



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Helsekompetanse i møte med pasienter og pårørende på tannklinikken

En kvalitativ studie av tannlegers og tannpleieres erfaringer

Marte Wæraas Amundsen og Emilie Robertsen Hanssen

Masteroppgave i klinisk odontologi, ODO-3306, mai 2023.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt.....	4
2. Metode	5
2.1 Intervju	5
2.2 Behandling og analyse av data	7
2.3 Etiske refleksjoner	8
2.4 Datahåndtering	8
3. Resultater	9
3.1 Bakenforliggende faktorer.....	9
3.2 Tilleggsutfordringer	12
3.3 Møte pasienter med lav HL.....	16
4. Diskusjon.....	20
4.1 Diskusjon av resultater.....	20
4.2 Diskusjon av metode.....	26
5. Konklusjon.....	28
6. Referanser	29
7. Vedlegg	32
Vedlegg 1.....	32
Vedlegg 2.....	34
Vedlegg 3.....	37

Forord

I vår studiehverdag kommuniserer vi nesten daglig med pasienter om generell helse, oral helse, sykdomsforebygging og helsefremming. Kort tid etter vi begynte å arbeide med pasientkontakt oppdaget vi at pasienter ofte holder tilbake relevant helseinformasjon, virker usikre på å ta valg angående egen helse og umotiverte til å gjøre tiltak for å bedre egen oral helse. Samtidig oppdaget vi at i noen tilfeller kan dette endres dersom man bruker tid på å forklare hvorfor vi som tannhelsepersonell trenger helseinformasjonen om pasienten, hva de ulike valgene går ut på og konsekvensene dersom de ikke velger å gjøre tiltakene vi anbefaler. Det var dette som inspirerte oss til valg av oppgave. Til slutt ønsker vi å takke vår fantastiske veileder førsteamanuensis Linda Stein for god hjelp og veiledning, hennes unike kunnskap på området og positive vesen har vært uvurderlig. Vi vil også takke tannlegene og tannpleierne som har stilt opp og delt av sine erfaringer.

Sammendrag

Bakgrunn

Helsekompetanse er et begrep som er aktuelt både nasjonalt og internasjonalt. Å kunne få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon er viktig for å ivareta den orale helsen, og lav helsekompetanse er assosiert med dårlig oral helse. Imidlertid er det sparsomt med forskning på helsekompetanse i en tannhelsekontekst i Norge.

Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan tannhelsepersonell opplevde pasienters og pårørendes helsekompetanse i møter på tannklinikken og hvilke erfaringer de hadde når det gjaldt kommunikasjon med disse individene.

Metode

Vi benyttet kvalitativ metode. Datamaterialet ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju av seks tannhelsepersonell. I forkant av intervjuene ble det utformet en intervjuguide som ble benyttet til å gjennomføre intervjuene. De innsamlede dataene ble transkribert og tolket ved bruk av tematisk analyse.

Resultater

Tre hovedtema med tilhørende undertema ble identifisert; bakenforliggende faktorer, tilleggsutfordringer og å møte pasienter med lav helsekompetanse. Informantene hadde god erfaring med mange pasientgrupper og hadde mye kunnskap om hvilke grupper av pasienter som har lav helsekompetanse. Bakenforliggende faktorer informantene mente kan være felles for individer med lav helsekompetanse var blant annet sosioøkonomisk status, alder, rus og psykiatri, samt å ha utenlandsk opprinnelse. Det kom også fram tilleggsutfordringer i møte med pasientene, som informasjonskilder, institusjoner og foreldre. Informantene delte erfaringer om kommunikasjon og hjelpemidler for å bedre denne.

Konklusjon

Tannlegene og tannpleierne vi intervjuet opplevde at bakenforliggende faktorer var med på å forklare helsekompetansen og at enkelte tilleggsutfordringer gjorde møter med pasientene mer krevende. Tannhelsepersonellet hadde gode innspill på tiltak som kan lette kommunikasjonen i møte med pasienter som har lav helsekompetanse. Funnene støtter viktigheten av at tannhelsepersonell har kunnskap om begrepet helsekompetanse og hvordan variasjoner i denne kan påvirke pasienters sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg. I fremtidige studier kan det være hensiktsmessig å se på helsekompetanse fra pasientens perspektiv.

Abstract

Background

Health literacy is a term which is in focus both nationally and internationally. Being able to access, understand, appraise and apply health information is important to maintain oral health, and low health literacy is associated with poor oral health. However, there is little research on health literacy in dental contexts in Norway.

Purpose

The purpose of the study was to explore how dental health personnel experienced the health literacy of patients and next of kins facing them in the dental clinic, and what experiences they have in communication with these individuals.

Methods

We used a qualitative methodology. The data material was collected through semi-structured interviews with six dental health personnel. An interview guide was created prior to the interviews and were used to conduct the conversations. The collected data was interpreted using thematic analysis.

Results

Three main themes with belonging sub-themes was identified; underlying factors, additional challenges and meeting patients with low health literacy. The informants had experience with a wide range of patient groups and had a lot of knowledge about groups of patients with low health literacy. It emerged that some of the underlying factors the informants thought could be associated with low health literacy were socioeconomic status, age, drug addiction, psychiatry and to be a foreigner. They also mentioned additional challenges like sources of information, institutions and parents. The informants shared experiences about communication and aids to improve this.

Conclusion

The dentists and dental hygienists we interviewed experienced that underlying factors could help explain the health literacy of patients and that additional challenges made patient meetings more demanding. The dental health personnel shared measures to ease the communication in meeting with patients of low health literacy. The findings support the importance of that dental health personnel have knowledge of the term health literacy and how variations in this can influence patients' disease management, coping and self-care. In future studies it may be appropriate to explore health literacy from the patient's point of view.

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

God oral helse reflekterer individers evner til å tilpasse seg psykologiske endringer gjennom livet og opprettholde oral helse gjennom selvstendig egenomsorg. Til tross for at orale sykdommer stort sett kan forebygges er de fortsatt vanlig gjennom livsløpet og har store negative innvirkninger både på individer og samfunnet. På generell basis har den orale helsen blitt bedre de siste tiårene, men det er imidlertid ikke alle grupper i befolkningen som har nytt godt av dette. En sosial gradient kan sees mellom sosioøkonomisk status og både prevalens og alvorlighet av oral sykdom (Peres et al., 2019). Sosiale helseforskjeller er et tema som er mye i media. Det er for tiden stor oppmerksomhet rundt oral helse og sosial ulikhet. Mange opplever at de ikke har mulighet til å få den hjelpen de trenger. Det har skjedd endringer i hvordan man ser på helse og sykdom. Tidligere var en opptatt av å ha et funksjonelt tannsett, mens det i dag er et større fokus på estetikk, forebygging og livskvalitet. Det er kjent at oral sykdom fører til redusert livskvalitet.

Det er store sosiale helseforskjeller i dagens samfunn og hvilket miljø man er født inn i og vokser opp i har stor betydning for livskvalitet og livslengde. Små og store beskyttelses- og risikofaktorer man har med seg, virker inn på både hvilke valgmuligheter man har og hvilke valg man tar resten av livet. Disse faktorene er tett knyttet til sosioøkonomisk status. Eksempler på beskyttelsesfaktorer er foreldre med høy utdanning og inntekt, fysisk aktivitet og sunt kosthold. Eksempler på risikofaktorer er foreldre med kort utdanning og lav inntekt, røyking og usunt kosthold (Folkehelseinstituttet, 2022b). Både nasjonal og internasjonal forskning har vist at helsedeterminanter henger tett sammen med helsekompetanse (Le et al., 2021; Sørensen et al., 2012). Helsekompetanse (health literacy) innebærer individers kunnskap, motivasjon og kompetanse til å få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe beslutninger i hverdagen som omhandler helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming for å vedlikeholde og øke livskvaliteten gjennom livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Nasjonale og internasjonale kartlegginger viser at enkelte grupper er disponert for mangelfull helsekompetanse. Dette gjelder for eksempel personer med lav sosioøkonomisk status, individer som ikke har fullført videregående opplæring, personer med økonomiske utfordringer, utlendinger, personer med kroniske sykdommer og personer over 75 år (Sørensen et al., 2015). Flere studier har vist at lav helsekompetanse hos befolkningen er assosiert med dårligere oral helse, målt via ulike parametere. En studie fra 2018 viste at individer med begrenset oral helsekompetanse hadde et større antall manglende tenner (Baskaradoss, 2018). I en systematisk oversiktsartikkel fra 2017 kom det fram at lav oral helsekompetanse var assosiert med manglende tenner og klinisk festetap (Firmino et al., 2017). En annen studie viste at personer med begrenset oral helsekompetanse hadde flere tenner med karies og fyllinger (Lee et al., 2012). Flere kliniske studier har vist at personer med begrenset oral helsekompetanse har dårligere periodontal helse (Baskaradoss, 2018; Timková et al., 2020).

Paradokset er at individer med dårlig oral helse har stort behov for adekvat helsekompetanse, nettopp for å kunne forbedre helsen sin. God oral helse er en viktig del av det å ha god generell helse og livskvalitet. En av måtene man kan jobbe for å få bedre oral helse i befolkningen er å øke helsekompetansen, samt å møte pasienter med informasjon og behandling tilpasset den helsekompetansen de besitter. For å kunne oppnå dette er det viktig med informasjon, både om hvordan nivået på oral helsekompetanse er i befolkningen og hvordan man på best mulig måte kan formidle budskap slik at pasienter forstår det.

På den ene siden kan man si at barrieren på en tannklinikk er at pasienten har for lav helsekompetanse til å forstå og anvende informasjonen, mens man på den andre siden kan si at barrieren er tannhelsepersonells manglende kunnskap om tilnærming til pasienter (Stein et al., 2022). Det er helt nødvendig at tannhelsepersonell har kunnskap om hvordan en kan nå frem til pasienter med lav helsekompetanse. Dette reflekteres i den nye nasjonale retningslinjen for tannlegeutdanning som trådte i kraft i 2020. Det forventes at «kandidaten har kunnskap om begrepet helsekompetanse og hvordan variasjoner i helsekompetanse påvirker ulike pasient- og brukergruppers sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg» (Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning, 2020). Også i pasient- og brukerrettighetsloven er helsekompetanseperspektivet tatt med, selv om begrepet ikke nevnes eksplisitt.

Ifølge loven har pasienter rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, og informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En måte å sørge for dette er å gi informasjon som er tilpasset mottakerens helsekompetanse. En studie som så på pasienters brukermedvirkning innen helsetjenester viste at pasienter med lav helsekompetanse stilte færre spørsmål, oftere ba behandleren om å gjenta informasjon, og sjeldnere søkte ny informasjon (Katz et al., 2007). Systematiske oversiktsartikler har konkludert med at pasienter med begrenset helsekompetanse har vansker med å delta i avgjørelser angående sin egen helse, samt at de håndterer egen sykdom dårligere (Berkman et al., 2011).

I Meld. St 7 (2019-2020) la regjeringen fram en strategi for realisering av det de kaller pasientens helsetjeneste. Her er ett av målene at pasienter skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar i stedet for å være passive mottakere av helsehjelp. For å oppnå dette skal det blant annet jobbes for å styrke helsekompetansen i befolkningen (Regjeringen, 2019-2020). Samtidig kom det en strategi for å forbedre helsekompetansen i befolkningen, denne fokuserer blant annet på helsepersonell og ledere i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I 2021 kom det en rapport hvor helsekompetansen i befolkningen var kartlagt. Her kom det fram at én av tre voksne i Norge har utilstrekkelig helsekompetanse (Le et al., 2021). Dette viser at for mange individer er «pasientens helsetjeneste» langt fra å bli realisert. Helsekompetansen må heves for å kunne oppnå at alle pasienter er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar. Disse individene trenger tilpasset informasjon fra helsepersonell for å kunne ivareta sin egen helse best mulig.

Ifølge rapporten *Befolkningens helsekompetanse*, del 1 fra Le og medarbeidere fremheves det tre kontekster der helsekompetanse er spesielt viktig; i kontakt med helsetjenesten, når man skal forebygge og når man skal ta helsefremmende valg i hverdagen (Le et al., 2021). Innen *sykdomsforebygging* kan det for eksempel handle om personers evne til å forholde seg til informasjon om tannpuss, kosthold og regelmessige undersøkelser hos tannhelsepersonell. Ifølge rapporten mener 38% av befolkningen at det kan være vanskelig å finne informasjon innen sykdomsforebygging. Helsekompetanse innen helsefremming handler om å evne å gjøre handlinger som gir bedre helse og økt livskvalitet, både for seg selv, familie og samfunnet. Dette krever at man har kunnskap om faktorer som har innvirkning på helse.

Det kom også fram at mer enn hver tredje voksen i befolkningen synes det kan være veldig vanskelig å finne informasjon som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiested eller i nabolaget. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer *helsefremming* som en prosess som gir folk økt kontroll over og mulighet til å forbedre helse sin (World Health Organization, 1998). I følge Aglen og medarbeidere er helsefremming og sykdomsforebygging fundamentalt forskjellig, men fremgangsmetoder innen områdene kan kombineres så lenge man er bevisst på balansen mellom disse (Aglen et al., 2018). Helsekompetanse innen *helsetjenester* handler om å forstå hvordan helsevesenet er bygd opp når det kommer til hvor man skal henvende seg for profesjonell hjelp, videre skal man evne å finne relevant informasjon, samt å være aktiv i valg som angår sin egen helse. Det innebærer også å kunne forstå og etterleve informasjon, anbefalinger og instruksjoner fra helsepersonell, for eksempel om korrekt bruk av legemidler. Ifølge rapporten synes at 44% av befolkningen at det kan være vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger.

Det finnes få studier som har undersøkt helsepersonells forståelse av helsekompetanse, samt hvilke erfaringer helsepersonell har når det kommer til barrierer som personer med lav helsekompetanse kan støte på i helsetjenester (Lambert et al., 2014). Vi trenger mer kunnskap innen feltet og økt innsikt i hvilke erfaringer tannhelsepersonell har i forbindelse med å møte pasienter som har lav helsekompetanse, samt hvordan de tenker og handler i disse situasjonene. Mer kunnskap innen feltet kan føre til en bevisstgjøring av hvordan tannhelsepersonell forholder seg til helsekompetanse. Det kan gi bedre forståelse for hvordan man som tannhelsepersonell best mulig kan møte disse pasientene i kliniske situasjoner, tilrettelegge kommunikasjon og bidra til at pasienter får økt forståelse av egen helse og behandlingsoalternativer i sin situasjon.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvordan tannhelsepersonell opplevde pasienters og pårørendes helsekompetanse i møter på tannklinikken og hvilke erfaringer de hadde når det gjaldt kommunikasjon med disse individene.

2. Metode

Ifølge Kvale og Brinkmann er det problemstillingen som avgjør valg av metode (Kvale & Brinkman, 2019, p. 140). Da hensikten med oppgaven var å gi innsikt i tannhelsepersonells erfaringer med pasienter som har lav helsekompetanse valgte vi å benytte kvalitativ metode. Kvalitative metoder kan brukes for å finne ut mer om menneskelige egenskaper som blant annet erfaringer, opplevelser og tanker (Malterud, 2013).

2.1 Intervju

Rekruttering av informanter

For å rekruttere informanter til studien ble utvelgelsesprosedyren strategisk utvalg benyttet. Denne metoden innebærer å rekruttere informanter strategisk med tanke på egenskapene eller kvalifikasjonene som trengs for å belyse studiens problemstilling eller hensikt (Thaagard, 2009, p. 55). På grunn av begrensede rammer for masteroppgaven var det viktig at antallet informanter ikke ble for høyt. Vi tok i utgangspunktet sikte på åtte informanter, men etter seks intervju anså vi mengden informasjon som tilstrekkelig.

Vi antok at erfaringen til informantene kunne ha stor betydning for svarene vi kunne få, og etterstrebet derfor å finne informanter som mulig kunne ha kunnskap om pasientgrupper med lav helsekompetanse. Dette gjorde vi ved å bruke informanter med flere års erfaring, samt at de vi intervjuet jobbet i den offentlige tannhelsetjenesten. Disse møter alle grupper pasienter, i motsetning til tannhelsepersonell ansatt i privat sektor som i stor grad møter friske pasienter med god betalingssevne, uten like mange tilleggsutfordringer.

Et av tiltakene vi gjorde for å få informanter med relevant erfaring var å motta råd fra veilederen vår om en mulig informant med mye kunnskap på feltet. Vi spurte også informantene om de kunne anbefale andre mulige kandidater. Vi ønsket geografisk spredning, samt både kvinner og menn som informanter. Disse faktorene påvirket også hvordan rekrutteringen ble gjennomført. Informanter ble kontaktet ved at vi sendte "forespørsel om deltakelse til intervju" (vedlegg 1). Dette ble sendt til både enkeltpersoner og noen tannklinikker. De som hadde erfaringer med temaet og var interessert i å delta i studien tok kontakt med oss.

Vi intervjuet tre tannleger og tre tannpleiere, hvorav fem kvinner og én mann. De jobbet på seks ulike tannklinikker og erfaringen deres varierte fra 9 til 25 år. Informantene som ble intervjuet var bosatt i ulike deler av landet, fra nord til sør, både i bygd og by.

Intervjuguide

I studien ble det brukt semistrukturerte intervju, disse ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden ble laget i samråd med veileder. Vi valgte å dele den opp i tre hovedkategorier: helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming. Kategoriene ble valgt fordi de er en del av begrepet helsekompetanse (Sørensen et al., 2012). Til kategoriene lagde vi underkategorier med åpne spørsmål i hver kategori. Det var et varierende antall spørsmål i kategoriene, den minste hadde tre spørsmål og den største hadde åtte spørsmål. I intervjuene var det rom for å stille spontane oppfølgingsspørsmål dersom informantene ga informasjon som det ikke var laget spørsmål til på forhånd eller man ønsket at de skulle fortelle mer. Eksempler på oppfølgingsspørsmål var; «har du et eksempel på når dette har fungert?» eller «kan du utdype det du sa nå?». Det ble også brukt oppklarende spørsmål der det var nødvendig, som for eksempel; «forstår jeg deg riktig når jeg sier ...».

Vi testet intervjuet på hverandre med en midlertidig intervjuguide og endret denne i henhold til erfaringene det ga oss. Deretter gjorde vi et pilotintervju hver, dette ga oss erfaringer som vi brukte til å tilpasse intervjuguiden ytterligere. Tilpasningene som ble gjort var i hovedsak relatert til rekkefølge og utformingen av spørsmålene.

Gjennomføring av intervju

Når vi hadde fått kontakt med informantene ble tid og sted avtalt. Grunnet den geografiske spredningen ble de fleste intervjuene gjennomført via Zoom med opptaksfunksjon. Ved fysiske intervju brukte vi en digital lydopptaker, Olympus WS-450S. Vi gjorde tre intervju hver, og var ikke til stede under hverandres intervju.

I starten av intervjuet stilte vi noen oppvarmingsspørsmål for å bli kjent, få en myk start på intervjuet og samtidig få et innblikk i informantenes forståelse av begrepet helsekompetanse. Deretter ble de informert om hvordan dataene ville bli brukt, samt at de kunne avbryte intervjuet eller be om pause dersom de ønsket det. Informasjonen i “forespørsel om deltakelse i intervju” (vedlegg 1) ble repetert og vi mottok muntlig samtykke til deltakelse fra informantene.

Intervjuguiden ble brukt og det ble stilt spontane oppfølgingsspørsmål der det var rom for det. Avslutningsvis ble informantene spurt om de hadde noe de ville legge til. Omtrent halvparten benyttet seg av denne muligheten. Det korteste intervjuet varte 32 minutter og det lengste intervjuet varte 70 minutter.

2.2 Behandling og analyse av data

Transkriberingen av intervjuene ble gjort etter hvert som de ble gjennomført. Hver av oss transkriberte de intervjuene vi selv hadde gjennomført. Transkriberingen var ordrett og det ble til slutt 63 sider med transkribert materiale.

Analysemetoden som ble brukt var en hermeneutisk fortolkningsmodell, denne modellen innebærer at man kommer fram til en dypere mening ved å kritisk fortolke innholdet i en tekst. Det handler om å finne meningsstrukturer og betydningsrelasjoner ved å forsøke å finne ut hva som ligger bak det direkte utsagnet (Kvale & Brinkman, 2019, p. 234). Vi valgte å gjøre dette ved å bruke tematisk analyse, som ga oss mulighet til å utforske og tolke betydningen i datasettet (Braun & Clarke).

Vi startet analyseringen med at hver av oss og veileder leste de transkriberte intervjuene individuelt flere ganger og markerte ting som gikk igjen, samt viktige poeng og sitater. Deretter identifiserte vi flere tema hver for oss som vi i fellesskap reviderte. Vi endte opp med tre hovedtema; bakenforliggende faktorer, tilleggsutfordringer og å møte pasienter med lav helsekompetanse, samt tilhørende undertema (se tabell 1). Etter hvert som resultatene tok form ble rekkefølgen på temaene, samt informasjon sortert for å gi et så klart bilde som mulig, dette er et viktig steg i tematisk analyse.

2.3 Etiske refleksjoner

Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for vurdering i forkant av intervjuene, informasjonsskriv og intervjuguide ble også vurdert (vedlegg 3). Det var ikke nødvendig å søke Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da studien ikke inneholder helseopplysninger og regnes som helsetjenesteforskning.

Det ble laget et dokument med forespørsel om deltakelse i intervju (vedlegg 1), her ble deltakerne informert om fordeler og ulemper, samt hvilke rettigheter de har. Informantene som ønsket det kunne be om å få lese gjennom transkriberingen. Vi fikk informert samtykke fra informantene. Informantene hadde til enhver tid mulighet til å trekke seg fra studien og ble informert om dette. Vi har forsøkt å bevare anonymiteten til deltakerne ved å tildele ID, tilpasse sitater til bokmål og ta vekk eventuelle stedsnavn eller andre identifiserende faktorer.

2.4 Datahåndtering

I følge GDPRs artikkel 6 nr. 1 må all behandling av personopplysninger ha et lovlig grunnlag, et behandlingsgrunnlag (Personopplysningsloven, 2016). I dette tilfellet var behandlingsgrunnlaget samtykke, dette innhentet vi gjennom en forespørsel om deltakelse (vedlegg 1). Datamaterialet blir oppbevart på universitetets skyløsning Office 365, i en egen mappe hvor kun veileder og vi to studenter har tilgang, noe som samsvarer med interne retningslinjer. Lydopptakene vil slettes etter at oppgaven er godkjent i tråd med De nasjonale forskningsetiske komiteene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

3. Resultater

Gjennom den tematiske analysen ble det identifisert tre hovedtema med tilhørende undertema. Vi vil følgende gå nærmere inn på hvert tema.

Tabell 1: Studiens hoved- og undertema.

Hovedtema 1	Hovedtema 2	Hovedtema 3
Bakenforliggende faktorer	Tilleggsutfordringer	Å møte pasienter med lav helsekompetanse
Undertema: <ul style="list-style-type: none"> • Sosioøkonomisk status • Alder • Rus og psykiatri • Utlendinger 	Undertema: <ul style="list-style-type: none"> • Informasjonskilder • Institusjon • Foreldre/ledsager 	Undertema: <ul style="list-style-type: none"> • Hjelpemidler • Kommunikasjonsferdigheter • Bruk av tolk • Motivasjon/interesse

3.1 Bakenforliggende faktorer

Alle informantene hadde en viss formening om hva begrepet helsekompetanse innebar og kunne nevne flere grupper de forbandt med lav helsekompetanse. Noen av de hadde mye kunnskap rundt begrepet, mens andre bare hadde hørt om det. De fleste tenkte at begrepet innebar kunnskap om og forståelse av helse. Når vi fortalte om begrepet og tidligere forskning som er gjort var det tydelig at informantene kunne kjenne igjen forskningsresultatene i sin kliniske hverdag.

Sosioøkonomisk status

Grupper som ble nevnt flere ganger var personer med lav sosioøkonomisk status, og spesielt lavt utdanningsnivå.

«Det er jo dessverre sånn at det er de som har lavt utdannede foreldre, som er lavt utdannet selv, som kanskje syns det er vanskelig å ta inn over seg den informasjonen vi gir.» (ID5)

En av informantene snakket om å arve vaner fra foreldre. Enkelte pasienter skylder på dårlige tenner, men dette kan forklares med at man ikke har blitt lært å opprettholde god oral helse av sine foreldre. Det ble trukket fram at dette ofte henger sammen med sosioøkonomisk status. Det var en som fortalte om spesifikke samfunn eller grupper som skiller seg veldig ut fra resten av befolkningen når det kommer til både oral helse og andre områder. Typiske trekk er at de får barn tidlig, og mange barn, mor er hjemmeværende. Det ble beskrevet som et gammeldags familiemønster, der det er lite fokus på oral helse. Informanten hadde inntrykk av tydelig lav helsekompetanse blant disse. En av informantene fortalte at man ser tendenser og sammenhenger, for eksempel at kariesproblematikk går igjen i slekter og distrikter. En annen påpekte også at det kan være store variasjoner innad i befolkningsgrupper. Det ble trukket fram at forskjellene er tydelig mellom sentrum og periferi.

“Opplever i forhold til min jobb at jeg ser veldig stor forskjell på foreldre og pasienter hvis jeg ser på de som kommer i fra utkantstrøket, altså fiskeribygdene utad og de som er i bykjernen på en måte.” (ID1).

Alder

Flere av informantene snakket en del om ungdom i intervjuene. Da i forbindelse med at dette er en gruppe de jobber mye med og flere av de fortalte at det kan være en utfordrende gruppe. Når det gjelder kommunikasjon går mye gjennom foreldre, men etter hvert som barna blir eldre vil de ta mer av kommunikasjonen med tannhelsepersonell selv. Ungdom ble nevnt flere ganger når det kommer til hvilke grupper som har dårlig motivasjon. Noen mente dette kan forklares av alderen, at det er mye annet å tenke på og at de er opptatt av andre ting.

“Det er mye som svirrer i hodet, det er tøft å være ungdom.” (ID1)

En informant snakket om at dårlig motivasjon hos ungdom ofte henger sammen med livet ellers, at man gjør det dårlig på skolen, ikke har det så bra og har dårlige søvnrutiner. En annen informant snakket om utfordringer knyttet til det å flytte hjemmefra tidlig, at rutinene sklir ut når det gjelder både oral hygiene og kosthold.

“Vi jobber en del med de som har flyttet på hybel allerede som 17-, 18-, 19-åringer. Det skli ut med brus og tannpuss, de har ikke gode rutiner. Det er ofte der det går skikkelig ille i forhold til tannstatusen. Men jeg har også hatt 14-åringer som bor hjemme, har ressurssterke foreldre, de vet hva de skal gjøre, men de gidder bare ikke å gjøre det.” (ID5)

Det ble også nevnt at noen kanskje ikke blir fulgt opp av foreldre i den grad de bør. Et par mente også at noen av ungdommene bare er slurvete eller ikke bryr seg.

Eldre og kronisk syke var grupper som ikke ble nevnt når informantene ble spurt om hvilke grupper de forbandt med lav helsekompetanse, men en fortalte om en eldre person som eksempel på lav helsekompetanse. Vedkommende røykte, hadde høyt kolesterol, bevegde seg lite og hadde hjerteproblematikk i familien. Han var enig i at det burde gjøres forandringer, men argumenterte med at foreldrene var friske og levde lenge til tross for at de røykte. Først når han ble alvorlig syk tok han alvorret innover seg og fikk til å endre livsstil.

«Da ble han skremt nok, da ble det alvorlig nok.» (ID3)

Rus og psykiatri

Flere av informantene nevnte at pasienter med psykiske problemer kan ha lav helsekompetanse. Ruspasienter er også en gruppe som ble nevnt av noen. De forklarte at disse pasientgruppene ofte har mange andre problemer som tar energi, at de ikke har kapasitet til å ta vare på egen oral helse. At de kan ha det vanskelig, og at tennene ikke blir prioritert i dårlige perioder.

«Når de (voksne psykiatrispasienter) er inne i en dårlig periode så har de ikke ork til å ta vare på seg selv og da blir ikke tennene prioritert. Tennene blir uvesentlig, rett og slett.» (ID3)

Utlendinger

Innvandrere er en gruppe som de fleste av informantene nevnte i forbindelse med lav helsekompetanse. De kunne fortelle om utfordringer når det kommer til ulik kulturell bakgrunn, og flere nevnte også at språk kan være utfordrende. Manglede språkforståelse gjør kommunikasjon vanskelig. En fortalte at språkbarrieren ofte blir mindre og mindre etter hvert som pasienten bygger opp språkkunnskaper og kompetanse.

Og at dette gjerne går fort når det gjelder barn som begynner på skole eller i barnehage, men at en hjemneværende mor ofte er en mye større utfordring. En nevnte at i noen kulturer kan det å drikke brus være tegn på rikdom.

«Men man ser jo tendenser og det er mye karies, og vanskelig å endre vanene hos mange av våre nye landsmenn synes jeg.» (ID3)

3.2 Tilleggsutfordringer

Informasjonskilder

Alle informantene hadde opplevd at pasienter har fått informasjon via massemedia. Flere opplevde at pasientene har misforstått eller ikke forstått den informasjonen de har funnet eller blitt eksponert for. De nevnte reklame, “pop-ups” på Facebook, Google, ukeblader og tv som vanlige kilder. En informant opplevde at de fleste pasientene ikke har evne til å skille mellom informasjonen i reklame eller “pop-ups” på Facebook og faginformatjon.

“Det er mye man kan mistolke når man ikke har forståelsen.” (ID2)

Flere informanter nevnte Google, og en av disse opplevde at pasienter hadde googlet og gjennom det hadde en formening om hvilken behandling som skulle gjøres. En annen opplevde at man som behandler må være trygg på kunnskapen sin, god i jobben sin og ha en god formidlingsevne for å kunne konkurrere med de andre kildene pasientene bruker.

“Jeg føler det er viktig å ose trygghet, og å vise at man er til å stole på.” (ID3)

Reklame ble nevnt flere ganger. En av informantene var opptatt av at reklame og tilfeldig informasjon på tv/internett ikke er tilpasset den enkelte pasient, men at man som behandler gir individtilpasset informasjon. En informant hadde opplevd at pasienter hadde lest om HELFO-rettigheter i ukeblader og derfor mente de hadde krav på refusjon ved tannbehandling. Flere informanter hadde hatt pasienter som var skeptiske til fluorider etter å ha fått informasjon gjennom massemedia. Noen hadde opplevd at pasienter avsto fra bruk av fluorider og at dette senere hadde fått konsekvenser for den orale helsen. En informant mente at hun ikke hadde opplevd foreldre med høyere utdanning som hadde avstått fra bruk av fluorider.

“Jeg har opplevd foreldre som har lest at fluor er farlig og at Hitler under krigen ga det til befolkningen for at de skulle tilpasse seg hans ønsker.” (ID1)

En informant opplevde ukentlig at karies, Molar-Incisiv-Hypomineralisering (MIH) og fluorose ble misforstått etter at foreldre hadde lest om det på internett. Det samme gjaldt barnebelegg, hvor informanten opplevde at foreldre som leste om det på nett og misforsto alvorlige traumer for å være helt ufarlig barnebelegg.

Institusjoner

Alle informantene opplevde at den orale hygien på ulike institusjoner var for dårlig. Flere nevnte at det er veldig varierende hvordan helsekompetansen til personalet er. De nevnte vikarer, stor utskifting av personell, kultur og manglende tid og ressurser som viktige momenter. En sa at stabilitet og engasjement var viktig. Flere mente at personale kan oppleve tenner og munn som ekkelt og derfor kvier seg for å gjennomføre munnhygienerutiner. Noen opplevde at det er for lite informasjon om oral helse i andre helsefaglige utdanninger. En mente at økt kunnskap om oral helse og grundigere opplæring i hvordan oral hygiene skal gjennomføres ville gjort det enklere for personalet å gjennomføre oral hygiene på beboere/pasienter. En opplevde det som svært vanskelig for sykehjem å gjennomføre det tannhelsepersonell hadde anbefalt og gitt opplæring i. En av de mer erfarne informantene sa at etter hennes erfaring krever det mye kontakt og arbeid for å gi bedre oral helse på institusjoner fordi de har det travelt.

“Hvis vi ønsker bedre tannhelse på institusjonene må vi jobbe for det der. Det kommer ikke av seg selv fordi de har det travelt og har mer enn nok å gjøre. Derfor krever det mye kontakt og samarbeid.” (ID3)

Mange av informantene var inne på at pasientene som bor på institusjoner kan være utfordrende å samarbeide med, blant annet ble demens nevnt. Flere opplevde at demenspasienter er veldig greie å samarbeide med på tannlegekontoret, men at personalet rapporterer om utfordringer i det daglige. En av informantene nevnte at det var vanlig med tvangsvedtak for generell hygiene, men at hun ikke hadde opplevd at dette ble brukt for å kunne gjennomføre oral hygiene.

“Det virket nesten som det var mer skadelig å holde de litt for å pusse i munnen og få ut protesene enn det å vaske dem bak.” (ID4)

Foreldre og ledsagere

Informantene fortalte om varierende opplevelser i møte med foreldre når barna skal til undersøkelse eller behandling. Enkelte følger ikke med, viser lite interesse og gjør heller andre ting. Informantene uttrykte imidlertid at de fleste er interesserte, følger med og viser at de vil det beste for barna. En oppga at mange av foreldrene søker bekreftelse på jobben de gjør hjemme og blir veldig fornøyd hvis de får litt skryt. Flere av informantene nevnte mobiltelefon som en forstyrrende faktor, ved at den tar vekk fokuset til mange av foreldrene under besøket på tannklinikken.

«Foreldrene var mer til stede før, skjønner du hvorfor?» (ID3)

En fortalte at i tilfeller hvor foreldrene er veldig opptatt av telefonen bruker hun å si direkte at nå må de høre etter for nå kommer det en viktig beskjed. Dette gjør ofte at de følger med resten av timen. En annen bruker kroppsspråk for å vise hva som ønskes av foreldrene. For eksempel å sette stolen sin nært og snu seg mot de for å få kontakt, slik at de legger bort telefonen. Det ble også nevnt at å snu seg vekk fra foreldrene, og vende seg mot barnet i tilfeller hvor foreldrene svarer når barnet kanskje skulle ha pratet selv kan være et godt virkemiddel. På spørsmål om hvilke foreldre som overkjører barna i kommunikasjon mente informantene at foreldrene ofte står for kommunikasjonen dersom barnet er litt sjenert. Det ble også nevnt at dersom foreldrene er veldig kjappe å svare på barnet sine vegner, og barnet prater svært lite selv, blir man ofte ekstra oppmerksom både når det kommer til undersøkelsen og hvordan barnet ellers ser ut og oppfører seg. Flere av informantene hadde tanker om at det ikke nødvendigvis er foreldrene med lav helsekompetanse som bruker telefonen mest når barna er i tannlegestolen. De nevnte foreldre med høy sosioøkonomisk status som kanskje er litt stresset, har mye å gjøre på jobben og bruker tiden på dette. En av informantene mente at det er mest fedrene som bruker mobiltelefonen, men hadde ingen formening om hvorfor det er sånn. En annen informant foreslo at mobilbruk kan handle om at forelderens selv er engstelig.

At foreldrenes helsekompetanse spiller en viktig rolle for barnas orale helse var det flere som kom inn på.

En nevnte også at foreldrenes eget forhold til tannhelsetjenesten har stor betydning. Dersom en forelder selv har problemer med å forholde seg til tannhelsepersonell kan det ofte være vanskelig.

«Hvis foreldrene har lav helsekompetanse så er det jo barna det går utover. De kommer først når den tanna er helt nedkariert, eller de melder seg etter et traume når det allerede har blitt en byll. Og da blir det vårt første møte med et barn som har vondt og vi må sette i gang med å trekke og vi har ingen mulighet til noen gradvis tilvenning og ingen mulighet til å følge opp slik som det er meningen at vi skal. Det blir bare rett på behandling. De vet hvor de skal henvende seg, men de gjør det ikke alltid i tide.» (ID6)

Det kom fram at kostholdsveiledning hos barn av foreldre med lav helsekompetanse kan være svært krevende. Flertallet av informantene snakket om at kostholdsvanene til foreldrene ofte har svært stor betydning for hvilke vaner barna deres har. Vanen med brusdriking blir tatt som eksempel av flere, at denne uvanen gjerne gjelder hele familien.

«Fordi foreldrene selv drikker det. Så jeg opplever vel kanskje at noen er lydhør, men andre merker du at ikke er interessert. Kanskje spesielt de du ser på og skjønner at de er brusdrikkere selv. Da er det vanskelig.» (ID6)

Noen fortalte om foreldre som unnskylder det med at barna bare henter seg brus i kjøleskapet, men informantene var tydelig på at det er foreldrenes ansvar hva barna har tilgjengelig av mat og drikke. I den sammenhengen var det en av informantene som belyste at enkelte foreldre har forstått at sukker er skadelig for tennene, men ikke at mat og drikke med lav pH også er det. Foreldrene argumenterer med at de kun bruker sukkerfri saft, noe som gjør det tydelig at de mangler kunnskap om erosjonsskader. Det samme gjelder småspising, noen foreldre sliter med å forstå at dette kan være skadelig for tennene selv om maten barnet inntar ikke inneholder sukker.

3.3 Møte pasienter med lav HL

Hjelpemidler

Alle informantene brukte visuelle hjelpemidler for å formidle informasjon til pasienter, eksempler på dette var modeller, tegninger, røntgenbilder, videoer og demonstrasjoner. Noen informanter brukte skriftlig informasjon som pasientene kunne lese etter behandling, i fred og ro. Her ble Dental Info nevnt. Det er et informasjonssystem for tannklinikker i Norge som inneholder informasjon om ulike tema med visuelle hjelpemidler som illustrasjoner, fotografier og filmer, samt utskrivbar pasientinformasjon (Ferrule media). Noen klinikker og fylker hadde også laget egne brosjyrer og plansjer. Alle informantene brukte repetisjon for å sørge for at pasientene forsto hva de har pratet om, de fleste gjennom at pasienten selv måtte repetere informasjonen. En informant nevnte at hun gjerne skulle gjort dette med alle pasientene, men at tiden ikke strekker til i en hektisk arbeidshverdag. Flere opplevde at mange pasienter ikke kunne gjenfortelle det de hadde sagt.

«Men det er en del av jobben vår å forsikre oss om at budskapet blir mottatt slik som vi ønsker. Men jeg blir veldig overasket noen ganger over hva som blir gjenfortalt – man har aldri noen garanti i forhold til hvordan det man sier blir oppfattet.» (ID3)

En informant med lang erfaring opplevde at det er mer fokus på at pasientene skal få og forstå informasjon nå, enn da hun begynte å arbeide. Flere pratet om viktigheten av å tilpasse informasjonen til mottaker, og viktigheten av å begrense informasjonen til det som er viktigst her og nå for den enkelte pasient. En informant mente det var viktig å gjøre ferdig behandling før informasjon ble gitt.

“Jeg syns det er viktig å gjøre meg ferdig, få opp tannlegestolen og la pasienten vite at nå skal vi ikke være i munnen din i det hele tatt. Da puster de lettet ut.” (ID3)

Kommunikasjonsferdigheter

Alle informantene opplevde at pasienter kunne ha vanskelig for å beskrive helseproblemene sine. En nevnte helseskjema, og at noen pasienter sier de er frisk og har ingen sykdommer, men så viser det seg at de faktisk bruker flere medisiner. En annen mente at mange skjemmes av egen tannstatus og bare unnskylder seg for at det er så ille, i stedet for å beskrive hva det er som er galt. Mens en tredje nevnte kostholdsanamnese, hun opplevde at pasientene svarte at

de spiste vanlig mat og ikke kunne utdype hva de mente med dette. Flere brukte smerte som eksempel, de mente at pasientene ikke kunne beskrive smerten, de vet bare at det er vondt. To informanter fortalte at når de forsøkte å spørre om smerten er dunkende/bankende så svarer pasientene bare at det gjør vondt.

«Det kan fort være at det ringer inn en pasient som sier at den har litt vondt, så viser det seg at det er kjempealvorlig. Eller så kan det ringe inn noen å si at det har så vondt at de ikke kan bite, og så er det nesten ingenting.» (ID5)

En informant mente at grunnen til at pasientene har utfordringer med å beskrive plagene sine kunne skyldes at de sliter med å finne et større spekter av ord, og at dette kunne ha sammenheng med utdanningsnivå og integreringsstatus.

Flere informanter opplevde at pasientene synes det kan være vanskelig å ta aktive valg. De mente at tannhelsepersonell er flinke til å gi pasientene valg, men til tross for forklaringer med visuelle hjelpemidler har de utfordringer med å ta et selvstendig valg. Flere opplevde at pasientene ofte forsøker å få tannhelsepersonellet til å ta valget.

«De sier ofte at det er jo dere som er eksperter.» (ID4)

Bruk av tolk

Nesten samtlige informanter var positive til bruk av tolk.

«Ja, jeg bruker alltid tolk. Det holder ikke at pasienter kan svare på spørsmål som ja eller nei. Jeg skal jo ofte forklare ting som er relativt kompliserte, og da har jeg stort sett veldig positiv erfaring med det.» (ID6)

Den siste informant var mot bruk av tolk og begrunnet det i at tolken ikke har fagkunnskapen som kreves og at man kan gjøre seg forstått mer enn man tror med de få ordene man kan, gestikulering, mimikk og ansiktsuttrykk. Flere av de andre informantene opplevde det også som et problem at tolken ikke har fagkunnskap. En informant opplevde at når hun sa en kort setning, snakket tolken veldig lenge når det skulle oversettes, og ble derfor

skeptisk til hva tolken egentlig viderefremidlet. Noen ganger ønsket hun å be tolken oversette tilbake igjen for å finne ut hva den egentlig hadde sagt.

“Det er veldig vanskelig fordi det sitter jo en som har språkkunnskaper, men som ikke har tannhelsekunnskapen. Så jeg tror det er vanskelig å oversette det vi sier.” (ID4)

En informant mente at man klarte å kommunisere nok til å gjøre en undersøkelse uten tolk, og at man derfra kunne bestemme om det var nødvendig med tolk. Dersom det skulle gis informasjon opplevde hun behov for tolk. Hun nevnte også at søsken eller andre familiemedlemmer ofte kommer med som tolk. Flere kom inn på oppmøtetolk sammenlignet med telefontolk, og samtlige var mest fornøyd med oppmøtetolk. Her nevnte en at når man skal vise og forklare er det mye bedre med en tolk fysisk til stede. En informant mente det var bedre å kommunisere med Google Translate enn telefontolk.

“Jeg synes tolketjenesten på telefon er veldig vanskelig. Det liker jeg ikke. Det blir liksom et mellomledd som ikke er tannhelsepersonell som skal viderefremidle noe. Dette gjør det veldig vanskelig for pasienten å få med seg ting.” (ID4)

Motivasjon/interesse

Alle informantene mente at man må tilpasse seg hver enkelt pasient for å motivere. De var alle inne på at ulike mennesker og aldersgrupper motiveres av ulike faktorer.

Motivasjonsfaktorer som ble nevnt var estetikk, unngå hull, premier, frisk ånde og økonomi. En informant nevnte Motiverende Intervju (MI). Flere mente at noen ganger måtte man sette hardt mot hardt, være litt streng og beskrive konsekvensene av pasientenes vaner. Mange av informantene snakket mye om ungdom når det gjaldt å motivere, noen opplevde at det er enklere å motivere ungdommer enn voksne, men mange mente at ungdom er en gruppe med lite motivasjon. Flere hadde eksempler på at deres arbeid for å øke pasientens motivasjon hadde fungert.

«Jeg har blant annet hatt en 16-åring med begynnende hull. Han var rett og slett null interessert i å gjøre forandringer. Men så skjedde det noe underveis når vi begynte å prate om ånde, om det å sitte ved siden av en jente og hvordan man framstår med gingivitt. Og jeg har hatt han tre ganger i ettertid og han har blitt så flink! Og det er veldig, veldig gøy. Det er ikke alltid det skjer.» (ID5)

Flere informanter fortalte at de forsøker å få pasientene selv til å reflektere over egne vaner, fremfor å fortelle de hva som er rett og galt. En informant bruker skriftlig informasjon som pasientene kan ta med hjem og kanskje forstå alvorret etter hvert. Mange mente at lavt kunnskapsnivå er skylden til dårlig motivasjon og at økt kunnskap kan gi motivasjon.

«Kunnskap er jo det som kan endre holdningen til pasienter. Med mer kunnskap kan man bli motivert til å gjøre endringer.» (ID3)

Når det gjaldt hva som kjennetegner pasienter med lav motivasjon var det likegyldighet, depresjon, psykiatri, dårlige søvnvaner, ikke-møtt problematikk, personer som ikke har det bra og ungdom som ble nevnt. En informant mente også at pasienter med lav motivasjon har en oppfatning av at deres mening er viktigere enn den fagkunnskapen tannhelsepersonell kan komme med. Flere var inne på at de pasientene som har lav motivasjon ofte plages med mange ting og at oral helse derfor er ubetydelig for dem.

«Det vil jo gjerne være pasienter med masse helseutfordringer, lavt utdanningsnivå, dårlig økonomi, alt går litt imot da.» (ID6)

Flere var inne på at de som har lav helsekompetanse har liten motivasjon til å ivareta egen helse, noen nevnte at dette kunne handle om at de ikke forstår hvorfor det er viktig. En informant mente at det også er litt latskap, og at de kan gjøre mer, men ikke finner en grunn til hvorfor de skal gjøre det.

4. Diskusjon

4.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med studien var å undersøke hvordan tannhelsepersonell opplevde pasienters og pårørendes helsekompetanse i møter på klinikken, og hvilke erfaringer de hadde når det gjaldt kommunikasjon med disse individene. Informantene hadde alle varierende opplevelser i møter med individer med både høy og lav helsekompetanse. Noen grupper de fleste opplevde som ekstra utfordrende var personer med lav sosioøkonomisk status, ungdom, utledninger og personer med rusmiddelavhengighet eller psykiske lidelser. Opplevelsene med kommunikasjon var i noen tilfeller knyttet til individenes helsekompetanse, og informantene hadde mange eksempler på hjelpemidler for kommunikasjon når pasienten har vanskelig for å forstå. De tre hovedtemaene som ble identifisert blir diskutert under.

Bakenforliggende faktorer

Når det gjaldt pasienters og pårørendes helsekompetanse hadde alle informantene en formening om dette, og de fleste nevnte at personer med lav sosioøkonomisk status, og særskilt at de med lavt utdanningsnivå oftere har lav helsekompetanse. En av informantene brukte en eldre person som eksempel på lav helsekompetanse. Flere av informantene fortalte om utfordrende kommunikasjon med utledninger og at dette var en gruppe de forbandt med lav helsekompetanse. Disse funnene er i samsvar med nasjonale og internasjonale kartlegginger som viser at personer med lav sosioøkonomisk status, personer med økonomiske utfordringer, personer over 75 og utlendinger er disponert for mangelfull helsekompetanse (Sørensen et al., 2015). Det er imidlertid viktig å huske at målinger gjort i befolkningen ikke nødvendigvis gjelder på individnivå. Som tannlege må vi ikke tro at bare fordi en person har lav utdanning så har vedkommende lav helsekompetanse.

En av informantene snakket om å arve dårlige vaner når det gjelder å ta vare på oral helse, og nevnte at dette gjerne har sammenheng med lav sosioøkonomisk status. Det vil være nærliggende å anta at dette også kan ses på som arv av lav helsekompetanse når vanene det er snakk om påvirker helse. FHI skriver på sin nettside at barn ofte enten har to foreldre med lang utdanning, eller to foreldre med kort utdanning. En av konsekvensene er at dette kan føre til økt ulikhet i samfunnet, både sosialt og genetisk (Folkehelseinstituttet, 2022a).

Flere av informantene snakket en del om ungdom i intervjuene, ofte i forbindelse med utfordrende grupper. Dette er noe som kan tenkes å henge sammen med at ungdom har lav utdanning og kan dermed være predisponert for mangelfull helsekompetanse (Sørensen et al., 2015). Ifølge en kvalitativ studie gjort på ungdoms helsekompetanse vil ungdom dra fordel av assistanse for å navigere i kilder og for å samhandle med andre om helse (Fleary & Joseph, 2020). På den ene siden bekrefter dette at ungdom ikke har tilstrekkelig helsekompetanse og på den andre siden vil det da være nærliggende å tro at ungdom med foreldre eller ansvarspersoner med lav helsekompetanse ikke vil kunne få tilstrekkelig assistanse. For disse individene er det viktig at vi som tannhelsepersonell bidrar som ressurs for eksempel gjennom oppklaringer av informasjon de har fått gjennom sosiale media.

Pasienter med rusmisbruk og psykiske lidelser ble nevnt av noen informanter i forbindelse med hvilke grupper som kan ha lav helsekompetanse. Spesielt kom det fram at andre problemer eller mangel på kapasitet gjør at oral helse ikke blir prioritert. Dette funnet bekreftes av en systematisk oversiktsartikkel som så på helsekompetansen til mennesker med mental sykdom eller rusmisbruk, som fremhever at det er en høy andel med lav helsekompetanse i disse gruppene sammenlignet med befolkningen generelt (Degan et al., 2021). Tannlegeforeningen har sammen med flere medisinske foreninger gitt forslag til endringer i lovverket som skal bidra til at personer med psykiske helseplager skal kunne benytte seg av sine rettigheter når de har kapasitet til å motta behandling (Tannlegeforeningen, 2022). Helsekompetanse er bare en av utfordringene denne gruppen har.

Flere av informantene nevnte utlendinger eller innvandrere i forbindelse med grupper med lav helsekompetanse. En av informantene påpekte høy forekomst av karies i denne gruppen, samt at det kan være vanskelig å endre vaner. Dette funnet samsvarer med en studie som så på risikofaktorer for karies hos 2-åringer, hvor de konkluderte blant annet med at barn med ikke-vestlig bakgrunn oftere hadde mer karies, synlig plakk og ugunstige vaner enn barn med vestlig bakgrunn (Wigen et al., 2018). Det er også vist at barn av foreldre med høy helsekompetanse har bedre oral helse og bedre tannhelsevaner enn barn av foreldre med lav helsekompetanse (Stein et al., 2022). Det kan likevel være nærliggende å anta at dette ikke bare skyldes foreldrenes mangelfulle helsekompetanse, men at det er en opphopning av flere ulike faktorer som slår negativt ut.

Tilleggsutfordringer

Kvalitetssikret digital helseinformasjon kan bidra til å forebygge fysisk og psykisk sykdom, men dette forutsetter at pasientene har digital helsekompetanse (Le et al., 2021). Flere av informantene opplevde at pasientene hadde misforstått informasjon fra massemedia. Det vil være nærliggende å anta at disse pasientene ikke hadde tilstrekkelig digital helsekompetanse. En informant mente at hun ikke hadde opplevd foreldre med høyere utdanning som hadde avstått fra bruk av fluorider, dette samsvarer med rapporten *Befolkningens Helsekompetanse, Del 1*. Deres undersøkelse viser at de med utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdigheter innen digital helseinformasjon enn de med videregående som høyeste utdanningsnivå (Le et al., 2021).

En av informantene var opptatt av at informasjon fra massemedia ikke var individtilpasset. Dette er et viktig poeng da massemedia er rettet mot hele befolkningen, og kan dermed i sin natur ikke være individtilpasset. Mens det før var sensasjonelle oppslag på forsiden av aviser som var viktig for å selge, handler det nå om å få klikk. Likevel er det ikke slik at alle får den samme informasjonen, det vil være avhengig av hva man selv oppsøker og algoritmer. Algoritmer styrer resultater ved nettsøk, samt visninger i sosiale media. Massemedia omfatter alt fra presse, radio og fjernsyn, til bøker, film og internett. Informasjon legges fram på ulike måter, og spesielt på internett er det en tendens til at forskningsfunn framstilles på en sensasjonell måte. Dette gir grunnlag for å anta at massemedia slik det er i dag, ikke er med på å styrke befolkningens helsekompetanse. WHO har imidlertid tatt tak i dette og i det siste hatt en kampanje på sosiale medier der de oppfordrer til å ikke dele noe man kun har lest overskriften på (World Health Organization, 2021). Individtilpasset informasjon er essensielt for å øke helsekompetansen i befolkningen (Le et al., 2021). Derfor er det viktig at vi som helsepersonell bruker tid i møte med pasienter, nettopp fordi vi har mulighet til å gi informasjon tilpasset den enkelte. Det vil også gi mulighet for å oppklare i misforståelser, og diskutere informasjon som pasienten har funnet, samt kilden som er brukt.

Alle informantene mente den orale hygienepå institusjoner som for eksempel sykehjem var for dårlig, dette er i samsvar med en studie som har sett på oral helse hos institusjonaliserte eldre i Oslo, som konkluderte med at en høy prosentandel av deltakerne hadde uakseptabel oral hygiene (Zuluaga et al., 2012). Flere nevnte at helsekompetansen til personalet er varierende, samt at det er for lite informasjon om oral helse i andre helsefaglige utdanninger.

Det vil da være nærliggende å anta at for å bedre den orale helsen til beboere og pasienter på institusjoner må man gi personalet økt kunnskap om oral helse og opplæring i gjennomføring av rutiner slik at det blir lettere å få gjennomført oral hygiene på beboere. Dette var også en av informantene inne på i sitt intervju. En rapport fra helsedirektoratet sier at helsefremming krever at man har kunnskap om faktorer som har innvirkning på helsen, noe som støtter opp om påstanden (Le et al., 2021).

Flere mente at en del av problemet er at personalet på institusjoner har mye å gjøre, men for dårlig tid, at det er mange ufaglærte og vikarer, samt utskiftning av personale. Flere mente også at problemet kan handle om at personalet kvier seg for å gjennomføre oral hygiene på beboere fordi de syns det er ekkelt. Det ble også nevnt flere ganger at beboere på sykehjem kan være enkle å behandle som pasienter på tannklinikken, men at personalet rapporterer om utfordringer med daglig munnstell. Disse funnene er i samsvar med en studie som har sett på barrierer for god oral hygiene på sykehjem, hvor de fant at halvparten av sykepleierne oppga mangel på tid til å gjennomføre generell oral hygiene, nesten én av ti syns det er ubehagelig å ta vare på tennene til pasienter, og nesten samtlige opplevde motstand fra pasientene, noe som ofte førte til at oral hygiene ikke ble utført (Willumsen et al., 2012). Oppsummert ble det i intervjuene identifisert mange generelle utfordringer på institusjoner og man kan tenke seg at lav helsekompetanse hos personalet kan være med på å forsterke disse.

Når det gjaldt hvordan tannhelsepersonell opplever pårørendes helsekompetanse var det flere av informantene som kom inn på at foreldrenes helsekompetanse spiller en viktig rolle for barnas orale helse. Dette funnet støttes av en studie som fant at det var en signifikant sammenheng mellom foreldres orale helsekompetanse og barnas karieserfaring, målt ved hjelp av gjennomsnittlig DMFT (Yazdani et al., 2018). Flere av informantene oppga at kostholdsveiledning hos barn av foreldre med lav helsekompetanse kan være krevende. Flesteparten mente at foreldrenes egne kostholdsvaner ofte har svært stor betydning for hvilke vaner barna deres har. Dette støttes av en metaanalyse som kom fram til at foreldres atferd er sterkt korrelert til barnas matinntak, både når det gjelder aktiv veiledning, psykososiale faktorer og faktorer som følge av generell oppdragsstil (Yee et al., 2017).

Å møte pasienter med lav helsekompetanse

En del av hensikten med studien var å se på hvilke erfaringer tannhelsepersonell hadde når det gjaldt kommunikasjon med pasienter og pårørende. En systematisk oppsummeringsartikkel fra 2020 konkluderte blant annet med at en del av helsekompetanse er å opprettholde helse gjennom samarbeid med helsepersonell. Det kom fram i diskusjonen at språket som brukes av helsepersonell ofte er vanskelig eller umulig for pasientene å forstå (Liu et al., 2020). Dette var noe informantene vi intervjuet virket å ha forståelse for og alle brukte metoder for å unngå dette. Det kom fram at alle informantene opplevde at pasienter kunne ha vanskelig for å beskrive helseproblemene sine, og dette er i samsvar med rapporten Befolkningens helsekompetanse der de fant ut at 14% av befolkningen opplever det som vanskelig å beskrive til helsepersonell hvordan de opplever helsen eller helseproblemet sitt (Le et al., 2021). En av informantene også påpekte er det nærliggende å tro at dette kan skyldes utdanningsnivå og helsekompetanse. Det kan også tenkes at pasientene opplever situasjonen på tannklinikken som stressende og derfor har vanskelig for å ordlegge seg. Videre beskriver rapporten viktigheten av bruk av støttmateriell i kommunikasjon med pasienter med lave ferdigheter. Det er anbefalt å bruke visuelle hjelpemidler i kommunikasjon med pasienter, noe alle informantene oppga at de brukte for å formidle informasjon til pasienter (Stein et al., 2022).

Samtlige informanter var opptatt av at informasjon må tilpasses mottaker. Dette er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven, hvor det kommer fram at informasjonen skal være tilpasset mottakeres individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Den inkluderer også at personellet så langt som mulig skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen de får. I samsvar med dette brukte alle informantene blant annet repetisjon for å sikre seg at pasientene hadde forstått. Det kan være nærliggende å anta at i mange situasjoner er dette ikke tilstrekkelig for at pasientene skal ha full forståelse av situasjonen. Pasientene har også rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De skal for eksempel kunne velge mellom undersøkelses- og behandlingsformer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Flere informanter oppga at tannhelsepersonell er flinke til å gi pasientene valg, men at pasientene har vanskelig for å ta aktive valg til tross for forklaringer med visuelle hjelpemidler. Det er nærliggende å tro at pasienter med lav helsekompetanse ikke mestrer å ta aktive valg fordi de ikke forstår og ikke tørr å si ifra om det. 44% av befolkningen synes det er veldig vanskelig å vurdere fordeler og ulemper med ulike behandlinger (Le et al., 2021).

Nesten samtlige informanter brukte tolk, men tvilte på kunnskapen tolken hadde. En rapport gjort for Integrerings- og mangfoldsdirektoratet viser at det er lite systematisk kvalitetskontroll av tolkene fra de som formidler dem (Wattne, 2006). Det kan dermed ikke utelukkes at informantenes opplevelser av at tolkene ikke har den nødvendige faglige kunnskapen er et faktum. Flere av informantene foretrakk oppmøtetolk fremfor telefontolk, ifølge Kuo & Fagan er pasienter mer misfornøyd ved bruk av telefontolk enn helsearbeidere (Kuo & Fagan, 1999). Det vil da være nærliggende å anta at telefontolk ikke er en optimal løsning for noen av partene. Det kan tenkes at tolken i noen tilfeller har utilstrekkelig helsekompetanse og derfor ikke er i stand til å videreformidle helseinformasjon på en tilfredsstillende måte.

Når det gjaldt pasientenes motivasjon var samtlige informanter igjen opptatt av at informasjonen måtte tilpasses mottaker for å skape motivasjon. Kun én informant nevnte Motiverende Intervju (MI), noe som ifølge flere er den mest effektive metoden for å endre helseatferd i kliniske omgivelser (Mills et al., 2017; Yevlahova, 2009). Ifølge TannBarn bør helsepersonell benytte MI i samtaler med eldre barn, ungdommer og foresatte (Helsedirektoratet, 2022). Det kan ikke utelukkes at flere av informantene bruker MI i hverdagen, men ifølge en kvalitativ studie gjort blant tannpleiere har ikke denne gruppen nok kunnskap om begrepet (Hansen, 2022). Det er nærliggende å anta at dette også kan gjelde tannleger. Flere intervjuobjekter opplevde det som utfordrende å motivere til atferdsendring, det kan tenkes at MI kunne vært et godt hjelpemiddel.

Flere av informantene mente av lavt kunnskapsnivå kan være årsak til lav motivasjon hos enkelte pasienter, og at økt kunnskap kan gi motivasjon, noe som er i samsvar med Sørensen et al. som sier at en av de individuelle fordelene ved økt helsekompetanse er økt motivasjon (Sørensen et al., 2012). Det ble også nevnt at pasienter med lav helsekompetanse har lav motivasjon til å ivareta egen helse.

Oppsummert vil vi understreke at funnene indikerer økt fokus på helsekompetanse blant tannhelsepersonell. Det er mye man kan gjøre på tannklinikken for å hjelpe pasienter med lav helsekompetanse. Imidlertid er det viktig at man fortsetter å jobbe med helsekompetanse på systemnivå. Både oral helse og helsekompetanse påvirkes av det livet man lever og de forutsetningene man har, man er kun i kontakt med tannhelsetjenesten i brøkdeler av livet.

4.2 Diskusjon av metode

Videre vil studiens styrker og svakheter blir diskutert. En svakhet med kvalitative studier er at resultatene ikke er generaliserbare, men man får en dypere innsikt i meninger og erfaringer. Som studenter hadde vi andre forutsetninger enn informantene vi intervjuet, blant annet grunnet store forskjeller i erfaring og forståelse, noe som kan ha farget datainnsamlingen og fortolkningsarbeidet. En god intervjuguide og en god analysemetode var avgjørende for å redusere denne faren (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Et av de hermeneutiske fortolkningsprinsippene er at en fortolkning ikke er forutsetningsløs. Man har aldri mulighet til å unngå den forståelsestradisjonen man har opparbeidet seg (Kvale & Brinkman, 2019, p. 237). Forskeren og informantene vil på hver sin side være fortolkere. På den ene siden vil innsamlingen av data vil skje på bakgrunn av verdier, fordommer og forutsetninger informanten hadde. På den andre siden vil informanten vil kunne være preget av forventningene vedkommende har til intervjueren, for eksempel basert på profesjon, kjønn og alder (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). For oss var det derfor viktig å være bevisst disse forholdene for at fortolkningen av forskningsdataene skulle være adekvat. En mulig svakhet er at utvalget vårt besto av en overvekt kvinner, det kan ikke utelukkes at dette påvirket resultatene. Vi hadde sett for oss åtte informanter, men utvalget vårt besto av seks informanter. Det ble avgjort etter transkribering og analyse av de seks første intervjuene at mengden informasjon var tilstrekkelig. Det kan likevel ikke utelukkes at flere informanter ville gitt oss mer informasjon og dette kan derfor sees på som en svakhet med studien.

En styrke med studien er at vi gjorde et strategisk utvalg, slik fikk vi informanter med relevant erfaring. God geografisk spredning ga oss informanter med erfaring fra små steder og utkantstrøk, samt større steder og byer. Informantene hadde også erfaring med alle de prioriterte gruppene. Nesten samtlige av informantene hadde også arbeidet på flere ulike tannklinikker. En annen styrke er at semistrukturerte intervju gjorde det mulig for informantene å dele erfaringer som ellers ikke ville kommet fram i et strukturert intervju der spørsmålene er rigide. Vi gjorde pilotintervju som ga oss relevant erfaring innen gjennomføring av intervju og bruk av intervjuguide, samt mulighet til å tilpasse intervjuguiden ytterligere. Bruk av digital lydopptaker eller opptaksfunksjon i Zoom styrker studien fordi vi på denne måten kunne gjennomføre intervjuene som en samtale, uten notering underveis som en forstyrrende faktor. Dette sikret også en detaljert og riktig transkribering av intervjuet.

Både vi og veileder analyserte råmaterialet hver for oss før vi møttes og gikk gjennom det sammen. Det er en styrke for studien at tre personer har gått gjennom materialet separat, fordi det minsker sannsynligheten for at viktig informasjon blir utelatt og sørger for at viktige poeng hentes ut.

5. Konklusjon

Tannlegene og tannpleierne vi intervjuet opplevde at bakenforliggende faktorer var med på å forklare helsekompetansen og at enkelte tilleggsutfordringer gjorde møter med pasientene mer krevende. Tannhelsepersonellet hadde gode innspill på tiltak som kan lette kommunikasjonen i møte med pasienter som har lav helsekompetanse. Funnene støtter viktigheten av at tannhelsepersonell har kunnskap om begrepet helsekompetanse og hvordan variasjoner i denne kan påvirke pasienters sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg. I fremtidige studier kan det være hensiktsmessig å se på helsekompetanse fra pasientens perspektiv.

6. Referanser

- Aglen, B. S., Olufsen, V., & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*(70809), e-70809.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Braun, V., & Clarke, V. *Thematic Analysis*. University of Auckland.
<https://www.thematicanalysis.net/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021). *Spørsmål og svar: Ny lovgivning om personopplysninger – hva betyr det for forskning?*
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/gdpr/>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., & Smith, A. M. (2021). Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. *Early intervention in psychiatry*, 15(6), 1454-1469.
<https://doi.org/10.1111/eip.13090>
- Ferrule media. *Dental INFO*. <https://www.ferrule-media.no/dental-info/>
- Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604-613.
<https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.04.012>
- Fleary, S. A., & Joseph, P. (2020). Adolescents' Health Literacy and Decision-making: A Qualitative Study. *American Journal of Health Behavior*, 44(4), 392-408.
<https://doi.org/10.5993/ajhb.44.4.3>
- Folkehelseinstituttet. (2022a). *Partnervalg er en kilde til sosial ulikhet*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2022/partnervalg-er-en-kilde-til-sosial-ulikhet/>
- Folkehelseinstituttet. (2022b). *Sosial ulikhet i helse*. <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning*. Retrieved from
<https://lovdata.no/LTI/forskrift/2020-01-03-17>
- Hansen, K., W. . (2022). *En kvalitativ studie om tannpleieres erfarigner ved bruk av motiverende intervju (MI)* Oslo Metropolitan University].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2022). *Tannhelsetjenster til barn og unge 0-20 år*. Retrieved from
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>
- Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis.

- Journal of general internal medicine*, 22(6), 782-786. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0184-6>
- Kuo, D., & Fagan, M. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of general internal medicine*, 14(9), 547-550.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*.
- Lambert, M., Luke, J., Downey, B., Crengle, S., Kelaher, M., Reid, S., & Smylie, J. (2014). Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Services Research*, 14, 614. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0614-1>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I*
The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII (IS-2959, Issue.
- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann, W. F., Jr. (2012). The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *American Journal of Public Health*, 102, 923-929. <https://doi.org/10.2105/ajph.2011.300291>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2). <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utgave ed.). Universitetsforlaget.
- Mills, A., Kerschbaum, W. E., Richards, P. S., Czarnecki, G. A., Kinney, J. S., & Gwozdek, A. E. (2017). Dental Hygiene Students' Perceptions of Importance and Confidence in Applying Motivational Interviewing During Patient Care. *American Dental Hygienists Association*, 91(1), 15-23. <https://jdh.adha.org/content/jdthyg/91/1/15.full.pdf>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 2.juli 1999 nr 63, (2001). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, 394(10194), 249-260. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31146-8)
- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), (2016). <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Regjeringen. (2019-2020). *Meld. St. 7 (2019–2020)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Stein, L., Johnsen, J.-A. K., & Satur, J. (2022). Oral Health Literacy. In T. Willumsen, J. P. Å. Lein, R. C. Gorter, & L. Myran (Eds.), *Oral Health Psychology: Psychological Aspects Related to Dentistry* (pp. 75-86). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04248-5_5
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Tannlegeforeningen. (2022). *Felles henvendelse for å sikre rettigheter for personer med psykiske helseplager*.
<https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2022-04-21-felles-henvendelse-for-a-sikre-rettigheter-for-personer-med-psykiske-helseplager.html>
- Thaagard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (3. utgave ed.). Fagbokforlaget.
- Timková, S., Klamárová, T., Kovaľová, E., Novák, B., Kolarčík, P., & Madarasová Gecková, A. (2020). Health Literacy Associations with Periodontal Disease among Slovak Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17062152>
- Wattne, M. (2006). *Utredning av grunnlag for fastsettelse av kvalitetskriterier ved kjøp og salg av tolketjenester i offentlig sektor*.
- Wigen, T. I., Baumgartner, C. S., & Wang, N. J. (2018). Identification of caries risk in 2-year-olds. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 46(3), 297-302.
<https://doi.org/10.1111/cdoe.12366>
- Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), e748-755. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion*. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- World Health Organization. (2021). *Be careful what you share. Things aren't always what they seem online*. <https://www.who.int/news/item/22-09-2021-be-careful-what-you-share.-things-aren-t-always-what-they-seem-online>
- Yazdani, R., Esfahani, E. N., & Kharazifard, M. J. (2018). Relationship of Oral Health Literacy with Dental Caries and Oral Health Behavior of Children and Their Parents. *Journal of Dental Medicine (Tehran)*, 15(5), 275-282.
- Yee, A. Z., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>
- Yevlahova, D. S., J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Australian Dental Journal* 54(3). <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01118.x>
- Zuluaga, D. J., Ferreira, J., Montoya, J. A., & Willumsen, T. (2012). Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*, 29(2), e420-426.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x>

7. Vedlegg

Vedlegg 1



Forespørsel om deltakelse i intervju

Tannhelsepersonells møte med pasienter som har lav helsekompetanse

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et intervju som omhandler hvordan du som tannhelsepersonell opplever møter med pasienter som har lav helsekompetanse.

Hensikten med intervjuet er å få et innblikk i hvordan tannhelsepersonell opplever møter med pasienter og pårørende med lav helsekompetanse og hvilke erfaringer de har med kommunikasjon med disse individene.

Helsekompetanse er et rimelig nytt begrep som innebærer individers kunnskap, motivasjon og kompetanse til å få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe beslutninger i hverdagen som omhandler helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming for å vedlikeholde og øke livskvaliteten gjennom livet. En av tre i Norge har lav helsekompetanse.

Ifølge en undersøkelse er det enkelte grupper som er disponert for mangelfull helsekompetanse. Dette gjelder for eksempel personer med lav sosioøkonomisk status, individer som ikke har fullført videregående opplæring, personer med økonomiske utfordringer, utlendinger, personer med kroniske sykdommer og personer over 75 år. Intervjuet er en del av vår avsluttende masteroppgave ved Tannlegestudiet, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske Universitet.

Hva innebærer intervjuet

Vi skal intervju tannpleiere og tannleger.

Du som informant bør ha erfaring med/meninger om møte med pasienter eller pårørende med lav helsekompetanse. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Lyddoptaker vil bli benyttet for at det du sier skal bli korrekt referert til i oppgaven.

Mulige fordeler og ulemper

Det ses ingen klare fordeler ved å delta, men informasjon som du bidrar med kan være nyttig for oss som nyutdannede tannleger, og andre som leser oppgaven.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Du vil kun bli referert til som tannhelsepersonell i oppgaven. Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan trekke deg når som helst om du måtte føle for det. Dersom du er villig til å delta i intervjuet skriver du under samtykkeerklæringen. Opplysningene om deg som forskningsdeltaker vil behandles basert på ditt samtykke.

Dine rettigheter

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

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

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: personvernombud@uit.no eller på telefon 77646322 og 97691578.

Med vennlig hilsen

Tannlegestudenter Emilie R. Hanssen, Marte W. Amundsen og veileder Linda Stein
Førsteamanuensis, Institutt for klinisk odontologi.

Kontakt oss:

Emilie R. Hanssen: [41778042](tel:41778042)/ eha263@uit.no

Marte W. Amundsen: [92204563](tel:92204563)/ mam050@uit.no

Linda Stein: [77649142](tel:77649142)/ linda.stein@uit.no

Vedlegg 2

Intervjuguide for (navn på student).

Informantnummer:

Dato:

Introduksjon:

- Takke for deltagelse
- Det jeg vet om deg er at du jobber som ... på ... Kan du fortelle litt om utdanning
- Kan du fortelle litt om din tid i tannhelsetjenesten?
- Hva tenker du når du hører begrepet helsekompetanse?

Helsekompetanse er et rimelig nytt begrep som innebærer individers kunnskap, motivasjon og kompetanse til å få tak i, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe beslutninger relatert til egen helse. En av tre i Norge har lav helsekompetanse.

Intervjuet er en del av vår avsluttende masteroppgave ved Tannlegestudiet. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Lydopptaker vil bli benyttet for at det du sier skal bli korrekt referert til i oppgaven.

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Du vil kun bli referert til som tannlege/tannpleier i oppgaven. Vi er ute etter dine personlige opplevelser og erfaringer, dine uttalelser trenger ikke å være faglig begrunnet.

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan trekke deg når som helst om du måtte føle for det. Dersom du er villig til å delta i intervjuet skriver du under samtykkeerklæringen.

Du kan si ifra dersom du vil ha pause eller avbryte intervjuet.

Oppvarmingsspørsmål

- Hvilke grupper av pasienter forbinder du med lav helsekompetanse?

Nasjonale og internasjonale kartlegginger viser at det er enkelte grupper som er disponert for mangelfull helsekompetanse. Dette gjelder for eksempel personer med lav sosioøkonomisk status, individer som ikke har fullført videregående opplæring, personer med økonomiske utfordringer, utlendinger, personer med kroniske sykdommer og personer over 75år.

Helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming er en del av begrepet helsekompetanse. Vi skal begynne med å snakke om helsetjenester.

Helsetjenester

Helsekompetanse innen helsetjenester handler om å forstå hvordan helsevesenet er bygd opp når det kommer til hvor man skal henvende, videre skal man evne å finne relevant informasjon, samt å være aktiv i valg som angår sin egen helse. Dette er noe som inngår i regjeringens strategi for realisering av det de kaller pasientens helsetjeneste.

- Hvordan opplever du at «pasientens helsetjeneste» fungerer i tannhelsebransjen? F.eks om pasienter deltar aktivt når det gjelder valg av behandling?

Ifølge en rapport fra helsedirektoratet mener hele 44% av befolkningen at det kan være (veldig) vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger.

- Har du noen erfaringer med dette?

Helsekompetanse innen helsetjenester innebærer også å kunne forstå og etterleve informasjon, anbefalinger og instruksjoner fra helsepersonell (Le, C et al/Helsedirektoratet (2021)).

Kommunikasjon

- Hvordan sjekker du at pasienten har forstått det du sier?
- Hvilke metoder/støttmateriell bruker du i kommunikasjon med pasienter som har lav helsekompetanse?
- 14% av befolkningen det som vanskelig å beskrive til helsepersonell hvordan man opplever helsen eller helseproblemet sitt. Har du noen erfaringer med dette?
- Hvordan opplever du at bruk av tolk kan forbedre en pasients helsekompetanse?
- Hvordan opplever du møte med foreldre når barna skal til undersøkelse/behandling?
 - Hva opplever du at kjennetegner foreldre som er lite engasjerte?

Sykdomsforebygging: oral hygiene

Motivasjon er et begrep som inngår i definisjonen av helsekompetanse. Det er et viktig begrep også innen tannhelse.

- Hvordan motiverer du pasientene dine?
 - Har du et eksempel på når dette har fungert?

- Hva opplever du at kjennetegner pasienter med dårlig motivasjon?

Halvparten av befolkningen opplever at det er (veldig) vanskelig å vurdere om informasjon fra massemedia som omhandler sykdom og helserisiko er til å stole på.

- Har du noen erfaringer med dette?
- Dersom du har hatt pasienter som har hentet informasjon på internett, opplever du at de har evnen til å finne riktig informasjon og forstå denne (tilstrekkelig digital helsekompetanse)?

Helsefremming: kosthold, utadrettet-arbeid, egenomsorg

Helsefremming som en prosess som gir økt kontroll over og muligheter til å forbedre helsen sin.

- Hvordan opplever du kostholdsveiledning hos barn av foreldre med lav helsekompetanse?
- For å fremme helse hos beboere på ulike institusjoner som for eksempel sykehjem kreves det at personalet har tilstrekkelig helsekompetanse. Har du noen opplevelser med dette?
- Hva mener du kjennetegner pasienter som har problemer med å opprettholde egen oral hygiene?

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

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

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

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

Vedlegg 3

30.03.2022, 10:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

142371

Prosjekttittel

Helsekompetanse i møte med pasienter og pårørende på tannklinikken. En kvalitativ studie av tannlegers og tannpleieres erfaringer.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for klinisk odontologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Linda Maria Stein, linda.stein@uit.no, tlf: +4777649142

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Emilie Robertsen Hanssen, eha263@uit.no, tlf: +4741778042

Prosjektperiode

29.04.2022 - 19.06.2023

Vurdering (1)

29.03.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, men du må oppdatere informasjonsskrivet før du starter (se neste avsnitt).

INFORMASJONSSKRIV

Informasjonsskrivet ditt mangler noen punkter loven krever er med. Du må derfor legge til disse punktene i informasjonsskrivet før du gir dette til forskningsdeltakerne dine. Du trenger ikke å laste opp den oppdaterte versjonen i meldeskjemaet:

- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysningene om dine forskningsdeltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)

30.03.2022, 10:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til din institusjon sitt personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider for hjelp til formuleringer:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekklister-for-informasjon-til-deltakerne/>

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

30.03.2022, 10:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

