



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for klinisk odontologi

Tannlegers tanker og erfaringer i møte med pasienter som benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten

Stine Arnesen, Anna Elisabet Byggmästar og Julie Katrine Bjørnskov Goll

Masteroppgave i odontologi, ODO-3901, Mai 2023

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1 Bakgrunn	4
2 Hensikt og problemstilling	9
3 Metode.....	9
3.1 Rekruttering	9
3.2 Intervju og analysering	10
3.3 Forfatternes forforståelse	12
3.4 Ethiske betraktninger	12
4 Resultat.....	12
4.1 Faktorer som kan påvirke pasienters benyttelse av THT	12
4.2 Tannlegens relasjon til pasienter	14
4.3 Egenskaper tannlegen bør ha	16
5 Diskusjon.....	17
5.1 Faktorer som kan påvirke pasienters benyttelse av THT	17
5.2 Tannlegens relasjon til pasienter	19
5.3 Egenskaper tannlegen bør ha	21
5.4 Oppgavens styrker og begrensninger	23
6 Konklusjon	24
7 Referanser.....	25
8 Vedlegg	29

Forord

Før dette prosjektet ble til hadde vi en annen plan. Vi ville forsøke å utforske holdninger til tannhelsetjenesten (THT) hos pasienter som tidligere hadde hatt et lengre opphold i tannbehandling, og begynt å gå fast. Vi ønsket å utforske holdninger hos pasientene da de hadde opphold og etter pasientene begynte å gå jevnlig. Samtidig ville vi forsøke å finne årsaker til hvorfor noen pasienter som tidligere har hatt et langt opphold uten recall i THT, endrer atferd til å jevnlig oppsøke THT. Hvorfor begynte pasientene først å gå? Vi håpet å kunne identifisere pasientens ansvarsoppfatning og motivasjon for hyppigere benyttelse av THT. Oppfattet pasientene det autonomt 'jeg tok ikke godt vare på tennene mine, derfor fikk jeg vondt' eller oppfattet de ansvaret som tannlegens 'jeg fikk vondt fordi jeg ikke gikk til tannlegen'. Prosjektet ble meldt inn til NSD og fremleggingsvurdering ble sendt til REK. Vi lagde rekrutteringsplakater både som trykk- og digital versjon. Vi fikk trykket rekrutteringsplakater som ble hengt opp. Denne rekrutteringsmetoden valgte vi for at det ikke skulle være et direkte ledd mellom behandler og pasient til prosjektet, vi ønsket ikke at pasienter skulle delta fordi behandler (som en autoritetsfigur) ba pasienten å delta. Personene skulle ta kontakt med oss direkte på telefon eller email slik at behandler ikke tok del i rekruttering. Plakatene hang i 6 uker på utvalgte tannlegekontor i Tromsø og Midt-Troms tannhelsedistrikt. I løpet av denne perioden tok én person kontakt. Prosjektet lot seg dessverre ikke gjennomføre da ett intervju ikke ville gi stort nok grunnlag for å skrive en masteroppgave.

Anna Elisabet Byggmästar (AEB) kom inn i prosjektet etter hennes eget masterprosjekt ble skrinlagt. Gjeldene prosjekt ble altså til etter AEB kom inn i gruppen og den opprinnelige planen ikke lot seg gjennomføre. Julie Katrine Bjørnskov Goll (JKBG) har hatt ansvar for referanselisten, Stine Arnesen (SA) for møteinnkalling og AEB for transkriberingen. Alle forfatterne er ansvarlige for oppgavens design, datainnsamling og analyse. Denne oppgaven har ikke mottatt finansiering fra noe hold og det foreligger ingen interessekonflikter.

Vi ønsker å takke respondentene som tok seg tid til å dele sine tanker og refleksjoner. Vi ønsker spesielt å takke våre veiledere; Jan-Are Kolset Johnsen og Hege Nermo. Våre partnere; Benjamin, Emil og Marius som har støttet oss gjennom prosessen. I tillegg vil vi takke Nina fra fagtrykk idé som trykket 12 plakater til oss helt uten kostnader. Isak Byggmästar som har vært en moralsk støtte og æresmedlem av mastergruppa, og til slutt våre familier.

Sammendrag

Hensikt: Denne masteroppgaven har tatt sikte på å utforske tanker og erfaringer tannleger har om pasienter som benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten (THT) og hva som er viktig for tannlegen for å oppnå gode relasjoner med pasienter. Oppgaven har tatt et eksplorativt blikk på tematikken.

Metode: Det ble benyttet kvalitativ forskningsmetode, tematikken ble utforsket gjennom semistrukturerte intervju med tannleger og deretter systematisk tekstkondensering for å analysere intervjuene.

Resultater: Tre overordnede resultat kategorier framkom av analysen: 1) Faktorer som kan påvirke pasienters benyttelse av THT. 2) Tannlegens relasjon til pasienter. 3) Egenskaper tannlegen bør ha. I den første kategorien reflekterte respondentene rundt ulike faktorer som kunne påvirke pasienters bruk av THT. Det kom fram at faktorer som tanker og følelser hos pasientene opplevdes som mer håndterbare for tannlegen, sammenlignet med økonomiske og tidsmessige utfordringer. Av den andre kategorien var det tydelig at det var viktig for tannlegen å ha en god relasjon til pasienten. I tredje kategori kom det fram flere egenskaper knyttet til blant annet teoretiske, praktiske- og medmenneskelige egenskaper.

Konklusjon: Vi fant at respondentene i stor grad hadde like oppfatninger av hva som kunne påvirke benyttelse av THT. Respondentene hadde stort fokus på å etablere gode relasjoner med pasientene. Den profesjonelle relasjonen viste seg å kunne være grunnlag for utfordring i den kliniske hverdagen. Oppgaven har bidratt til å belyse tanker og erfaringer med pasienter som benytter seg ulikt av THT, men videre forskning på feltet er nødvendig for å kunne trekke klare konklusjoner.

Nøkkelord: Tannlege, tannhelsetjeneste, Norge, kvalitativ metode, systematisk tekstkondensering, relasjon.

1 Bakgrunn

En norsk studie undersøkte sammenhenger mellom selvvardert oral helse (SROH), benyttelse av tannhelsetjenesten (THT) og sosiodemografiske ulikheter i fylkene Finnmark, Troms og Akershus. Studien fant en stor variasjon i benyttelsen av THT i de tre fylkene. I Akershus benyttet 78% av deltagerne seg av THT minst en gang i året, i Troms og Finnmark var det mindre enn 50% som gjorde det samme (Abelsen, 2008). Det var også langt flere i Akershus (78%) som fikk innkalling jevnlig sammenlignet med Troms (50%) og Finnmark (47%). Vanskeligheter med å få time hos THT var den nest viktigste årsaken til å ikke ha vært hos THT det siste året i Finnmark. Den samme årsaken var den minst vanlige i Troms og Akershus. Faktorene å være mann, dårlig SROH, mangel på tilgjengelighet av THT, og å være i aldersgruppen 21-30 år økte sannsynligheten for å oppsøke THT sjeldnere enn én gang i året (Abelsen, 2008).

Spinler et al. (2021) fant at ung alder, arbeidsledighet, lavere sosioøkonomisk status, depressive symptomer og økt grad av somatisk sykdom var assosiert med unngåelse av THT. Barrierer som hindrer benyttelse av THT, ble undersøkt av Freeman (1999) som fant at barrierene henger sammen med pasienters livserfaringer og psykososiale bakgrunn. Disse barrierene kan for eksempel være tannlegeskrekk, kostnader, pasientenes egenoppfatning av behandlingsbehov og tilgjengelighet av THT (Freeman, 1999). Hill et al. (2013) identifiserte kostnad, tilgjengelighet av THT og angst for tannbehandling som barrierer for benyttelse av THT. Deltagere, i sistnevnte studie, med angst for tannbehandling hadde høyere sannsynlighet for å oppsøke THT kun hvis de opplevde problemer med sine tenner. I en svensk 'case-control' studie (Fägerstad et al., 2018) fant de at gutter oftere hadde tannlegeangst, adferdsproblematikk, uteble fra timene sine og at de oftere hadde sosiodemografiske utfordringer i form av medisinsk eller miljømessig belastning. Pasientenes historie av å ikke møte til, eller kansellere timer kunne predikere fremtidige 'ikke-møtt' eller kansellasjon av timer. Case-gruppen hadde større grad av 'ikke-møtt' til tidligere timer, større behandlingsbehov og utført mer omfattende tannbehandling enn kontrollgruppen (Fägerstad et al., 2018).

En svensk systematisk oversiktsartikkel (Fägerstad et al., 2016) samlet data om årsaker til 'non-attendance' (ikke-møtt), 'avoidance' (unngåelse) og 'non-utilization' (ikke-benyttelse) blant barn og unge. De definerte unngåelse som et individuelt valg i land med gratis THT til

barn og unge. 'Ikke-møtt' og 'ikke-benyttelse' var ikke mulige å skille fra hverandre og ble sett på som det samme for å beskrive alle former for 'ikke fast tannbehandling'.

Oversiktsartikkelen rapporterer om en rekke faktorer som var vanlige både for unngåelse og ikke-møtt, deriblant: kjønn, alder, dagligliv, sosioøkonomisk status, yrke, samfunn, tilgang og tilgjengelighet, tannlegeangst, prioriteringer, livsstilsfaktorer, munnhelsestatus og tidligere oppmøtemønstre (Fägerstad et al., 2016, s. 205).

Unngående atferd eller fravær i THT kan ifølge Gragoll et al. (2021) kategoriseres ut fra personlighetstrekk og holdninger. Gjennom kvalitative intervjuer kunne forskerne dele inn årsaker til unngåelse inn i fire kategorier. 'Forsømmelse' er når personer har manglende forståelse av viktigheten av tannhelse og/eller manglende motivasjon. 'Nøytralisering' er når personer utsetter tannlegebesøk fordi de har tidligere negative erfaringer hos tannlegen. 'Skuffelse' er når pasienten føler at tannlegen ikke lytter til dem og ikke tar pasientens synspunkt eller bekymringer seriøst. 'Følelse av skam' er når pasienten frykter å bli dømt av tannlegen. De fant at alle pasienter de intervjuet hadde hatt negative opplevelser i tannbehandling eller tannlegebesøk hvilket førte til unngåelsen. De konkluderer at kategorisering av unngående atferd i personlighetsmønstre og holdninger, vil kunne bidra til å forstå denne pasientgruppen bedre.

En norsk studie utforsket faktorer som påvirket hvorvidt pasientmøter hadde blitt oppfattet som utfordrende eller positive av pasienten selv (Larsen et al., 2021). Fem faktorer gikk igjen som avgjørende; interpersonlige faktorer, pasientfaktorer, tannlegefaktorer, situasjonelle faktorer og konsekvenser etter behandlingssituasjonen. Faktorene ble identifisert gjennom anonyme anmeldelser av tannleger publisert på Legelisten.no. Forskerne vurderte pasientmøtene som utfordrende eller positive basert på stjerner gitt i anmeldelsen. Interpersonlige faktorer peker på hvordan pasienten observerer tannlegens sosiale ferdigheter og derav bedømmer hvorvidt kvaliteten av relasjonen er positiv eller utfordrende. Tannlegens kommunikasjonsferdigheter i form av emosjonell kompetanse, å vise empati og forklaringer før og underveis i prosedyrer ble ofte nevnt av pasientene som viktige i vurdering av relasjonens kvalitet.

Tillit, allianse og en god relasjon er nødvendig for behandler for å kunne komme i en terapeutisk posisjon, slik at behandler kan samle inn nødvendig personlig informasjon (Gonzalez, 2020). Tillit beskrives som et primært element for å kunne bygge videre på en god relasjon. Det er viktig at man fra første møte med pasienten opptrer åpen og ærlig og at

pasientens ønsker, behov og meninger er utgangspunktet for videre handling, som vil være grunnleggende for tillitsbygging i relasjonen. Andre tillitsskapende elementer er; møte presist og forberedt, kjenne til pasientens livssituasjon, sykehistorie, pårørende, interesser, aktiviteter og jobb (Gonzalez, 2020, s. 60). Det er avgjørende for relasjonens utvikling at behandler forstår pasientens situasjon, viser interesse og lytter. Behandler-pasient-relasjonen er en profesjonell relasjon. En profesjonell relasjon innebærer at man må opprettholde personlige rammer. Personlige rammer handler om det personlige rommet rundt oss, det innefatter både fysiske avstander, men også grad av åpenhet rundt egne emosjonelle og private forhold (Gonzalez, 2020, s. 62). Å være privat med pasienten anses oftest som uprofesjonelt, og betyr at man trer ut av den profesjonelle rollen og forteller om eget privatliv som ikke gagnar pasienten (Gonzalez, 2020, s. 62).

Tillit til helsepersonell har vært knyttet til høyere pasienttilfredshet, helsefremmende atferd, mindre symptomer og høyere livskvalitet (Birkhäuer et al., 2017). Muirhead et al. (2014) undersøkte behandler-pasient-relasjon, og fant at behandler-pasient-relasjonen var viktig for sunn aldring og velvære hos pasienten. Studien viste at eldre pasienter med udekt behov i THT og de uten tillit til sin behandlende tannlege, hadde økt sannsynlighet for å oppleve dårlig oral helse relatert livskvalitet (OHRQoL). En kinesisk studie identifiserte seks temaer som viktige i pasienttilfredshet i THT (Luo et al., 2018) der dette inkluderte tannhelsearbeiderenes væremåte, kostnader i forbindelse med tannbehandling, tilgjengelighet av THT, smertehåndtering under og etter behandling, kvaliteten på behandlingen, og pasientenes egne oppfattede behov for informasjon om forebyggende tiltak.

Tannhelsearbeiderens væremåte innebar faktorer som informasjon før og underveis i prosedyrer, pasientivaretagelse i form av oppfølging og tannhelsearbeiderens fokus på pasienten. Noen pasienter vektla ivaretagelse etter prosedyrer og grundig informasjon fra tannhelsepersonell i forkant av prosedyrer som positive. Mens mangel på detaljert informasjon før en stor prosedyre og manglende fokus på pasienten underveis i behandling var sett på som negative. Nitschke et al. (2022) fant at kvinner prioriterte sosiale ferdigheter hos tannlegen og tålmodighet under behandling når de skulle velge tannlege. Den samme studien viste at menn prioriterte kvaliteten på selve behandlingen over sosiale ferdigheter når de skulle velge tannlege.

God munnhelse forutsettes av gode vaner og en del av arbeidet til THT er forebyggende arbeid. I Odontologisk psykologi skriver Lein, Halvari og Johnsen (2018) om atferdsendring innenfor tannhelsefeltet, herunder vaner, selvbestemmelsesteori og regulering av motivasjon.

Her argumenteres det for at tannhygieneatferd i større grad er styrt av innlært og vanemessig atferd (s. 84), hvilket er viktig for pasientens evne til egenomsorg. Når personer føler seg maktesløse og mangler intensjon om å handle er de amotiverte (s. 88). Endring av atferd styres av både ytre faktorer og indre regulering. Målet ved atferdsendring er at motivasjonen internaliseres, fordi det vil gi langvarig adferdsendring. I selvbestemmelsesteorien trekkes autonomi, kompetanse og tilhørighet/relasjon fram som viktige psykologiske behov som pasienter trenger tilfredsstilt for å øke indre motivasjon (s. 90-91). Det å gå årlig eller hvert annet år til tannlegen kan kanskje ikke defineres som en internalisert vane, men er i stedet en atferd styrt av påminnelse (en ytre faktor). Når en atferd blir utsatt med intensjonen om at det skal utføres senere kan det defineres som prokrastinering (Kroese & de Ridder, 2016). Prokrastinering av helseatferd er vist å være assosiert med dårligere helse, behandlingsutsettelse, flere akutte helseproblemer, et høyere nivå av selvoppfattet stress og utøvelse av færre helsefremmende atferder (Sirois, 2007).

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er lovpålagt å gi et regelmessig oppsøkende tilbud for barn og øvrige prioriterte pasientgrupper. Etter fylte 24 år må den voksne befolkningen, som ikke har rettigheter i DOT, i stor grad benytte seg av den private THT. I Nasjonale faglige råd for tannhelse – helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (Helsedirektoratet, 2019), anbefales det at tannlege eller tannpleier fastsetter intervallet mellom statusundersøkelser mellom 12-24 måneder. Det anbefales ikke at undersøkelsesintervallet overskrider 24 måneder, da livsstil og risiko for sykdom kan endre seg i løpet av perioden. Det finnes mye data og statistikk på benyttelse og unngåelse av offentlig THT blant barn og unge, på grunn av den offentlige organiseringen og finansieringen. Pasienter over 24, som ikke er i en prioritert gruppe, vet vi lite om fordi denne pasientgruppen i stor grad tas hånd om av den private sektoren, og man har derfor ikke en sentral opplysningsbank om deres benyttelse av THT.

En norsk studie fant at 33% (n=644) av deltagere ikke hadde benyttet seg av THT i løpet av de siste to årene (Hadler-Olsen & Jönsson, 2021). Førsti (40) % av unge voksne (20-29år) rapporterte økonomi som den hyppigste årsaken til å utsette besøk til THT, blant den eldre aldersgruppen (>60år) var den hyppigste årsaken til å ikke benytte seg av THT at de ikke ønsket det eller at de ikke hadde et behov. Forskning fra England (Nuttall et al., 2001) viste at unge mennesker under 35år unnlot å oppsøke THT da de ikke hadde et selvoppfattet behov for det, men tendensen virket til å endre seg med alder. I aldersgruppen 35+ så flere av deltagerne fordeler med å gå regelmessig til tannlegen og benyttet seg i større grad av THT.

En annen studie fant en økning i benyttelse av THT i England, 61% av deltagerne benyttet seg av THT sammenlignet tidligere studier (1964, 40%) (Hill et al., 2013). Den hyppigste årsaken til benyttelse av THT var deltagerens ønske om å få en sjekk hos tannlegen. Benyttelse av THT var også assosiert med bruk av flere munnhygieneartikler (for eksempel munnskyll, elektrisk tannbørste og andre hjelpemidler).

I 2017 publiserte SSB rapporter fra 'Levekårsundersøkelsen om helse' som kartlegger sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Blant deltagerne var det godt over 80% som hadde benyttet seg av THT de siste 2 årene (Lunde et al., s. 16). Et stort flertall (78%) vurderte i en egenrapportering at de hadde god tannhelse, mens de resterende 22% rapporterte om dårlig eller svekket tannhelse (s. 46). Totalt rapporterte 7 879 personer å ha hatt behov for tannlege, men at de ikke kontaktet tannlege av ulike årsaker (s. 47). Konklusjonen var at 8% av deltagerne hadde et udekt behov i THT. Vi vet altså at den voksne befolkningen har et udekt behov i THT, men vet ikke hvor stort omfanget egentlig er. Behovet for en gjennomgang av THT poengteres i et policydokument fra Den norske tannlegeforening." Vi trenger mer kunnskap om THT og om befolkningens behov. NTF mener det er avgjørende med en helhetlig gjennomgang av THT." (Den Norske Tannlegeforening, 2021, s. 1).

Recall-intervall og holdninger til tannlegen aktualiseres i NRK's populærkultur-program Folkeopplysningen: Tannleger (Haavie, 2022). Her stiller programleder Andreas Wahl spørsmål ved det faglige grunnlaget innen flere aspekter i THT, deriblant recall-intervall, kjeveortopedi og diagnostisering innen kariologi. Eksempelvis problematiseres recall-intervallet ut fra paradokset ved at det er THT selv som bestemmer hvor ofte pasienter skal oppsøke THT, mens det er vanlig for andre helsetjenester at pasienter oppsøker dem ved behov. Gibson et al. (2000) fant at pasienter aktivt benyttet recall som en måte å sjekke tannhelsestatus og at pasienters prioritet av tannhelse endret seg i løpet av livet. Når tannhelsestatusen ble en del av livsstilen til pasienten lignet helseatferden på pasienter med kronisk sykdom. Disse pasientene opplevde at de måtte benytte seg av THT for å opprettholde deres tannhelse.

Litteraturen finner at det er mange årsaker til at voksne benytter seg ulikt av THT. Flere barrierer synes å være knyttet til forhold hos pasienten selv som behandlere i utgangspunktet kan gjøre lite med, slik som økonomi og tid. Noen av barrierene knyttet til opplevelse av tannbehandling, som angst og forventninger, kan muligens behandlerne bidra med å redusere i møte med pasientene. Litteraturen viser også at de fleste oppsøker THT jevnlig basert på råd

fra THT, men at det også finnes en gruppe som ikke går jevnlig og vektlegger andre faktorer for å vurdere sitt behov for benyttelse av THT. Er det noe i relasjonen og måten tannlegen møter pasienter på som kan ligge til grunn for slik variasjon i benyttelse? Vi ønsker å utforske tannlegers erfaringer og tanker rundt pasienter som benytter seg ulikt av THT, samt å utforske tannlegers refleksjoner om behandler-pasient-relasjonen.

2 Hensikt og problemstilling

Denne oppgaven utforsker tannlegers tanker og erfaringer med pasienter som benytter seg ulikt av THT. Vi valgte uttrykket “benytter seg ulikt” for å omfavne en større variasjon i benyttelse, da det omhandler både de som går jevnlig, de som oppsøker ved symptomer og alle imellom. Vi har forsøkt å utforske erfaringer og tanker om relasjoner mellom tannleger og pasienter. Samt å utforske tanker og erfaringer tannleger har om pasienter som benytter seg ulikt av THT.

Forskningsspørsmål:

- Hvilke tanker og erfaringer har tannleger om pasienter som benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten?
- Hva er viktig for tannlegen for å oppnå gode relasjoner?

3 Metode

Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer med tannleger som har erfaring med pasienter som benytter THT ulikt.

3.1 Rekruttering

Rekruttering av tannleger til kvalitative intervjuer foregikk på den måte at SA og JKBG kontaktet tannleger direkte på en offentlig klinikk i Tromsø og fortalte muntlig om prosjektet. Seks (6) interesserte tannleger fikk da muntlig forespørsel om å være med på intervju som de kunne takke ‘ja’ eller ‘nei’ til. Deretter ble det sendt en e-post, til de som hadde vist interesse for prosjektet, med samtykkeskjema og rekrutteringsinformasjon. Etter at noe tid hadde

passert ble det sendt en oppfølgende e-post med oppfordring om å svare på e-posten med to tidspunkter som kunne passe for å gjennomføre intervju. Med de som meldte interesse for å være med videre på intervju, ble det avtalt tid og sted for gjennomføring.

3.2 Intervju og analysering

Individuelle intervju ble gjennomført på et grupperom på TANN-bygget på universitetet i Tromsø. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med mulighet for oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjuene ble utført av SA og JKBG og ble spilt inn på lydopptaker. Transkribering av intervjuene ble utført av AEB. Analysing av data ble utført ved bruk av systematisk tekstkondensering som beskrevet i kapittel 11 i *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Malterud, 2017). Det ble ført en prosjektlogg underveis i intervju- og analyseprosessen, for å holde oversikt over valg og tanker gjort underveis.

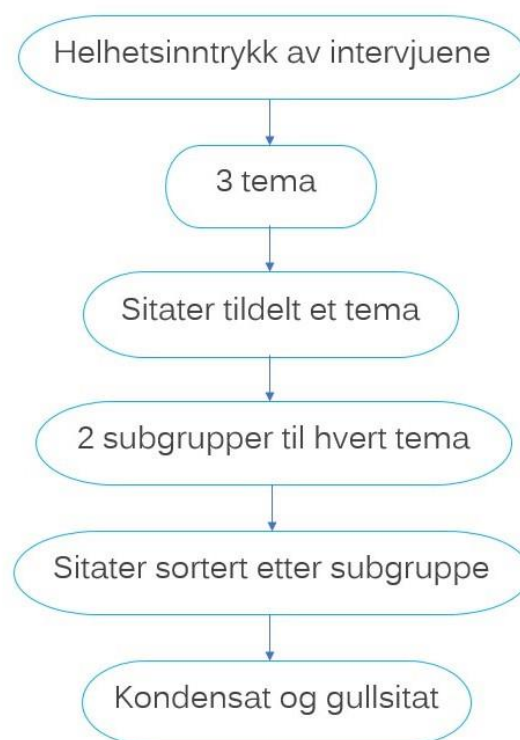
Transkripsjon av intervjuer foregikk på et lukket kontor ved Institutt for klinisk odontologi i Tromsø. Under transkripsjonen ble respondentene anonymisert ved tilfeldig nummerering. Lydopptakene ble transkribert som intelligent verbatim transkripsjon, en metode som utelater informasjon som er irrelevant for sammenhengen. Vi valgte denne transkriberingsmetoden siden teksten blir kortet ned, ryddig og lettlest. Dette underletter analysing av intervjuene. Transkripsjonene ble korrekturlest av alle forfatterne før de ble lastet opp i Microsoft OneDrive hvor ulike tema ble identifisert manuelt. Analyse av intervjuer foregikk fortløpende underveis i intervjuprosessen. På den måten kunne vi underveis oppdage om vi nådde et punkt for metning av kunnskap. Malterud (2017, s. 64-66) beskriver metning som en måte å avgrense utvalget på ved å benytte seg av gjentatt sammenlikning underveis i analyseprosessen. På denne måten vil man underveis se om det dukker opp nye tema eller om de samme tema går igjen hos intervjupersonene. Etter tre intervjuer opplevde vi at vi oppnådde et punkt for metning av kunnskap.

Malterud (2017, s. 97) beskriver systematisk tekstkondensering som en ryddig og pragmatisk metode for å undersøke temaer i kvalitative data. Metoden tar sikte på å skape ny kunnskap fra intervjupersonenes tanker og synspunkter. Analysen gjennomføres i fire trinn, beskrevet av Malterud (2017, s. 98). Disse 4 trinnene er: 1) Få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette. Analyseprosessen ble gjort manuelt med utgangspunkt i

Malteruds (2017, s. 97-116) fremgangsmåte for gjennomføring av systematisk tekstkondensering.

Analysen ble utført stegvis over flere uker (Figur 1). Vi leste først gjennom intervjuene for å danne et helhetsinntrykk. Hver av oss foreslo så temaer som vi mente gikk igjen i alle intervjuer, og ble enige om 3 overordnede tema. Intervjuene ble lest igjennom igjen for å identifisere sitater som hørte til de identifiserte temaer. Når sitatene var sortert, leste vi gjennom dem for å finne subgrupper innenfor det gitte tema. Hver av oss foreslo 2-3 subgrupper til hvert tema, vi ble enige om 2 subgrupper til hvert tema. Når vi hadde etablert subgruppene begynte vi å sortere sitatene under det gitte tema. Det skulle vise seg å være en utfordring å tildele sitater til noen av subgruppene. Underveis ble noen sitater

flyttet fra et tidligere gitt tema til et annet, mens noen sitater tilhørte flere enn én subgruppe, dette skjedde spesielt under temaet 'Egenskaper tannlegen bør ha'. Subgruppene i dette temaet ble 'menneskelige' og 'profesjonelle', vi opplevde en flytende overgang mellom de to, og inntrykket var også at respondentene ikke hadde et tydelig skille. Vi tok for oss en og en subgruppe når vi skulle lage kondensat. Utgangspunktet for hvert kondensat ble hentet fra ett spesielt beskrivende sitat, kondensatet skulle omfatte og beskrive alle sitatene innenfor sin subgruppe. Når vi hadde gjort det, dannet vi et gullsitat som skulle sammenfatte kondensatet på en kort og konsis måte. Vi skrev så synteser, som skulle sammenfatte funnene våre innen de gitte temaene. Til slutt i analyseringsprosessen vurderte vi temaene på nytt med informasjonen vi hadde hentet ut fra intervjuene for å finne en mer beskrivende overskrift for hvert tema.



Figur 1: Flytskjema som illustrerer arbeidsflyten og de forskjellige stegene i analyseprosessen.

3.3 Forfatternes forforståelse

Analysen er et resultat av vår forforståelse, vi har alle ulike bakgrunn før vi begynte på studiet odontologi - master. En av oss er fra Norge og to av oss er henholdsvis fra Finland og Danmark. Vi har også alle ulike akademiske bakgrunn og livserfaringer før vi startet studiet odontologi - master. JKBG har en bachelor i Filmvitenskap fra NTNU med pedagogiske og sosiologiske fag, og har arbeidet mye i restaurant og utelivet. SA har jobbet som timesvikar innen post og distribusjon ved siden av studiene, samt hatt engasjement som styremedlem (2021) og leder (2022) i NTF Student. AEB har jobbet innen omsorgstjeneste, barnehage og skole i Finland.

3.4 Etske betraktninger

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for behandling av personopplysninger i forbindelse med innhenting av samtykke (referansenummer: 255980). Prosjektet har ikke hatt som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom og krevde dermed ikke etisk forhåndsgodkjenning fra REK i henhold til gjeldende lovverk.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatkategoriene vi identifiserte gjennom analyseprosessen. Den første resultatkategori løfter fram faktorer hos pasienten som kan påvirke deres benyttelse av THT. Denne kategorien er delt i to undergrupper; faktorer tannlegen føler de kan gjøre noe med og faktorer tannlegen føler de ikke kan gjøre noe med. Faktorer tannlegen følte de kunne gjøre noe med omfattet holdninger, følelsesliv og erfaringer. Faktorer som tannlegen følte de ikke kunne gjøre noe med omhandlet tid, penger og tilgjengelighet av THT. Den andre resultatkategori omhandlet relasjonsbegrepet; hva som er den gode relasjon og hva som kan være utfordrende i en relasjon. Den tredje resultatkategori tok for seg egenskaper respondentene mente tannleger bør ha, med skille på menneskelige og profesjonelle egenskaper.

4.1 Faktorer som kan påvirke pasienters benyttelse av THT

Da vi spurte respondentene om årsaker til at pasienter oppsøker THT kom det opp en rekke årsaker, der respondentene reflekterte rundt håndteringsevne. De reflekterte i større grad rundt

håndtering av tanker og følelser hos pasientene, sammenlignet med økonomiske og tidsmessige utfordringer.

Det ble nevnt av flere at mulige årsaker til at pasientene går jevnlig er tryggheten i å overlate noe av ansvaret for egen munnhelse til tannlegen og for å unngå store overraskelser. 'De store overraskelsene' forstås eksempelvis som at pasienten tror at de ikke har behandlingsbehov, men ved en undersøkelse finner tannlegen flere behandlingskrevende hull i tennene.

“Kanskje redsel for hva som blir oppdaget hvis man går, eller redsel for selve behandlingen.”

Alle respondentene nevnte frykt eller redsel som en årsak til at pasienter unngår å oppsøke THT og at man som tannlege må ta hensyn til dette når pasientene kommer. Herunder ble også tidligere erfaringer eller dårlige opplevelser nevnt, som andre mulige årsaker til unngåelse av THT. Flere respondenter mente at det var viktig å ikke ilegge pasienter skyldfølelse eller få de til å føle seg dumme over at de ikke oppsøker THT fast, eller at de bare kommer akutt. Den samme respondenten understreket viktigheten av at tannlegen lager trygge rammer for pasienten, og sørger for at pasientene føler seg ivaretatt.

“Jeg skal sørge for at de ikke føler seg dum med det valget de har gjort, men at de skal være fornøyde med det at de er her i dag. La oss si at det er redsel som gjør at de ikke går, det kan være så mangt som gjør at de ikke går fast.”

En av respondentene nevnte mangel på kunnskap hos pasienter som en overordnet årsak til at pasienter ikke oppsøker THT og beskrev oppfatningen om at det er billigere å ikke gå til tannlegen som en form for kunnskapsbrist. Vi tolker det som at respondenten mente at dersom man ikke går til tannlegen vil problemene bli verre, eksempelvis flere hull i tennene eller at hullene blir dypere, slikt forfall av tannhelsen er mer kostbart økonomisk og tidsmessig for pasienten.

Når vi spurte respondentene om årsaker til at pasienter ikke går fast til tannlegen, var det flere av dem som ramset opp årsaker til å begynne med. De nevnte økonomi, tidsbegrensninger i hverdagen og tilgang til THT. Det overordnede inntrykket er at respondentene opplevde slike årsaker som vanskelige å gjøre noe med, da de i liten grad reflekterte over løsninger rundt det. En av respondentene reflekterte rundt måter å håndtere eventuelle økonomiske hindringer på:

“Og så er det klart at hvis det er ting som forhindrer den personen å gå fast så kan man prøve å hjelpe og tilrettelegge da, for at det skal være mulig. Og klart hvis det er et økonomisk problem kan man informere om muligheten man har til å søke økonomisk støtte eller tilby forskjellige betalingsordninger og slikt - prøve å tilpasse det.”

Det bør også nevnes at alle respondentene var samstemte i at det er pasientens ansvar å ivareta egen tannhelse, likevel sier mange at når pasientene går fast så overlater de noe av ansvaret til tannlegen eller tannpleieren. Recall ble ansett av alle som et viktig element i å ivareta pasientens tannhelse.

“[...]da overlater de litt den oppfølgingsbiten, altså det ansvaret, til de behandlerne. [...] Jeg tror også det at pasienter vil gå fast i bunn og grunn er for å bevare sin tannhelse og ikke havne i situasjoner hvor man må rotfylle, trekke eller større behandlinger. At det på en måte er en slags, at det er en forebyggende funksjon i recall.”

4.2 Tannlegens relasjon til pasienter

Det framsto som at respondentene anså det som viktig for tannlegen å etablere en god relasjon med sine pasienter – og en profesjonell relasjon. En av respondentene beskriver et fast mønster ved pasientmøter:

“Først ønsker jeg å hilse på pasientene, da håndhilser jeg. Når pasienten sitter i behandlingsstolen sitter jeg alltid vendt mot dem, slik at jeg ser direkte på dem når vi snakker. Så sjekker jeg at personalia stemmer. Hvis det er noe ved personen som fanger oppmerksomheten min, så kan jeg spørre om det”
(sitatet er skrevet om for å bevare anonymitet)

Ifølge respondentene må man ha god sosial kompetanse som behandler, og bør ha et godt samarbeid med kollegaer og andre aktører, selv om akkurat dette ble vektlagt i ulik grad. Alle respondentene var tydelige på at tillit er grunnleggende for en god pasientrelasjon.

Tillitsbegrepet ble i hovedsak forklart fra pasientens perspektiv: som det å være trygg på behandleren, å stole på at behandleren vil en vel og gjør det en skal. Samtlige eksemplifiserte det med at pasienten tør å være ærlig, si ifra og stille spørsmål.

Respondentene var samstemte i at det å være imøtekommende, forståelsesfull og å “se hele mennesket” samt ha gode kommunikasjonsferdigheter kan være med på å bidra til en god pasientrelasjon. Den ikke-kliniske samtalen forstås som samtale mellom behandler og pasient som ikke omhandler selve behandlingen, men kan for eksempel omhandle fritidsaktiviteter. Respondentene reflekterte noe rundt den ikke-kliniske samtalen; flere respondenter nevnte at det er hyggelig å prate om familie og hobbyer med pasientene, en annen konstaterte at det kan være en effektiv metode for å bygge tillit.

En respondent opplevde at det krevde mindre ‘energi’ å forholde seg til en pasient de hadde en god relasjon til, en annen trakk fram at en god pasientrelasjon vil underlette selve behandlingen.

“Eller jeg tenker at pasienten skal oppleve at jeg vil de vel. Og da får kanskje jeg litt ekstra arbeidsro. Så det er det som egentlig er grunnen.”

Det ble poengtert av alle at pasienter er forskjellige mennesker med forskjellige interesser og preferanser. Hvordan en god behandler-pasient-relasjon ser ut, vil derfor variere mellom pasientene.

Det oppleves på respondentene som at pasientrelasjoner og den profesjonelle rollen kan være krevende. Det er viktig å etablere en god pasientrelasjon, men like viktig at den ikke blir for god slik at relasjonen oppleves vennskapelig. Det er en skjevhet i behandler-pasient-relasjon, likevel nevnte en respondent at gjensidig tillit og respekt er viktig i en slik relasjonen. En respondent nevnte at når tilliten ikke er der eller at kommunikasjonen er vanskelig så kan det bli utfordrende å ha en god relasjon.

“[...] Så tenker at det er med tillit og respekt, det kommer man langt med. Og i det ligger kanskje den der kommunikasjonsbiten, at det er vanskelig å ha en god pasient relasjon hvis man ikke føler at man kan ha en god kommunikasjon med pasienten.”

Tillitsbrudd kan ifølge respondentene gå begge veier, men i størst grad fra pasientens side.

“Det kan være at man har mistet tilliten i det her pasient-tannlege-forholdet - som også kan gå begge veier.”

Det kan være flere årsaker til at det oppstår et tillitsbrudd for pasienten mente respondentene. Det kan være at behandlingen ikke sto til pasientens forventninger, for eksempel at det skjedde

noe utforutsett underveis i behandlingen som pasienten ikke var informert om at kunne skje. Andre ganger stemte bare ikke kjemien. En respondent reflekterte kort om hvordan tillit kunne svekkes fra behandlerens side, et mulig scenario var hvis pasienten hadde opptrådt truende overfor behandler eller personale, så kunne det oppleves som et tillitsbrudd for behandleren.

4.3 Egenskaper tannlegen bør ha

Når vi spurte respondentene om deres rolle som behandler fikk vi inntrykket av at den var vanskelig å definere. Vi opplevde at respondentene skilte på profesjonelle og menneskelige egenskaper, men at det ikke var et klart skille mellom de to. Profesjonelle egenskaper sees på av respondentene som egenskaper som man har lært under utdannelsen eller kan lese seg opp på. Menneskelige egenskaper anses av respondentene som noe iboende i mennesket som kan utvikles gjennom samhandling med andre mennesker og kan læres i utdanningssituasjon. Alle respondentene nevnte teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter som nødvendige for å være en god tannlege.

“Jeg tenker jo at en viktig basis er jo å ha den teoretiske kunnskapen som trengs. Den odontologiske og eventuelt medisinske og farmakologiske kunnskapen i bunn. Og så må man jo ha gode praktiske ferdigheter, for å kunne utføre behandling.”

Respondentene anså deres rolle som behandler fra flere perspektiv, de kunne være en hjelper når det var vondt, reparatør når pasienten trengte konserverende behandling, og en rådgiver i tannhelseatferd. Under dette ble også formidlingsevne tatt opp som grunnleggende for at pasienten skal kunne forstå og være med å bestemme egen behandling. Også tannlegens evne til å identifisere sine egne begrensninger i møte med pasienten var en viktig egenskap som flere trakk fram.

“Så at en god tannlege trenger ikke nødvendigvis å være god på alt, en god tannlege er god på det et pasientkasus trenger, også er han god til å vite at «okei det her er ikke det jeg er best på, her er det behov for noen andre», som ser sine egne begrensninger også.”

Det trekkes fram av samtlige at man må ha en viss sosial og emosjonell kompetanse for å kunne utøve rollen sin, dette er viktig for å kunne samarbeide godt. Samarbeid blir nevnt som en viktig del av arbeidet og foregår mellom ansatte på en tannklinikk, mellom tannlege og

pasient og med andre aktører som for eksempel sykehjem. En annen viktig egenskap er konflikthåndtering, da det alltid vil kunne oppstå uenigheter i ulik grad.

“Å kunne avværpe en del situasjoner og ha noen teknikker for det og få til ett godt samarbeidsklime.”

En av respondentene eksemplifiserer sosial kompetanse med at man setter seg selv i fugleperspektiv, da kan man se, tolke og handle ut ifra situasjonen som en helhet, da er en viktig egenskap å kunne lese kroppsspråk. Det trekkes også fram at man må ha en forståelse for at alle pasienter kommer med et “levd liv” og at det vil være nødvendig å ta ulike hensyn til den enkelte.

“Det er viktig å ha sosial kompetanse - det å møte ulike pasientgrupper eller individer. Alle har jo sine ting. Det er viktig å ha et godt samarbeid med de man jobber sammen med. Fokus på å behandle alle pasienter som om de skulle være sin egen mor - at man gjør sitt beste.”

Det kan virke som på respondentene at når det kommer til å være en god tannlege, så ligger en iboende godhet i bunn av handlinger og interesse for andre mennesker.

5 Diskusjon

5.1 Faktorer som kan påvirke pasienters benyttelse av THT

Faktorer som kunne ha negativ påvirkning på pasienters benyttelse av THT ble i stor grad ramset opp og ofte ikke reflektert ytterligere over av respondentene. Ung alder, arbeidsledighet, lavere sosioøkonomisk status, depressive symptomer og økt grad av somatisk sykdom var assosiert med unngåelse av THT (Spinler et al., 2021), og noen av de samme faktorene ble nevnt av respondentene våre. Det ble også vektlagt av respondentene at alle pasienter er ulike og at de kommer med et “levd liv” som indikerer en forståelse for pasients livserfaringer og psykososiale bakgrunn, som Freeman (1999) fant hang sammen med barrierer som hindrer bruk av THT. Respondentene nevnte flere årsaker som Fågerstad et al. (2016) fant i sin oversiktsartikkel om non-attendance (jfr sosioøkonomisk status, dagligliv, tilgang og tilgjengelighet, tannlegeangst, prioriteringer, livsstilsfaktorer og munnhelsestatus).

En respondent nevnte også tilhørighet i prioriterte pasientgrupper i THT som en årsak til benyttelse av THT, da DOT er lovpålagt å gi et aktivt oppsøkende tilbud til disse gruppene.

Alle respondentene var enige i at det var til fordel for pasienten å oppsøke THT jevnlig og at intervallet for sjekk hos THT bør settes av en behandler basert på retningslinjer og en individuell vurdering av pasientens behov. Det var også enighet i at den ansvarlige for pasientens munnhelse var pasienten selv. Likevel, sa alle respondentene at det ligger en trygghet i recall, å gå jevnlig til THT, og at pasienten da opplevde at deler av ansvaret ble overlatt til tannlegen. Det kan kanskje forstås som at når pasienten ikke oppsøker THT jevnlig, så ligger det hele og fulle ansvaret for pasientens munnhelse hos pasienten selv, og når pasienten jevnlig oppsøker THT så er det et delt ansvar mellom behandler og pasient. Det kan være problematisk med en utydelig ansvarsfordeling, da det kan tenkes at en forverring i tannhelsen kan føre til et tillitsbrudd for pasienter som oppsøker THT jevnlig. Noen pasienter kan oppleve skam og ubehag om de ikke har fulgt råd som tannlegen har gitt, og kan være engstelige for hva tannlegen vil si når dette blir oppdaget. For å skape en varig adferdsendring må pasienten ha egne mål, hvis atferdsendringen ikke henger sammen med pasientens egne mål, vil det høyst sannsynlig ikke være en varig endring (Lein et al., 2018, s. 98).

Respondentene nevnte også at det var en slags kunnskapsbrist å tenke at det er billigere å ikke gå til tannlegen, og det er vist av Sirois (2007) at prokrastinering av helseatferd er assosiert med dårligere helse og høyere nivå av selvoppfattet stress hos pasienter. Steinvik et al. (2023) fant en negativ korrelasjon mellom selvrapportert oral helse og prokrastinering av tannhelsefremmende atferd (eksempelvis bestille time hos THT, følge profylaktiske råd fra tannlegen, bruk av tanntråd m.m.) blant førsteårsstudenter i Tromsø. De fant at jo dårligere selvrapportert tannhelse desto mer sannsynlig var det å prokrastinere tannhelsefremmende atferd, og omvendt, desto bedre selvrapportert oral helse jo mer sannsynlig var det å ikke prokrastinere tannhelsefremmende atferd.

Ved spørsmål om årsaker til at pasienter ikke oppsøker THT ble det nevnt en rekke årsaker som respondentene syntes å utvise ulik grad av evne til å håndtere. Respondentene nevnte faktorer som holdninger, kunnskap, tidligere erfaringer, vaner og andre følelser i pasienten som vi tolket respondentene opplevde som enklere å håndtere. Mens andre faktorer som tid, økonomi og en hverdag som tillater at man kan gå til tannlegen, var årsaker noen av respondentene i større grad følte de ikke kunne gjøre noe med. Sett utenfra et tannlegeperspektiv er det kanskje naturlig å tenke at økonomiske eller tidsmessige hindringer kan løses med å tilby delbetaling, informere om mulighet for å søke økonomisk støtte hos NAV

(NAV, 2023) eller tilrettelegge åpningstider. En respondent nevnte at det kunne gjøres slike tilpasninger, men ikke alle respondentene nevnte dette som en mulighet. Det virket som at de opplevde at de kunne endre atferd hos pasienten i større grad enn å tilpasse seg pasientens dagligliv og sosioøkonomiske status. Dette opplevde vi som en kontradiksjon, fordi det vil ta lang tid å etablere andre holdningsmønstre og å skape nye vaner (Lein et al., 2018). Man kan tenke seg til at årsaker til at tannleger tilsynelatende velger å forsøke å endre vaner, er at når man først har fått til en endring i adferd eller tankemønster er disse endringene mer langvarige og kan i større grad komme pasienten til gode i det lange tidsperspektivet. Vi vet at pasienter prioriterer tannhelse ulikt gjennom ulike deler av livet, benyttelse av THT vil derfor også endre seg i løpet av et liv (Gibson et al., 2000, Hill et al., 2013, Nuttall et al., 2001). Men om det er som følge av at tannlegen driver atferdsendring eller pasienter oppfatter sitt eget behov som større og derfor oppsøker THT er vanskelig å svare på.

5.2 Tannlegens relasjon til pasienter

Tillit ble nevnt av alle våre respondenter som et viktig element i en god og profesjonell relasjon. Respondentene mente at relasjonen mellom pasient og tannlege skal være en profesjonell relasjon. Tillitsbegrepet synes å være vanskelig å definere for noen av respondentene. Et eksempel på en beskrivelse av hva tillit er, er at pasienten stoler på at man som tannlege gjør det man skal gjøre, og at pasienten føler at hen kan si om det er noe de ikke er fornøyd med. Tidligere forskning viser at relasjonen mellom pasient og tannlege er viktig for aldring og velvære hos pasienter (Muirhead et al., 2014). En dårlig relasjon til tannlegen og et udekt behov for THT øker sannsynligheten for å oppleve dårlig oral helse relatert livskvalitet (OHRQoL). Tillit i behandler-pasient-relasjonen har vist å gi positiv helseeffekt for pasienter (Birkhäuer et al., 2017). Forskning viser at en god relasjon mellom behandler og pasient kan gi positiv helseeffekt for pasienten, derfor kan det argumenteres for at utdanningsinstitusjonene og klinikere bør ha et fokus på hvordan å skape gode relasjoner til pasienter.

Den ikke-kliniske samtalen virker på respondentene som en mer eller mindre fast del av pasientkommunikasjonen. Flere nevnte at den ikke-kliniske samtalen er hyggelig for begge parter, men at det også er et verktøy for å raskere bygge tillit hos pasienten, som igjen er viktig for at tannlegen skal få utført sitt arbeid. Dette støttes av Gonzalez (2020), som skriver at det å snakke om jobb, interesser og hobby er deler av det tillitsbyggende arbeidet. En av

respondentene hadde oppfatningen av at mange samtaler som skjer hos tannlegen, ikke hadde skjedd på fastlegekontoret, og at rammene for ikke-klinisk samtale er strammere der.

Respondentene reflektere i noen grad rundt hvordan den ikke-kliniske samtalen kan føre relasjonen over i en vennskapelig relasjon. En av respondentene uttrykte at det kunne være vanskelig å korrigere pasienten dersom relasjonen oppleves mer vennskapelig enn som en profesjonell relasjon og mente det kunne oppleves fra pasientens side som et tillitsbrudd. Sett fra et behandlerperspektiv, kan vi ikke vite om pasienten som korrigeres opplever det som et tillitsbrudd. Det kan tenkes at man er for privat med pasienten og på så måte trer ut av sin profesjonelle rolle, ved å dele av eget privatliv (Gonzalez, 2020). Det er likevel viktig som behandler å reflektere rundt egne profesjonelle rammer.

Det problematiseres altså at den ikke-kliniske samtalen ikke bare fører til relasjonsbygging og gjensidig tillit, men kan føre til tillitsbrudd når behandleren trer inn i den profesjonelle rollen i behandlingssituasjonen. De reflekterte ikke over hvordan et tillitsbrudd kunne påvirke pasientens helse. Muirhead et al. (2014) fant at mangel på tillit i behandler-pasient-relasjonen kan gi negative helseeffekter for pasienten. Alle respondentene vektla også at relasjonen til en pasient som benytter seg fast av THT var nærmere enn med en pasient som ikke benyttet seg aktivt av THT. Kan det være problematisk å snakke om personlige ting som familie og hobby, når relasjonen ikke skal være vennskapelig? Vi oppfattet at den ikke-kliniske samtalen problematiseres i sammenheng med pasienter som benytter seg aktivt av THT, og i liten grad som et problem ved pasienter som ikke benytter seg jevnlig eller kun benytter seg akutt av THT.

Det var et overordnet fokus på tannlegens rolle i relasjonen mellom behandler og pasient. Lite vekt ble lagt på pasientens rolle i en relasjon. Det virket som om at så lenge tannlegen opptrådte riktig så ville relasjonen bli god. Pasienter i Luo et al. (2018) sin kvalitative studie trakk fram tannlegens atferd som et viktig element i pasienttilfredshet. Det er en skjevhet i relasjonen mellom tannlegen og pasienten, tannlegen er i en autoritetsrolle, og relasjonen må derfor anses som en profesjonell relasjon. Mange faktorer kan påvirke den profesjonelle relasjonen og om den blir god eller dårlig, pasienter har forskjellige behov som de behøver oppfylt for å oppleve en relasjon som god. Som nevnt i bakgrunn fant Nitschke et al. (2022) at kvinner i større grad vektla at tannlegen viste tålmodighet og hadde gode sosiale ferdigheter, mens noen menn prioriterte tannlegens praktiske ferdigheter fremfor sosiale ferdigheter. Noen pasienter opplevde at det ikke er nok tid til å snakke om tannhelsen med tannhelsepersonell eller at de ikke ble involvert i beslutninger om deres egen tannhelse, og noen pasienter følte

seg ikke hørt av tannlegen (Gragoll et al., 2021, Hill et al., 2013). Våre respondenter nevnte at det var viktig at pasienten ble tatt med i beslutninger og at pasienten følte seg hørt. Utover det å nevne pasientens deltagelse og ivaretagelse av pasientautonomi, ble det ikke reflektert ytterligere rundt tematikken.

En respondent beskrev et fast mønster ved sine pasientmøter og en annen respondent sammenlignet behandling av alle pasienter som de skulle behandlet de som om de var ens egen mor. Av dette tolker vi at respondentene er opptatt av å gi lik og god behandling til alle pasienter. Det å skulle behandle pasienter likt ble nevnt mer eller mindre av alle respondenter. Det bør da stilles spørsmål om lik behandling er pasientsentrert behandling, da ikke alle pasienter har like behov. Noen pasienter vil ha større behov for fysisk tilpasning i og før behandlingssituasjonen, eksempelvis pasienter med sterkt nedsatt bevegelighet som har behov for en heis for å forflyttes fra rullestol til behandlingsstol. Mens andre vil ha mindre behov som kan være lettere å ivareta, eksempelvis pasienter med nakkeproblemer som trenger en ekstra pute bak nakken i behandlingssituasjonen. Slike tilpasninger ble nevnt i noen grad av våre respondenter. Pasienter vil også ha individualiserte behov for hvordan man kommuniserer eller hvordan man legger fram informasjon, da pasienter har ulike forutsetninger for å forstå og benytte seg av helseinformasjon. Stein et al. (2015) fant at å kartlegge pasienters helsekompetanse før man ga informasjon bidro til bedre etterlevelse av informasjonen som var gitt. Pasientens helsekompetanse bør kartlegges og tas i betraktning før man gir ut helseinformasjon for at tannhelsepersonell skal være sikker på at pasienten har evne til å forstå og benytte seg av helseinformasjonen. Tanken om at alle pasienter skal behandles likt, og kan derfor oppleves litt diffus og i strid med individualisert pasientsentrert behandling.

5.3 Egenskaper tannlegen bør ha

Respondentene tok opp teoretisk kunnskap og kliniske ferdigheter som nødvendige egenskaper for å utøve tannlegeyrket. Sosiale egenskaper ble også ansett som viktig for å være en god tannlege. Da vi spurte om tannlegens rolle i pasientens munnhelse, trakk respondentene fram mange ulike sider ved rollen sin; rådgiver, støttespiller, hjelper, behandler, reparatør og henviser. Vi opplevde i noen grad at temaet 'Tannlegens relasjon til pasienter' kunne gå litt over i 'Egenskaper tannlegen bør ha', da sosiale- og kommunikasjonsferdigheter er essensielle for å kunne skape en god relasjon. Når respondentene snakket om

dårlige relasjoner var det størst fokus på at noe hadde gått galt i en klinisk situasjon, at tannlegen hadde kommunisert for dårlig før og etter behandling, fravær av god personkjemi eller at det krevde mer energi av behandleren å forholde seg til den gitte pasient.

Respondentene nevnte alle sammen kommunikasjonsferdigheter og sosial kompetanse som viktige egenskaper en tannlege bør ha. De reflekterte til en viss grad over at man måtte være aktivt lyttende og å ta hensyn til pasientens behov, et eksempel på hvordan det kunne bli formulert; 'Når vi vet om pasienten har gått der flere ganger så vet du at ja hun liker å ha en pute, han må være inn presis – han kan ikke vente, for han gruer seg'. Det var en liten grad refleksjon over hvordan man eksempelvis er empatisk, noe som kan være viktig for pasientens møte med THT. Ifølge Larsen et al. (2021) vektla pasienter kommunikasjonsferdigheter i form av emosjonell kompetanse, å vise empati og forklaringer før og underveis i prosedyrer som viktige i vurdering av relasjonens kvalitet. Som nevnt tidligere prefererer kvinner og menn litt ulikt angående viktigheten av en tannleges sosiale ferdigheter (Nitschke et al., 2022). For noen pasienter blir de sosiale ferdighetene avgjørende for relasjonsbygging og en positiv opplevelse i THT. Flere respondenter nevnte kjemi som en årsak til at pasienter hadde byttet behandler. Kjemi ble i denne sammenhengen ikke definert eller reflektert over, men nevnt som et implisitt begrep, vi velger derfor å forstå det som personkjemi hvilket omhandler følelser og det interpersonlige forhold mellom to personer. En dårlig relasjon kan nok ikke alltid tilskrives dårlige sosiale- og kommunikasjonsferdigheter, men heller noen ganger tilskrives at pasient og behandler ikke hadde en god personkjemi.

Respondentene syntes å ha oppfatningen av at hvordan tannleger møter og behandler sine pasienter kan være utslagsgivende for pasientens benyttelse av THT. Dette samsvarer med at alle de intervjuede i studien til Gragoll et al. (2021) hadde hatt negative opplevelser ved tannlegebesøk som førte til unngåelse av THT. Viktigheten av egenskapene respondentene trakk fram, bekreftedes av Gragoll et al. med fire kategorier for årsaker til at pasienter unngår THT. Alle respondentene mente en viktig del av tannlegens rolle er å forbygge, gi råd og opplyse pasienten om viktigheten av å ivareta munnhelsen. Utsagnet støttes av den første årsakskategorien 'forsømmelse' som omhandler mangel på kunnskap hos pasienter. Flere respondenter ga uttrykk for at en god tannlege bør etterstrebe at tannlegebesøket blir til en god opplevelse for pasienten, som overensstemmer med kategorien 'nøytralisering' der pasienter unngår THT grunnet tidligere dårligere opplevelser. Ifølge respondentene bør en god tannlege "se selve personen", lytte og ta pasienten med til råds i behandlingsvalg. Viktigheten av dette blir understreket av kategorien 'skuffelse' der pasientene følte at de ikke

ble lyttet til eller tatt seriøst. Siste kategori 'følelse av skam' omhandler pasienter som unngår THT i frykt for å bli dømt av tannlegen. Også dette området ble trukket fram av våre respondenter da de i intervjuene sa at tannleger bør være påpasselig så de ikke fordeler skyld eller bidrar til økt skam hos pasientene.

5.4 Oppgavens styrker og begrensninger

Validitet handler om i hvilken grad resultatene er gyldige, og er avhengig av "hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har" (Malterud, 2017, s. 23). Den interne validitet handler om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og fenomenet vi har undersøkt. Da er valg av studiedesign, metoder, verktøy og begreper relevant. Vi vurderte et kvalitativt studiedesign som mest hensiktsmessig for å besvare oppgavens problemstilling. Som alle andre forskningsmetoder har også den valgte metoden sine begrensninger, men siden den belyser opplevelser, holdninger og subjektive erfaringer i større grad enn kvalitativt studiedesign vil det være med på å styrke studiens interne validitet (Malterud, 2017, s. 31). At alle respondentene var etnisk norske styrker validiteten, da det kan tenkes at språklige misforståelser reduseres. Det er likevel ingen garanti for at begreper blir forstått likt av forskere og respondenter, hvilket vi har forsøkt å adressere ved å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene for i størst mulig grad forstå respondentens oppfatning av det aktuelle begrepet.

Vi anser det som svekkende for resultatene at respondentene representerer en subgruppe av tannleger som veileder studenter i undervisningssituasjoner, spesielt siden vår egen rolle som tannlegestudenter var kjent. Det er sannsynlig at dette har preget både respondentenes svar under intervjuene og vår egen tolkning av svarene i etterkant. Vi fikk inntrykk av at respondentene oppfattet visse spørsmål som 'kunnskapsspørsmål' hvor vi var på utkikk etter ett korrekt svar som er i overenstemmelse med hva som undervises av veilederne, heller enn deres egne tanker og refleksjoner rundt det aktuelle spørsmålet. Det er også en svakhet at respondentene er rekruttert fra samme arbeidsplass, da arbeidsplasser ofte har en samkjørt visjon av holdninger og hvordan man skal opptre. Respondentene kan også ha hatt mulighet til å gi seg til kjenne for hverandre og kan ha snakket sammen mellom intervjuene, noe som kan ha påvirket svarene og refleksjonene som ble gjort underveis i intervjuene.

Vi har forsøkt å være bevisst på vårt eget ståsted og påvirkningskraft under hele analyseprosessen, ved å tenke gjennom og begrunne metodiske valg, teori og tolkning av

data. Likevel må vi anerkjenne at vår forforståelse og bakgrunn til en viss grad har påvirket oppgaven. Ifølge Malterud (2017) er det en stor fordel å være flere om analyseringen. Vi erfarte at analysen ble mer omfattende og nyansert av at alle tre forfatterne deltok under alle analysetrinn, og anser det som styrkende for studiens interne validitet.

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Malterud, 2017, s. 24). Funn fra kvalitative studier er som regel ikke overførbare til andre populasjoner, men kan likevel være relevant for å belyse liknende tematikk i en annen sammenheng (Malterud, 2017, s. 24). At utvalget var relativt lite og rekrutteringen strategisk, vil bidra til å begrense resultatenes overførbarhet og svekke oppgavens eksterne validitet ytterligere. Utvalget er muligens studiens største svakhet.

Siden vår opprinnelige plan med ikke lot seg gjennomføre er ikke intervjuer med pasienter inkludert og vi har kun gått ut fra tannlegens erfaringer i studien. At forholdet mellom tannlege og pasient kun belyses fra tannlegens perspektiv vil være en svakhet ved oppgaven. Intervju med pasienter som benytter seg ulikt av THT kunne gitt andre resultater.

6 Konklusjon

Denne masteroppgaven har tatt et eksplorativt blikk på tannlegers erfaringer med pasienter som benytter seg ulikt av THT, ved bruk av kvalitativ forskningsmetode. Gjennom individuelle intervjuer fant vi at respondentene hadde relativt like oppfatninger av faktorer som kunne påvirke benyttelse av THT, som samsvarte med deler av eksisterende litteratur. Vi fant også at respondentene hadde stort fokus på å etablere en god relasjon til pasienter og at de opplevde forskjell på hva som var en god relasjon med ulike pasienter. Den profesjonelle relasjonen var ikke like klart definert blant alle, og vi tolket det som at det kunne gi grunnlag for utfordring i den kliniske hverdagen. Det fremkom også at respondentene hadde en klar oppfatning om hva som skulle til for å være en god tannlege, men vi opplevde noen av elementene som litt vage og uspesifikke. Oppgaven kan være med på å belyse tannlegers tanker og erfaringer med pasienter som benytter seg ulikt av THT, men videre kartlegging og forskning på feltet er nødvendig.

7 Referanser

- Abelsen, B. (2008). What a difference a place makes: Dental attendance and self-rated oral health among adults in three counties in Norway. *Health & Place*, 14(4), 829-840. doi:10.1016/j.healthplace.2008.01.003
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2). doi:10.1371/journal.pone.0170988
- Den norske tannlegeforening (2021). Fremtidens tannhelsetjeneste I (pp. 2). <https://www.tannlegeforeningen.no/> : Den Norske Tannlegeforening.
- Freeman, R. (1999). Barriers to accessing dental care: patient factor. *British Dental Journal*, 187(3), 141-144. doi:10.1038/sj.bdj.4800224
- Fägerstad, A., Lundgren, J., Windahl, J. & Arnrup, K. (2018). Dental avoidance among adolescents - a retrospective case -control study based on dental records in the public dental service in a Swedish county. *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(1), 1-8. doi:10.1080/00016357.2018.1489978
- Fägerstad, A., Windahl, J. & Arnrup, K. (2016). Understanding avoidance and non-attendance among adolescents in dental care - an integrative review. *Community Dental Health Journal*, 33(3), 195-207. doi:10.1922/CDH_3829Fagerstad13
- Gibson, B. J., Drennan, J., Hanna, S., & Freeman, R. (2000). An exploratory qualitative study examining the social and psychological processes involved in regular dental attendance. *Journal of Public Health Dentistry*, 60(1), 5–11. doi: 10.1111/j.1752-7325.2000.tb03285.x
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid: sykepleieprosessens mellommenneskelige del. Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming - sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave, s. 57-67). Oslo: Gyldendal norsk forlag.

- Gragoll, I., Schumann, L., Neubauer, M., Westphal, C. & Lang, H. (2021). Healthcare avoidance: a qualitative study of dental care avoidance in Germany in terms of emergent behaviours and characteristics. *BMC Oral Health*, 21(1), 563.
Doi:10.1186/s12903-021-01933-1
- Haavie A. (Director). (2022). *Tannleger* (Sesong 2022, episode 1) [Television series episode]. In Olsen, T. E. (Producer), *Folkeopplysningen*. NRK. Retrieved from <https://tv.nrk.no/se?v=KMTE31009121>
- Hadler-Olsen, E. & Jönsson, B. (2021). Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1), 257.
doi:10.1186/s12903-021-01626-9
- Helsedirektoratet. (2019, sist faglig oppdatert 02. mai 2019). *Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år* (2019). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>
- Hill, K. B., Chadwick, B., Freeman, R., O'Sullivan, I. & Murray, J. J. (2013). Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *British Dental Journal*, 214(1), 25-32.
doi:10.1038/sj.bdj.2012.1176
- Kroese, F. M. & de Ridder, D. T. (2016). Health behaviour procrastination: a novel reasoned route towards self-regulatory failure. *Health Psychology Review*, 10(3), 313-325.
Doi:10.1080/17437199.2015.1116019
- Larsen, M., Holde, G. E. & Johnsen, J. A. K. (2021). Challenging encounters in clinical dentistry: a qualitative study investigating online reviews of patient satisfaction with Norwegian dentists. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1-10.
Doi:10.1080/00016357.2021.2009909
- Lein, P. Å. J., Halvari, E. M. A., & Johnsen, J. A. K. (2018). *Atferdsendring. I Odontologisk psykologi* (1. Utgave, s. 83-100). Oslo: Gyldendal.
- Lunde, E. S., Otnes, B. & Ramm, J. (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - En kartlegging. Retrieved from Oslo–Kongsvinger: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og->

publikasjoner/attachment/312917?ts=15de5f0f480&fbclid=IwAR3KaDMBpW25SjGJwmafHQzwBQJOjAhQGuOn3vvAKPCIIhX9Dg3YDP8VM8s

- Luo, J. Y. N., Liu, P. P. & Wong, M. C. M. (2018). Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. *BMC Oral Health*, 18(1), 15. doi:10.1186/s12903-018-0477-7
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4th ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Muirhead, V. E., Marcenes, W. & Wright, D. (2014). Do health provider–patient relationships matter? Exploring dentist–patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age and Ageing*, 43(3), 399-405. doi:10.1093/ageing/aft183
- NAV, (24.03.2023). Økonomisk Sosialhjelp. Hentet 26.03.2023. <https://www.nav.no/okonomisk-sosialhjelp>
- Nitschke, I., Ulbrich, T., Schrock, A., Hopfenmüller, W. & Jockusch, J. (2022). What Counts for the Old and Oldest Old?-An Analysis of Patient Criteria for Choosing a Dentist- Part II: Personal Characteristics and Soft Skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). doi:10.3390/ijerph19148621
- Nuttall, N. M., Bradnock, G., White, D., Morris, J. & Nunn, J. (2001). Dental attendance in 1998 and implications for the future. *British Dental Journal*, 190(4), 177-182. doi:10.1038/sj.bdj.4800918
- Sirois, F. M. (2007). “I’ll look after my health, later”: A replication and extension of the procrastination–health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15-26. doi:10.1016/j.paid.2006.11.003
- Spinler, K., Aarabi, G., Walther, C., Valdez, R., Heydecke, G., Buczak-Stec, E., König, H. H. & Hajek, A. (2021). Determinants of dental treatment avoidance: findings from a nationally representative study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(5), 1337-1343. doi:10.1007/s40520-020-01652-7

Stein, L., Pettersen, K. S., Bergdahl, M. & Bergdahl, J. (2015). Development and validation of an instrument to assess oral health literacy in Norwegian adult dental patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 73(7), 530-538. doi:10.3109/00016357.2015.1007477

Steinvik, L. M., Svartdal, F. & Johnsen, J.-A. K. (2023). Delay of Dental Care: An Exploratory Study of Procrastination, Dental Attendance, and Self-Reported Oral Health. *Dentistry Journal*, 11(2). doi:10.3390/dj11020056

8 Vedlegg

Vedlegg 1: rekrutteringsskriv

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 1: Rekrutteringsskriv

Bli med på intervju!

I forbindelse med forskning som skal danne grunnlag for vår masteroppgave ønsker vi å gjennomføre intervjuer med deg som har:

jobbet som tannlege i den offentlige og/eller private tannhelsetjenesten!

Vi ønsker å møte deg der det måtte passe! Når du kommer til intervjuet vil du møte oss, Julie K. B. Goll og Stine Arnesen, og du vil få info om hvem vi er og hva oppgaven vår tar sikte på. Vi ønsker å høre om dine perspektiv på og erfaring med pasienter som benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten. Vi håper at du kan avse en formiddag eller en ettermiddag til å delta. Intervjuet vil vare mellom 1 og 1 1/2 time. Det vil bli servert kaffe og kjeks. Som takk for din deltagelse vil du få et gavekort på en kinobillett av typen Norgesbillett (kan brukes på de fleste norske kinoer).

Vi som gjennomfører intervjuer har taushetsplikt. Opplysningene vi samler inn gjennom intervjuet vil bli behandlet etter lovbestemte regler, og de vil bli brukt som grunnlag for masteroppgave.

Dersom du ønsker å delta eller har noen spørsmål i forbindelse med intervjuet, kan du kontakte oss ved:

Stine Arnesen på e-post: sar048@post.uit.no, eller på mobil: 482 56 699

Julie Katrine Bjørnskov Goll på e-post: jgo025@post.uit.no, eller på mobil: 410 80 215

Anna Elisabet Byggmästar på e-post: ani128@post.uit.no, eller på mobil: 947 84 899

Vennlig hilsen

Stine Arnesen

Mastergradsstudent odontologi

Institutt for klinisk odontologi

Julie Katrine Bjørnskov Goll

Mastergradsstudent odontologi

Institutt for klinisk odontologi

Anna Elisabet Byggmästar

Mastergradsstudent odontologi

Institutt for klinisk odontologi

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide for (navn på student).

Informantnummer:

Dato:

Introduksjon:

- Takke for deltakelse
- Repetere punktene i forespørselen
- Få underskrift på samtykkeerklæring
- Si fra om de vil ha pause eller avbryte
- Lydtest/ prøve diktafon

Sett på lydopptak.

Vi ønsker ikke taushetsbelagt informasjon om pasienter eller informasjon som indirekte kan avsløre taushetsbelagt informasjon om enkeltpersoner som alder, kjønn, diagnoser, sted eller liknede. Det vi ønsker å snakke om er dine tanker og erfaringer i møte med pasienter på et mer generelt grunnlag.

Det jeg vet om deg er at du....

Er tannhelsepersonell som har jobbet i den offentlige eller den private tannhelsetjenesten eller begge deler.

Spørsmål som skal stilles:

1. Hvor lenge har du jobbet som tannlege?
2. Kan du fortelle meg litt om din karriere innen tannhelsetjenesten?
3. Hvilke egenskaper tenker du er viktige å ha som behandler? Hva er en god tannlege?
4. Hva ligger i "å gå fast til tannlegen" for deg?
5. Hvilke tanker har du om din rolle i pasienters munnhelse?
6. Hva er en god pasientrelasjon for deg?
7. Hva tenker du er viktig i relasjonen mellom tannlegen og pasienten som går fast?
8. Gjør du noe for å rekruttere nye pasienter? Hvis ja; hva?
9. Hvordan møter du en ny pasient som kommer akutt sammenlignet med nye pasienter som kommer for undersøkelse?
10. Hva er viktig for deg i møte med pasienter som ikke går fast?
11. Hva tror du er avgjørende for at pasienter velger å gå fast?
12. Har du opplevd at pasienter har byttet behandler eller sluttet å oppsøke tjenesten? I så fall hvilke tanker har du om mulige årsaker til det?
13. Hvilke erfaringer og tanker har du om pasienter som velger å ikke gå til tannlegen?

Husk kvalitativ ordlyd!

Oppsummere det du har spurt om.

Er det noe informant vil tilføye?

Takk!

Stoppe lydopptak.

Oppfølgingsspørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er ønskelig å få vite mer):

- Kan du beskrive nærmere...?
- Kan du fortelle mer om...?
- Har du et eksempel/flere eksempler på dette?
- Hvordan opplevde du det?
- Hva tenker du om det?

Fortolkende spørsmål (still disse underveis i hele intervjuet der det er behov for å sjekke tolkningen din):

- Du mener altså at...?
- Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?
- Dekker..... noe av det du har sagt?

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet 'Tannlegers tanker og erfaringer i møte med pasienter som benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten'

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske tannlegers tanker og erfaringer med pasienter som har ulik bruk av tannhelsetjenesten. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å utforske tannlegers tanker og erfaringer med pasienter som har ulik bruk av tannhelsetjenesten. Med ulik bruk hos pasienter mener vi; går fast til samme behandler, har tidligere hatt et lengre opphold, oppsøker tannhelsetjenesten kun ved symptomer, og de som har sluttet å gå hos en tidligere fast behandler.

Vår problemstilling går ut på å utforske erfaringer og tanker om relasjoner mellom tannleger og pasienter. Utforske tanker og erfaringer tannleger har til pasienter med ulik bruk av tannhelsetjenester. Vi ønsker å finne personer i Troms-området som vil stille til intervju. Prosjektet skal danne grunnlag for en masteroppgave i klinisk odontologi. Masteroppgaven kan bli grunnlag for en artikkel som skal publiseres i fagtidsskriftet tannlegeforeningens Tidende.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for klinisk odontologi ved UiT – Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Medarbeidere i forskningsprosjektet er:

- Jan-Are Kolset Johnsen, førsteamanuensis ved IKO, UiT. (Hovedveileder/prosjektleder)
- Hege Nermo, førsteamanuensis ved IKO, UiT.
- Anna Elisabet Byggmästar, tannlegestudent ved IKO, UiT.
- Stine Arnesen, tannlegestudent ved IKO, UiT.
- Julie Katrine Bjørnskov Goll, tannlegestudent ved IKO, UiT.

Overnevnte er medlemmer av forskningsgruppen Dental Public Health & Behaviour ved IKO.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du deltar på et intervju, som vil vare i 1-2 timer. I intervjuet vil du få spørsmål om dine pasienters tanker om munnhelse og hvilket forhold de har til å gå fast til tannlegen. Samtalen vil bli tatt opp med en båndopptaker og lagret i et låst skap ved IKO. Lydopptaket vil bli gjort om til tekst og lagret digitalt. Alle skriftlige data vil anonymiseres.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Din deltagelse vil ikke påvirke din behandling ved ditt tannlegekontor.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Studentene Anna Elisabet Byggmästar, Stine Arnesen og Julie Katrine Bjørnskov Goll vil ha tilgang til opplysningene samt veiledere Hege Nermo og Jan-Are Kolset Johnsen.

Følgende tiltak blir iverksatt for å sikre dine personopplysninger:

- Intervjuet har ikke som formål å innhente personopplysninger, men eventuelle personopplysninger som fremkommer i intervjuet vil anonymiseres ifm transkripsjonen
- Nummer på samtykkeskjema vil koble deg til intervjuet for å muliggjøre å trekke seg fra studien etter at intervjuet er gjennomført; samtykkeskjema vil oppbevares innelåst på IKO og adskilt fra øvrige data i studien
- Prosjektleder og studentene tilknyttet prosjektet vil ha tilgang til dine personopplysninger gjennom samtykkeskjema
- Lyddopptakene vil slettes etter at transkripsjonen er gjennomført

Du vil som deltager ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/opp-gaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges arktiske universitet, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT – Norges Arktiske universitet ved Jan-Are Kolset Johnsen, e-post: jan.a.johnsen@uit.no eller Hege Nermo, e-post: hege.nermo@uit.no
- Studenter: Anna Elisabet Byggmästar e-post: ani128@uit.no, Stine Arnesen, e-post: sar048@uit.no og Julie Katrine Bjørnskov Goll, e-post: jgo025@uit.no.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, epost: personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 322

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anna Elisabet Byggmästar, Stine Arnesen og Julie Katrine Bjørnskov Goll/Hege Nermo og Jan-Are Kolset Johnsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Pasienter som returnerer til tannhelsetjenesten etter et lengre opphold, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

