

## HOVUDBODSKAP

- Studien kan tyda på at både tannhelsetenesta og brukarane har mykje å vinna på auka fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta.
- For å førebyggja tannbehandlingsangst meinte deltakarane at god kommunikasjon og forklaring i forkant og undervegs i behandlingsprosessen er viktig.
- Deltakarane ynskte å oppleve kontroll, og å bli sett og høyrte i behandlingssituasjonen.
- Deltakarane opplevde det vanskeleg å sei ifrå til behandlaren når dei opplevde noko ugreitt i tannbehandlingssituasjonen.
- Fleire av deltakarane meinte at dersom det hadde blitt lagt betre til rette for brukarmedverknad tidlegare, kunne det hindra eller redusert behovet deira for hjelp frå TOO.

## FORFATTARAR

Ingrid Kristin Moe, tannpleiar med master i helsefremjande arbeid, Vestland fylkeskommune

Therese Thornton Sjursen, ph.d. og psykologspesialist, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen

Regina Skavhellen Aarvik, ph.d.-stipendiat og tannlege, Universitetet i Oslo/Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland

Torill Helene Tveito, ph.d. og tannlege, Institutt for helse-, sosial- og velferdssag, Universitetet i Sørøst-Norge

Maren Lillehaug Agdal, ph.d. og pedodontist, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland

Korresponderende forfatter: Ingrid Kristin Moe, Hesthaugen tannklinikk, Åsamyrane 88 a, 5116 Ulset. E-post: Ingrid.Kristin.Moe@vlfk.no

Akseptert for publisering 13.09.2022

Artikkelen er fagfelleurdert

Moe IK, Sjursen TT, Aarvik RS, Tveito TH, Agdal ML. Brukarmedverknad i tannhelsetenesta – ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2022; 132: 928-35.

Norsk MeSH: Tannhelsetjenester; Kommunikasjon; Tortur; Overgrep; Odontofobi

# Brukar- medverknad i tannhelsetenesta

## – ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO

Ingrid Kristin Moe, Therese Thornton Sjursen, Regina Skavhellen Aarvik, Torill Helene Tveito og Maren Lillehaug Agdal

Bakgrunn: Brukarmedverknad er i vinden i mange norske helsetenester, men forfatarane kjenner ikkje til norske publiserte studiar om brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Studien har til mål å undersøka korleis brukarar av TOO har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i møte med tannhelsetenestene. TOO er eit tilrettelagt behandlingstilbod for pasientar som har vore utsett for tortur, overgrep, og/eller har odontofobi.

Metode: Kvalitativ metode med ni individuelle intervju. Deltakarane er brukarar av TOO, som av ulike årsaker har særleg behov for tilrettelagt tannbehandling. Tematisk tekstanalyse vart nytta til analyse av datamaterialet.

Resultat: Deltakarane har varierende forståing av konseptet brukarmedverknad. Dei har hatt positive erfaringar med brukarmedverknad på individnivå i TOO, men har lite erfaringar med brukarmedverknad i tannhelsetenesta tidlegare. Dei har ingen erfaringar med brukarmedverknad på systemnivå. Dei meiner at betre informasjon og kommunikasjon kan gjera tannhelsetenestene betre. For å leggja betre til rette for brukarmedverknad i tannbehandling peikar deltakarane mellom anna på å bruka god tid, og at pasientane blir sett og lytta til.

Konklusjon: Deltakarane meiner at meir bruk av brukarmedverknad i tannhelsetenesta kan vera med å forebyggja vegring for tannbehandling ved at fleire får gode opplevingar i møte med tannhelsetenesta. Det bør difor vera meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta.

Eit godt og effektivt helsevesen med mål om betre helse i befolkninga er stadig i fokus og i utvikling. For best mogeleg individuell nytte må

tenesta vera tilpassa brukaren. Helsetenestene har plikt til å involvera brukarane og brukarane har rett til å medverka i saker og avgjersler som omhandlar og påverkar dei. Dette er ein lovfesta rett i Noreg, nedfelt i Pasient- og brukarrettighetsloven (1). Prosessen som set brukaren i stand til å ta større kontroll over avgjersler og handlingar som påverkar til betre helse er ein helsefremjande prosess og er definert i omgrepet empowerment (2). Brukarmedverknad med mål om at brukarane bidreg til utvikling av helsetenestene er ei form for empowerment. Når brukarane får påverka behandlinga, kan dette bidra til å styrka både sjølvbiletet og motivasjonen til brukarane, samtidig som tenestene kan bli betre (3). Brukarmedverknad kan skje både på individnivå der brukaren påverkar sitt eige behandlingssløp, eller på systemnivå der brukaren bidreg til utforming av helsetenestene (4).

Verdien av medverknad og empowerment er ikkje ny kunnskap. Verdas helseorganisasjon lanserte allereie i 1986 Ottawacharteret, der empowerment blir framheva som både strategi og metode for å fremja god helse (5). Ottawacharteret påpeikar helsetenestene sitt ansvar for å utvikla og reorientera seg. I Noreg har fleire helsetenester innført system for brukarmedverknad både på individ- og systemnivå, til dømes innan rus og psykiatri (6). Fram til no har det derimot ikkje vore mykje fokus på brukarmedverknad innanfor tannhelse.

I Noreg er målet at alle skal vera sikra lik tilgang på helsetenester av god kvalitet (1). Føresetnadar for dette er mellom anna at brukarane får medverka ved behandlingsval, og at dei får naudsynt informasjon for å forstå eigen helsetilstand. Å ta omsyn til pasientane sin evne til å oppsøka, forstå og bruka helseinformasjon, er difor viktig (7).

Personar som har vore utsett for tortur, overgrep eller har odontofobi (TOO) er ei spesielt sårbar gruppe i tannhelsetenesta (8, 9). Tilrettelagt behandlingstilbod som inneber angstbehandling og tannbehandling med mål om varig god oral helse er oppretta for denne pasientgruppa slik at dei med særskilde behov også skal få hjelp til

tannbehandling (8, 9). TOO-pasientane representerer ei pasientgruppe som ofte har negative kjensler knytt til tannbehandling, og er difor ikkje representative for alle brukarar av tannhelsetenestene. Meir kunnskap om korleis dei opplever mogelegheita for brukarmedverknad er likevel interessant fordi eit innblikk i deira opplevingar kan visa oss kva brukarmedverknad betyr for dei, og slik gjera det lettare å utvikla tenestene og betre leggja til rette for sårbare pasientar. Med bakgrunn i dette var målet med studien å utforska korleis brukarane av TOO-tilbodet har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i tannhelsetenesta, og korleis brukarane meiner at tannhelsetenesta betre kan leggja til rette for brukarmedverknad.

## Metode

Studien vart gjennomført med eit utforskande kvalitativt design, og datamaterialet vart samla inn gjennom ni individuelle intervju sommaren 2021.

### Deltakarar og rekruttering

Deltakarane vart rekruttert under rutinesamtalar med koordinerande tannhelsesekretærar ved TOO. Dei som meldte interesse for forskingsprosjektet vart kontakta av IKM og fekk meir informasjon. Deretter vart skriftleg informasjon og samtykkjeskjema tilsendt dei som ville delta. Av dei 17 personane som meldte interesse for forskingsprosjektet var det 2 som ikkje møtte opp til avtalt intervju og 6 takka nei, eller valde å ikkje respondera.

Ni personar stilte til intervju. To deltakarar var i oppstartfasen for angstbehandling, resten var ferdige med angstbehandlinga og hadde starta tannbehandling når intervjuet fann stad. Deltakarane hadde bakgrunn frå odontofobi og/eller overgrep. Ingen hadde kjend bakgrunn frå tortur. Begge kjønn var representert, og alle deltakarane var over 20 år.

### Gjennomføring av intervju

Eitt intervju vart gjennomført digitalt via Teams grunna lang reiseveg for deltakaren, resten vart gjennomført med fysisk oppmøte i lokala til Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter. Intervjuet vart gjennomført med middels strukturingsgrad (10) med utgangspunkt i intervjuguide utforma i forkant. Intervjuet vart leia av IKM. Ein assisterande moderator (forskningsassistent) var med og passa på at tida ikkje oversteig tidsplanen (90 minuttar) og at alle tema i intervjuguiden vart dekkja. Intervjuet varte i snitt i 50 minutt, kortaste intervjuet var på 35 minutt og lengste på 1 time og 14 minutt.

### Intervjuguide

Tema og spørsmål i intervjuguiden vart utarbeida saman med to forskarar (TTS og MLA) som begge har erfaring frå kvalitativ for-

## FAKTA OM TOO

TOO er eit tilrettelagt behandlingstilbod for pasientar som har vore utsett for tortur, overgrep, og/eller har odontofobi. TOO er finansiert av Helsedirektoratet og drifta av den offentlege tannhelsetenesta i alle fylka i landet. Pasientane kan sjølv ta kontakt med TOO, eller bli tilvist av tannhelsepersonell eller anna helsepersonell. Behandlingstilbodet er todelt der pasientane i første omgang får angstbehandling hos tverrfagleg TOO team før dei deretter blir tilvist til TOO-tannbehandlingsteam for tannbehandling.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud-too>

sking og behandling av TOO-pasientar. Intervjuguiden bygde på eksisterande kunnskapshol i litteraturen, og hadde fire hovudtema med tilhøyrande underspørsmål for å få utfyllande svar frå deltakarane. Dei fire hovudtema var:

- Kva erfaringar har pasientane med brukarmedverknad frå tannbehandling før TOO?
- Korleis kan den offentlege tannhelsetenesta legga til rette for auka brukarmedverknad på individ- og systemnivå?
- Kva erfaringar har pasientane med brukarmedverknad frå TOO-behandlinga?
- Korleis kan TOO leggja til rette for meir brukarmedverknad på individ- og systemnivå?

#### Lydopptak og transkribering

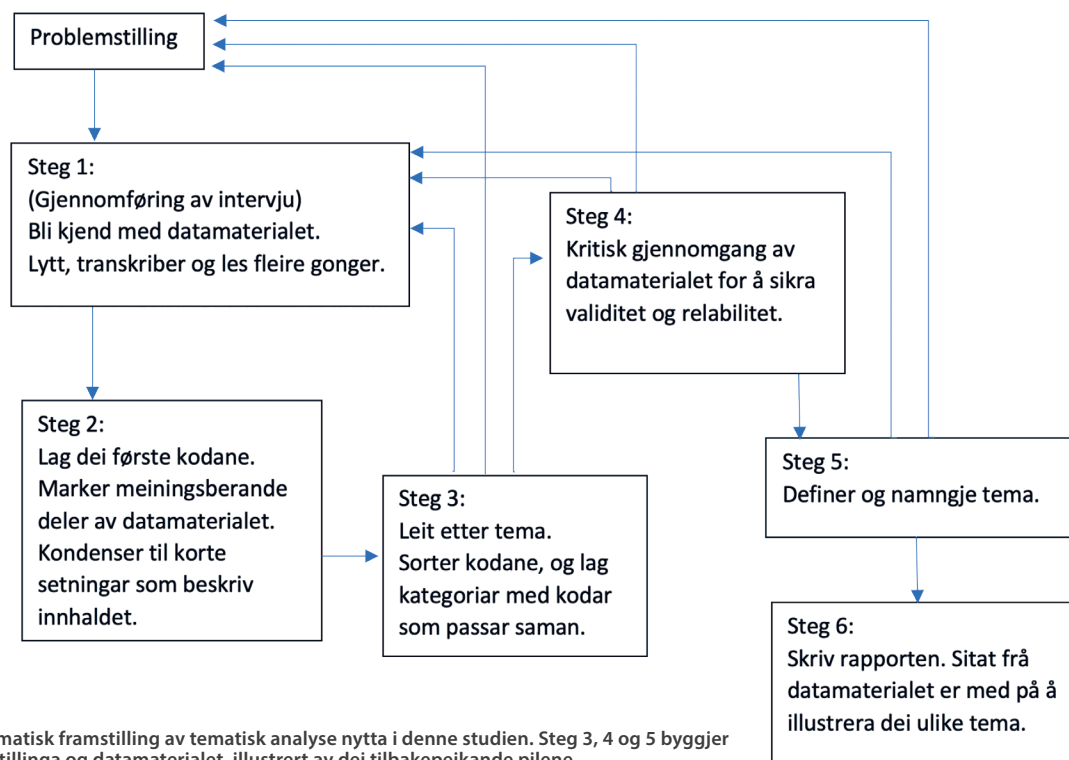
Lydopptakar vart nytta under intervjuva med informert samtykkje. Etterpå vart intervjuva transkriberte og lydfilene overført til kryptert datalagring. I transkriberingsprosessen vart deltakarar, personopplysingar, stadnamn og omtalte behandlarar anonymiserte.

#### Tematisk analyse

Braun og Clarke sin metode for tematisk analyse legg opp til å identifisera, analysera og synleggjera både samanfallande og divergerande mønster/tema i kvalitativt datamateriale (11). I tråd med

Braun og Clarke sin metode vart desse seks stega nytta i analyseprosessen av dei transkriberte intervjuva (figur 1):

1. Å bli kjend med datamaterialet: IKM lytta til lydfilene fleire gonger før og under transkribering for å bli godt kjend med datamaterialet. Transkriberinga vart gjort så ordrett som råd, samtidig som munnleg språk vart endra til skriftspråk for å gjera det lettare å lesa. Datamaterialet blei lese, og dei fyrste tankane om kva som var viktig tok form. MLA og TTS las gjennom det transkriberte datamaterialet kvar for seg.
2. Å generere innleiande kodar: IKM gjekk gjennom datamaterialet. Meiningsberande aspekt frå kvart intervju vart identifisert og merka med beskrivande kodar. Kodar med liknande mening vart organisert i same kategori. Nokon av utsegna vart nytta i fleire ulike kodar. Gjennomgang av transkripsjonar og kodar vart utført for å sjå om kvar kode gjenga meininga frå teksten i transkripsjonane. IKM og MLA gjekk saman gjennom transkripsjonar og kodar for å diskutere om kvar kode gjenga meininga frå teksten i transkripsjonane.
3. Organisering av kodar i overordna tema: IKM og MLA drøfta og organiserte kodane i overordna tema som viste mønster i datamaterialet. Nokon av kodane var ikkje relevante i forhold til problemstillinga, og vart difor ikkje med i vidare analyser. Kodane vart organisert til tema. Kodar og ei første organisering av materialet i fire tema vart delt med TTS, som sette seg inn i materialet og kom med inn-



Figur 1. Skjematisk framstilling av tematisk analyse nytta i denne studien. Steg 3, 4 og 5 byggjer på problemstillinga og datamaterialet, illustrert av dei tilbakepeikande pilene.

spel. Prosessen med å utvikla og avgrensa tema kravde at innhaldet vart vurdert og diskutert fleire gonger for å sikra at meiningsinnhaldet i dei definerte sitata vart forstått og tematisert på rett måte.

4. Kritisk gjennomgang av tema: Intervjumaterialet vart lese på nytt av IKM, MLA og TTS, og det vart utført ein kritisk gjennomgang av tema for å sikra at datamaterialet vart riktig gjengjeve i resultata. Ved kritisk gjennomgang av datamaterialet kom det fram at nokre tema måtte framhevast og andre resultat var mindre relevante. I den kritiske gjennomgangen gjekk prosessen frå fire til fem tema, då eit nytt tema vart lagt til. Deretter vart to av dei opphavslege tema slegne saman og resultatet vart til slutt fire tema.
5. Namn til tema: Prosessen med å definera og gje presise og beskrivande namn til tema vart utført parallelt med punkt 4. Målet var å namngje dei ulike tema med presise namn som på ein god måte spegla essensen i kvart tema. Etter fleire rundar resulterte det i namna som blir presentert under resultat.
6. Skrivning av artikkel.

Tekstanalyseprogrammet NVivo20 (alfasoft) vart brukt til å organisera og strukturera kodar og tema gjennom analyseprosessen.

### *Etikkgodkjenningar*

Studien vart vurdert av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK) til å vera helsetenesteforskning, og dermed ikkje framleggspliktig (2021/231264/REK vest). Norsk senter for forskingsdata godkjende studien (# 942232/2021). Studien vart gjennomført i fylje prinsippa i Helsinkideklarasjonen (12). Alle deltakarane fekk utdjupande informasjon om studien både skriftleg og munnleg før dei signerte samtykkjeskjema i forkant av intervjuet.

### **Resultat**

#### *Brukarmedverknad – frå framandord til eigne erfaringar*

Det kom fram at deltakarane har ulik forståing for konseptet brukarmedverknad. For enkelte deltakarar var brukarmedverknad eit framandord, medan andre hadde klar oppfatning av kva ordet betyr. Frå tida før TOO hadde dei lite erfaring med å medverke i sjølve tannbehandlingssituasjonen, og lite erfaring med at tannhelsestena hadde tilrettelagd for brukarmedverknad. Fleire hadde følt at dei ikkje har hatt noko dei skulle ha sagt når dei var på tannklinikken. Ein av deltakarane som var i oppstartfasen av TOO-behandlings skildra tidlegare erfaring med brukarmedverknad slik:

*«For meg har det aldri vore klart at eg som brukar, eller pasient, har noko eg skulle sagt. At eg faktisk går til eit medisinsk helsepersonell. Og liksom... Det er jo dei som sit på erfaring og kunnskap, og du... (...) forventar liksom at det som blir sagt at vi skal gjere, eller korleis ting skal vera, det må vi berre ta til etterretning, fordi det er det som er sagt frå fagpersonen, då. Så eg har aldri tenkt på moglegheita for at*

*eg kan sei nei, eller stopp, eller noko sånt. (...) Men for meg har det ikkje blitt opplyst om at eg som brukar har noko å sei, då.» (nr. 2)*

Ein deltakar meinte at brukarmedverknad handla om det som skjer under behandlinga. Han fortalde at han trengde å ha kontroll på alt som skjedde i situasjonen, og meinte det var brukarmedverknad dersom det vart lagt til rette for at han hadde kontroll. Ein annan fortalde at å få vera med å planlegga neste tannlegebesøk var brukarmedverknad for han:

*«Då kjenner eg at eg som pasient blir ivaretatt. Og at eg betyr noko meir enn berre pengar i kassen. At det faktisk er mi tannhelse som er viktig, og... Og at dei behova eg då vil ha, knytt opp til ei undersøking, eller kva det måtte vera, blir møtt.» (nr. 8)*

Fleire av deltakarane starta intervjuet med å visa lite kjennskap til, eller forståing for sjølve omgrepet brukarmedverknad. Utover i samtalan kom det likevel fram refleksjonar som viste at brukarmedverknad var viktig for dei, utan at sjølve ordet vart brukt. Det såg ut til å vera lettast for deltakarane å få grep om brukarmedverknad på individnivå. Deltakarane hadde ikkje erfaring med, og lite forståing av brukarmedverknad på systemnivå. Sjølv om ordet «brukarmedverknad» vart lite brukt, kom det fram at fleire deltakarar hadde opplevd ei slags aha-oppleving når dei møtte behandlarar som la til rette for brukarmedverka i tannbehandlingssituasjonen. Deltakarane uttrykte at motivasjonen for å delta på intervju var å hjelpa andre, og bidra til å hindra at andre kom i same situasjon som dei.

#### *Brukarmedverknad i tannbehandlingssituasjonen*

Deltakarane hadde dårlege opplevingar frå barne- og ungdomstid som ikkje var i tråd med brukarmedverknad. Erfaringar med tvang og smertefull tannbehandling bidrog til at dei kjende seg makteslause og utan kontroll. Dei fortalde at dei ikkje vart lytta til, og at det ikkje var rom for dei å medverka i situasjonen.

*«Dei har sagt så greitt når du kjem dit, at.. Ja då, no skal me berre titta, og no skal me berre det. Og så berre begynna dei, og når dei seier 'Ja, viss det gjer vondt så må du berre sei at me skal stoppa,' og så seier du stopp og sånn, og så gjer dei ikkje det.» (nr. 4)*

Når det vart lagt til rette for brukarmedverknad opplevde deltakarane det derimot som veldig positivt. I møte med TOO opplevde deltakarane at dei fekk delta i avgjersler som omhandla behandlinga og behandlingstempoet. Bruk av avtalt stoppsignal var noko deltakarane framheva som svært positivt. Når dei brukte, eller visste at dei kunne bruka, stoppsignalet opplevde dei å ha autonomi. Denne typen brukarmedverknad gjorde det lettare å stola på behandlaren, og dei vart tryggare i behandlingssituasjonen.

*«Ja, og det som også har hjulpet er at du får tillit til desse tannlegane. (...) Og det er eit stoppteikn, eg skal ta opp venstre hand viss det er*

*nok. Så kan eg gå igjen. Ja. Og det hjelper. For du får den trygghetta og ser at det ikkje er farleg.» (nr. 9)*

Dei opplevde også å bli lytta til, å få medverka i situasjonen, og å få god forklaring på kva som skulle skje. Dette gav deltakarane trygghet og kontroll i situasjonen, og gjorde at dei greidde å ta i mot tannbehandling.

*«Men viss du fortel meg at 'ja, no berre grev eg ut litt her slik at me får reinska ut litt bakteriar og slike ting, og så hyver me oppi eit middel som er steriliserande, og så fyller me i.' Konge! Då har eg kontroll i prosessen.» (nr. 5)*

Brukarmedverknad gav positive kjensler, og var noko deltakarane ynskte seg meir av. Dei uttrykte frustrasjon over at dei ikkje hadde fått moglegheit til å medverka i behandlingssituasjonar tidlegare. Nokon av deltakarane påpeika også at dei aktivt hadde unngått å oppsøka tannlegen, og at dei berre hadde besøkt tannklinikken når frykta for å døy av infeksjon i munnen var sterkare enn frykta for tannlegen.

*«Eg har kvidd meg. Det har vore eit mareritt å berre tenkja på tannlege.» (nr. 7)*

Fleire av deltakarane meinte at dersom det hadde blitt lagt betre til rette for brukarmedverknad tidlegare, kunne det hindra eller redusert behovet deira for hjelp frå TOO.

#### *Brukarmedverknad for ei betre tannhelseteneste*

På spørsmål om brukarmedverknad på systemnivå kom det fram at deltakarane sakna informasjon om kva rettar dei har som brukarar av tannhelsetenesta, og meinte det var viktig at tannhelsetenesta hadde større fokus på dette i møte med pasientane. Dei ynskte informasjon om korleis dei lettare kunne kommunisera tilbakemeldingar til tannhelsetenesta, og sakna meir synleg informasjon om TOO-tilbodet. Deltakarane viste forståing for at behandlarane hadde travle timebøker og knapp tid, men meinte at å stilla spørsmål om pasientane sine ynskjer og behov, eller gje informasjon om kva rettar dei har og korleis dei kan gje tilbakemeldingar til tannhelsetenesta, ikkje tek mykje tid. Deltakarane påpeikte også at tannhelsesekretærar og resepsjonistar kan vera viktige bidragsytarar til å informera pasientane om kva rettar dei har.

*«For det er veldig mange brukarar som ikkje er klar over at dei har den retten. Og der trur eg også at det er litt viktig at tannlegane, eller tannlegekontoret generelt, er open for å sei at no må du hugsa at du har rett til å vera med på å bestemma korleis dette skal gå føre seg.» (nr. 5)*

Deltakarane ynskte at det skulle bli lettare å koma med tilbakemeldingar til tannhelsetenesta. Fleire nemnde digitale løysingar, til dømes tilbakemeldingsskjema på internett, spørjeskjema, SMS-oppfylgning i etterkant av tannlegebesøket, eller at dei kunne ta kontakt via telefon. Ein av deltakarane påpeikte at tilbakemeldingar frå pasientane kunne nyttast av tannhelsepersonell til å utvikla seg

og læra meir. Nokon av deltakarane var komfortable med å gje tilbakemeldingar direkte til behandlaren, men sakna at behandlaren hadde tid til å lytta. Andre opplevde det som vanskeleg å gje direkte tilbakemeldingar ansikt til ansikt, eller trengde tid for å fordøya inntrykka frå tannbehandlinga. Dei var redde for å såra eller gjera behandlaren opprørt. Eit par deltakarar uttrykte at dei hadde meir enn nok med å komma seg bort frå situasjonen, og hadde aldri hatt noko ynskje om kommunikasjon med tannklinikken i ettertid.

*«Nei. Eg sa ingenting, eg berre gjekk ut derifrå. Med fullt av bomullsdottar og, ja. Og bedøva, og må ikkje eta på to timar. Det var det me fekk med oss. Takk for i dag!» (nr. 4)*

Dei fleste deltakarane fortalde at dei aldri tidlegare hadde gitt tilbakemelding til tannklinikken om noko, gjerne fordi dei ikkje visste korleis dei kunne gjera det. Ein deltakar fortalde derimot at ho hadde skjelt ut ein resepsjonist etter ein tannlegetime. Ho opplevde at tannlegen ikkje hadde tid eller interesse av å kommunisera med ho, og ho kjende seg overkøyrd. I etterkant såg ho at dette var urettferdig behandling av resepsjonisten. Ho trudde at det ikkje hadde skjedd dersom tannlegen hadde brukt tid på å snakka med ho i forkant, lytta til ho undervegs, eller om ho hadde kjent til ein kanal for kontakt i etterkant av tannlegebesøket.

#### *Å skape felles forståing - barrierar og føresetnader for brukarmedverknad*

Deltakarane hadde opplevd hinder som gjorde det vanskeleg å medverka i behandlingssituasjonen, og dei skildra på ulike vis opplevinga av å føla seg utrygge, ikkje bli sett, og ikkje bli lytta til.

*«Men altså, med brukarmedverknad, då må først behandlaren sjå pasienten for det den er. For det behovet den har, då.» (nr. 2)*

Fleire meinte at behandlaren ikkje hadde lagt merke til, eller ikkje anerkjende, at dei hadde hatt det vanskeleg under tannbehandlinga. Nokon hadde opplevd angstreaksjonar, som at heile kroppen rista av frykt, utan at behandlaren stoppa opp eller tok omsyn til det. Mange av deltakarane hadde opplevd tannlegen som autoritær. Ein deltakar påpeikte at dette ikkje nødvendigvis var tannlegen sin intensjon, men at hennar tidlegare erfaringar påverka situasjonen. Ho beskrev maktbalansen mellom seg og tannlegen slik:

*«Ja, men den er jo veldig ujamn! Men sant, det er jo noko eg legg i det, kanskje. Det er jo ikkje sikkert at det er innstillinga til tannlegen som gjer at eg føler det sånn. Eg er jo då i ein veldig nedverdigande situasjon for meg, når eg er der. Men... Så då gjer jo det til at eg føler meg underlegen i utgangspunktet.» (nr. 2)*

Når deltakarane kjende seg underlegne i forhold til behandlaren, vart det vanskeleg å sei ifrå når ting kjennes ugrent. Ein av deltakarane sa at det var skummelt å utfordra autoritetar, og at det difor var vanskeleg å seie noko. Det kom fram at deltakarane kunne kjenna seg

usikre, også i møte med TOO, fordi dei var bekymra for å falla inn i gamle mønster slik dei hadde opplevd tannbehandling før dei vart innlemma i TOO-tilbodet. Til dømes kunne dei vera redde for å få beskjed om å gjera noko dei ikkje var klare for, fordi dei var redde for at dei ikkje skulle klara å seie nei. Ein av deltakarane seier det slik:

*«Altså, for ho (tannlegen) var så grådig, ja, autoritær rett og slett. Det var ho som var sjef, det var ho som la opp løpet, og eg hadde ingenting eg skulle sagt.» (nr. 1)*

Fleire av deltakarane fortalde også om store behandlingar som vart gjort som dei ikkje har forstått årsaka til, eller omfanget av, før behandlingsstart. Ein av deltakarane hadde opplevd at ho ikkje hadde noko val, og trudde at det var noko ho måtte gjennomføra. Deltakarane uttrykte at dei ikkje hadde fått tilstrekkeleg informasjon, eller ikkje hadde forstått informasjonen dei trengde for å medverka i avgjersler om behandlingsval.

*«Men når du er eit barn, og går til tannlegen, og du er redd, og du, ja du gjer som du på ein måte får beskjed om, og du set ikkje spørsmålsteikn ved det.» (nr. 2)*

Ein av deltakarane fortalde at ho hadde hatt ein tannlege som ho følte seg trygg på fordi dei hadde klare avtalar om kva som skulle skje på timane. Men når tannlegen ein dag ikkje heldt avtalen, vart den gode relasjonen øydelagd. Dei hadde avtalt time for undersøking, men det enda opp med full bedøving og boring. Ho greidde ikkje å gje beskjed om at det var ugrent i situasjonen, men grein resten av dagen når ho kom heim og gjekk aldri tilbake dit. Knapp tid var også eit hinder i å delta aktivt i behandlinga. Fleire nemnde at tidsskjemaet på tannklinikken var stramt, og at det berre var tenene som var i fokus, ikkje mennesket bak.

*«Det har som sagt vore litt samlebandoppleving. At du skal inn, så skal dei rota rundt, så skal du ut igjen. Det er liksom.. «Har dårleg tid, neste pasient. Kom deg ut!»» (nr. 5)*

Dei skildra også positive opplevingar i møte med tannhelsepersonell, både før og etter oppstart i TOO. Dei fortalde om situasjonar der dei opplevde likeverdige relasjonar, dei vart behandla med respekt og klarte å delta aktivt i behandlinga. Når dei kjende seg ivaretatt kunne dei slappa av, kjenna trygghet, meistring og glede, og oppleva at tiden i tannlegestolen gjekk fort. Dei brukte ord som vidunderleg, deilig og einestående når dei skildra korleis dei opplevde å bli sett og møtt på eigne premisser, og at dette hadde alt å seie for at dei klarte å gjennomføra tannbehandlinga.

*«Eg følte meg veldig forstått og imøtekommen der, eg følte meg trygg. Og eg bygde meg faktisk opp ei slik meistring at eg gleda meg til å komma dit.» (nr. 3)*

Felles for forholda der dei kjente seg respektert og likeverdig var når behandlaren stilte interesserte spørsmål, lytta, forklarte og tok dei på alvor.

*«Eg følte at eg vart tatt på alvor, og eg følte at dei såg på meg som ein vanleg person, holdt eg på å sei.» (nr. 4)*

## Diskusjon

Studien viste korleis TOO-pasientar har opplevd moglegheita for brukarmedverknad i møte med tannhelsetenesta og TOO. Studien fann at deltakarane på individnivå hadde opplevd liten grad av brukarmedverknad i møte med tannhelsetenesta før TOO. Under behandling i TOO hadde dei opplevd større grad av brukarmedverknad på individnivå. Ingen av brukarane hadde erfaring med brukarmedverknad på systemnivå, verken i TOO eller elles i tannhelsetenesta. I fleire av intervju påpeikte deltakarane at dei opplevde at tannhelseteamet har dårleg tid til pasienten utover å utføre sjølve tannbehandlinga, noko dei også viste forståing for. Kor mykje tid tannhelseteamet brukar på kvar pasient blir i første omgang styrt av behandlaren, men føringar frå leiinga på arbeidsplassen kan også påverke korleis tida blir prioritert. Tidsbruk per pasient kan dermed vera ein faktor som kan styrast frå systemnivå.

Deltakarane meinte at tannhelsetenesta må gje betre informasjon om kva rettar og moglegheiter pasientar har til å medverke. For å kunne medverke peikte dei på at det i større grad må vere rom for å bruka god tid, snakka med og lytta til brukarane. At deltakarane i studien stilte til intervju med motivasjon om å hjelpa andre kan tolkast som at det er behov for brukarmedverknad på systemnivå i tannhelsetenesta, og at brukarane av TOO er villige til å bidra.

Fleire av deltakarane fortalde at dei i tida før TOO i det lengste hadde unngått tannbehandling fordi tannbehandlingsangsten var så sterk. Ei undersøking som omhandlar mental helse og brukarmedverknad viste at god brukarmedverknad er vanskelegare å gjennomføra dersom pasientane har sterke symptom eller er svært sjuke (13). Dersom pasientane venta til behandlingsbehovet var akutt, var det vanskelegare å leggja til rette for brukarmedverknad, og behandlinga vart oftare behandlarstyrt. Dette kan truleg vera overførbart til pasientar som vegrar seg for tannbehandling, og som over tid har utsett tannbehandlinga til tilstanden er alvorleg og akutt. Fagfolk som utfører akuttbehandling har ofte meir makt enn dei er klar over, fordi grad av avhengigheit påverkar maktforholdet (14). Når pasienten opplever behandlaren som autoritær, og seg sjølv som underlegen, er ikkje partane likeverdige, og det vil vera eit hinder for brukarmedverknad.

Å bli møtt med respekt og likeverd vart opplevd som svært positivt, både i møte med TOO og elles i tannhelsetenestene. Deltakarane fortalde at brukarmedverknad gav positive assosiasjonar til tannklinikken, som igjen fremja god tannhelseåtfærd i form av at dei gledde seg til neste tannlegetime. Følelse av kontroll (15) og trygg relasjon til behandlaren (16) reknast som viktige faktorar for pasientar med tannbehandlingsangst for å klara å

gjennomføra tannbehandlinga. God relasjon mellom pasient og behandlar kan også gjera at effekten av førebyggjande råd blir auka, at pasienten føl opp behandlingstiltak og tek betre vare på tannhelsa si i eit livstidsperspektiv (17).

Deltakarane etterspurde tydelege kanalar for tilbakemeldingar og kommunikasjon med tannhelsetenesta. Dei ynskte betre informasjon om kva rettar dei har som brukarar av tannhelsetenesta, og at tannhelsepersonellet har betre tid til å informera og snakka med dei. Korleis deltakarane ynskte å bli møtt på tannklinikken handlar om kommunikasjon, og speglar i stor grad Dei fire gode vanane (+1), eit kommunikasjonsverktøy tilpassa odontologisk praksis (18). Dei fire vanane er å skapa relasjon, få tak i pasienten sitt perspektiv, visa empati og bruka tid i slutten av timen for å forstå pasienten si oppleving og tankar om konsultasjonen og vegen vidare. Den femte vanen går ut på å heile tida sikra at pasienten opplever kontroll i situasjonen. I samspel mellom behandlar og pasient skal behandlar sikra at pasienten forstår kva som skjer gjennom regelmessige oppsummeringar, og opna for at pasienten kan stilla spørsmål undervegs. Ved å nytta dette kommunikasjonsverktøyet legg ein til rette for at pasienten raskt vil kjenna seg trygg og får rom til å setja ord på kva som er viktig for seg i situasjonen. Når pasienten merkar at det er mogeleg å gje uttrykk for sine behov gjennom god kommunikasjon blir pasienten si oppleving av samarbeid betre (19). Dei fire gode vanane legg til rette for at pasientane kan oppleve kontroll, kjenner seg sett og høyrte, opnar opp for at dei kan stilla spørsmål og koma med tilbakemeldingar slik deltakarane etterspør, og kan bidra til auka brukarmedverknad i tannhelsetenestene.

Deltakarane sitt ynskje om meir informasjon kan tyda på at tannhelsepersonell ikkje alltid er merksame på pasientane sitt nivå av helsekompetanse. I tillegg kan det vera eit teikn på at tannhelsepersonell ikkje er klar over nytteverdien det har å vere open for pasientane sitt behov for kommunikasjon i behandlinga. For å kunne dra nytte av brukarmedverknad treng pasientane tannhelsekompetanse, og tannhelsepersonellet må ha kunnskap om kva tannhelsekompetanse inneber (7). Ein norsk studie viste at skreddarsydd munnleg og skriftleg kommunikasjon, helseinformasjon og opplæring gav pasientane betre oral helse og gjorde dei betre rusta til å ta vare på helsa si (20). Dersom tannhelsepersonell er merksame på helsekompetanse i møte med pasientar, pårørande og andre samarbeidspartnere, og tilpassar kommunikasjonen deretter, kan pasientane få betre utbytte av informasjonen dei får. Å ta omsyn til brukarane sitt nivå av helsekompetanse er viktig i samband med brukarmedverknad for å sikra at brukarane tek val på rett grunnlag (21).

Deltakarane gav informasjon om vilkår som var viktige for at dei i større grad kunne medverka. Ottawacharteret seier oss at brukarmedverknad er viktig for helse og helsefremjande arbeid (4). Lov om tannhelsetenester viser til at fylkeskommunane skal fremja

tannhelsa i befolkninga og gjennom tannhelsetenestene sørga for nødvendig førebygging og behandling (22). Tannhelsetenestene må difor ta innover seg kva brukaren meiner er viktig i samarbeidet. Sjølv om tannhelsepersonell kan ha meiningar om kva som er den beste løysinga ut frå eit tannhelseperspektiv, må det også lyttast til pasienten sin kunnskap om seg sjølv og eige liv (14). Når tannhelsetenestene tek brukarmedverknad på alvor kan partane saman finna gode løysingar for brukarane.

### *Styrker og svakheiter*

Rekrutteringsprosessen var målretta og fann deltakarar som var motiverert for å dela erfaringar og bidra til utvikling av tenesta. Trass pandemi og restriksjonar lykkast det å gjennomføra intervju ansikt-til-ansikt. Det vart presisert for deltakarane at verken intervjuar eller moderator hadde tilknytning til TOO. Likevel kan det ha påverka deltakarane at intervju vart gjennomført i lokale med tilknytning til TOO, og at rekrutteringa skjedde ved hjelp av administrasjonen i TOO kan ha spela inn på kven som melde seg som deltakarar. At forfattaren i utgangspunktet hadde positivt inntrykk av TOO kan ha påverka korleis spørsmål har blitt stilt og korleis datamaterialet er tolka i analyseprosessen. Medvit rundt dette har vore viktig i alle ledd av forskingsprosessen.

Kunnskap frå denne studien kan ikkje generaliserast, og seier berre noko om personane som deltok i intervjuet. Fleire deltakarar påpeikte at dei ikkje var «gjennomsnittspasientar» fordi dei i det lengste hadde unngått å oppsøka tannlegen, og at dei difor hadde lite erfaring med tannbehandling før TOO. Likevel gjev studien oss kunnskap om korleis representantar frå pasientgruppa har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Denne kunnskapen kan vidare brukast til å auka fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta, samt vera utgangspunkt for vidare forskning innan temaet.

### **Konklusjon**

Deltakarane meinte at det må bli meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Når deltakarane opplevde brukarmedverknad på individnivå, opplevde dei det som svært positivt. Deltakarane hadde ikkje erfaring med brukarmedverknad på systemnivå, verken i TOO eller elles i tannhelsetenesta. Deltakarane meinte at brukarmedverknad i tannhelsetenesta kan førebygga tannbehandlingsangst ved at fleire kan få gode opplevingar på tannklinikken. Det kan tyda på at det kan vera mykje å henta for både pasientane og tannhelsetenesta på at pasientane si stemme blir lytta til, og at det bør bli meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta i framtida.

### **Takk**

Me er svært takksame for at intervjudeltakarane har delt av tida si og erfaringane sine med oss. Me vil også takka forskingsassistent

Linda Hasselgren for god hjelp under alle intervjuer, og til dei koordinerende tannhelsesekretærene som bidrog til rekruttering av del-

takarar. Takk til Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter Vestland for lån av utstyr og lokale.

## REFERANSER

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (lese 11.05.22.)
2. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> (lese 12.04.22.)
3. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> (lese 26.03.22)
4. Andreassen TA. Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (lese 25.04.22.)
6. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning i rusbehandling. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling> (lese 24.04.22.)
7. Stein L, Johnsen JAK. Tannhelseforståelse. In: Willumsen T, Myran L, Lein JPÅ, editors. Odontologisk psykologi. Oslo: Gyldendal; 2018. p. 73-82.
8. Helsedirektoratet. Tilrettelagt tannhelsetilbud – TOO. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud-too> (lese 10.04.22.)
9. Helsedirektoratet. Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Rapport IS-1855. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
10. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
11. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3: 77-101.
12. World Health Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects; 9.juli 2018. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (lese 28.04.22)
13. Solbjør M, Rise MB, Westerlund H, Steinsbekk A. Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry.* 2013; 59: 107-113.
14. Stang I. Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1998.
15. Bernson JM, Elfström ML, Hakeberg M. Dental coping strategies, general anxiety, and depression among adult patients with dental anxiety but with different dental-attendance patterns. *Eur J Oral Sci.* 2013; 121: 270-276.
16. Bjørkvik J. Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 350-354.
17. Myran L. Relasjonsbygging og egenomsorg. In: Willumsen T, Myran L, Lein JPÅ, editors. Odontologisk psykologi. Oslo: Gyldendal; 2018. p. 37-52.
18. Torper J, Ansteinsson V, Lundeby T. Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit? *Eur J Dent Educ.* 2019; 23: 220-229.
19. Zolnierok KBH, DiMatteo, MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009; 47: 826-834.
20. Stein L, Bergdahl M, Pettersen KS, Bergdahl J. Effects of the Conceptual Model of Health Literacy as a Risk: A Randomised Controlled Trial in a Clinical Dental Context. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 5: 1630.
21. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns.* 2013; 90: 4-11.
22. Lov om tannhelsetjenesten. (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (lese 07.07.22.)

## ENGLISH SUMMARY

Moe IK, Sjursen TT, Aarvik RS, Tveito TH, Agdal ML.

**Experience with user involvement among persons with experience of torture, abuse and/or dental phobia. A qualitative study**  
*Nor Tannlegeforen Tid.* 2022; 132: 928-35.

**Background:** User involvement is increasingly practiced in Norwegian health services, but research on user involvement is sparse in the dental care sector. Persons with experience of torture, abuse and/or dental phobia may need special care during dental examination and treatment. Their opinions and reflections of being involved during dental care should be explored to further develop the dental services.

**Method:** Qualitative method with nine individual interviews. Thematic text analysis was used to analyze the data.

**Results:** The participants had varied understandings of the concept user involvement. They had positive experiences with user involvement at an individual level during facilitated treatment, but their

overall experience with user involvement in the dental care service was sparse. They had no experience with user involvement at a system level. They suggested that better information and communication may improve the dental care services. Being seen and listened to, as well as using more time during consultations, were emphasized as important to ensure user involvement in dental care.

**Conclusion:** The participants thought that increased user involvement in the dental care services may provide patients with positive dental experiences and prevent averseness to dental treatment. Accordingly, more focus on user involvement in dental health care seems necessary.