



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Legitimerad tandvårdspersonals
uppfattning och erfarenhet kring
kariesriskbedömning
- En intervjustudie

HUVUDOMRÅDE: *Oral Hälsovetenskap*

FÖRFATTARE: *Zahra Roshandel*

JÖNKÖPING 2019, juni.

Sammanfattning

Riskbedömning av barn och ungdomar är viktigt inom tandvården. Riskbedömningsverktyget är ett bra hjälpmedel om det används så att rätt vård ges på så sätt att det motsvarar patientens behov. Tack vare riskbedömningsverktyget kan en grund för behandling och revisionsintervall läggas hos patienterna. En förutsättning för att patienten ska bedömas på lika sätt oavsett behandlare, är en samsyn mellan behandlare viktig. **Syftet** med studien var att utforska tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet av kariesriskbedömning hos barn- och ungdomar. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer med 12 respondenter från olika legitimerade tandvårdsprofessioner genomfördes. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultatet:** Resultatet visar att det som speglade tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet gällande kariesriskbedömning kan sammanfattas i kategorierna magkänsla, god kvalitet och barriärer. **Slutsats:** Tandvårdspersonal upplever riskbedömningsinstrument som ett bra hjälpmedel men att det behövs utvecklas genom forskning att bli mer pålitligt och öka kvaliteten på omhändertagandet av barn och ungdomar inom tandvården.

Nyckelord: caries, caries risk assessment, clinical judgement, risk assessment.

Summary

Certified dental staff's perception and experience of caries risk assessment

-An interview study

Caries risk assessment of children and adolescent is important in dental care. The risk assessment instrument works well if it is used that the right care is provided so that it corresponds to the patient's needs. An individual risk assessment is done not only because of the registration of the epidemiological dental health, but it is made based on the patient's odontological medical and social factor. Thanks to these factors, a basis for treatment and revision intervals can be added to the patients. A prerequisite for the patient to be assessed in the same way regardless of the therapist, a consensus between the practitioners is important. Aim: The aim of the report was to explore the dental staff's perception and experience of caries risk assessment in children and adolescents. Method: The method that was used was semi structured interviews with 12 respondents from different dental professionals. The interviews were transcribed and analyzed with qualitative analysis method. Result: The result shows that what reflected the dental staff's perception and experience regarding caries risk assessment can be summarized in the categories; gut feeling, good quality and barriers. Conclusion: Dental staff experience risk assessment as a good tool, but to increase the quality in dental care for children and adolescent, more research is needed on how the assessment instrument should be developed for it to become more reliable.

Keywords: caries, caries risk assessment, clinical judgement, risk assessment

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Karies | 1 |
| Legitimerad personal och dess kompetens | 3 |
| Barn och ungdomstandvård | 3 |
| Riskbedömning | 4 |
| Riskbedömningsverktyg | 5 |
| Beslutsstöd R2 | 6 |
| Riskbedömning Effic | 6 |
| Cariogram | 7 |
| Problemformulering | 8 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 9 |
| Urval | 9 |
| Datainsamling | 10 |
| Analys | 10 |
| Etiska aspekter | 12 |
| Förförståelse | 13 |
| Resultat | 14 |
| Diskussion | 19 |
| Metoddiskussion | 19 |
| Resultatdiskussion | 20 |
| Slutsats | 24 |
| Referenser | 25 |
| Bilagor | |
| Bilaga 1 | 29 |
| Bilaga 2 | 31 |
| Bilaga 3 | 32 |
| Bilaga 4 | 33 |

INLEDNING

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Sverige har under många år ansetts vara god men enligt SKaPa, svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, och socialstyrelsens epidemiologiska rapporter, har förekomsten av kariesskador i primära bettet ökat under åren 2009–2017. I epidemiologiska rapporter registreras inte alltid initiala kariesangrepp utan begränsas till de manifesta, därför visas inte alltid den sanna bilden av kariesförekomsten hos barn och ungdomar vilket kan påverka resursplanering och förebyggande arbete. Detta stärks utav en studie gjord av Andre et al, (2014) där de visar att en stor andel av karies bland barn och ungdomar är just initiala kariesangrepp (Socialstyrelsen 2017; SKaPa, 2017, André et al, 2014).

För att identifiera barn med karies så tidigt som möjligt inom tandvården används olika typer av riskbedömningsverktyg såsom R2, Effica och Cariogram. Verktuget delar in alla patienter i olika kategorier och riskgrupper baserat på patientens orala status och registrering av epidemiologiska tandhälsodata, odontologiska, medicinska och sociala faktorer. Inom barn och ungdomstandvården kan tidig kariesriskbedömning leda till samhällsvinster genom bra preventivt arbete samt att ge bra förutsättningar för individen att erhålla en god oral hälsa (Mejare et al, 2014).

Riskbedömning av barn och ungdomar ingår i det dagliga kliniska arbetet inom tandvården men enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, (SBU) rapport från 2007 finns inte tillräckligt med studier om olika riskbedömnings instrument eller dess effektivitet (SBU, 2007).

BAKGRUND

Karies

Karies är en av de mest prevalenta kroniska sjukdomarna världen över. Individer, både barn och vuxna, är mottagliga för sjukdomen under hela sin livstid (Selwitz et al 2007). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kommer karies på fjärde plats vad gäller den mest kostsamma sjukdomen i världen. Gällande barn har WHO som mål att till 2020 försöka minska kariesförekomsten till 20% hos samtliga 6-åringar i Europa (Socialstyrelsen, 2016). Socialstyrelsens rapport från 2017 visar att andelen kariesfria 6-åringar har minskat med 2% jämfört med 2016 och är på samma nivå som år 2005. Andelen kariesfria 3-åringar är dock fortfarande oförändrad sedan 2005 och ligger på 3,7%. I socialstyrelsens rapporter redovisas

endast manifesta, ej initiala kariesskador, vilket kan ge en inte helt sann bild över kariessituationen hos barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2017; SkaPa, 2017).

Sverige har ett väl utvecklat välfärdssystem och är internationellt känt för preventiva insatser mot ohälsa, trots det finns grupper i samhället som är mer belastade än andra (Hjern et al,2001; Hjern & Grindefjord, 2000; Kramer, 2018). Ann-Catrin Kramer och Anita Alm har visat i sina avhandlingar att barn som tidigt utvecklar karies, löper stor risk för en fortsatt kariesprogression samt att de socioekonomiska faktorerna har en stor påverkan på kariesförekomsten hos barn och ungdomar (Kramer, 2018; Alm et al, 2008).

Karies beskrivs som en multifaktorell sjukdom, där den främsta orsaken till karies är ett högt sockerintag (Petersen, 2008). Sjukdomsprocessen vid karies innebär en substansförlust av hård tandvävnad såsom emalj och dentin genom upprepning av olika syrebildningar av bakterier som finns på tandytan. Bakterierna kan med hjälp av kolhydrater bilda en syra som i sin tur löser ut mineraler från tandytan. Vid upprepad syrebildning, förlorar tandytan förmågan att återuppta olika mineraler från saliv och plack. Det är då en förlust av tandsubstans sker. Det är en kamp mellan angrepp och försvarsfaktorer. Ett sätt att bromsa eller förebygga denna process är att minska intag av kolhydrater, en god munhygien och tillförsel av fluor (Fejerskov et al, 2015). För att bedöma kariesrisk bör ett antal riskfaktorer, både direkta eller indirekta beaktas. Direkta faktorer är det som är direkt inblandade i kariesprocessen, som till exempel dental plack, socker och kolhydrater. De indirekta faktorerna relateras till kariesuppkomst men utan att direkt delta i framkallandet av lesionen. Exempel på indirekta faktorer är bland annat socioekonomiska faktorer, patientens inställning till tandvård, utbildning, tandvårdsrädsla eller tidigare karies. Dessa faktorer brukar också benämnas riskindikatorer då de inte direkt medverkar i kavitetsbildandet utan mer till beteenden (Selwitz et al, 2007).

Hur progressionen på en kariesskada utvecklas är individuellt och varierar mellan olika patienter. Progressionen går dubbelt så snabbt hos primära tänder jämfört med permanenta tänder. Detta på grund av flera orsaker, till exempel att emaljen är tunnare hos permanenta tänder. Därför har patientens ålder en stor betydelse vid bedömning av kariesprogressionen och dess hastighet (Fejerskov et al, 2015). För att identifiera dessa barn så tidigt som möjligt och förebygga karies, är en väl utförd riskbedömning som tar hänsyn till flera faktorer som kan bidra till kariessjukdom av stor vikt (Hjern et al,2001; Hjern & Grindefjord, 2000; Kramer, 2018). För att kunna göra denna identifiering krävs god kompetens hos tandvårdspersonalen (SBU, 2007).

Legitimerad personal och dess kompetens

Tandvårdslagen (SFS 1985:125) anger att svensk tandvård ska ge förebyggande åtgärder avseende sjukdomar och skador i munhålan. Målet med tandvårdslagen är att verka för en god tandvård och tandhälsa på lika villkor till hela befolkningen. För att kunna erbjuda patienter detta, behövs professionell personal med god kompetens.

Kompetens definieras genom att ha en förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa sig kunskap och färdighet inom området. Kompetens definieras även som ett begrepp för en individs kunnighet, skicklighet samt att med hjälp av tillämpning av kunskaper och färdighet kunna utföra en uppgift.

Inom tandvården finns två legitimerade yrkesprofessioner, tandläkare och tandhygienister. Ett självständigt arbete och väl genomtänkta beslut i syfte att ge god och säker vård, är viktiga punkter inom båda professionerna. Båda har ett ansvar gällande diagnostisering och behandling av karies – och parodontitsjukdomen. Tandläkarens och tandhygienistens kompetens varierar men bör komplettera varandra. Båda yrkeskategorierna har en primär roll där de riskbedömer patienter i sin dagliga verksamhet (Socialstyrelsen, 2004).

Barn och ungdomstandvård

Målet för barn- och ungdomstandvården ska vara att skapa en god oral hälsa och stimulera till god egenvård som ska bibehållas och förbättras fortlöpande. Regionen har ett ansvar att erbjuda alla barn en regelbunden tandvård. Barntandvården ska vara hälsofrämjande och särskild vikt ska läggas vid förebyggande åtgärder.

Det är först vid 3 års ålder som gäller för riskbedömning och registrering av epidemiologiska tandhälsodata. Riskbedömningen ska vara en samlad bedömning av olika faktorer så som odontologiska, medicinska och sociala frisk och riskfaktorer som kan påverka den orala hälsan. Riskbedömningen sammanfattas i lågrisk, mellanrisk eller högrisk. Förutom att bedöma risk för karies och parodontit, följs även bettutvecklingen upp.

Revisionsintervallen ska anpassas utifrån barn och ungdomars behov så att de inte löper risk för en negativ utveckling av sin orala hälsa. Det är viktigt att intervallen är individanpassade och bestäms med utgångspunkt från en riskbedömning (Vårdprogram för allmän- och ungdomstandvården, region Skåne, 2019).

Riskbedömning

För att kunna identifiera de individer som är i störst behov av tandvård, bör riskbedömning göras. Inom tandvården används riskbedömning flitigt och är en viktig uppgift i tandvårdspersonalens dagliga arbete. Det är en klinisk process som används för att fastställa sannolikheten för en individ att utveckla karies. Den riskbedömning som görs, kan användas som grund vid val av prevention och behandling (Rechman & Featherstone; 2014SBU, 2007). En sammanvägning av riskfaktorer och olika riskindikatorer som kommit fram genom en klinisk undersökning och anamnestagning används vid riskbedömning och fastställning av sjukdomen som existerar (Hänsel, 2003). Målet med en riskbedömning är att identifiera riskfaktorerna innan själva skadan uppkommer men friskfaktorer så som god allmänhälsa, positiv attityd till den orala hälsan kan även identifieras för att bibehålla den orala hälsan. Det som avses är att balansen mellan angrepp och försvar bedöms. Tack vare den sociala, medicinska och odontologisk anamnesen, kan risk - och friskfaktorerna uppskattas (Pettersson et al, 2002). Det är svårt att avgöra hur säkra riskbedömningar och dess kvalitet är. Karies sjukdomens etiologi är komplex och därför rekommenderas fler riskbedömningsverktyg för att lättare bedöma helheten av riskerna vid kariesbedömning (Tweetman, 2016).

Många gånger kan riskbedömning göras med hjälp av den egna kliniska erfarenheten. Den kan även benämnas "clinical feeling", magkänsla, "gut feeling" etc (Svensäter et al, 2008). Det finns för få studier som har studerat "clinical feeling" eller "gut feeling". (SBU, 2007). Detta bekräftar även av Mejáre et al, (2014), som belyser vikten av att undersöka om det finns flera metoder än "gut-feeling" vid riskbedömning för att kunna bidra till bedömning av en bättre tandhälsa hos barn och ungdomar. Studier har visat att det finns en stor variation mellan tandvårdspersonal gällande vetenskapligt behandlingsbeslut. Många av besluten som tas vid riskbedömning baseras på värderingar, patienternas ekonomi och personalens skicklighet inom området (Bader & Shugars, 1995; Francisco et al, 2013; Knutsson & Rohlin, 2001; Mejáre et al, 2014).

Brist på kunskap om riskbedömningsverktyg, kan många gånger leda till att tandvårdspersonal litar på den egna beprövade erfarenheten. Konsekvensen av detta leder till att tandvårdspersonal har olika idé om det som utgör en risk vid riskbedömning i olika situationer och sjukdomens fortskridning och dess behandlingseffekt (Bader & Shugars, 1995; Twetman et al, 2013). Målet med riskbedömning bygger på ett arbetssätt som gör att en individuell behandlingsplan byggs upp och därför kan inte alla patienter behandlas lika. Riskbedömning är ett viktigt redskap som

hjälp tandvårdspersonal att erbjuda vård som motsvarar behov och önskemål. Detta sätt att arbeta på stödjer såväl förebyggande insatser som behandling av sjukdomen. En lyckad behandling är beroende av de rekommendationer som ges till patienten utifrån den risknivå varje enskild patient har bedömts ha (Rechman & Featherstone, 2014).

Många studier och författare har visat att riskbedömning kan vara svårt då identifierade riskfaktorer som finns i riskbedömningsverktygen står för en liten del av patientens sjukdomsetiologi. Detta kan leda till att vissa av patientens riskfaktorer inte upptäcks (Burt, 2005; Mendonca, 2004; Bateman et al, 2007). I en studie av Mejaré, från 2013, visar att riskbedömning görs främst utifrån patientens tidigare kariesupplevelse, oral hygien, bakterier samt att den socioekonomiska situationen är de mest användbara riskindikatorerna vid riskbedömning av karies. Vad gäller barn- och ungdomar bekräftas detta av SBU i sina rapporter från 2004 och 2007. Studierna visar även att kunskapen hos tandvårdspersonal kring riskbedömning och riskbedömningsinstrument är otillräckligt och att det behövs mer än enskilda riskindikatorer vid bedömning (SBU, 2004 & 2007; Mejaré et al, 2013).

Riskbedömningsverktyg

De flesta riskbedömningsverktyg bedömer alla patienter utifrån fyra olika riskvariabler, allmän risk, teknisk risk, kariesrisk och parodontal risk. Riskvariablerna antar ett värde från 0–3 där 0 betyder ingen risk (Grönqvist, 2004). Varje åldersgrupp av patienter har en egen uppsättning av olika riskvariabler (Bader & Shugars, 1995; Twetman, 2013). Riskbedömningsverktyget anpassas därför till patientens ålder och bör vara enkel och användbar (Bateman & Saha, 2007). Kariesriskbedömning är en viktig del i beslutsprocessen och vid hantering och förebyggande av karies hos barn och ungdomar (Twetman, 2016).

För att tandvårdspersonal ska använda kariesriskbedömningsverktyg är det bra med riktlinjer. Riktlinjer kan införas i tre viktiga steg; utveckling, spridning och implementering. Riktlinjerna ska inte ersätta effektiva lösningar som till exempel den kliniska bedömningen utan den huvudsakliga uppgiften ska vara att fungera som ett stöd (Bateman & Saha, 2007). I Sverige har olika försök gjorts för att kombinera olika riskindikatorer för att få bra underlag vid en bedömning. Det har varit svårt och idag delas barntandvården in i olika riskgrupperingsystem – kariesrisk, parodontal risk samt avvikande risk vid bettutveckling (Gillhof & Kvist, 2013)

Studier som undersökte frekvensen av riskbedömning utförd av tandvårdspersonal är få, men enligt en studie av Twetman et al. (2013), utförde 73% av tandläkare riskbedömning men endast 14% använde sig av olika riskbedömningsverktyg.

Det finns olika riskbedömningsverktyg som används i Sverige. De vanligaste bedömningsprogrammen är R2, EFFICA och Cariogram.

Beslutsstöd R2

Riskbedömning med stöd av R2 utförs i samband med varje klinisk undersökning, dvs den befintliga profilen för varje patient omprövas vid varje revisionstillfälle. Bedömningen ska grunda sig på lämplig diagnostik som utgår från anamnes, status inklusive röntgenbilder och i vissa fall eventuella remissvar.

R2 är ett riskbedömningsprogram där programmet delar in riskgrupperingen i tre delar (Gillhof & Kvist, 2013).

- 1- Patientens status beskrivs utifrån variablerna karies, parodontit, teknisk risk, implantat, erosion, bettutveckling, övrig risk samt självskattad munhälsa. Variablerna beskrivs då en bedömning görs.
- 2- Patientens beteende beskrivs med hjälp av variabler som beskriver olika faktorer som kan påverka risken för sjukdomsutveckling. En bedömning och angivna värden ges av behandlaren.
- 3- Risk för att utveckla sjukdom visas med hjälp av munhälsoprofil. Olika tillstånd synliggörs genom att staplar för olika sjukdom som t.ex. karies, parodontit eller erosion ändrar färg. Alla variabler är beroende av varandra och graderas olika för olika patienter.

Riskgruppering EFFICA

EFFICA är datoriserad riskbedömning som ger automatiska förslag på riskgrupp beroende på status och anamnesuppgifter som registrerats vid den kliniska undersökningen. Revision och vårdprogram kan lätt kopplas till patientens riskgrupp. Modellen består av fyra olika riskområden – karies, parodontal, teknisk och allmän risk. Områdena består av antal parametrar

som fylls i av behandlaren. Därefter blir ett revisionsintervall kopplat till riskgrupp och ett vårdprogram uppstår (Gillhof & Kvist, 2013).

Cariogram

Ett riskbedömningsprogram som med hjälp av cirkeldiagram belyser patientens kariesrisk. En positiv förändring av riskprofilen kan fås genom att exempelvis tillföra fluor i vardagen. Kariesetiologiska faktorer programmeras in som sedan vägs samman och visar kariesrisken och orsaken till kariesuppkomsten. Cariogram kan även ge förslag till olika preventiva åtgärder beroende på vilken riskgrupp som patienten tillhör (Hänsel & Petterson, 2003; Pettersson & Twetman, 2015).

Problemformulering

Riskbedömning utförs dagligen men få studier har undersökt tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet gällande riskbedömning och riskbedömningsverktyg. Det finns studier som visar att många använder sin magkänsla mer än riskbedömningsverktyg vid riskbedömning (Twetman, 2016). Det finns en variation gällande tandvårdspersonals behandlingsbeslut och detta kan leda till att det blir svårt att avgöra om den riskbedömning som görs grundar sig på ett vetenskapligt behandlingsbeslut eller ej (Bader & Shugars, 1995; Knutsson & Rohlin, 2001). Hälsohögskolan har ett forskningssamarbete med Folktandvården Region Kronoberg och Region Skåne som avser att studera riskbedömning av ungdomar samt utveckla alternativa metoder för att prediktera karies. Examensarbetet är en del av detta projekt som avser att studera legitimerad tandvårdspersonals uppfattning och erfarenhet av att arbeta med riskbedömningsverktyg.

Syfte:

Syftet är att utforska tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet av kariesriskbedömning hos barn- och ungdomar.

Metod

Design

Designen som använts hade en kvalitativ forskningsansats där insamlingen skedde med hjälp av individuella semistrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkmann 2014). Avsikten med denna design var att tandvårdspersonalen själva skulle beskriva sin uppfattning och erfarenhet kring riskbedömning.

Urval

Studiepopulationen bestod utav totalt 12 deltagare, sex tandläkare och sex tandhygienister.

Urvalet anpassades efter studiens syfte. Ett strategiskt urval har därför tillämpats baserad på deltagarnas representativitet, de skulle ha erfarenhet av att arbeta med riskbedömning (Kvale & Brinkman, 2014). Författaren hade planerat att endast inkludera tandvårdspersonal från Kronobergs län. På grund av svårighet att rekrytera deltagare fick författaren ta ett nytt beslut och inkluderade därför tandvårdspersonal från Folktandvården Region Skåne, där befintlig kontakt bidrog till att rekrytering kunde genomföras.

En förfrågan med information om studien skickades via e-mail till Folktandvården Kronobergs kansli (Bilaga 2). Kansliet i Kronobergs län har i sin tur förmedlat författarens önskan till verksamhetscheferna i Kronoberg. Tack vare denna kontakt anmälde sig tre deltagare till att medverka i studien.

Via forskning- och utvecklingschefen för Folktandvården Skåne, fick författaren kontaktuppgifter till ordförande i tandhygienistföreningen i Skåne. Författaren kontaktade ordförande via e-post och telefon och beskrev studien och dess syfte (Bilaga 2). Ordförande kontaktade sedan verksamhetschefer och klinikchefer i Skåne och fick totalt nio deltagare att anmäla sitt intresse till att medverka i studien.

Samtliga respondenter kontaktades av författaren, via e-post, för att få mer information om studien och tillvägagångssättet för intervjun och för att boka tid för intervjuer (Bilaga 3). I informationsbrevet fanns information om studiens syfte. Inklusionskriterier som användes för att begränsa urvalet var att endast legitimerad personal som undersökte barn och ungdomar som infaller inom kostnadsfri tandvård skulle delta i studien. Ingen hänsyn skulle tas gällande kön, ålder och antal år som verksam. Med detta hoppades författaren möjliggöra en variation vad gäller utbildning och erfarenhet.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer. En pilotintervju genomfördes inledningsvis för att kontrollera om intervjuguiden hade förmågan att svara på studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2011). Deltagarna i pilotintervjun representerade studiens målgrupp som bestod av en tandläkare och en tandhygienist. Justering gjordes efter pilotintervjun i form av hur frågorna ställdes, detta för att inte ha ledande frågor och få bättre flöde genom intervjun.

Intervjuerna utgick från en tidigare sammanställd intervjuguide (bilaga 1) som bestod av fem bakgrundsfrågor och tio huvudfrågor som gällde för alla men följdfrågorna skiljde sig då det baserades på svar som uppkom vid intervjun. Frågorna var utarbetade med öppna svar och tillhörande följdfrågor eller stödord för att kunna utveckla samtalet och få respondenterna att fritt tala från sina egna erfarenheter (Kvale, 2007; Kvale & Brinkman, 2014; Polit & Beck, 2012). Avslutningsvis blev respondenterna tillfrågade om de önskade tillägga något eller om de hade några funderingar (Gillham, 2008; Wibeck, 2012).

Intervjuerna genomfördes under respondenternas arbetstid och de fick välja plats själva eftersom miljön skulle kännas tryggt. Intervjun gjordes med hjälp av videokommunikations programmet ZOOM. Det är ett nätbaserat möte som sker från dator till dator via internet. Under det mötet kunde författaren och respondenten se och tala med varandra. Varje intervju spelades in och transkriberades så nära in på intervjun som möjligt, i möjligaste mån direkt efter intervjun eller samma dag. Detta för att inte glömma bort eller missa viktig information (Gillham, 2008). Enligt Kvale & Brinkman, (2014), är inspelning av intervju viktigt då det underlättar genom att kunna lyssna flera gånger på materialet vid transkribering.

Analys

Syftet med analysen var att göra en sammanställning av text och den insamlade data. Metoden som användes är kvalitativ innehållsanalys där det primära är att skapa olika kategorier som klargör, belyser innehållet i intervjuerna. Målet är att få fram meningsbärande enheter/teman (Kvale & Brinkman, 2014).

Intervjuerna gavs ett nummer för att avidentifiera materialet men även för att kunna härleda citat till specifika personer utan att avslöja identitet. Vid en innehållsanalys är målet att hitta likheter och olikheter i deltagarnas svar (Gillham, 2008). För att öka studiens resultat och trovärdighet, redovisas citat från respondenterna (Malterud, 2014).

Efter en noga genomgång av transkriberingen valdes meningsbärande meningar som var relevanta för syftet ut. Sedan kondenseras meningsenheterna där målet med detta var att korta ner texten men samtidigt ha kvar innehållsrik information. De kondenserade meningsenheterna delades in i underkategorier och kategorier. I resultatdelen kan detta i löpande text beskrivas vad de betyder och hur de hänger ihop, (Bryman, 2011), se tabell 1.

Enligt Yin (2013), kan data demonteras på olika sätt. Författaren kan själv välja vilka delar som ska kodas eller inte. Han menar att vissa teman kan kodas medan andra inte behöver det. De båda tillvägagångssätten kan tillämpas, det finns ingen gyllene regel kring det. Därför har författaren i denna rapport valt att utesluta kodning vid innehållsanalysen.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Underkategori | Kategori |
|---|--|--|--------------------------|
| ...bra hjälpmedel för att man bedömer olika men man får ett hum och likvärdig bedömning med andra professioner. | Likvärdig bedömning mellan olika professioner vid riskbedömning. | Likartad bedömning | Samsyn |
| ...hjälpmedel för att kunna bedöma och fånga in riskpatienter helt enkelt. | Underlättar vid bedömning av kariesriskpatienter | Förenklar bedömning av kariesrisk-Patienter | Kvalitetsaspekt |
| ...och då brukar jag göra en egen Bedömning | Litar mer på min magkänsla och erfarenhet | Magkänslan mer pålitlig | Erfarenhet och magkänsla |
| ...ligger efter i tid och då kanske man bara fyller i att så var det ungefär, typ. | Brist på tid och resurs leder till felaktig inmatning och fel riskbedömning. | Tids och resursbrist leder till felaktig inmatning och riskbedömning | Barriärer |

Etiska aspekter

Oavsett vilken studie som ska göras, är det viktigt att tänka på de forskningsetiska principerna; informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2011). De etiska aspekterna är viktiga inom alla studier med deltagare då det är viktigt att deltagarna inte riskerar att bli lidande av studien samt att respektera deras eventuella önskan att allt som sägs inte får publiceras.

Metoden i denna rapport är en kvalitativ intervju och då är bland annat informationskravet, informerat samtycke är en viktig punkt. Författaren bör vara ärlig och öppen kring sin studie. All deltagande är frivilligt och med ett frivilligt samtycke menas att ett medgivande tillstånd har lämnats utan några påtryckningar eller begränsningar. Respondenterna ska vara medvetna om att de kan använda sig av samtyckeskravet under hela arbetsgången, dvs att de kan själva bestämma över sin medverkan. En annan viktig del är att de är medvetna om konfidentialiteten,

som innebär att informanternas identitet inte kan identifieras vid publicering av resultatet (Bryman, 2011).

Högskolans etiska egengranskning har utförts tillsammans med handledare innan datainsamlingen startade.

Förförståelse

Tack vare författarens förförståelse kring preventivt arbete inom tandvården uppstod tanken att genomföra studien och enligt Malterud, 2014, kan förförståelse fungera som en trigger för att studera ett område mer. Författaren har varit verksam inom tandvården och har därför tänkt på sin förförståelse. Många gånger kan det ses som en styrka att ha erfarenhet inom det som ska studeras. Det kan leda till en ökad tillförlitlighet då det är viktigt med kunskap inom området för att kunna ställa frågor som är utvecklande och öppna. Författaren upplever riskbedömning som en viktig del inom tandvården och vill gärna ta del av hur andra inom tandvården upplever riskbedömning.

Resultat

Resultatet till denna studie visar att tandvårdspersonalen hade erfarenhet av att använda riskbedömningsverktyg, där R2 var det verktyg som samtliga använt. Respondenterna anger att R2 är ett bra hjälpmedel vid riskbedömning men uppfattas inte pålitligt och därför gör många respondenter sin riskbedömning utifrån sin magkänsla i kombination med sin erfarenhet.

Det var 12 intervjuer och utav dessa var det sex tandläkare och sex tandhygienister. Det varierade mellan 2-35år mellan respondenternas yrkesverksamma år och erfarenhet. Samtliga respondenter hade läst sin utbildning i Sverige eller komplettera sin utländska utbildning senare i Sverige.

Efter att sammanställning och analys gjorts, framkom tre olika huvudkategorier bestående av; *Magkänsla, God kvalitet och Barriärer*. I varje kategori bildades det sju underkategorier. Se tabell 2.

Tabell 2. *Kategorier och underkategorier*

| Underkategorier | Kategorier |
|-------------------------------------|-------------------|
| Tidigare erfarenheter | Magkänsla |
| Patientberättelser | |
| Samsyn | God kvalitet |
| Kalibrering | |
| Riskbedömning – en viktig parameter | |
| | |
| Tid och resursbrist | Barriärer |
| Opålitlighet | |

Magkänsla

Magkänsla var något som byggts upp av erfarenhet och ansågs vara något som vuxit med åldern hos respondenterna. Magkänsla upplevdes många gånger som något mer än bara en känsla, det var en upplevelse av något som inte kändes helt rätt. Riskbedömning av barn och ungdomar är inte något nytt verktyg, det har gjorts i många år och enbart varit baserad på erfarenheter, magkänsla och sunt förnuft. Det har inte funnits några direkta kriterier eller

vägledning utan det har mer varit magkänslan som styr bedömningen men idag upplevs metoden som används som en beprövad metod som också är effektiv vid riskbedömning.

Kategorin magkänsla är uppbyggd av underkategorierna: *Tidigare erfarenheter och Patientberättelse.*

Tidigare erfarenhet

Samtliga respondenter ansåg att svårigheterna med riskbedömning är att de upplever att de behöver gå in och justera vissa parametrar i riskbedömningsverktyget. Flera uttryckte det att i början av arbetslivet hände det oftare och många gånger kunde det bero på att de var sämre på att fylla i rätt från början men tack vare en längre erfarenhet har det blivit bättre. En helhetsbild av patienten och hjälp av magkänslan blir ändå bedömningen relativt korrekt enligt flertalet respondenter.

”Det är egentligen när magkänslan säger nånting annat, då ändrar man...” (tdl 2)

”Ibland måste man använda sunt förnuft och inte bara gå efter vad programmet säger” (tdl 4)

Patientberättelse

Patientens berättelse gällande olika kariesriskfaktorer kan påverka bedömningen som görs. Respondenterna upplevde att patientens personliga situation utifrån den egna berättelsen kan leda till en bättre uppskattning av tandvårdsbehovet. Det kan många gånger stärka eller motsäga den bedömningen som verktyget kommer fram till.

...ska vi tänka på annat sätt...för ibland kommer det ju fram saker eller berättelser från patienten som inte kom fram vid undersökningen... (tdl 3)

God kvalitet

Kvalitet var något som respondenterna lyfte fram under intervjun. De ansåg att det är viktigt med en säkerställning av vården och ett gott kvalitetsarbete där det innebär att införa rutiner som fungerar för att undvika att misstag görs. Det är viktigt att som behandlare känna att patienten får en behandling som känns tryggt. Syftet med riskbedömning är att fungera som

en utgångspunkt för att kunna erbjuda rätt vård till rätt patient och hitta högriskpatienterna i god tid.

Kategorin god kvalitet är uppbyggd av underkategorierna: *Samsyn, Kalibrering, Underlätta bedömning.*

Samsyn

Samsyn och bestämda rutiner är viktiga faktorer vid en riskbedömning ansågs av många respondenter. En viktig förutsättning för att tandvårdspersonal ska kunna prestera väl är deras förmåga att skapa en bra samsyn. Det är även viktigt att komma ihåg att alla tolkar saker på sitt sätt men en samstämmighet bland personalen kan leda till en bättre bedömning och det ökar våra möjligheter att arbeta bättre tillsammans.

”...vi är många som arbetar med det och hanterar patienterna...bra att vi har någorlunda samsyn...” (tdl 2)

Kalibrering mellan behandlare

Respondenterna ansåg att kalibrering mellan vårdgivare är viktig men samtidigt får de inte glömma bort att olika individer gör olika bedömningar. Det framkom även att det diskuteras mycket kring riskbedömning generellt och det är många som tänker och tycker olika men alla försöker att kalibrera sig trots att det inte alltid blir riktigt. Men majoriteten av samtliga respondenter upplevde att det blir mer rätt när ett verktyg finns att använda och att alla gör likadan värdering vid riskbedömning.

En bra vårdplan med kalibrering av personalens kunskaper ansåg samtliga respondenter ger många gånger en bra grund för bra en bra arbetsstämning där en tillit till varandra uppstår.

”Vi försöker att kalibrera på terapimötena så vi gör på samma sätt” (thy 3)

Underlätta bedömning

Riskbedömning av barn och ungdomar är ett viktigt redskap och en noggrann kariesriskbedömning kan leda till en minskning av sjukdomsriskerna och dess utveckling. Många upplevde att kariesriskgrupperingen var en väldigt liten men viktig del av riskbedömningen. Flera respondenter uttryckte att de upplevde att riskbedömning med fördel

kan användas som ett redskap för att lättare kunna upptäcka högriskpatienter. Respondenter med flera års erfarenhet var medvetna om att det finns vissa patientgrupper som löper en större risk att kunna utveckla karies. De såg en vinst med att tidigt kunna identifiera dessa riskindivider för att kunna sätta in åtgärder som får dessa grupper att minska.

”Det positiva är att det är indelat i bra kategorier, då får man lite hum om patienten...vad patienten kan ligga i för stapel” (thy 1).

”Jag är lite noggrannare när det är kariespatienter...kariespatienter är jag mer kritisk och liksom kollar lite noggrannare om det verkligen stämmer” (tdl 6)

Barriärer

Respondenternas erfarenhet av att använda riskbedömningsverktyg var att det fanns olika former av barriärer som både kunde härledas till arbetsmiljö och själva riskbedömningsverktyget i sig. Genom att hålla ett lugnt och behagligt arbetstempo kan en stressig situation undvikas. För många patienter kan besöket hos tandvården vara skrämmande och då är det viktigt att miljön känns lugnande och avkopplande. Men många gånger är det svårt att tillgodose patienten på det planet då tandvårdspersonalen ligger efter med kallelser och känner att den vård som patienterna egentligen behöver och har blivit utlovade inte kan ges, leder detta till otillfredsställelse och stress hos tandvårdspersonalen. Det är viktigt att tiden och kompetensen används och prioriteras bättre av folktandvårdskliniker för att minska att stress uppstår hos personalen.

Kategorin barriärer är uppbyggd av underkategorierna: *Tid- och resursbrist och Opålitlighet.*

Tid- och resursbrist

Många utav tandläkarna som intervjuades angav olika orsaker till att riskbedömningen inte alltid blev som de tänkt. Några av de olika anledningarna var tids- och resursbrist och dålig helhetssyn av patienten. De ansåg inte att tiden fanns för att de skulle sätta sig in patientens historia. Av tandhygienisterna var det fåtalet som upplevde att tidsbristen var anledning till att riskbedömningen blev lidande. Resursbrist kan ha en negativ inverkan på bedömningsförmågan. Detta kan leda till felaktig riskbedömning av de barn och ungdomar som är i störst behov av tandvård men som inte får den behandling de bör ha. Tiden får styra hur bedömningen blir.

"...man ligger efter i tid och då kanske man bara fyller i att så här var det ungefär, typ." (thy 5).

"...tid och resursbrist...det är lätt att man underskattar patienten...att man gör dom friskare än dom är, framför allt de små barnen." (thy 2).

Opålitlighet

Respondenterna upplevde att riskbedömningsverktyg som innehåller fler variabler och där mer information kan läggas in, blir mer tillförlitlig än när det är enskilda variabler som i de flesta riskbedömningsverktygen. Vid en riskbedömning så läggs riskfaktorer och olika tecken på risk samman och en bedömning görs. Det skiljde sig en del mellan yrkeskategorierna vad gällde tillit till riskbedömningsverktyget R2. Majoriteten av tandhygienisterna som intervjuades kände ingen större tillit till verktyget. De upplevde inte att bilden av patienten blev rättvis men vad gäller tandläkarna så fanns det några som helt förlitade sig på riskbedömningsverktyget och endast gick efter bedömningen som kom fram då.

"Gillar instrumentet och att man får en struktur men den är inte 100%." (tdl 1)

"Man får egentligen inte röra eller göra ändringar men det gör alla ändå..." (thy 3)

Metoddiskussion

Anledningen till att en kvalitativ intervjustudie valdes som metod var att syftet bestod av att belysa tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet kring kariesriskbedömning. Intervjuer kan kännas som flexibla då det finns möjlighet att följa upp exempelvis känslor som uppkommer under intervjun. Detta kan inte göras vid en enkätundersökning (Henricsson & Billhult, 2012). Intervjustudier är tidskrävande då de olika faserna – planering, genomförande och efterarbete tar mycket tid. Alternativet hade varit att använda en enkät men det hade inte varit lika lätt att få respondenternas rätta upplevelse och erfarenhet av riskbedömning, vilket också bekräftas i en studie av Yin, 2013.

Tack vare att pilotintervjun gjordes, kunde frågornas validitet i intervjuguiden kontrolleras samt att intervjutekniken utvecklades (Olsson & Sörensen, 2011; Kvale & Brinkman, 2014). En viss modifiering fick även göras då frågorna inte kändes tillräckligt öppna.

Då en viss osäkerhet kring huruvida riskbedömning utövas inom privata sektorn, valdes enbart personal inom allmäntandvården att ingå i studien.

Orsaken till att endast välja tandläkare och tandhygienister var att båda professionerna genom sin legitimation har ett vårdansvar samt arbetar med och undersöker barn och ungdomar.

Respondenternas varierande ålder och erfarenhet ses som en styrka i denna studie då syftet varit att utforska tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet.

En annan styrka är att helhetsbilden av problemet ses och uppfattas av respondenter med olika mycket erfarenhet. Att intervjua få deltagare med mycket och olika erfarenhet kring ämnet är viktigare än att intervjua många deltagare med en begränsad erfarenhet (Henricson & Billhult, 2012; Kvale & Brinkman, 2014).

En del valde att genomföra intervjun på arbetsplatsen medan andra kände sig mer bekväma och avslappnade i deras hemmamiljö. Henricsson & Billhult, (2012) skriver också att det är av stor vikt att platsen och tiden för intervjun baseras på deltagarnas villkor.

Det är viktigt att börja med att kräva tillåtelse av de som ska spelas in vid en videokommunikation. Det enklaste sättet att göra detta på är att innan intervjun startar, läsa upp samtyckesblankett för respondenten och få dennes godkännande (Yin, 2013), vilket författaren gjorde, (bilaga 4). Inspelningen gjordes för att underlätta transkriberingen samt för att inte värdefull information skall gå förlorad. Ibland uppfattades det att respondenterna som intervjuades under sin arbetstid upplevde ett stressmoment då de hade en tid att passa. Det kan leda till att svaren inte blir helt uttömnda på grund av tidspress.

Intervjun löpte på bra och tack vare att den semistrukturerade intervjuguiden innehöll öppna frågor kunde författaren också så småningom se ett mönster i respondenternas svar. Tystnader uppstod flertalet gånger under intervjuerna. Dels kan det vara tankeverksamhet hos respondenterna men det kan också vara att de behövde betänketid. Kvale och Brinkman (2014), menar att en tystnad från respondenten även kan betyda att det handlar om en situation som kan upplevas jobbig. En tystnad och betänketid kan medföra mindre stress och starkare tillförlitlighet i respondenternas svar.

Kvalitativ innehållsanalys har gjorts vid bearbetning av intervjuerna. Författaren har själv gjort studien men en kalibrering skedde i samråd med en kollega som gjorde liknande studie. Detta för att ytterligare stärka tillförlitligheten i studien. Redovisning av analys och kategorier/underkategorier har gjorts med hjälp av tabeller, som gör att studien får en större tillförlitlighet.

En önskan att intervjua fler än 12 respondenter fanns men en mättnad hade uppnåtts då ett mönster av svar sågs efter ett antal intervjuer. Eftersom resultatet visar uppfattning och erfarenhet kring riskbedömning kan en tillförlitlighet och trovärdighet ses i resultatet (Kvale & Brinkman, 2014; Malterud, 2014). Författarens förförståelse fick inte påverka resultatet så därför var det viktigt att kontrollera så att egna erfarenheter eller tankar kring ämnet inte uttrycktes under arbetets gång. För att öka tillförlitligheten ytterligare och minska risken för att resultatet ska vara baserat på författarens förförståelse, har även citat från respondenterna inkluderats i resultatet vilket också kan visa att studiens syfte är besvarat (Kvale & Brinkman, 2014; Malterud, 2014). Författaren vill med detta visa att tillförlitligheten och trovärdigheten i studien är hög.

Resultat diskussion

Huvudresultatet visade att tandvårdspersonalen uppger att de gör sin riskbedömning utifrån sin magkänsla och erfarenhet. Detta stärks av Twetman et al, 2013, som också visade att brist på kunskap kring riskbedömning leder till att tandvårdspersonal litar hellre på sin magkänsla och erfarenhet. Tre huvudkategorier bildades där de fångade in magkänsla, kvalitet och barriärer. I resultatet framkom det att riskbedömningsverktyget var en viktig parameter som underlättade bedömning av riskpatienter tack vare magkänslan. En god kvalitet bestående av samsyn och

kalibrering mellan behandlarna kunde leda till en bättre och lättare riskbedömning. Resultatet visade även att barriärer i form av tids och resursbrist samt stress hos tandvårdspersonalen kunde leda till felaktig bedömning.

Resultatet i aktuell studie visade att respondenterna ansåg att magkänslan var mer pålitlig och att riskbedömningsverktyget mer fungerade som ett hjälpmedel. De respondenter med många års erfarenhet upplevde magkänslan och den egna tidigare erfarenheten som en metod som använts i många år och som alltid hade fungerat. De upplevde inte att det kunde skilja sig så mycket mellan deras bedömning och bedömningsverktyget. Detta kunde även stärkas i en studie gjord av Svensäter et al (2008), där det framgår att behandlare med mycket klinisk erfarenhet jämförde sin kliniska bedömning, magkänslan, med riskbedömningsverktygen och hade därmed lättare att korrigera den. I annan litteratur gick det att finna att den kliniska undersökningen och en korrekt anamnes av patientens tidigare karieshistoria var de viktigaste källorna tillsammans med den erfarna klinikerns subjektiva bedömning (Fejerskov et al, 2015). En fråga som hade kunnat diskuteras vidare med respondenterna var vad magkänsla är för dem? Magkänslan eller den kliniska känslan är inte något som uppstår hos en behandlare med ringa erfarenhet utan något som utvecklas under arbetsåren. Alla behöver inte mena samma sak och det hade varit intressant att se om det skiljde sig mellan svaren.

Diagnostik inom tandvården behöver inte bara innebära diagnostik av tandsjukdomar eller orala sjukdomar utan det är en sammanvägning av patientens historia gällande bland annat krav, ekonomi och psykosociala faktorer. Samtliga respondenter menade att även efter en grundlig anamnesupptagning kan det vara faktorer som kommer fram senare. Genom att samtala med patienten får man en holistisk syn på patienten och dess berättelse. Rekommendationen för en mer rättvis bedömning av patienten är en bra och tydlig dialog mellan patient och behandlare, behandlarens magkänsla samt riskbedömningsverktyget. De ansåg inte att riskbedömningen som görs med hjälp av verktyget bör vara hugget i sten. Verktyget vet inte vad det är för patient som sitter i stolen utan den gör sin bedömning utifrån data som matades in och det gick inte att jämföra med den kliniska bilden och känslan. Det ska vara flexibelt vid bedömning och ett helhetsperspektiv ska vara i fokus och den bästa behandling bör ges utifrån patientens behov.

Studie gjord av Petersson et al (2017), har jämfört riskbedömning baserad på tandvårdspersonalens bedömning utifrån deras magkänsla samt ett riskbedömningsprogram. Konklusionen av deras studie var att bedömningen blev samma oavsett hur den gjordes vad

gäller patienter med låg risk att utveckla karies men vid bedömning av högriskpatienter, skiljde det sig markant. Kan det bero på att tandvården friskförklarar många patienter på grund av till exempel resursbrist eller kunskapsbrist? Detta var något som nämdes under intervjuerna, att många barn och ungdomar bedöms som friska när de i själva verket är sjuka och riskpatienter. Det är ett allvarligt fel som görs och som måste åtgärdas för att inte bli värre. Vad är det då som orsakar att bedömningen blir fel? Är det stress eller tidsbrist? Kan det också vara bedömningsverktyget som gör en felaktig bedömning och på grund av resursbrist så förbises det?

God kvalitet på professionernas sätt att arbeta var en betydelsefull del som kom fram under intervjun. Vad gäller samsyn mellan behandlarna ansåg majoriteten av respondenterna att det var en viktig del. Alla individer är olika och bedömer på olika sätt. En bra kalibrering mellan behandlarna kunde bidra till en bra vårdplan och arbetsstämning med tillit till varandras kompetens. I litteraturen stod det beskrivet att en bättre kalibrering mellan behandlare är viktigt. Detta kunde göras med hjälp av regelbundna möten eller övningar som hade som mål att minska skillnaderna mellan tandvårdspersonalens syn på kariesriskbedömningar (Fejerskov et al, 2015). En studie gjord i USA, visade att kalibrering mellan behandlarna med specifika riktlinjer ledde till en bättre riskbedömning (Douglas et al, 2017). Författaren anser att gemensamma riktlinjer och rutiner kan styra mot en tandvård som är mer enhetlig och det kan leda till en bättre samsyn. Tillit till olika professioner måste stärkas, samtidigt som många nämnde att det egentligen inte spelade någon roll vem som var vårdgivare, bara det är en validitet av verktyget som används. De ansåg att målet med riskbedömning ändå var att alla vill samma sak, det vill säga; göra en bra och rättvis bedömning av patienten.

Studien visade även att kariesriskbedömning är ett bra verktyg samt att det underlättar bedömningen. Alla riskbedömningsverktyg har en begränsad validitet, det vill säga att verktyget inte alltid stämmer överens med verkligheten (SBU, 2007). Idag tas hänsyn till fler faktorer vid riskbedömning än vad som gjordes tidigare, anser respondenterna med flera års erfarenhet. Detta tack vare olika verktyg som användes för att kunna hitta kariesriskpatienter mycket snabbare. Fontana et al (2011), kunde påvisa att tillägg av flera parametrar kunde förbättra riskbedömningen. De menade att nästa steg vore att validera ytterligare faktorer så som familjeförhållanden, ekonomisk status, kostfaktorer eller hälsotillstånd kunde läggas in för en noggrannare riskbedömning. Frågan som uppstår är om det i praktiken skulle fungera att tillägga fler parametrar i riskbedömningen samtidigt som det kan uppfattas på fel sätt av

patienten att behöva bli tillfrågad om dess ekonomiska status eller utbildning. En fundering hos författaren som uppstått är vad för påverkan ett tillägg av mätning och diagnostiskt test av saliven kan påverka vid riskbedömning. Vissa studier visar att det är en viktig och många gånger avgörande faktor vid riskbedömning medan andra studier menar att mätning av saliven inte har någon som helst påverkan vid karies och kan därför strykas vid riskbedömning (Agouroloulos et al, 2019; Isberg et al, 2010). Eftersom studierna skiljer sig tyder detta på att metoden är bristfällig och mer forskning och utveckling kring ämnet behövs.

En barriär som framkom tydligt hos tandläkarna var att tids och resursbrist var ett stort problem. Många upplevde stress i arbetet och det ledde till att patientomhändertagande blev lidande. Frågan om flera parametrar skulle läggas till kom upp men responsen var att ett tillägg skulle försämra kariesriskbedömningen och att många upplevde stress när det ställdes stora krav på noggrannhet hos behandlarna vid fastställande av patienter med ökad risk för bland annat karies. Anledningen till att de olika yrkeskategorierna tyckte så olika om riskbedömningsverktyg och riskbedömning generellt berodde troligtvis på stress, tidsbrist samt den ekonomiska pressen.

Majoriteten av respondenterna kände inte någon tillförlitlighet kring riskbedömningsverktyget. Att riskbedömningsverktyget fungerar på ett optimalt sätt är viktigt, för att kunna fastställa tillförlitligheten hos verktyget.

Det är viktigt att behandlaren ställde frågor som var betydelsefulla och följdfrågor för att skaffa sig en bättre uppfattning om patientens kariesrisk. Vissa riskpatienter kommer klassas som icke riskindivider medan de som har låg risk kommer bedömas som hög riskpatienter. Detta kan i sin tur leda till vinster för tandvården vad gäller teamarbete och bättre rutin med kallelser (Senneby et al, 2015). En missbedömning vid riskbedömning kan leda till negativa följder, både för patienten och samhället då en fel vårdinsats ges och risken för att utveckla mer sjukdom ökar hos patienten.

Slutsats

Syftet med denna studie var att utforska legitimerad tandvårdspersonals uppfattning och erfarenhet av kariesriskbedömningen hos barn och ungdomar. Tre huvudkategorier; magkänsla, kvalitet och barriärer med tillhörande underkategorier togs fram som kunde härledas till tandvårdspersonalens uppfattningar. Bedömningsverktyget R2 uppfattas vara praktiskt bra och riskbedömer patienten men det finns tveksamheter ifall patienten verkligen hamnar i rätt riskgrupp. Riskbedömningsverktygen anses behöva utvecklas och bearbetas för att kunna fungera på ett optimalt sätt. Många gör sin bedömning utifrån sin magkänsla och erfarenhet då det finns barriärer som skadar tillförlitligheten till riskbedömningsverktyget. Personalens synpunkter är viktiga att ta i beaktning men mycket är inte studerat.

Idag finns det många bra rutiner och kvalitetssäkringar som används vid riskbedömning men många är inte ultimata och det finns en hel del att göra inom riskbedömning. Mer forskning behövs för att utvärdera verktygen för att kunna underlätta arbetet för tandvårdspersonalen samt kring beslutsprocessen, då resultatet har visat att det är en variation på hur patienten riskbedöms.

Tack

Ett stort tack till min handledare Malin Stensson som hjälpt och stöttat mig att genomföra denna studie. Tack även alla de personer som ställde upp och deltog i min studie.

Referenser

- Agouropoulos, A., Birpou, E., Kavvadia, K., Twetman, S. (2019) *Validation of different Cariogram settings and factor combinations in preschool children from areas with high caries risk*. International Journal of Pediatric Dentistry.29(4):448-455.
- Alm, A., Wendt, LK., Koch, G. (2008). *Dental treatment of the primary dentition in 7-12 year-old Swedish children in relation to caries experience at 6 years of age*. Sweden Dental Journal. 28(2): 61–6.
- André Kramer, AC., Skeie, M., Skaare, A., Espelid, I., Östberg AL. (2014) *Caries increment in primary teeth from 3 to 6 years of age: a longitudinal study*. European Arch Pediatric Dentistry. 15(3):167–173.
- Bader, JD & Shugars, DA. (1995). *Variation in Dentists' Clinical Decisions*. Journal of Public Health Dental. 55: 181-204.
- Bateman, GJ & Saha, S. (2007). *A brief guide to clinical guidelines* British Dental Journal. 203: 581-583.
- Burt, B. (2005) *Concepts of risk in dental public health*. Department of Epidemiology, School of Public Health, University of Michigan. 33(4):240–7.
- Bryman, Alan. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. [rev.] (2 uppl.) Malmö: Liber.
- Douglas, A., Young, Bernadette Alvear Fa., Nicholas Rogers & Peter, Rechmann. (2017) *The effect of calibration on caries risk assessment performance by students and clinical faculty*. Journal of Dental Education. 81(6):667-674.
- Fejerskov, O., Nyvad, B., & Kidd, E. (eds) (2015) *Dental Caries: The disease and its clinical management*. 3rd Edn. Oxford, Wiley Blackwell.
- Fontana, M., Jackson, R., Eckert, G., Swigonski, N., Chin, J., Ferreira Zandona, A., Ando, M., Stookey, G.K., Downs, S. (2011). *Identification of caries risk factors in Toddlers*. Journal of Dental Research. Volume 90(2):209-14.
- Francisco, Elena M., Freudenthal, Jacqueline J., Johnson, Tara L., Louis, G. (2013) *Dental hygienists' knowledge, attitudes and practice behaviors regarding caries risk assessment and management*. Journal of dental hygiene.87(6):353–61.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun – Tekniker och genomförande*. Studentlitteratur. Malmö AB.
- Gillhof, S & Kvist L. (2013). *Stödsystem/riktlinjer för riskbedömning av oral hälsa*. Odontologiska fakulteten.
- Grönqvist, Erik (2004). *Selection and moral hazard in health insurance*, Stockholm School of Economics.
- Henricsson, M. & Billhult, A. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Hjern, A., Grindefjord, M., Sundberg, H., Rosen M. (2001). *Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden*. Community Dentistry and Oral Epidemiology;29(3):167–74.

Hjern, A. & Grindefjord M. (2000). *Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden*. Ethnicity & health;5(1):23–32.

Hänsel Petersson, G., Twetman, S., Bratthall D. (2002). *Evaluation of a computer program for caries risk assessment in schoolchildren*. Caries Res (36):327-40.

Hänsel Petersson, G. (2003). *Assessing caries risk: using the cariogram model*. Swedish Dental Journal. Supplement. (158):1-65.

Isberg, P-E., Petersson, G H., Twetman, S. (2010) *Caries risk assessment in school children using a reduced Cariogram model without saliva tests*. BMC Oral Health. (10):5.

Knutsson, K. & Rohlin, M. (2001). *Vad vet vi om tandläkares behandlingsbeslut?* Odontologi. (12):189–204.

Kramer, A-C. (2018). *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescent – clinical and register-based studies*. Institute of Odontology. Gothenburg. 52(1-2):42-50.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Mejäre, S., Axelsson, G., Dahlén, I., Espelid, A., Norlund, S., Tranæus & S. Twetman (2014) *Caries risk assessment. A systematic review*. Acta Odontologica Scandinavica. 72(2):81–91.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Petersen, P.E (2008). *World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007*. International dental journal. 58(3):115-21.

Petersson, G.H., Åkerman, S., Isberg, P-E., Ericson, D. (2017) *Comparison of risk assessment based on clinical judgement and cariogram in addition to patient perceived treatment need*. BMC Oral health. (17):13.

Petersson, G.H. & Twetman, S. (2015) *Caries risk assessment in young adults: a 3-year validation of the cariogram model*. BMC oral health. (15):17.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rechmann, P. & Featherstone JDB. (2014). *Quality Assurance Study of Caries Risk Assessment Performance by Clinical*

Faculty Members in a School of Dentistry. *Journal of Dental*. 78(9):1331–8.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Karies - diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling - En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2007; SBU-rapport nr 188. ISBN 978-91-85413-21-8.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004) *Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 169. ISBN 91-87890-96-8.

Selwitz R H., Ismail A I., Pitts N B. (2007). *Dental caries*. *Lancet*. (369):51–59.

Senneby, A. Mejare., I. Sahlin., NE. Svensater, G., Rohlin, M. (2015). *Diagnostic accuracy of different caries risk assessment methods. A systematic review*. *Journal of Dental*. 43(12):1385–93.

Socialstyrelsen (2004). Kompetensbeskrivning för legitimerad tandhygienist.

Hämtad:181207

https://www.srat.se/globalassets/tandhygienisterna/dokument/kompetensbeskrivning_for_tandhygienist.pdf

Socialstyrelsen – karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2017.

Hämtad:190210

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21245/2019-2-23.pdf>

Socialstyrelsen – tillståndet och utvecklingen inom hälso – och sjukvården samt tandvård. Lägesrapport 2016. Hämtad 190210

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20105/2016-3-16.pdf>

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, SkaPa. (2017). *Årsrapport*. Karlstad.

Svensäter, G., Davies, J., Hänsel Petersson, G., Knutsson, K., Neilands, J., Rohlin, M. (2008). *Risk, riskbedömning och prevention*. *Tandläkartidningen*. (9):70-76.

Tandvårdslagen. SFS 1985:125.

Hämtad 190201

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125

Twetman, S. (2016). *Caries risk assessment in children: how accurate are we?* *European Archives of Paediatric Dentistry*. Volume 17, Number 1, Page 27

Vetenskaprådet. (2011). *God forsknings ed*.

Hämtad 190510

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vårdprogram för allmän- och ungdomstandvård, region Skåne 2019.

Hämtad 190606

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/tandvard/regelverk---fillistning/vardprogram-for-barn--och-unga-vuxna-2019.pdf>

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och Metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Polzkal, Polen: Studentlitteratur. PP 390–405.

Yin, Robert K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Studentlitteratur. Lund.

BILAGA 1.

Intervjuguide

Bakgrundfrågor

- Vad är din profession?
- Hur länge har du arbetat som legitimerad tandläkare/tandhygienist?
- Hur länge har du arbetat med barn- och ungdomar?
- Hur länge har du arbetat med riskbedömning och hur ofta gör du riskbedömning?

Erfarenhet

- Hur ser du på riskbedömning? Varför?
- Vad är din erfarenhet av att arbeta med riskbedömning i din profession?
Anser du att det är något positivt/negativt? Varför?
- På vilket sätt använder du riskbedömning i ditt arbete?
Skulle du kunna använda det på annat sätt?
- När under patientbehandlingen, utför du riskbedömningen?
Före/efter? Fyller du i under tiden?
- I vilken utsträckning använder du bedömningen?
- Anser du att detta är tillräckligt?
- När du använder dig av riskbedömning, ingår alla barn-och ungdomar?
Om nej, varför? Vad bestämmer urvalet?
- Vilken riskbedömningsmetod anser du vara bra och varför? Känner du till alla olika metoder? Vad anser du är skillnaderna mellan dem?
Varför just den du valt?
- Hur upplever du dina kunskaper kring riskbedömning generellt?
Anser du att dessa kunskaper är tillräckliga och om inte, vad har du i så fall gjort åt detta?
- Vad anser du är möjligheter/svårigheter med att använda riskbedömning i ditt arbete?
Kan du ge exempel?

Avslutande

- Vill du lägga till något ytterligare om dina erfarenheter av att arbeta med riskbedömning?

Allmänna följdfrågor

- Kan du utveckla...
- Berätta gärna mer om...
- Hur menar du? Kan du utveckla det...
- Kan du ge exempel...

Till verksamhetschefen/klinikchef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”tandvårdspersonals uppfattning och erfarenhet kring riskbedömning – en intervjustudie”

Riskbedömning utförs dagligen inom allmäntandvården och vi vet idag att nuvarande riskbedömningsmodeller är bra på att identifiera friska individer, men mindre bra på att identifiera individer med risk för karies och parodontit. För att kunna identifiera dessa individer och för att kunna ge dem individanpassad vård behövs därför utvärderingar. För att utvärdera individanpassad riskbedömning avseende karies och parodontit hos ungdomar har ett nytt forskningsprojekt i Region Jönköping och Kronoberg. Som en del av detta forskningsprojekt och för att få en djupare förståelse för hur och vilken uppfattning tandvårdspersonal arbetar med riskgruppering önskar vi därför att utföra intervjuer med tandvårdspersonal.

Jag söker deltagare till min magisteruppsats där syftet med studien är att studera tandvårdspersonalens uppfattning och erfarenhet av kariesriskbedömning. Inklusionskriterier för studien är att urvalet är begränsad till endast legitimerad personal som undersöker barn och ungdomar. Totalt kommer 12st legitimerade tandhygienister/tandläkare att intervjuas varav dessa bör komma från liten resp. stor klinik.

Jag vore tacksam om Du kunde bjuda in alla till studien för att jag sedan ska kunna kontakta de som anmäler sitt intresse. Deltagandet i studien kommer vara frivillig och insamlad material kommer att behandlas konfidentiell. Resultatet av studien kommer att publiceras skriftligt och informanternas identitet kommer inte att avslöjas. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt, dvs deltagarnas identitet kommer inte kunna identifieras vid publicering av resultatet

Ansökan kommer att skickas till Etiska rådet vid institutionen för hälsovetenskap i Oral Hälsa vid Jönköpings universitet.

Studien ingår som ett examensarbete i magisterprogrammet för oral hälsa.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna min handledare.

Med vänlig hälsning

Zahra Roshandel
Leg. Tandhygienist
Studerande på magisterprogrammet oral hälsa

Epost: zahra.roshandel@ju.se

Handledare
Malin Stensson
Universitetslektor
Centre for Oral Health, Department of Natural
Sciences and Biomedicine
Epost: malin.stensson@ju.se

BILAGA 3

Informationsbrev till studiedeltagare

Tandvårdspersonals uppfattning och erfarenhet kring riskbedömning – en intervjustudie

Riskbedömning utförs dagligen inom allmäntandvården och vi vet idag att nuvarande riskbedömningsmodeller är bra på att identifiera friska individer, men mindre bra på att identifiera individer med risk för karies och parodontit. För att kunna identifiera dessa individer och för att kunna ge dem individanpassad vård behövs därför utvärderingar.

För att utvärdera individanpassad riskbedömning avseende karies och parodontit hos ungdomar har ett nytt forskningsprojekt i Region Jönköping och Kronoberg. Som en del av detta forskningsprojekt och för att få en djupare förståelse för hur och vilken uppfattning tandvårdspersonal arbetar med riskgruppering önskar vi därför att utföra intervjuer med tandvårdspersonal.

Jag skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta ca 30min och genomförs av mig. Du får själv föreslå plats för intervjun.

Med din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är frivilligt och Du kan närsomhelst avbryta utan att behöva ange varför. Den information som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, ingen obehörig får tillgång till den.

Studien ingår som ett examensarbete i magisterprogrammet för oral hälsa.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Zahra Roshandel
Leg. Tandhygienist
Studerande på magisterprogrammet, oral hälsa

Epost: zahra.roshandel@ju.se

Handledare
Malin Stensson
Universitetslektor
Centre for Oral Health, Department of Natural
Sciences and Biomedicine
Epost: malin.stensson@ju.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien: Tandvårdspersonals uppfattning och erfarenhet kring riskbedömning – en intervjustudie

Jag har också tagit del av informationen om att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta närsomhelst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke att delta i studien.

Underskrift av deltagare

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer