



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Patienters upplevelser av tandhygienisters bemötande inom tandvården

HUVUDOMRÅDE: *Oral hälsövetenskap*
FÖRFATTARE: *Cao, Van & Wirefeldt, Amanda*
TERMIN: *6*
JÖNKÖPING Maj 2017

Sammanfattning

Bakgrund Ett sätt att mäta patienternas upplevelser av bemötande är att mäta tillfredsställelsen. Under bemötande ingår humanistiskt arbetssätt och ett professionellt förhållningssätt. Enligt kompetensbeskrivningen bör en tandhygienist bemöta och behandla alla människor likvärdigt med respekt oavsett individuella förutsättningar. Genom gott omhändertagande kan tillfredsställelsen bland patienterna höjas. **Syftet** var att undersöka patienternas grad av tillfredsställelse av bemötandet från tandhygienister inom Folktandvården (allmäntandvården), samt hur patienterna upplever tandhygienisternas professionella förhållningssätt. **Metod** Studien var en kvantitativ tvärsnittsstudie. Urvalet bestod av personer som var 18 år eller äldre. Fem folktandvårdskliniker valdes strategiskt ut genom klusterurval. Deskriptiv statistik gjordes av bakgrundsvariabler och redovisades i tabeller. Jämförelser av variabler ålder, upplevd munhälsa samt väntetid utfördes med chi-två-tester. **Resultat** Majoriteten av deltagarna var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande. Samtliga deltagare uppgav att de blivit bemötta på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt. Statistiskt signifikant skillnad avseende bemötande i relation till väntetid kunde påvisas. Gruppen där besöket började i tid var mer tillfredsställda än dem som fick vänta. Genom självbedömningen av Humanismskalan påvisades att tandhygienisterna bemötte dem utifrån ett humanistiskt förhållningssätt. **Slutsats** Studien visade att majoriteten av deltagarna visade tillfredsställelse med tandhygienisternas bemötande och professionella förhållningssätt samt att väntetid påverkade graden av tillfredsställelse.

Nyckelord: Humanism, oral hälsa, patientnöjdhet, yrkesetik

Patients' experiences regarding treatment from dental hygienists within the Public Dental Service

Summary

Background A way to measure the patients' experiences regarding treatment is to measure the satisfaction. Treatment includes humanistic view and professional approach. According to the competence description, dental hygienists should treat all people equally with respect. Patient satisfaction can be increased through good care. **Aim** To investigate patients' degree of satisfaction from dental hygienists' in the Public Dental Service, and how patients experienced their professional approach. **Method** The study was a quantitative cross-sectional study. The sample consisted of people ≥ 18 years old. Five dental clinics were chosen strategically by cluster selection. Descriptive statistics was conducted to map background variables. Age, self-perceived oral health and waiting time were compared with chi-square tests. **Results** Most of the participants were satisfied with the dental hygienists' treatment. All participants stated that they were treated in a respectful and considerate manner. Statistically significant difference regarding waiting time was detected. The group where the visit started on time was more satisfied than those who had to wait. Through self-assessment of Humanism Scale showed that dental hygienists' treatment was based on humanistic approach. **Conclusion** Most of the participants showed satisfaction with the dental hygienists' treatment and professional approach. Waiting time affected the degree of satisfaction.

Keywords: Humanism, oral health, occupational ethics, patient satisfaction

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Patienters syn på god vård	1
God tandvård	1
Humanistisk människosyn och bemötande i tandvården	3
Tillfredsställelse inom tandvård och hälso-och sjukvård.....	4
Yrkesetik och kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist	5
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Frågeställningar	6
Material och metod	7
Design	7
Population	7
Urval.....	7
Datainsamling	7
Enkät.....	7
Pilotstudie	8
Tillvägagångssätt.....	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	10
Resultat	11
Helhetsbedömning av bemötande från tandhygienister.....	12
Tandhygienisternas humanistiska förhållningssätt	16
Diskussion	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	19
Helhetsbedömning av bemötande från tandhygienister	19
Tandhygienistens humanistiska förhållningssätt.....	21
Nytta med studien, forskning och framtida förbättringar.....	22
Slutsats	23
Referenser	24
Bilaga 1 Enkät	
Bilaga 2 Webbenkät	
Bilaga 3 Informationsbrev till tandvårdsdirektören	
Bilaga 4 Informationsbrev	

Inledning

Oral hälsa är ett brett begrepp som bland annat bygger på funktionalitet och avsaknad av sjukdom i det kronofaciala komplexet (World Dental Federation [FDI], 2017). Orala sjukdomar har en betydande effekt på välbefinnandet och på livskvalitet hos människor (Locker, Matear, Stephens & Jokovic, 2002). För att förebygga vissa sjukdomar i munhålan krävs ofta, förutom egenvård, även professionell vård och vägledning (Socialstyrelsen, 2011). Tandvård på lika villkor och god tandhälsa för hela befolkningen är målet för tandvården. God tandvård innebär bland annat att patientens behov av trygghet i vård och behandling ska tillgodoses, patientens självbestämmande och integritet ska respekteras samt att goda relationer mellan vårdgivare och patient ska främjas (Tandvårdslag, 1985:125). För att främja relationerna mellan patient och behandlare är det viktigt att vårdgivaren har ett bra bemötande vid all patientkontakt (Sveriges Tandhygienistförening [STHF], 2014). Ett gott bemötande utgår utifrån en humanistisk värdegrund och det har även visat sig öka patienttillfredsställelsen (Gilmartin, 2001). Tandhygienistens yrkesroll är att främja oral hälsa, förebygga och behandla orala sjukdomar. En av arbetsuppgifterna är att tidigt upplysa patienten om sitt munhälsostatus i syfte att ge goda förutsättningar till god oral hälsa. En stor del i yrkesutövningen i mötet med patienterna, är bemötandet (STHF, 2005). Det som fängade intresset för området var författarnas vilja att undersöka graden av tillfredsställelse, för att få en bild över hur patientbemötandet ser ut hos tandhygienisterna, utifrån ett patientperspektiv. Vid upptäckt av mindre tillfredsställda patienter kan förbättringar vidtas för att skapa positiva upplevelser hos dem. Ökade positiva upplevelser skulle kunna leda till ökad följsamhet vid behandling och därav kunna uppnå förbättrad oral hälsa.

Bakgrund

Patienters syn på god vård

För att patienten ska uppleva god vård är det viktigt att behandlaren är professionell, empatisk, stöttande, visar respekt samt har en god inställning. Patienten vill även känna förtroende för sin vårdgivare och uppskattar att få komma tillbaka till samma behandlare (Mills, Frost, Kay & Moles, 2015; Attree, 2001; Sbaraini, Carter, Evans, & Blinkhorn, 2012). Andra faktorer som patienten anser vara viktiga för god vård är att vara i centrum, bli sedd och vara delaktig i vården. Patienten uppskattar personal som får hen att känna sig som en egen, unik individ och behandlas som människa, där intresse och engagemang visas till patienten. En behandlare som har vårdande, lugn attityd, kontrollerar patientens välmående och avsätter tid för att lyssna, betraktas också ha ett högt värde för bra patientomhändertagande (Attree, 2001).

God tandvård

Inom tandvården och hälso- och sjukvården har det gjorts studier kring god vård och patienttillfredsställelse (Sbaraini et al., 2012; Sitzia & Wood, 1997; Ståhlacke, Söderfeldt, Unell, Halling & Axtelius, 2007). Eftersom professioner inom tandvården och hälso- och sjukvården arbetar med patienter (Socialstyrelsen, 2004) så har tidigare forskning studerats inom båda dessa områden för att få ut en bredare kunskapsbas.

Tandvården och hälso-och sjukvården skiljer sig åt i flera aspekter. Tandvården finns i både offentlig och privat sektor, där den offentliga främst styrs av landstinget via Folk tandvården. Inom privata sektorn så är det oftast mindre tandvårdspraktiker, men det finns också större företag. Barn- och ungdomst andvården bekostas av landstingen, som är finansierat genom skattemedel (Finansdepartementet, u.å., Socialstyrelsen, 2010 & SFS 1985:125), däremot får vuxna betala en stor del av kostnaderna själva.

Landstingen och regionerna i Sverige är stora organisationer, som har totalt 21 regioner och i dessa finns det flera olika folktandvårdskliniker. Av den vuxna befolkningen går ungefär 40 % till Folk tandvården för sin tandvård. Folk tandvården är indelad i allmän-, specialist- och sjukhust andvård, där specialistklinikerna behandlar mer komplicerade orala hälsoproblem som bland annat oral kirurgi och ortodonti med mera (Folk tandvården Sverige, 2015). Enligt tandvårdslagen är det enbart de med akuta problem som får förtur (Socialstyrelsen, 2010 & SFS 1985:125) till skillnad från tandvården så prioriteras den som är i störst behov av vård inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2010).

Hälso- och sjukvården bedrivs också av landstingen och regionerna, dessa finansieras via skatteintäkter (Finansdepartementet, u.å.). Det finns avgiftsregler och vid enstaka besök blir patientkostnaderna låga, eftersom den största kostnaden finansieras av landstingen (Socialstyrelsen, 2010).

Skillnaderna mellan tandvården och hälso-och sjukvården kan påverka förväntningar, upplevelser och tillfredsställelsen av vården. I dokumentet *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård* (Socialstyrelsen, 2010) nämns det att både tandvårdslagen och hälso-och sjukvårdslagen har paragrafer vad god vård innebär, men att det saknas en tydlig beskrivning. I dokumentet beskrivs sex områden som anses vara viktiga för god vård. Dessa områden är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Ovanstående områden är baserade på hälso-och sjukvården och lades som en grund för tandvårdens 19 kvalitetsindikatorer som bland annat är *"Patienten blir respektfullt bemött som individ"*, *"patienten får tillräcklig information för att själv kunna förebygga tandsjukdomar"*, *"patienten får tillräcklig information om behandlingsalternativ och kostnad"*. Dessa 19 övergripande nationella indikatorer för god tandvård används för att säkerställa att tandvården lever upp till förväntningar på god tandvård. Mer förtydligande innebär det att god tandvård ska grundas på kunskap och evidens, säkerhet, effektivitet och vara avsedd för sitt ändamål. Vidare ska den givna tandvården vara patientfokuserad och jämlik, samt ges inom en rimlig tidsram (Socialstyrelsen, 2010).

Humanistisk människosyn och bemötande i tandvården

Bemötande står för hur en individ uppträder mot en annan individ (Nationalencyklopedin [NE], 2017). Ett bra bemötande innebär att behandlaren har förmåga att visa omtanke, lyhördhet och respekt i kommunikation med patienter och deras anhöriga (Socialstyrelsen, 2015). Under bemötande ingår humanistiskt arbetssätt samt professionell yrkesutövning vid all form av patientkontakt (STHF, 2014; Socialstyrelsen, 2005).

Hur relationen och samtalet mellan patient och behandlare skapas beror bland annat på vilken människosyn och attityd behandlaren har (Fossum, 2013). Humanistisk människosyn grundar sig i människors lika värde, rättvisa, omsorg, hövlighet och generositet samt respekt för varje individs integritet. Dessa kvaliteter är nödvändiga för att arbeta inom hälso- och sjukvården och eftersträvande inom tandvården (Gilmartin, 2001; Hauck, Zyzanski, Alemagno & Medalie, 1990; STHF, 2014). Det är viktigt att alla inom hälso- och sjukvården och tandvården bygger upp en god och trygg relation med patienten där medkänsla och empati uppvisas (Hauck et al., 1990 & STHF, 2014). Det ska även vara en bekväm och trygg miljö för patienten. Behandlaren ska ha förmåga att analysera ett individuellt problem, ställa frågor samt diskutera problem på ett sådant sätt som ska underlätta för patienten att berätta sina inre tankar och känslor. Det förutsätter att behandlaren accepterar varje enskild patient och möter dessa utifrån en humanistisk värdegrund (Scanlon, 2006).

I en litteraturstudie beskrevs stress och upplevd arbetstillfredsställelse hos vårdgivaren som potentiella faktorer till bristande humanistiskt arbetssätt inom hälso- och sjukvården, vilket kunde påverka relationen mellan patient och behandlare. Andra faktorer var hur mycket tid vårdgivaren hade till sina patienter och hur regelbunden vård som kunde ges till patienterna. God omvårdnad betraktades ha högst prioritering inom hälso- och sjukvård och bör finnas i alla situationer där vård erbjuds (Gilmartin, 2001).

Den humanistiska modellen som användes i en studie av Mazzelli, Polirstok, Dana, Buono, Mongelli, Trubia och Ayala (2000) är baserad på Hall's (1992) filosofi om humanism med inslag av läran av människans beteende, tankar, känslor och samspel med andra människor. Syftet med modellen är att förbättra utvecklingen av ett normaliserat beteende hos individer med svåra eller djupa, psykiska besvär. Vidare betonar den vikten av att skapa ett band eller vänskap mellan vårdgivaren och patienten. Modellen utgick från ett humanistiskt arbetssätt, där vårdpersonal fick förhålla sig till specifika regler i kommunikation och kontakt med patienterna. Resultatet visade en förbättring av funktionella färdigheter i form av samarbetsförmåga, finmotorik, språkmottaglighet samt ett minskat maladaptivt beteende. Genom att skapa en trygg miljö med tillit och affektion möjliggör det att patienterna kan uppnå en positiv beteendeförändring, vilket har visat sig ge gott resultat (Mazzelli et al., 2000).

Ett samband finns mellan antal tillfredsställda patienter i förhållande till hur humanistisk behandlaren är. Bra omhändertagande och bemötande av personal med humanistisk syn ökar sannolikheten hos patienter att uppnå en beteendeförändring (Hauck et al., 1990 & Gilmartin, 2001). Genom beteendeförändring kan sjukdom i munhålan minskas och bättre oral hälsa uppnås (Jönsson, Lindberg, Oscarson & Öhrn, 2006). Vidare bygger en beteendeförändrande åtgärd på att skapa goda

och förebygga osunda munhälsobeteenden, där det krävs att patienten är delaktig i sin munhälsa. För friska patienter med eller utan riskfaktorer gäller det att personal inom tandvården vidtar en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling i anslutning till undersökningen. Detta kan skapa ökad delaktighet och få patienten uppmuntrad till att fortsätta eftersträva goda munhälsovanor, eller att kunna förändra ett dåligt munhälsobeteende. En annan positiv aspekt med en hälsofrämjande åtgärd, är att patienten inte kommer att ha ett lika stort behov av tandvård i framtiden och även kunna bibehålla en god oral hälsa (Socialstyrelsen, 2011).

Tillfredsställelse inom tandvård och hälso-och sjukvård

Ett sätt att mäta patienternas upplevelser av bemötandet är att mäta tillfredsställelsen (Skaret, Berg, Raadal & Kvale, 2005). Gällande patienttillfredsställelsen har det visats att flera, olika faktorer kan påverka utfallet av upplevd patienttillfredsställelse med hälso- och sjukvården (Sitzia & Wood, 1997).

En av dessa faktorer är förväntningar som patienter har avseende den mottagna hälso- och sjukvården. Det har visats att ju bättre allmänläkare lever upp till patienternas förväntningar, desto mer tillfredsställda blir de. Patienter med lägre förväntningar på den mottagna hälso- och sjukvården har en tendens att bli mer tillfredsställda med läkartjänsterna än de som har högre förväntningar (Sitzia & Wood, 1997). Hur tillfredsställda patienterna var med tandvården, redovisades i en studie av Skaret et al. (2005), där 14,6% av målgruppen var väldigt tillfredsställda med tandvården. De positiva aspekterna berodde bland annat på att patienterna hade positiva föreställningar om tandläkaren (Skaret et al., 2005).

Vad som mer kan påverka är vilken ålder patienten har. Äldre patienter har en tendens att bli mer tillfredsställda med hälso- och sjukvården än unga, vilket kan bero på att äldre har lägre förväntningar och inte är lika beredda på att kritisera (Sitzia & Wood, 1997).

Kön är en potentiellt bidragande faktor till upplevd patienttillfredsställelse och studier har visat olika resultat inom området (Sitzia & Wood, 1997; Ståhlacke et al., 2007 & Skaret et al., 2005). Det har bland annat visats att män är mer tillfredsställda med hälso- och sjukvården än kvinnor. Vidare har det trots detta, påvisats finnas en lägre upplevd tillfredsställdhet hos män när de går till en yngre kvinnlig behandlare inom hälso- och sjukvården (Sitzia & Wood, 1997). Inom tandvården skiljer sig resultaten också åt avseende patienttillfredsställelse. I en studie av Ståhlacke et al. (2007), visade resultatet att det inte fanns könsskillnader avseende upplevd tillfredsställdhet med den mottagna tandvården. Däremot fanns det könsskillnader i studien från Skaret et al. (2005), där män generellt var mer tillfredsställda med tandvården än kvinnor. Kvinnor ansåg att bland annat att tandvårdskostnaderna var för höga, att tandläkaren inte alltid bemötte dem med respekt och upplevde att tandläkaren lade till extra onödiga patientkostnader. Till skillnad från män upplevde kvinnor även i högre grad, att tandläkarna inte var så noggranna som de borde vara samt var mer bekymrade över att känna smärta vid tandvårdsbesök. Kvinnorna i studien var mindre tillfredsställda än män med att inte få träffa samma behandlare vid varje besök (Skaret et al., 2005).

Flera studier som presenterades genom Sitzia & Wood:s studie (1997) har även visat att utbildningsnivå kan ha en påverkan i hur tillfredsställda patienter blir med hälso-och sjukvården. Lägre utbildningsnivå kopplades med högre tillfredsställelse hos patienterna. Gällande social status

och patienttillfredsställelse så visades det att patienterna som hade "högre social status" upplevde en högre tillfredsställelse med sjukvården än de med "lägre social status". Däremot visade det i tandvården i Sverige att det knappt fanns en märkbar korrelation mellan socioekonomiska faktorer som utbildning eller yrke i relation till tillfredsställelse med tandvården (Ståhlacke et al., 2007).

Munhälsostatus kan ha en påverkan i utfallet av upplevd tillfredsställelse. Patienter med mindre bra självupplevd oral hälsa uttryckte ett starkt missnöje med tandvården, och även de med stora problem och besvär med munnen/tänderna eller hade erfarenheter av tandvärk uttryckte mer missnöje (Ståhlacke et al., 2007). Bristande allmän hälsa var också en faktor som relaterats till minskad patienttillfredsställelse (Skaret et al., 2005).

Faktorer som ökade missnöjet hos patienterna vid 23-årsåldern var tidigare smärtupplevelser i munnen under tonåren. Vidare när det gäller tidigare negativa upplevelser, visades det i samma studie (Skaret et al., 2005) att det fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan tidigare smärtupplevelser och rapporterad smärta under det senaste tandvårdsbesöket i förhållande till upplevd tillfredsställelse. Hälften av de patienter som upplevde smärta vid senaste tandvårdsbehandlingen uttryckte missnöje med tandvården. Det visades även att en dålig relation mellan patient och behandlare är associerat med missnöje (Skaret et al., 2005). Andra faktorer som ökade missnöjet hos patienterna var erfarenheter av höga tandvårdskostnader (Ståhlacke et al., 2007).

Det fanns dessutom ett starkt samband mellan missnöje och regelbundna tandvårdsbesök. Patienter som inte besökte tandvården regelbundet uttryckte ett större missnöje jämfört med dem som gick regelbundet. En ytterligare faktor som kunde påverka hur tillfredsställda patienter är med tandvården, var väntetiden innan behandling. Fick patienterna vänta en lång tid, minskade tillfredsställelsen med tandvården (Ståhlacke et al., 2007).

Yrkesetik och kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist

Syftet med kompetensbeskrivningen för legitimerade tandhygienister är att tydliggöra tandhygienisternas kompetens för att medverka till god och säker tandvård för patienterna samt främja oral hälsa. I dokumentet beskrivs att varje tandhygienist bör ha god humanistisk människosyn, att alla människor behandlas likvärdigt och att egenskaper i form av respekt, empati, förståelse skall ges till alla patienter oavsett individuella förutsättningar som etnicitet, religiös tillhörighet, politiska åsikt, kön eller sexuell läggning (Socialstyrelsen, 2005). Tandhygienisten bör även ha de olika etiska principerna: autonomiprincipen (rätten till självbestämmande), godhetsprincipen (göra gott, förebygga och minska lidande), icke-skada-principen (inte skada eller utsätta någon för onödiga risker) samt rättvisepincipen (allas lika rättigheter till vård) i åtanke i sin yrkesutövning (STHF, 2014).

Vidare bör tandhygienisten iakttä tystnadsplikt samt sekretess för patienten. Den yrkesutövande har även ett ansvar att se till att patienten har tolkat budskapet på rätt sätt för att undvika missförstånd vid val och samtycke av behandlingsalternativ. Tandhygienisten bör dessutom se till att patienten är delaktig i de mål som sätts upp för sin behandling och få tid till eftertanke (STHF, 2014).

En legitimerad tandhygienist måste förhålla sig till många lagar och föreskrifter liksom patientjournallagen (SFS 1985:562) och tandvårdslagen (SFS 1985:125). En tandhygienist bör ha förmåga i att kunna arbeta självständigt och ha kännedom om olika kulturer (Socialstyrelsen, 2005). Arbetet grundas i beprövad erfarenhet, evidens och den yrkesutövande har skyldighet att ständigt ta del av ny information och kunskap (Socialstyrelsen, 2005).

Problemformulering

Tidigare forskning har visat att goda relationer, bemötande och humanistisk människosyn är viktiga faktorer för att patienter ska uppleva god vård. Ett etiskt förhållningssätt i form av respekt, empati och förtroende beskrivs vara eftersträvan för den legitimerade tandhygienisten enligt STHF:s etiska råd. Det saknas vetenskapligt underlag för kunskap om patientens upplevelse av tandvården hos yrkesgruppen tandhygienister. Denna kandidatuppsats syftar till att skapa en bild över hur patienterna upplever bemötandet i samband med besök hos tandhygienist. Utifrån studiens resultat kan eventuellt bristande bemötande upptäckas och utgöra en grund till framtida förbättringar. Vid förbättrade insatser kan det potentiellt leda till att fler patienter återkommer till regelbundna undersökningar och kontroller för stöd samt få större möjlighet att uppnå god oral hälsa.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka patienternas grad av tillfredsställelse med bemötande från tandhygienister inom Folktandvården (allmäntandvården) samt hur patienterna upplever deras professionella förhållningssätt.

Frågeställningar

Finns skillnader i upplevd tillfredsställelse av bemötande mellan grupper indelade efter ålder, upplevd munhälsa och hur länge patienten fått vänta i väntrummet?

Material och metod

Design

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie (Billhult & Gunnarsson, 2012b) med en självrapporterad enkät som datainsamlingsmetod.

Population

Region Jönköpings län har 26 Folktandvårdskliniker på totalt 21 orter inom allmäntandvården. År 2015 besökte 89 146 vuxna patienter allmäntandvården (Region Jönköpings län, 2015).

Urval

Fem olika, medelstora Folktandvårdskliniker inom allmäntandvården i Region Jönköpings län valdes strategiskt ut genom ett klusterurval. Kriterier för klinikerna var att ha minst två verksamma tandhygienister och att klinikerna skulle vara belägna inom 20 km radie från Jönköping University.

För att besvara syftet gjordes ett strategiskt urval där deltagare konsekutivt tillfrågades om medverkan under ett visst tidsintervall (Polit & Beck, 2010). Inklusionskriterier för patienterna var att det skulle vara 18 år eller äldre och för dagen besökt en tandhygienist för undersökning, kontroll eller behandling inom tandhygienistens kompetensområde. Patienterna skulle ha förmåga i att läsa och förstå svensk text då enkäten var på svenska. Potentiellt fanns det under studietiden möjlighet att få in 10–12 stycken deltagare per tandhygienist som arbetade på kliniken baserat på antalet patienter inbokade i tidböckerna.

Datainsamling

Enkät

Datainsamling skedde med hjälp av enkäter i pappers- och webbformat (Bilaga 1 och 2). Enkäten bestod av två delar och hade sammantaget 13 frågor. Del 1 behandlade patientens bakgrundsvariabler (fem frågor) som kön, ålder, utbildningsnivå, upplevd munhälsa samt hur länge patienten gått till samma tandhygienist (patienttid). Frågan om ålder var en öppen fråga och resterande var i stängd form med kryssalternativ där deltagarna enbart fick kryssa i ett svarsalternativ.

Del 2 bestod av åtta frågor med fasta svarsalternativ. Den behandlade frågor som utgick från det senaste besöket hos tandhygienisten. Frågorna berörde bland annat hur länge patienten fått vänta utöver inbokad tid (väntetid), information som berörde bemötande från tandhygienist och helhetsbedömning av den utförda tandvården vid det senaste besöket. De olika svarsalternativen var *Ja, helt och hållet, Delvis, Nej och Ej aktuellt samt Utmärkt, Mycket bra, Bra, Någorlunda och Dålig* i olika frågor (Bilaga 1). Enkätfrågorna var framtagna av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator, 2012) som har testat den ursprungliga versionen genom fokusgrupper och pilottester.

I del 2 ingick även den förkortade versionen av Humanismskalan (Bilaga 1) som undersökte hur patienten upplevde tandhygienistens förhållningssätt genom påståenden med fasta svarsalternativ. Svarsalternativen till dessa frågor var *Instämmer inte alls, Instämmer delvis inte, Osäker, Instämmer*

delvis och *Instämmer helt*. Humanismskalan och den förkortade versionen är framtagen genom en studie av Hauck et al. (1990) och översatt och anpassad till tandvården av Johansson et al. (2010).

Enkätfrågorna samt den förkortade versionen av Humanismskalan modifierades för att överensstämma med studiens syfte, begreppet "tandläkare" och "personal" ändrades till "tandhygienist". För att testa validiteten och reliabiliteten av enkäten för denna population genomfördes en pilotstudie på fyra personer på en tandvårdsklinik inom den privata sektorn.

Utöver enkäten i pappersformat fanns även en webbenkät tillgänglig. Enkäten skapades genom programmet Google Forms och hade samma enkätfrågor som användes i den aktuella studien. En skillnad var att det lades till en extra fråga om vilken klinik patienten senast gick till (bilaga 2).

Pilotstudie

Pilotstudien utfördes på Smile Tandvård, A6. Smile Tandvård valdes till pilotstudien då konceptet är liknande Folktandvården och liksom Folktandvården är en stor tandvårdsorganisation (Smile Tandvård, 2015). Urvalet av patienter skedde enligt inklusionskriterierna i den aktuella studien. Fyra personer genomförde pilottestet. Tillvägagångssättet var snarlik den aktuella studien. Skillnaden var insamlingen av data, då författarna i pilotstudien aktivt frågade patienterna angående enkätens utformning gentemot den aktuella studien där patienterna lämnade in enkäterna i en låda. Syftet med pilotstudien var att ta reda på om enkätfrågorna var tillräckligt enkla att förstå, om den upplevdes vara lätt- eller svårbesvarad samt hur lång tid enkäten tog att besvara. Den undersöktes även för att se om enkäten behövdes justeras med antalet frågor. Genomsnittstid för att besvara enkäten låg på ca tre minuter. Inga modifieringar behövdes göras efter pilotstudien.

Tillvägagångssätt

Tandvårdsdirektören i Region Jönköpings län kontaktades av ansvarig lärare på Hälsohögskolan i Jönköping om tillstånd för genomförande av examensarbetet. Ett mail skickades med bifogat kortfattat informationsbrev (Bilaga 3) angående studiens syfte. Författarna fick tillåtelse att utföra enkätstudien om författarna inte agerade påtvingande mot patienter och att tandvårdspersonalen inte skulle betungas av att hjälpa till vid datainsamlingen. Efter klartecken kontaktades utvalda Folktandvårdskliniker via telefon för godkännande av genomförande på respektive klinik, där klinikcheferna fick godkänna förfrågan. Klinikerna benämndes 1, 2, 3, 4 samt 5. Författarna åkte ut till klinikerna vid insamling av data, som skedde på plats i totalt sex dagar, varav två halvdagar på klinik 2.

Alla som tillfrågades fick en muntlig presentation om vilka författarna var samt att insamlingen av enkäter skedde till en kandidatuppsats. Ett skriftligt informationsbrev gavs även till deltagarna (Bilaga 4). Information om enkäterna gavs antingen före eller efter patienternas besök hos tandhygienisten. Enkäterna utdelades personligen till de patienter som visade intresse i att delta efter deras besök.

Första dagen på klinik 1 fick deltagarna information innan besöket. Alla patienter tillfrågades personligen i väntrummet om de skulle besöka en tandhygienist och om de ville delta i enkätundersökningen efter sitt besök. Andra dagen för datainsamling på klinik 2 gjordes delar av

datainsamlingsmetoden om, då bättre möjligheter till insamling framkom. Författarna kunde istället sitta i närheten av tandhygienisternas behandlingsrum och tillfråga patienterna efter sitt besök. Samma metod genomfördes även på klinik 3 och 5. Datainsamling på klinik 4 skedde på samma sätt som klinik 1, då den tillämpade metoden på tidigare kliniker inte kunde genomföras av praktiska skäl. Alla patienter fick besvara enkäten ute i väntrummet i lugn och ro. Efter ifylld enkät fick deltagarna lägga enkäten i en låda vid receptionen.

Några deltagare som inte hade tid eller möjlighet att svara på enkäten på plats, gavs möjligheten att besvara enkäten på internet via en papperslapp med den länkade webbadressen (Bilaga 2). Vid datainsamling noterades hur många som tillfrågats, för att senare kunna redovisa eventuellt externt bortfall.

Dataanalys

Insamlat datamaterial fördes in i dataprogrammet International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Sciences [IBM SPSS] Statistics version 21.0 för att kunna bearbeta och utföra statistiska analyser. Varje fråga omvandlades till enskilda variabler och svarsalternativen kodades till siffror (*Ja, helt och hållet, Delvis, Nej och Ej aktuellt*) samt (*Utmärkt, Mycket bra, Bra, Någorlunda och Dåligt*). Data från humanismskalan kodades på samma sätt som övriga slutna frågor med fem svarsalternativ. För ålder gjordes två variabler, en med ålder och den andra sifferkodades till större åldersgrupper (*18-30, 31-45, 46-60, 61-75 och 76-*).

Insamlat material bearbetades i samma dataprogram och det tillämpades deskriptiv statistik och chi-tvåtest för gruppjämförelser. Statistisk signifikansnivå sattes till 0,05 ($\alpha = 0,05$). Kvalitativa variabler var kön, utbildningsnivå, patientens upplevda munhälsostatus, hur länge patienten har varit patient hos samma tandhygienist (patienttid) och hur länge patienten har fått vänta utöver inbokad tid (väntetid) och kvantitativ variabel var ålder (Ejlertsson, 2012). Sammanställning av bakgrundsvariablerna redovisades genom en frekvenstabell i antal (n), procentandel (%), medelvärde (\bar{x}), median (md), standardavvikelse (sd) samt Range. Enkäter som var ofullständiga genom enstaka obesvarade frågor exkluderades inte från resultatet utan behandlades som en del av resultatet, där obesvarade frågor redovisades som ofullständigt ifylld (internt bortfall) i respektive figur och tabell.

Då förtroende och respekt har visat sig vara centrala begrepp för patienttillfredsställelse (Mills, Frost, Kay & Moles, 2015; Attree, 2001; Sbaraini et al., 2012), har därför tre centrala frågor valts ut för jämförelseanalyser. Detta eftersom de ger en övergripande bild över upplevd patienttillfredsställelse i relation till tandhygienisternas bemötande. De tre centrala utvalda frågorna var: *Kände du förtroende för tandhygienisten som du träffade?, Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?, Känner du att du har blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt av tandhygienisten?* Jämförelser avseende utvalda centrala begrepp gjordes genom korstabeller i IBM SPSS i form av chi-två-tester med Fishers exakta test. Alla deltagares sammanställda svar i alla frågor avseende tandhygienistens bemötande och helhetsbedömningen redovisades i cirkeldiagram och stapeldiagram. Samtliga resultat från datamaterialet i IBM SPSS redovisades genom tabeller och figurer med hjälp av dataprogrammet Excel 2016. Resultat som inte presenteras i tabeller och figurer redovisades i text.

Etiska överväganden

Etiska överväganden gjordes innan studien påbörjades samt under tiden studien genomfördes för att minska risken att författarna skulle agera emot etiska principer. Urvalet av målgruppen var enligt rättvisepincipen eftersom inget uteslutande gjordes gällande könsidentitet, inkomst, utbildningsnivå eller etnicitet. Deltagarna informerades om examensarbetets syfte genom ett informationsbrev (Bilaga 4), vilket grundades i informationskravet. Information gavs till deltagarna att medverkan i studien var helt frivilligt enligt autonomiprincipen och kunde avbrytas när som helst utan anledning. I enlighet med informerat samtycke tog författarna hänsyn till deltagarnas frivillighet och agerade inte tvingande. Information gavs även angående konfidentialitetskravet genom att personen inte skulle kunna identifieras i studien och att obehöriga inte skulle ha tillgång till materialet. Nyttjandekravet beaktades, då uppgifter från deltagare enbart används i examensarbetet, vilket deltagarna fick reda på genom informationsbrevet. Vidare togs hänsyn till godhetsprincipen genom att författarna gav alla deltagare inom inklusionskriterier möjlighet att besvara enkäten och därmed få självbedöma i grad av tillfredsställelse avseende bemötande från tandhygienister. Fortsättningsvis kunde resultatet ge en bild över patienttillfredsställelsen och genom det vid behov vidta lämpliga förbättringar för att öka den. I undersökning där människor är involverade ska även icke-skada-principen följas, där inte någon skulle skadas eller kunna utsättas för onödiga risker. Detta följde författarna genom att påvisa i informationsbladet om att deltagandet inte kommer att påverka deras framtida tandvårdsbesök (Kjellström, 2012). Hälsohögskolans etiska egengranskning gjordes tillsammans med handledare innan studien påbörjades.

Resultat

Totalt antal tillfrågade var 91 patienter från fem utvalda Folkvårdskliniker, antal inlämnade enkäter uppkom till 65 stycken, vilket gav en svarsfrekvens på 71,4% (tabell 1). Störst antal besvarade enkäter samlades in från klinik 1 och 2, samt minst antal från klinik 5 med 8 besvarade enkäter. Av de samtliga inkomna enkäterna räknades 15 som ofullständiga på grund av enstaka obesvarade frågor. Av de tillfrågade som tackat nej till enkäten fick sex personer tillgång till webbenkäten, varav inget svar inkom.

Tabell 1. Beskrivning av antal tillfrågade deltagare, inkomna enkäter per klinik, ofullständiga ifyllda enkäter, externt bortfall samt hur många enkäter som används i studien (N=91)

	Klinik					Totalt N (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
Tillfrågade	18 (19,8)	26 (28,6)	14 (15,4)	19 (20,9)	14 (15,4)	91 (100,0)
Besvarade enkäter	16 (89,0)	20 (77,0)	10 (71,0)	11 (58,0)	8 (57,0)	65 (71,4)
Ofullständigt ifylld	1 (5,6)	6 (23,8)	1 (7,1)	5 (26,3)	2 (14,3)	15 (23,1)
Externt bortfall	2 (11,0)	4 (23,0)	4 (29,0)	8 (42,0)	6 (43,0)	24 (36,9)
Totalt antal enkäter som användes i studien	16 (89,0)	20 (77,0)	10 (71,0)	11 (58,0)	8 (57,0)	65 (71,4)

Sammanlagt bestod de 65 deltagarna av 36 män respektive 29 kvinnor, ingen deltagare svarade svarsalternativet *Annat* i frågan om kön. Den yngsta deltagaren var 18 år respektive den äldsta som var 84 år. Medelåldern bland deltagarna var 42 år och medianen låg på 38,5 år. Bland de fem olika åldersgrupperna i studien var åldersgruppen 18-30 år störst med 19 deltagare med medelålder på ≈23 år. De flesta deltagarna angav att de hade en gymnasial utbildning eller motsvarande, i följd av en universitets- eller högskoleutbildning samt att en person uppgav att denne saknade utbildning. Majoriteten bedömde sin upplevda munhälsa som bra och 11 upplevde sin munhälsa som någorlunda. Gällande hur länge patienten har gått till samma tandhygienist (patienttid) rapporterade de flesta att det har gått till samma behandlare upp till 1 år (36,9%), det var också relativt många som rapporterade att de gått till samma behandlare mer än 1 år upp till 5 år (29,2%). Merparten av deltagarna (78,5%) uppgav att besöket började i tid och resterande 21,5% fick vänta upp till 15 minuter (tabell 2).

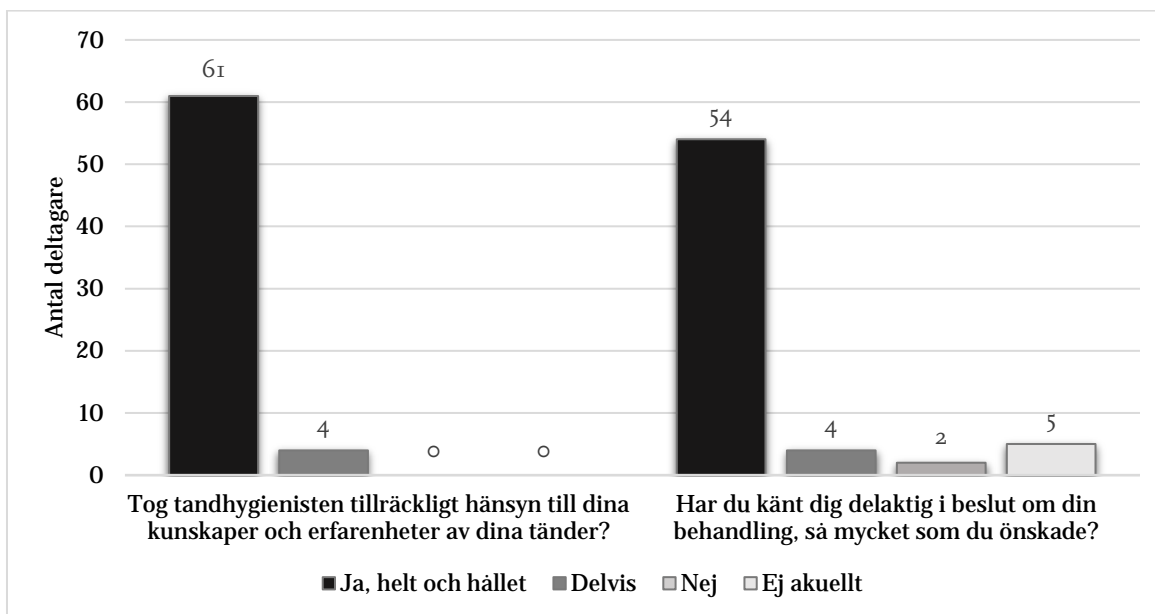
Tabell 2. Sammanställning av bakgrundsvariabler för samtliga deltagare (N=65)

	Antal (n)	Procent (%)	Medelvärde (\bar{x})	Median (md)	Sd	Range
Kön (N=65)						
Man	36	55,4				
Kvinna	29	44,6				
Ålder	50	76,9	42,0	38,5	19,52	18-84
Åldersgrupper (n=50)						
18-30	19	29,2	22,7	20,0	4,4	18-30
31-45	12	18,5	38,7	38,5	5,2	32-45
46-60	8	12,3	53,0	53,0	5,8	47-60
61-75	9	13,9	68,2	69,0	4,3	61-73
76-	2	3,1	82,5	82,5	2,1	81-84
Högsta avslutade utbildning (n= 64)						
Grundskola eller motsvarande	12	18,5				
Gymnasium eller motsvarande	29	44,6				
Universitet eller högskola	22	33,8				
Ingen utbildning	1	1,5				
Självbedömd upplevd munhälsa (N=65)						
Utmärkt	7	10,8				
Mycket bra	20	30,8				
Bra	27	41,5				
Någorlunda	11	16,9				
Patienttid hos samma tandhygienist (N= 65)						
Upp till 1 år	24	36,9				
Mer än 1 år, upp till 5 år	19	29,2				
Mer än 5 år, upp till 10 år	7	10,8				
Mer än 10 år	9	13,8				
Vet ej	6	9,2				

Helhetsbedömning av bemötande från tandhygienister

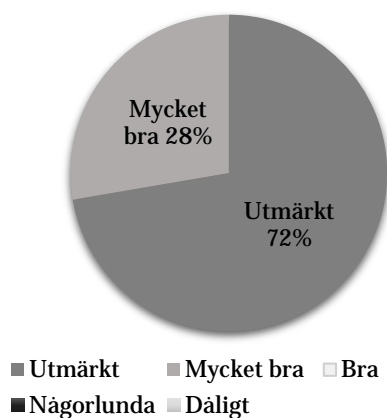
Resultatet visade att merparten av deltagarna var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande. Majoriteten, bestående av 61 personer (93,8%) svarade *Ja, helt och hållet* i frågan *Lyssnade tandhygienisten på vad du hade att säga?* samt fyra personer (6,2%) uppgav *Delvis* i samma fråga. Den centrala frågan som behandlade om patienten har blivit bemött på ett respektfullt och hänsynsfullt sätt i bemötandet från tandhygienisten svarade samtliga 65 deltagare *Ja, helt och hållet*. Vid kartläggning av deltagarnas svar avseende om de kände förtroende för sin tandhygienist svarade nästan alla oavsett utbildningsnivå, vilket kön och hur länge de gått hos samma tandhygienist, *Ja, helt och hållet* (98,5%).

Merparten av deltagarna var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande avseende frågan om tandhygienisten tog tillräckligt hänsyn till deras kunskaper och erfarenheter av sina tänder (figur 1), 61 av 65 (93,8%) personer svarade *Ja, helt och hållet*. Deltagarna har likaså känt sig delaktiga i beslut om sin behandling så mycket som de önskade, även om svaren var mer spridda, majoriteten av dem svarade *Ja, helt och hållet* (83,1%) (figur 1).

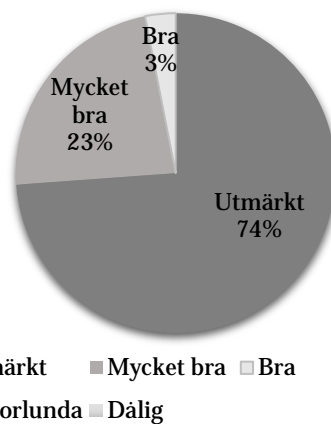


Figur 1. Sammanställning av samtliga deltagares (N=65) svar avseende tandhygienisten tog tillräckligt hänsyn till patientens kunskaper och erfarenheter av tänderna samt upplevd delaktighet i beslut om behandling.

Angående frågan om hur patienterna bedömt bemötandet från tandhygienisten, upplevde alla en hög grad av tillfredsställelse (figur 2). Patienterna bedömde helheten av tandvården/behandlingen de fick hos tandhygienisten som *Utmärkt* (74%) (figur 3).



Figur 2. Fördelning av samtliga deltagares svar (N=65) avseende frågan *Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?*



Figur 3. Fördelning av samtliga deltagares svar (N=65) avseende frågan *Hur bedömer du som helhet den tandvård/behandling du fått hos tandhygienisten?*

Det var statistiskt signifikant fler patienter som upplevde besöket *Utmärkt* (78,4%) respektive *Mycket bra* (21,6%) när besöket började i tid i jämförelse med när väntetiden var upp till 15 minuter ($p < 0,042$) (tabell 3).

Tabell 3. Sammanställning och analys av utvalda centrala frågor angående tandhygienistens bemötande avseende väntetid (N=65)

	Började ditt besök i tid?			Totalt N (%)	p-värde
	Besöket började i tid (n=51) n (%)	Jag fick vänta upp till 15 minuter (n=14) n (%)	Jag fick vänta mer än 15 minuter (n=0) n (%)		
Kände du förtroende för tandhygienisten som du träffade?					
Ja, helt och hållet	50 (98,0)	14 (100,0)	0 (0,0)	64 (98,5)	
Delvis	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	
Nej	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	51 (78,5)	14 (21,5)	0 (0,0)	65 (100,0)	1,000
Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?					
Utmärkt	40 (78,4)	7 (50,0)	0 (0,0)	47 (72,3)	
Mycket bra	11 (21,6)	7 (50,0)	0 (0,0)	18 (27,7)	
Bra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Någorlunda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Dåligt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	51 (78,5)	14 (21,5)	0 (0,0)	65 (100,0)	0,042*

*P<0,05

Vidare visade resultatet att inga statistiskt signifikanta skillnader kunde påvisas angående tandhygienistens bemötande mellan grupperna, indelat efter upplevd munhälsa och åldersgrupper (tabell 4 och 5). I den yngre åldersgruppen (18-30 år) var det små procentuella skillnader i svaret *Mycket* och *Utmärkt* gentemot de äldre åldersgrupperna (31-76+ år) i frågan hur de bedömde bemötandet de fick från tandhygienisten. Större andel äldre (31-76+ år) var tillfredsställda i högre grad än yngre (18-30 år) (tabell 4).

Tabell 4. Sammanställning och jämförelser av utvalda centrala frågor angående tandhygienistens bemötande avseende åldersgrupper

	Åldersgrupper					Totalt N (%)	P-värde
	18-30	31-45	46-60	61-75	76-		
	(n=19) n (%)	(n=12) n (%)	(n=8) n (%)	(n=9) n (%)	(n=2) n (%)		
Kände du förtroende för tandhygienisten som du träffade?							
Ja, helt och hållet	18 (94,7)	12 (100,0)	8 (100,0)	9 (100,0)	2 (100,0)	49 (98,0)	
Delvis	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	
Nej	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	19 (38,0)	12 (24,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	2 (4,0)	50 (100,0)	1,000
Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?							
Utmärkt	11 (57,9)	9 (75,0)	6 (75,0)	7 (77,8)	2 (100,0)	35 (70,0)	
Mycket bra	8 (42,1)	3 (25,0)	2 (25,0)	2 (22,2)	0 (0,0)	15 (30,0)	
Bra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Någorlunda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Dåligt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	19 (38,0)	12 (24,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	2 (4,0)	50 (100,0)	0,745

Alla deltagare oavsett upplevd munhälsa kände förtroende för sin tandhygienist, varav 98,5% kände *Ja, helt och hållet* avseende upplevt förtroende och endast en person som hade *Utmärkt* i upplevd munhälsa kände delvis förtroende (tabell 5).

Tabell 5. Sammanställning och jämförelser av utvalda centrala frågor avseende upplevd munhälsa

	Upplevd munhälsa					Totalt N (%)	p-värde
	Utmärkt	Mycket bra	Bra	Någorlunda	Dålig		
	(n=7) n (%)	(n=20) n (%)	(n=27) n (%)	(n=11) n (%)	(n=0) n (%)		
Kände du förtroende för tandhygienisten som du träffade?							
Ja, helt och hållet	6 (85,7)	20 (100,0)	27 (100,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	64 (98,5)	
Delvis	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	
Nej	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	7 (10,8)	20 (30,8)	27 (41,5)	11 (16,9)	0 (0,0)	65 (100,0)	0,108
Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?							
Utmärkt	4 (57,1)	17 (85,0)	18 (66,7)	8 (72,7)	0 (0,0)	47 (72,3)	
Mycket bra	3 (42,9)	3 (15,0)	9 (33,3)	3 (27,3)	0 (0,0)	18 (27,7)	
Bra	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Någorlunda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Dåligt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalt	7 (10,8)	20 (30,8)	27 (41,5)	11 (16,9)	0 (0,0)	65 (100,0)	0,415

Tandhygienisternas humanistiska förhållningssätt

Resultatet visar generellt att deltagarna upplevde tillfredsställelse med tandhygienisternas humanistiska förhållningssätt. På fråga c) *Jag har förtroende för min tandhygienists beslut* svarade nästan alla att de kände förtroende för tandhygienistens beslut, 59 (90,8%) deltagare svarade *Instämmer helt* och sex svarade *Instämmer delvis*. På fråga f) *Min tandhygienist intresserar sig för mitt liv* hade svaren större spridning, 25 av 65 (38,5%) deltagare svarade *Osäker*, tre (4,6%) svarade *Instämmer delvis inte* och tre (4,6%) svarade *Instämmer inte alls*. I denna fråga valde en person att avstå från att svara. De flesta höll med i olika grad i tandhygienistens förhållningssätt i påståendena: a) *Min tandhygienist intresserar sig för mig som person*, b) *Även när jag har små problem bryr sig min tandhygienist om dem*, e) *Jag kan tala med min tandhygienist om något besvärar mig*, g) *Min tandhygienist är lätt att tala med* och h) *Min tandhygienist verkar förstå hur det känns när jag berättar om ett problem*. Fåtal deltagare var osäkra eller höll inte med angående de ingående ovanstående påståenden (tabell 6).

Tabell 6. Sammanställning av humanismskalan som undersöker patienternas grad av tillfredställelse avseende tandhygienistens humanistiska förhållningssätt (N=65)

	Instämmer inte alls n (%)	Instämmer delvis inte n (%)	Osäker n (%)	Instämmer delvis n (%)	Instämmer helt n (%)	Totalt n (%)
a. Min tandhygienist intresserar sig för mig som person	1 (1,5)	1 (1,5)	11 (16,9)	21 (32,3)	31 (47,7)	65 (100,0)
b. Även när jag har små problem bryr sig min tandhygienist om dem.	1 (1,5)	1 (1,5)	8 (12,3)	13 (20,0)	42 (64,6)	65 (100,0)
c. Jag har förtroende för min tandhygienists beslut	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (9,2)	59 (90,8)	65 (100,0)
d. Min tandhygienist respekterar mina uppfattningar.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	11 (16,9)	53 (81,5)	65 (100,0)
e. Jag kan tala med min tandhygienist om något besvärar mig.	1 (1,5)	0 (0,0)	6 (9,2)	10 (15,4)	48 (73,8)	65 (100,0)
f. Min tandhygienist intresserar sig för mitt liv.	3 (4,6)	3 (4,6)	25 (38,5)	16 (24,6)	17 (26,2)	64 (98,5)
g. Min tandhygienist är lätt att tala med.	1 (1,5)	1 (1,5)	0 (0,0)	15 (23,1)	48 (73,8)	65 (100,0)
h. Min tandhygienist verkar förstå hur det känns när jag berättar om ett problem.	0 (0,0)	2 (3,1)	7 (10,8)	13 (20,0)	43 (66,2)	65 (100,0)

Diskussion

Huvudresultatet visade att majoriteten av deltagarna var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande i de olika frågorna. Det var statistiskt signifikant fler patienter som upplevde bemötandet som *Utmärkt* när besöket började i tid i jämförelse med att de fått vänta upp till 15 minuter.

Humanismskalans resultat visade att majoriteten instämde i olika grad i påståendena som gavs. Ett mer spritt resultat kunde ses i frågan som behandlade om tandhygienisterna intresserade sig för patienternas liv, där närmare 40% av deltagarna var osäkra på om tandhygienisterna visade intresse för deras liv.

Metoddiskussion

Eftersom det fanns ett intresse av att kartlägga deltagarnas grad av tillfredsställelse kring tandhygienisternas bemötande och studera skillnader på gruppnivå, så valdes en kvantitativ tvärsnittsstudie som design med enkät som datainsamlingsmetod i kandidatuppsatsen. Hade syftet varit att få en djupare förståelse för enskilda personers erfarenheter och upplevelser, hade en kvalitativ studiedesign varit mer lämplig. Genom kvantitativ metod med ett stort urval kan ett stort material samlas in, analyseras och generaliseras över den större populationen (Polit & Beck, 2010). En aspekt som är värd att ta hänsyn till är att en kvantitativ tvärsnittsstudie mäter en viss specifik grupp vid ett specifikt tillfälle. Ett kännetecken för en tvärsnittsstudie är att ämnet enbart mäts en gång hos varje enskild individ (Billhult & Gunnarsson, 2012b). En risk med detta kan vara att deltagarna upplever samma situation på olika sätt vid olika tillfällen, då mycket kan påverka ett specifikt besök. Exempelvis kan deltagarnas och tandhygienisternas allmänna tillstånd påverka resultatet.

Anledningen till varför det valdes fem olika kliniker var för att skapa variation bland deltagarna och göra enkäten mer tillgänglig. Exempelvis kan det vara att många av dem som bor inom centrala Jönköping eventuellt har bättre ekonomi, än de som bor lite utanför. Patienter med bristande ekonomi kan ha en större risk för sämre oral hälsa (Björngren, 2005). En självupplevd dålig oral hälsa har enligt Stålnacke et al. (2007) visats ge mindre tillfredsställelse med tandvården. Kriterierna för val av kliniker sattes till inom 20 km radie till Jönköping University för att få in tillräckligt med enkätsvar inom rimlig tid samt minska kostnader för resor. Målet var att samla in 20 enkäter per klinik, vilket motsvarade 100 enkäter totalt. Orsaken till varför det valdes ut kliniker med minst två tandhygienister, var för att möjliggöra att få in tillräckligt många enkäter för att nå målet på 100 enkäter inom angiven tid. Den höga målsättningen insåg författarna efter två besök ute på folktandvårdsklinikerna var ett för högt uppsatt, orimligt mål. Detta var för att författarna inte beräknat med frånvaro av personal på grund av sjukdom, vård av barn eller utbildning samt uteblivna patienter.

Genom att använda enkät som insamlingsmetod av data var att få in ett stort antal deltagare på kort tid (Billhult & Gunnarsson, 2012a). Författarna upplevde ändå vissa negativa aspekter kring enkätinsamlingen, bland annat svårigheter med att boka in tillgängliga datum för datainsamling hos vissa kliniker, då det inte alltid var minst två tandhygienister på plats. Gällande patienter var målgruppen endast tillgänglig på Folktandvårdskliniker och endast patienter från tandhygienisten fick medverka, vilket gjorde att datainsamlingen tog lång tid i förhållande till antalet inkomna enkäter.

En negativ aspekt av datainsamlingsmetod genom en besöksenkät, kan vara att resultatet blir ojämnt fördelat. Författarna kan gå miste om individer som sällan eller inte alls besöker tandvården regelbundet, vilket kan leda till en snedfördelning, genom exempelvis att mångbesökare blir överrepresenterade (Billhult & Gunnarsson, 2012a). Utifrån det insamlade materialet har den undersökta gruppen i den aktuella studien inte visat sig vara normalfördelad utifrån beräkningar i IBM SPSS, vilket då kan ha gett ett svårtolkat resultat. Enkäten delades ut i väntrummet genom konsekutivt urval och en fördel med det var att författarna ville nå ut till den avsedda urvalsgruppen under en specifik tidsperiod (Polit & Beck, 2010). En nackdel med konsekutivt urval är att det inte är ett slumpmässigt urval och det gör att de blir svårt att få det representativt för den större befolkningen (Billhult & Gunnarsson, 2012).

I studien användes en redan befintlig enkät och positiva aspekter med detta är att den tidigare har varit granskad och beprövad vid föregående forskning, vilket kunde förstärka validiteten. Ytterligare validitet i studien kan ges genom att enkätfrågorna är utformade för att besvara syftet i kandidatuppsatsen och ingenting annat (Billhult & Gunnarsson, 2012c). Det innebär att frågorna är relevanta i arbetet, det vill säga för mätningen av patientens upplevelse av bemötandet från tandhygienist vid undersökning, kontroll eller behandling inom professionens kompetensområde och tandhygienisters förhållningssätt. Genom ovannämnda orsaker anses därför validiteten i studien relativt hög. En ytterligare positiv aspekt är att de beprövade frågorna redan är testade för att minimera risken för misstolkningar (Billhult & Gunnarsson, 2012a). Trots att de befintliga frågorna i studien tidigare var beprövade, finns det risk att frågor kan upplevas otydliga och missuppfattas. Ett exempel i studien som kan ha missuppfattats eller varit otydlig kan ha varit påståendet: *Tandhygienisten intresserar sig för mitt liv*, där en stor del av deltagarna svarade *Osäker*.

En bakomliggande tanke till varför enkätfrågorna jämfördes utifrån väntetid, ålder och upplevd munhälsa var för att variablerna kunde påverka patienternas grad av tillfredsställelse (Stålnacke et al., 2007; Sitzia & Wood, 1997). En ytterligare tanke var för att möjliggöra gruppjämförelse med syfte att upptäcka skillnader och likheter i ämnet (Billhult & Gunnarsson, 2012b).

Datainsamlingen skedde på två olika sätt på grund av praktiska och etiska skäl. Första dagen på klinik 1 befann sig författarna i väntrummet där deltagarna skulle besvara enkäten. Detta gjorde att det fanns en liten risk att deltagarna skulle känna sig observerade och därmed känt sig mer pressade till att svara, trots att författarna inte agerade tvingande eller påtryckande. Andra dagen på klinik 2 gjordes delar av datainsamlingsmetoden om, bland annat med hjälp av att den aktuella folktandvårdens inredning möjliggjorde att författarna kunde sitta i närheten av tandhygienisternas behandlingsrum. Detta gjorde att författarna inte behövde vara i det stora väntrummet samtidigt som de potentiella deltagarna när enkäten skulle besvaras. Genom denna förändring tillkom även fördelen att författarna kunde tillfråga enbart de berörda patienterna som nyss hade besökt en tandhygienist. Anledningen att den förbättrade datainsamlingsmetoden inte kunde genomföras på klinik 4, var för att författarna inte hade möjlighet befinna sig i närheten av tandhygienisternas behandlingsrum. För att respektera konfidentialiteten, fick deltagarna lägga enkäten i en låda vid receptionen. Att samla in enkäter i en

läda medför flera fördelar. En av dem är att bland annat minska risken för att obehöriga att ta del av dem och förhindra personidentifiering (Kjellström, 2012).

Eftersom tillvägagångssättet vid datainsamling skett på två olika sätt kan reliabiliteten och resultatet ha påverkats negativt, detta på grund av att deltagarna fick information om enkäten vid olika tillfällen (före eller efter besöket). Patienter som fick reda på enkäten innan besöket, kan ha varit mer förberedda och haft möjlighet att fundera över tandhygienistens bemötande under besöket, mer än de som fått informationen efter besöket.

Anledningen till att författarna fanns på plats lokalt på folktandvårdsklinikerna var för att informera patienterna om enkäten samt att tandvårdspersonal inte skulle betungas av att dela ut enkäter.

I studier finns det risker att bias och systematiska fel påverkar resultatet (Billhult & Gunnarsson, 2012). Att författarna befann sig på plats och presenterade sig själva kan leda till en bias i att patienterna upplevde besöket mer positivt eller ville svara mer positivt på enkäten. Ytterligare en bias som kan ha påverkat resultatet åt det mera positiva hållet kan bero på att tandhygienisterna redan var informerade om att en enkätundersökning skulle ske och därav fanns det en risk att deras förhållningssätt gentemot patienterna kunde påverkas, att patienterna blir mer tillfredsställda med bemötandet under studiedagen, än annars. Detta kan i slutändan ge ett missvisande, felaktigt resultat som inte kan spegla en normal dag. Fler faktorer som kan ha gett bias kan exempelvis ha varit dem som valde att inte delta i undersökningen. Dessa kan ha varit mindre tillfredsställda med själva besöket hos tandhygienisten, saknade tid eller intresse, vilket kunde ha gett ett mer negativt utfall i resultatet.

Resultatdiskussion

Helhetsbedömning av bemötande från tandhygienister

Generellt upplevde majoriteten av personerna hög tillfredsställelse med tandhygienisternas bemötande. Samtliga 65 deltagare rapporterade god upplevd tillfredsställelse avseende tandhygienisternas bemötande i form av respekt och hänsynfullhet. Den största delen uttryckte hög grad av tillfredsställelse avseende upplevd delaktighet och förtroende för sin tandhygienist. Vid patienternas självbedömning av helheten av utförd tandvårdsbehandling hos tandhygienisten uppgavs merparten vara mycket tillfredsställda. En anledning till varför majoriteten var nöjda med tandhygienisternas bemötande kan vara tandhygienisterna följde STFH:s etiska principer och hade ett humanistiskt arbetssätt i form av bland annat respekt, empati och lyhördhet (STHF, 2014). Flera andra studier (Mills et al., 2015; Attree, 2001 & Sbaraini et al., 2012) visar att patienter upplever god vård när behandlaren bland annat bygger upp en relation så patienterna känner förtroende för sin behandlare och låter dem få vara delaktiga i beslut om sin behandling.

En annan orsak till det goda resultatet kan bero på att deltagarna som svarade på enkäten går oftare till tandvården, vilket kan ge ett mer positivt resultat i patienttillfredsställelse (Ståhlacke et al, 2007). Dessa kan också kallas mångbesökare (Kjellström, 2012). Många av dem som är missnöjda eller tandvårdsrädda besöker inte tandvården överhuvudtaget eller inte lika frekvent (Abrahamsson, Berggren, Hakeberg, & Carlsson, 2001). Det har visats att endast 28 av totalt 169 mycket

tandvårdsrädda patienter går regelbundet till tandvården, som motsvarar minst en gång om året. Resterande 141 rapporterade att de aldrig går till tandvården, endast när det var absolut nödvändigt. En potentiell orsak till detta kan vara att patienter upplever bristande empatiska egenskaper hos sin behandlare, vilket in sin tur kan skapa negativa upplevelser och leda till tandvårdsrädsla. Detta gör att de undviker att komma till tandvården, vilket bekräftas i studien från Abrahamsson, Berggren & Carlsson (2000), där det har rapporterats att en av anledningarna till patienter varför upplevde tandvårdsrädsla berodde på att de ansåg att tandläkaren var hänsynslös i sitt bemötande.

Tandhygienistens yrkesroll som tidigare nämnt är att främja oral hälsa (Socialstyrelsen, 2005). En del i det förebyggande arbetet handlar om att uppnå följsamhet hos patienterna och beteendeförändring som i sin tur minskar sjukdom (Jönsson et al., 2006). En av grundstenarna i att underlätta patienternas förmåga att uppnå bättre oral hälsa är bland annat att ha en relation där behandlaren är stödjande och att patienten känner att denne kan lita på sin behandlare (Collins, 2011). Den genomförda studien visar att de flesta patienterna kände förtroende för tandhygienisten, upplevde att de blev bemötta med respekt och litade på de beslut tandhygienisten fattade. Studien visar därav tecken på att patienterna har en bra möjlighet att kunna upprätthålla en god oral hälsa i samarbete med tandhygienisten.

Frågan avseende väntetid i förhållande till grad av tillfredsställelsen av tandhygienisternas bemötande hade en statistiskt signifikant skillnad. Väntetid tills patienten får komma in till sin behandlare kan ha betydelse hur tillfredsställd patienten blir med bemötandet. Liknande visades även i Stålnacke et al.:s studie (2007), där patienter som fick vänta länge, blev mer missnöjda med helheten av tandvården. Väntetid upp till 15 minuter hade i den aktuella studien hade en statistiskt signifikant betydelse för deltagarnas upplevelse av bemötandet från tandhygienisterna. Svaren som skilde sig åt var *Utmärkt* och *Mycket bra*, vilket innebär att alla var tillfredsställda, men i olika hög grad. Väntetiderna som deltagarna svarade i denna studie var: *Besöket började i tid* och *Jag fick vänta upp till 15 minuter*, vilket eventuellt är för kort tid för att patienterna ska uppleva missnöje i bemötandet, men som ändå kan påverka graden av tillfredsställelsen. Det framgår inte i Stålnacke et al.:s studie (2007) om hur lång tid, den för långa väntetiden som påverkade grad av tillfredsställelse var.

Utifrån resultatet gällande åldersgrupper visades det att i de äldre åldersgrupperna ≤ 31 år att det var något fler som rapporterade att de var mer tillfredsställda med bemötandet från tandhygienisterna, jämfört med de yngre på 18-30 år. Skillnaden var däremot inte stor och utgjorde ingen statistiskt signifikant skillnad. I studien från Sitizia & Wood (1997), framkom det också att äldre personer inom hälso- och sjukvården hade en högre upplevd tillfredsställdhet jämfört med den yngre generationen. Äldre personer kan uppleva bättre bemötande i dagsläget eftersom de kan ha varit med om tidigare, tandvård som inte uppfyller kriterier för den moderna tandvården. Som bland annat har målet om att tillgodose en god tandvård för hela befolkningen (SFS 1985:125).

Resultatet antydde på att inte fanns några skillnader i deltagarnas upplevda munhälsa (*Utmärkt*, *Mycket bra*, *Bra*, *Någorlunda*, *Dålig*) i förhållande till grad av tillfredsställelse. Nästan alla uttryckte en hög grad av tillfredsställelse av tandhygienisternas bemötande oavsett om de hade en bra eller

någorlunda upplevd munhälsa. En förklaring till det positiva utfallet kan vara att patienterna inte bedömde tandhygienisternas bemötande och givna vård utifrån sin upplevda munhälsa (som då är oberoende), utan enbart hur tandhygienisterna förhåller sig till patienterna och hur vården etiskt ges. I studier (Mills et al., 2015; Attree, 2001 & Sbaraini, et al., 2012) uppgav patienterna att de uppskattade en behandlare som kunde inge dem förtroende, få dem att känna sig respekterade och sedda (Mills et al., 2015; Attree, 2001 & Sbaraini et al., 2012). I Skaret et al.'s studie (2005), visade det ett annat resultat, där personer med bland annat en bristande självupplevd munhälsa eller de med tidigare upplevelser av tandvärk och hade besvär i munnen rapporterade ökat missnöje med den mottagna tandvården (Skaret et al., 2005). I den aktuella studien kan förklaringen till att det inte fanns någon skillnad i grad av tillfredsställelse i relation till upplevd munhälsa, vara att tandhygienisten inte behandlade patienterna annorlunda oavsett munhälsostatus. Detta styrks av STHF:s etiska råd som beskriver att behoven som patienten har ska tillgodoses och tandhygienisten ska behandla alla likvärdigt oavsett individuella skillnader (STHF, 2014).

De få negativa utfallen kan bero på att behandlaren saknade etiska egenskaper i bemötandet, som gjorde att patienterna rapporterade missnöje med den upplevda, mottagna vården enligt tidigare studier (Mills et al., 2015; Attree, 2001 & Sbaraini et al., 2012). Hur tandhygienisterna bemöter sina patienter och hur deras etiska förhållningssätt ser ut kan ha stor påverkan i hur tillfredsställda patienterna blir med bemötandet.

Tandhygienistens humanistiska förhållningssätt

Utifrån det huvudsakliga resultatet i form av enkätfrågorna angående tandhygienistens bemötande och den förkortade versionen av Humanismskalan kan det konstateras att merparten generellt var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande. Detta förklarar i stort sätt att tandhygienisterna följde STHF:s etiska råd, där det beskrivs att förhållande till patienter ska vila på en grundläggande humanistisk människosyn, där respekten är en primär del av bemötandet hos tandhygienister (STHF, 2014). Upplevd respekt i resultatet har bekräftats vara god, då alla deltagare instämde helt och hållet på frågan om upplevd respekt från tandhygienisterna. Utifrån det positiva resultatet går det också att konstatera att tandhygienisterna förmodligen inte har frångått människovärdesprincipen och utsatt patienterna för diskriminering i bemötandet på grund av kön, etniska skäl eller sexuell läggning (STHF, 2014), då inget missnöje i resultatet kunde rapporteras. Om patienterna hade rapporterat låg tillfredsställelse i bemötandet från tandhygienisterna, hade yrkesetiken kunnat vara bristande eftersom den utgör grunden i bemötandet, vilket inte var fallet i studien.

Utifrån resultatet gick det även att tyda att ett fåtal patienter var delvis tillfredsställda och vissa upplevde att de inte fick vara delaktiga i beslut i sin behandling, medan resterande upplevde god delaktighet. Detta visade att de flesta tandhygienisterna följde autonomiprincipen (rätten till självbestämmande), där patienten fick vara delaktig i sin behandling (STHF, 2014). En potentiell orsak kring varför fåtal inte var helt tillfredsställda med bemötandet och inte upplevde god delaktighet kan grunda sig i kulturkrockar. Patienter med utländsk bakgrund och svenskfödda patienter kan ha olika föreställningar om hur en tandhygienist ska vara i bemötandet, vilket innebär att ett gott bemötande kan upplevas på olika sätt för olika människor. Avseende otillräckligt upplevd delaktighet från

patienten, kan det bero på att tandhygienisten inte upplevde att patienten ville vara "med", utan var tillfredsställd med att låta tandhygienisten få bestämma, vilket lätt kan misstolkas bland båda parter.

Hälften av deltagarna upplevde osäkerhet gällande om tandhygienisten intresserade sig för deras liv. Detta kan förklaras med att patienterna inte förstod frågan om varför tandhygienisten skulle intressera sig för deras liv, när de eventuellt förutsätter att tandhygienisten enbart ska intressera sig för deras munhälsa. En annan aspekt kan vara att patienterna inte har samma synsätt som tandhygienister gällande relationer mellan oral hälsa och livet, där det har visats ett samband mellan oral hälsa och allmän hälsa och livskvalité (STHF, 2014 & Benyamini, Y., Leventhal, H. & Leventhal, E. A., 2004).

En annan aspekt bakom det positiva resultatet kan vara att tandhygienisterna hade god förmåga i att avläsa människor och bemöta varje enskild patient individuellt, utifrån fysiska, psykiska, sociala samt kulturella, förutsättningar och behov (Socialstyrelsen, 2005 & STHF, 2014).

Nytta med studien, forskning och framtida förbättringar

Resultatet kan bidra till ny information då det inte har gjorts tidigare studier om patienters upplevda tillfredsställelse i bemötandet hos professionen tandhygienister. Vidare kan resultatet ge en bekräftelse på att tandhygienister på respektive undersökt klinik arbetar utifrån ett humanistiskt arbetssätt och följer sin yrkesetik. Fortsättningsvis kan resultatet vara av nytta för tandhygienisterna, då det ger en bild av hur patienterna upplever bemötandet från tandhygienisterna, vilket nu visade ett positivt sådant. Genom resultatet kan tandhygienisterna få ökad självkänsla och självförtroende i sitt arbete samt uppleva känslan av att vilja fortsätta att ge god tandvård för patienterna genom ett gott omhändertagande.

Att patienterna inte behövde vänta utöver inbokad tid visar att tid är värdefullt och kan påverka patienterna grad av tillfredsställelse med tandhygienisternas bemötande. Detta påvisar att tandhygienister bör hålla tiderna för att patienterna ska få uppleva en så god vård som möjligt.

Tandhygienister arbetar med förebyggande munhälsovård och främjar god oral hälsa, vilket som nämnts tidigare också handlar om beteendeförändring (Socialstyrelsen, 2005 & Socialstyrelsen, 2011). Det goda resultatet i studien kan visa att deltagarna har en stor möjlighet att bibehålla eller förbättra sin orala hälsa eftersom resultatet även visade att tandhygienisterna har haft ett humanistiskt förhållningssätt enligt patienternas självbedömning. Mazzelli et al. (2000) har visat att ett humanistiskt förhållningssätt kan räcka för att uppnå beteendeförändring. Genom detta behöver inte tandhygienisterna nödvändigtvis tillämpa djupgående samtal, utan det kan vara tillräckligt med ett humanistiskt förhållningssätt för att ändra dåliga vanor. Vidare bör tandhygienisterna beakta att alla människor är olika (Socialstyrelsen, 2005) och kan därför ta olika lång tid för att uppnå beteendeförändring.

Resultatet i aktuella studien bör tolkas med hänsyn till urvalsstorleken på 65 personer, vilket kan påverka generaliserbarheten. För att få ett mer representativt resultat över populationen vore det fördelaktigt att utföra samma studie genom ett större urval. För att vidare ta reda på om bemötandet från tandhygienister skiljer sig runt om i Sverige eller om det visar samma positiva utfall som i Region

Jönköpings län, skulle en liknande undersökning kunna genomföras på flera olika demografiska områden runt om i landet.

Slutsats

Huvudresultatet visade att en stor majoritet av deltagarna var tillfredsställda med tandhygienisternas bemötande. Samtliga 65 deltagare upplevde att de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt från tandhygienisterna. Statistiskt signifikant skillnad avseende väntetid upptäcktes ($p < 0,042$), där patienter som började sitt besök i tid upplevde högre tillfredsställelse än de som fått vänta upp till 15 minuter. Enligt deltagarnas självbedömning av Humanismskalan påvisades att tandhygienisterna bemötte dem utifrån ett humanistiskt förhållningssätt. Genom ett humanistiskt förhållningssätt kan beteendeförändring uppnås och oral hälsa främjas.

Referenser

Abrahamsson, K. H., Berggren, U. & Carlsson, S. G. (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(1), 37-43, doi: 10.1080/000163500429415

Abrahamsson, K. H., Berggren, U., Hakeberg, M. & Carlsson S. G. (2001). Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients. *Acta Odontol Scand* 59(5), 273 –279. Oslo. ISSN: 0001-6357.

Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x

Benyamini, Y., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine*, 59 (5), 1109–1116. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.021

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl. s. 317-326). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012a). Enkäter. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl. s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012b). Kvantitativ studiedesign och stickprov. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl. s. 115-125). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012c). Mätinstrument och diagnostiska test. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl. s. 151-159). Lund: Studentlitteratur.

Björngren, C. C. (2005). *Tandhygienisters arbete med patienter i ett mångkulturellt samhälle- en studie av migrationsrelaterade frågeställningar och samtal* (Doktorsavhandling, Malmö högskola).

Collins, S. M. (2011). An overview of health behavioural change theories and models: Interventions for the dental hygienist to improve client motivation and compliance. *Canadian Journal Of Dental Hygiene*, 45(2), 109-115. ISSN: 1712-171X
Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

FDI World Dental Federation. (2017). *FDI's definition of oral health*. Hämtad 16 januari, 2017, från <http://www.fdiworldental.org/oral-health/vision-2020/fdis-definition-of-oral-health.aspx>

Finansdepartementet. (u.å.). *Kommuner och landsting- organisation, verksamhet och ekonomi*. Hämtad 11 maj, 2017, från <http://www.regeringen.se/contentassets/8c871d82f9414d4b8e81b9954f5683ff/kommuner-och-landsting---organisation-verksamhet-och-ekonomi>

- Folktandvården Sverige. (2015). *Om Folktandvården*. Hämtad 14 april, 2017, från <http://www.folktandvarden.se/om-folktandvarden/>
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. B. Fossum. (red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2. uppl. s. 30-45). Lund: Studentlitteratur.
- Gilmartin, M. J. (2001). Humanism in health care service: the role of stakeholder management. *Nursing administration quarterly*, 25(3), 24-36. ISSN: 03639568
- Hauck, F. R. Zyzanski, S. J. Alemagno, S. A. & Medalie. J. H. (1990). Patient perceptions of humanism in physicians: effects on positive health behaviors. *Fam Med. Nov-Dec; 22(6)*, 447–452.
- Institutet för kvalitetsindikatorer (2012). *Patientupplevd vårdkvalité*. Hämtad, 2012, från <http://www.indikator.org/>
- Johansson, V., Axtelius, B., Söderfeldt, B., Sampogna, F., Paulander, J. & Sondell, K. (2010). Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 38(5), 436-444. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00546.x
- Jönsson, B., Lindberg, P., Oscarson, N. & Öhrn, K. (2006). Improved compliance and self-care in patients with periodontitis – a randomized control trial. *International Journal Of Dental Hygiene*, 4(2), 77-83. doi: 10.1111/j.1601-5037.2006.00175.x
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl. s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M. & Jokovic, A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 19(2), 90-97
- Mazzelli, A, Polirstok, S.R., Dana, L., Buono, S., Mongelli, V., Trubia, G. & Ayala, G. (2000). A clinical application of applied humanism for young adults with severe and profound retardation. *Journal of humanistic counseling, education and development*, 38(4), 206-219, doi: 10.1002/j.2164-490X.2000.tb00082.x
- Mills, I., Frost, J., Kay, E. & Moles, D. R. (2015). Person-centred care in dentistry - the patients' perspective. *British Dental Journal*, 218(7), 407-413. doi:10.1038/sj.bdj.2015.248
- Nationalencyklopedin. (2017). *Uppslagsverket. Bemötande*. Hämtad 3 mars, 2017, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/bem%C3%B6tande>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Region Jönköpings Län. (2015). *Statistik och årsredovisning*. Hämtad 16 januari, 2017, från <http://rjl.se/Folktandvarden/Om-Folktandvarden/Statistik-och-arsredovisning/>
- Sbaraini, A., Carter, S. M., Evans, R. W. & Blinkhorn, A. (2012). Experiences of dental care: What do patients value? *BMC Health Services Research*, 12 (177). doi: 10.1186/1472-6963-12-177

Scanlon, A. (2006). Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 758-764, doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01031.x

SFS. (1985:125). *Tandvårdslag*. Stockholm: Sveriges riksdag. Hämtad 9 januari, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125

SFS. (1985:562). *Patientjournalagen*. Stockholm: Sveriges riksdag. Hämtad 26 januari, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientjournalag-1985562_sfs-1985-562

Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 1997, 45(12), 1829-1843. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00128-7

Skaret, E., Berg, E., Raadal, M. & Kvale, G. (2005). Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 150-157, doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00208.x

Smile Tandvård. (2015). *Om Smile*. Hämtad 23 februari, 2017, från <https://www.smile.se/om-smile/>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist*. Hämtad 8 januari, 2017, från http://www.tandhygienistforening.se/media/150904/kompetensbeskrivning_for_tandhygienist.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 16 januari, 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18313/2011-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2004). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och i tandvården?* Hämtad 12 maj, 2017, från https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sites/default/files/infoblad-vem-far-gora-vad_0.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård*. Hämtad 13 mars, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18166/2010-11-7.pdf>

Ståhlacke, K., Söderfeldt, B., Unell, L., Halling, A. & Axtelius, B. (2007). Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort, Part II – what affects satisfaction. *Swed Dent J*. 31, 137-46, doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00377.x.

Sveriges Tandhygienistförening [STHF]. (2014). *Etiska regler och kommentarer*. Hämtad 9 januari, 2017, från http://www.tandhygienistforening.se/media/324207/sthf-etiska_regler_med_kommentarer2014.pdf

Bilaga 1 Enkät

Enkät om upplevd tillfredsställelse av bemötande från tandhygienist

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i lämplig ruta.

Del 1 av enkäten behandlar dina bakgrundsuppgifter.

Kön?

- Man
- Kvinna
- Annat

Ålder?

Vilken är din högsta avslutade utbildning?

- Grundskola eller motsvarande
- Gymnasium eller motsvarande (exempel: KY-utbildning, folkhögskola)
- Universitet eller högskola
- Ingen utbildning

I allmänhet, hur skulle du vilja säga att din munhälsa är?

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dålig

Hur länge har du varit patient hos samma tandhygienist?

- Upp till 1 år
- Mer än 1 år upp till 5 år
- Mer än 5 år upp till 10 år
- Mer än 10 år
- Vet ej

Del 2 handlar om ditt senaste besök hos tandhygienisten.

1. Började ditt besök i tid?

- Besöket började i tid
- Jag fick vänta upp till 15 minuter
- Jag fick vänta mer än 15 minuter

2. Tog tandhygienisten tillräcklig hänsyn till dina kunskaper och erfarenheter av dina tänder?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej
- Ej aktuellt

3. Lyssnade tandhygienisten på vad du hade att säga?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

4. Kände du förtroende för tandhygienisten som du träffade?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej

5. Hur bedömer du bemötandet du fick från tandhygienisten?

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt

6. Har du känt dig delaktig i beslut om din behandling, så mycket som du önskade?

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej
- Ej aktuellt

7. Känner du att du har blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt av tandhygienisten?

- Ja, helt och hållet
 Delvis
 Nej

8. Hur bedömer du som helhet den tandvård/behandling du fått hos tandhygienisten?

- Utmärkt
 Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dålig

9. Hur en person uppfattar dem som arbetar i tandvården kan påverka hur tillfredsställd personen är med det utförda arbetet. Nedan följer några påståenden om detta. Kryssa i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis inte	Osäker	Instämmer delvis	Instämmer helt
a. Min tandhygienist intresserar sig för mig som person					
b. Även när jag har små problem bryr sig min tandhygienist om dem.					
c. Jag har förtroende för min tandhygienists beslut					
d. Min tandhygienist respekterar mina uppfattningar.					
e. Jag kan tala med min tandhygienist om något besvärar mig.					
f. Min tandhygienist intresserar sig för mitt liv.					
g. Min tandhygienist är lätt att tala med.					
h. Min tandhygienist verkar förstå hur det känns när jag berättar om ett problem.					

Bilaga 2 Webbenkät

Webbenkät

Länk till webbenkät:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfajlQIEXJUyjPlaCJe5TZp3RbBeNkfHZBlpyD4y-pmNa6oaQ/viewform?usp=sf_link

Bilaga 3 Informationsbrev till tandvårdsdirektören

Informationsbrev

Jönköping 2017-02-21

Hej!

Vi är två studenter som studerar på tandhygienistprogrammet i Jönköping och har påbörjat vår kandidatuppsats. Vi skulle uppskatta om vi fick besöka några av allmäntandvårdens kliniker i Jönköping och genomföra vår undersökning. Nedan kommer en sammanfattning om vår projektplan.

Problemformulering

Tidigare forskning har visat att goda relationer, bemötande och humanistisk människosyn är viktiga för att patienter ska uppleva god tandvård. Det saknas vetenskapligt underlag för kunskap om patientens upplevelse av tandvården hos enbart tandhygienister. Denna kandidatuppsats syftar till att öka förståelsen för patienter avseende bemötande och tillfredsställelse vid besök hos en tandhygienist.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka patientens upplevelse av bemötandet från tandhygienist vid undersökning, kontroll eller behandling inom professionens kompetensområde.

Metod

Urval

Fem olika allmänna folktandvårdskliniker inom Region Jönköpings län kommer strategiskt väljas ut. Inklusionskriterier för målgruppen patienter är 18 år eller äldre som för dagen besökt en tandhygienist för undersökning, kontroll eller behandling inom tandhygienistens kompetensområde.

Datainsamling

Materialinsamling kommer ske med hjälp av enkäter i pappers- och webbform. Enkäten består av två delar. Del 1 behandlar patientens bakgrundsvariabler (5 frågor) och del 2 behandlar information (8 frågor) som berör bemötande från tandhygienist vid senaste besöket och en humanismskala som undersöker hur patienten upplever tandhygienistens förhållningssätt. Humanismskalan är framtagen genom studien av Hauck et al. (1990) och har blivit översatt och anpassad till tandvården av Johansson et al. (2010). Enkätfrågorna är framtagna från Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator, 2012).

Tillvägagångssätt

Utvalda folktandvårdskliniker ska kontaktas via telefon för godkännande om genomförande. Författarna kommer åka ut till klinikerna vid insamling av data, som sker på plats i totalt fem dagar, eventuellt förlängning vid behov. Enkäterna kommer att utdelas personligen. Målet är att samla in 20 enkäter per dag. Målsättningen är att uppnå 100 enkäter för att få ett så representativt urval som möjligt. Efter ifylld enkät kommer deltagarna lägga enkäten i en låda vid receptionen för respekt av

konfidentialiteten. Deltagare som inte har tid eller möjlighet att svara på enkäten på plats, erbjuds att besvara en webbenkät.

Etiska överväganden

Deltagarna kommer att informeras om examensarbetets syfte genom ett informationsbrev.

Information kommer att ges till deltagarna att medverka i studien är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan anledning. Klinikernas namn kommer inte att nämnas i uppsatsen och inga personuppgifter förutom ålder, kön och utbildning kommer att behandlas.

Med vänliga hälsningar, Van Cao och Amanda Wirefeldt.

Bilaga 4 Informationsbrev

Informationsbrev

Jönköping 2017-03-21

Upplevd tillfredsställelse av bemötande från tandhygienist

I detta brev finns information som vi ber dig att läsa igenom innan du väljer om du vill besvara enkäten eller inte.

Vi är två tandhygieniststudenter vid Jönköping University, Hälsohögskolan, på termin 6 som samlar in material till vår kandidatuppsats inom huvudämnet oral hälsovetenskap.

Målgrupp och förfrågan om deltagande:

Som patient inom Folktandvården har du blivit tillfrågad att delta i studien eftersom du är 18 år eller äldre och precis har besökt en tandhygienist för undersökning, behandling eller kontroll.

Varför görs undersökningen?

Socialstyrelsen skriver i kompetensbeskrivningen för leg. Tandhygienist att en tandhygienist bör ha ett gott bemötande, visa omtanke och visa respekt vid kommunikation med patienter och deras anhöriga. Syftet med kandidatuppsatsen är att vi vill undersöka patienters upplevda tillfredsställelse av bemötande från en tandhygienist. Genom denna undersökning kan den insamlade kunskapen angående bemötande av tandhygienisten öka förståelsen för vad vi som tandhygienister kan arbeta vidare med, vilket gör att patienter i framtiden kan få ökad trygghet och uppleva större tillfredsställelse i vårdmötet.

Datainsamling sker genom en enkät, som du fyller i själv när du är i väntrummet. Enkäten läggs sedan i en anvisad låda ute vid receptionen. Datainsamlingen och arbetet med kandidatuppsatsen kommer att ske under våren 2017.

Deltagarnas rättigheter och personuppgiftshantering:

Deltagande i studien är frivilligt och om du väljer att delta kan du när som helst, utan att uppge anledning, avbryta ditt deltagande. Din medverkan kommer inte att påverka dina framtida besök på Folktandvården. Vidare kommer dina enkätuppgifter används som underlag till en kandidatuppsats och uppgifterna behandlas konfidentiellt, samt förvaras så att inga obehöriga kommer ta del utav dem. Det finns små förutsättningar för att insamlade data ska kunna spåras tillbaka till dig som deltagare. Varje enskild enkät kommer att numreras med en sifferkod och all insamlad data kommer presenteras på gruppnivå.

Genom att du besvarar enkäten så godkänner du ditt deltagande i studien. Den kommer efter godkännande publiceras och vara tillgängligt på <http://www.diva-portal.org/>.

Med vänliga hälsningar Amanda & Van

Vid frågor kontakta:

Van Cao

Email: cava1494@student.ju.se

Amanda Wirefeldt

Email: wiam14ht@student.ju.se