

Masteroppgave

Master i Empowerment og helsefremmede arbeid

Mai 2022

«Pasientene får en følelse av å bli mer sett og lyttet til»:

En kvalitativ studie om tannpleieres erfaringer ved
bruk av motiverende intervju (MI)

Kandidatnavn: Katarina Wæraas Hansen

Emnekode: MAPO5900

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sammendrag for hele masteroppgaven

Bakgrunn: Studien: Motiverende intervju (MI) er en metode som er effektiv for å skape endring, og tannpleiere er i en god posisjon til å bruke den. Det er derfor behov for å identifisere tannpleierens erfaringer med MI, i den forbindelse belyse eventuelle utfordringene tannpleierne står ovenfor her. Refleksjonsoppgave: Funn fra egen studie om pasientens motivasjon og interesse rundt oral helse, skapte refleksjon over hvordan tannpleiere kan bidra til å øke pasientens helsekompetanse.

Hensikt: I studien belyses hvilke erfaringer tannpleiere har ved bruk av MI i behandlingen av sine pasienter. Refleksjonsoppgaven utforsker hva tannpleieren kan bidra med for å øke pasientens helsekompetanse.

Teoretisk referanseramme: Studien benytter motiverende intervju, empowerment, helsefremmende arbeid, helsepedagogikk og helsekompetanse.

Metode: Studien er basert på individuelle intervjuer med syv tannpleiere. Analysemetoden er inspirert av Malterud's systematiske tekstkondensering. Refleksjonsoppgaven er en litteraturstudie.

Resultater: Analysen i studien resulterte i tre hovedkategorier: 1) tidsknapphet, 2) kapabilitet og 3) eksterne forhold. Analysen i refleksjonsoppgaven resulterte i fire temaer: 1) Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter, 2) bruk av kommunikasjonsteknikker, 3) styrke utdanningene og videre- og etterutdanninger og 4) utfordringer med å øke pasienten helsekompetanse.

Konklusjon: Studien identifiserte erfaringer med tidsutfordringer ved gjennomføring av MI i behandlingen, kunnskapsvariasjoner og utfordringer med pasienter som er umotivert eller uinteressert. Refleksjonsoppgaven identifiserte at det er behov for mer kunnskap blant tannpleiere, behov for å styrke utdanningene og øke tilbudet med videre- og etterutdanninger.

Nøkkelbegreper: Motiverende intervju, Empowerment, Helsekompetanse, Helsepedagogiske metoder, Kvalitativ forskning.

Title: “Patients Get a Sense of Being More Seen and Listened To”: A Qualitative Study of Dental Hygienists’ Experiences Using Motivational Interview (MI)

ABSTRACT:

Background: The study: Motivational interview (MI) is a method that is effective to create change, and dental hygienists are in a good position to use it. Therefore, there is a need to identify dental hygienists’ experiences with MI, and to shed light on any challenges dental hygienists face here. Reflection task: Findings from my own study of patient’s motivation and interest in oral health, created reflection on how dental hygienists can contribute to increasing the patient's health literacy.

Aim: In the study was the aim to shed light on dental hygienists’ experiences with using MI in the treatment of their patients. The purpose of the reflection task was to shed light on how dental hygienist can contribute to increasing patient's health literacy.

Theory: Motivational interview, empowerment, health promotion and health literacy

Methods: The study is based on individual interviews with seven dental hygienists. The analysis method is inspired by Malterud’s systematic textcondensation. The reflection task is a literature study.

Results: The analysis in the study resulted in three main categories: 1) time scarcity, 2) capability and 3) external conditions. In the reflection task, the analysis resulted in four themes: 1) Today's health literacy among dental hygienist and patients, 2) use of communication techniques, 3) strengthening the educations and further and after educations 4) challenges of increase patient health literacy.

Conclusion: The study, identified experiences challenges with time to implementation of MI in treatment, knowledge variations and challenges with patients who are unmotivated or uninterested. The reflection task identified that there is a need for more knowledge among dental hygienist, as well as a need to strengthen the educations and increase the offer of further and continuing education.

Motivational interview, Empowerment, Health literacy, Health pedagogical methods, Qualitative research

Innholdsliste for hele masteroppgaven:

- Forskningsartikkel (23 sider): «Tannpleierens erfaringer ved bruk av motiverende intervju (MI)». (Antall ord: 7344 av maks 8000 ord ekskludert)
- Refleksjonsoppgave (18 sider): (Antall ord: 5090 av maks 5000 +/- 10%)
- Vedlegg for masteroppgave (24 sider):
 1. Forfatterveiledning
 2. Godkjenning fra NSD
 3. Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informantene
 4. Tillatelse fra leder
 5. ROS-analyse for forskningsprosjekt ved OsloMet
 6. Søkehistorikk for artikkelen
 7. Utdrag for analyseprosessen til artikkelen
 8. Søkehistorikk til refleksjonsoppgaven
 9. Oversikt over inkluderte artikler i refleksjonsoppgaven

Sidenummerering starter på nytt i forskningsartikkelen, i refleksjonsoppgaven og i vedlegg.

Totalt er hele masteroppgave på: 69 sider.

Sammendrag

Hensikten med studien er å belyse erfaringene til tannpleiere med bruk av MI, da MI er en metode som er effektiv for endring. Samt belyse eventuelle utfordringene de står ovenfor. Studien er basert på kvalitativ metode og det er gjennomført individuelle intervjuer av syv tannpleiere. Analysemetoden er inspirert av Malterud's systematiske tekstkondensering. Resultatene som framsto var at de opplevde tidsknapphet, at kapabiliteten til tannpleierne var utfordret og at eksterne forhold spilte en stor rolle.

Abstract

The purpose of the study is therefore to find out the experiences of dental hygienists with using MI, as the method that is effective for change. As well as highlighting any challenges they face. The study is based on a qualitative method and individual interviews were conducted with seven dental hygiene's. The analysis method is inspired by Malterud's systematic text condensation. The results that emerged were that they experienced a shortage of time, that the capacity of the dental hygienist was challenged, and external conditions played a major role.

Innledning

Folkehelse rapporten (2018) hevder at helsetilstanden i Norge er i hovedsak god, men det er behov for endring av levevaner og redusering av risikofaktorer som røyking, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet. Dette for at man skal bekjempe tidlig død av hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes (Folkehelseinstituttet, 2018). Ifølge folkehelsemeldinga (2018-2019) som omhandler folkehelsen, er et av hovedmålene å skape et samfunn som fremmer helsen til hele befolkningen (Meld.St.19 (2018-2019), s. 1). Det er blitt laget en strategi for å øke befolkningens helsekompetanse som omhandler hva en oppfatter, forstår og handler når det gjelder helseinformasjon. I tillegg, stimulere til pasienten helsetjeneste (Tveiten, 2020, s. 15). Tannhelsetjenesteloven hevder at fylkeskommunene skal være med på å fremme tannhelsen i befolkningen med og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud. De skal også sørge for at befolkningen får den behandlingen og den nødvendige hjelpen de trenger (Tannhelsetjenesteloven, 1984). Helsedirektoratet (2018) har en sterk anbefaling om å benytte motiverende intervju (MI) for å hjelpe til å endre uheldige tannhelsevaner. Denne anbefalingen er basert på forskningsgrunnlag som viser at MI kan ha effekt på forebygging av sykdom i munnen som for eksempel karies (Helsedirektoratet, 2018).

Temaet for denne studien er motiverende intervju (MI). MI er en evidensbasert metode som fremkaller pasientens egen motivasjon for endring i samhandling med en hjelper, og kan defineres som «*behandling av, rådgivning til og støtte for mennesker som kan ha nytte av å gjøre endringer*» (Barth et al., 2013, s. 13). Bakgrunnen for at dette temaet er valgt er at tannpleiere har utdanning med sterk forankring innen samfunns- og atferdsfag, der helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid vektlegges sterkt (Hansen et al., u.å.) I tillegg står tannpleierne i en god posisjon med utgangspunkt i læringsmålene til tannpleierutdanningen. De beskriver at en skal kunne anvende ulike metoder for å veilede individer og grupper i lærings-, mestrings- og endringsprosesser (Universitet i Tromsø, 2020). Som tannpleier selv benyttes mesteparten av arbeidsdagen til å motivere og lede pasienten mot en endring. Eksempler kan være røykeslutt, bruke tanntråd eller kostholdsveiledninger. Forskning hevder at MI er en god metode å benytte på pasienter under tannbehandling. Dette samsvarer med egen erfaring fra praksis der man har erfart at pasienter har reflektert mer over sin orale helse og hvilke levevaner de har etter gjennomføring av MI (Gillam & Yusuf, 2019). Egen erfaringen fra praksis viser også pasienter som har blitt mer motivert til å ta grep, som igjen har medført stor forandring i deres orale helse. MI anses som et egnet verktøy for

tannpleiere for å motivere pasienten, samt at pasientene får mulighet til å være mer aktive under behandling og reflektere mer om egen helse (Helsedirektoratet, 2021)

Tidligere forskning

For å redegjøre for tidligere forskning ble tre ulike databaser brukt: PubMed, Google Scholar og Oria. Det ble avgrenset med fagfelleurdert tidsskrift og gratis full tekst. Det er blitt brukt søkeord som «motivational interviewing, dental hygiene/dental hygienists/dental care». Etter søket ble det identifisert lite om tannpleiere. For å få en bredde og en større innsikt i temaet er det derfor bevisst tatt med forskning om tannpleierstudenter. Det er tilsynelatende likt mellom tannpleiere og tannpleierstudenter på hvordan de erfarer MI, slik forskningen beskriver. Derfor har de blitt inkludert og resultatene fra studiene kan antas som overførbart.

Forskning viser at MI er den mest effektive metoden for å endre helseatferd i kliniske omgivelser (Mills et al., 2017; Yevlahova & Satur, 2009). Tidligere studier påpekte at ferdigheter og oppfatningen av viktigheten av MI økte med ekstra læring (Johansson et al., 2014; Mills et al., 2017). Forskning hevder at personer som er trent i MI resulterte i at pasientsentrerte kommunikasjonsferdigheter var statistisk og klinisk signifikant høyere enn personer som ikke var trent i MI (Bray et al., 2013). Flere studier konkluderte med utfordringer med bruk av MI. Det var angitt at tiden gjorde det utfordrende å innpasses i praksis (Curry - Chiu et al., 2015; Mills et al., 2017). Videre ble det beskrevet at MI var vanskelig, og pasienter som gjorde gjennomføringen av MI utfordrende (Curry-Chiu et al., 2015).

Gjennomgang av forskning viser at det er behov for mer forskning rundt pasientens atferdsendringer med bruk av MI (Johansson et al., 2014; Mills et al., 2017). Det foreslås for eksempel konkret implementering av MI i tannpleierutdanningene (Mills et al., 2017). Det er behov for forskning av høy kvalitet på effektiviteten av MI relatert til helseatferd (Copeland et al., 2014). Studien fyller i midlertidig et forskningshull knyttet til norske kvalitative studier om tannpleieres erfaringer. På bakgrunn av det som opplyses i innledningen er det derfor interessant å undersøke erfaringene tannpleierne faktisk har med MI. Det er også av interesse å belyse eventuelle utfordringer, da denne metoden fremstår å være effektiv til forbedring av oral helseatferd (Mills et al., 2017; Yevlahova & Satur, 2009). Samt at det ses et behov for å videreutvikle MI-tilnærmingen innen oral helse (Yevlahova & Satur, 2009).

Studiens hensikt og formål

Hensikten med studien er å utforske og beskrive hvilke erfaringer tannpleiere har med bruk av MI i sin praksis. Formålet med studien er at det kan bidra til å belyse utfordringer, samt gi et grunnlag for videreutvikling av utdanninger og praksis. Problemstillingen til denne studien er: «Hvilke erfaringer har tannpleiere ved bruk av motiverende intervju (MI) i sin praksis?»

Teoretisk referanseramme

Studien knyttes til teori om MI, empowerment, helsefremmede arbeid og helsepedagogikk, samt at teoriene kan ses i tilknytning til hverandre. En tannpleier arbeider helsefremmede med fokus på å fremme helsen og forebygge sykdom i munn, og forhindre at sykdom utvikler seg (Norsk Tannpleierforening, u.å). En tannpleier har kunnskap om helsepedagogikk som innebærer å legge til rette for pasientopplæring med å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy, slik at pasientene kan ta grep om egne helseutfordringer og oppnå en endring (Vågan & Olsson, 2013b). For å hjelpe pasienter til å ta grep i egen helse og hente frem pasientens egen motivasjon for endring, er MI en relevant metode til å bruke og spesielt på pasienter med en negativ holdning til helse, livskvalitet og levetid (Ivarsson et al., 2017, s. 11; Vågan, 2020, s. 156). MI er gjennomgående med grunnverdiene partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet. I denne sammenhengen kan en tannpleier få rede på hva som er problemet og hva som er målet sammen med pasienten, akseptere pasientens meninger og valg, samtidig vise medfølelse og nysgjerrighet overfor pasienten. I MI står noen grunnleggende prinsipper sentralt under akronymet EDRAS:

- Uttrykke empati som omhandler at man fremhever forståelse av pasientens opplevelse av seg selv.
- Utvikle diskrepans innebærer å fremme motivasjon til endring med å sette søkelys på områder som innebærer uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det.
- Rulle med motstand innebærer at man reflekterer tilbake persons ytring. Motstand kan gi informasjon om det som sies eller gjør, virker veiledende eller ikke. I tillegg, er åpne spørsmål og være aktiv lyttende med på dempe motstanden.
- Unngå argumentering, omhandler at man skal unngå å argumentere eller motargumenter med personen eller forsøke å overtale personen til å gjøre endringer.

- Støtte mestringskompetansen, med å utforske pasientens grad av viktighet og tiltro til å klare å gjennomføre handlinger (Helsedirektoratet, 2017). MI er en samtale som kan ses i lys av empowerment-tenkningen.

Empowerment defineres som «*en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse*» (Vågan & Olsson, 2013a). Empowerment knyttes til bevisstgjøringsprosesser som er med på at den enkelte blir mer bevisst på egne kapabiliteter, og helsepersonells rolle er å bidra i denne prosessen (Askheim, 2012, s. 10-17; Vågan & Olsson, 2013a). Gjennom bevisstgjøring og partnerskap kan empowerment oppnås. Partnerskap innebærer at en tannpleier søker å fremme forståelsen og bevisstgjøring hos en pasient gjennom dialog og gjensidig påvirkning (Tveiten, 2020, s. 79). Samhandlingen mellom tannpleieren og pasienten kan betraktes som en empowerment-prosess og innebærer en form for interaksjon som omhandler elementer av handling, relasjon og kommunikasjon. Kommunikasjon er en sentralt begrep i helsepedagogikk og betraktes som grunnlaget for samhandling (Tveiten, 2020, s. 38). Tre prinsipper er viktige innenfor empowerment-tenkningen: Maktfordeling, brukermedvirkningen og brukeren er ekspert på seg selv. Maktfordeling omhandler at tannpleieren overfører makten til pasienten, noe som kan utføres gjennom en samtale. En forutsetning er at tannpleieren tilbyr tilpasset kunnskap som berører pasientens helse. At pasienten anerkjennes som ekspert på seg selv innebærer at pasient vet best om seg selv og sin helse (Tveiten, 2020, s. 48-50).

Metode

Kapittelet belyser hvordan studien er gjennomført; hvilke metode og design som er brukt, utvalg og rekruttering av informantene, datainnsamling gjennom individuelle intervjuer og analysemetoden.

Design og metode

Studiens hensikt sentrerer seg rundt erfaringene til tannpleieren, derfor er kvalitativ metode relevant til denne studien da det i hovedsak bygger på ulike teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Tjora, 2021, s. 127-129). Studien benytter et kvalitativ design inspirert av fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Wifstad, 2018, s. 111). Fenomenologi handler om å gi detaljerte beskrivelser av opplevelser og situasjoner for å utforske sosiale og kulturelle fenomener (Thoresen et al., 2020, s. 125-127). For innsamling av empiri (fenomener), er det benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer som metode i studien (Malterud, 2017, s. 133). Dette har gitt forskeren direkte innsyn på ulike strukturer

som har nedfelt seg i deres bevissthet, rutiner og vaner i tenkningen som utgjør fenomenene. Hermeneutikken kan beskrives som læren om tolkningens forutsetninger og muligheter (Thoresen et al., 2020, s. 125-127). Intervjuene ble transkribert, og en hermeneutisk tilnærming ble brukt for å tolke fenomenene som informantene beskrev som et følede, opplevende og forstående individ (Johannessen et al., 2016, s. 78-79).

Utvalg

Det ble benyttet strategisk utvalg for å identifisere informanter til undersøkningen. Det betyr at man velger personer som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk relatert til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Det ble tatt kontakt med ulike tannklinikker rundt om i Norge, med bruk av søkemotoren Gulesider. Det ble forespurt om noen kunne tenke seg å stille opp til intervju med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Tabell 1). Det resulterte i tre stykker. Videre ble det brukt en facebookgruppe (Oss tannpleiere imellom) for tannpleiere, hvor prosjektet ble lagt fram, det resulterte i tre stykker. Videre ble to stykker rekruttert fra andre inkluderte tannpleiere.

Tabell 1 (Inklusjons- og eksklusjonskriteriene):

Utvalg	Inklusjon	Eksklusjon
Tannpleier	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanning som tannpleier 2årig/bachelor • Erfaring med MI 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen utdanning som tannpleier • Ikke hørt om MI • Ikke i jobb under intervjuet

Totalt ble syv tannpleiere med varierende erfaring innenfor tannpleieryrket rekruttert til å delta i studien. Alderen på tannpleierne varierte fra 26 til 56 år.

Tabell 2 (oversikt over informantene):

Nr.	Alder	Kjønn	Erfaring	Sektor	Videreutdanning	Ønsker videreutdanning
1	28	Kvinne	1 og 1/5 år	Privat	Ingen	Ja (praktisk)
2	26	Kvinne	1 og 3mnd	Offentlig	Ingen	Ja
3	35	Kvinne	6år	Offentlig	Pågående master	Ja
4	35	Kvinne	8år	Privat	Videreutdanning	Ja
5	58	Kvinne	35 år	Offentlig	Videreutdanning	ja
6	51	Kvinne	21år	Offentlig	Ingen	Ja (klinisk)
7	26	Kvinne	2år	Offentlig	Ingen	Ja

Datainnsamling

Det ble utviklet en intervjuguide som var holdepunktet under gjennomføringen av intervjuene (Malterud, 2017, s. 133). To av intervjuene fant sted på tannklinikken, fem ble gjennomført på det digitale verktøyet zoom. Intervjuene hadde en varighet på 20-50 minutter. Det ble benyttet en digital diktafon- for å sikre en valid innsamling av data (Tjora, 2021, s. 159-161).

Analyse

Det transkriberte materialet ble analysert med inspirasjon fra Malterud (2017) systematiske tekstkondensering (STK) med fire-trinns metode. Denne metoden ble benyttet på bakgrunn av at den tar sikte på nybegynnere innen forskning. I første analysetrinn ble datamaterialet gjennomlest for å etablere helhetsinntrykk og kartlegge temaer (Malterud, 2017, s. 97-107). I andre analysetrinn ble transkripsjonene systematisk gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter basert på de foreløpige temaene. Meningsbærende enhetene ble systematisert, og alle som hadde noe til felles havnet under samme kodegruppe (Malterud, 2017, s. 97-107). I Malteruds (2017) tredje analysetrinn ble materialet i kodene abstrahert. Hver kodegruppe ble gjennomgått for å konstruere subgrupper fra hver kodegruppe. Malteruds (2017) fjerde analysetrinn er en sammenfatning av meningsinnholdet i hver kodegruppe. Med utgangspunkt i subgruppene ble det utviklet kategorier og underkategorier, som danner grunnlaget for avsnittene i resultatkapitlet (Malterud, 2017, s. 97-107). Tabell 2 viser en oversikt over en kortfattet analyseprosess.

Tabell 2 (analyseprosessen):

Malterud systematisk tekstkondensering (STK)			
Trinn 1 ->	Trinn 2 ->	Trinn 3 ->	Trinn 4 ->
Dannet meg noen foreløpige temaer: <i>kommunikasjon, kunnskap om MI, motivasjon, pasienten og opplevelser</i>	Sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper: <i>Lite motivert, indre motivasjon, likegyldig til behandling og pasienten bestemmer</i>	Hver kodegruppe ble delt i ulike subgrupper: <i>Pasientens motivasjon og autonomi</i>	Dannet kategorier fra en sammenfatning av de meningsbærende enhetene: <i>Eksterne forhold</i>

Eksempel på hvordan analyseprosessen har foregått.

Forskningsetiske overveielser

Studien ble forhåndsgodkjent av NSD med registreringsnummer 693482. Alle informantene signerte et informasjonsskriv som inneholdt opplysninger om studien, anonymisering, frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg. Det ble samtykket av klinikkleder til å gjennomføre intervju i arbeidstiden. Informasjonsskrivene ble oppbevart på en låst minnepenn, og lydfilene ble transkribert på datamaskin uten nettilgang (Tjora, 2021, s. 180-182). Anonymiteten ble passet på hele veien, det ble transkribert på bokmål og tilfeldig nummerert slik at det ikke var gjenkjennelig.

Resultater

I intervjuene belyses ulike synspunkter om erfaringene til informantene med bruk av MI. Resultatene viser at informantene har forskjellig erfaring med MI, og det framkom utfordringer med gjennomføring av MI. Kapittelet beskriver resultatene fra analyseprosessen som resulterte i tre hovedkategorier med tilhørende underkategori:

1. **Tidsknapphet**
2. **Kapabiliteter** (evner) med underkategoriene kunnskap og de personlige egenskapene til tannpleierne
3. **Eksterne forhold** med underkategoriene pasienten sin motivasjon og autonomi

Tabell 3 (Analyseprosessen til kategorier):

Kategori	Subgrupper	Kodegrupper	Meningsbærende enhet
Eksterne forhold	Pasientens motivasjon	Indre motivasjon Lite motivert Likegyldig til behandling	«Noen pasienter gir jo blanke...» «Jeg møter ofte på pasienter som er lite motiverte til behandling». «Noen pasienter er plutselig så flink, de har tatt seg sammen etter bruk av elementer av MI og har veldig lyst å få til en endring». «Så er det noen som ikke ser og ikke vil forstå, med for eksempel at jeg sier at dette er et hull, men da møter man gjerne motstand og de sier at det ikke er et hull».

Et utdrag fra tekstanalysen for å vise hvordan kategoriene framsto. Tabellen presenterer kun enkelte meningsbærende enheter.

Hovedkategori 1: Tidsknapphet

Den første hovedkategorien er tidsknapphet. I denne sammenhengen ble «tiden» identifisert som knapp og begrenset. Det framkom også hvilke påvirkninger dette hadde for erfaringen eller muligheten tannpleierne hadde ved bruk av MI som metode.

I intervjuene ble informantene spurt om de opplevde noen utfordringene med MI. Da framkom det tydelig av informantene at det tar tid å endre seg. Det ble uttrykt at «*det tar lang tid å lære seg noe nytt*» og at det samtidig «*tar lang tid å gjøre en endring generelt i livet til pasientene*» En av dem uttrykte også følgende: «*Å lede pasienten frem til at de selv skal ønske å endre seg – det tar tid*».

En annen erfaring som ble beskrevet av en informant var at tiden gjorde det vanskelig med å få produsert god tannhelse, og muligheter til å gi hver pasient god oppfølging. Informanten uttrykte det slik: «*I min gamle verden, da jeg ble utdannet tannpleier, så handlet det ikke så mye om penger. Vi skulle produsere tannhelse, og det er ikke mye tannhelse i det stresset her. Når jeg har lite tid, så produserer jeg ikke god tannhelse, fordi da er ikke tiden tilstrekkelig nok til å hjelpe de ulike pasientene. Men slik er verden blitt dessverre*».

Gjennom intervjuene ble det flere ganger poengtert av informantene at tidspress var en av flere faktorer som resulterte i at de ikke hadde tid til å gjennomføre MI, og at de heller valgte

å prioritere helsehjelp foran MI. En av informantene beskrev det slik: «... *men det handler jo en del om tid og tidspress. MI benyttes ikke regelmessig, men gjerne biter eller elementer av det. Ofte hender at det ikke tid, da er det viktigere å gi helsehjelp til de som trenger det*».

Hovedkategori 2: Kapabiliteter (evner)

Kapabiliteter er en av hovedkategoriene som ble identifisert. Dette omhandlet både tannpleiernes kunnskaper og egenskaper til å gjennomføre MI under pasientbehandlingen.

Underkategori 1: Kunnskap

Informantene ble forespurt om hvilke kunnskaper de hadde om MI, og om de kunne fortelle om de ulike elementene som ble brukt. Dette er nødvendig for å få en oversikt over kunnskapsnivået hos den enkelte på dette området. Basert på svarene var det tydelig at informantene hadde svært ulik erfaring, og noen hadde mer kunnskap enn andre. Det framkom av noen informanter: «*MI er en samtalemetode som gjerne benyttes for å oppnå en endring og de ulike elementer som benyttes under behandling for å få til endringer er eksempel åpne spørsmål, speiling og oppsummering*».

Et par informanter var veldig tydelig på at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om MI, og flere uttrykte at de har lite kunnskap om MI, og de erkjenner at de ikke har nok kompetanse. Videre sa en annen: «*Jeg husker at MI er en effektiv metode å bruke, så jeg burde nok hatt mer kunnskap om den, slik at jeg kan bruke den mer*». Derimot, en annen kunne si «*Jeg kan ikke gjenfortelle MI, har ikke nok kunnskap om metoden*»..

Det framkom også at informantene benyttet MI ubevisst, da de forklarte fremgangsmåten de benyttet på pasientene i behandlingen. En av informantene beskrev det slik: «*Jeg går ofte frem på pasientene mine med å spørre hva du tror at du kan gjøre for å bli bedre og hva tenker du om det?*». En annen presenterte hvordan de går frem: «*Det handler jo litt om hvordan et spørsmål stilles, og hva du ønsker å få ut av spørsmålet. Åpne spørsmål gir rom for at de kan reflektert litt og gi meg et mer utdypende svar, enn bare ja eller nei*».

Videre ble informantene spurt om hvor de har lært om MI. Gjennom disse svarene ble det kartlagt at de har ulik tilnærming av kunnskap om MI, da noen hadde tilegnet seg det gjennom kurs og andre gjennom høyere utdanning. En av informantene uttrykte det slik: «*Jeg husker at vi hadde det på utdanningen til tannpleier, hvor vi hadde det under basisgrupper. Da var målet å få en pasient til å slutte med det ene og begynne med det andre..*». Derimot sa

en annen informant det slik: «Nå er det lenge siden jeg var utdannet, men husker vi har hatt ett kurs nå i nyere tider».

Underkategori 2: Egenskaper til tannpleieren

Flere informanter beskrev at de var gode hjelpere med ulike egenskaper som for eksempel relasjonsbygging. Dette ble beskrevet slik: «Når du lykkes med en behandling, gjør det noe med deg som tannpleier, siden vi er jo gode hjelpere og vil gjøre det beste for pasienten». En annen uttrykte: «Vi er jo veldig gode til å snakke med mennesker, og klarer ofte å skape en god relasjon med dem. Slik lærer en med å jobbe med mennesker hele dagen».

Informantene ble spurt om hva de tenkte om pasientens oppfatning om MI. Et av svarene var at «Pasientene får en følelse av å bli mer sett og lyttet til, slik at de opplever at de har mer kontroll i stolen, og at de føler at de har mer å si. Det blir mer likestilt i behandlingssituasjonen og at det blir mer fordeling av makt mellom meg og pasienten». En annen uttrykte det slik: «Pasienter opplever å få mer makt hvis jeg bruker metoden».

Flere av informanter hevdet at de kjente på mestring når de opplevde endring med pasienten. I et av intervjuene ble det i entusiasme uttrykt slik: «Det blir jo mestring! Det blir jo det! Man sitter jo igjen med en god selyfølelse om at jeg klarte å «redde» en person!». Samme entusiasme ble uttrykt av en annen informant: «Det er jo kjempegøy å se at jeg er med på å skape endringer! Skulle gjerne ønske at det skjedde oftere! Det er veldig motiverende for meg som behandler å se at det jeg gjør funker! Det blir jo veldig mye brannslukking, i hvert fall når det gjelder periodontitt».

Hovedkategori 3: Eksterne forhold

Eksterne forhold er forhold som kommer utenfor egen institusjon, bedrift eller lignende, og er derfor noe man ikke kan påvirke på forhånd. Pasientenes motivasjon er et slikt eksternt forhold, da man ikke kan påvirke dette før man har snakket med pasienten. Et annet eksternt forhold som studien vil ta for seg er autonomi. Autonomi handler om retten til å bestemme selv, noe som en tannpleier alltid må huske på under pasientbehandling.

Underkategori 1: Pasientens motivasjon

Gjennom intervjuene ble det identifisert at mange pasienter var umotiverte og lite inspirert til å gjennomføre endringer. Dette underbygges av at noen pasienter «gir blanke» og en annen informant uttrykte det slik: «Jeg møter ofte på pasienter som er lite motiverte til behandling».

Men derimot beskrev informantene om tilfeller der det har snudd. En sa det slik: *«Noen pasienter er plutselig så flinke. De har tatt seg sammen etter bruk av elementer av MI og har veldig lyst å få til en endring»*.

En annen erfaring som ble nevnt av informantene er at pasienter er likegyldig til behandling og *«mange viser motstand»* og at de ofte har mange forskjellige unnskyldninger for å få unnagjort behandlingen. En uttrykte det slik: *«Så er det noen som ikke ser og ikke vil forstå, for eksempel at jeg sier at her er det et hull, men da møter man gjerne motstand og de sier at det ikke er et hull»*. En annen sa det slik: *«Det er noen som ikke sier noe, som er vanskelig å få til noe med»*, og en tredje sa det slik: *«Det er pasienter som lurere på når jeg er ferdig med behandlingen og kommer med dårlige unnskyldninger og sier de ikke har tid og skjønner ikke viktigheten med dette»*.

Informantene hevdet at motivasjonen til pasienten var nødt til å komme innenfra. En sa det slik: *«Motivasjonen er nødt til å komme innenfra hvis ikke går det ikke. Det handler om å finne denne motivasjonen hos pasienten»*. Flere informanter uttrykte at pasientene opplevde mestring med bruk av MI: *«Det gjelder pasientene også, de opplever en mestring når de har funnet den indre motivasjon. Så det blir jo en vinn-vinn-situasjon som er et viktig punkt i MI tenkning»*.

Underkategori 2: Autonomi

Informantene beskrev at det er pasientene som selv bestemmer, og at en må passe på at pasientene ikke blir presset til noe de ikke ønsker. En uttrykte det som *«At det ikke bare er en ovenfra-og-ned-holdning, hvor man forteller pasientene hva de skal gjøre, men at pasientene selv er med på å bestemme over seg selv»*. Videre hevdet informantene at pasientene er voksne mennesker som ikke kan tvinges. En av informantene sa følgende: *«Det er voksne pasienter og man kan ikke tvinge de heller ...»*.

Diskusjon

Resultatenes tre hovedkategorier viser at erfaringene til informantene var varierende og det var ulike elementer som eksempel tiden, kunnskap, egenskapene til tannpleieren, samt pasientens motivasjon og interesse som spilte en stor rolle for bruken av MI. Videre diskuteres sentrale elementer i resultatene, på tvers at kategoriene og relatert til empowerment og annen relevant teori.

Tidsknapphet

I samtlige intervjuer framkom det at tid er en utfordring for at MI ikke ble gjennomført. Det handlet om at det tar tid å endre seg generelt i livet, og informantene refererte til at det å «lede» pasienten fram til at de selv ønsket endring er tidkrevende. Dette er i samsvar med MI som er en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av et bestemt resultat (Barth et al., 2013, s. 13). Det foregår en samhandling mellom tannpleieren og pasienten når man leder pasienten mot en tidkrevende endring, og kan forstås som en empowerment- prosess (Tveiten, 2020, s. 38-43).

Å bruke tid på en MI samtale med åpne og utforskende spørsmål sentralt i samtaleteknikken kan være med på å stimulere til refleksjon hos pasienten. En refleksjon er en prosess der vi tenker, føler og forestiller oss og refleksjon er en måte å lære på (Barth et al., 2013, s. 204; Tveiten, 2020). I denne samtalen tar tannpleieren utgangspunkt i pasientens egne ressurser og samhandlingen skal bidra med at pasienten øker mestringskompetansen. Under samhandlingen skal begges kompetanse anerkjennes og bidra til økt felles forståelse. Fokuset her er på pasientens ressurser for at det skal bidra med at pasienten føler seg sett, hørt og forstått. Videre kan dette styrke opplevelsen av tilhørighet og dermed også motivasjon til endring. Dette er viktige empowerment prinsipper, ifølge Tveiten (2020), med at det kan betraktes som medvirkning og anerkjennelse av pasienten som ekspert på seg selv og sine behov. Derimot, med sin mer- og ekspertkompetanse får tannpleierne representert makt. Denne makten kan gjøre det fristende å utnytte for å påvirke pasienten i riktig retning for å bidra med en raskere prosess. Dette er motsatt av hva empowerment-tenkningen sier, dette fordi pasienten skal selv medvirke og være en sentral rolle i endringen, derimot har tannpleieren også ett etisk ansvar (Tveiten, 2020, s. 38-43).

Videre reflekterer informantene over at det ikke ble produsert god nok tannhelse, fordi det ikke var tid til å gi en god oppfølging av hver pasient i en stressende hverdag. Imidlertid viser de til at kun det basale blir prioritert, og at dette kan gå utover pasientens brukermedvirkning under behandlingen (Tveiten, 2020, s. 48-50). Tannpleieren har da ikke tid til å identifisere det faktiske problemet og hvordan problemet skal løses i samråd med pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Konsekvensen av knapphet på tid kan derfor være at empowerment-perspektivet blir nedprioritert.

En stressende hverdag kan ses i sammenheng med hvordan arbeidskulturen er på tannklinikken, hvor tannpleierne har en felles oppfatning og regler eller retningslinjer som

sier noe om hvordan den enkelte bør opptre på tannklinikken (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130-140). En mulig grunn for at MI ikke benyttes som metode på tannklinikken kan da være at det ikke er en kultur for å bruke MI. På tannklinikken kan det derfor oppfattes som dårlig prioritet av tid i en stressende hverdag, fordi kulturen betviler nytteverdien MI. En annen mulig grunn til dette kan være at tannpleierne bruker tid (stressende hverdag) som en unnskyldning for å begrunne manglende vektlegging av empowerment og brukermedvirkning (Askheim, 2012, s. 138). En tredje grunn kan være at lederne står mellom styringsideologi med sine økonomiske krav, og hensynet til pasienter og de ansatte med eventuelle kulturendringer (Orvik, 2015, s. 57-66). I tillegg, ifølge Schein i Jacobsen og Thorsvik (2013) opprettholdes kulturen kun hvis den oppfattes som riktig eller nyttig.

Da tannpleierne har en hektisk hverdag med full timebok og mange forskjellige pasienter med ulike behov, refererte ofte informantene i studien til at tidspress var en viktig faktor for hvorfor de ikke gjennomførte MI. Tidspresset ble videre forsterket når noen behandlinger gikk utover planlagt tid med ringvirkninger for behandlingene resten av dagen. Dette kan ses i samsvar med tidligere forskning som referer til at tiden gjorde det utfordrende å implementere MI i hverdagen (Curry-Chiu et al., 2015; Mills et al., 2017). Videre identifiserte studien at informantene prioriterte helsehjelp over MI i hektiske hverdager, som er i henhold til tannhelsetjenesteloven som sørger for at befolkningen får den behandlingen og nødvendige hjelpen de behøver (Tannhelsetjenesteloven, 1984). Likevel reflekterte informantene om at det benyttes elementer av MI, selv når det opplevdes tidspress. I følge Lundahl mfl. (2013) kan MI være en fin metode og bruke selv, i korte konsultasjoner for å hjelpe pasienten å skape endring (Tveiten, 2020, s. 142-144), hvor relasjonen mellom tannpleieren og pasienten spiller en stor rolle. Dette var også noe som framkom av studien hvor evnen til relasjonsbygging hos tannpleierne var av betydning. Måten tannpleierne snakket med pasientene kan være med på å endre motivasjonen for endring (Tveiten, 2020, s. 142-144). I tillegg, vise medfølelse og nysgjerrighet overfor pasientene som styrker medvirkningen og anerkjennelsen over at pasienten vet best (Helsedirektoratet, 2017).

Kapabilitet

Funnene fra studien identifiserte at det var stor variasjon i kunnskapen tannpleierne hadde om MI. Noen av informantene refererte til at de hadde lite kunnskap og at de ikke kunne gjenfortelle hva MI var. En konsekvens av lite kunnskap er at elementene i MI ikke blir brukt og at tannpleierne resulterer i å gi råd (Tveiten, 2020, s. 143-144). Tveiten (2020) hevder at å gi råd innebærer å fortelle noen om hva man synes de bør gjøre, mene, tenke, tro og kanskje

føle. Å råde noen betyr at en bestemmer over noen, noe som ikke er i samsvar med empowerment-tenkning og brukervedvirkningen, eksempelvis at pasienten ikke får ta del i behandlingen (Tveiten, 2020, s. 131). Dersom tannpleieren bestemmer over pasienten får ikke pasienten muligheten til å ta egne beslutninger, og å ha kontrollen og troen på mulighetene for egen mestring som handler om det psykologiske empowerment (Tveiten, 2020, s. 48-50).

Videre ble det identifisert noen informanter som hadde tydelig mer kunnskap om MI, og refererte til at MI er en samtalemetode som benyttes til å fremkalle pasientens egen motivasjon for endring. Informantene beskrev også at de benyttet elementer av MI som besto av åpne spørsmål, speiling og oppsummering. Disse er en del av de grunnleggende prinsippene i MI (Helsedirektoratet, 2017). Når informantene benyttet åpne spørsmål, kunne det bidra til at pasienten reflekterte mer og ga fyldigere svar på spørsmål som ble stilt. Speiling innebærer at tannpleieren gjentok det pasienten sier, slik at pasientene kunne høre det selv, som igjen ville bidra til å gjøre det tydeligere og skape en bevisstgjøring. I tillegg, når tannpleierne benyttet oppsummering bidro til å holde fokus på målet under samtalen. Disse tre elementene kunne være med å gi pasienten en tiltro til egen mestring (Tveiten, 2020, s. 143-144). Dette kan videre resultere i økt kompetanse som er viktig i følge Spreitzer (1995) for å kjenne seg empowered. Ved å ha tiltro til egen mestring kan det også bidra til å øke tiltakene man gjør for å bedre egen helse og at mestring kjennes meningsfullt (Tveiten, 2020, s. 48-50).

Et tydelig funn i studien identifiserte at tannpleierne benyttet MI ubevisst under behandling. Dette framkom under beskrivelsen av fremgangsmåten de benyttet på pasienter som er i tråd med Ivarsson (2017) beskrivelse av elementene i MI. Det var i hovedsak åpne spørsmål, refleksjoner eller speilinger, bekreftelser og oppsummering (Ivarsson et al., 2017, s. 11). Det kan foreligge flere faktorer som kan være årsaken til at tannpleierne benyttet MI ubevisst. En årsak kan være kunnskapsvariasjon som diskutert tidligere. Denne årsaken støttes opp av at informantene hadde forskjellige utdanningsløp, utdanning fra forskjellige universiteter, ulik alder og erfaring.

I 2003 ble tannpleierutdanningen i Oslo et 3-årig bachelorprogram, andre studie steder i landet har senere kommet etter (Barkvoll, 2018). Utdanningsplanene er stadig i endring, og man har sett stor forbedring av studiene i årenes løpt. På bakgrunn av at de har forskjellige utdanningsplaner på de ulike universitet kan det forekomme kunnskapsvariasjoner. Dette kan ses i samsvar med forskningen til Johansson et al (2014) som fant ut at mer læring i MI,

medførte bedre ferdigheter. I tillegg, hevdet Copeland et al (2014) at mengden av opplæring av MI kan påvirke kvaliteten på hvordan MI blir brukt (Copeland et al., 2014). Alderen til tannpleierne kan også være en årsak til ulikt kunnskapsnivå, hvor alderen varierte fra 27 til 56 år. I tillegg, indikerer studiens funn at de eldre også har mange års erfaring med pasienter, og har over tid lært seg kommunikasjonsteknikker som fungerer for dem under behandling.

Videre ble det identifisert at informantene har ulike tilnærminger til MI. Det kan antas at informantene har ulik læringsforståelse som innebærer at en tar til seg ny kunnskap på ulike måter. Ofte så tilegner vi oss informasjon som passer våre egne forforståelser og interesser (Illeris, 2001, s. 73-89). Dette kan tyde på at informantene har lært forskjellig og tatt til seg kunnskap på ulike måter.

«En MI-holdning innebærer å komme på besøk til noen med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrende råd eller å begynne å ommøblere» (Nymoene, 2021). Dette samsvarer med beskrivelsene fra informantene om seg selv som en god hjelper, god i kommunikasjon og relasjonsbygging. Dette kan forstås som en samhandling og betraktes som en empowerment-prosess mellom tannpleieren og pasienten som innebærer elementer av handling, relasjon og kommunikasjon (Tveiten, 2020, s. 38). Derimot, ifølge Thornquist (2013), i relasjon mellom tannpleier og pasient, er man som menneske og som fagutøver både i en livsverden og systemverden på samme tid. Når man er i livsverden og møter på pasienter som mennesker med sine forståelser, opplevelser og erfaringer (Tveiten, 2020, s. 206-207). I systemverden, på den andre siden, må tannpleieren forholde seg til tannhelsetjenesten som systemverden med de rammene og begrensinger dette medfører. Det krever refleksjon og bevissthet i en slik rolle, samt tid og vilje til å reflektere over egen rolle og funksjon i en samhandlingsprosess. Begrenset tid kan skape utfordringer på kvaliteten i en samhandlingsprosess (Tveiten, 2020, s. 206-207). Dette kan støttes av studiens funn om knapphet på tid på grunn av stressende hverdag og full timebok. En konsekvens av det kan være at empowerment-tenkingen ikke ble opprettholdt, som ikke er til fordel for pasienten når en ikke følger de tre grunnleggende empowerment-prinsippene (Tveiten, 2020, s. 131).

Videre ble det undersøkt hvilke erfaringer tannpleieren hadde med pasientens oppfatning av MI. Informantenes erfaringer var at pasientene opplevde å bli mer sett, hørt og lyttet til med bruk av MI. Dette er med på å anerkjenne at pasienten er ekspert på seg selv, slik som empowerment-tenkingen innebærer. Videre støttes dette av to tidligere studier som viser at

pasienter har rapportert at de er tilfredse med slik pasientsentrert tilnærming som MI (Resnicow & McMaster, 2012; Yevlahova & Satur, 2009).

Et annet funn fra studien er at informanten sier at pasienten får mer makt, kan det tenkes at det forstås som noe positivt. I sammenheng med empowerment-prosessen kan det bety å hjelpe noen til å oppnå mest mulig kontroll over faktorer som påvirker eget liv og helse. I den forbindelsen innebærer det en maktfordeling fra tannpleieren til pasienten, hvor det overføres makt i form av kunnskap på bakgrunn av merkompetanse av utdanning og praksis. Dette resulterer i at pasienten får mer kunnskap (Tveiten, 2020, s. 48-50). Likevel kan merkompetansen påvirke dialogen negativt mellom tannpleieren og pasient, med for eksempel bruk av fagspråk. Dette kan medføre at brukermedvirkningen reduseres, dermed vil det ikke føre til empowerment (Tveiten, 2020, s. 212).

I intervjuene beskrev tannpleierne videre at de har erfaring med å kjenne på en mestringsfølelse når de opplever at pasienten mestrer å endre seg. Dette er i tråd med mestringstro som er et begrep i Banduras teori, og handler om troen på egen kapasitet til å gjennomføre handlinger (Bandura, 1989). I tillegg, ifølge Deci og Ryan (1985) har mennesker en medfødt tendens og en indre motivasjon til å søke utfordringer som gir grunnlag for mestring og vekst. Dette kan gi tannpleierne grunnlag for å bli mer engasjert og øke bruken på MI. Når tannpleieren får en mestringsfølelse av noe de har klart å gjennomføre kan det medføre at det er med på å øke interessen for å gjøre det igjen som i en positiv tilbakekobling. Derimot, hvis man ikke lykkes kan det være at mestringstroen blir svekket, noe som kan medføre at man ikke prøver seg på den aktiviteten igjen (Bandura, 1989).

Eksterne forhold

Tannpleiere møter på mange forskjellige pasienter hver dag, med svært ulike behov. Dette er noe tannpleieren initialt ikke kan kontrollere, og dette er derfor å betrakte som eksterne forhold.

Et av funnen som ble identifisert av informantenes erfaringer var utfordringer med pasienter som var lite motiverte og lite inspirerte til endring. Dette gjorde det utfordrende for tannpleierne å gjennomføre MI. Dette er i samsvar med forskningen til Curry- Chiu et al (2015) der tannpleierne hevdet at det var vanskelig å opprettholde MI når de møtte «mer motstandsdyktige» pasienter. En konsekvens av dette var at de ikke gjennomførte MI eller ga opp før de var begynt (Curry-Chiu et al., 2015).

Det kan være mange årsaker til at pasienten er umotivert og lite inspirert til endring. På den ene siden kan det være at pasienten er fornøyd med nåsituasjonen og opplevde ikke noen spesielle problemer. Pasienten kan derav ikke føle seg klar eller ser noe nytte av endringen (Barth et al., 2013, s. 111-112). Forskning sier at for at et individ skal være klar til å endre seg, må de både føle seg trygge på sin egen evne til å gjøre endringer og forstå at endringene er viktige for dem selv (Yevlahova & Satur, 2009). På den andre siden forekom det at tiden gjorde det utfordrende når tannpleierne møtte på umotiverte pasienter, hvor de ikke hadde tilstrekkelig tid til å utforske hva som er den underliggende årsaken til dårlig motivasjon for endring. Dette er ikke i lys av empowerment-tenkingen (Askheim, 2012, s. 138), da det ikke er tid til å la pasienten medvirke under behandling og anerkjenne pasientens behov.

Endringsnakk er når en pasient gir uttrykk for at de er klar for en endring, og ser nytten av det, og dette er et gunstig tidspunkt for å skape en endring hos pasienten. Sett opp mot funnene beskrev en informant om pasienter som har «tatt seg sammen» og er svært motivert for å få til en endring etter det er blitt brukt MI. Dette tyder på at pasienten deltar aktivt i en egen endring, som i ifølge Tveiten (2020) er viktige empowerment prinsipper (Barth et al., 2013, s. 111-112). Ved bruk av metoden viser man tro på pasientens evner til å endre atferd som er i tråd med essensen i MI (Vågan, 2020, s. 146-148) og det psykologiske empowerment (Tveiten, 2020, s. 143-144).

Et funn fra studien refererte informantene om pasienter som var likegyldig til behandling, og ikke forsto viktigheten med god oral helse. Dette kan ha en sammenheng med pasientens helsekompetanse. Det omhandler hva en oppfatter, forstår og handler når det gjelder helseinformasjon. Pasienter med lav helsekompetanse stiller færre spørsmål og er mindre aktive under behandlingen, sett opp mot funnet hvor en tannpleier referer til pasienter som ikke sier noe og er vanskelig å samarbeide med (Tveiten, 2020, s. 52). Når pasienten er mindre aktiv kan det bidra til å svekke empowerment-prinsippene (Tveiten, 2020, s. 131). Videre refererte informantene til pasienter som viser motstand. Dette er i tråd med Lundahl et al (2013) som beskriver at hvis klienter viser motstand, er dette et tegn på skadet forhold, og muligens et resultat av misforståelse av klientens evner (Lundahl et al., 2013). Det kan ha en sammenheng med Nymoen (2021) som beskriver at en av de største feilene helsepersonell gjør under motivasjonsarbeid er at de ikke tar seg tid nok i fremkallingsprosessen, og går for raskt frem. Fremkalling innebærer å vekke pasientens motivasjon til endring (Nymoen, 2021). I sammenheng med studiens funn om lite tid og kunnskap kan det tyde på at tannpleieren har

forhastet seg. Pasienten har ikke fått muligheten til å oppleve mestring som meningsfullt og fått tilstrekkelig kompetanse fra tannpleieren til å utføre tiltak til en bedre helse og oppleve selvbestemmelse som skal i følge Spreitzer (2015) til for å kjenne seg empowered (Tveiten, 2020, s. 48-50).

I et annet funn fra studien beskrev en informant at motivasjon er nødt til å komme innenfra og det handler om å finne den indre motivasjon hos pasienten. Dette er i tråd med en av hovedstrategier i en MI- samtale, hvor man prøver å påvirke den indre motivasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan ses i samsvar med forskningen til Bray et al (2013) da en målrettet kommunikasjonsmetode, som for eksempel MI, med på å fremkalle og styrke den indre motivasjonen til atferdsendring som kan påvirker oral helse i høy grad (Bray et al., 2013). Det kan underbygges av Deci og Ryan (1985) som beskriver at den indre motivasjon er medfødt hos mennesker, og innebærer at man gjør noe en liker å gjøre. Den indre motivasjon har en sammenheng med selvbestemmelsesteorien. Den tar utgangspunkt i menneskets tre grunnleggende behov, ved tilfredstilling av disse kan det gi grunnlag for mestring og vekst. De tre grunnleggende behovene er tilhørighet, autonomi og kompetanse (Deci & Ryan, 1985, s. 33-35). MI kan bidra med å dekke behovene, og tilhørighet kan oppnås dersom pasienten føler seg forstått, respektert og ivaretatt av tannpleieren. Ved bruk av elementer av MI som eksempelvis åpne spørsmål, eller speiling og oppsummering, som studiens funn forøvrig viser til (Tveiten, 2020, s. 143-144), kan det bidra til at pasienten føler en tilhørighet (Deci & Ryan, 1985, s. 50-60). Autonomi innebærer fri vilje, som kan oppnås med at pasienten får en opplevelse av rom for å tenke og bestemme selv. Den kan styrkes ved at pasienten har forståelse for motiver og grunner til endring. Derimot hvis tannpleieren presser på kan det bidra med at indre motivasjonen svekkes (Deci & Ryan, 1985, s. 50-60). For å tilfredsstille behovet kompetanse er det relevant at tannpleieren kan bidra med relevante innspill og tilbakemeldinger til pasientene, som kan være med på at de opplever mestring. Negative tilbakemelding kan hemme opplevelsen av mestring (Deci & Ryan, 1985, s. 50-60).

Et annet eksternt forhold som tannpleierne hadde erfaring med og ikke kunne kontrollere var pasientenes autonomi. Dette innebærer at pasientene skal kunne bestemme selv, og at tannpleieren må passe på å ikke bryte pasientene sine grenser (Eide et al., 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informantene belyste at en tannpleier ikke kan gjøre som en ønsker, men må ta hensyn til pasientens autonomi. Dette er i tråd med Eide et al, (2017) som hevder at all helsehjelp er frivillig og etter pasientens ønsker, og at pasienten har full rett til å komme med egne innspill (Eide et al., 2017). Det kommer frem at tannpleierne er godt kjent

med dette og har god kunnskap om pasientens rettigheter og autonomi, som er viktig under pasientbehandling. Dette er med på å ivareta pasienten er i lys av empowerment-tenkingen (Tveiten, 2020, s. 131).

Studiens styrker og svakheter

Studien sikrer validitet og reliabilitet med at metoden og analyseprosessen er tydelig beskrevet. Forskeren har gjennomført intervjuene, deretter transkripsjonene som styrker validiteten. Da kan eksempelvis uklarheter i datamaterialet enklere fanges opp. Hvor intervjuene foregikk kan påvirke resultatene, noen foregikk digitalt, andre derimot foregikk fysisk. Dette kan være med på å skape skjevheter i utvalget, på grunn av forskeren ikke har muligheten til å observere informanten like godt digitalt som fysisk (Malterud, 2017, s. 193). Informantene har utdanning fra forskjellige universiteter og jobber på forskjellig klinikker rundt om i Norge. Disse faktorer anes som styrker for studien. Forsker i studien har tannpleierbakgrunn og fordypning i empowerment styrker troverdigheten. Det kan ha preget påliteligheten at man er en uerfaren intervjuer, og at man ikke har utforsket informantenes utsagn tilstrekkelig. Noe som forbedret seg betraktelig gjennom studien. Forforståelsen ble skrevet ned før forskningsprosjektet startet. Ved å skrive ned forforståelsen og redegjøre for den, hjelper det til å være bevisst på den gjennom hele prosessen. Likevel med en begeistring for bruk av MI, og vellykkede erfaring med det, ble det ofte stilt spørsmål for å kontrollere. At knapphet på tid, pasientenes motivasjon og kunnskap spilte en så stor rolle overrasket. Noen oppfølgingsspørsmål i intervjuene kan sannsynligvis være preget av forforståelse.

Konklusjon

I denne kvalitative studien har erfaringene til tannpleierne med bruk av MI i praksis blitt presentert og diskutert. Ut fra analysen framkom det tre hovedtemaer som ble diskutert i ulike kontekster. Funnene identifiserte til ulike forhold som var avgjørende om tannpleieren gjennomførte MI. Tannpleieren refererte til dårlig tid på grunn av en stressende hverdag og fulle timebøker. Dette gjorde det utfordrende med gjennomføring av MI, i tillegg var det ikke prioritert. Funnene i studien identifiserte at tannpleierne uttrykte et ønske om å gjennomføre MI, men at det ikke er tilstrekkelig med tid til dette og ingen kultur for å gjennomføre MI.

Det ble identifisert kunnskapsvariasjon hos den enkelte, og noen hadde rett og slett ikke kunnskap nok til å gjennomføre MI. Det ble ubevisst benyttet elementer av MI av noen tannpleiere, men det var helt tilfeldig når det skjedde. Videre framkom det at tannpleiere hadde gode egenskaper som kan ha innvirkning på gjennomføringen av MI og i lys av

empowerment. Tannpleiere delte også erfaringer om eksterne forhold som ble identifisert som utfordringer ved gjennomføring av MI, det omhandlet pasientens motivasjon, interesse og autonomi. Kunnskapsmangelen om MI gjorde det vanskelig for tannpleierne å snu om på pasientens umotiverte situasjon.

Litteraturreferanser:

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1989). Regulation of Cognitive Processes Through Perceived Self-Efficacy. *Developmental psychology*, 25(5), 729-735. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.729>
- Barkvoll, P. (2018). *FINANSIERINGSKATEGORI TANNPLIERUTDANNINGEN*. 29.11.18. https://www.odont.uio.no/om/organisasjon/styret/moter/2018/11-12-18/apne_dokumenter/fs-sak-30-18.pdf
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju : samtaler om endring*. Gyldendal akademisk.
- Bray, K. K., Catley, D., Voelker, M. A., Liston, R. & Williams, K. B. (2013). Motivational Interviewing in Dental Hygiene Education: Curriculum Modification and Evaluation. *J Dent Educ*, 77(12), 1662-1669. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2013.77.12.tb05645.x>
- Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M. & Simpson, S. (2014). Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 98(4), 401-411. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.022>
- Curry-Chiu, M. E., Catley, D., Voelker, M. A. & Bray, K. K. (2015). Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study. *J Dent Educ*, 79(8), 897-906. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.8.tb05979.x>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Boston, MA: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. FHI. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Gillam, D. G. & Yusuf, H. (2019). Brief Motivational Interviewing in Dental Practice. *Dent J (Basel)*, 7(2), 51. <https://doi.org/10.3390/dj7020051>
- Hansen, B., Dahl, K. E. & Munster, A. E. (u.å.). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Norsk Tannpleier Forening. http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, 07.03.2017). *Motiverende intervju som metode*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#referere>
- Helsedirektoratet. (2018, 31.03.22). *Motiverende intervju (MI) bør benyttes for å hjelpe barn og unge til å endre uheldig tannhelseatferd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar/forebyggende-tannhelsetjenester-og-oppfolging-av-barn-og-unge-med-risiko->

[for-tannsykdom/motiverende-intervju-mi-bor-benyttes-for-a-endre-uheldig-tannhelseatferd#referere](#)

- Helsedirektoratet. (2021, 16.02.2021). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak* Oslo: Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#referere>
- Illeris, K. (2001). *Voksenuddannelse og voksenl ring*. Roskilde Universitetsforlag.
- Ivarsson, B. H., Hultqvist, H. L. & Gjestrud, G. (2017). *MI : motiverende samtaler : en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt.
- Johansson, A.-C., Johannsen, G., Uhlin, L. & Johannsen, A. (2014). Dental Hygienist Students' Learning About Motivational Interviewing. *Dentistry journal*, 2(2), 65-77.
<https://doi.org/10.3390/dj2020065>
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*, 93(2), 157-168.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Meld.St.19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse-og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>
- 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. *J Dent Hyg*, 91(1), 15-23.
- Norsk Tannpleierforening. (u. ). *Tannpleieryrket*. Norsk Tannpleierforening.
<http://www.tannpleier.no/tannpleieryrket/>
- Nymo n, H. N. (2021). Endringsarbeid i samv er med pasienter i dagliglivet - Motiverende intervju i miljøterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 79-90.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-09>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Resnicow, K. & McMaster, F. (2012). Motivational Interviewing: Moving from why to how with autonomy support. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9(1), 19-19.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-19>
- Tannhelsetjenesteloven. (1984). *Lov om tannhelsetjenesten* (LOV-2019-06-21-43). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utgave. utg.). Fagbokforlaget.

- Universitet i Tromsø. (2020). *Studieplan - Bachelor i tannpleie*. Universitet i Tromsø.
https://uit.no/Content/727531/cache=20212704183027/Studieplan_Bachelor_i_tannpleie_godkjent_av_fakultetsstyret_2020-11-26.pdf
- Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2013a, 16. november 2018). *Empowerment*. Mestring.no.
https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/Utdypning_empowerment_161118.pdf
- Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2013b, 16. november 2018). *Helsepedagogikk*. Mestring.no.
https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_HP_211215.pdf
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.
- Yevlahova, D. & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Aust Dent J*, 54(3), 190-197.
<https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01118.x>

Refleksjonsoppgave

Master i Empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2022

Kandidatnavn: Katarina Wæraas Hansen

Emnekode: MAPO5900

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Teoriforankring	2
<i>Helsekompetanse</i>	2
<i>Helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	2
<i>Empowerment</i>	3
Metode.....	4
<i>Litteraturstudie</i>	4
<i>Innsamling av data</i>	4
<i>Metode og kilde kritikk</i>	5
<i>Presentasjon av artiklene</i>	5
<i>Tematisering og analyse</i>	5
Resultat.....	6
<i>Presentasjon av funn</i>	6
Drøfting	8
<i>Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter</i>	8
<i>Bruk av kommunikasjonsteknikker</i>	10
<i>Styrke utdanningene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene</i>	12
<i>Utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse</i>	13
Konklusjon	14
Referanser.....	15

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har laget en strategi for å øke befolkningens helsekompetanse. Helsekompetanse er definert slik: «*Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Dette gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse og omsorgstjenester*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Videre har regjeringen et mål om å skape pasientens helsetjeneste, derav er helsekompetanse en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Basert på modellering og estimering av signifikant forskjellige nivåer i en rapport om helsekompetanse i Norge, ble det identifisert at 33% av befolkningen havner på eller under lav grad av helsekompetanse. Videre, i underkant av halvparten ble identifisert på middels grad av mestring som tilsier at de mestrer de fleste ferdighetene. Kun 20% av befolkningen defineres med høy grad av helsekompetanse (Le et al., 2021).

På bakgrunn av at helsekompetansen blant befolkningen i landet er noenlunde lav, kan det tenkes at det stilles enda høyere krav til helsepersonellet på dette område. Dette kravet blir stilt til både leger, sykepleiere, men også tannpleiere som er en viktig del av ivaretagelse tannhelsen til den norske befolkning. En tannpleier kan defineres slik: «*Tannpleiere arbeider helsefremmende og forebyggende med fokus på å fremme helse, forebygge sykdom i munnen og hindre at sykdom utvikler seg*» (Norsk Tannpleierforening, u.å.). Tannpleiere har en utdanning sterkt forankret innen samfunns- og atferdsfag hvor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid vektlegges. Denne sterke forankringen medfører at tannpleiere er spesielt egnet, og står derfor i en god posisjon, til å gjennomføre tiltak for å lære pasienter egenomsorg, og å ta ansvar for egen helse (Hansen et al., u.å.).

Denne refleksjonsoppgaven er tolket med å utdype et teoretisk perspektiv fra masterprosjektet som artikkelen ikke ga plass til. Helsekompetansen til pasientene refereres i mindre grad i artikkelen. Funn fra egen studie avdekket at pasientens motivasjon og interesse rundt oral helse var redusert. Dette skapte refleksjon om viktigheten av tannpleierens egen kunnskap om helsekompetansen og videre hvordan den kan bidra med å øke pasientens helsekompetanse. En økt helsekompetanse kan bidra til å ta gode valg for egen helse igjennom hele livet (Helsedirektoratet, 2021).

Med utgangspunkt i dette skal denne oppgaven undersøke hvordan tannpleiere kan bidra med å øke befolkningens helsekompetanse. Problemstillingen til denne refleksjonsoppgaven er derfor: «Hvordan kan tannpleiere bidra med å øke pasientens helsekompetanse?»

Teoriforankring

Under dette kapitlet presenteres noen hovedpunkter av begreper og teorier som vil være aktuell i sammenheng med temaet og problemstillingen i refleksjonsoppgaven.

Hovedpunktene er helsekompetanse, helsefremmende- og forbyggende arbeid og empowerment.

Helsekompetanse

Tematikken for refleksjonsoppgaven er helsekompetanse. Det er et nasjonalt mål om å skape pasientens helsetjeneste som betyr at pasienten skal være aktiv i egen helse og behandling.

Tanken er at pasienter skal bli lyttet til, kunne delta og ta egne valg i samråd med en behandler (Helsedirektoratet, 2021). Dette er også i tråd med brukermedvirkningen i empowerment-tenkingen (Tveiten, 2020, s. 48-50).

Man kan skille mellom individuell og systemrettet helsekompetanse. Individuell helsekompetanse er hvordan helseinformasjon oppfattes og forstås av hver enkelt person. I tillegg innebærer det å kunne vurdere når, og fra hvilke kilder, man skal innhente informasjon fra, samt å forstå den skriftlige og muntlige informasjonen (Helsedirektoratet, 2021). En av oppgavene til helsepersonell er at de må være bevisst på pasientens evne til utvikling av helsekompetanse, hva de faktisk forstår, og at helseinformasjon blir formidlet på en hensiktsmessig måte (Tveiten, 2020, s. 52). Systemrettet helsekompetanse er elementer som påvirker individers helsekompetanse indirekte. Eksempelvis hvordan man organiserer folkehelsearbeidet med å styrke utdanningene og øke mulighetene med videre- og etterutdanninger, samt hva som er tilgjengelig av retningslinjer og hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2021).

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Tannpleiere arbeider helsefremmende og forebyggende hver dag med pasienter.

Helsefremmende arbeid fokuserer på de tiltakene som bedrer livskvaliteten, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger som individet utsettes for (Braut, 2018).

Empowerment-tenkning kan forstås som et rammeverk for det helsefremmende arbeidet og verdens helseorganisasjon (WHO) vektlegger tre prinsipper, maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse i det helsefremmede arbeidet (Tveiten, 2020, s. 33-38). Forebyggende helsearbeid innebærer i hovedsak å forhindre at skade og sykdom oppstår, slik at helsen til folket blir bevart i hverdagen (Mæland, 2016, s. 15-16).

Empowerment

I følge WHO defineres empowerment som «*en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse*» (Vågan & Olsson, 2013a). Empowerment knyttes til bevisstgjøringsprosesser som er med på at den enkelte blir mer bevisst på egne kapabiliteter. Helsepersonellens rolle er å bidra i denne prosessen (Askheim, 2012, s. 10-17; Vågan & Olsson, 2013a).

Gjennom bevisstgjøring og partnerskap kan empowerment oppnås. Partnerskap innebærer at en tannpleier søker å fremme forståelse og bevisstgjøring hos en pasient gjennom dialog og gjensidig påvirkning (Tveiten, 2020, s. 79). Samhandlingen mellom tannpleieren og pasienten kan betraktes som en empowerment-prosess og innebærer en form for interaksjon som omhandler elementer av handling, relasjon og kommunikasjon. Kommunikasjon er et sentralt begrep i helsepedagogikk og betraktes som grunnlaget for samhandlingen mellom tannpleier og pasient (Tveiten, 2020, s. 38). Helsepedagogikk innebærer å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring og mestringskompetanse hos brukere, pasienter og pårørende (Vågan & Olsson, 2013b).

Tre prinsipper er viktige innenfor empowerment-tenkningen: Maktomfordeling, brukermedvirkningen og anerkjennelse av pasienten. Maktomfordeling omhandler at tannpleieren overfører makten til pasienten, noe som kan utføres gjennom en samtale. Videre er det en forutsetning at tannpleieren tilbyr tilpasset kunnskap som berører pasientens kompetanse. At pasienten anerkjennes som ekspert på seg selv er grunnleggende i empowerment-tenkning og innebærer at pasienten vet best om seg selv og sin helse (Tveiten, 2020, s. 33-48).

Under opplæring av pasientkompetanse er helsekommunikasjon det som skjer mellom tannpleieren og pasienten, hvor det er en dialog med formidling av informasjon og refleksjon rundt helse. Dialog og samhandling mellom tannpleier og pasient er forutsetninger for medvirkning (Tveiten, 2020, s. 80-81). Motiverende intervju (MI) kan ses i lys av

empowerment, og er en evidensbasert samtale metode som hjelper pasienten til å ta kontroll over faktorer som fører til endring, motivasjon og mestring som berører helsen (Barth et al., 2013, s. 13). MI er gjennomgående med grunnverdiene partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet (Helsedirektoratet, 2017). Metoden oppmuntrer pasienter til å medvirke for å løse problemer i eget liv med hjelp av en profesjonell, og metoden bidrar også med å hente frem pasientens egen motivasjon for endring (Ivarsson et al., 2017, s. 11). Eksempelvis kan en tannpleier hjelpe en pasient med å identifisere hva som er problemet og hva som er målet. I tillegg være nysgjerrig for å forstå hvordan pasienten har det, samt vise medfølelse og møte pasienten med aksept (Helsedirektoratet, 2017).

Metode

I dette kapittelet vil litteraturstudie bli presentert som metode for å besvare problemstillingen og redegjøre for valg av søkeord, hvilke databaser som er tatt i bruk og fremgangen i prosessen.

Litteraturstudie

I denne oppgaven er det valgt å bruke litteraturstudie som metode for å kunne støtte opp tematikken til problemstillingen. For å gjennomføre en litteraturstudie skal det innsamles tidligere vitenskapelige artikler gjennom relevante databaser og kritisk vurdere data av mulig relevans for problemstillingen (Dalland, 2012, s. 112-114).

Innsamling av data

For å besvare problemstillingen er det benyttet informasjon fra tidligere forskningsartikler, pensumlitteratur, rapporter, retningslinjer og funn fra egen studie. Databasene Pubmed og Oria er brukt for å innhente informasjon. Søkeordene som er benyttet til å identifisere relevante artikler er: “health literacy AND dental hygienist OR odontology AND communication skills AND public health” og “health literacy* AND oral health OR dental hygienist AND patient education AND communication”. Første steg for å identifisere aktuelle artikler innenfor inklusjons- og eksklusjonskriterier, var å lese overskriftene, deretter sammendrag og til slutt fulltekst. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene var fagfellevurdert og hadde tematisk relevans innenfor oral helse, tannpleier eller odontologi. Søkehistorikken ligger som vedlegg 8.

Metode og kilde kritikk

Under evaluering av kildene var det viktig å være kritisk. Det innebar å se på gyldighet, holdbarhet og at de var relevante, slik at man fikk en god teoretisk forankring i drøftingskapittelet (Dalland, 2012, s. 67-68).

Det ble gjennomført to søk i Pubmed, dette fordi det var få artikler som var relevante og som kunne bidra med teoretisk forankring relatert til problemstillingen. Det er også valgt å inkludere artikler som relateres til oral helsekompetanse, på bakgrunn av at en tannpleier arbeider primært i munn- og halsområde. De har også blant annet et stort ansvarsområde innenfor forebyggende helsearbeid og kan derfor ses i sammenheng med generell helsekompetanse (Norsk Tannpleierforening, u.å).

Presentasjon av artiklene

En bredere presentasjon av artiklene som er inkludert kan ses i vedlegg 9 på grunn av oppgavens ordbegrensninger. I Flynn et al (2010) var hensikten å vurdere bruken av kommunikasjonsteknikkene blant tannpleiere. Metoden som ble brukt var en kombinasjon av tverrsnittstudie og fokusgrupper. I studien til Jackson et al (2010) var ikke metoden helt eksplisitt, men tannpleierstudenter fikk en opplæring i å vurdere helsekompetansen til voksne pasienter. Deretter fikk studenten en spørreundersøkelse. Hensikten til Horowitz et al (2013) var å fastslå tannpleierens bruk av anbefalte metoder for formidling av vitenskapsbasert informasjon, med å gjennomføre en spørreundersøkelse. I studien til Tseng et al (2020) ble det gjennomført kvalitative telefonintervju, i tillegg en spørreundersøkelse av tannhelsepersonell og eksperter i oral helsekompetanse. Schiavo (2011) gjennomførte en litteraturstudie i USA om nivåene av helsekompetansen i USA. I rapporten til Le et al (2021) ble det gjennomført kvantitativ komparativ storskala undersøkelse med bruk av telefonintervju på et utvalg av befolkningen i Norge.

Tematisering og analyse

De utvalgte artiklene ble fortolket med inspirasjon av tematisk analyse av Braun og Clark. Formålet i tematisk analyse er å identifisere, analysere og rapportere mønstre i den empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 95). Det ble laget noen foreløpige temaer for å sammenfatte studienes hovedfunn: Tannpleiers kommunikasjonsferdigheter, bruk av kommunikasjonsteknikker, tannpleieres helsekompetanse og helsekompetansen i dag. De overordnede temaene ble til slutt: Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter, bruk

av kommunikasjonsteknikker, styrke utdanningene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene, og utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse.

Resultat

Resultatene er videre delt inn i de overordnet temaene, som er: Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter, bruk av kommunikasjonsteknikker, styrke utdanningene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene, og utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse.

Presentasjon av funn

Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter

Helsekompetansen blir beskrevet som ett relativt nytt begrep innen medisinsk- og tannlegelitteratur i forskningsstudiet til Schiavo (2011). I forskningen blir det fremhevet at forskningen vokser raskt, og at det er behov for enda mer forskning (Schiavo, 2011). I forskningen til Tseng et al (2020) var resultatene etter to tiår med på oral helsekompetanse, at det enda tyder på mangel i befolkningens forståelse av oral helse (Tseng et al., 2020). Schiavo (2011) påpeker at tannpleiere er i en unik posisjon til å hjelpe pasienter med lav helsekompetanse, og bruke metoder for å vurdere om pasienten har lav kompetanse. Videre, i to ulike forskningsstudier ble det identifisert at det var ulikt bekjentskap med begrepet «oral health literacy», hvor noen hadde hørt om det, derimot andre ikke hadde hørt om det (Flynn et al., 2016; Tseng et al., 2020).

Rapporten til Le et al (2021) om helsekompetansen i dag blant befolkningen, baserte seg på modellering og estimering av signifikant forskjellige nivåer av helsekompetanse. Videre i studien ble det ikke avdekt betydeligere forskjeller i helsekompetansen på tvers av ulike bakgrunnsvariabler, som hele befolkningen (over 18 år), innvandrerbakgrunn, kjønn, sosial plassering i samfunnet, aldersgruppe, utdanningsnivå, arbeidsstatus og helseforhold. I tillegg, et funn som ble identifisert i studien er at det oppleves vanskelig for store deler av befolkningen å kritisk kunne vurdere helseinformasjon. Det er behov for en veiledning for å vurdere om informasjon er pålitelig (Le et al., 2021). En viktig komponent i helsekompetanse er grunnleggende leseferdigheter (Jackson et al., 2010). På bakgrunn av dette, gjennomførte Jackson et al (2010) en studie med å lære tannpleierstudenter til å identifisere voksne med lav helsekompetanse. Tannpleierstudentene gjennomførte en test, som blant annet testet leseferdigheten til pasientene. Resultatene fra testen var at 13 prosent av de vurderte indikerte at det var «mangelfull» eller «marginal» leseferdighet.

Bruk av kommunikasjonsteknikker

Tannpleiere bruker store deler av sin tid på å lære opp pasienter i deres egen munnhelse, helsefremmede og forebyggende vaner, og øke behandlingssuksess samtidig som man forsøker å lindre pasientfrykt. Under opplæring av pasienter er det anbefalt å for eksempel bruke et enkelt språk, bruke gode kommunikasjonsevner og forklare grundig hvorfor en type behandling er anbefalt (Schiavo, 2011). I forskningen til Horowitz et al (2013) ble det beskrevet at bruk av anbefalte kommunikasjonsteknikker av helsepersonell har vist seg å øke pasientens forståelse. Derfor er det viktig at tannpleierne bruker anbefalte teknikker for å overføre forebyggende informasjon (Horowitz et al., 2013). Videre, i Flynn et al (2016) ble det undersøkt hvilke kommunikasjonsteknikker som ble brukt av tannpleiere på pasienter med lav helsekompetanse. MI og elektronisk medisinsk tannjournal (IEMDR) utspilte seg som nyttige kommunikasjonsteknikker på pasienter med lav helsekompetanse. Funn fra forskningen til Flynn et al (2016) og Tseng et al (2020) identifiserte at tannhelsepersonell fremdeles bruker anbefalte kommunikasjonsteknikker med pasienter i liten grad (Tseng et al., 2020).

Styrke utdanningene og øke videre- og etterutdannings mulighetene

Flere studier hevder at det er behov for å utvide utdanningsmålene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene (Horowitz et al., 2013; Jackson et al., 2010; Tseng et al., 2020). Funn fra Horowitz (2013) identifiserte at tannpleiere med ekstra kommunikasjonskurs utover vanlig utdanning hadde en signifikant større sannsynlighet for å bruke ulike kommunikasjonsteknikker enn de som ikke hadde noe mer form for ekstra kurs. Funnene fra studien gir støtte for å inkludere kommunikasjonskurs i læreplan og som alternativer for videreutdanninger til tannpleiere. I forskningen til Tseng et al (2020) ble resultatene av studie brukt til å forbedre tannhelsepersonell i oral helsekompetanse og pasientkommunikasjon. Deretter tilpasse intervensjoner til et større antall tannhelsepersonell, til samfunnsorganisasjoner og for å fremme politiske endringer på bakgrunn av at dårlig munnhelse er et stort problem. Resultatene fra forskningen til Jackson et al (2010) skulle benyttes til å utvide læringsplanene ved universitetene.

Utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse

Ved å utføre tiltak for å bidra med å øke pasientens helsekompetanse kan det oppstå utfordringer. I forskningen til Tseng et al (2020) ble det identifisert barrierer mellom tannleger og pasientene. Noen av barrierer som ble identifisert i studien var kommunikasjonsutfordringer, og pasienter som ikke var motiverte eller interessert i munnhelsen (Tseng et al., 2020). Videre, Schiavo (2011) beskrev flere faktorer som kan påvirke personens evne til å

lese, forstå og bruke informasjon slik at de kan utvikle helsekompetansen. Dette var faktorer som stress, sykdommer, språkbarriere, kulturelle forskjeller og pasientens alder. I tillegg, kan det være andre faktorer som gjør det utfordrende å øke pasientens helsekompetanse slik som i forskningsstudiet til Flynn et al (2016), hvor det ble identifisert andre barrierer som tidsbegrensinger, forklaring på hvorfor pasienter slet med å oppnå endringer, eller hvordan tannpleiere lyktes med endring hos pasienter (Flynn et al., 2016).

Drøfting

I dette kapittelet drøftes problemstillingen på bakgrunn av teoriforankring, resultatene fra litteraturstudiene og funn fra egen studie. Det blir tatt utgangspunkt i hovedtemaene fra litteraturgjennomgangen:

- Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter
- Bruk av kommunikasjonsteknikker
- Stryke utdanning og øke videre- og etterutdanningsmulighetene
- Utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse

Dagens helsekompetanse blant tannpleiere og pasienter

I strategien til Helse- og omsorgsdepartementet (2019) er målet å skape pasientens helsetjeneste, men dette krever at pasientene har nødvendig helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). For at tannpleieren skal kunne bidra med å øke pasientens helsekompetanse er det nødvendig å begynne med å kartlegge kompetansen til pasienten. Ifølge Le et al (2021) sin rapport om helsekompetanse i Norge, antas det at 33% av befolkningen har til dels lav helsekompetanse. Samtidig beskriver Helse- og omsorgsdepartementet (2019) at de som har lav helsekompetanse er forbundet med eksempelvis høy alder, lav sosioøkonomisk status, utdanningsnivå og språkferdigheter og at behovet for helsekompetanse er økende.

For å kartlegge pasientens helsekompetanse må man etterspørre og anerkjenne kunnskapen til pasienten på bakgrunn av at pasienten er ekspert på seg selv, på eget liv og egne erfaringer. Dette er ett prinsipp i empowerment-tenkingen. I tillegg kan det tenkes at det er helt nødvendig for både tannpleieren og pasienten, at tannpleieren har kunnskap om pasientens perspektiv da det kan skape en gjensidig og felles forståelse av pasientens anliggende (Tveiten, 2020, s. 212). Ved å ha en forståelse av pasientens kompetanse, kan tannpleiere

formidle helseinformasjon på en måte som pasienten forstår. Dette kan medføre at pasienten får en følelse av å bli sett og hørt (Tveiten, 2020, s. 52).

Et funn fra litteraturgjennomgangen identifiserte at kunnskapen om begrepet helsekompetanse varierte fra lite til mye kunnskap blant tannpleierne (Flynn et al., 2016; Tseng et al., 2020). En mulig årsak til dette kan være at helsekompetanse er et relativt nytt begrep innen medisinsk og odontologisk litteratur (Schiavo, 2011). I tillegg, Janum og Pettersen (2014) beskriver at helsekompetanse er et relativt lite brukt begrep i Norge, på grunn av at alle forventer at enhver kan lese og skrive (Tveiten, 2020, s. 52). Forskning viser at pasientens leseferdigheter kan ha vidtrekkende og ofte overraskende konsekvenser på helsekompetansen, og at leseferdigheter er bedre på å forutsi en persons helsetilstand bedre enn alder, inntekt, utdanningsnivå og rase eller etnisk gruppe (Jackson et al., 2010). Videre er ikke helsekompetanse kun basert på ferdighetene til å lese, men inkluderer også ferdigheter som er nødvendige for å tyde doseringsskjemaer, forstå avtaledokument og forstå legens anvisninger (Schiavo, 2011). Dette kan støttes av Jackson et al (2010) og Sand-Jecklin og Coyle (2014) som hevder at hvis en pasient har begrenset evne til å utvikle helsekompetanse kan det øke risikoen for sykehusinnleggelse og dødelighet, redusere bruk av forebyggende helsetjenester og øke bruken av akutttilbud (Jackson et al., 2010; Tveiten, 2020, s. 51-53). For å kunne formidle kunnskap til pasienten er tannpleieren avhengig av å ha et bevisst forhold til hva helsekompetanse innebærer. For å vurdere hvilke nivå av helsekompetanse pasienten befinner seg på må denne kunnskapen foreligge, samt at det er en forutsetning for at tannpleier skal lykkes i å styrke pasientens forståelse og kunnskap om egen helse.

I forskningen til Schiavo (2011) hevdes det at tannpleiere vier store deler av tiden sin til å opplære pasienter i egen munnhelse slik at de kan være bidragsyttere for å øke befolkningens helsekompetanse. Bakgrunnen for dette er at tannpleiere jobber helsefremmende og forebyggende med fokus på helse, sykdom i munnen og å hindre at sykdom utvikler seg (Norsk Tannpleierforening, u.å.). I tillegg, beskriver Hansen (u.å.) at tannpleiere har utdanning som er sterkt forankret innen samfunns- og atferdsfag, hvor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid står sentralt. I sammenheng med det nevner Flynn et al (2016) i forskningen at i nyere rapporter har tannpleiere et betydelig ansvar for å forbedre den orale helsekompetansen blant sine pasienter. Tilstrekkelig helsekompetanse gjør det mulig for pasienter å ta en aktiv del i behandlingen og å handle til deres eget beste, som kan være empowering for pasienten (Schiavo, 2011). Det helsefremmende arbeidet kan bidra til at pasienter blir i bedre stand til å ta kontroll over og forbedre sin egen helse. Ved at det

vektlegges maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse om seg selv, som er i tråd med empowerment-prinsippene (Tveiten, 2020, s. 33-38).

Det helsefremmende arbeidet handler blant annet om samhandlingen mellom tannpleier og pasient, og kan ses som empowerment-prosess. Dette fordi gjennom dialog kan tannpleieren formidle kunnskap til pasienten noe som er vesentlig for å ha kontroll over egne helse og situasjon og som bidrar til empowerment-prinsippet maktomfordeling. Det kan være at tannpleierens kompetanse kan påvirke dialogen mellom tannpleieren og pasienten med for eksempel bruk av fagspråk. Dette kan redusere medvirkningen ved at pasienten ikke forstår va som snakkes om, dermed kan det empowerment nedtones (Tveiten, 2020, s. 29-38). Imidlertid kan tannpleieren ha gode egenskaper, slik som støttes av egen studie der det ble identifisert at tannpleieren omtalte seg selv som «gode til å lese mennesker». Dette medfører at de klarer å skape en god relasjon med pasienten, som bidrar til å ivareta pasienten. Derav får pasienten muligheten til å være mer aktiv i behandlingen. Dette kan ses i lys av empowerment (Tveiten, 2020, s. 29-38). Dette støttes av forskningen til Horowitz et al (2013) som hevder at å bygge tillitsfulle forhold til pasienter er viktig i forebygging og behandling av orale sykdommer.

Bruk av kommunikasjonsteknikker

I dette kapittelet vurderes bruk av kommunikasjonsteknikker som kan bidra med å øke pasientenes helsekompetanse.

For å kunne bidra med å øke pasientens helsekompetanse kan det være aktuelt å bruke helsepedagogiske metoder (eksempelvis MI) for å fremme læring og mestring (Vågan & Olsson, 2013b). Dette samsvarer med Flynn et al (2016) som har vurdert hvilke kommunikasjonsteknikker som er brukt på pasienter med lav helsekompetanse. Her ble det identifisert at blant annet MI var en nyttig metode når pasienter har lav helsekompetanse (Flynn et al., 2016). MI innebærer en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av et bestemt resultat (*Barth et al., 2013, s. 13*). Denne metoden oppmuntrer pasienten til å løse problemer i eget liv, og at tannpleieren ønsker å hente frem pasientens egen motivasjon for endring (Ivarsson et al., 2017, s. 11). Det kan tenkes at metoden er relevant å bruke når man møter pasienter med en negativ holdning til helse, livskvalitet og levetid (Vågan, 2020, s. 156). Dette kan støttes av et funn fra egen studie der MI er benyttet på pasienter, som har endret holdningen og lysten sin for å oppnå en bedre oral helse. Totalt sett kan metoden bidra til å skape forståelse hos pasienten om egen helse, og derav bidra til å øke helsekompetansen deres.

Fra litteraturgjennomgangen hevdet Flynn et al (2016) at kommunikasjonsferdighetene hos helsepersonell er avgjørende for å forbedre pasientens helseutfall (Flynn et al., 2016). Dette blir støttet av Horowitz et al (2013) som beskriver at bruk av anbefalte kommunikasjonsteknikker av helsepersonell har vist seg å øke pasientens forståelse. På den ene siden er bruk av kommunikasjonsteknikker med på å la pasienten bidra under behandlingen. Da vil pasienten få muligheten til å samhandle med tannpleieren ved at de selv bidrar med å utforske hva årsaken til problemet er, og om hvordan man skal endre seg for å oppnå ønsket mål. Dette er i lys av empowerment-tenkningen, da pasienten får økt forståelse over egen helse og muligheten til å være aktiv under behandling (Askheim, 2012, s. 138).

På en andre siden kan det være at tannpleieren velger å ikke bruke disse anbefalte kommunikasjonsteknikkene som kan være med på å øke pasientens helsekompetanse. Dette støttes av funn fra forskningen til Tseng et al (2020) som indikerte at tannhelsepersonell fremdeles har et lavt bruk av anbefalte kommunikasjonsteknikker med pasientene (Tseng et al., 2020). Ved å ikke bruke anbefalte kommunikasjonsteknikker kan det medføre at pasienten ikke får ta like stor del i beslutningen om behandlingen. Videre vil dette trolig ikke være i retning mot «pasientens helsetjeneste», dette fordi pasienten ikke får vært delaktig i samtalen slik at kompetansen økes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette er ikke i lys av empowerment-tenkningen (Askheim, 2012, s. 138).

Videre kan det være mange årsaker til at kommunikasjonsteknikker ikke brukes, selv om forskning hevder at det er med på å øke pasientforståelsen (Horowitz et al., 2013). En mulig årsak kan være at tannpleieren ikke har tilstrekkelig med kunnskap om de ulike kommunikasjonsteknikkene, slik at de kan utnytte det på en effektiv måte for å øke pasientens helsekompetanse. Det kan lede til at man ikke bruker riktig fremgangsmåte, slik Scotten et al (2015) hevder at dårlig kommunikasjon kan føre til feil eller reduksjon av helseeffekt av behandling (Tveiten, 2020, s. 80-81). Eksempelvis kan dette være at tannpleieren bestemmer over pasienten istedenfor at pasienten får ta del i egne valg. Å bestemme over pasienten er ikke i lys av empowerment, dette fordi pasienten får ikke muligheten til å medvirke i valgene som blir tatt, derav ikke mulighet til å ha innflytelse og kontroll over beslutningene. Det kan resultere i at pasienten mister troen på egen mestring, å kan redusere helsekompetansen (Tveiten, 2020, s. 48-50). Derimot innebærer pasient- og brukerrettighetsloven å gi trygghet til hver enkelt pasient samt opprettholde folkets autonomi og at pasienten for mulighet til å medvirke på valgene som blir tatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2020, s. 131). Basert på erfaringene til tannpleierne i egen studie, kan en annen årsak være at tiden

ikke strekker til på grunn av en stressende hverdag. Slike stressende hverdager medfører at tannpleierne prioriterer nødvendig helsehjelp før de prioriterer kommunikasjonsteknikker.

Det er et behov for mer kunnskap om kommunikasjonsteknikker og mer tid, slik at tannpleierne kan bruke kommunikasjonsteknikker like mye som forskningen hevder det bør brukes for å øke helsekompetansen.

Styrke utdanningene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene

Et tiltak for at tannpleierne skal kunne bidra med å øke helsekompetansen i befolkningen kan være å styrke utdanningene og øke videre- og etterutdanningsmulighetene (Horowitz et al., 2013; Jackson et al., 2010; Tseng et al., 2020). Rapporten til Hansen et al (u.å.) erkjenner et behov for å jobbe målrettet med kompetansegivende videre- og etterutdanninger for tannpleiere, og at arbeidsgivere, helse- og utdanningsmyndigheter bidrar økonomisk til kompetanseløft for å fremme den orale helsen og livskvaliteten i befolkningen. Videre kan man se i flere nasjonale satsninger, blant annet *Kompetanseløftet 2015 i St. meld. nr. 25 (2005-2006)*, at det er gitt spesielle tilskudd for å øke kunnskapsnivået og kvaliteten i helsetjenesten. Det blir presisert at tilskuddet er gitt til tannleger, og at tannpleiere ikke er blitt prioritert (Hansen et al., u.å.).

Horowitz et al (2013) sin forskning konkluderte med at det er behov for å styrke utdanningene i helsekompetanse og kommunikasjonsferdigheter, og behov for å utvide etterutdanningene for tannpleiere (Horowitz et al., 2013). Fordelen med dette er at det kan bidra med å øke kunnskapsnivået til tannpleiere med en faglig fordypning og forståelse av framtidens folkehelsearbeid (Hansen et al., u.å.). I samsvar med dette er funn fra egen studie som indikerer at det er behov for å øke kunnskapen om kommunikasjonsteknikker blant tannpleiere. Videre kan tannpleiere være mer forberedt på situasjoner som kan være utfordrende å håndtere, eksempelvis når en pasient har et tydelig behov for endring, men umotivert eller uinteressert i å gjennomføre det som kreves. Dersom tannpleieren er mer forberedt på slike situasjoner kan det brukes til fordel for pasienten, og det kan bidra med å øke pasientens helsekompetanse. Videre støttes dette av forskningen til Horowitz et al (2013) som hevder at tannpleiere med ekstra kommunikasjonskurs (utover vanlig utdanning) hadde signifikant større sannsynlighet for å bruke ulike kommunikasjonsteknikker enn de som ikke hadde noen form for ekstra kurs (Horowitz et al., 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) beskriver at helsekompetanse må inkluderes i læringsutbyttebeskrivelsen i de helsefaglige grunnutdanningene. Dette begrunnes med at tannpleierne skal kunne bidra med å øke pasienten helsekompetanse, slik at man er forberedt og forstår pasienten helsekompetanse. I studien til Jackson et al (2020) ga de tannpleierstudenter opplæring i hvordan vurdere helsekompetanse til pasienter. Deretter skulle blant annet resultatene fra studien benyttes til å utvide utdanningsmålene. Fordelen med å implementere dette i læringsutbyttebeskrivelsen er at det kan være med på å øke tannpleieres forståelse for begrepet, samt å inneha kompetansen til å vurdere pasienten slik at man formidler helseinformasjon tilpasset den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Universitet i Tromsø, 2020). I lys av empowerment-tenkningen er dette med på å tilpasse seg pasienten slik at de kan medvirke under behandlingen (Tveiten, 2020, s. 52). Dette kan understøttes av Tveiten (2020) som hevder at en av oppgavene til helsepersonell er at de skal være bevisst på pasientens evne til utvikling av helsekompetanse.

Utfordringer med å øke pasientens helsekompetanse

Ved å bidra med å øke pasientens helsekompetanse kan det oppstå utfordringer. Slik som diskutert i tidligere avsnitt, mangler tannpleieren kunnskap og erfaring i bruk av kommunikasjonsteknikker. Mangel på kunnskap eller erfaring kan være en årsak til dårlig kommunikasjon mellom tannpleier og pasient, og som kan medføre at pasienten ikke får tatt del i behandlingen. Dette kan betraktes som at pasienten ikke medvirker som ikke er i lys av empowerment (Tveiten, 2020, s. 131). Videre er det i samsvar med forskningen til Tseng et al (2020) som hevdet at det var utfordringer med kommunikasjonen mellom tannpleier og pasient. Ifølge Tveiten (2020) er det viktig å vurdere pasientens evner til å forstå og gjøre seg forstått før man formidler vitenskapelig informasjon (Tveiten, 2020, s. 100-115). Dette støttes av Helse- og omsorgsdepartementet (2019) som beskriver at det kan oppstå store gap mellom hva helsepersonell tror pasienten har forstått, og hva pasienten faktisk har forstått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette kan forekomme av mangel på kunnskap og erfaring.

I tillegg, kan det være at pasienter er umotivert eller uinteressert i munnhelsen (Tseng et al., 2020). Dette kan ses samsvar med egen studie, der tannpleiere refererte til utfordringer med pasienter som var umotivert eller uinteressert. Det opplevdes som vanskelig å få til en god kommunikasjon og gjennomføringen av MI ble utfordret. En annen årsak som kan påvirke kommunikasjonen mellom tannpleieren og pasienten handler om språkbarrierer. Eksempelvis at pasienten ikke snakker samme språk som tannpleieren, da kan det lett oppstå misforståelser (Tveiten, 2020, s. 100-115).

Andre årsaker som kan være utfordrende når man skal bidra med å øke pasientens helsekompetanse er tidsutfordringer. I studien til Flynn et al (2016) blir tidsbegrensninger beskrevet som en barriere for å øke pasientens helsekompetanse. Dette støttes av funn fra egen studie, hvor erfaringene til tannpleierne ved bruk av MI identifiserte at tiden ikke strekker til på grunn av en stressende hverdag. I tillegg, det kan være at det ikke er en kultur på klinikken for å prioritere tid på å øke pasienten sin helsekompetanse (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130-140).

For å konkludere er kunnskapsmangel om kommunikasjonsteknikker, at pasienten er umotivert og uinteressert, utilstrekkelig med tid og kulturen på klinikken utfordringer tannpleierne står ovenfor for å øke pasientenes helsekompetanse.

Konklusjon

I denne refleksjonsoppgaven var hensikten å utforske hvordan tannpleiere kan bidra med å øke pasientens helsekompetanse. Det er gjennomført ett litteraturstudie med systematisk litteratursøk for å identifisere relevante forskningsartikler. I tillegg til de relevante forskningsartiklene, er det brukt relevant teori og funn fra egen studie for å besvare problemstillingen. Drøftingen rundt problemstilling indikerer at tannpleiere er i en god posisjon for å bidra med å øke pasientenes helsekompetanse. Derimot ble det identifisert at kommunikasjonsteknikker ikke blir brukt like mye som forskningen anbefaler. En av årsakene til det kan være tannpleieres kunnskapsmangel om kommunikasjonsteknikker. Videre er en konsekvens av dette at det er et behov for å styrke utdanningene og videre- og etterutdanningsmulighetene for å øke kunnskapen om helsekompetanse og helsepedagogiske metoder. Sammen med behovet for økt kunnskap er det et behov for mer tid i hverdagen og en kultur som tilrettelegger for å bruke kommunikasjonsteknikker, slik at tannpleiere kan bidra med å øke pasientens helsekompetanse.

Referanser

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju : samtaler om endring.* Gyldendal akademisk.
- Braut, G. S. (2018). *Helsefremmende arbeid.* snl. https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid
- Flynn, P., Acharya, A., Schwei, K., VanWormer, J. & Skrzypcak, K. (2016). Assessing Dental Hygienists' Communication Techniques for Use with Low Oral Health Literacy Patients. *J Dent Hyg*, 90(3), 162-169.
- Hansen, B., Dahl, K. E. & Munster, A. E. (u.å.). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025.* Norsk Tannpleier Forening.
http://medlemssiden.tannpleier.no/wp-content/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023.* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 07.03.2017). *Motiverende intervju som metode.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#referere>
- Helsedirektoratet. (2021, 16.02.2021). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak* Oslo: Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#referere>
- Horowitz, A. M., Clovis, J. C., Wang, M. Q. & Kleinman, D. V. (2013). Use of recommended communication techniques by Maryland dental hygienists. *J Dent Hyg*, 87(4), 212-223.
- Ivarsson, B. H., Hultqvist, H. L. & Gjestrud, G. (2017). *MI : motiverende samtaler : en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jackson, R. D., Coan, L. L., Hughes, E. & Eckert, G. J. (2010). Introduction of Health Literacy into the Allied Dental Curriculum: First Steps and Plans for the Future. *J Dent Educ*, 74(3), 318-324. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.3.tb04877.x>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- 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. Rapport IS-2959.* Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Norsk Tannpleierforening. (u.å.). *Tannpleieryrket.* Norsk Tannpleierforening.
<http://www.tannpleier.no/tannpleieryrket/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Schiavo, J. H. (2011). Oral health literacy in the dental office: the unrecognized patient risk factor. *J Dent Hyg*, 85(4), 248-255.
- Tseng, W., Pleasants, E., Ivey, S. L., Sokal-Gutierrez, K., Kumar, J., Hoeft, K. S., Horowitz, A. M., Ramos-Gomez, F., Sodhi, M., Liu, J. & Neuhauser, L. (2020). Barriers and

- Facilitators to Promoting Oral Health Literacy and Patient Communication among Dental Providers in California. *Int J Environ Res Public Health*, 18(1), 216.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18010216>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Universitet i Tromsø. (2020). *Studieplan - Bachelor i tannpleie*. Universitet i Tromsø.
https://uit.no/Content/727531/cache=20212704183027/Studieplan_Bachelor_i_tannpleie_godkjent_av_fakultetsstyret_2020-11-26.pdf
- Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2013a, 16. november 2018). *Empowerment*. Mestring.no.
https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/Utdypning_empowerment_161118.pdf
- Vågan, A. & Olsson, A. B. S. (2013b, 16. november 2018). *Helsepedagogikk*. Mestring.no.
https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_HP_211215.pdf

Vedlegg for hele masteroppgave

Antall sider: 24 sider

Innholdsfortegnelse

Vedlegg 1: Forfatterveiledning	1
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	3
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informantene	8
Vedlegg 4: Tillatelse fra leder	11
Vedlegg 5: ROS- Analyse for forskningsprosjekt ved OsloMet.....	13
Vedlegg 6: Søkehistorikk for artikkelen	15
Vedlegg 7: Utdrag fra analyseprosessen til artikkelen.....	16
Vedlegg 8: Søkehistorikk til refleksjonsoppgaven.....	19
Vedlegg 9: Oversikt over inkluderte artikler i refleksjonsoppgaven	21

Vedlegg 1: Forfatterveiledning

Forebygging.no publiserer fagfelleverderte vitenskapelige artikler hvor tema er forebyggende arbeid / helsefremmende arbeid / folkehelsearbeid. Tidsskriftet er en vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1, jf. Universitets- og høyskolerådets oversikt. Tidsskriftet er flerfaglig/tverrvitenskapelig og belyser bredden i aktuelle problemstillinger knyttet til overnevnte tema.

Det publiseres empirisk baserte artikler, oversikts-/kunnskapsoppsummerende artikler og teoretiske artikler. Innsendte manuskripter blir vurdert av to anonyme fagfeller før publisering. Tidsskriftet publiserer også kronikker, debattartikler og bokomtaler, som vurderes av redaksjonen.

Forebygging.no henvender seg til fagfolk, forskere, studenter, beslutningstakere og andre med interesse for forebyggende arbeid / helsefremmende arbeid / folkehelsearbeid. Språkføringen må derfor være slik at grupper utenfor forskningsmiljøene kan ha utbytte av artiklene.

Innsending av manuskripter til forebygging.no tolkes som et uttrykk for at man har til hensikt å publisere manuskriptet i dette tidsskriftet. Ved å sende inn en originalartikkel, aksepteres det av manusforfatter(ne) at ikke andre tidsskrifter kan vurdere stoffet mens det er til vurdering i redaksjonen for forebygging.no.

Artikkelformat

Manuskripter som sendes inn til vurdering skal innsendes i Word-format eller lignende tekstbehandlingsverktøy. Alle forfatterkoder skal være fjernet. En artikkel skal ikke overskride 8000 ord. Dette tilsvarer rundt 24 sider tekst med dobbel linjeavstand og 12 punktskrift. Sammendrag, tabeller, figurer, sluttnoter og referanser telles ikke med. Bruken av noter bør holdes nede. Litteraturreferanser bør begrenses til de vesentlige.

Detaljert instruks

Hver innsending skal inneholde følgende, samlet i ett dokument:

1. Følg brev
2. Artikkelens tittel
3. Sammendrag, inntil 100 ord
4. Engelsk abstract, inntil 100 ord
5. Artikkelteksten
6. Litteraturreferanser
7. Sluttnoter

8. Tabeller, figurer og illustrasjoner
9. Følgelbrev skal inneholde artikkelens tittel, forfatter(ne)s navn, forfatter(ne)s utdanning, tittel, stilling og institusjonstilknytning, adresser, telefonnumre og e-postadresser. Oppgi også antall ord i selve artikkelen.

Sammendrag (ingress) på inntil 100 ord skal referere tema og hovedbudskap i artikkelen og opplyse om hvilket datamateriale artikkelen bygger på.

Engelsk abstract skal inneholde engelsk tittel og eventuell undertittel. Dette sammendraget skal bestå av inntil 100 ord og skal referere tema og hovedbudskapet i artikkelen samt hvilket datamateriale artikkelen bygger på.

Teksten skrives med dobbel linjeavstand og 12 punkts skrift, Times New Roman eller liknende. Artikkelen skal fortrinnsvis ikke overstige 8000 ord (24 A4-sider med dobbel linjeavstand, Times 12 punkt). Ikke oppgi navn til artikkelens forfatter(e) i teksten. Arkene må ha sidetall. Det skal kun være ett nivå med overskrifter, og de skal ikke være nummererte. Overskriftene skrives i kursiv og begynner med stor bokstav, men skrives ellers med små bokstaver.

Noter skal komme som sluttnoter. Disse nummereres fortløpende og markeres i teksten med opphøyet skrift. I Word kan notefunksjonen anvendes. Antall noter bør holdes nede.

Tabeller og figurer skal ha tittel. Kilde og eventuelle forklaringer skal stå i egen note under hver tabell eller figur. Tabeller og figurer nummereres fortløpende (tabell 1, 2, 3..., figur 1, 2, 3, ...). Merk av i teksten omtrent hvor tabellen skal inn («tabell 1 omtrent her»).

Sitater skal markeres i teksten med kursiv. Sitater som er lenger enn tre linjer skal markeres med innrykk.

Referansesystem Forebygging.no bygger på regelverket i APA 7th (American Psychological Association) for kildehenvisning. Se retningslinjer og eksempler APA 7th.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Vurdering

Referansenummer

693482

Prosjektittel

Tannpleierens erfaringer med MI

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hege Sjølie, hesjo@oslomet.no, tlf: 95044683

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Katarina Wæraas Hansen, kwh95@live.no, tlf: 92488841

Prosjektperiode

16.08.2021 - 15.06.2022

Vurdering (2)

11.05.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så lenge den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 11.05.2022. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2022.

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

NSD 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD 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

NSD 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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 NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

08.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 07.10.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2022.

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

NSD 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD 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

NSD 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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 NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet

Tannpleiers erfaringer med MI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut erfaringer og ved bruk av motiverende intervju blant tannpleiere. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I denne masteroppgaven er formålet at funnene kan brukes til å danne ett grunnlag for utdanninger, praksis og videreutvikling av praksis. I denne studien ønsker jeg å finne ut hvordan opplevelser og erfaringer tannpleiere har, når det gjelder bruk av motiverende intervju.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Katarina Wæraas Hansen

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått spørsmål om og delta siden du inngår i utvalgsriteriene jeg har satt til min studie. Det er 6-10 tannpleier som blir spurt om og delta. Som utdanning som tannpleier enten 2åring eller bachelor. Har hatt kurs i MI eller hatt MI under utdanningen.

Hva innebærer det for deg å delta?

For deg som deltar vil det foregå at vi avtaler ett intervju. Der vi setter av god tid, før og etter intervjuet. Intervjuet vil foregå på avtalt sted. Da vil vi sammen gå igjennom spørsmål og du svarer så godt du kan. Intervjuet vil vare ca. 1 times tid. Jeg kommer til å ha en lydopptaker som jeg vil ta opp intervjuet med.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er jeg som er ansvarlig for prosjektet og min veileder som kommer til og ha tilgang på notater, lydopptak og transkripsjoner.
- Navn og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med den kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Du som deltager i denne studien vil ikke bli gjenkjent i publikasjon, alle opplysninger om deg vil bli anonymisert.
- Det vil kanskje bli publisert hva som kommer frem under intervjuet, for å vise til eksempler.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni. 2022. Hvis det blir aktuelt å publisere, vil opplysningen beholdes til etter publisering.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Katarina Wæraas, tlf: 92488841, epost: kwh95@live.no eller Hege Sjørliie, epost: hege.sjolie@vid.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Hege Sjørliie
(Forsker/veileder)

Katarina Wæraas Hansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Tannpleiers opplevelser og erfaringer med MI* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *kvalitativ forskningsmetode, med bruk av dybdeintervju.*
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til eventuelt videre publisering.*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Tillatelse fra leder

Samtykkeskjema til leder

Tannpleiers erfaringer med MI

Dette er ett spørsmål til deg som leder på tannklinikken. Jeg, Katarina Wæraas Hansen er masterstudent ved Oslo met, hvor jeg studere empowerment og helsefremmede arbeid. Jeg er ansvarlig for et prosjekt jeg holder på med, ønsker derfor å komme i kontakt med ulike tannpleiere. Siden jeg ønsker og finne ut om tannpleierens erfaringer med MI.

Derfor tar jeg kontakt med deg, hvor jeg ber om tillatelse for å ta kontakt med tannpleierne som jobber på den klinikken du er leder for. Samtidig som jeg ønsker tillatelse til å intervju de i arbeidstiden hvis det er lar seg gjøre.

Formålet for denne masteroppgaven er formålet at funnene kan brukes til å danne ett grunnlag for utdanninger, praksis og videreutvikling av praksis. I denne studien ønsker jeg å finne ut hvordan erfaringer tannpleiere har, når det gjelder bruk av motiverende intervju (MI).

Med vennlig hilsen

Hege Sjølie
(Forsker/veileder)

Katarina Wæraas Hansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Tannpleiers opplevelser og erfaringer med MI* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Gir tillatelse til at prosjektansvarlig kan ta kontakt med tannpleiere på denne tannklinikken*
- Gir til tillatelse til at prosjektansvarlig kan ta kontakt med tannpleierne og intervju de i arbeidstiden hvis det trengs.*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av leder på tannklinikken, dato)

Vedlegg 5: ROS- Analyse for forskningsprosjekt ved OsloMet

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering.
Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel: Tannpleieres opplevelser og erfaringer rundt MI
 Prosjektleder: Katarina Wæraas
 Prosjektnr NSD (hvis aktuelt): 693482
 Prosjektnr REK (hvis aktuelt): -
 Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt): -
 Prosjektets formål (kort beskrivelse): Studiens formål er å bidra brukes til å danne ett grun utdanninger og praksis. kunnskap om erfaringer som kan lag for videreutvikling av
 Antall registrerte informanter: 7 stk
 Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter): -
 Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres: Student og Veileder
 Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet? -

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:
 1) Trykk på 360" øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
 2) Logg på P360.
 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
 4) Fyll ut saksnummer som gjeldt ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).

Saksnr i P360:

HV: 18/12622
 LUU: 18/10490
 SAM: 18/11207
 SPS: 18/11221
 SVA: 18/11208
 TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Bennytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet under.	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko genereres automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	Datainsamling	Lyddoptak	Mister diktafon på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende) Integritet (At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende) Tilgjengelighet (At informasjon er tilgjengelig ved behov)	Overføre informasjon fra diktafon til annen lagringsenhet etter hvert intervju. Prøve å få tak i den uvedkommende	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurder å bruke mobilapp.
	Datainsamling	Notater	At man mister notaten, ved brann eller tyveri	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Skrive notater inn på word, og lagre filen på en annen lagringsenhet	1	4	5	Kryptere notater
	Datainsamling	Notater	At man mister notaten, ved brann eller tyveri	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Skrive notater inn på word, og lagre filen på en annen lagringsenhet	1	4	5	Kryptere notater
1	Datainsamling	Notater	At man mister notaten, ved brann eller tyveri	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Skrive notater inn på word, og lagre filen på en annen lagringsenhet	1	4	5	Kryptere notater
	Datainsamling	Notater	At man mister notaten, ved brann eller tyveri	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Skrive notater inn på word, og lagre filen på en annen lagringsenhet	1	4	5	Kryptere notater
	Datainsamling	Notater	At man mister notaten, ved brann eller tyveri	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Skrive notater inn på word, og lagre filen på en annen lagringsenhet	1	4	5	Kryptere notater
2	Analyse	Transkribering	Dataskinen kræsjer og man mister all transkriberingen	Man miser all arbeidet, må begynne på nytt	Konfidensialitet	Overføre transkriberingen til ett sikkert sted	2	3	5	Lagre transkripsjonen på et sikkert sted
	Analyse	Transkribering	Dataskinen kræsjer og man mister all transkriberingen	Man miser all arbeidet, må begynne på nytt	Konfidensialitet	Overføre transkriberingen til ett sikkert sted	2	3	5	Lagre transkripsjonen på et sikkert sted
	Analyse	Transkribering	Dataskinen kræsjer og man mister all transkriberingen	Man miser all arbeidet, må begynne på nytt	Konfidensialitet	Overføre transkriberingen til ett sikkert sted	2	3	5	Lagre transkripsjonen på et sikkert sted
3	Avslutning	Anonymisering	Man anonymiserer ikke godt nok	Personer som har vært med blir kjent igjen	Konfidensialitet	Være flink på å anonymisere gjennom hele oppgaven	2	1	3	Gå gjennom flere ganger for å sjekke
	Avslutning	Anonymisering	Man anonymiserer ikke godt nok	Personer som har vært med blir kjent igjen	Konfidensialitet	Være flink på å anonymisere gjennom hele oppgaven	2	1	3	Gå gjennom flere ganger for å sjekke
	Avslutning	Anonymisering	Man anonymiserer ikke godt nok	Personer som har vært med blir kjent igjen	Konfidensialitet	Være flink på å anonymisere gjennom hele oppgaven	2	1	3	Gå gjennom flere ganger for å sjekke

4	Teknisk	Minnepenn/Ekstern disk	At man mister den på bussen, ute eller i brann ect.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet	Ha den på et sikkert sted slik at det ikke faller lett ut	2	3	5 0	Sikre at den ligger på en sikker plass [Tekst]
					Integritet					
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.	2	3	5	Sikre at den ligger på en sikker plass
5	Avslutning	Lagringskrav etter prosjektslutt	At noen for tak i det før det er blitt destruert	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter.	Konfidensialitet	Kaste og destruere materialet	1	1	2	[Tekst]
					Integritet	Info vil ikke forandres			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet	Kun student og veileder som har tilgang på det	1	1	1	[Tekst]

Vedlegg 6: Søkehistorikk for artikkelen

Database	Søkeord	Begrensninger i søket	Forfatternavn	Artikkelnavn	Relevans for min studie
Google Scholar 07.04.21 Nytt søk: 05.03.22	Motivational interviewing, Dental hygiene	Avgrenset med etter 2017 Nr.1	Angela Mills, RDH, BSDH, MS; Wendy E. Kerschbaum, RDH, MA, MPH; Philip S. Richards, DDS, MS; Gail A. Czarnecki, DDS; Janet S. Kinney RDH, MS; and Anne E. Gwozdek, RDH, BA, MA	Dental Hygiene Students' Perceptions of Importance and Confidence in Applying Motivational Interviewing During Patient Care	Tannpleiers tuder og motiverende intervju
Oria 07.04.21 Nytt søk: 05.03.22	Dental hygienists; motivational interviewing Nr. 2	Avgrenset med fagfelleverderte tidsskrift. Avgrenset med årstall: 2011-2021	Ann-Christin Johansson, Gunnar Johannsen, Lars Uhlin and Annsofi Johannsen	Dental Hygienist Students' Learning About Motivational Interviewing	Tannpleiere og motiverende intervju
Oria 07.04.21 Nyttsøk: 05..03.22	Dental hygienists; motivational interviewing Nr.1	Dental hygienists; motivational interviewing Avgrenset med årstall: 2011-2021	Margaret E. Curry-Chiu, RDH, MS; Delwyn Catley, PhD; Marsha A. Voelker, CDA, RDH, MS; Kimberly Krust Bray, RDH, MS	Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study	Tannpleiers tuder og motiverende intervju
Pubmed 07.04.21 Nytt søk: 05.03.22	Dental care and motivational interviewing	Avgrenset med free full text. Avgrenset med publisert de siste 5 årene Nr.1	David G. Gillam and Huda Yusuf	Brief Motivational Interviewing in Dental Practice	Motiverende intervju og oral helse

Oria 07.04.2 1	Dental hygienists; motivational interviewing	Dental hygienists; motivational interviewing Avgrenset med årstall: 2011- 2021 Nr 7	Kimberly Krust Bray, R.D.H., M.S.; Delwyn Catley, Ph.D.; Marsha A. Voelker, C.D.A., R.D.H., M.S.; Robin Liston; Karen B. Williams, Ph.D., R.D.H.	Motivational Interviewing in Dental Hygiene Education: Curriculum Modification and Evaluation	Motiverend e intervju og oral helse
----------------------	---	--	--	--	--

Vedlegg 7: Utdrag fra analyseprosessen til artikkelen

Foreløpig tema	Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgrupper- underkategori	Kategori
kommunikasjon kunnskap om MI motivasjon pasienten opplevelser	<p>Da sier jeg litt sånn du har jo utrolig fine tenner hvorfor er det slik eller motsatt at jeg vil jo gjerne hjelpe deg, men jeg vet ikke va jeg kan gjøre, hva tenker du om det? (5)</p> <p>Åpne spørsmål. Jeg spør sjeldent ja og nei spørsmål (2) det er jo en samtale metode, som er metodisk... Og stille åpne spørsmål, få diskrepans... Få de til å liksom veie for å imot. (4)</p> <p>man gjerne bruker oppsummering i slutten av samtalen, også oppsummerer jeg hva de har svart. Som kan være til hjelp for videre refleksjon (7)</p> <p>Bruk av hele metoden..Det gjør jeg jo stort sett aldri. Det klarer jeg ikke med tanke på tiden. Men jeg har brukt elementer av MI også lagt ansvaret over på dem i forhold til munnhelsen (4)</p> <p>Det blir jo mestring, det blir jo det. (virker fornøyd) og man sitter jo med en god selvfølelse, at jeg klarte og «redde» en person (2)</p> <p>Nei det gjør noe med deg som tannpleier, vi er jo gode hjelpere. Vi vil jo gjøre det beste for</p>	<p>Ubevissthet</p> <p>Kommunikasjonsferdigheter</p> <p>Kunnskap om MI</p> <p>Lite kunnskap</p> <p>Ivaretakelse og empatisk</p> <p>Motiverende for tannpleieren</p> <p>Relasjonsbygging</p>	<p>Kunnskap</p> <p>Egenskaper til tannpleieren</p>	Kapabiliteter

	<p>pasienten. (5) men jeg får tilbakemelding at jeg er god på å kommunisere med mennesker. (5)</p>			
	<p>Også finnes det jo klart mennesker som ikke ønsker og si noe som helst, disse er klart vanskelig. (6) Så er det noen som ikke ser og ikke vil forstå, ved for eksempel at jeg sier at dette er ett hull, men da møter man gjerne motstand og de sier at det ikke er ett hull.(2) vis de ikke er motiverte til å gjøre en endring, så syns jeg det er vanskelig... (3) Motivasjonen er nødt til å komme innenfra hvis ikke går det ikke. Så sier de ja, det er helt sant. Så handler det om å finne den motivasjonen. (4) Merker stor forskjell på en annen tannpleier som er noen år eldre enn meg eller snart pensjonist. Man merker den store respekten hun får kontra meg. (2) At man ikke bare er ovenfor og ned at man ikke bare fortell dem va den skal gjøre men at dem har mer bestemmelse over seg selv.(1)</p>	<p>Trygghet Likegyldig til behandling Lite motivert Indre motivasjon Lite respekt Pasienter bestemmer</p>	<p>Pasientens Motivasjon Autonomi</p>	<p>Eksterne forhold</p>
	<p>Men det tar jo tid og gjøre en endring, og det gjelder jo generelt alt i livet, ikke bare tannhelsen (3) Men det er ikke så lett, det tar tid. Og det har man ikke i privat praksis. Så har man ikke tid. (4) Men det handler jo en del om tid og tidspress, man bruker det gjerne ikke slavisk, men gjerne biter av det. Siden ofte har man ikke tid, at da er det viktigere med å gi helsehjelp til de som trenger det (5) Gjerne en kombinasjon av penger og at vi ønsker at folk skal få hjelp også (1)</p>	<p>Tidspress Helsehjelp Økonomi</p>	<p>Tiden</p>	<p>Tidsknapphet</p>

	<p>I min gamle verden når jeg ble utdannet tannpleier så handlet det ikke så mye om penger, vi sku produsere tannhelse. Det er ikke mye tannhelse i det her pæset her. Og meg og kort tid så produserer ikke jeg god tannhelse, siden da har ikke jeg god tid til å hjelpe de ulike pasientene. Men slik er verden blitt dessverre. (5)</p>			
--	---	--	--	--

Vedlegg 8: Søkehistorikk til refleksjonsoppgaven

Data-base	Søkeord	Begrensninger i søket	Forfatter-navn	Artikkelnavn	Relevans for min studie
PUB MED	(((health literacy) AND (dental hygienist)) OR (odontology)) AND (communication skills) AND (public health)	Kun 15 resultat, ikke nødvendig	Flynn, Priscilla, Acharya Amit, Schwei Kelsey, VanWormer, Jeffrey, Skrzypcak Kaitlyn	<u>Assessing Dental Hygienists' Communication Techniques for Use with Low Oral Health Literacy Patients</u>	Helsekompetanse og tannpleiere, kommunikasjonsmetoder
			Jackson Richard D, Coan Lorinda L, Hughes Elizabeth, Eckert George	<u>Introduction of Health Literacy into the Allied Dental Curriculum: First Steps and Plans for the Future</u>	Tannpleierstudenter, helsekompetanse,
			Horowitz Alice, Clovis Joanne C, Wang Min Q.i, Kleinman Dushanka V	<u>Use of recommended communication techniques by Maryland dental hygienists</u>	Tannpleiere, helsekompetanse, kommunikasjonsmetoder
PUB MED	(((health literacy*) AND (oral health)) OR (dental hygienist)) AND (patient education) AND (communication)	114 resultater	Tseng Winston, Pleasants Elizabeth, Ivey Susan L, Sokal-Gutierrez Karen, Kumar Jayanth, Hoeft Kristin S ; Horowitz, Alice M ; Ramos-Gomez, Francisco ; Sodhi, Miku ; Liu, Jessica ; Neuhauser, Linda	<u>Barriers and facilitators to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in california</u>	Tannpleiere, eksperter på oral helsekompetanse, kommunikasjonsmetoder
			Schiavo, Julie H	<u>Oral health literacy in the dental office: the unrecognized patient risk factor</u>	Helsekompetansen blant voksne I USA, tiltak til tannpleieren
ORI A	Helsekompetanse I Norge		Le, Christopher ; Finbråten, Hanne Søberg ; Pettersen, Kjell Sverre ; Joranger, Pål ; Guttersrud, Øystein	<u>Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL</u>	Helsekompetansen i Norge idag

				<u>tilknyttet WHO-EHIL.</u> <u>Rapport IS-2959</u>	
--	--	--	--	---	--

Vedlegg 9: Oversikt over inkluderte artikler i refleksjonsoppgaven

Artikkel	Metode og utvalg	Hensikt	Funn	Forskning	Relevans for min studie
Assessing Dental Hygienists' Communication Techniques for Use with Low Oral Health Literacy Patients av Pricilla Flynn, Amit Acharya, Kelsey Schwei, Jeffrey VanWormer og Kaitlyn Srzypcak	Tversnittstudie og fokusgrupper for tannpleiere, 38 deltakere, alle var kvinner.	Hensikten med denne studien var å vurdere den rutinemessige bruken av kommunikasjonsteknikker anbefalt for bruk med pasienter med lav munnhelsekompetanse av tannpleiere	Et funn som ble identifisert var at det ble brukt 6,3 kommunikasjonsmetoder av de 18 som var anbefalt for pasienter med lav oral helsekompetanse	Studere effektivitet av tannpleierens kommunikasjons-teknikker i større skala og hvilke av de som påvirker pasientens atferdsendring og om den orale helsen forandres	Tannpleiere Kommunikasjonsteknikker Øke helsekompetansen
Introduction of Health Literacy into the Allied Dental Curriculum: First Steps and Plans for the Future av Richard D Jackson, Lorinda L Coan, Elizabeth Hughes og George J Eckert.	Metode er ikke helt eksplisitt Undersøkelse og opplæring for tannpleier-studenter	Samle inn data om nivået av helsekompetanse til den voksne befolkninger, informere uteksaminerte tannpleier om konsekvensene av utilstrekkelig helsekompetanse. Å gjøre studentene kjent med å identifisere de voksne som kan trenge ytterlige hjelp med opplæring	Resultatene av denne undersøkelsen indikerer at en betydelig andel av våre pasienter har mindre enn tilstrekkelige leseferdigheter målt ved S-TOFHLA	Basert på funnene fra studien, er det videre målet å utvide utdanningsmålene og utvikle en større undersøkelse	Tannpleier-studenter Øke helsekompetansen Pasienten kompetanse Opplæring av helsekompetanse
Use of recommended communication techniques by Maryland dental hygienists av Alice M Horowitz, Joanne	Spørreundersøkelse for tannpleiere	Hensikten var å fastslå tannpleieres bruk av anbefalte metoder for å formidle vitenskapsbasert informasjon for intervensjon	Omtrent halvparten av respondentene brukte 6 av de 18 kommunikasjonsteknikkene, mens omtrent tre fjerdedeler av respondentene at de	Inkludere kommunikasjonskurs som obligatorisk læreplan i tannpleiere og som alternativer for	Tannpleiere Kommunikasjonsferdigheter

<p>C Clovis, Min Q Wang og Dushanka V Kleinman.</p>		<p>og forebygging av oral sykdom</p>	<p>sjeldent eller aldri brukte de anbefalte metodene. Ett annet funn som ble identifisert var at tannpleierne som hadde hatt et mere kommunikasjonskurs enn vanlig utdanning hadde signifikant større sannsynlighet for å bruke ulike kommunikasjons-teknikker enn de som ikke hadde noe mer form for kurs</p>	<p>videreutdanning. Etterutdanning er også en løsning</p>	<p>Formidle vitenskapsbasert-informasjon</p>
<p>Barriers and facilitators to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in California av Winston Tseng, Elizabeth Pleasants, Susan L Ivey, Karen Sokal-Gutierrez, Jayanth Kumar, Kristin S Hoeft, Alice M Horowitz, Francisco Ramos-Gomez, Miku Sodhi, Jessica Liu og Linda Neuhauser</p>	<p>Telefonintervju og spørreundersøkelser for tannhelsepersonell og eksperter i oral helse-kompetanse</p>	<p>Hensikten var å studere perspektivene til tannhelsepersonell i California og eksperter på oral helsekompetanse i USA på bruk av kommunikasjonteknikker</p>	<p>Resultatene fra studien viste at tannleger satte pris på sin kommunikasjon med pasienter, men beskrev også barrierer som kommunikasjons utfordringer mellom de og pasientene</p>	<p>Forskning på grunnleggende helsekompetanse arbeidet og kommunikasjons-teknikker.</p> <p>Behov for en profesjonell helsekompetanse opplæring, (akademisk og etterutdanning)</p> <p>Utvide oral helsekompetanse utdanning</p>	<p>Tannhelsepersonell</p> <p>Kommunikasjonsferdigheter</p>

<p>Oral health literacy in the dental office: the unrecognized patient risk factor av Julie H Schiavo</p>	<p>Litteraturstudie i USA</p>	<p>Diskutere nivåene av helsekompetansen blant voksne og effekten av leseferdighetsnivåer og kommunikasjonsferdighetene til pasienten</p>	<p>Kommunikasjon en faktor for pasientopplæring.</p> <p>Helsepersonell er dårlig på å vurdere pasientens ferdigheter. Faktorer som spiller inn på helsekompetansen</p> <p>Tiltak for tannpleieren.</p>	<p>Forskning på spesifikt oral helsekompetanse.</p> <p>Helsekompetanse er et relativt nytt begrep innen medisinsk og tannlege litteratur. Forskningen vokser raskt, med et behov for mer forskning</p>	<p>Kommunikasjonsferdigheter</p> <p>Utforske helsekompetanse</p> <p>Tannhelsepersonell</p>
<p>Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Rapport IS-2959 av Christopher Le, Hanne Søberg Finbråten, Kjell Sverre Pettersen, Pål Joranger og Øystein Guttersrud</p>	<p>Kvantitativ komparativ storskala undersøkelse med bruk av telefonintervju i Norge</p>	<p>Kartlegge helsekompetansen i Norge</p>	<p>Et funn som ble identifisert er at det å kunne kritisk vurdere helseinformasjon oppleves som vanskelig for store deler av befolkningen</p>		<p>Helsekompetansen i Norge</p>