

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

Vet personer som besöker en folktandvårdsklinik vad en tandhygienist gör?

– en kvantitativ studie

Datum för examination: 2010 09 20

Författare: Lina Bölja & Malin Persson

Handledare: Sara Henricsson

Examinator: Pia Andersson

Vet personer som besöker en folktandvårdsklinik vad en tandhygienist gör?

- en kvantitativ studie

Författare: Lina Bölja & Malin Persson

Handledare: Sara Henricsson

Empirisk studie

2010 09 20

Sammanfattning

Tandhygienistyrket är ett relativt nytt yrke. I Sverige har yrket funnits i cirka 40 år och har under denna tid genomgått stora förändringar. Tandhygienister behandlade från början enbart patienter som remitterades av tandläkare. Dessa faktorer kan ha bidragit till att personer som besöker tandvården idag inte alltid känner till vad en tandhygienist gör.

Syftet med studien var att undersöka om personer som besöker en folktandvårdsklinik vet vad en tandhygienist gör.

En studie med empirisk och kvantitativ design genomfördes med användning av enkäter, bestående av 22 frågor med fasta svarsalternativ. Sammanlagt besvarades 150 väntrumsenkäter av personer som besökte tre folktandvårdskliniker i Landstinget Blekinge. Urvalet var konsekutivt, författarna till studien tillfrågade personligen personer, 16 år och uppåt, i den ordning de anlände till väntrummen om de ville delta i studien.

Merparten av respondenterna kände till att en tandhygienist självständigt genomför undersökningar, informerar samt arbetar förebyggande. Respondenterna var tveksamt inställda till om tandhygienister fick ställa diagnos på och behandla tandlossningssjukdom.

Slutsatsen av studien är att en majoritet av de människor som besöker en Folktandvårdsklinik inte till fullo vet vad en tandhygienist gör.

Nyckelord: Allmänheten, folktandvården, kunskap, tandhygienist.

Do people who visit a public dental clinic know what a dental hygienist does?

- a quantitative study

Authors: Lina Bölja & Malin Persson

Supervisor: Sara Henricsson

Empirical study

2010 09 20

Abstract

Dental hygienist is a relatively new profession and the profession has existed in Sweden for about 40 years. During this time it has gone through major changes. In the beginning, dental hygienists only treated people who were referred by a dentist. These factors may have resulted in that visitors to public dental clinics not always knowing what a dental hygienist does.

The aim of this study was to investigate if people who visited public dental clinics know what a dental hygienist does.

An empirical study was carried out using a questionnaire containing 22 multiple-choice questions. In total 150 questionnaires were answered by visitors to three public dental clinics within Blekinge county. The sample method used was consecutive. The authors asked people 16 years and older, in the order in which they arrived at the clinic, if they would participate in the study.

The majority of the participants were aware that dental hygienists carry out examinations independently, inform and work preventively. The participants were unclear that dental hygienists could diagnose and treat periodontal disease.

The conclusion of the study is that visitors to public dental clinics do not know entirely what a dental hygienist does.

Keywords: Dental hygienist, knowledge, public, public dental clinics.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Historia.....	1
Utbildning	1
Tandhygienistyrket förr	2
Tandhygienistyrket idag	3
Kunskap om yrket.....	4
Positiv effekt av ökad kunskap om yrket.....	5
SYFTE	5
MATERIAL OCH METOD	5
Urval	6
Genomförande	6
Statistisk bearbetning	7
ETISKA ASPEKTER	7
RESULTAT	7
Könsfördelning	7
Åldersfördelning	8
Resultat enkätfrågor	8
DISKUSSION.....	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
ACKNOWLEDGEMENT	1
REFERENSER	2

BILAGOR

Väntrumsenkät	Bilaga 1
Följebrev	Bilaga 2

INTRODUKTION

Historia

I tidig början av 1900-talet lades grunden för tandhygienistyrket av Dr Alfred Civilian Fones, en tandläkare som var verksam i USA. Han utbildade sin tandsköterska i förebyggande tandvård, samt kostrådgivning angående sockerintag. Hon antas vara den första kvinna som arbetade förebyggande inom tandvården och 1906 hade denna tandhygienist sin första patient (Bäckström et al. 1986). Dr Fones utbildade senare flera tandhygienister. Tre klasser examinerades och de fick behörighet genom myndigheterna. 1916 blev utbildningen förlagd till universitet och högskolor. Utbildningen spreds över hela USA och 1951 fanns den representerad i alla delstater (Bäckström et al. 1986).

I Norden var Norge först med att utbilda tandhygienister och 1926 startades den första ettåriga tandhygienistutbildningen. Tandläkarkårens motstånd var så kraftigt att utbildningen fick läggas ned efter att man hade utbildat endast hundra tandhygienister. Utbildningen återupptogs 1971 och var då tvåårig (Bäckström et al. 1986).

I Sverige började diskussionen om en ny yrkeskategori inom tandvården att ta form under 1920-talet. Anledningen var att man såg ett ökat behov av att behandla parodontit. Den nya yrkeskategorin, tandhygienister skulle inrikta sig på detta. Tandhygienistyrket har, som tidigare nämnts, sitt ursprung i USA och därifrån fick den svenska tandvården idén om en tandhygienistutbildning. Diskussionen ledde till en livlig debatt om yrkets vara eller icke vara och inte förrän 1968 startade utbildningen i Sverige (Rosenlind 2000).

Utbildning

Den utbildning som startade 1968 var en ettårig försöksutbildning. Den var förlagd till vårdrkesskolorna för tandhygienister i Örebro och Malmö. Utbildningen var en påbyggnadskurs för tandsköterskor och sammanlagt påbörjade 16 elever utbildningen. Handledare vid utbildningen var tandhygienister utbildade i England (Bäckström, et al. 1986). Vårdrkesskolorna blev 1971 gymnasieskolor och detta innefattade även tandhygienistutbildningen (Bäckström et al. 1986).

År 1977 blev flera av tandhygienistutbildningarna förlagda till kommunala högskolor och omfattades av 40 poäng (Bäckström et al. 1986), det som idag motsvarar 60 högskolepoäng. Förändringen från gymnasieutbildning till en högskoleutbildning innebar att utbildningen till tandhygienist nu skulle baseras på en vetenskaplig grund. De behörighetskrav som fanns för utbildningen var att man skulle vara utbildad tandsköterska och arbetat som detta i minst två år (Bäckström et al. 1986).

Nästa förändring i utbildningen kom 1988 då man på försök startade en tvåårig utbildning vid fem högskolor i landet. Det tidigare kravet om två års yrkeserfarenhet som tandsköterska togs nu bort och man kunde ansöka till utbildningen direkt efter gymnasiet (Socialstyrelsen 2007).

1991 blev tandhygienistyrket ett legitimationsyrke, vilket ledde till större självständighet och ökade bredden på arbetsuppgifterna (Rosenlind 2000). Ett år senare, 1992 blev den tvååriga högskoleutbildningen permanent (Socialstyrelsen 2007).

En ny högskolereform tillkom 1993 och detta innebar en förändring för många utbildningar. Förändringen innebar en förlängning från en 2-årig utbildning till en 3-årig utbildning. Tandhygienistutbildningen fortsatte dock att vara 2-årig. 1996 utvärderade Högskoleverket utbildningen och här framkom att utbildningen borde förlängas för att uppnå en högskolemässig standard. För att möta dessa krav föreslog Högskoleverket att utbildningen borde vara treårig och innefatta det som idag motsvarar 180 högskolepoäng (Högskoleverket 2007, Socialstyrelsen 2007).

Idag går det att utbilda sig till tandhygienist vid åtta högskolor eller universitet i Sverige (Socialstyrelsen 2007). Det krävs 120 högskolepoäng för att erhålla tandhygienistexamen, men alla tandhygienistutbildningar erbjuder möjligheten att läsa ytterligare 60 högskolepoäng för att uppnå kandidatexamen (Högskolan Dalarna 2007, Göteborgs universitet 2006, Hälsöhögskolan Jönköping 2008, Karlstad universitet 2009, Karolinska Institutet 2009, Högskolan Kristianstad 2007, Malmö Högskola 2008, Umeå universitet 2009).

Tandhygienistyrket förr

Enligt Socialstyrelsen var tandhygienistens kompetensområde 1969 följande:

- Undervisa och instruera patienter i munhygien.
- Övervaka samt förbättra munhygienprogram som tagits fram i förebyggande syfte.
- Leda grupper i kariesförebyggande syfte med användning av fluorpreparat.
- Rengöra munhålan genom att avlägsna plack och tandsten.
- Avlägsna fyllnadsöverskott samt polera tänder och restorationer.
- Ta röntgenbilder och avtryck för studiemodell.
- Saliv- och plackprovtagning.
- Upptagning av kostanamnes.
- Lokalt behandla med karies- och parodontitprofylaktiska ämnen (Bäckström et al. 1986).

Ovan nämnda uppgifter skulle utföras efter delegation och anvisning av tandläkare. Genom åren som följde tillkom fler arbetsuppgifter som t ex fissurblockering och registrering av karies, alla under uppsyn av tandläkare (Bäckström et al. 1986).

Tandhygienistyrket idag

Den utbildade tandhygienisten erhåller idag legitimation från Socialstyrelsen efter ansökan. Legitimationen visar att yrkesutövaren har den kunskap som det självständiga arbetet kräver (Socialstyrelsen 2007, Socialstyrelsen 2009). De arbetsuppgifter som tandhygienisten utför är reglerade av lagar och förordningar. Idag ingår följande arbetsmoment i tandhygienistens kompetensområde:

- Arbeta förebyggande för att behålla det friska i munhålan.
- Ge information som berör patientens hälsotillstånd i munhålan.
- Ge munhygieninstruktioner.
- Planera och utföra undersökningar, behandlingar samt utvärderingar.
- Ha förståelse för patienters varierande behov beroende på ålder, kultur eller bakgrund.
- Ha förståelse för att individer har olika förutsättningar gällande fysiska, psykiska och sociala möjligheter.
- Se patientens behov utifrån ett helhetsperspektiv.
- Diagnostisera karies och parodontit, kliniskt och röntgenologiskt.
- Arbeta hygieniskt och kontrollerat för att minska och förebygga risken för smittspridning.

- Remittera patienter till annan yrkesgrupp som t ex tandläkare, parodontolog och käkkirurg.
- Besitta kunskap om hur man hanterar läkemedel.
- Bedriva uppsökande verksamhet vilket kan innebära munhälsobedömningar hos exempelvis äldre och handikappade.
- Instruera och informera personal som arbetar inom vård och omsorg.
- Besöka skolor och barnvårdscentraler för att informera om munhälsa.
- Dokumentera i journal samt avvikelserapportering vid behov.
- Ha kunskap om hjärt- och lungräddning (Socialstyrelsen 2005).

Det arbete tandhygienisten utför bygger på aktuell och evidensbaserad vetenskap. En tandhygienist arbetar efter godhetsprincipen och ska så långt som möjligt befria patienten från obehag och smärta. Arbetet genomsyras av empati och respekt, patienter och dess närstående ska finna stöd hos behandlaren som har tystnadsplikt (Socialstyrelsen 2005).

Kunskap om yrket

Tandhygienistyrket är ett relativt nytt yrke. I Sverige har det funnits i ca 40 år och har under denna tid genomgått stora förändringar. Enligt en studie av Rosenlind (2000) menar hon att en brist på kunskap om tandhygienistyrket kan finnas hos människor på grund av dessa förändringar.

Tandhygienister behandlade från början enbart patienter som remitterades av tandläkare. Detta förhindrade tandhygienisten från att marknadsföra sig själv och sitt yrke. Tandhygienisten utförde då inte heller undersökningar eller hade barn- och ungdomsvård på samma sätt som idag. I och med detta har en stor grupp av tandvårdens patienter aldrig kommit i kontakt med en tandhygienist vilket också kan ha bidragit till att patienter inom tandvården inte alltid känner till vad en tandhygienist gör (Rosenlind 2000). I en studie av Carin Klefbom et al. (2005) framkom det att även tandläkares kunskaper om vad en tandhygienist gör var bristfälliga.

När tandhygienistyrket blev ett legitimationsyrke 1991 gavs möjligheten att bedriva egen mottagning. I samband med detta uppstod förhoppningar om att öka kunskapen om yrket samt att öka efterfrågan av tandhygienistens tjänster (Rosenlind 2000). Enligt regeringens utredning Tandvården till 2010 har nu efterfrågan av

tandhygienistens tjänster ökat. Tandläkarkåren minskar och för att möta patienternas vårdbehov behövs det omstruktureras inom tandvården. Tandhygienistens roll utökas här med ett större ansvar gällande undersökningar av vuxna patienter samt barn och ungdomar. Tandvården har gått från ett reparativt synsätt till att arbeta mer förebyggande. Detta är ett av tandhygienistens huvudområde (Socialdepartementet 2002).

Då tandhygienistens roll inom tandvården kommer att växa blir det allt viktigare att patienterna är medvetna om denna yrkeskategori. För att öka allmänhetens kunskap om tandhygienistyrket har Sveriges Tandhygienistförening under de senaste 7 åren gett ut broschyrer vid två olika tillfällen som informerar om vad en tandhygienist gör (M. Malmqvist, personlig kommunikation, 13 april, 2010).

Positiv effekt av ökad kunskap om yrket

Enligt studier publicerade 2007 och 2008, gällande patienters attityd till tandhygienister och tandläkare, framkom det att en del patienter känner sig osäkra och hjälplösa i behandlingsstolen. Detta beror till stor del på att patienterna inte vet vad som kommer ske i mötet med behandlaren (Abrahamsson et al. 2007, Öhrn, Hakeberg, Abrahamsson 2008). Genom att förbättra patienternas kunskap om tandhygienistyrket borde man kunna öka deras känsla av kontroll under tandvårdsbehandling. Behandlingen kan förhoppningsvis på detta sätt upplevas mer positiv av patienten.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka om personer som besöker en folktandvårdsklinik vet vad en tandhygienist gör.

MATERIAL OCH METOD

En studie med empirisk och kvantitativ design genomfördes med användning av en enkät med fasta svarsalternativ (se bilaga 1). Personer på tre folktandvårdskliniker i Landstinget Blekinge besvarade 150 väntrumsenkäter under februari och mars 2010.

Urval

Urvalet var konsekutivt. Författarna till studien tillfrågade personligen personer, 16 år och uppåt, i den ordning de anlände till väntrummen om de ville delta i studien. De tillfrågade personerna var bland annat patienter, vårdnadshavare, anhöriga eller vårdgivare inom äldreomsorgen.

Genomförande

Tillstånd att genomföra undersökningen inhämtades av författarna hos Håkan Bergevi som är tandvårdschefen för Landstinget Blekinge. Tillstånd inhämtades även av klinikcheferna på folktandvårdsklinikerna i Karlskrona, Ronneby och Karlshamn. Enkäterna kodades med 1, 2 och 3 så att författarna kunde urskilja vilken klinik enkäten var besvarad på. Respondenterna tillfrågades tills det att 50 enkäter per klinik var besvarade. Ett fåtal av de tillfrågade tackade nej till att delta men de flesta var positivt inställda till att delta. Enkäten besvarades huvudsakligen innan respondenterna gick in till sin behandlare, enstaka enkäter besvarades delvis efter besök hos behandlare för att inte störa klinikernas verksamhet. Klinikerna i Karlskrona och Ronneby besöktes vid två tillfällen vardera. För att undvika att någon person besvarade enkäten två gånger fick författarna därför vid återbesöket tillfråga deltagarna om de hade besvarat enkäten tidigare.

Enkäten bestod av 22 frågor som kunde besvaras med ja, nej eller i samarbete med tandläkare. Enkätfrågorna var till viss del baserade på enkätfrågor som Carin Klefbom använt sig av i studien: Vad får tandhygienisten göra? (Klefbom et al. 2005). Frågorna byggde även på arbetsuppgifter som ingår i tandhygienistens kompetensområde (Socialstyrelsen 2005). Enkäten innehöll även frågor om kön och åldersgrupp (se bilaga 1). Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte genom ett informationsbrev (se bilaga 2). I brevet framgick även att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien utan att ange anledning (Ejlertsson 2005). Deltagarna lade de besvarade enkäterna i en låda med lock för att garantera konfidentialitet.

En pilotstudie genomfördes först för att kontrollera om enkätfrågorna uppfattades korrekt (Ejlertsson 2005). Denna studie ägde rum på en mindre folktandvårdsklinik inom Landstinget Blekinge. I pilotstudien besvarades 10 enkäter och samma kriterier för att delta gällde som i den senare undersökningen.

Statistisk bearbetning

Det insamlade materialet bearbetades med hjälp av SPSS- Statistical Package for the Social Sciences 17.0. Resultatet redovisades i deskriptiv statistik med antal och procent.

ETISKA ASPEKTER

Studien genomfördes med hänsyn till de fyra forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet 2002). Informationskravet uppfylldes då deltagarna informerades om syftet med studien. De kliniker där enkäterna delades ut gav sitt samtycke om genomförande av undersökningen. Information gavs till respondenterna om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas utan vidare förklaring. På detta sätt tillgodosågs samtyckeskravet. I enlighet med nyttjandekravet informerades deltagarna om att det insamlade materialet inte kommer användas i något annat sammanhang än den aktuella studien. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att besvarade enkäter lades av deltagaren i en låda med lock för garantera att ingen enskild individ kunde identifieras. Kodlista fanns enbart på kliniknivå. Materialet förvaras inlåst och kommer att förstöras när arbetet är examinerat och godkänt (Vetenskapsrådet 2002).

Enkätfrågorna är designade på ett sätt som ej ska upplevas som kränkande för någon av deltagarna. Nyttan med studien övervägde eventuell åverkan. Deltagarna gav sitt samtycke till att medverka i studien då enkäten besvarades.

RESULTAT

Studiens resultat baseras på 150 besvarade enkäter. Tabellerna 2.1 - 2.4 redovisar resultatet av enkätfrågor som respondenterna besvarade, i antal (n) och i procent (%). Resultat redovisas inte i samma ordning som frågorna står i enkäten, utan är grupperade efter odontologiskt sammanhang.

Könsfördelning

Av de 150 insamlade enkäterna besvarades 45,3% (n=68) av män, 49,3% (n=74) besvarades av kvinnor och 8 respondenter svarade ej på frågan.

Åldersfördelning

Tabell 1. Åldersfördelningen av respondenterna angivet i antal (n) och procent (%) (n=149).

Ålder	Antal (n)	Procent (%)
16-19	31	20,8
20-29	23	15,4
30-39	31	20,8
40-49	23	15,4
50-59	22	14,8
60-69	9	6,0
70+	10	6,7

Internt bortfall n=1.

Resultat enkätfrågor

Merparten av respondenterna kände till att en tandhygienist självständigt genomför undersökningar, informerar om munhälsa i skola och barnomsorg samt arbetar förebyggande. På frågan om tandhygienisten utför undersökningar svarade 75,2% (n=109) ja och 11,7% (n=17) nej. Andelen respondenter som svarade att tandhygienisten endast fick utföra undersökningar i samarbete med tandläkare var 13,1% (n= 19). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fem. På frågan om tandhygienisten får informera om munhälsa i skola och barnomsorg svarade 93,2% (n=138) ja och 4,7% (n=7) nej. Andelen respondenter som svarade att tandhygienisten fick göra detta i samarbete med tandläkare var 2,0% (n=3). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var två. På frågan om tandhygienisten får arbeta förebyggande svarade 91,8% (n=134) ja och 3,4% (n=5) nej. Andelen respondenter som svarade att tandhygienisten gör detta i samarbete med tandläkare var 4,8% (n=7). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fyra. I tandhygienistyrket ingår det att ta röntgenbilder vilket 75% av de tillfrågade kände till (se tabell 2.1).

Tabell 2.1. Respondenternas svarsfördelning över ämnen som behandlar röntgen och kariesrelaterad behandling. Svaren är angivna i antal (n) och procent (%) (n=150).

Arbetsmoment	Ja		Nej		I samarbete med tandläkare		Internt bortfall
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Ta röntgenbilder	105	(75,0)	17	(12,1)	18	(12,9)	10
Ställa diagnos på karies	90	(62,1)	27	(18,6)	28	(19,3)	5
Göra tillfällig lagning	35	(23,8)	90	(61,2)	22	(15,0)	3
Fissurförsegla	76	(53,5)	41	(28,9)	25	(17,6)	8

Respondenternas svar på frågorna om tandhygienisten får ställa diagnos på- och behandla tandlossning var relativt jämnt fördelade över de tre svarsalternativen. På frågan om tandhygienisten får ställa diagnos på tandlossningssjukdom svarade 35,6% (n=52) ja. Exakt samma antal svarade nej på denna fråga och 28,8% (n=42) svarade att tandhygienisten får göra detta i samarbete med tandläkare. Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fyra. På frågan om tandhygienisten får behandla tandlossning svarade 40,8% (n=60) ja och 38,8% (n=57) nej. Andelen respondenter som svarade att tandhygienisten behandlade tandlossning i samarbete med tandläkare var 20,4% (n=30). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var tre.

Respondenterna svarade i större utsträckning att tandhygienisten får ta bort tandsten. Här svarade 89,3% (n=133) ja och 6,0% (n=9) nej. Andelen respondenter som svarade i samarbete med tandläkare var 4,7% (n=7). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var en. Tandhygienisten har behörighet att självständigt ge anestesi. Detta visste 47,6% av respondenterna (se tabell 2.2).

Tabell 2.2. Respondenternas svarsfördelning över ämnen som behandlar anestesi och estetik. Svaren är angivna i antal (n) och procent (%) (n=150).

Arbetsmoment	Ja		Nej		I samarbete med tandläkare		Internt bortfall n
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Lägga bedövning i form av spruta	70	(47,6)	59	(40,1)	18	(12,2)	3
Bleka tänder	83	(56,1)	51	(34,5)	14	(9,5)	2
Sätta fast tandsmycke	90	(61,2)	50	(34,0)	7	(4,8)	3

Majoriteten av respondenterna visste att tandhygienisten inte arbetar med reparativ tandvård som att dra ut tänder, borra eller rotfylla. På frågan om tandhygienisten drar ut tänder svarade 12,4% (n=18) ja och 76,6% (n=111) nej. Andelen respondenter som svarade i samarbete med tandläkare var 11,0% (n=16). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fem. På frågan om tandhygienisten får borra i tänder för att laga hål svarade 14,4% (n=21) ja och 71,9% (n=105) nej. Andelen respondenter som svarade i samarbete med tandläkare var 13,7% (n=20). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fyra. På frågan om tandhygienisten får rotfylla tänder svarade 14,4% (n=21) ja och 75,3% (n=110) nej. Andelen som svarade i samarbete med tandläkare var 10,3% (n=15). Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fyra. Det saknades kännedom hos många av respondenterna gällande tandhygienistens självständiga arbete (se tabell 2.3).

Tabell 2.3. Respondenternas svarsfördelning över ämnen som behandlar självständigt arbete. Svaren är angivna i antal (n) och procent (%) (n=150).

Självständigt arbete	Ja		Nej		I samarbete med tandläkare		Internt bortfall n
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Ha en egen mottagning eller klinik	58	(41,4)	24	(17,1)	58	(41,4)	10
Inneha egen röntgenutrustning på egen klinik eller mottagning	63	(44,1)	48	(33,6)	32	(22,4)	7

På frågan om tandhygienisten får arbeta självständigt utan ledning av tandläkare fanns enbart två svarsalternativ 68,3% (n=99) svarade ja och 31,7% (n=46) svarade nej. Antalet respondenter som inte besvarade frågan var fem. Många av respondenterna hade kunskaper om vilka arbetsuppgifter tandhygienisten utför inom ortodonti och protetik (se tabell 2.4).

Tabell 2.4. Respondenternas svarsfördelning över ämnen som behandlar ortodonti och protetik. Svaren är angivna i antal (n) och procent (%) (n=150).

Arbetsmoment	Ja		Nej		I samarbete med tandläkare		Internt bortfall
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Besluta om en patient behöver tandställning	25	(17,0)	83	(56,5)	39	(26,5)	3
Ta avtryck, till exempelvis bettskena	86	(59,7)	38	(26,4)	20	(13,9)	6
Göra löständer, som t ex protes eller bro	27	(18,4)	98	(66,7)	22	(15,0)	3

DISKUSSION

Metoddiskussion

Efter genomförandet av pilotstudien framkom vikten av att vara tydlig vid den muntliga information som gavs vid utlämnandet av enkäten. Dels var det viktigt att deltagarna inte kände sig pressade att svara rätt på frågorna och att endast ett svarsalternativ per fråga skulle kryssas i. I pilotstudien visade det sig även att ett svarsalternativ (i samarbete med tandläkare) fick tas bort från fråga 20 då det var vilseledande.

För att uppnå förväntad svarsfrekvens inom den tidsbegränsning som fanns insåg vi under pilotstudiens gång att målgruppen behövde utökas. Den tilltänkta målgruppen var från början enbart patienter som besökte folktandvårdsklinikerna. I huvudstudien tillfrågades även vårdnadshavare, anhöriga samt vårdgivare inom äldreomsorgen.

Vi förväntade oss att uppnå svarsfrekvensen på 50 enkäter per klinik under en dag. På klinikerna i Ronneby och Karlskrona uppnåddes inte detta mål, utan det krävdes ett

återbesök per klinik. Eftersom resultatet kunde påverkas av att någon respondent besvarade enkäten två gånger fick vi därför vid återbesöken tillfråga deltagarna om de besvarat enkäten tidigare. Som tidigare nämnts valde ett fåtal att tacka nej till att delta i studien. I efterhand kan tyckas att vi skulle registrerat hur många som tackade nej.

Insamlingsmetoden av enkäterna förhindrade externt bortfall och säkerställde målet med 150 insamlade enkäter. Internt bortfall förekom dock då en del respondenter inte besvarade alla frågor i enkäten. Vi anser ändå att en tillförlitlig mängd material samlades in genom denna metod. Studien hade troligen kunnat fördjupas med hjälp av personliga intervjuer eller enkäter med öppna frågor. Om vi valt att genomföra studien med hjälp av intervjuer hade mängden insamlat material inte blivit lika stort som vi önskade på grund av den tidsbegränsning som fanns.

I studien ombads personer i åldrarna 16 år och uppåt att delta. Åldersgränsen 16 år valdes på grund av att individer från denna ålder själva kan välja att besvara en enkät utan tillstånd från målsman. Åldersfördelningen bland respondenterna var relativt jämn i åldrarna 16 -59 år, medan personer från < 60 år är något underrepresenterade. Vi anser inte att detta påverkar resultatet eftersom inga jämförelser i förhållande till ålder gjordes i studien.

Enkätens design med tre fasta svarsalternativ kan ha medfört att respondenternas svar inte alltid baserades på kunskap, utan möjligheten att gissa sig fram till rätt svar fanns. Enstaka enkäter besvarades delvis efter att patienten genomgått behandling, vilket kan ha påverkat tillförlitligheten hos dessa enkäter. Personerna som har besvarat dessa enkäter kan exempelvis fått hjälp med svaren av sin behandlare eller annan personal. I efterhand insåg vi att dessa enkäter borde exkluderats från studien.

Fråga ett och 22 i enkäten stämmer inte med frågeformuleringen: Gör tandhygienisten följande/får tandhygienisten göra följande arbetsuppgifter? Detta kan ha förvirrat respondenterna och för stor vikt bör därför inte läggas på resultatet av dessa frågor.

Resultatdiskussion

En stor del av tandhygienistyrket bygger på att behandla patienter med parodontal sjukdom (Jönsson 2010). Detta var den främsta anledningen till att yrket etablerades i

Sverige (Rosenlind 2000). Med detta i åtanke är det intressant att se att så många som 38,8% av respondenterna svarade att tandhygienisten inte fick behandla tandlossning. Det var däremot mer känt bland respondenterna att tandhygienisten tar bort tandsten. Det är oklart om respondenterna är medvetna om att tandstensborttagning kan vara en del av en parodontal behandling. En tänkbar förklaring kan vara att det tidigare var tandläkarna som utförde undersökningarna och remitterade sedan patienterna till tandhygienisten som skulle ta bort tandsten (Bäckström et al. 1986). Enligt en studie av Mårtensson et al. (2004) visste enbart drygt 1/3 av respondenterna att tandstensborttagning i tandköttsfickor ingick i en parodontal behandling. Det kan vara svårt att nå fram till patienter med information om vad parodontit och parodontal behandling innebär (Jönsson 2010). Om vi lagt till en förklaring till frågan om hur tandlossning behandlas, genom rengöring av tandköttsfickor, kanske respondenterna svarat annorlunda. De respondenter som besökt en tandhygienist har troligen hört talas om rengöring av tandköttsfickor men förknippar inte detta med tandlossning. Svaren på frågan om tandhygienisten får behandla tandlossning kan även bero på åldersfördelningen i studien med många unga respondenter vilka troligen har mindre erfarenhet av parodontala problem (Nunn 2003). Det är troligt att människor har mer kunskap om något de har erfarenhet av.

De människor som besöker tandvården har troligtvis någon gång genomgått en undersökning och tagit röntgenbilder. Det är även troligt att de har fått information om sin orala hälsa och hur den bör skötas. Resultaten i studien visar att respondenterna hade stor kännedom om att dessa arbetsuppgifter ingår i tandhygienistens kompetensområde.

Nästan 2/3 av respondenterna svarade ja på att tandhygienisten fick ställa diagnos på karies och majoriteten av respondenterna svarade att tandhygienisten inte borrar i tänder för att laga hål. Detta kan kopplas till att många har erfarenhet av både denna diagnos och behandling. De människor som fått diagnosen karies ställd av en tandhygienist är förmodligen medvetna om att de efter undersökning fått en ny tid hos tandläkaren för lagning av kariesangreppet.

Vi har inte lyckats finna tidigare forskning inom detta område. Vid sökning av tidigare forskning fann vi en studie av Carin Klefbom (2005), där det framkom att tandläkares kunskaper om tandhygienistyrket var bristfälliga (Klefbom et al. 2005).

Respondenterna i denna studie och tandläkarna i Klefboms studie visade sig i viss mån ha likvärdiga kunskaper om vad tandhygienisten gör eller får göra. Likheter i kunskap kunde ses i frågorna om tandhygienisten får ha en egen mottagning eller klinik, om tandhygienisten informerar i skola och barnomsorg och om tandhygienisten får fissurförsegla. Majoriteten av tandläkarna och respondenterna i denna studie svarade att detta ingick i tandhygienistens kompetensområde (Klefbom et al. 2005).

Skillnader kan ses i resultaten på frågan om tandhygienisten får inneha röntgenutrustning på egen klinik eller mottagning. Här visade tandläkarna på större brister i kunskap (Klefbom et al. 2005) än respondenterna i föreliggande studie. Det kan dock diskuteras om respondenternas svar verkligen bygger på kunskap eller om de gissat sig till rätt svar. Frågan var även som tidigare nämnt felformulerad i denna studies enkät. Regelverket kring denna fråga har länge varit otydligt och det är inte troligt att respondenterna i denna studie skulle ha kännedom om dessa regler.

I denna studie framkom att det fanns brister i vad patienterna visste om tandhygienistens arbetsuppgifter. Det finns en förhoppning om att förändring ska ske inom tandvården, där fokus flyttas från reparativ vård till förebyggande vård. Tandhygienisten skulle då möta en större och mer varierad patientgrupp (Socialdepartementet 2002). Dessa möten leder förhoppningsvis till att fler patienter får erfara vad en tandhygienist gör och kunskapen om yrket ökar. Ökad kunskap om tandhygienistyrket skulle kunna leda till att fler patienter väljer att besöka denna yrkesgrupp.

Slutsatsen av studien är att en majoritet av de personer som besöker en folktandvårdsklinik inte till fullo vet vad en tandhygienist gör.

ACKNOWLEDGEMENT

Stort tack till de kliniker och respondenter som medverkar i studien. Vi vill även tacka vår handledare Sara Henricsson för den hjälp och stöttning vi fått under arbetets gång.

REFERENSER

Abrahamsson, KH. Stenman, J. Öhrn, K. Hakeberg, M. (2007). Attitudes to dental hygienists: evaluation of the Dental Hygienist Beliefs Survey in a Swedish population of patients and students. *International Journal of Dental Hygiene*, vol.5, ss. 95-102.

Bäckström, S. Engström, B. Söderberg, I. (1987). Tandsköterske- och tandhygienistyrkenas framväxt, etablering och förändring under 1900-talet – en deskriptiv studie. Stockholm: Utbildningsnämnden Stockholms Läns Landsting. ss. 129-51.

Ejlertsson Göran (2005). Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur. ss. 39-44.

Göteborgs universitet (2006). Utbildningsplan för Tandhygienistprogrammet 180 högskolepoäng, Programme in Dental Hygiene education. Sahlgrenska akademien. Göteborg.

Hälsohögskolan Jönköping (2008). Tandhygienistprogrammet, Study programme in Dental Hygiene. Avdelningen för naturvetenskap och biomedicin. Jönköping.

Högskolan Dalarna (2007). Utbildningsplan, Tandhygienistprogrammet, 120 högskolepoäng. Akademin Hälsa och samhälle. Falun.

Högskolan Kristianstad (2007). Utbildningsplan, Tandhygienistprogrammet, 180 högskolepoäng. Sektionen för Hälsa och Samhälle. Kristianstad.

Jönsson, B. (2010). Behavioural Medicine Perspectives for Change and Prediction of Oral Hygiene Behaviour – Development and Evaluation of an Individually Tailored Oral Health Educational Program. Thesis Uppsala, Faculty of Medicine. Uppsala universitet.

Karlstad universitet (2009). Tandhygienistprogrammet 180 hp Programme in Dental Hygiene. Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Karlstad.

Karolinska institutet (2009). Tandhygienistprogrammet Study Programme in Dental Hygiene. Institutionen för odontologi. Stockholm.

Klefbom, C. Wenestam, C-G. Wikström, M. (2005). Vad får tandhygienisten göra?

Ny studie visar tandläkarnas syn på tandhygienisternas behörighetsområden och yrkesutövande. Tandläkartidningen, vol. 97: 10, ss. 66-73.

Malmö Högskola (2008). Påbyggnadsprogram för tandhygienister i oral hälsa, 60 högskolepoäng, Extended programme for Dental Hygienists in Oral health. Odontologiska fakulteten. Malmö.

Mårtensson, C. Söderfeld, B. Halling, A. Renvert, S. (2004). Knowledge on periodontal disease before and after a mass media campaign. Swedish Dental Journal vol. 28:4, ss. 165-71.

Nunn, M (2003). Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. Periodontology 2000, vol. 32, ss. 11-23.

Rosenlind, M. (2001). Vuxnas tänkande om och förhållningssätt till munhälsa. Diss. Lunds universitet. Lund: Pedagogiska institutet.

Socialdepartementet (2002) Tandvården till 2010. (SOU 2002:53)

Socialstyrelsen (2007) Erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården. (SOSFS 2007:23)

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist. (SOSFS 2005:105:3)

Socialstyrelsen (2007) Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet. (SOSFS 2007:107:1)

Socialstyrelsen (2009). Vad innebär legitimation? (Elektronisk) Tillgänglig: <
<http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/vadinnebarlegitimation> > (2010-01-20)

Umeå universitet (2009). Tandhygienistprogrammet, 120/180 hp. Institutionen för odontolog. Umeå.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. ss.7-14.

Öhrn, K. Hakeberg, M. Abrahamsson, KH. (2008). Dental beliefs, patients' specific

attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *International Journal of Dental Hygiene*, vol.6, ss. 205-13.

VÄNTRUMSENKÄT

Ålder

16-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70+ Man Kvinna

Gör tandhygienisten följande/får tandhygienisten göra följande arbetsuppgifter?

Besvara frågorna med ett X.

	Ja	Nej	I samarbete med tandläkare
1. Ha en egen mottagning eller klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ta röntgenbilder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ställa diagnos på karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ställa diagnos på tandlossningssjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jobba förebyggande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lägga bedövning i form av spruta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rotfylla tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fissurförsegla (Plasta tänder på barn i förebyggande syfte?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bleka tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sätta fast tandsmycke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ta avtryck, till exempelvis bettskena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Borra i tänder för att laga hål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Besluta om en patient behöver tandställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Göra tillfällig lagning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dra ut tänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Utföra en undersökning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ta bort tandsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Behandla tandlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Informera om munhälsa i skola och barnomsorg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Arbeta självständigt utan ledning av tandläkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Göra löständer, som t ex protes eller bro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Inneha röntgenutrustning på egen klinik eller mottagning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÖLJEBREV

Till Dig som är patient på en folktandvårdsklinik inom Landstinget Blekinge

Tandhygienistyrket är ett relativt nytt yrke, i Sverige har det funnits i ca 40 år och under denna tid har yrket genomgått stora förändringar. Tandhygienister behandlade från början enbart patienter som skickats dit av tandläkare. Dessa faktorer kan ha bidragit till att patienter som besöker tandvården inte alltid känner till vad en tandhygienist gör.

Syftet med denna studie är att kartlägga vad patienter som besöker folktandvården vet om tandhygienistens yrkesuppgifter. Studien kommer äga rum inom Landstinget Blekinge.

Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan vidare förklaring. Vid eventuella frågor eller synpunkter på studien skriv då gärna till oss på: malinochlina@gmail.com

Din medverkan i denna studie är konfidentiell då enkäten ni besvarar personligen läggs av dig i en låda med lock. De insamlade enkäterna kommer att förvaras inlåsta under arbetets gång och de kommer inte användas i andra studier.

Tack för Din medverkan!

Kristianstad, Januari 2010

Malin Persson

Lina Bölja

Tandhygieniststuderande

Tandhygieniststuderande