halv det är mycket mer än vad sjukvården träffar ehm... att man verkligen når ut till många människor och kan påverka... genom eh små medel ändå...så tillgängligheten då är ju det lättaste till patienterna ...ja.” (Kod T06)

Bra kommunikation och samarbete med kollegor är av stor betydelse för deltagarna, när det gäller hälsofrämjande arbete. Detta diskuteras både formellt vid terapimöten och informellt eftersom kollegor på kliniken finns till hands för stöd och rådfrågning.

Deltagarna uppger att det finns en trygghet att kunna diskutera med sina kollegor om eventuella svårigheter som kan uppstå och ta lärdom av varandras kunskap.

"Ehm, här på kliniken då till exempel, träffas vi tandhygienister en gång i månaden eller två, och diskuterar och pratar med varandra. Där kan man ju ta upp liksom om det är något man tycker är svårt och vad tycker ni om det här? vad säger ni om det här?... så att hjälpa kollegor emellan." (Kod T06)

Deltagarna upplever att de har ett stort eget ansvar och känner att de inte har några direkta begränsningar för hur de får lägga upp sitt arbete och kan individanpassa behandlingen efter patientens behov. Då de arbetar med sin legitimation har de både full rätt samt en skyldighet att ge patienterna rätt information som kan förbättra deras munhälsa.

"Ehm... jag, har ju som tandhygienist på min klinik... ehm... väldigt stort egenansvar... och eh.. d....de..jag har egentligen inga begränsningar för hur jag själv får lov att lägga upp det." (Kod T01)

"mm... hm.. alltså, hm.. det beror ju på helt enkelt.. eh.. vilka möjligheter jag kan se, de, om ni menar patienten, om, till exempel om jag tror att den patienten kan förbättra sin munhygien eller inte, ehm.. så, men det är väl lite det här upp till mig själv som tandhygienist å eh.. motivera patienten, ehm.. ja, och ehm, göra så att han blir intresserad mer av att ta hand om sin, men eh.. ja, det är väl lite hur jag, eh, som tandhygienist informerar och så. Mm.." (Kod T04)

"... möjligheter, man har ju man har ju sin utbildning man har sin kunskap jag har ju min legitimation jag har ju full rätt till att informera och skyldig att informera patienten om både sambandet kost karies och åh tobak parodontit" (Kod T03)

Begränsningar

Kategorin *begränsningar* innefattar underkategorierna *utmaningar* och *organisation* som beskriver vilka svårigheter och hinder som deltagarna upplever vid hälsofrämjande arbete.

Utmaningar

Flera av deltagarna anser att hälsofrämjande arbete är extra viktigt när det gäller barn- och ungdomspatienter. Deltagarna i studien menar att det mest grundläggande är att skapa goda vanor avseende kost och munhygien i ung ålder för att förhindra att orala sjukdomar utvecklas. Detta upplevs ibland som en utmaning då föräldrar inte alltid visar förståelse att goda vanor bör etableras i tidig ålder.

”ja... men gäller det här hälsofrämjande arbetet så tycker jag att det tar ju mest.. det är ju mest positivt när det gäller barn faktiskt” (Kod T02)

“det här är jätteroligt med dom små barnen, det är en utmaning.. ehm och inte bara att de är en utmaning för barnen utan det är snarast så är den största utmaningen är föräldrarna faktiskt och få dom att tänka.. att tänka annat, att tänka på ett annat sätt... och speciellt yngre föräldrar skulle jag vilja säg” (Kod T07)

De flesta av deltagarna framhåller betydelsen av föräldrarnas delaktighet, kunskap och engagemang i sitt barns munhälsovanor för att undvika att barnet eller ungdomen utvecklar karies eller gingivit. Några av deltagarna upplever att föräldrar inte har tillräckligt med kunskap eller lägger över ansvaret på barnen när det nått en viss ålder. Deltagarna är noga med att informera föräldrarna om förändringar i bettet, tandväxlingen, men även livsstil hos de lite äldre barnen och tonåringarna.

”mhmhm... eeh. . nu är det lite såhär att om vi pratar om barn, exempelvis, då är det att föräldrarna måste vara aktiva där. Alltså det är ingenting barn, då pratar vi om små barn som är tre upp till tolv år och då då tycker jag att föräldrarna ska vara mer aktiva och att... ahhh.. precis alltså då det finns ju sånna som kommer hit och så frågar man hur ofta äter barnet eller dricker sånna söta saker och sånt så säger dom ehm.. typ

varje dag eller att det blir svårt att undvika och så där, så jag frågar varför köper ni det hemma, varför har ni det hemma, så det är det här att man som förälder, alltså som förälder att man måste, det blir bättre” (Kod T02)

“... sen hur viktigt att dom hjälper dom till 10-12 års ålder fast dom tycker att dom är stora, och fast barnen tycker att dom kan själva... för, eh... en del börjar komma in i tonåren trötta lite lata, slarviga orkar inte andra har inte motoriken det kan ju finnas olika anledningar till varför det inte blir bra, kan ju va vanorna man har fått sen tidigare också ju, mm, var man vuxit upp, eh... och att dom hjälper dom med barnen då, för att det eh... jag brukar säg också att det är i just den åldern där mellan tio och femton som alla mjölkänderna växlar till vuxentänder och så har man kanske haft jättefina tänder innan jag säger detta även till dom som har fina tänder inte har en massa lagningar släpp inte allting nu för nu kommer det vuxentänder permanenta men jag brukar säg vuxentänder så dom förstår alla eh... utan fortsatt hjälpa barnen fortsatt kolla dom för att man ska slippa få hål i dom nya när man har haft så fina tänder innan så jag pratar hälsofrämjande kan man ju säg även till dom som har god hälsa har god munhygien så pratar jag ändå om det” (Kod T04).

Ungdomar är den patient gruppen som upplevs svåra att nå av deltagarna när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser. De visar inget större intresse gällande munhälsan och upplevs att de inte är mottagliga för den information som ges. Detta anses som en utmaning av deltagarna.

”Nej, det de som jag kan uppleva det är ju mycket med tonåringar, att dom inte är mottagliga för informationen man, det känns som man sitter och pratar för döva öron ibland... ehm, att hur mycket man än liksom, visar och informerar så är det precis om bara - ja, jaha nej, men alltså.. Intresset finns inte där och.. dom är inte med.. dom är här och nu, dom tänker inte i fram.. men man försöker att informera om att -men i framtiden kan det här och det här hända, det kan bli såhär och såhär å, när du ska börja betala och, om du ska ha dina tänder i många år och hela livet och nu är det vuxentänder som.. dom är här och nu och dom bryr sig inte så mycket om vad som händer sen, så att det kan väl jag se som en stor utmaning” (Kod T08)

En del av deltagarna menar att faktorer som kultur, etnicitet och språk kan vara en begränsning i deras hälsofrämjande arbete. En stor del i tandhygienisters arbete är kommunikation. Språk kan vara en begränsning, men de flesta av deltagarna påvisar att det främst är kulturella skillnader i synen på tandvård som kan vara en utmaning i mötet med patienten. Därför bör både vuxna, barn och ungdomar få grundläggande kunskap om hur en god oral hälsa kan uppnås och information om hur tandvården fungerar i Sverige.

”... eh, för min personliga del eh, i så fall kan det ju va att man har lite svårt med språket... kan jag känna att det är en begränsning ibland när jag eh.. att jag får fram mitt budskap så dom förstår...” (Kod T07)

”... ibland också nyanlända ehm, dom har inte alls den bakgrunden med tandvård heller och inte alls det tänket och ehh, ja, men det har väl inte varit ett sånt stort eh, behov för dom i deras hemland, och har inte haft möjlighet att komma till tandvården och varit på flykt och sådär, så att där är det väl ganska också svårt ibland att nå fram med att liksom, dom verkligen ska förstå hur viktigt det är...” (Kod T08)

Alla deltagarna berör vikten av patientens eget intresse när det gäller att främja den orala hälsan. Det framkommer att det är viktigt för deltagarna att patienter har förståelse kring egenvård och riskfaktorer samt hur det påverkar patienters orala hälsa.

“fast man har informerat patienten om skadeverkan så måste dom vara motiverade till det och har kanske inte den tiden som man vill till motiverande samtal... här på kliniken... har svårt att lägga tid för mycket tid på fast det är viktigt” (Kod T03)

Flera av deltagarna anser att de som vårdgivare har ett ansvar när det kommer till att motivera, informera och instruera patienter samt försäkra sig om att patienter förstår sin situation. De menar att om en patient fått samma information vid flera tillfällen utan någon förbättring så bör den behandlande tandhygienisten tänka om och försöka nå patienten på något annat sätt, exempelvis genom att ställa öppna frågor eller rekommendera något annat hjälpmedel som passar bättre för patienten.

“Ja, alltså lyssna, man ska lyssna. Man ska se liksom vad är det mm.. de.. eh. exempel, då ger jag massor av exempel och det blir lite lättare för mig, eh, men.. när.. om dom kommer och eh, vi säger att eh.. det är dåligt med munhygien, det är plack.. eh, överallt.. och så instruerar jag och jag ger ju ah.. ja eh.. ger ju aah, ja.. utlämning av prov åh ee.. tandborste och sådär.. så visar vi och vi går igenom det här hela momenten, hela när det gäller att förbättra munhälsa och sen om det inte blir bättre till nästa eh.. kontrollen då, då får jag väl lyssna lite mer men varför har det inte blivit bättre? Vill du då förändra det här eller inte? så det är bara det, am, så att jag inte liksom trycker att nästa gång så kommer du och så att jag upprepar det här informationen och igen liksom instruerar onödigt, det är det bara jag tänkte på” (Kod T02)

Organisation

Deltagarna ansåg att det fanns organisatoriska begränsningar i tandvården som påverkar deras hälsofrämjande arbete. De aspekter som framförallt togs upp var ekonomi, tidsbrist och arbetsplatsens riktlinjer. De flesta deltagarna nämner att ekonomi är en faktor som tandhygienister alltid måste ta hänsyn till vid hälsofrämjande arbete, både patienters och klinikens.

“Främst ekonomin för patienten, tänker jag... eh.. för att om vi tänker en vuxen patient... ...där kanske finns.. behov av att träffa en tandhygienist flera gånger än vad patienten upplever att det är värt i pengar.. att betala för... och då kan ju det vara en begränsning... som är svårt att ändra på som det ser ut idag...” (Kod T01)

”För att som jag tänker så är ju förebyggande, det är ju en billigare tandvård för, alltså patienten om man då ser betalande, att dom ska komma hit och liksom hålla efter, hålla dom i ordning efterhand, än att något större tandproblem ska komma och man behöver kanske göra en större hos tandläkaren, rotfyllning eller broar och kronor och allt vad som det innebär, så att det förhoppningsvis så ska det ju bli bättre för patienten, för plånboken också och ja, ja...” (Kod T08)

När det gäller behandling av barnpatienter uppger en stor del av deltagarna att organisationens riktlinjer i vissa fall inte är tillräckliga. Den ekonomiska ersättningen för barnpatienter täcker inte alltid kostnaderna för barnets vårdbehov, vilket innebär i vissa fall att kompromisser i behandlingen görs. Deltagarna i studien uppger att de skulle vilja se mer resurser för hälsofrämjande och förebyggande barntandvård.

“ehm... på barn så där har man ju inte barnets eget ekonomiska... utan då handlar det ju om eh... ens arbetsplats begränsningar och vad man har för riktlinjer på... på hur mycket tid man får lov å lägga på det... för tiden innebär pengar..” (Kod T01)

“det så många barn som kostar så mycket mer och som tar så mycket mer tid till lagning... och då kanske man tycker att man kan minska på profylaxen men jag tycker inte det för då kommer vi ingen vart... då kostar det mer i andra änden istället men jag är långt ifrån närheten av någon som man då överhuvudtaget lyssnar på eller så tar efter och bedömer hur man ska göra när man bestämmer saker allting handlar om pengar och budget där ju och där är inte jag med och beslutar” (Kod T04)

Deltagarna uppgav att deras arbete är tidsstyrt, de upplever att det inte alltid finns tillräckligt med tid för djupare samtal med patienter eller möjlighet till återbesök, vilket är en begränsning för deras hälsofrämjande arbete. De menar att ett högt patienttryck och långa köer skapar en känsla av att resurserna inte alltid räcker till.

“eh... ibland känner jag att vi skulle, man skulle vilja ha mer tid.. ehm.. till motiverande samtal till exempel ehm.. det är ju väldigt tidsstyrt, i det här yrket och ibland känner man att man kör mer på rutin - aja, men tänk på det här och tänk på det här.. jag ser ju att du har fått den här informationen, istället för att kanske ta en ny till och verkligen sätta sig ner och prata med patienten.. och återkoppla.. om det att nå fram. Jag försöker det, alltså om patienten kommer tillbaka och återkoppla och så, men det är väl det som jag skulle vilja förändra mest att inte bara gå på rutin och snabbt ibland, till prata liksom, utan att verkligen ta mig mer tid, och det är ju svårt, för att man har krav på sig, tidskrav å pengakrav och så, så att det finns inte alltid den tiden, men det är någonting som jag skulle förändra om jag hade möjlighet.” (Kod T06)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ studie med en intervjuguide som underlag genomfördes. Metoden ansågs vara lämplig för att få en inblick i deltagarnas upplevelser, uppfattningar och beskrivningar av hälsofrämjande arbete. Om en kvantitativ studie, exempelvis en enkätstudie genomförts hade deltagarna fått besvara frågor med fasta svarsalternativ. Vilket innebär att relevant information hade gått förlorad då känslor och upplevelser inte är mätbara.

Urval

Deltagarna valdes ut genom ett avsiktligt urval. Fyra folktandvårdskliniker kontaktades utifrån geografisk placering i förhållande till Högskolan i Kristianstad. Det var endast två kliniker som visade sitt intresse att tandhygienisterna kunde delta i studien. Resterade två kliniker som inte deltog i studien, ansåg klinikchefen på ena kliniken att tandhygienisterna på deras arbetsplats inte hade möjlighet att delta på grund av tidsbrist. På den andra kliniken var det ingen av tandhygienisterna som visade intresse att delta i studien. Deltagarna var åtta tandhygienister, där sju arbetar på samma klinik. Detta kan ha påverkat resultatet då samma tankesätt kan finnas hos deltagarna på grund av ett nära samarbete kollegor emellan. Om tandhygienister från andra folktandvårdskliniker hade inkluderats hade eventuellt en större bredd av resultatet uppnåtts. För att möjliggöra en variation avseende utbildning och erfarenhet togs ingen hänsyn gällande ålder, kön eller antal år som yrkesverksam. Samtliga deltagare var kvinnor och urvalsgruppen hade en variation avseende ålder, antal år som yrkesverksam, utbildningslängd och arbetstid. Den yngsta deltagaren var 25 år och den äldsta var 57 år. Den deltagare som arbetat kortast tid hade varit yrkesverksam i 6 månader och deltagaren som var mest erfaren hade varit yrkesverksam i 28 år. Spridningen i urvalgruppen gjorde det möjligt att ta del av olika synsätt och erfarenheter från deltagarna. En mättnad uppstod efter fem genomförda intervjuer men eftersom ytterligare tre intervjuer var inbokade valde författarna att genomföra dessa. Inget nytt tillkom efter att samtliga åtta intervjuer var genomförda och författarna ansåg att nya deltagare inte behövde rekryteras.

Författarna valde att rekrytera tandhygienister som arbetade på folktandvården. Det hade varit intressant att göra motsvarande studie med tandhygienister som arbetar i privat regi för att undersöka likheter och skillnader avseende oralt hälsofrämjande arbete i offentlig respektive privat verksamhet.

Datainsamling och analysprocess

Författarna har tagit hänsyn till begreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, giltighet och överförbarhet för att säkerställa studiens trovärdighet. Det insamlade materialet analyserades tillsammans av båda författarna för att öka studiens tillförlitlighet och minska risken för feltolkningar. Direkta citat har återgetts i resultatbeskrivningen för att stärka studiens verifierbarhet. Detta för att visa att det som sagts under intervjuerna överensstämmer med det som redovisas i studiens resultat. En intervjuguide togs fram och användes på samma sätt vid samtliga intervjuer. Alla deltagare fick besvara samma huvudfrågor, detta för att stärka studiens giltighet. Gällande överförbarhet är studien kvalitativ, vilket innebär att studiens resultat inte kan generaliseras på samma sätt som en kvantitativ studie (Kristensson 2014). Däremot kan resultatet ge en antydning till hur tandhygienister upplever och tolkar oralt hälsofrämjande arbete.

En av intervjuerna hölls i ett avskilt rum på högskolan i Kristianstad och resterande intervjuer genomfördes på tandhygienisternas arbetsplats, för att underlätta för deltagarna i studien. En negativ aspekt kan vara att vissa av intervjuerna hölls i samband med eller under deltagarnas arbetstid, på deras arbetsplats. Detta kan ha påverkat deltagarna i hur utförligt de besvarade frågorna på grund av upplevd tidsbrist eller en viss stress från arbetsplatsen. Intervjun som hölls på högskolan i Kristianstad varade längst, detta kan bero på att intervjun inte utfördes på deltagarens arbetsplats under arbetstid och att deltagaren avsatt tid för att medverka i studien. Det hade varit önskvärt att genomföra alla intervjuer utanför arbetsplatsen, men det hade kanske påverkat rekryteringen av deltagare och resulterat i att färre valt att delta i studien. Intervjuerna varade mellan 11-20 minuter, vilket är kort tid. Trots detta upplevde författarna att intervjuerna gav tillräckligt med information för att besvara studiens syfte. En svaghet i studiens genomförande kan vara att författarna är oerfarna intervjuare, vilket kan ha lett till att följdfrågor som borde ställts missats, därmed kan relevant information gått förlorad. Exempel på när följdfrågor borde ha ställts var när deltagarna beskrev sin

uppfattning om hälsofrämjande arbete, hur de gick tillväga när de arbetade hälsofrämjande samt hur tid och organisationens riktlinjer begränsade deras hälsofrämjande arbete. Författarna borde ha lagt ner mer tid på att testa intervjuguiden och gjort fler pilotintervjuer. Detta för att undersöka om intervjuguiden gav tillräckligt djupa svar samt ge författarna möjlighet att öva och bli mer trygga i sin roll som intervjuare. En mer erfaren intervjuare hade troligtvis kunnat få mer djupgående och utvecklande svar. Ytterligare en aspekt är att både författarna och deltagarna var tandhygienister, vilket innebar att det kan funnits en förförståelse om ämnet och tandhygienistyrket. Detta kan ha påverkat författarna i utformningen av intervjufrågorna samt resulterat i att författarna kände igen delar av det som deltagarna beskrev och att deltagarna inte behövde utveckla vissa delar. Exempelvis hur de upplever brist på tid eller hur en undersökning går till. Det hade varit intressant att se om resultatet blivit annorlunda om en person med en annan profession, utan direkt koppling till tandvården utfört intervjuerna.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att deltagarnas engagemang är av betydelse vid hälsofrämjande arbete och betonade att alla patienter behöver hälsofrämjande information eller rådgivning. Detta stämmer överens med en studie av Jensen et al. (2014) där alla patienter, även friska behöver rådgivning och samtal om sin orala hälsa. Tandhygienister i studien ansåg dock att patienter med orala sjukdomar bör prioriteras, få mer behandlingstid och information.

Möjligheter

Hälsofrämjande arbete upplevdes som viktigt och att deltagarna hade möjlighet att påverka sina patienters orala- och allmänna hälsa positivt genom detta arbete. Majoriteten av deltagarna tolkade hälsofrämjande arbete som att aktivt arbeta med att hjälpa patienten uppnå en god munhälsa samt att förebygga oral sjukdom. Det verkar finnas en koppling mellan begreppen hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Studier visar att begreppen ibland används synonymt med varandra (Hedman et al. 2009, Mantovani et al. 2014) vilket även framkom bland deltagarna i vår studie. En anledning till detta kan vara att tandvården tidigare har fokuserat på

sjukdomsförebyggande och reparativ vård till att nu arbeta mer med hälsofrämjande arbete. Det kan vara svårt att förklara vad som ingår i det hälsofrämjande arbetet, utöver att stärka patienters egen roll att uppnå en god oral hälsa. Hedman et al. (2009) visar att begreppet, oralt hälsofrämjande arbete, används frekvent av tandhygienister men definieras inte. Istället framkommer det att fokus ligger på sjukdomsförebyggande insatser. Deltagarna bedriver sjukdomsförebyggande arbete genom information, munhygieninstruktion och behandling av oral sjukdom. Vilket Mantovani et al. (2014) också visar där hälsofrämjande arbete relateras till sjukdomsförebyggande insatser.

Deltagarna upplevde att de hade goda förutsättningar i mötet med patienter, att genom hälsofrämjande arbete kunna påverka dem att uppnå en god oral- och allmän hälsa. En god dialog mellan behandlare och patient kan medföra att ett förtroende skapas och patienter känner en trygghet. I studien av Jensen et al. (2014) försökte informanterna alltid se till patienters bästa, de försökte skapa ett förtroende mellan patient och vårdgivare genom kunskap om patienters egen förmåga och önskemål (Jensen et al. 2014). Detta kan bidra till att patienter får ökad kunskap om sin egna orala hälsa, vilket kan möjliggöra att patienter enklare kan fatta hälsosamma beslut. När hälsofrämjande arbete förekommer i tandvården framkommer det att det är viktigt att försöka förbättra patienters hälsa genom praktisk information och vägledning (Jensen et al. 2014, Mantovani et al. 2014).

Deltagarna uppgav att det var tillfredställande att se positiva resultat av sitt arbete och utvecklande att arbeta med hälsofrämjande arbete. En anledning kan vara att det upplevs det stimulerande att arbeta hälsofrämjande. Detta kan bero på en kombination av att ”göra gott” samtidigt som positivt resultat kan ses som ett kvitto på ett väl utfört arbete. Jensen et al. (2014) visar att vårdgivarens självförtroende stärks när patienter lyckas.

Deltagarna kände ett eget ansvar i sitt hälsofrämjande arbete. För att ha möjlighet att bedriva ett effektivt hälsofrämjande arbete bör det finnas en samsyn hos personal och ledning samt att personal på tandvårdskliniker arbetar mot gemensamma mål. Enligt Jerdén et al. (2006) ansåg distriktssköterskor att de hade ett stort eget ansvar när de bedrev hälsofrämjande arbete samtidigt som de inte upplevde tillräckligt med stöd från

verksamhetens ledning. Även i studien av Andersson et al. (2012) uppger deltagarna att det är av stor betydelse att kliniken och klinikchefen har en positiv attityd och stödjer tandhygienisters arbete.

Genom att ha möjlighet att diskutera med sina kolleger upplevde deltagarna en ökad trygghet i sin profession. Ålder, bakgrund, utbildning och arbetserfarenhet skiljde sig mellan deltagarna. Genom samtal om erfarenheter och tillvägagångssätt mellan kolleger skapas möjligheter som kan bidra till utveckling i den egna professionen. I hälsofrämjande arbete är det angeläget med kommunikation och reflektion med kolleger för att utvecklas i det hälsofrämjande arbetet. I en studie om distriktsköterskors hälsofrämjande arbete framkom att kommunikation och reflektion med kolleger är en grundläggande del för att utvecklas i det hälsofrämjande arbetet (Jerdén et al. 2006). Även i studien av Andersson et al. (2012) menade deltagande tandhygienister att utbyte av kunskap och samtal med kolleger är uppmuntrande samt förbättrar tandhygienisters kompetens.

Begränsningar

En aspekt i studien är deltagarnas upplevelse kring patienters ansvar för sin egen munhälsa i det hälsofrämjande arbetet. Deltagarna upplevde att patienter som inte ansvarar för sin egen munhälsa var en utmaning. Deltagarna anser att de bör vara flexibla samt lyhörda för att skapa engagemang och motivation hos patienterna. Studier styrker att tandhygienister anser att patienterna har en stor del för sin egen munhälsa. Hedman et al. (2009) beskriver att det är individen själv som är ansvarig för sin egen orala hälsa. I en annan studie framkom att individen själv måste ta ansvar för sina handlingar och se till att de får tillgång till det som behövs (Lindmark et al. 2015). Brister i patienters egna engagemang och motivation gällande hälsofrämjande insatser och munvård kan leda till försämrad oral hälsa och utveckling av orala sjukdomar.

Det framkommer i studien att vid hälsofrämjande arbete kan det vara svårt att nå vissa patientgrupper, exempelvis patienter som har en annan etnicitet, barn och ungdomar. Deltagarna i studien menar att det är viktigt att introducera föräldrar med annan etnicitet hur den förebyggande tandvården fungerar i Sverige samt betonar vikten av föräldrarnas delaktighet och ansvar i sitt barns munhälsa. Det finns även ett inslag av att det är

betydelsefullt att skapa goda vanor tidigt när det gäller tandborstning och kost för att förhindra att orala sjukdomar utvecklas. Här kan regelbunden kontakt med tandhygienister bidra till att upprätthålla goda munhälsovanor genom hela livet. Lindmark et al. (2015) menar att rutiner etableras i barndomen, men att de kan ändras under tonåren. Detta bör vara ett viktigt område för tandvården, att hjälpa ungdomar att upprätthålla goda vanor även under tonårstiden. Ungdomar upplevs som den grupp som är svårast att nå med hälsobudskap och deltagarna beskriver ungdomar som ointresserade och omotiverade till att ta ansvar för sin orala hälsa. Detta är i linje med en studie av Jensen et al. (2014) där tandvårdspersonal uppgav att framförallt tonårspojkar upplevs trötta och oengagerade när det gäller munvård.

I studien upplever deltagarna att det finns ett visst stöd från organisationen och att det finns direktiv om att arbeta hälsofrämjande. Samtidigt upplever deltagarna att de skulle vilja ha mer resurser. Inom sjukvården upplever distriktssköterskor att brist på tid är ett hinder för att arbeta hälsofrämjande och att fokus istället blir sjukvårdande insatser (Jerdén et al. 2006). Ofta verkar det som att det finns ett intresse från organisation och ledning att bedriva hälsofrämjande arbete samtidigt som resurserna inte alltid räcker till. Det hälsofrämjande arbetet verkar i första hand styras av ekonomi, tid och tandvårdspersonalens eget engagemang. Alla patientgrupper har behov av hälsofrämjande insatser samtigt som Socialstyrelsens prognos visar att tillgången på tandhygienister och tandläkare är ojämnt fördelad över landet och antalet tandläkare beräknas minska fram till 2030 (Socialstyrelsen 2017). Detta kan leda till långa köer på vissa kliniker vilket kan försvåra prioritering av hälsofrämjande arbete.

Få studier finns om hälsofrämjande arbete i tandvården. Vidare forskning behövs inom området för att undersöka, belysa, belägga och utveckla tandhygienisters roll i det orala hälsofrämjande arbetet. I vår studie framkom inget om tandhygienisters hälsofrämjande arbete bland äldre, vilket är ett betydelsefullt område att studera vidare. Ytterligare förslag som bör undersökas är hur tandhygienister skulle vilja utveckla sitt hälsofrämjande arbete, hur samverkan mellan olika professioner kan främja oral och allmän hälsa samt tandhygienisters erfarenheter och kunskap om motiverande samtal och beteendemodeller för att främja oral hälsa hos patienter.

Slutsats

Slutsatsen av studien är att tandhygienister upplever att de har ett stort ansvar när det gäller hälsofrämjande arbete samt att det finns goda möjligheter att påverka patienter att uppnå en god oral hälsa genom hälsofrämjande arbete. Patienter som inte är intresserade och inte tar ansvar för sin egen munhälsa är en utmaning för deltagarna vid oralt hälsofrämjande arbete.

Referenser

Andersson P, Westergren A, Johannsen A (2012). The invisible work with tobacco cessation - strategies among dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene* 10(1), s. 54-60.

Ashkenazi M, Kessler-Baruch O, Levin L (2014). Oral hygiene instructions provided by dental hygienists: results from a self-report cohort study and a suggested protocol for oral hygiene education. *Quintessence International* 45 (3), s. 265-269.

Brubaker BH (1983). Health Promotion: a linguistic analysis. *ANS, Advances in Nursing Science* 5(3), s. 1-14.

Carrouel F, Llodra JC, Viennot S, Santamaria J, Bravo M, Bourgeois D (2016). Access to Interdental Brushing in Periodontal Healthy Young Adults: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE* 11(5), s. 1-10.

Dahl KE, Wang NJ, Öhrn K (2012). Does oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35-47 years of age in Norway. *International Journal of Dental Hygiene* 10(1), s. 15-21.

Danielson E (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson M (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB s. 149.

Edvardsson K, Garvare R, Ivarsson A, Eurenus E, Mogren I, Nyström M (2011). Sustainable practice change: Professionals experiences with a multisectoral child health promotion programme in Sweden. *BMC Health Services Research* 1(11) s. 61-73.

European Dental Hygienist Federation, EDHF (2016). EDHF Resolution - Professional Profile and Competences of Dental Hygienists in Europe. [Elektronisk] Tillgänglig: www.edhf.eu/ (Läst: 2018-04-07).

Graneheim B & Lundman UH (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105–112.

Grindefjord M & Andersson M (2014) SCS-rapport - Stop caries Stockholm. [Elektronisk] Tillgänglig: www.stopcariesstockholm.se (Läst: 2017-12-02).

Hedman E, Ringberg K, Gabre P (2009). Oral health education for schoolchildren: a qualitative study of dental care professionals' view of knowledge and learning. *International Journal of Dental Hygiene* 7(3), s. 204-211.

Hedman E, Gabre P, Birkhed D, Lepp M (2013) Adolescents' experiences of a two-year oral health intervention programme in two Swedish secondary schools. *International Journal of Dental Hygiene* 11(4), s. 244-252.

Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D, Povlsen L (2014). 'I take for granted that patients know' – oral health professionals' strategies, considerations and methods when teaching patients how to use fluoride toothpaste. *International Journal of Dental Hygiene* 12(2), s. 81–88.

Jerdén L, Hillervik C, Hansson AC, Flacking R, Weinehall L (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal och Caring Science* 20(4), s. 448–454.

Johannsen A, Wickholm S, Andersson P (2012) Tobacco cessation interventions by Swedish dental hygienists – a questionnaire study. *Swedish Dental Journal* 36 (1), s. 45-52.

Jokiaho T-L, Kaakinen P, Virtanen JI (2018). Does dental hygienist professional education meet the needs of working life? Educators' views. *International Journal of Dental Hygiene* 16(1), s.134-143.

Kristensson J (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur, s.127-149.

Lindmark U, Abrahamsson KH (2015). Oral health-related resources - A salutogenic perspective on Swedish 19-year-olds. *International Journal of Dental Hygiene* 13(1), s. 56–64.

Lundgren A-M, Öhrn K, Jönsson B (2016). Do adolescents who are night owls have a higher risk of dental caries? – a case–control study. *International Journal of Dental Hygiene* 14(3), s. 220–225.

Mantovani M, Mendes F, Mazza V, Pinto Marques M, Balduino A, Pustiglione Campos C (2014) 'Family health strategy workers' social representations about health promotion. *Journal of Nursing UFPE* 8(12), s. 4292-4299

Moynihan & Petersen PE (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition* 7 (1A), s. 201-226.

O'Donnell M P (1986) Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion* 1(1), s. 4-5.

Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB (2007). Dental caries. *The Lancet*, 6;369, s.51-59.

Socialdepartementet (2007). Friskare tänder- till rimliga kostnader (SOU 2007:19). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2004). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist. [Elektronisk] Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se Läst: 2017-09-31).

Socialstyrelsen (2009). Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen: Stockholm.

Socialstyrelsen (2011). Nationella riktlinjer för vuxentandvård [Elektronisk] Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se (Läst: 2017-10-14).

Socialstyrelsen (2013). Nationell utvärdering 2013- Tandvård- Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stenman J, Wennström JL, KH Abrahamsson KH (2010). Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal processes in prevention and treatment of periodontal disease. *International Journal of Dental Hygiene* 8(3). s, 213-218.

Svenskt Tandhygienistförening, STHF (2013). Etiska regler och kommentarer [Elektronisk] Tillgänglig: www.srat.se/Tandhygienistforening (Läst: 2017-10-01).

Svensk Tandhygienistförening, STHF (2018). Tandhygienistutbildningen [Elektronisk]
Tillgänglig: www.srat.se/Tandhygienistforening (Läst 2018-02-09)

Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2015). Analys av för- och nackdelar med en
förlängning av tandhygienistutbildningen, rapport 2015:01. Stockholm:
Universitetskanslersämbetet.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-
samhällsvetenskaplig forskning. [Elektronisk] Tillgänglig: www.gu.se (Läst:2017-10-
15).

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, preshow PM, walter C,
Wennström JL, Bergström J (2010). Oral health risks of tobacco use and effects of
cessation. *International Dental Journal* 60(1). s, 7-30.

Wennhall I (2008). The Rosengård study - Outcome of an oral health programme for
preschool children in a low socio-economic multicultural area in the city of Malmö,
Sweden. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://muep.mau.se/handle/2043/6099> (Läst: 2017-
11-28)

World Dental Federation, FDI (2017). FDI's definition of oral health. [Elektronisk]
Tillgänglig: www.fdiworlddental.org (Läst: 2017-09-29).

World Health Organization, WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion
[Elektronisk] Tillgänglig: www.who.int (Läst: 2017-09-24).

World Health Organization, WHO (2017) Promoting Health in the
SDGs- Report on the 9th Global Conference for Health Promotion: All for Health,

Health for All, 21-24 November 2016 [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.who.int>
(Läst: 2017-11-05).

Yoon MN & Steele C (2012). Health care professionals' perspectives on oral care for long-term care residents: nursing staff, speech-language pathologists and dental hygienists. *Gerodontology* 29(2), s. 525-535.

Öhrn K (2004). The role of dental hygienist in oral health prevention. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2 (Suppl. 1), s. 277-81.

Bilagor

Bilaga 1

Informationsbrev till klinikchef

Hej!

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad som läser sista året på Tandhygienistprogrammet. Under våren 2018 ska vi skriva en kandidatuppsats i ämnet Oral Hälsa. Syftet med vår uppsats är att undersöka hur oralt hälsofrämjande arbete upplevs av legitimerade tandhygienister. Studien kommer att baseras på intervjuer med legitimerade tandhygienister som arbetar på folktandvården. Beräknad tid för intervjun är cirka 30-45 minuter. Vi önskar att kontakta tandhygienister på er klinik för att informera om medverkan och studiens syfte. Samtliga tandhygienister kommer få ett informationsblad om studien och de som är intresserade av att medverka kan lämna kontaktuppgifter till oss. Vi kommer genom ett slumpmässigt urval inkludera 2-3 tandhygienister som visat intresse från er klinik, för att boka tid och plats för intervju. Insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att materialet kommer att aidentifieras och kan inte spåras till varken klinik eller enskild tandhygienist. Materialet kommer att förvaras inlåst. Det är frivilligt att delta och medverkan i studien kan avbrytas utan anledning. När uppsatsen är examinerad och godkänd kommer insamlat material att förstöras.

Om intresse finns kommer vi gärna och presenterar oss själva och studien.

Med vänliga hälsningar

Linda Holtne

linda.holtne0076@stud.hkr.se

Magdalena Karousi

magdalena.karoussis0289@stud.hkr.se

Handledare:

Carina Mårtensson

carina.martensson@hkr.se

044-2503974

Bilaga 2

Till tandhygienister

Hej!

Vi är två studenter från Högskolan Kristianstad som läser tredje året på Tandhygienistprogrammet. Under våren 2018 ska vi skriva en kandidatuppsats i ämnet Oral Hälsa. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur oralt hälsofrämjande arbete upplevs av legitimerade tandhygienister. Uppsatsen kommer att baseras på intervjuer med legitimerade tandhygienister anställda på folktandvården. Ett antal kliniker kommer att väljas ut, utifrån geografisk placering till Högskolan i Kristianstad. Intervjuerna beräknas ta cirka 30-45 minuter. Tid och plats bestäms i samråd med de tandhygienister som är intresserade av att delta. Intervjuerna kommer att spelas in med digital diktafon och författarna kommer att föra stödanteckningar. Det inspelade materialet kommer sedan att transkriberas och bearbetas utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt vilket betyder att materialet kommer att avidentifieras och kan inte spåras till varken dig eller kliniken där du arbetar. Materialet kommer förvaras inlåst. När uppsatsen är examinerad och godkänd kommer insamlat material att förstöras.

Det är frivilligt att delta i studien och medverkan kan avbrytas utan anledning. Detta informationsbrev delas ut till samtliga tandhygienister anställda på de utvalda klinikerna.

Tandhygienister som är intresserade att delta i studien är välkomna att maila namn, klinik och kontaktuppgifter till linda.holtne0076@stud.hkr.se senast den 25 januari. Vi kommer genom ett slumpmässigt urval välja ut deltagare till studien. De tandhygienister som blivit utvalda att medverka kommer att kontaktas för bokning av tid och plats för intervjun.

Med vänlig hälsning

Linda Holtne

linda.holtne0076@stud.hkr.se

Magdalena Karousi

magdalena.karoussis0289@stud.hkr.se

Handledare:

Carina Mårtensson

carina.martensson@hkr.se

044-2503974

Bilaga 3

Samtyckesblankett

Titel på arbetet: Tandhygienistens upplevelse av hälsofrämjande arbete

Jag har tagit del av informationen om studien att det är frivillig att delta och att jag kan avbryta min medverkan utan orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till medverkan i studien och att intervjun spelas in digitalt.

Ort och datum: _____

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Bilaga 4

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Ålder
- Kön
- Antal år som yrkesverksam
- Utbildningslängd 1 år 2 år 3 år
- Arbetstid heltid/deltid
- Fördelning barn- vuxna patienter

Frågor:

1. Kan du beskriva vad hälsofrämjande arbete innebär för dig?
2. Kan du beskriva inom vilka områden du bedriver hälsofrämjande arbete?
3. Vilka möjligheter eller eventuella begränsningar ser du i ditt hälsofrämjande arbete?
4. Hur upplever du att ditt hälsofrämjande arbete kan underlättas?
5. Skulle du vilja förändra något i ditt hälsofrämjande arbete, i så fall vad?
6. Hur upplever du att kliniken arbetar för att stödja ditt hälsofrämjande arbete?
7. När du utför hälsofrämjande arbete vid patientbesök, hur mycket tid i genomsnitt disponerar du på hälsofrämjande åtgärder?
8. Något mer du skulle vilja tillägga som vi inte har frågat om?

Exempel på följdfrågor:

Vad menar du?

Hur skulle du beskriva det?

Kan du utveckla detta lite mer?

Kan du berätta mer detaljerat?

Bilaga 5

Information till tandhygienister innan intervjun.

Sammanfattning av intervjuns syfte och vilka ramar som intervjun har.

“Vi sitter här tillsammans för att vi vill undersöka hur oralt hälsofrämjande arbete upplevs av legitimerade tandhygienister. Du behöver inte tänka på att svara på ett visst sätt, det finns inga rätt eller fel svar. Det är din berättelse som vi är intresserade av. Vi kommer att ställa vissa frågor som rör det vi vill veta men du styr själv vad du vill berätta för oss. Vi kommer att spela in vårt samtal och du kan när som helst be om en paus eller avbryta din medverkan i intervjun utan att förklara varför. Det kommer i så fall inte att få några konsekvenser för dig. Ska vi börja? “(Kristensson 2014).