

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helsefremmende arbeid

—
Masteroppgave
16/05/2022
Emne/MH-OPP4401

219404 Cecilie Yttervik Robertsen

Videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten

Antall ord: 19755

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Forord: | 3 |
| Sammendrag | 4 |
| Abstract | 6 |
| 1 Innledning | 8 |
| 1.1 Kunnskapsstatus..... | 10 |
| 1.2 Problemstilling | 13 |
| 1.3 Min førforståelse | 14 |
| 1.4 Faglig ståsted..... | 15 |
| 2 Metode | 17 |
| 2.1 Formelt samtykke..... | 17 |
| 2.2 Anonymisering av data | 18 |
| 2.3 Datamateriale | 18 |
| 2.4 Vitenskapelig ståsted..... | 20 |
| 2.5 Kontekstanalyse | 21 |
| 2.6 Validitet, reliabilitet og overførbarhet | 22 |
| 3 Teori | 25 |
| 3.1 Tannbehandlingsangst..... | 25 |
| 3.2 Salutogenese..... | 27 |
| 3.2.1 Begrepet opplevelse av sammenheng (OAS)..... | 27 |
| 3.2.2 Begripelighet | 28 |
| 3.2.3 Håndterbarhet..... | 28 |
| 3.2.4 Meningsfullhet | 28 |
| 3.3 Helsefremmende arbeid | 29 |
| 3.4 Mestringstillit..... | 31 |
| 4 Kontekstanalyse | 32 |
| 4.1 Før videokonsultasjon | 32 |
| 4.1.1 Engstelse i forkant..... | 32 |
| Pasientdeltakerne | 32 |
| Tannhelsedeltakerne | 34 |
| 4.1.2 Opplevelse av tilbudet..... | 35 |
| Pasientdeltakerne | 35 |
| Tannhelseddeltakerne | 36 |
| 4.1.3 Usikkerhet rundt gjennomføring..... | 37 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.2 | Selve videokonsultasjonen..... | 38 |
| 4.2.1 | Kommunikasjon og informasjon..... | 39 |
| | Pasientdeltakerne | 39 |
| | Tannhersedeltakerne | 40 |
| 4.2.2 | Opplevelse av trygghet..... | 42 |
| | Pasientdeltakerne | 42 |
| | Tannhersedeltakerne | 43 |
| 4.2.3 | Relasjon..... | 44 |
| | Pasientdeltakerne | 44 |
| | Tannhersedeltakerne | 45 |
| 4.2.4 | Konsentrasjon og oppmerksomhet..... | 46 |
| | Pasientdeltakerne | 46 |
| | Tannhersedeltakerne | 47 |
| 4.2.5 | Positive og negative aspekter ved videokonsultasjon..... | 47 |
| 4.3 | Etter videokonsultasjonen..... | 49 |
| 4.3.1 | Påstartet relasjon | 49 |
| | Tannhelsepersonellet | 49 |
| | Pasientdeltakerne | 49 |
| 4.3.2 | Forutsigbarhet | 50 |
| | Pasientdeltakerne | 50 |
| | Tannhelsepersonellet | 52 |
| 4.3.3 | Gjennomføring av tannbehandling..... | 52 |
| | Pasientdeltakerne | 52 |
| | Tannhelsepersonell | 53 |
| 4.3.4 | Tanker etter videokonsultasjon | 54 |
| 5 | Drøftingsdel | 56 |
| 5.1 | Begripelighet | 56 |
| 5.2 | Håndterbarhet..... | 58 |
| 5.3 | Meningsfullhet | 61 |
| 5.4 | Begrensninger | 66 |
| 5.5 | Fremtidig forskning..... | 66 |
| 6 | Konklusjon..... | 67 |
| 7 | Litteraturliste..... | 68 |

Forord:

Jeg vil begynne med å takke min veileder Anne Inga Hilsen som har vært en sparrepartner, en solid støtte og en trygg veileder gjennom store deler av mitt masterarbeid. Du hoppet med friskt mot inn i mitt prosjekt da min første veileder gikk ut i permisjon. Siden da har du hatt tro på mitt prosjekt, gitt meg konstruktiv og ærlige tilbakemeldinger som er takknemlig for. Et skritt fram og to tilbake har vært veien å gå, men med god veiledning har du gitt meg mestringstillit og tro på at jeg skal klare å komme i mål.

Tusen takk til Anita Das, for at jeg fikk ta del og kunne bidra inn i prosjektet TTBIT «Tjenesteinnovasjon for trygge barn i tannbehandling» som hun er prosjektleder for. Med full jobb i tillegg til familieliv, så er jeg evig takknemlig til min kjære, Thomas og våre to barn, Lone og Live, som har støttet meg og vært tålmodig under min videreutdanning og fullføring av masteroppgave. Jeg hadde ikke klart det uten dere. Takk til alle som har bidratt og gjort en masteroppgaveinnlevering mulig. Det gjelder snille og tålmodige kollegaer og arbeidsplass som har gitt meg studiedager og støtte i hverdagen. Det har vært en interessant reise, til tider strevsom og ikke minst lærerik prosess hvor jeg har både lært om forskning, skrivearbeid, tålmodighet, utholdenhet samtidig som jeg har lært meg selv enda bedre å kjenne. En skriveferie alene til Spania i innspurten gav inspirasjon, arbeidsro, egentid og fokus til å fullføre skrivearbeidet som jeg varmt kan anbefale videre hvis man tar sjansen og har mulighet.

Sammendrag

Bakgrunn: Teknologi vil bli en bærebjelke i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Når Covid-19 pandemien rammet verden, oppfordret helsedirektoratet tannhelsetjenesten å bruke digitale tjenester, som videokonsultasjoner, som et ekstra verktøy for å ivareta lovpålagte oppgaver. Spesielt opp mot sårbare grupper. Så mange som 12-20 % av barn og unge har tannbehandlingsangst, og hvis den ikke adresseres kan den videreutvikles til odontofobi.

Formål: Formålet med denne studien er å samle kunnskap om opplevd erfaring med videokonsultasjoner fra både pasienter, deres pårørende og tannhelsepersonell. Dette for å se om videokonsultasjoner kan være en digital bidragsyter med å trygge barn til tannbehandling.

Metode: Dette er en kvalitativ studie og brukte individuelle intervju som metode for datainnsamling. Utvalg har jeg gjort ut fra kriterier som barn, gjennomført videokonsultasjon og engstelig for tannbehandling. Jeg har hatt fire intervju med barn som er engstelige for tannbehandling sammen med deres foresatte. For å belyse tannhelsepersonellens opplevelse og erfaring har jeg hatt tre intervju. Jeg har benyttet kontekstanalyse av (Thagaard, 2018) til å tolke datamaterialet.

Resultater: Pasientdeltakerne opplevde det å få tilbudet om videokonsultasjon som positiv og overraskende. De opplevde å få god og tydelig informasjon og forklaring rettet mot barnet på videokonsultasjonen. De erfarte at det var godt og trygt å sitte hjemme og se tannklinikken fra avstand. De klarte å holde god konsentrasjon og oppmerksomhet, slik at de følte det var lettere å følge med på informasjon gitt over video. Alle pasientdeltakerne gjennomførte sin tannbehandlingssituasjon uten flere tilvenningstimer. Forutsigbarhet og det å vite akkurat hva som skulle skje bidro til at tannbehandlingssituasjonen ble både begripelig og mer håndterbar. De klarte å danne relasjon til tannhelsepersonellet og likte å vite hvem de skulle møte på tannklinikken. Tannhersedeltakerne syntes det var interessant, lurt og et nyttig verktøy tannhelsetjenesten manglet. De opplevde noe usikkerhet omkring det tekniske og hva en videokonsultasjon skulle inneholde. De erfarte at barna var mer pratsomme på videokonsultasjon, og at foresatte lot barna være i sentrum mer enn på tannklinikken. De sparte tid da de slapp å sprute av kontoret, de kunne konsentrere seg om relasjonsbygging, informasjon rettet mot barnet fremfor behandling og erfarte at

pasientene gjennomførte sin tannhelseutfordring på tannklinikken etter videokonsultasjon uten mer tilvenning.

Konklusjon: Videokonsultasjonene i studien hadde positiv effekt på deltakerne og økte gjennomføringsgrad av tannbehandling. De håndterte tannbehandlingssituasjonene og beskrev at tannhelsepersonell forklarte slik at det ble begripelig for barna. Digitalisering og digitale verktøy er morgendagens tannhelsetjeneste og vil være en viktig bidragsyter til å levere gode og tilpassede tjenester til befolkningen.

Abstract

Background: Technology will be a mainstay of future health and care services. When the Covid 19-pandemic hit us, the Norwegian Directorate of Health encouraged the dental health care to use digital solutions, such as video consultations, as an extra tool to maintain statutory tasks towards patients. Especially for vulnerable groups. As much as 12-20 % of children have dental fear.

Aim: The aim of this study is collecting knowledge about lived experiences with video consultations in dental care. Experiences by patients, their parents, and dental staff. This to see if video consultations can be a digital contributor to create support and less anxiety for children in dental treatment.

Method: This is a qualitative study where I used individually interview with children and their parents, and dental staff. I have used context analysis by (Thagaard, 2018) to interpret data material.

Results: The patient participants experienced good and clear information and explanation directed towards the children during the video consultations. They experienced that it was good and safe to sit at home and see the dental clinic from a distance, away from sounds, smells and instruments. They managed to keep good concentration and attention, so that they felt it was easier to follow the given information over video. All patient participants completed their dental treatment situation without more habituation hours. Predictability and knowing exactly what was going to happen contributed to the dental treatment situation becoming both understandable and more manageable. They managed to form a relationship with the dental staff and liked to know who to meet when they had an appointment at the dental clinic.

The dental staff thought it was interesting, smart and a useful tool the dental health service lacked. They experienced some technical uncertainty and insecurity about what a video consultation can include. They experienced that the patients were more talkative on video, and that their parents let their children be the center of attention more than on a physical appointment. They saved time as they did not need dental hygiene routine in the office, they could focus on building a relation towards the patients and give information aimed at the child's level instead focusing on the treatment. They experienced that the patients completed dental treatment after video consultation without further habituation.

Conclusions: The video consultations in the study had a positive effect on the patients and increased the degree of implementation of dental treatment. The patients handled their dental treatment situation better and described that dental staff explained everything so dental treatment was more comprehensible. Digitalization and digital tools are tomorrow's dental health service and will be an important contributor to delivering good and customized services towards to the population.

1 Innledning

Teknologi vil bli en bærebjelke i fremtidens helse- og omsorgstjeneste (Meld.St. 26, 2014-2015, p. 83). Gjennom internett får forbrukere tilgang til bedre, flere og tilpassede varer og tjenester. Norge er et av de fremste landene i verden med tilgang på internettbruk og IKT-utstyr, og hele 93% i alderen 9-15 år bruke i 2017 internett daglig. (Meld.St. 25, 2018-2019, p. 65). Verden er inne i en digital revolusjon som endrer både måten vi lever, arbeider og forholder oss til hverandre på (Utenriksdepartementet, 2019-2020, p. 8). Mitt masterprosjekt har videokonsultasjoner og trygge barn i tannbehandling som tema.

WHO har hatt en sentral rolle i utviklingen av helsefremmende arbeid og definerte helse i 1946 som fullstendig fysisk, sosial og mentalt velvære og ikke bare fravær av sykdom (Nutbeam, 1998, p. 1). Helsefremmende arbeid defineres som prosessen som gjør mennesker i stand til å forbedre og å få økt kontroll over sin egen helse (WHO, 1986), og vektlegger ressurser for helse og livskvalitet (Mæland, 2016, p. 76). Om lag 1/3 av alle henvisninger til spesialist i pedodonti (barnetannlege) skyldes tannbehandlingsangst, og denne angsten kan videreutvikles til odontofobi hvis den ikke adresseres (Galåen & Edblad, 2010). Pasienter med angst for tannbehandling har større behov for å oppleve kontroll, ha forutsigbarhet og føle seg trygg på behandler (Bernson, Hallberg, Elfström, & Hakeberg, 2011). Da Norge og hele verden i år 2020 ble rammet av Covid-19 pandemien, ba Helsedirektoratet (2020) tannhelsepersonell om å tilby digitale løsninger som et ekstra hjelpemiddel for å ivareta lovpålagte oppgaver om forebyggende tiltak, især under covid-19-pandemien. Videokonsultasjoner skulle kunne tilbys som oppfølging av sårbare pasientgrupper, herunder barn og ungdom med tannbehandlingsangst. Formålet med min undersøkelse er å samle kunnskap fra denne sårbare gruppen sine erfaringer tanker, ønsker og forventninger rundt videokonsultasjoner og videoløsninger med tannhelsetjenesten. Dette for å se om videokonsultasjoner kan være en digital bidragsyter som kan være med å trygge barn til tannbehandling. Brukermedvirkning er et sentralt begrep som skal sikre at pasienter og brukere skal bli tatt med på råd i planleggingen av tjenester og spørsmål som angår de og deres pårørende i helsesektoren (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, 2020).

Tannbehandlingsangst graderes som ingen, mild, moderat, høy og alvorlig. Odontofobi er en diagnose som stilles av kvalifisert helsepersonell og forekomsten av tannbehandlingsangst blant barn lå mellom 12-20 % i 2017 (Willumsen, Agdal, & Vika, 2018, p. 103). Ved moderat tannbehandlingsangst vil pasientene ha vansker for å etterleve helseråd og deres evne til kommunikasjon kan være nedsatt. Ved alvorlig tannbehandlingsangst vil unngåelsesatferd kunne oppstå (Strøm, Willumsen, & Rønneberg, 2019). Hvis tannbehandlingsangsten fører til at de ikke møter til tannklinikken, kan det få konsekvenser for livskvalitet, hindre god tannhelse og lede til orale- og psykososiale problemer for pasienten (Abrahamsson, Berggren, Hallberg, & Carlsson, 2002). Tannbehandlingsangst er også en av årsakene til at pasienter ikke møter til timeavtaler, og kan lede til svekket oral helse, redusert livskvalitet i tillegg til store utgifter for den offentlige tannhelsetjenesten (Wang & Schiøth, 2000). Å jobbe med barn med tannbehandlingsangst har dermed et stort verdipotensial og et helsefremmende potensial da økt gjennomføringsgrad kan virke positivt på oral helse, men også økt livskvalitet og psykisk helse. Et viktig mål for å kunne behandle og fremme engstelige pasienters tannhelse, tenker jeg må være å kunne gjøre tannbehandlingssituasjoner håndterbare, begripelige og meningsfulle for dem.

Å jobbe for å skape trygge rammer i tannbehandlingssituasjoner, trekker jeg linjer til det helsefremmende arbeid og salutogeneseteori. Videokonsultasjoner kan gi et mulighetsrom hvor man kan blant annet bruke salutogenese for å finne ut hva som skal til for å bevege seg i retning av helse (Aaron Antonovsky, 2012, p. 30). En salutogen tilnærming kan gi en dypere forståelse og mer kunnskap om barnas komplekse liv, som er en forutsetning for å bevege seg i retning av helseenden på kontinuumet mellom helse og uhelse (Aaron Antonovsky, 2012, p. 29).

Digitale videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten kan bestå av mange elementer, som ikke enda er definert. Det kan være relasjonsbygging mellom behandler og pasient, hygieneoppfølging og helseopplæring, planlegging, tilvenning til ulike behandlinger, forberedelse til behandlinger, første møte med tannlege, visuell tilvenning til rommet og gjennomgang av ulike prosedyrer for å nevne noen muligheter som tannhelsetjenesten har tenkt. Brukermedvirkning i forskning og brukerens rolle kan variere avhengig av prosjektets behov og brukerens muligheter, interesser og kvalifikasjoner.

Formålet med denne oppgaven er at ved å samle inn data fra barn og ungdom som er engstelige, vil vi få deres perspektiv, ønsker og brukerbehov og ikke minst erfaring slik at den offentlige tannhelsetjenesten kan tilrettelegge og tilby en enda bedre og teknologisk tannhelsetjeneste for denne sårbare gruppen. De vil kunne gi oss en dypere forståelse av hvordan videokonsultasjoner oppleves, samt om og hvordan det eventuelt kan bidra til at barn og unge blir trygg i tannbehandlingssituasjoner. Slik informasjon er betydningsfull for å kunne reorientere helsetjenester og etablere gode rammer for alle barn som møter den offentlige tannhelsetjenesten. Det er viktig å styrke verdier som kan gi de engstelige barna mulighet for å være delaktige, oppnå mestring og få kontroll over tannhelsesituasjonen samt få mulighet til økt livskvalitet (Hansen, Dahl, & Halvari, 2015, p. 6). Folkehelsearbeid trenger kunnskap om hvordan tiltak fungerer i praksis og hvordan de oppleves, ikke bare kunnskap om selve effekten på helse (Mæland, 2016, p. 23).

1.1 Kunnskapsstatus

Digitalisering er å bruke digital teknologi til å endre tjenester, arbeidsformer og prosesser (Meld.St. 30, 2019-2020, p. 41). Verden digitaliseres, og helsesektoren likeså. Digital dialog mellom pasient og behandler kan endre helsetilbudet på mange måter (Dyrøy, 2015).

Helsedirektoratet oppfordret tannhelsepersonell til å tilby videokonsultasjon eller videokonsultasjon under covid-19-pandemien. Helsedirektoratet ber tannhelsetjenesten om å se på digitale løsninger for blant annet pasientkontakt og oppfølging av sårbare pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2020). Bruk av videokonsultasjon hos fastleger har økt betydelig under covid-19-pandemien. Det ble utført i snitt 142 videosamtaler daglig mellom pasient og fastlege i uken før 12.03.2020. Uken etter var antallet økt til et antall mellom 4000 og 5000 videosamtaler daglig. Videokonsultasjoner under pandemien er også tatt i bruk av annet helsepersonell som fysioterapeuter og psykologer (Meld.St. 30, 2019-2020, p. 21).

Hverken jeg eller kollegaer har ingen erfaringer med bruk av videokonsultasjoner og jeg finner lite forskning på bruk av digitale videokonsultasjoner i tannhelsetjenesten. Det finnes noe som omhandler videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten som kan ha en

form for noe overføringsverdi (Ekman et al., 2019). Ovretveit et al. (2017) gir et overblikk om hvordan å bruke digitale helseteknologi for å bedre helsetjenester og oppmuntrer til mer forskning av å implementere og bruke teknologi. Ignatowicz et al. (2018) har sett på etiske implikasjoner på digital kommunikasjon mellom pasienter med langvarig sykdomstilstand og behandler. De fant at digital kommunikasjon potensielt økte pasientens autonomi og empowerment; at det bedret tillit mellom pasient og helsetjenesten samt reduserte skade som følger av rask tilgang til klinisk rådgiving.

Engstelige pasienter har et større behov for forutsigbarhet og kontroll i tillegg til å føle seg trygg på behandleren (Bernson et al., 2011). Trygg relasjon til behandler og følelse av opplevd kontroll ble, i en svensk studie av pasienter med tannbehandlingsangst, ansett som viktig for gjennomføring av behandling (Bernson, Elfström, & Hakeberg, 2013). Agdal and Vika (2018, p. 143) sier at: «å tilvenne et barn tannbehandling er betydelig mindre krevende enn å avlære en tannbehandlingsangst», så det hadde vært interessant å se om videokonsultasjoner kan være et digitalt verktøy som kan være til hjelp.

Siden det er lite forskning om dette tema, velger jeg en eksplorerende tilnærming i min masteroppgave. Ved å snakke med barn og unge med tannbehandlingsangst, får jeg et innblikk i deres livsverden og hvilken opplevelse, preferanser, ønsker og forventninger de har til e-konsultasjon med tannhelsetjenesten. Ny kunnskap vil kunne avdekke om videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten er brukbar, ønskelig, bærekraftig og akseptabel.

Under masterarbeidet er det kommet noe ny forskning som omhandler videokonsultasjoner. Dette er naturlig, da mange søkte nye måter å møtes og kommunisere på under covid-19-pandemien som fortsatt ikke er helt over. O'Cathail, Ananth Sivanandan, Diver, Patel, and Christian (2020) har undersøkt rekkevidden av bruk av videokonsultasjoner innen helsesektoren i Storbritannia. De fant at fortsatt så er anstikt-til ansikt det som foretrekkes, men at de fant videokonsultasjon nyttig, men begrenset til mer rett-fram kliniske interaksjoner. De konkluderer med at videokonsultasjoner virker å være trygg og effektiv i de riktige kliniske situasjoner og at helsepersonell burde bli oppmuntret til å bruke videokonsultasjoner for å variere deres

utøvende praksis. Helsesektoren trenger videre å utvikle en digital strategigruppe som kan hjelpe å implementere og integrere digital helseoppfølging.

Patel and Wong (2020) så nødvendigheten for at tannhelsetjenesten også bør ha tilgang til en videokonsultasjonsløsning under covid-19 pandemien slik at de kan yte en bedre service og tilby en bedre tjeneste til de som har størst behov. Spesielt med tanke på tjenesteservice da vi skulle redusere pasientkontakt mest mulig.

Thiyagarajan, Grant, Griffiths, and Atherton (2020) undersøkte både pasienter og behandlers ståsted angående videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten. De rapporterte både positive og negative erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner, og at disse erfaringene er til et visst punkt, kontekststøttet.

Cowie, Calveley, Bowers, and Bowers (2018) fant at videokonsultasjoner kunne tilby et alternativ for å lette på presset til primærhelsetjenesten. Videokonsultasjoner ble oppfattet som en trygg og effektiv tjeneste. Personale følte systemet utfylte eksisterende tjeneste, men de var bekymret rundt hvordan bruken kan innlemmes i dagens praksisprosesser.

Harrison (2018) hevder at for en digital endring til å være suksessfull, må det være positive konsekvenser for alle interessenter. For klinikere må det for eksempel forbedre arbeidsmengden, mens for pasienten så bør det være konkrete forbedringer i hvordan de får tilgang til helsetjenester. Å endre ansikt til ansiktskonsultasjoner vil ta lang tid, men når den endringen kommer, så vil både leger og pasienter dra nytte av fordelene.

Wicks, Stamford, Grootenhuis, Haverman, and Ahmed (2014) fant som en rød tråd at digitale verktøy ble brukt for å styrke individer med kroniske sykdommer til å bli aktivt engasjert i forvaltningen av deres sykdom.

Trace, Collinson, Searle, and Lithander (2020) erfarte at tilfredsheten med videokonsultasjoner av barn med nyresykdom m/familie var høy. Foresatte rapporterte at videokonsultasjon forbedret deres forståelse, og genererte større diskusjon og engasjement sammenliknet med fysisk tilstedeværelse. Foreldre berømmet effektiviteten og forbedret tilgang til spesialrådgivning og sa at videokonsultasjoner supplerer tjenesten. Barna foretrakk videokonsultasjoner.

1.2 Problemstilling

Det ligger et potensiale for bedre brukeropplevelse av tannhelsetjenesten, samt økt gjennomføringsgrad av tannbehandling ved å jobbe med pasientrelasjon og tilvenning via e-konsultasjon. Økt gjennomføringsgrad av tannbehandling vil kunne føre til bedre oral helse og økt livskvalitet. Tannbehandlingsangst utgjør en høy risiko for dårlig tannhelse (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 111). For å skape en brukervennlig og framtidsrettet tannhelsetjeneste, vil det være viktig å la barn og unge få medvirke i organisasjonsutvikling som omhandler dem.

Fra tannhelseperspektivet vil forhåpentligvis forskningsprosjektet mitt gi kunnskap som tannhelsetjenesten kan bruke for å legge opp til videokonsultasjoner i fremtiden. Ny kunnskap på feltet kan føre til nye innovasjonsprosjekter som igjen kan lede til økt effektivitet og større gjennomføringsevne av tannbehandling. Reduksjon i tannbehandlingsangst kan mulig lede til færre ikke-møtt timer og færre henvisninger til spesialisttjeneste. For samfunnet vil verdiskapingspotensialet føre til at tannhelsetjenesten kan tilby video konsultasjoner for tilvenning i noen tilfeller, noe som potensielt kan være mer kostnadseffektivt.

Min problemstilling er:

Hvordan oppleves videokonsultasjoner mellom engstelige barn og deres foresatte med tannhelsetjenesten?

Forskningsspørsmål til problemstillingen vil være;

- «Hvordan opplever barn og ungdom med tannbehandlingsangst videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten?»
- «hvilke erfaringer og refleksjoner sitter barnet og deres foresatte igjen med etter videokonsultasjon med tannhelsetjenesten?»
- Hvordan oppleves det å møte på tannklinikken etter videokonsultasjon?
- Hvordan stiller tannhelsepersonellet seg til bruk av videokonsultasjoner?
- Hvilke erfaringer sitter tannhelsepersonellet igjen ved bruk av videokonsultasjoner?

Brukerperspektivet til engstelige barn og ungdom kan gi tannhelsetjenesten en verdifull kunnskap som gjør at vi bedre kan tilrettelegge lokalt og digitalt for barn med tannbehandlingsangst og andre sårbare grupper. Tannhelsepersonellens erfaringer vil synliggjøre og berike kunnskap om videokonsultasjoner fra et tannhelseperspektiv.

1.3 Min førforståelse

Som tannpleier møter jeg daglig i mitt virke både små og store pasienter, syke og friske. Etter at jeg tok videreutdanning i helsefremmende arbeid har det blitt tydeligere at helse følger en sosial gradient og at helse er skjevfordelt i befolkningen. WHO har hatt en sentral rolle i utviklingen av helsefremmende arbeid og definerte helse allerede i 1946 som fullstendig fysisk, sosial og mentalt velvære og ikke bare fravær av sykdom (Nutbeam, 1998, p. 1). I moderne odontologi handler det også om å se pasientene i sin helhet med alle de fysiske, psykiske og sosiale aspekter som kan påvirke deres orale helse. For å kunne møte pasientene på deres nivå, samt å kunne hjelpe pasientene, må alt tannhelsepersonell ha god kunnskap i kommunikasjon og angstproblematikk. Det er nyttig vite hvordan man kan anvende psykologisk fagkunnskap inn i tannhelsefaget for å forstå sammenhenger mellom tanker, følelser og atferd (Johnsen, Willumsen, & Bergdahl, 2018, p. 13)

Jeg er opptatt av at barn skal ha en god opplevelse på tannklinikken, at de skal lære noe om hvordan de kan ivareta sin munnhelse. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter av meg som tannpleier, men det krever også engasjement og evne til å bry seg og vise empati. Dette er med empati er spesielt viktig når vi vet at så mange som 12-20% er engstelige for tannbehandling. Ved å gå inn i en dialog med pasientene og anerkjenne de følelsene de tørr å kommunisere, gjør oss i stand til å møte dem med forståelse og trygghet.

På tannklinikken er vi veldig gode og har lang erfaring med klinisk undersøkelse. Det som tannhelse kan bli bedre på er digitalisering og digital kompetanse. Verden digitaliseres i galopperende fart, og helsetjenestene må henge med. Det krever en del av tannhelsetjenesten som organisasjon, men det krever enda mer engasjement og nysgjerrighet omkring ny teknologi av hvert enkelt tannhelsepersonell. Verden er i stadig endring, og tjenesten som tilbys bør jobbe for å henge med i svingene og ikke

falle av lasset. Tannhelse må våge å se utenfor den kliniske hverdagen, tørre å være nyskapende, modige og ansvarlige for å utvikle tannhelsetjenesten i takt med resten av samfunnet som digitaliseres.

Min førforståelse av videokonsultasjoner var at jeg så en ny mulighet å nå ut til tannhelsetjenestens brukere på. Jeg har gjort mitt for å forsøke å henge med dagens digitalisering, selv om jeg ikke anser meg selv som spesielt teknisk. Jeg har meldt meg på flere IKT-kurs og stadig oppfordrer andre til å benytte digitale hjelpemidler i hverdagen. Jeg er nok en av de som synes at tannhelsetjenesten kan og bør øke sin digitale kompetanse og utvide den digitale horisonten for nye muligheter. Jeg syntes det var vanskelig i starten til å se for seg hvordan videokonsultasjoner kunne gjennomføres, hvordan det skal kunne fungere. En videokonsultasjon vil jo aldri kunne erstatte en fullstendig klinisk undersøkelse. Men når man får satt seg ned og samlet tankene, så kunne jeg se mulighetene. Fordi det er ikke bare tannbehandling som utføres på tannklinikken. Det er samtaler med pasienter og samtaler med pårørende, informasjon over telefon, tilvenning, relasjonsbygging og introduksjon, undervisning, møter og ulike oppløsninger for å nevne noe.

I forbindelse med min masteroppgave ble det sendt ut epost til fylkestannleger i Norge våren 2021 for å undersøke omfang av gjennomførte videokonsultasjoner i landet. Dette for å undersøke om jeg hadde muligheter for å rekruttere flere deltakere til studien. Det var tre andre fylker som responderte at de hadde begynt å se på ulike løsninger for videokonsultasjoner, men enda ikke tatt det i bruk som en ordinær del av tjenesten på det tidspunktet. Det er derfor kun rekruttert fra vår fylkeskommune.

1.4 Faglig ståsted

Jeg er selv tannpleier av yrke, et helsepersonell å regne som er en del av førstelinjetjenesten i helsesektoren. Tannpleieren undersøker din munn- og tannhelse, tar røntgenbilder, stiller diagnoser og behandler tannkjøttproblemer. Videre gir vi råd og veiledning i god munnhygiene, kosthold, tobakkvaner og jobber for å fremme gode tannhelsevaner. Vi gir informasjon om munnhelsens betydning for den generelle helsen til pasientene. En tannlege gjør også det som er nevnt ovenfor, men de behandler i størst grad sykdommer i munnhule, kjeve og tenner. Sammen med den tredje gruppen

tannhelsepersonell, tannhelsesekretærer, som assisterer tannleger, har administrativt ansvar og har hovedansvar for hygiene og smittevern, sørger vi for individuell veiledning om hvordan hver enkelt kan beholde og forbedre sin munnhelse.

Som tannpleier med videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid, har jeg et hjerte for folkehelsearbeid som både fremmer munn- og tannhelse, forebygger sykdom og forhindrer at sykdom utvikler seg. Engasjert, omsorgsfull, nytenkende, positiv og empatisk er verdier som ligger til grunn for det arbeidet jeg legger ned i hverdagen. Jeg har stor tro på at pasienter som er delaktige i behandlingssituasjoner og avgjørelser, vil oppleve økt kontroll over livet sitt.

Digital kompetanse er noe jeg personlig er opptatt av, og som jeg ser blir viktigere og mer aktuell også i tannhelseverden. Fremtidens tannhelsetjeneste trenger å satse enda mer på digitale verktøy for å kunne ta ut sitt fulle potensiale for å spre opplysning og øke interesse for hva hver enkelt og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelse (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

2 Metode

Jeg har valgt kvalitativ metode i dette prosjektet. Kvalitativ metode har som hensikt å få frem hvordan mennesker forstår og tolker en situasjon. Jeg har jobbet induktivt og åpent, hvor jeg som forsker ønsker å gå fra empiri med fundament i virkeligheten, til teori (Jacobsen, 2015, pp. 133, 123). Jeg ønsker å etablere et kunnskapsgrunnlag om opplevelsen for barn som engster seg for tannbehandling knyttet til videokonsultasjoner og dermed tenker jeg det er relevant med en interaktiv og brukersentrert prosess som belyser brukerperspektivet.

I kvalitativ forskning arbeider man oftest i dybden med utvalgte enheter (Tjora, 2018, p. 41). Jeg valgte dermed ut et fåtall barn som er engstelig for tannbehandling som skal utdype opplevelsen av videokonsultasjon som de sammen med deres foresatte hadde med tannhelsetjenesten. Jeg ønsket en beskrivelse av hvilke forventinger de hadde, ønsker, effekter og selve opplevelsen av videokonsultasjoner gav dem (Jacobsen, 2015, p. 107). Slike studier har ofte et utforskende preg, hvor deltakerne får anledning til å komme med sine synspunkter og detaljrike beskrivelser fra deres perspektiv. Et mål er å få frem betydningen av deres erfaringer og å avdekke deres opplevelse av videokonsultasjoner fremfor vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2019, p. 20). For å få til dette ønsker jeg direkte dialog med barna for å danne ny kunnskap sammen med dem. I tillegg til barnas opplevelser, valgte jeg et utvalg tannhelsepersonell som hadde opplevelse og erfaringer ved bruk av videokonsultasjoner.

2.1 Formelt samtykke

Jeg har innhentet samtykke fra foresatte før alle intervju da jeg har utført intervju av barn som er under 18 år og deres foresatte. Hver deltaker fikk tilsendt et informasjonsskriv i posten hvor det stod utfyllende om prosjektet. Alle som er intervjuet har også signert på at de samtykket til lydopptak. På grunn av intervju med barn og deres foresatte, måtte jeg sende en fremleggs vurdering til Regional etisk komite (REK) om etisk godkjenning etter Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser (2018) siden barna skal gi opplysninger om gradering av engstelse. Jeg trengte ikke fullstendig

søknad til REK. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Frivillighet og informert samtykke til deltakelse er særs viktig og i tråd med etisk forsvarlighet innen forskning (Jacobsen, 2015, p. 47).

2.2 Anonymisering av data

Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som er oppbevart frem til transkriberingen er utført. Transkriberingen er gjort anonymisert etter deltakerne 1,2,3 osv. etter rekkefølge på utført intervju. Ettersom lydopptaket ble transkribert, ble lydopptaket slettet. Når jeg nå presenterer resultatene av prosjektet, har jeg tatt hensyn til deltakernes integritet og samtykke (Thagaard, 2018, p. 168) I min studie representerer dataene et fåtall personer, og da er de etiske hensynene mer utfordrende. Jeg har sørget for at deltakerne ikke skal kjenne seg igjen i teksten slik at de ikke føler de utleverer seg selv ved å for eksempel ikke angi kjønn.

2.3 Datamateriale

Jeg har valgt individuelle intervju som datainnsamlingsmetode. Intervju egner seg når relativt få deltakere undersøkes og hvor jeg er interessert i hva hvert enkelt individ sier samt hvordan den enkelte tolker og legger mening om videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten og hvordan det kan bidra til å trygge barn på tannklinikken (Jacobsen, 2015, p. 146). Forskningsintervjuet har som mål å forstå verden sett fra intervjuobjektets sin side, samt få frem deres opplevelse og erfaring, avdekke deres opplevelse om fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2019, p. 20).

Jeg har gjennomført 4 intervju med barn og deres foresatte om deres opplevelse av videokonsultasjonen med tannhelsetjenesten. Disse utgjør et utvalg av populasjonen; barn og ungdom som er engstelig for tannbehandling som har utført videokonsultasjon med tannhelsetjenesten. Utvalget ble gjort slik fordi et personlig intervju er tidkrevende og genererer mye rådata, slik at for mange intervju kunne resultere med for store mengder data (Jacobsen, 2015, s. 146.) Jeg rekrutterte deltakere fra våre pasienter fra tannklinikken som hadde gjennomført en videokonsultasjon med den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og som i tillegg hadde uttrykt engstelse for tannbehandling.

Jeg satte en nedre aldersgrense på 8 år, da jeg ønsket at barna skulle komme med fortellinger og svare med egne synspunkt samt det å huske tilbake fra situasjonen. Jeg hadde også en øvre grense som ble satt til 18 år. Dette på grunn av at den offentlige tannhelsetjenesten gir gratis tannbehandling opptil 18 år. For mer utdypende svar, var det viktig at foresatte også stilte opp sammen med barnet til intervju for ekstra støtte. Siden jeg valgte å intervju barn, fikk de en anledning til å fortelle om sin opplevelse utfra sin verdensoppfatning (Kvale & Brinkmann, 2019, p. 174) Likevel var det viktig for meg at jeg også inkluderte foreldre i intervjusituasjonen. Tannklinikken har gjennomført mellom 15-20 videokonsultasjoner (høst 2021), men ikke alle videokonsultasjonene var med engstelige pasienter. Av de gjennomførte videokonsultasjonene, var de de som var engstelig for tannbehandling som ble utvalgt for denne studien. Det var også noen som var yngre barn utenom aktuell aldersgruppe som ble ekskludert da jeg hadde satt en nedre aldersbegrensning for å kunne forvente å få svar fra barn. Det var også noen videokonsultasjoner som ikke ble gjennomført da de ikke ønsket å snakke med tannhelsepersonellet over videokonsultasjon. De ble heller ikke forespurt om å delta.

De som hadde gjennomført videokonsultasjon på bakgrunn av engstelse fikk tilsendt rekrutteringsbrev med ferdig frankert konvolutt med samtykkeskjema, informasjonsskriv og litt innledende informasjon om meg og om studien. Jeg fikk kun et svar via post. Dette var rett før sommerferien 2021. Etter sommerferien ringte jeg de samme som hadde mottatt brev for å rekruttere over telefon. Da var det flere som takket ja til å delta. Et intervju er en aktiv prosess av kunnskapsproduksjon hvor både intervjueren og den som blir intervjuet sammen lager kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2019, p. 36). Jeg rekrutterte også tannhelsepersonell som hadde utført videokonsultasjoner ved direkte forespørsel via telefon eller ansikt-til ansikt. De fikk også rekrutteringsbrev med informasjon og samtykkesignering.

Jeg valgte ansikt-til-ansikt som intervjuform som innehar styrken av god etablering av tillitt og åpenhet mellom meg og deltakeren og trolig en foresatt. Da vil jeg også ha kontroll over intervjusituasjonen, slik at vi ikke blir forstyrret av ulike distraksjoner (Jacobsen, 2015, p. 148). Det ene intervjuet, ble utført over telefon da de ikke hadde anledning til å treffes eller kunne kontaktes på annen måte. Jeg tenkte det var ønskelig og viktig at intervjuet holdes på en nøytral plass, og ikke et tannlegekontor for å unngå å trigge tannbehandlingsangst. Noen av intervjuene var jeg hjemme hos deltakerne, mens noen intervju ble utført på kontoret da det var kort veg for deltagerne. Jeg ville stille

med nøytrale klær fremfor klinikktoy, da jeg ville distansere meg fra rollen min som tannpleier når jeg skulle være forsker. Jeg tenker også at det var viktig i forhold til at jeg skulle intervju barn som var engstelige for tannbehandling. Hvis de så meg med vanlige hverdagsklær, så kanskje de ville føle seg tryggere på at det ikke skulle utføres noe tannhelse relatert innhold. Tannhelse deltakerne ble også rekruttert med skriftlig forespørselsbrev med samtykkeskjema og informasjonsskriv. Intervjuene ble utført hjemme hos deltakerne og et på et administrasjonskontor.

Fordeler med denne datainnsamlingsmetoden er nærhet og relasjonstetthet samt nærhet til feltet. Det at jeg går inn i samtalen med mine faglige og menneskelige ressurser og kan observere nonverbal kommunikasjon. Ved å være godt forberedt med spørsmål, tema og gradering av strukturering, kunne jeg forstå situasjonen, utdype, observere deltakeren, oppklare uklarheter og unngå misforståelser (Dalland, 2017, p. 63).

Fleksibilitet er også en fordel da et intervju er interaktivt og justeringer kunne utføres (Jacobsen, 2015, p. 130). Hvis noen deltakere ikke ville møtes fysisk, for eksempel grunnet svekket anonymitet eller annet så hadde jeg mulighet til å høre om de ønsket et digitalt intervju isteden (Jacobsen, 2015, pp. 146,178).

2.4 Vitenskapelig ståsted

Praksissituasjoner er ofte enkeltstående, unike situasjoner og vil derfor være uforutsigbare. Kyndig praktisk handling prøves gjennom erfaring fra praksissituasjoner, og hviler derfor på et bredt utvalg av kunnskapstilfang fra etablerte vitenskaper som naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanvitenskap (Thomassen, 2006, p. 135). Teorier kan derfra belyse fenomener og situasjoner som man møter i praksisfeltet og kan hjelpe oss til å forstå pasientens situasjon på nye måter og gi kunnskap om sammenhenger mellom fenomener (Kirkevold & Nordli, 1996, p. 157). Jeg har en praksisnær vitenskap hvor forskningen er opptatt av den levde erfaringsverden som jeg ønsker å forstå. I fenomenologisk forskning i praksisfeltet studerer man fenomener fra et innenfra-perspektiv. Ved å få beskrivelser fra praksissituasjoner fra både pasientdeltakerne, deres foresatte og tannhelsepersonellet, så løftes deres refleksjoner, opplevelser og erfaringer frem. Praksisteori er en formulering av antagelser, normer og verdier som gir mening og sammenheng til observert praksis (Thomassen, 2006, pp.

152, 170). Jeg ønsker å beskrive, forvalte og reflektere om erfaringen med videokonsultasjoner som vil gi ny kunnskap på feltet. Forskning som belyser en praksissituasjon og analyserer ulike sider ved den, kan favne flere modeller for kunnskapsdannelse, både å forklare forstå og fortelle. I dette forskningsprosjektet ønsker jeg å fatte et meningsinnhold, som er den erkjennelsesformen som kjennetegner humanvitenskap (Thomassen, 2006, p. 156).

2.5 Kontekstanalyse

Det å analysere data og tekst er en utfordrende oppgave for kvalitative forskere. Det er viktig å bestemme seg hvordan man skal presentere data, organisere data, kode og kategorisere, presentere og forme en tolkning av data (Creswell & Poth, 2018, p. 181). Problemstilling og forskningsspørsmålene til mine data gir en veiledning til hvilken analyse jeg skal bruke. De spørsmålene jeg stiller, gir en fremdrift i analysen min (Thagaard, 2018, p. 174). Jeg har lest intervjuene nøye og dermed etablert en god oversikt over innholdet og har dermed dannet meg et inntrykk av hva mine data kan gi en forståelse av. Jeg har brukt en kontekstanalyse som setter søkelys på meningsinnholdet fra intervjuene jeg har utført i feltarbeidet etter Thagaard (2018, p. 150). Siden jeg har gjennomført intervjuer, vil jeg vurdere hvordan jeg kan forstå det deltakerne har gitt uttrykk for, altså mine resultater fra feltarbeidet. Jeg skal anvende en kontekstanalytisk tilnærming da jeg skal analysere fenomenet tannbehandlingsangst i forbindelse med videokonsultasjoner, altså et fenomen i den sammenhengen den er en del av (Thagaard, 2018, p. 151). Denne analysen vil gi meg en helhetlig forståelse av fenomenet og er dermed en holistisk fremgangsmåte for å organisere mine data (Mason & Mason, 2018, pp. 206-207). Det er viktig å systematisere teksten for å bruke databehandling i kvalitative analyser. Når man benytter en kontekstanalyse, trenger man nødvendigvis ikke å kode dataene, men man kan lese og analysere de data vi har om konteksten. Jeg har en induktiv tilnærming til dataene og forankrer kodene empirisk ved å utvikle koder som gir meg et innblikk i deltagernes erfaringer (Thagaard, 2018, p. 153). I mine data ønsker jeg å utforske de ulike opplevelsene fra før videokonsultasjonene, selve videokonsultasjonen og etter videokonsultasjonen. Jeg vil ikke nødvendigvis sammenligne enhetene, men for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene, vil jeg dele inn i kategoriene før-, under- og etter videokonsultasjonen. En kategorisering av data er både et hjelpemiddel og en

begrensning. Måten jeg kategoriserer dataene på vil fremheve noen tendenser, men vil også samtidig stenge for andre perspektiver (Thagaard, 2018, p. 154). Silverman (2013, p. 252) hevder det kan være lurt å også rette oppmerksomheten mot data som ikke passer helt inn i kategoriene. Jeg har kodet teksten innenfor hver av kategoriene.

Kodene består av flere ord og gir en forståelse av meningsinnholdet samtidig som den gir en oversikt over innholdet (Thagaard, 2018, p. 155).

Videre har jeg delt inn kategoriene i tema ut fra datafunn. Her har jeg skilt pasientdeltakerne og tannhersedeltaker systematisk gjennom alle kategoriene. Jeg har også laget en matrise med oversikt over positive og negative utsagn ved videokonsultasjoner.

Det er deltakernes utsagn som gir meg et utgangspunkt for den forståelsen jeg utvikler av videokonsultasjoner, og min tolkning vil kanskje være noe annerledes fra deltakernes forståelse siden jeg tolker dataene ut fra et faglig ståsted (Thagaard, 2018, p. 168).

2.6 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Validitet står for gyldighet og relevans (Dalland, 2017, p. 40). Gyldighet handler om å se finne en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn (Tjora, 2018, p. 231). Validering innebærer samtidig en kritisk drøfting av deltakernes vilje til å gi riktig informasjon. Ved å samle informasjon og erfaring fra både de engstelige barna, deres foresatte og tannhelsepersonellet, gir dybdeerfaring og tre ulike perspektiv. Det å se fenomenet videokonsultasjoner fra flere perspektiv gir et mer gyldig bilde av erfaringene ved videokonsultasjoner. Da er det viktig å analysere hele konteksten fenomenet videokonsultasjon dekker for å styrke påliteligheten. På bakgrunn av at jeg tar master i helsefremmende arbeid, var det naturlig å knytte kontekstanalysen i drøftingsdelen til en helsefremmende teori, salutogenese og OAS-begrepet.

Reliabilitet handler om pålitelighet og handler om hvordan mine data er pålitelige og eventuelt kan repliseres. Reliabilitet er basert på redegjørelse for hvilken betydning erfaringer i felten har for hvordan vi har utviklet data (Thagaard, 2018, p. 181). Jeg er involvert i et større forskningsprosjekt, TTBIT (Tjenesteinnovasjon for trygge barn i tannbehandling), og har vært en ressursperson fra vårt fylke som skal bidra inn i forskningsprosjektet. Det var dermed naturlig for meg å basere min masteroppgave i et

felt jeg var både interessert og noe involvert i. Som fagperson i tannhelsetjenesten, er det vanskelig å stille seg nøytral til konteksten, videokonsultasjoner i tannhelsetjenesten. Det er mitt fagfelt og samtidig er det deltakere fra organisasjonen jeg jobber i. Foresatte og noen av barna, hadde kjennskap til meg fra før, noe som kan være både en styrke og en begrensning. Selv om de ikke har vært hos meg som behandler, kan det være lettere å snakke med meg som forsker på det grunnlaget. Å vite om meg, kan ha bidratt til at deltakerne klarte å svare på spørsmål under intervjuene i større grad. Samtidig kan man ikke være sikker på at de gir fra seg ærlig svar. Resultatene fra min studie kan ikke utelukke at de har gitt svar deltakerne tror jeg vil høre, dette til tross for at jeg tok høyde for det da jeg utformet intervjuguide. Det at jeg er en person de kan treffe på og forholde seg til fremtidig tannhelsesammenheng, er noe jeg har tatt hensyn til når jeg utførte intervjuene og i prosessen rundt problemstilling og intervjuguide. Jeg valgte å stille i vanlige klær, og utførte noen intervju hjemme hos deltakerne og noen på kontoret. Dette for å distansere meg fra tannpleierrollen. Jeg har selv utført en av videokonsultasjonene til en av deltakerne, mens videokonsultasjon med resten av deltakerne er det andre tannhelsepersonell som har utført. Ved å bruke direkte sitater fra deltakerne i studien, viser hvordan jeg har trukket konklusjoner ut fra deltakernes erfaringer ved videokonsultasjoner. Dette styrker påliteligheten siden det er deres stemme som skal være synlig. Sitatene som er valgt ut, er beskrivelser og erfaringer fra før videokonsultasjon, selve videokonsultasjonen og i etterkant av videokonsultasjon for å få en bredere forståelse av erfaring fra de ulike stegene. På bakgrunn av at det ikke er utført mange videokonsultasjoner, ble alle som hadde noen form for engstelse for tannbehandling og som hadde gjennomført videokonsultasjon, forespurt. Jeg valgte å ta med deltakeren jeg også hadde hatt videokonsultasjon med for å få en deltaker til i utvalget. Siden jeg er forsker i mitt eget fagfelt, har jeg også tatt hensyn til min forforståelse da jeg utførte dataanalysene. Jeg har forsøkt å holde mine erfaringer fra videokonsultasjoner, og hatt fokus på videokonsultasjoner som digitalt verktøy med vekt på deltakernes opplevde erfaring ved bruk av verktøyet. Jeg har også forsøkt å unngå å overse det som er forskjellig fra mine egne erfaringer med videokonsultasjoner. Forskningsprosjektet vil ikke kunne repliseres nøyaktig på samme måte, da dette er kunnskap basert på opplevd erfaringer fra deltakerne. De erfaringene jeg har til miljøet, gir grunnlag for gjenkjennelse og ligger til grunn for kontekstforståelsen som kommer til syne i drøftingsdelen (Thagaard, 2018, p. 190).

Mine analyser og resultater sikter mot å etablere en forståelse av om videokonsultasjoner knyttet opp mot tannbehandlingsangst og om dette har vært virkningsfullt. Tolkningen min av resultatene mine gir grunnlag for å si noe om overførbarhet. Det er vanskelig å påstå at mitt utvalg representerer en større populasjon av engstelige pasienter. Det er kun undersøkt noen få enheter, også fordi det enda ikke er spesielt utbredt med videokonsultasjoner innad i tannhelsetjenesten, så er utvalget begrenset. Utvalget bestod av engstelige pasienter og dere foresatte samt tannhelsepersonell som hadde gjennomført videokonsultasjoner. Ut fra epost til fylkestannleger i Norge, databasesøk og erfaring fra praksis, er det ikke mange som har gjennomført videokonsultasjon med tannhelsetjenesten. Funnene i denne studien vil kunne gjelde for flere, ikke bare engstelige pasienter. Videokonsultasjoner er ikke bare for de engstelige pasientene, så erfaringene deltakerne har, vil kunne ha en viss overførbarhet til andre aktuelle pasienter for videokonsultasjoner. Andre sårbare grupper vil også ha nytte av denne type kunnskap på feltet (Jacobsen, 2015, p. 238).

3 Teori

3.1 Tannbehandlingsangst

Dessverre er det mange pasienter som, i ulik grad, kjenner på frykt for tannbehandling. For noen kan det være utfordrende å møte opp på tannklinikken, ligge bakover i stolen, men andre igjen håndterer det meste utenom bor og sprøyte (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 141). Tannbehandlingsangst uttrykkes på samme måte som angst i andre sammenhenger. Fysiologiske reaksjoner ved frykt kan blant annet være økt kardiovaskulær aktivitet hvor hjertefrekvens, respirasjon og blodtrykk øker. Kroppslige kjennetegn kan være hjertebank, hurtigere puls, svette, skjelvinger, tørr i munnen, kvalme, pusteproblemer, nummenhet, svimmelhet og press på urinblæren. En prikkende fornemmelse i kroppen kan kjennes da blodet strømmer til store muskelgrupper og noen kan også besvime (Willumsen, Hauge, & Storå, 2018, p. 166). En angstreaksjon er instinktiv og styres av vårt autoimmune nervesystem slik at vi øker våre overlevelsesmuligheter. Tannbehandlingsangst starter og utvikles oftest i barneårene, og skjer gradvis fra vegring til fobi (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 111). Når en person utsettes for en reell fare og trussel, oppstår en fryktrespons som er veldig viktig for oss i farlige situasjoner. Fryktresponsen er en kroppslig stressrespons som er hensiktsmessig for at personen skal reagere raskt for å unnsnippe ekte fare (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 101). Men frykt er ikke viljestyrt og er subjektiv følelse som vil oppleves og bedømmes ulikt fra person til person. En pasient med tannbehandlingsangst har et stort behov for å oppleve kontroll og forutsigbarhet i tillegg til at det er viktig å føle seg trygg på tannhelsepersonell (Bernson et al., 2011).

Risikoen for at en person utvikler tannbehandlingsangst, er avhengig av summen av pasientens biologiske forutsetninger personen har, pasientens psykologiske reaksjoner og hvilke miljømessige eller sosiale erfaringer pasienten får. Mekanismene går ofte over i hverandre og er ofte komplekse. Ut fra det biologiske perspektivet, er vi alle født med nedarvede overlevelsesreaksjoner som ligger til grunn for at vi er sårbare for å utvikle tannbehandlingsangst (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 104). Randall et al. (2017) sin studie knytter tannbehandlingsangst og angst for smerte til arvelighet.

Tilknytningsmønster er viktig ut fra det psykologiske perspektivet for tannbehandlingsangst. Dårlige mestringsstrategier kan gi økt sårbarhet hvor følelsen av mangel på kontroll under tannbehandling kan øke sjansen for angstutvikling. Barn som ikke har trygge tilknytningspersoner, har økt risiko for dårlige tannhelsevaner (Willumsen, Agdal, et al., 2018, p. 105). I det sosiale perspektivet peker Blomqvist et al. (2013) på sterk evidens for at barn og unge av foreldre som har tannbehandlingsangst, oftere utvikler tannbehandlingsangst. Barn som har nevropsykiatriske lidelser som ADHD, tourettes syndrom og autismspekterlidelser er det særs viktig å danne trygge rammer for. Og pasienter med problemer med å identifisere og beskrive følelser (alexitymi) har større risiko for å utvikle angst for tannbehandling (Pohjola, Mattila, Joukamaa, & Lahti, 2011).

Men frykt er en subjektiv følelse og bedømmes av hvert enkelt menneske, så frykten vil ikke oppleves som en reell fare for alle i lik situasjon (Willumsen, Agdal, et al., 2018, pp. 101,111). Hvis man aktivt går inn for å forklare tannbehandlingsangstens symptomer og funksjon, kan man lære pasienten om angstreaksjoner og at det er helt naturlig og veldig funksjonell de gangene man faktisk er i reell fare (Willumsen, Hauge, et al., 2018, p. 166).

Redde pasienter forstår ikke alltid hvorfor de ikke klarer å gjennomføre tannbehandling og følelser som skam over angsten samt dens konsekvenser kan oppstå (Willumsen, Hauge, et al., 2018, p. 166). For å hjelpe disse pasientene til å forstå at det de opplever er vanlig og normalt, vil være viktig å forklare angstens funksjon og sette ord på de fysiologiske symptomene. Hvis pasienten sine reaksjoner settes i sammenheng og får en forklaring på hva som skjer når angsten fremtrer, kan pasientene oppleve lettelse.

Kognitiv atferdsterapi i form av eksponeringsterapi tilpasset hvert barn vet vi er en effektiv behandling for tannbehandlingsangst. En viktig faktor innen eksponeringsterapi er følelsen av opplevd kontroll. Barnets motivasjon til å få gjennomføre spiller også inn. (Agdal & Vika, 2018, p. 144).

3.2 Salutogenese

Helse er noe mange verdsetter høyt i livet, og kan sees som en forutsetning for både energi og livsglede (Hanson, 2004, p. 35). Antonovsky introduserte salutogenese som en motvekt til det patologiske synet på helse. En salutogen tilnærming har fokus på hva og hvilke faktorer som skaper tilvekst av god helse (Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015, p. 79). Salutogenese betyr helsens opprinnelse og teorien vektlegger faktorer som bygger opp, opprettholder, fremmer, styrker og skaper helse og velvære (Aaron Antonovsky, 2012). Teorien bygger på opplevelse av at alle befinner seg et sted mellom helse og uhelse som er ytterpunktene på et helsekontinuum. Salutogenese handler således om å finne ut hvor man befinner seg på kontinuumet og jobbe for å bevege seg i retning av helse (Aaron Antonovsky, 2012, p. 27). Antonovsky studerte hvordan forskjeller i stresstoleranse og motstandsressurser hos individer har betydning for hvordan hver enkelt takler sykdom, stressorer og sykdomsutvikling. Menneskets individuelle ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet (Walseth & Malterud, 2004). Nøkkelbegrepet opplevelse av sammenheng (OAS) er viktig for å bevare sin plass på kontinuumet mellom helse og uhelse eller skape bevegelse i retning helse. Kjernekomponentene i OAS, er begripelighet som forutsetter kognitiv forståelse av informasjon, håndterbarhet handler om å ha ressurser og motstandsressurser til å takle krav og stimuli man utsettes for, og meningsfullhet som er følelser og det som betyr noe og er viktig for oss (A. Antonovsky, 1996; Aaron Antonovsky, 2012, pp. 39-41). OAS er således en livsinnstilling og en måte for mennesker å tenke, være og handle på som skaper mål og mening med livet. Den kan betraktes som en mestringsressurs som gjør pasienter i stand til å velge ulike strategier for å løse problemer eller håndtere ulike hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015, p. 28)

3.2.1 Begrepet opplevelse av sammenheng (OAS)

Ifølge Aron Antonovsky er fellesnevneren for de helsefremmende faktorene at de gir oss en opplevelse av sammenheng i livet. Denne opplevelsen er tredelt og innebærer i hvilken grad vi opplever verden som begripelig, håndterbar og meningsfull (Bakken, 2012). Når en person stilles over en stressbelastning, leder det til en ansent tilstand som må håndteres. Om utfallet bli patogent, nøytralt eller saltuogent er avhengig av om personen håndterer spenningen på en adekvat måte (Aaron Antonovsky, 2012, p. 16)

3.2.2 Begripelighet

Begripelighetskomponenten i OAS omhandler hvilken grad vi opplever at stimuli som vi utsettes for, fra både indre og ytre miljø, er kognitivt forståelige. Det vil si klar, strukturert og sammenhengende informasjon fremfor kaotisk, uventet, tilfeldig, uforståelig og uorganisert. Mennesker som har høy begripelighet, forventer at påvirkning og stimuli er forutsigbare. Hvis de er overraskende, så vil de som har høy begripelighet kunne plassere stimuli inn i en sammenheng og forklare den (Aaron Antonovsky, 2012, p. 39). Begripelighet innebærer i hvilken grad mennesker klarer å bedømme virkeligheten og forstå hvorfor ting er som de er eller blir som det blir (Hanson, 2004, p. 113).

3.2.3 Håndterbarhet

For å kunne håndtere en problematisk situasjon, må man evne hvordan et problem kan angripes. Hvis verden oppleves kaotisk og uklar, blir det vanskelig å håndtere problematiske situasjoner (Hanson, 2004, p. 113). Håndterbarhet kan defineres etter hvilken grad mennesker opplever at de har tilstrekkelige ressurser til å kunne mestre ulike krav vi blir stilt ovenfor. Det handler om hvilken evne og mulighet hver enkelt innehar for påvirke ulike situasjoner og våre omgivelser (Bakken, 2012). Vi blir stadig utsatt for store mengder med ulike stimuli som vi har ulike forutsetninger for å håndtere. Hvis vi har en sterk opplevelse av håndterbarhet, så vil man ikke føle på å være et offer eller føle seg urettferdig behandlet. Hvis livet føles tungt i blant, så vil de som har en sterk følelse av håndterbarhet være bedre rustet til å takle de utfordringene livet gir de (Aaron Antonovsky, 2012, p. 40). Vi kan ha egne interne ressurser, men også eksterne ressurser som noen man stoler på og har tillit til som foreldre, venner og kjæreste som kan være ressurser til rådighet for å håndtere utfordringer.

3.2.4 Meningsfullhet

Meningsfullhet er den komponenten i OAS som handler om hvilken grad mennesker føler at livet er forståelig rent følelsesmessig. Noen problemer og krav er verdt å bruke krefter på, at det er verdt både innsats og engasjementet man legger ned. Utfordringen betyr noe for vedkommende og det er belastninger i livet som de ikke ville vært foruten. Når mennesker opplever utfordrende ting, så er man innstilt på å finne en mening med

det, og gjøre sitt aller beste for å komme seg gjennom utfordringen (Aaron Antonovsky, 2012, p. 41). Meningsfullhetsbegrepet er en slags motivasjonskomponent, og har en slags følelsesmessig forankring i oss som kan gi svar på livets hvorfor-spørsmål. Noen ganger kommer energi og engasjement til syne uten å kunne forklare hvorfor (Hanson, 2004, p. 114).

De tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre. Antonovsky sitt OAS-begrep var et resultat av å forstå hva som var felles for alle generelle motstandsressurser og deretter på å forstå de ulike prosessene som bandt sammen generelle motstandsressurser og helse (Aaron Antonovsky, 2012, p. 187). En høy opplevelse av håndterbarhet mener Aaron Antonovsky (2012, p. 43) er avhengig av en høy opplevelse av begripelighet. Og en forutsetning for å ha opplevelse av ressurser til rådighet for å imøtekomme de kravene vi støter på, er å ha et nøyaktig bilde av hva kravene inneholder. Hvis vi opplever verden som uforutsigbar og kaotisk, vil det være vanskelig å føle at man klarer seg fint. Det betyr heller ikke nødvendigvis at man har troen på at man vil klare seg om man har en sterk opplevelse av begripelighet.

Høy begripelighet i kombinasjon med lav håndterbarhet vil skape en bevegelse og endring. Retningen på bevegelsen avgjøres av personens opplevelse av mening. Hvis personen forstår utfordringen og er engasjert, er man motivert for å finne de ressursene som skal til for å mestre.

3.3 Helsefremmende arbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) har hatt en sentral rolle i utviklingen av helsefremmende arbeid. Helse skal ses på som en ressurs i hverdagen og er noe positivt som omfavner både personlige- og sosiale ressurser og muligheter og er således en viktig dimensjon for livskvalitet (WHO, 1986, p. 5).

Helsefremmende arbeid defineres som en prosess som gjør mennesker og samfunn i stand til å få økt kontroll over egen helse (Nutbeam, 1998). Helsefremmende arbeid bygger på den sosiale helsemodellen hvor miljø, politikk, omgivelser, geografi og arv har betydning for hvordan man opplever helse. Hvis man styrker befolkningens helse, vil man skape et overskudd som kan gi økt mulighet for personlig-, økonomisk- og sosial utvikling samt økt livskvalitet (Mæland, 2016, p. 17). Ottawacharteret (1986) er

et verdensomspennende grunddokument som fungerer som et rammeverk med verdier for helsefremmende arbeid verden over. Charteret har fem innsatsområder; å bygge en helsefremmende politikk, skape støttende miljøer for helse, styrke samfunnshandling for helse, utvikle personlige ferdigheter og reorientere helsetjenester. Charteret bygger også på tre strategier; enabling, advocacy og mediating som omhandler å oppnå rettferdighet i helse, det å skape politisk og sosial aksept av helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid og samhandling (World Health Organisation, 1986).

Helsefremmende arbeid er således et tverrfaglig, tverrsektorielt og internasjonalt utviklingsarbeid for å utjevne den sosiale gradienten for helse. Det er anerkjent at helse følger en sosial gradient og dermed ikke er jevnt fordelt i samfunnet. Det ligger mer bak folkehelseutfordringer som fedme, usunt kosthold og rusmiddelbruk enn individuell oppførsel (Green et al., 2015, p. xxi). Nøkkelen til å takle sosial ulikhet i helse er å takle utfordringene ved roten til årsakene. Å redusere helseforskjeller samt gi alle en lik mulighet for å oppnå helse er viktig i det helsefremmende arbeidet. Mennesker må derfor være delaktige og får økte muligheter for å kunne påvirke ulike faktorer som innvirker på deres helse (Hanson, 2004, p. 75). Empowerment er et viktig begrep i helsefremmende arbeid og knyttes til styrke, makt, autonomi og innflytelse over egen helse og er sammen med rettferdighet et av hovedmålene for helsefremmende arbeid (Green et al., 2015, p. xxii). Begrepet kan også sees i sammenheng med verdier og prinsipper som medvirkning, rettferdighet, brekraftig og demokrati (Weare, 2002, p. 103). Empowerment kan således være både en strategi, et mål og en ressurs som kan brukes på individnivå, men også på organisasjons- og systemnivå (Stang, 2006). Empowerment er en prosess hvor mennesker eller grupper i samfunnet gis et mestringsløft og en opplevelse av å oppnå kontroll over ulike situasjoner i livet (Stang, 2006, p. 142; Sørensen et al., 2002). Tveiten and Boge (2014) hevder at det er vanskelig å oversette begrepet til norsk uten å redusere meningsinnholdet: myndiggjøring, brukermedvirkning, livsstyrketrening, egenkraftmobilisering eller å ha handlingsrom i eget liv er også beskrivelse av empowermentbegrepet. Bemyndigelse er en norsk oversettelse av begrepet og er nært knyttet til makt-, og maktesløshetsbegrepet. Bemyndigelse betyr maktoverføring og omhandler å gi mennesker myndighet til å bestemme selv over faktorer som de opplever som viktige. Det er tre hovedelementer som er viktig i bemyndigelse; 1. å stimulere bruk av personens ressurser og muligheter, 2. å fremme personens energi og krefter og 3. redusere forekomst av faktorer som skaper stress hos personen (Stang, 2001, p. 12). I forbindelse med helsebegrepets dimensjon,

som dreier seg om utfoldelse og mestring av utfordringer i livet, må man stimulere pasientenes evne til å finne løsninger på sine problemer selv fremfor å løse problemene for dem (Sørensen et al., 2002). Ved å la profesjonelle gi fra seg makt og styring, og legge til rette for at pasienter skal medvirke i saker som angår dem, skapes selvfosterkende sosiale prosesser som kan gi økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland, 2016, p. 79).

3.4 Mestringstillit

Psykologen Albert Bandura er kjent for begrepet mestringstilling som omhandler å ha tillitt til vår egen mestring av vanskelige situasjoner (Bandura, 1997). Det er fire faktorer som spiller inn under begrepet mestringstillit;

1. Tidligere mestringsopplevelser hvor pasienten har erfart mestring tidligere.
2. Vikarierende erfaringer som innebærer å ha sett andre mestre en tilsvarende situasjon.
3. Verbal overtakelse som innebærer personer pasienten har tillitt til, forteller og snakker om at pasienten kan mestre situasjonen. Altså en verbal overtalelse med rot i forståelsen av barnets reelle mulighet til å mestre.
4. Fysiologiske reaksjoner som personen kjenner inni seg og som ikke nødvendigvis kan observeres på utsiden. For at negative angstreaksjoner skal avta for barn med tannbehandlingsangst, må pasienten behandles slik at de kjenner positive endringer i de fysiologiske responsene. Her er det viktig at disse endringene skjer når barnet eksponeres for situasjonen (Agdal & Vika, 2018, p. 145).

4 Kontekstanalyse

4.1 Før videokonsultasjon

Det at tannhelsetjenesten skal tilby videokonsultasjoner i møte med sine pasienter er noe helt nytt. Det er kliniske konsultasjoner på tannklinikker som er vanlig standard i møte med pasienter i dagens tannhelsetjeneste. Noe kommunikasjon går også over telefon, sms og e-post. Pasienter blir innkalt til fysisk timeavtale på tannklinikken for samtale, undersøkelse og ulike tannbehandlinger. Da covid-19 pandemien rammet verden i 2020, måtte alle begynne å tenke nytt og nye måter å nå pasienter på. Det å kunne tilby en videosamtale, vil kanskje ikke kunne erstatte et fullverdig besøk på tannklinikken, men tilbudet kan åpne nye dører og utvide perspektivet og nyansere tannhelsetjenesten slik at man kan nå ut til dens brukere på nye måter hvor det ikke alltid trengs fysisk tilstedeværelse. Men hvordan opplevde brukerne det å bli tilbudt og gjennomføre en videokonsultasjon med tannhelsetjenesten? Jeg har samlet resultater om erfaringer før videokonsultasjonene under temaene; engstelse i forkant, opplevelse av tilbudet og erfaringer med gjennomføring av videokonsultasjoner.

4.1.1 Engstelse i forkant

Pasientdeltakerne

Fellesnevneren for pasientdeltakerne i studien, var at de var, i ulik grad, engstelig for tannbehandling. Det har vært en stressende situasjon på tannklinikken tidligere, hvor det ble vanskelig å gjennomføre ulike typer behandling. Deltakerne var blant annet engstelig for selve undersøkelsen, for hull og bor, engstelse for røntgenbilder og å miste verktøy og instrumenter i halsen.

(..) «redd for at hun skulle miste de her verktøyene som hun brukte og bilde ned i halsen. (Barn 3) «Også ble du litt sånn stresset for det og så ble det vanskelig å gjennomføre» (...) Vanskelig og roe seg helt ned». (Foresatt 3)

(..) «Så hva som skjedde på den første timen, var at følelser og emosjoner som tok helt over». (Foresatt 4)

«ja» (bekreftende) (barn 4)

«bare sånn, «jeg klarer ikke gjøre dette». (Foresatt 4)

(..) «Jeg er redd for hull i tennene og at jeg må bor noen dager etterpå» (Barn 1)

(..) «deltaker 2» trenger å forberede seg». (Foresatt 2)

Det at pasienten trenger å forberede seg handler i stor grad om å få kontroll over situasjonen. Pasientens egen motivasjon for å klare å gjennomføre vil alltid være en viktig suksessfaktor. Så det å vite hva som til enhver tid skal skje, hvor det skal skje, og hva som skal brukes kan påvirke pasientens motivasjon til å gjøre et forsøk på tannbehandlingen. En videokonsultasjon i forkant av en tannbehandling kan dermed kanskje gjøre en forskjell for å bygge opp mestringstro, styrke relasjon mellom pasient og behandler for de pasientene som har et ekstra behov for å oppleve kontroll og forberede seg – som engstelige barn for tannbehandling.

«det hadde vært stressende -for da vi kom for en undersøkelse og vi hadde de to damene sammen med oss, de skulle gjøre en vanlig undersøkelse og ta røntgenbilder (...) du likte det ikke». (Foresatt 4)

Det å tilvenne et barn til tannbehandling er mye mindre krevende enn å jobbe med utviklet tannbehandlingsangst (Agdal & Vika, 2018, p. 143). En avdeltakerne forteller om vanskeligheten og det deltakeren føler under forsøk på å ta røntgenbilder, som for mange kan være både ubehagelig og skremmende. De måtte få en ny time for å jobbe med mestringstro, tillit og tilvenning til denne prosedyren.

(..) «husker du bakgrunnen for det her videomøtet? Det var jo at vi var jo her(tannklinikken) til en time, så ble det litt vanskelig å ta de her bildene ikke sant?» (..) (Foresatt 3)

Ved å tilby videokonsultasjon etter denne opplevelsen er både tidsbesparende og samfunnsøkonomisk og kan være et tiltak i en tilvenningsfase for å bygge opp mestringstro og mestringstillit. Her fikk pasienten med seg en bildeprøve hjem for å øve. Et videomøte for veiledning, tillitsskapende relasjonssamtale eller en

kommunikasjon om hvordan det går kan fint og effektivt gjøres digitalt via video. Et kort videomøte for eksempel på første time om morgenen rett før skole og jobb, så slipper både foresatt og pasienten å ta seg så mye fri fra jobb og skole for å komme til tannklinikken. Dette gjør at tannhelsepersonell og pasienter sparer tid og kan følge opp flere pasienter. Da trengs det heller ikke rengjøring av kontor før neste pasient.

Det er åpenbart en sammenheng mellom atferd, tanker og følelser. Gjennom disse utsagnene overfor, får man en bredere forståelse av hvordan mennesker handler og tenker i møte med tannhelsetjenesten og dens ulike behandlinger. Det er ikke uvanlig at det oppstår vansker med gjennomføring av ulike prosedyrer på tannklinikken, og da må pasienter ofte måtte komme tilbake for en ny time. Det var på bakgrunn av disse erfaringene og opplevelsene disse barna hadde, som gjorde at de fikk et tilbud om videokonsultasjon. Tannhelsepersonell møter ulike barn hver dag med ulik modenhet i alder, temperament, følelser og oppmerksomhet (Fredriksen, Rønneberg, & Johnsen, 2018, p. 121). Hvis det oppstår vansker med gjennomføring av ulike tannbehandlinger som nevnt i sitater ovenfor eller liknende, så viste det seg at det å få tilbud om en videokonsultasjon å være godt mottatt.

Tannhersedeltakerne

Også tannhersedeltakerne uttrykte usikkerhet i forkant av gjennomføring av videokonsultasjoner.

(..) «jeg leste nøye journalen, så jeg vet hva utfordringene er og hva det gjelder, jeg må skrive et lite manus, og ja, gruer meg til å gjennomføre». (Tannhersedeltaker 3)

(..) «det kan jo være vanskelig å vite hva man egentlig skal si på et slikt videomøte». (Tannhersedeltaker 2)

(..) «det følte nesten litt ut som jeg skulle ha foredrag» (..) «litt sånn krisemaksimering før man begynner, redd for at det blir rart, skal jeg se i kamera, skal jeg ikke? Så selve gjennomføringen, den var ikke noe jeg gledet meg til» (Tannhersedeltaker 3).

Det å være usikker på hva man skal si og hva et videomøte skal inneholde var noe tannhersedeltakerne trakk fram. Pasientkommunikasjon i en uvant setting, gjorde

tannhelsepersonellet litt usikker i sin rolle. De gruet seg til å gjennomføre en videokonsultasjon, men forberedte seg godt ved å lese journal og skrev ned punkter for hva de skulle snakke om å gjennomgå.

4.1.2 Opplevelse av tilbudet

Pasientdeltakerne

Det å få tilbud om en videokonsultasjon viste seg å være positivt. Deltakerne syntes at det var overraskende og fantastisk, det var ikke noe de forventet. Det var også bra for å forberede seg til møte på tannklinikken.

(..) «Og da fikk jeg en telefon på jobb, og jeg ble overrasket – og tenkte at det var fantastisk. Det har aldri skjedd før» (...) «ja jeg syntes det var veldig hyggelig. Og jeg bare hadde ikke forventet det». (Foresatt 4)

(..) «jeg tenkte at det var veldig bra for ____ trenger å forberede seg. Og sånne ting så dette var en veldig god måte å forberede seg på». (Foresatt 2)

Dette utsagnet ovenfor skildrer den positive overraskelsen av at tannhelsetjenesten tilbød noe nytt og annerledes enn hva som er vanlig, understreker viktigheten av at helsesektoren digitaliseres og tenker nye måter å nå ut til sine brukere. I en tjeneste der tannbehandling stort sett krever oppmøte, kreves det en høy grad av omstilling, nyteknisk og innovasjon. Her er det viktig å ha verdier som bygger en organisasjon som fremmer nytenkning og ser på løsninger fremfor hindringer samt støtter sine ansatte til å være modig og ansvarlig i handling. Ved å gi rom for utvikling og støtte opp mot til å kunne sette ut nye ideer i virkelighet og bruke nye verktøy, vil kunne lede til spennende og en mer variert hverdag. Det å høre at å få dette tilbudet føltes fantastisk å få, var viktig å få frem. Brukerne av tannhelsetjenesten opplevde da å bli ivaretatt, sett og kanskje en følelse av å ta engstelsen for tannbehandling på alvor. I stortingsmelding Nytte, ressurs og alvorlighet (omsorgsdepartementet, 2020-2021) tydeliggjør regjeringen at valgfrihet står sentralt. Det at alle skal få bestemme mest mulig over sin egen hverdag, og at valgfrihet gir mangfold og flere muligheter for brukerne.

(..) vi var jo litt spent i forkant, og så. Du så også veldig frem til det, for du hadde jo øvet deg så godt. Etter at vi var her første gang og frem til det videomøtet. Også hadde du så lyst å vise frem (les: på videokonsultasjon) det du hadde øvet på». (Forelder 3)

En av deltakerne var både spent og gledet seg til å vise frem det pasienten skulle øve på. Det at pasienten så frem til videokonsultasjon til tross for at de opplevde vansker ved fysisk tilstedeværelse er et funn som viser at videokonsultasjon fungerte til å trygge barnet.

Tannhelsedeltakerne

Tannhelsepersonellets opplevelse når de først hørte at de skulle bruke videokonsultasjoner i møte med pasienter var også preget av overraskelse og de trakk fram at det var noe ukjent, spennende og nytt som tannhelsetjenesten har manglet. Noe de ikke har gjort før. Samtidig var de åpne for å prøve og anerkjente at andre deler av helsevesenet bruker videokonsultasjoner, så det var naturlig at det dukket opp som et forslag. Norge har på mange måter lyktes i arbeidet med å digitalisere offentlige tjenester og var i 2018 blant de ledende landene i verden på det området (Utenriksdepartement 2019-2020).

(..) «jeg må si at jeg ble overrasket» (..) må ærlig innrømme at jeg hadde ikke noe store forventninger til det». (Tannhelsedeltaker 1)

(...) jeg visste ikke hvordan jeg skulle gjennomføre dette her fordi jeg har jo alltid tenkt at det jeg gjør er en praktisk jobb, det er noe jeg gjør med hendene, så hvordan skal jeg få det til gjennom video. Det synes jeg var veldig spennende å se». (Tannhelsedeltaker 1)

(..) «At det var interessant». (..) det er jo ikke noe man normalt gjør også er det jo et veldig fint verktøy å bruke. Vi bruker jo videokonsultasjoner i andre deler av helsevesenet, så hvorfor ikke tannhelsetjenesten også?» (Tannhelsedeltaker 2)

(...) «tenkte jeg at det var lurt og at det har vi manglet på en måte litt muligheten til i forhold til leger og sånn. Men da jeg skulle gjøre det, da ble det ikke så morsomt lengre

Men fordi jeg er jo ikke så glad i å snakke i telefonen eller generelt så synes jeg det blir litt kleint.» (Tannhersedeltaker 3)

Tannhelsepersonell, som alle andre, omstiller seg en ny hverdag og er i stadig utvikling. Det å skal utføre noe nytt og som innebærer å sette seg inn i noe nytt, vil håndteres forskjellig ut fra hvordan man er som person. Noen er mer åpen for forandring og utvikling, mens andre er komfortabel med det trygge og kjente. For noen er dette spennende og interessant, mens for andre så kan det bli utfordrende og rart med en ny form for pasientkontakt. Tannhelsepersonell har jo mye jobb som må utføres på tannklinikken, men det ligger også mye psykologi og kommunikasjon som stadig har fått en større plass i odontologien. Det at de trekker frem at det var noe tannhelsetjenesten manglet og at dette var interessant, understreker at også tannhelsetjenesten trenger mer digitale utfordringer i møte med deres pasienter. En innovativ offentlig sektor og tannhelsetjeneste er å iverksette noe nytt som kan ha verdi for innbyggerne og for samfunnet. Videokonsultasjoner er en ny tjeneste som åpner for nye muligheter når det gjelder kontakt og oppfølging av pasienter og brukerne.

(..)» jeg fikk inntrykk av at de var positive til det, ja og særlig foreldrene, de var sånn ja det er bra at det går an å ha en slik gjennomgang». (Tannhersedeltaker 1)

En av tannhelsepersonellet fikk inntrykk av at videokonsultasjoner var et positivt tilbud i forkant av en tannbehandling som krever forklaring og gradvis tilnærming.

4.1.3 Usikkerhet rundt gjennomføring

Dette var et funn som gikk igjen til alle tannhersedeltakerne. Teknisk usikkerhet var noe alle tannhersedeltakerne uttrykte. Det å ikke vite helt hvordan en videokonsultasjon skal gjennomføres. Etter utdrag fra intervju, forberedte tannhelsepersonellet seg som om pasienten skulle være til stede på tannklinikken. De tenkte at det var en fin måte å presentere personalet, gjennomgå prosedyrer, gi grundig informasjon om hva som skal skje, vise redskaper som skal brukes og ha en profylaksesamtale.

En videokonsultasjon må planlegges på lik linje som timen på tannklinikken forberedes.

() «visste ikke helt hvordan jeg skulle gjennomføre dette her». (Tannhersedeltaker 1)

(..) «jeg forberedte meg som jeg skulle ha en behandling, så jeg hadde jo lagt fram instrumentene og utstyre jeg vet jeg kommer til å bruke» (Tannhelsedeltaker 1)

(..) «da noterte jeg ned egentlig alt jeg skulle gå gjennom på et notatark. Så hadde jeg en liten introduksjon liksom der jeg presenterte seg selv også viste lokalene og snakket om det som skulle skje fra A til Å». (Tannhelsedeltaker 2)

Her trekkes det fram grundig forberedelse av hva som skal skje på den fysiske timen og gir et bilde av hvordan en videosamtale kan utføres. Det å kunne gi barna enda mer forutsigbarhet ved å gjennomgå det som skal skje, vil være i tråd med å gi trygghet til tannbehandlingssituasjonen.

Her innunder gis en introduksjon både elementer fra kognitiv atferdsterapi med eksponering og tilvenning til behandling. Det å introdusere tannhelsepersonellet kan være en fin måte å bruke videokonsultasjoner på. Spesielt i denne tiden hvor tannhelsepersonell har på seg mer beskyttelsesutstyr som gjør at pasienter ikke så enkelt klarer å se annet enn øynene til behandleren. Dette handler også om å etablere en relasjon og få tillitt. Det er ingen spesifikk fasit på hvordan en fysisk eller digital konsultasjon skal gjennomføres, fordi både pasienter og behandlere er unike og ulike individer med ulik kompetanse og erfaring.

Videokonsultasjon var både uventet og overraskende, men samtidig lurt og interessant. Når barn får utfordringer rundt tannbehandling, og at det blir vanskelig å møte på tannklinikken, så var videokonsultasjon godt mottatt både av tannhelsepersonell og pasientene i denne studien.

4.2 Selve videokonsultasjonen

Det å gå til tannlege og få tannbehandling kan være utfordrende for mange. Noen kan ha vansker for bare å komme inn døren på tannklinikken, mens noen engster seg for større behandlinger som sprøyte og bor (Agdal & Vika, 2018, p. 141). En videokonsultasjon har et potensial som vil kunne gi barna og deres foresatte god informasjon om hva som skal gjøres, og dette vil kanskje øke barns følelse av kontroll i situasjonen (Agdal & Vika, 2018, p. 150).

Hvordan opplevde de selve videokonsultasjon med tannhelsetjenesten? Resultater fra selve videokonsultasjonen er samlet i temaene; kommunikasjon og informasjon, opplevelse av trygghet, relasjon, konsentrasjon og oppmerksomhet samt samlet positive og negative aspekter som deltakerne kom fram til.

4.2.1 Kommunikasjon og informasjon

Pasientdeltakerne

Pasientdeltakerne opplevde å få god informasjon og forklaring på videokonsultasjonen. De opplevde også å få tydelig informasjon rettet mot barnet. Det er av stor betydning for fungering i tannbehandlingssituasjoner hvordan tannhelsepersonell møter hvert enkelt barn (Fredriksen et al., 2018, p. 121).

(..) «hun tok for seg hele gangen i det, i forhold til at hun tok på sånn salve og at hun skulle være på et eget rom og vente til den virket og, helt fra begynnelse til slutt». (Foresatt 2)

(..) «tannpleieren tok og var veldig tydelig på hva som skulle skje -at hun gav deg god informasjon og var tydelig» (..) og snakket rolig og forklarte veldig tydelig og godt hva som skulle skje». (Foresatt 3)

(..) «vi gikk gjennom alt, fra hvor vi skulle sitte til ja, så det var ja. Drikken hun skulle drikke og alt også. Da ble det forutsigbart». (Foresatt 2)

(..) det var litt rart (les: å se tannhelsepersonell på video), jeg var ikke vant med det (..) (Barn 4)

God og tydelig informasjon gjorde situasjonen mer begripelig, og dermed kanskje mer håndterbar. Det å få tilpasset informasjon litt på avstand fra selve tannklinikkssettingen, bidro til at barna var mer forberedt til selve timen på tannklinikken. I et psykologisk perspektiv, så handler en behandling om noe som øker et barns mestring i tannbehandlingssituasjoner. Mestring kan oppleves subjektivt ved å ha et indre mål som innebærer at barnet oppnår en følelse av «dette klarer jeg». Det å ha gode kommunikasjonsteknikker som gjør at informasjon når fram, er av stor betydning for hvordan tannbehandlingen går. Gode kommunikasjonsferdigheter har dessuten betydning for tannbehandlingsfrykt og om pasientene følger informasjon og råd som

tannhelsepersonell gir (compliance) (Torper, Strøm, Høyvik, & Willumsen, 2018, p. 53). Selve videokonsultasjon var noe alle barna mestret godt og gav uttrykk for at de var trygge. De fikk oppleve tannklinikken litt på avstand, noe som kanskje ledet til at de lettere fikk med seg alt som skulle skje. Engstelige barn trenger å oppleve å bli ivaretatt og gis trygge rammer gir stor grad av forutsigbarhet. Dette kommer til syne i resultatene ved at en var trygg nok til å stille spørsmål rundt det som skulle skje på tannklinikken i etterkant av videokonsultasjonen.

(...) «følte seg komfortabel nok til å stille spørsmål om hva som skulle skje (Foresatt 4) (nikker) «ja» (Barn 4)
(..) «og det var veldig bra, og jeg tror du tok, jeg tror han foreslo, min tolkning er at han tok eierskap over situasjonen ved å finne ut for deg selv hvordan det blir (tannklinikkesøket)». (Foresatt 4)

De uttrykte at tannhelsepersonellet var tydelig å god til å forklare hva som skulle skje. Videokonsultasjon syntes å være en god måte å forberede pasienten på hva som skal skje på neste møte på tannklinikken.

(..) Aller først så sa hu va hun heter og så fortalte hun hva vi skulle gjøre. (Barn 1)
Jeg: «Hvordan følte det å se de tingene hun skulle bruke?» «Det va egentlig ganske bra siden da slipper man å bli litt sånn: «hva er det hun skal bruke nå?»». (Barn 1)
«Når du kommer dit liksom. Så du synes det var litt ok å vite hva som skulle brukes». (Foresatt 1)

En av deltakerne opplevde at videokonsultasjonen fungerte godt, men at det var bedre å være på tannklinikken for da får de sett utstyret skikkelig. Dette understreker at videokonsultasjoner ikke nødvendigvis er for alle. For noen så vil alltid fysisk tilstedeværelse og fysisk eksponering være å foretrekke og det må tannhelsepersonell respektere. Det er gjennom dialog at pasient og behandler finner ut om videokonsultasjon er aktuelt i hvert enkelt tilfelle.

Tannhelsedeltakerne

Når tannhelsepersonell jobber med pasienter, er det ikke alltid at alt går etter planen. En videokonsultasjon med informasjon og forberedelse, kan til en viss grad gjøre timen på tannklinikken mer forutsigbar. Her vil det være viktig å være ekte og ærlig i

kommuniseringen. Ved informasjon at tannhelsepersonellet også snakker om at ikke alt alltid går etter en plan når man jobber med mennesker.

(..) «Det er jo ikke alt man kan si, vi kan jo forberede de på en behandling, men ting i behandling kan jo gå feil». (Tannhelsepersonell 2)

(..) «også det som er så greit er jo at hvis man tar det over telefon (Les: digital plattform via telefon) så kan man også vise klinikken og hvis de for eksempel skal ha premedikasjon så kan vi vise premedikasjonsrommet så de vet. (..) ja, da kan du gå rundt i lokalet å vise. Det gjorde jeg faktisk med den ene pasienten». (Tannhelsepersonell 2)

(..) «introduksjon «her er meg» vise frem personalet, liksom å få visualisert litt, for de så hjelper det kanskje ikke det man sier og det er bedre at de får sett ordentlig og spesifikt «hva er det som skjer» også gjennomgang av prosedyrer, vis bor, vise de ulike redskaper, og også hvis det bare er en profylaksesamtale. Den kan man jo likegodt ta over video, som at de skal sitte i stolen». (Tannhelsepersonell 3)

(..) «jeg hadde på meg klinikkler, men ikke munnbind da. Slik at de fikk se ansiktet mitt. Men jeg viste meg selv også med munnbind, jeg tok på meg munnbindet slik at de kunne se «sånn kommer jeg til å hente deg», slik at de var forberedt på at jeg kom til å ha på meg munnbind når de kom». (Tannhelsepersonell 2)

Tannhersedeltakerne kommer med fine refleksjoner rundt hvordan informasjon og kommunikasjon kan gjøres via video. Det å kunne vise fram tannklinikken, lokaler å se hvordan tannhelsepersonellet ser ut både med og uten munnbind, ivaretar barna og foresatte på et nytt nivå. Det å kunne være mobil og gå rundt i lokalet for å vise frem ulike deler av tannklinikken, er en fin måte å gi en visuell forberedelse til pasienten. Alle pasienter har behov for å oppleve både forutsigbarhet og trygghet i forbindelse med tannbehandling. Ut fra utsagnene, hørtes det ut som tannhelsepersonellet var godt forberedt før videokonsultasjon og hadde en individuelt planlagt plan for pasientene.

4.2.2 Opplevelse av trygghet

Pasientdeltakerne

Forutsigbarhet og struktur gir en følelse av trygghet. Hjemme er de aller fleste barna i trygge omgivelser. I helsefremmende arbeid så jobbes det for å nå ut til barn hvor de lever, lærer elsker og leker. På hjemmebane virket det som noen av deltakerne syntes det var godt å få gradvis tilnærming ved å kunne sitte trygt hjemme.

(..) «*det er jo en trygg setting sånn vettu hjemme, å få litt avstand til det. Litt sånn gradvis tilnærming til det som er litt skummelt*».

Jeg: «*Kan du nevne tre ting som var positivt (bra) med videomøtet?*
«*1. at det var hjemme, 2. at pappa var der 3. det var kanskje at jeg var på sofaen*».

(Barn 4)

(..) «*jeg synes det var egentlig ganske bra (les: å møte tannbehandler på video)*. (Barn 1)

Jeg: «*Kan du nevne hva som var bra?*»

«*Ja, når hun viste meg at det ikke var sprøyte så synes jeg det var bra*». (Barn 1)

(..) Jeg: «*Hvorfor var det bedre å sitte hjemme da?*»

«*ehmm, vet ikke*». (Barn 2)

«*det er jo tryggest det da vet du*». (Foresatt 2)

Hjemmet kan være en trygg base hvor de får avstand fra instrumenter, lukter, lyder som kan virke litt skummelt på tannklinikken. Det å oppleve å få se tannklinikken, tannhelsepersonell og de ulike instrumentene via video, uten sanseinntrykkene man får ved fysisk tilstedeværelse, virket positivt på opplevelsen av trygghet. Alle barna i studien hadde omsorgspersoner de kunne støtte seg på under videokonsultasjonen. Den ene deltakeren understrekte til og med som en av de positive faktorene ved videomøte, at deltakerens far var til stede. Barn trenger hjelp fra sine trygge omgivelser og omsorgspersoner til både beskyttelse, regulering, men også til utforsking av situasjoner. Når barn opplever støtte til utvikling og utforsking, kan tannhelsepersonell legge et grunnlag for godt samarbeid og trygghet på tannklinikken. I et holistisk perspektiv, så lever vi i et digitalisert samfunn. Og det at tannhelsepersonell kan møte barna på en

digital plattform, er et steg i retning av digitalisering av tannhelsetjenesten. Hvis det er vanskelig for noen å møte på tannklinikken, så kan det tilbys en digital konsultasjon for å jobbe med mestringstro for tannbehandlingen, forutsigbarhet, og relasjonsbygging hjemmefra som for de fleste er en trygg setting for barnet.

(..)» Så jeg husket at du var litt stolt over at du kjente på mestring i den forbindelse at du viste tannpleieren på video hva du fikk til». (Foresatt 3)

Her opplevde en av pasientdeltakerne mestring over å illustrere over video hva pasienten fikk til som man kan relatere til trygghet. Trygghet ovenfor bruk digitale verktøy, men også ovenfor tannhelsepersonellet. Det å, stolt, kunne vise frem at pasienten mestret en del av sitt utfordringsbilde over video, vil være til hjelp når pasienten skal gjøre det samme fysisk på tannklinikken.

Tannhersedeltakerne

Tannhelsepersonellet opplevde å se at barna var rolige og trygge.

(..) «når vi hadde videokonsultasjonen så satt barna i stuen, så var de sammen med mor eller far, og det var noe med at, jeg kunne se at de var mer rolig, fordi de satt et sted der de følte seg trygg» (..) (Tannhersedeltaker 1)

(..) «sånn generelt så er min digitale kunnskap ganske bra. Jeg er jo av den yngre generasjon så vi har jo vokst opp mer eller mindre med hele utviklingen der så det er bare å følge med». (Tannhersedeltaker 2)

(..)» jeg tror ikke det er så mye jeg kunne ha gjort, mer eksponering av det som gjør at jeg blir tryggere på det». (Tannhelsepersonell 3)

Tannhelsepersonellet ser betydning av at jo mer man eksponeres og øver på nye situasjoner som videokonsultasjoner, jo tryggere blir man på de nye utfordringene. Ved å utfordre seg selv, og tilby videokonsultasjoner til pasienter som de tror kan ha nytte av det, vil gjøre de mer komfortabel med verktøyet. Hvis det blir en naturlig del av hverdagen, vil den digitale kunnskapen holdes ved like og videreutvikles.

4.2.3 Relasjon

Pasientdeltakerne

Det å bli kjent med tannhelsepersonellet og hilse på ny behandler kom også frem som noe uvant, men positivt. Det å etablere kontakt og relasjon er viktig i behandlingssituasjoner og har betydning for dialog og samspillet mellom tannhelsepersonellet og pasienten.

(..) «Æ vart litt sånn hvorfor skal jeg ikke ha den gamle tannlegen liksom. (...) det gikk bra det og». (Barn 1)

(..) «det var kun en positiv opplevelse, bli litt kjent med tannlegen og». (Foresatt 2)

(..) «tannlegen var veldig rolig og henvendte seg til barnet. Det synes jeg var veldig bra.» (Foresatt 3)

Relasjonsbygging og tilknytning er viktige begreper for å kunne etablere en fortrolighet mellom behandler og pasient som kan lede til at det blir lettere å få tak i opplysninger som vil være viktig for å kunne gjennomføre eller tilby best behandling for barnet. Barn med tannbehandlingsangst har et større behov for å føle seg trygg på behandler og det å oppleve kontroll og forutsigbarhet (tannbehandlingangsts165). Flere studier viser at en god relasjon har betydning for utfallet av behandling (horvath, 2006). Et menneske vil føle seg sett og ivaretatt og da må tannhelsepersonell jobbe med relasjonell kompetanse og evne til å kunne se, forstå og behandle pasientene som het helt menneske. Uansett hvor på angstskalaen pasientene befinner seg, så vil alle pasienter kunne kjenne på et behov for trygghet, forutsigbarhet og det å ha en relasjon til sin behandler.

(..) «Så fikk vi jo inntrykk av at det kanskje ble enda lettere å komme på tannklinikken siste gang nå etter at du hadde snakket med tannpleieren og ble litt tryggere på henne og på hva som skulle gjøres -under det her videomøtet». (Foresatt 3)

(..) «Jeg har også inntrykk av at tannpleieren tok og var veldig tydelig på hva som skulle skje -at hun gav deg god informasjon og var tydelig. (Foresatt 3)

«mhm» (nikker) (Barn 3)

«og snakket rolig og forklart veldig tydelig og godt hva som skulle skje». (Foresatt 3)

Pasientdeltakerne opplevde etter å ha snakket med tannhelsepersonellet å bli tryggere på både personen og på prosedyren som skulle gjennomføres på tannklinikken. å sette ord på det skumle og snakke høyt i en trygg setting med mennesker man har tillit til er en viktig strategi for å forebygge overbelastning. Pasienter som opplever trygg tilknytning til mennesker, er mer tilpasningsdyktige, forståelsesfulle og tillitsfulle (Eli, Uziel, Blumensohn, & Baht, 2004).

Tannhelsedeltakerne

Det at tannhelsepersonellet opplevde å få tid og rom til å danne relasjon til barnet er et viktig funn.

(..) «også synes jeg foreldrene gav rom til barna, for vanligvis så opplever jeg at foreldrene de blander seg mye inn i behandlingen, nesten sånn at noen ganger overtar de, men når vi hadde videokonsultasjon, så var fokuset kun på barnet».

(Tannhelsedeltaker 1)

(..) «så låser de seg mer når de er i behandlingsrommet, mer sånn» få det her unnagjort», mens når de var hjemme så opplevde jeg at de var mer pratsomme».

(Tannhelsepersonell 1)

Det at foresatte lot barnet være i fokus under videokonsultasjonen gjør at tannhelsepersonellet kan møte barnet på deres nivå. Kanskje det at foresatte tar mindre plass fører til at det også blir lettere for behandlere å være mer ekte i kontakten og være seg selv i relasjonen. Ved å ikke bli avbrutt av foresatte som skal fortelle sine synspunkt, vil både kommunikasjonen og relasjonen mellom pasienten og behandleren skapes de imellom.

(..) pasienten var egentlig ganske stille, men sammen med foresatt så var det en veldig fin samtale, men jeg følte at jeg ikke helt kom inn på pasienten. Jeg tror kanskje

pasienten er bare slik, at det ikke hadde med videosamtalen å gjøre.»

(Tannhelsedeltaker 3)

Det er også et funn at noen ikke er spesielt snakkesalig og kan virke stille og kanskje ikke si så mye. Det kan være vanskelig å skille om det er settingen med videokonsultasjon, eller om pasienten er engstelig eller kanskje veldig sjenert.

4.2.4 Konsentrasjon og oppmerksomhet

Pasientdeltakerne

Her retter flere av deltakerne oppmerksomheten på et tema som er viktig, nemlig konsentrasjon og det å få med seg informasjon. Ved tilvenning til tannbehandling vet jeg av erfaring at tannhelsepersonell gir mye informasjon og inntrykk på kort tid. Det er interessant at foresatte til deltaker 2 og 3 legger merke til at det var lettere å følge med på informasjon gitt over videokonsultasjon.

(..) «Du vet jo det og at for deg og for mange barn så er det vanskelig å få med seg alt som blir sagt, i forhold til oppmerksomheten. (Foresatt 3)

» ja» (Barn 3)

Og da er det kanskje spesielt viktig å få ting forklart veldig tydelig.»

(..) «Ja, det er noe med det kroppen tror når man skal dra til tannlegekontoret – det er ikke sikkert hun hadde fått med seg like mye hvis man har sittet der (tannklinikken).

(Foresatt 2)

Jeg:» Tror du også det, at du hadde lettere for å følge med når du satt hjemme?

«nikker» (Barn 2)

Ved høy engstelse når pasienter er fysisk til stede på tannklinikken, er de kanskje utenfor toleransevinduet sitt og får dermed ikke alltid med seg informasjon eller klarer å holde fokus på konsentrasjonen. De får altså en hyperaktivering i det sympatiske nervesystemet som kan medføre blant annet uro, aggresjon og følelse av kaos. Det å få tydelig og informasjon over videokonsultasjon i eget hjem, holder kanskje flere seg innenfor sitt toleransevindu der flere klarer å holde oppmerksomheten og kan konsentrere seg bedre og lære (Anstorp, Nupen, & Willumsen, 2018).

Tannhelseddeltakerne

For å tilrettelegge best mulig for hvert enkelt barn, må tannhelsepersonellet stille godt forberedt og tilrettelegge videokonsultasjonen slik at de er mentalt til stede og kan fange opp verbale og nonverbale signaler barnet gir.

(..)» ja, det må jo uansett tilpasser hver enkelt, man må jo finne ut hva det er som er - eller hvor skoen trykker mest». (Tannhelsedeltaker 2)

Det er behandleren som har ansvaret for å holde oppmerksomheten og legge til rette for at samtalen tilrettelegges slik at de kommer i mål eller avslutter når de ser pasienten har fått nok og mister konsentrasjon. Dette kan kanskje være lettere over videokonsultasjon, da de sitter på hver sin ende av en skjerm uten andre forstyrrelser. Det vil da være visuelt synlig hvis barnet forsvinner vekk fra skjerm eller ser andre steder o.l. I lys av konsentrasjon og oppmerksomhet, trenger ikke en videokonsultasjon nødvendigvis like lang tid som et fysisk møte på tannklinikken.

4.2.5 Positive og negative aspekter ved videokonsultasjon

Jeg ba deltakerne nevne positive og negative aspekter ved videokonsultasjon. Her har jeg samlet noen utsagn i en matrise for å gi et overblikk av resultatet.

Matrise over positive og negative aspekter deltakerne formidlet om selve videokonsultasjon:

| Deltakere | Positivt ved videomøte | Negativt ved videomøte |
|-------------------|--|---|
| Pasientdeltaker 1 | Godt å vite hva som skal brukes på selve timen, å se instrumentene | Nevnte ikke noe negativt |
| Pasientdeltaker 2 | Trygt å sitte hjemme, lettere å følge med, fikk stille spørsmål, god til å forklare, var satt av nok tid, grundig instruksjon, henvendte seg til barnet, | Fikk innloggoppskrift på sms litt sent |
| Pasientdeltaker 3 | Snakket rolig og forklarte tydelig, gav god informasjon, fikk avstand fra det skumle, gradvis tilnærming, ble tryggere på tannhelsepersonell, | Syntes det var bedre å komme på tannklinikken, ikke noe negativt om selve videomøte |

| | | |
|---------------------|--|--|
| | mor fikk inntrykk av at det ble lettere å komme på tannklinikken | |
| Pasientdeltaker 4 | Syntes det var godt å sitte hjemme, trygt å sitte hjemme i sofa, forklarte og planla hva som skulle skje på klinikken, | Ingenting negativt å si |
| Tannhelsedeltaker 1 | Jeg sparte tid – pasienten trengte ikke ny gjennomgang, pasienten var forberedt på hva som skulle skje, de kunne se meg uten munnbind, en god måte å presentere seg på, ha fokus på pasienten uten for mye distraheringer på tannklinikken | Tekniske problemer kan føre til uforutsigbarhet |
| Tannhelsedeltaker 2 | Det er tryggende, en fin måte å forberede pasienten på det som skal skje, det er tidsbesparende | Ingenting negativt, alt det tekniske fungerte |
| Tannhelsedeltaker 3 | Det er enkelt, man sparer tid for man slipper å dekke/sprite kontoret, det er forberedende for pasienten og for tannhelsepersonell – da vet man mer om hva som vil bli krevende i behandlingen, kanskje terskelen bli lavere for å fortelle om engstelse | Syntes først det var litt kleint, men når man først sitter i det er det greit, teknisk trøbbel kan være et negativt aspekt og da er det ikke tidsbesparende, videokonsultasjoner er ikke for alle, |

Det var ingen som nevnte så mye negativt om videokonsultasjon med tannhelsetjenesten. En av deltakerne syntes det var bedre å komme på tannklinikken, men hadde ikke noe negativt å si om selve videokonsultasjon. Det ble nevnt at innloggingsoppskrift kom litt sent. Det tenker jeg har noe med rutiner av det tekniske rundt prosedyren. Det vil være viktig å etablere retningslinjer og rutiner for hvordan man inviterer og legger til rette i forkant- under og etter vil være avgjørende for at både tannhelsepersonell og pasienter skal kunne omfavne tilbudet og bruke videokonsultasjoner på en god måte i fremtiden.

4.3 Etter videokonsultasjonen

Etter videokonsultasjon møtte deltakerne i studien opp fysisk på tannklinikken. Her er erfaringene for hvordan det gikk på tannklinikken fordelt på temaene; påstartet relasjon, forutsigbarhet, gjennomføring av tannbehandling samt tanker etter videokonsultasjon.

4.3.1 Påstartet relasjon

Tannhelsepersonellet

Det å ha en relasjon i forkant av møte på tannklinikken, gjorde at det ble lettere å gjennomføre prosedyrer på tannklinikken.

(..) «og de husket meg igjen, de kom jo til meg, til samme behandler, til den personen de hadde møtt på videokonsultasjonen, så jeg synes at vi allerede hadde dannet en relasjon, så da de kom så, og jeg brukte jo kun det og de prosedyrene jeg hadde vist fram så de følte seg mye mer trygg og de var motivert til å gjennomføre behandlingen».
(Tannhersedeltaker 1)

(..) «foreldrene selv merket at barnet var mer medgjørlig i behandling».
(Tannhersedeltaker 1)

En god relasjon er et samarbeid som bygges over tid og som innebærer trygghet, troverdighet og tillit. (Myran, 2018, p. 37). Ved å ha samme behandler både på videokonsultasjon og på tannklinikken, gjorde at de visste hvem de skulle møte. De rakk å bli litt kjent med behandleren før de skulle utføre tannbehandlingen. Det var nok en slags trygghet i å vite hvem man skal møte. En av de foresatte påpekte at det var godt å se tegn til en god relasjon som allerede var påbegynt før timen på tannklinikken.

Pasientdeltakerne

Det at foresatte kunne se at de hadde en relasjon til hverandre når til kom på tannklinikken, betyr at det går an å bli litt kjent og skape ny relasjon også over videokonsultasjon. Hvis barna og tannhelsepersonellet på forhånd har blitt enig om mål

for fysisk time og hvordan de sammen skal løse oppgaven og utfordringene som eventuelt oppstår, har man dannet et godt grunnlag for en god terapeutisk relasjon.

*(..) «Jeg kom inn og så noe som allerede var påbegynt mellom dem – som var ja, bra».
(foresatt 4)*

4.3.2 Forutsigbarhet

Pasientdeltakerne

Barna visste mer hva de gikk til etter videokonsultasjonen, og de var dermed mer forberedt før møte på tannklinikken.

(..) «fordi hu sa alt hva hun skulle gjøre, så måtte jeg huske på det. Også tror det går fint, sånn, det går fint når jeg skal huske ting og så da hun sa det igjen så jeg ble helt sikker -også gjorde hun det og jeg var komfortabel med det» (Barn 4)

(..) «hadde allerede da påstartet en relasjon, så når vi kom (på tannklinikken) så var det den sammen personen som gjorde oppfølgingen, etter det videomøtet, og dere to hadde allerede, dere kunne snakke sammen om at dette har vi gått gjennom, og hun og du hadde allerede en relasjon som faktisk gjorde det slik at, ja, jeg kom inn og så noe som allerede var påbegynt mellom dem – som var ja, bra». (Foresatt 4)

(..) «Så muligheten ved video med at man får noen dager i etterkant av videomøtet til å snakke sammen og forberede det var bra». (Foresatt 1)

Ved å få grundig informasjon, gjorde dermed situasjonen og behandlingen også mer begripelig. Ved å få klar og tydelig informasjon, uten å bli distraheret av både lukt og mye tannhelseutstyr på klinikken, så ble kanskje informasjonen mer sammenhengende og ikke minst strukturert. Ved at tannhelsepersonellet forklarte alt som skulle skje, gjorde møte på tannklinikken mer forutsigbart og der med også mer håndterlig for pasienten. Flere nevnte også dette med å allerede ha påstartet en relasjon, og at de kjente behandleren som med bidragende suksessfaktor. Å skape en relasjon, kan virke betryggende samtidig som det blir forutsigbart for barnet. Det å møte den samme

behandleren, og vite hvem pasienten skal møte tenker jeg også gjør det mer forutsigbart og dermed tryggere.

Ved å gi informasjon og gjøre en avtale på videokonsultasjon i forkant av en time, setter en tydelig ramme for tannbehandlingssituasjonen som dermed kan gi mer opplevd trygghet. Engstelige barn har større behov enn andre for å føle seg trygg på tannhelsepersonellet og det å oppleve forutsigbarhet og kontroll (Bernson et al., 2011, p. 165).

Jeg: *«Gruet du deg litt mindre til å møte på tannklinikken etter videomøtet?»*

«Ja, jeg gjorde jo det (Barn 3)

Jeg: *Hvorfor gruet du deg mindre da?*

«Nei, fordi jeg fikk snakket med dere om det og da ble jeg litt bedre, kjente jeg liksom».
(Barn 3)

(..) «det var veldig greit å få snakket med den nye tannpleieren og bare få forklart hva vi skulle gjøre, at vi gjordet det hjemme i trygge rammer og at vi kan snakke om det hjemme. Så da vi kom dit så hadde vi snakket om hva hun skulle gjøre, og da var deltaker 1 veldig sånn at «det skal hun gjøre helt selv». sånn at det hadde trygget henne veldig. For hun synes ikke - det er ingen som synes det er artig å gå til tannlegen, så det var veldig greit å få det forklart slik at vi kun forberede oss hjemme. For jeg(mor) kan sitte hjemme å si at nei, det gjør ikke vondt, men jeg har jo egentlig ikke peiling på hva de(tannhelsepersonellet) skal gjøre. Så muligheten ved video med at man får noen dager i etterkant av videomøtet til å snakke sammen og forberede det var bra, ja»
(Foresatt 1)

Disse to utsnittene understreker at det ble forutsigbart å komme på tannklinikken etter videokonsultasjonen. Her spilte det relasjonelle en stor rolle. Svarene gir inntrykk av at å treffe og snakke med behandler, gjorde det lettere å gjennomføre behandlingen på tannklinikken. Det å få snakket og hilst på tannhelsepersonell som møter barna der de er og tilrettelegger skapte en slags tillit. Pasientdeltakerne visste mer hvem de skulle til, og hva de gikk til. Den ene deltakeren understrekte at det var viktig at det var den samme personen. En annen syntes kombinasjonen av å treffe samme person og det å ha gjennomgang av hva som skulle skje, var en suksessfaktor. Konteksten handler om å gi barnet forutsigbarhet. Gjennom å vite hva som skal skje og hvem de skal møte på

tannklinikken, gjorde videokonsultasjonen situasjonen på tannklinikken mer begripelig. Pasientdeltakerne håndterte alle å gjennomføre tannbehandlingen etter videokonsultasjon. Videokonsultasjoner kan dermed skape trygge og forutsigbarhet i en vanskelig situasjon. I et helhetlig perspektiv så vil det å ha en relasjon til en behandler være viktig. Tillit og kjennskap til personen som skal behandle barnet virker å spille inn på gjennomføring av tannbehandling. Det følte godt å gjennomføre tannbehandling, noe som kan knyttes til mestringstro. Å ha mestringstro på at de selv klarer å gjennomføre, gjør kanskje situasjonen mer håndterbar og vil forhåpentligvis oppleves som meningsfullt for pasienten.

Tannhelsepersonellet

Tannhelsepersonellet opplevde at barna var engasjert og hadde mestringstro til å gjennomføre tannbehandling. Alle opplevde at barna som hadde hatt tilvenning over videokonsultasjon, gjennomførte tannbehandlingen ved neste besøk på tannklinikken.

For å kunne gjennomføre tannbehandling og mestre ulike tannbehandlingssituasjoner, tenker jeg at det er viktig at tannhelseteamet klarer å skape en kultur for åpenhet og refleksjon over eget arbeid og atferd. Men også personlig stil og grunnleggende verdier vil være viktig. Det å kommunisere med barn krever god kommunikasjon, både verbalt og nonverbal. Det vil være viktig å ivareta barnet med trygge rammer som vil gi større grad av forutsigbarhet (Agdal & Vika, 2018, p. 143). Tilvenning til ulike tannbehandlinger bør gjøres sammen med barnet. Gjennom dialog finner man en vei mot mestring på barnets premisser.

4.3.3 Gjennomføring av tannbehandling

Pasientdeltakerne

Alle pasientdeltakerne som hadde gjennomført videokonsultasjon gjennomførte tannbehandling uten flere tilvenningstimer. Alle deltakerne håndterte dermed tannbehandlingssituasjonen etter et slikt møte, noe som kan gi inntrykk av at videokonsultasjonen før tannbehandling hjalp de til å mestre tannbehandlingssituasjonen. En av deltakerne var så trygg at deltakeren klarte det uten støtte fra foresatte.

(..) «Så da vi kom dit (les: tannklinikken) så hadde vi snakket om hva h*n skulle gjøre, og da var deltakeren veldig sånn at det skal h*n gjøre helt selv. sånn at det hadde trygget deltageren veldig». (Foresatt 1)

(..) Jeg: «Hva skjedde nå du kom på tannklinikken?»
“da tok jeg bilde”. (Barn 3)

Ved at deltakerne ikke trengte flere tilvenningstimer, kan tyde på at videokonsultasjoner fungerte i disse tilfellene. i lys av tidsbruk, så kan videokonsultasjoner være besparende, både i form av tid avsatt på tilvenningstimer på tannklinikk, men også tidsbesparende for pasienten og foresatte. Ved videokonsultasjoner er det ikke behov for reisetid til og fra tannklinikken. i et samfunnsøkonomisk perspektiv, vil det gjøre at tannklinikken kanskje ikke trenger like mange fysiske tilvenningstimer og foresatte trenger ikke å ta mye fri fra jobb.

Tannhelsepersonell

Tannhelsepersonell sparer tid ved at de slipper å sprite av kontor før de skal ha neste pasient. Hvis vi ser på verdigrunnlaget i helsetjenesten i lys av nytte og ressurskriterier, så vil det i enkelte pasienttilfeller lønne seg å bruke videokonsultasjoner. Hvis det betyr at pasienten ikke trenger å møte på tannklinikken for tilvenning, vil en kort videokonsultasjon med informasjon, relasjonsbygging og forberedelse kanskje føre til færre tilvenningstimer og er tidsbesparende.

(..) «Man sparer jo også tid, jeg sa noe tidligere om tidsbesparing, man sparer jo også tid fordi man trenger jo ikke å vaske og sprite og alt det der». (Tannhersedeltaker 2)

(..)» når de kom å skulle ha behandlingen, så sparte jeg tid, fordi de trengte ikke en ny gjennomgang. Så de var allerede klar over hva som skulle gjøres, og jeg kunne se at de var mer forberedt. Så det funket som er en bra ting” (Tannhersedeltaker 1)

(..) «Vi hadde jo gjort noen forsøk på forhånd, som ikke gikk, men det gikk etter videokonsultasjon da». (Tannhersedeltaker 2)

Tannhelsepersonellet fikk gjennomført tannbehandling da pasientene kom på tannklinikken etter videokonsultasjon. De trengte ikke flere tilvenningstimer og de kunne se at barna var mer forberedt.

4.3.4 Tanker etter videokonsultasjon

Et tilbud om videokonsultasjon vil kanskje ikke være for alle. Hverken for tannhelsepersonell, foresatte eller pasient. Men det kan være en tjeneste og et verktøy som kan være et supplement til ordinær kommunikasjon, time på tannklinik og et steg på veien til mestring av tannbehandlingssituasjoner.

(..) *Jeg: «Vi kan jo ikke utføre all behandling over videokonsultasjon».*
«Nei, men dere kan berolige mange barn – og foreldre og!» (Foresatt 2)

En av de foresatte påpekte dette med at en videokonsultasjon kan berolige både foreldre og barn. Barn er nært knyttet til sine foresatte, og deres følelser og holdninger om tannbehandling vil i stor grad kunne påvirke barns mestringstillit og forventninger. Det at de erfarte å bli beroliget over videokonsultasjon, påpeker at dette digitale verktøyet også kan brukes direkte mot foresatte og ikke bare barnet. Av og til er det nødvendig å kunne snakke, informere og veilede foresatte slik at de kan være til hjelp og støtte barnet. I et samfunnsperspektiv med nytte og kostnad som bakteppe, kan samtalen godt gjøres via video. De slipper å ta seg til tannklinikken, eller ta seg fri fra jobb.

(..) *«Man trenger bare å øve seg litt prøve seg litt frem og finne sin måte å gjøre det på, og når man har gjort det så tror jeg at det kan være en god ressurs til for pasientene og til klinikker».* (Tannhelsedeltaker 3)

(..) *«Jeg er i alle fall veldig positiv til den tjenesten. At det oftere kan være et tilbud til de som kanskje ikke klarer å gjennomføre på ulike måter».* (Tannhelsedeltaker 3)

Tannhelsepersonellet var positiv til tjenesten og så på den som en ressurs for tannhelsetjenesten og for pasientene. Det er viktig å finne sin personlige stil til gjennomføring og lage en plan for fremgangsmåte som bør være valgfri. Det at tannhelsepersonellet ser at dette kan ha en verdi for brukerne kan representere nytenkning.

5 Drøftingsdel

Forebyggende og helsefremmende arbeid kan begrunnes ut fra et etisk og rasjonelt kostnad/nytte-perspektiv. Vi har en etisk plikt å forsøke å hindre at en skade rammer andre, og gjennom menneskerettighetene som norsk lov er forpliktet av, så har vi en rett til å oppnå så god helse som mulig (Mæland, 2016, p. 83). Helsen vår er, ifølge Aron Antonovsky nært knyttet til opplevelse av sammenheng i livet vårt, at hverdagen vår er begripelig, håndterbar og meningsfull. (Bakken, 2012).

Hvordan oppleves videokonsultasjoner mellom engstelige barn, deres foresatte og tannhelsetjenesten? I denne delen vil jeg drøfte mine funn opp mot opplevelse av sammenheng (OAS), mestringsstillit og teori rundt tannbehandlingsangst.

5.1 Begripelighet

Når det gjelder begripelighetskomponenten i OAS, så er det viktig at barna forstår hvordan engstelse for tannbehandling kan oppleves og utartes kroppslig og følelsesmessig. Gjennom en videokonsultasjon, kan man for eksempel ufarliggjøre og snakke om at det er ganske vanlig (12-20%) og at det er mange som opplever utfordringer knyttet til tannbehandling. Et barn som involverer i behandling, lærer mer enn passive barn. Det å lære gir god mestring og gode følelser (Agdal & Vika, 2018, p. 147). Å forstå angstens funksjon er viktig å få fram som et ledd i forståelsen og en del av jobben for å bli kvitt angsten. Ved å forklare at det deltakerne opplever av fysiologiske angstreaksjoner er helt normalt, vil føre til at de kan gjenkjenne reaksjonene og dermed lettere å si fra når de kommer.

Gjennom dialog med pasientene, snakke om engstelsen på en videokonsultasjon i forkant, slik at besøket på tannklinikken tilrettelegges på deres premisser. Her kommer relasjonsbygging inn. Det å møte barna med forståelse, empati og et ekte ønske om å etablere en god relasjon, vil barna oppleve støtte og aksept. Relasjon er således et viktig verktøy for å øke effekten av forståelse som igjen er viktig for å øke effekt av veiledning og det å lytte til råd. Det at barna oppnår forståelse kan sees i sammenheng med økt kontroll over situasjonen, noe som er viktig i det helsefremmende arbeidet. Hvis barna etablerer en god relasjon, kan det være lettere å legge en mestringsplan sammen med tannhelsepersonell. Samtidig kan barna i møte med tannhelsepersonell,

møte på utfordringer i relasjonsbygging, uansett om det er på tannklinikken eller over videokonsultasjon. Det vil alltid i mellommenneskelige situasjoner, være pasienter som mangler både evne, motivasjon og vilje til å dra nytte av relasjonen. Da kan det hende det er bakenforliggende årsaker som dårlige familierelasjoner eller vansker generelt med sosiale relasjoner (Myran, 2018, p. 41). I lys av salutogenese, hvor det er viktig å finne hvor på helsekontinuumet barnet befinner seg, tenker jeg kan komme til syne over videokonsultasjoner og gjennom etablering av en god relasjon og kommunikasjon.

Tannhelsepersonellet kan veilede og påvirke barnets forståelse ved tydelig og tilpasset kommunikasjon ut fra barnets alder og kognitive nivå. Ved å tilpasse språk og rette kommuniseringen direkte til barnet, vil mange kunne oppleve forståelse og dermed begripe situasjonen. En av kjernekomponentene i OAS, er begripelighet som nettopp forutsetter forståelse av informasjon. Det at tannhelsepersonellet ved flere anledninger forklarte fra A til Å hva som skulle skje, gjorde at deltakerne opplevde høy grad av begripelighet. De fikk grundig gjennomgang av hva som skulle skje, de fikk se instrumenter og hilse på tannhelsepersonellet. Ved høy grad av begripelighet så forventet de at påvirkning og stimuli er forutsigbare. Dette kom frem i analysen via temaet forutsigbarhet at videokonsultasjon var en fin måte å forberede seg på. Deltakerne fikk snakket om situasjonen og da de kom på tannklinikken så visste de akkurat hva som skulle skje. Mye av barns læring blir farget av hvordan barna blir behandlet av sine tilknytningspersoner og andre (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2019). En side av begripeligheten er hvordan tannhelsepersonellet klarer å forklare, vise og etablere en forståelse av hvorfor og hva som skal utføres. Men barna er også påvirket og formet av sine omsorgspersoner som har en sterk påvirkning for barnets utvikling. Har de omsorgspersoner som har gitt de støtte tidligere og hjulpet dem i vanskelige situasjoner tidligere, vil de kunne oppleve at tilstand og følelser kan reguleres gjennom støtte av andre og gjennom egne handlinger (Fredriksen et al., 2018, p. 125). Tilknytning regnes som en viktig risiko-/beskyttelsesfaktor for barns utvikling. Det betyr at hvis barn som ikke har opplevd støtte og blitt regulert eller fått tilpasset informasjon, vil ikke alle barn klare å etablere forståelse for situasjonen. Har et barn lav begripelighet og lav håndterbarhet, men opplever tannhelsesituasjonen som meningsfull, kan tannhelsepersonell sammen med foresatte lykkes jobbe med forståelse og det å håndtere situasjonen for eksempel ved å tilby videokonsultasjon. Pasienter med

en sterk opplevelse av sammenheng, har lavere nivå av tannbehandlingsangst (Oliveira et al., 2021).

Tannhelsepersonell er vant til å jobbe tett på mennesker, og intimgrensen er nok kortere enn hos andre da de jobber inni munnhulen til andre mennesker. Det å ha forståelse for at pasienter synes det kan være problematisk, vanskelig, utfordrende og ofte angstfylt ligger som et viktig bakgrunnstykke i hverdagen. Det å ha forståelse for at noen trenger noe annet enn det som tilbys på tannklinikken handler om å se hele mennesket. Det er ikke alltid nok tid eller rom nok for hverken pasienten eller tannhelsepersonellet. I tillegg handler det om forståelsen av fremtiden. Digitale tjenester og verktøy tannhelsetjenesten kan bruke for å skape en bedre tjeneste for brukerne, handler om å se muligheter og deretter definere behov for tjenesten.

5.2 Håndterbarhet

Aaron Antonovsky (2012) hevder at en sterk opplevelse av håndterbarhet er avhengig av begripelighet. Håndterbarhet handler om å få mulighet og evne til å påvirke situasjonen og omgivelsene sine. Deltakerne i studien fikk en mulighet til videokonsultasjon for å se om det kunne brukes som et nyttig verktøy i prosessen om å mestre tannbehandlingssituasjonen som var utfordrende. Alle barna i studien her hadde omsorgspersoner som en ressurs og som en støtte. De satt ved siden av barna under videokonsultasjonen og alle deltakerne møtte på tannklinikken med omsorgspersonene. Dette spiller også inn i hvordan pasientene håndterte både videokonsultasjon, men også det fysiske møte på tannklinikken etter. Barna er prisgitt foreldrenes følelser og holdninger knyttet til tannbehandling. Og ikke minst foresattes tro på at barnet skal klare å gjennomføre tannbehandlingen har betydning for at barnet selv tror at de håndterer situasjonen.

Det at deltakerne hadde høy begripelighet har sammenheng med at også tannbehandlingssituasjonen ble mer håndterbar. Deltakerne fikk en sammenhengende informasjon og fikk ryddet vekk kaotiske og uforståelige tanker. En av deltakerne var såpass trygg at deltakeren stilte spørsmål og tok eierskap over situasjonen og ville

gjennomføre uten støtte eller følge av foresatt. Her hadde deltakeren ressurser nok til å mestre tannbehandlingssituasjonen etter tilvenning over videokonsultasjon.

Tannbehandlingssituasjoner er ikke en hverdagslig situasjon for de fleste, og barn har ikke nok kunnskap om hva tannbehandling innebærer eller hvordan det skal gjennomføres. Det å få se tannklinikken gjennom video og få informasjon og instrumenter på avstand og sitte hjemme i trygge omgivelser, bidro både til at det ble mer håndterbart å holde konsentrasjon og det å få med seg informasjon rundt det som skulle skje på tannklinikken. Det knyttet til det faktum at alle deltakerne gjennomførte og dermed håndterte sin utfordrende tannbehandlingssituasjon.

Et barn med en sterk OAS som utsettes for en stressfaktor som en angstfylt tannbehandling situasjon, vil være bedre rustet til å finne mening og orden i aktuell situasjon. I videokonsultasjonene mottok deltakerne støtte fra foresatte, og de fikk anledning til å danne relasjon og kommunisere med tannhelsepersonellet. Det å bli tilbudt videokonsultasjon handler om å ta i bruk et støttende verktøy på veien til mestring. Det er en opplevelse som bidro til at de mestret den utfordrende tannbehandlingssituasjonen da de møtte på tannklinikken. Det er en livsopplevelse om forhåpentligvis styrket opplevelsen av kontroll og opplevde støtte fra tannhelsepersonell. Opplevd kontroll i tannbehandlingssituasjoner er en subjektiv følelse, så for at det skal kunne gjennomføres tannbehandling må elementer som trygg relasjon til tannhelsepersonellet og en opplevd følelse av kontroll være til stede (Willumsen, Hauge, et al., 2018, p. 168). Sosial støtte av både foresatte og av tannhelsepersonell er et viktig aspekt og har helsefremmende effekt. Det er kjent at sosial støtte kan virke sykdomsforebyggende ((Aaron Antonovsky, 2012, p. 139). Her kommer empowermentbegrepet inn, hvor tilgang på ressurser og støtte kan spille en rolle for å håndtere situasjonen.

Håndtering av tannbehandlingsangst krever blant annet både å forstå angstens funksjon, utforske katastrofetanker og lage en mestringsplan. Hvis en pasient har høy tannbehandlingsangst, vil det føles tryggere og kanskje lettere å snakke om det på avstand. Fysisk tilstedeværelse er ikke nødvendig for å kommunisere og utforme en mestringsplan, og videokonsultasjon er kanskje både tidsbesparende og ressursnyttig for begge parter.

For tannhelsepersonellet så er et viktig aspekt ved videokonsultasjoner det å håndtere usikkerheten rundt det tekniske. Som en av deltakerne sa, at vi er på god vei, men trenger å øve oss litt. Jo mer man praktiserer, jo tryggere og mer håndterbart vil videokonsultasjoner oppleves. Dette med usikkerhet rundt gjennomføring er også noe å trekke frem i drøftingen, og handler i stor grad om håndterbarhet. Det å håndtere en ny plattform og en ny form for pasientkontakt. Tannhersedeltakerne knyttet videokonsultasjon sammen med klinisk erfaring, og tok med seg metoder som relasjonsbygging, å vise frem personell og lokale og det å forklare og vise prosedyre og utstyr. Tannhersedeltakerne hadde ikke fått utlevert noen mal for hvordan en videokonsultasjon skulle gjennomføres. Her lå det til rette for retten til å bestemme innhold selv, at de var selv ansvarlig for å legge til rette for hver enkelt pasient. Dette er for de fleste uproblematisk, for det er også dette som gjøres på et fysisk møte på tannklinikken – tannhelsepersonellet må møte hver pasient på deres nivå og tilrettelegge. Men noen behandlere kan ha vansker med å vite hva de skal fylle en videokonsultasjon med og trenger kanskje en form for mal med veiledende tips for å håndtere en ny form for pasientkontakt. Det kan være en ide å utarbeide noe skriftlig materiale som tannhelsepersonell kan støtte seg på. Punkter med forslag til hva videokonsultasjoner kan brukes til og hva videokonsultasjonene kan inneholde for å synliggjøre potensiale når det oppstår hindringer for fysisk tilstedeværelse på tannklinikken.

Covid-19 pandemien viste oss hvor raskt rammebetingelsene i hverdagen kan endre seg. For å imøtekomme og håndtere slike endringer, må også tannhelsetjenesten omstille seg, tenke nytt og være villig til å bruke tilgjengelige ressursene og verktøy. Samtidig så er det en viktig forutsetning for innovasjon å se muligheter samt å bruke tid til å undersøke behovet. Når det gjelder videokonsultasjoner, så er kunnskapsgrunnlaget å kartlegge hvilke pasienter som kan ha nytte av et slikt tilbud. For at tannhelsetjenesten skal kunne tilby videokonsultasjoner til aktuelle pasientgrupper, må det i større skala lages en nærmere beskrivelse om hvordan en videokonsultasjon kan brukes og hva de potensielt kan inneholde. Da kan det bli enklere å ta i bruk, det vil synliggjøre mulige pasienter videokonsultasjoner kan være aktuelt for, og dermed mer håndterbart også for tannhelsepersonell.

5.3 Meningsfullhet

Antonovsky hevder at de tre komponentene i OAS er uløselig knyttet til hverandre. Generelle motstandsressurser er fenomener som skaper komplekser av opplevelser som former indre sammenhenger, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning. Gjentakelse av opplevelsene styrker opplevelsen av sammenheng (Aaron Antonovsky, 2012, p. 42). Meningsfullhet er motivasjonselementet i OAS, og understreker betydningen av å være involvert i opplevelser og avgjørelser rundt seg selv. Det handler om situasjoner som er viktige for barna og som «gir følelsesmessig mening» for dem. Pasientdeltakerne hadde ulike utfordringer knyttet til tannbehandling. Alle deltakerne gjennomførte behandling etter videokonsultasjon med tannklinikken. Hva er det så som gjør videokonsultasjon meningsfylt for barna? De opplevde at de syntes det var fint å vite hva de gikk til. Når man er engstelig for tannbehandling, og det oppstår en utfordrende situasjon på tannklinikken, gav det kanskje mening for de å gjøre et forsøk med videokonsultasjon. Det å få et alternativt tilbud til en normal time på tannklinikken, kan gjøre at de opplever det som meningsfullt og at det gir mening å prøve videokonsultasjon, som er noe annet. De opplevde å kunne stille spørsmål under videokonsultasjonen, noe som understreker at de opplevde at de hadde kontroll over situasjonen. Ved å oppleve at de har egne ressurser er en bidragende faktor til mestring av tannbehandlingssituasjonen. Aaron Antonovsky (2012, p. 41) snakker om de som opplever en sterk opplevelse av sammenheng, snakker om livssituasjoner som var viktige for dem. At det de ble involvert i, gav mening både følelsesmessig og kognitivt. Å oppleve mestring i en utfordrende tannbehandlingssituasjon, handler om at barna har funnet en mening med utfordringen og gjorde det beste de kunne for å komme seg gjennom på en anstendig måte. Personer som opplever kontroll, søker mer forklaring på hvorfor noe skjer, både ovenfor andres handlinger, men også for vekt på eget ansvar ved at de opplever at de er i stand til å handle på egenhånd (Kobasa, 1982). Da vil opplevelsen og erfaring av kontroll i situasjonen kunne oppleves meningsfull. Deltakernes fokus på forutsigbarhet, understreker også at de opplevde videokonsultasjoner som meningsfull da de visste mer hva som ventet på tannklinikken. Målet med en tannbehandling er blant annet å få friske tenner og lære å ivareta sin tann- og munnhelse. De følte kanskje at videokonsultasjonen var verdt å legge ned innsats og engasjement slik at de håndterte utfordringen sin.

Motivasjonskomponenten som ligger til grunn for opplevelse av mening, er en sentral del i opplevelsen av sammenheng. Høy begripelighet i kombinasjon med lav håndterbarhet vil skape en bevegelse og endring. Retningen på bevegelsen avgjøres av pasientens opplevelse av mening. Hvis personen forstår utfordringen og er engasjert, er man motivert for å finne de ressursene som skal til for å mestre tannbehandlingssituasjonen som er utfordrende. Er barna motivert for å bli mindre engstelige for tannbehandling, kan tannhelsepersonell jobbe for å gi pasienten gode tannlegeopplevelser som reduserer angsten. Pasienter som er engstelige for tannbehandling har et stort behov for forutsigbarhet, oppleve kontroll og oppleve trygghet til behandler (Bernson et al., 2011). Deltakerne opplevde videokonsultasjoner som positiv og nyttig og var dermed meningsfull for de før nytt møte på tannklinikken. Å danne relasjon mellom tannhelsepersonell og pasientene kan også oppleves meningsfullt da tillit og trygg relasjon til behandler betyr mye i tannbehandlingssammenheng. Ved å tilby både emosjonell og praktisk støtte samt stille spørsmål om hvordan tannhelsepersonellet kan hjelpe, bygger på kjerneelementene i relasjonsbygging: ekthet, ubetinget positiv aksept og empati (Myran, 2018, p. 40).

Det at tannhelsepersonellet klarer å informere og kommunisere med pasientene på så måte at de forstår sammenhengen mellom både angstreaksjoner kan være av betydning for opplevelse av meningsfullhet. Det å vite hvorfor kroppen reagerer som det gjør, kan gi pasientene evne til å strukturere oppfatningen man har av en stressfaktor, og akseptere at man er nødt til å håndtere den, som igjen vil kunne bidra til mestring. En forventning om at stressfaktorer er meningsfylte og begripelige, utgjør et motivasjonsmessig og kognitivt grunnlag for mestring samt kan hindre at spenning omdannes til stress (Aaron Antonovsky, 2012, p. 147).

Å kjenne på mestring på tannklinikken etter videokonsultasjon knytter jeg til kontroll over situasjon og over livet sitt, og knyttes dermed til helsefremmende arbeid. Frykt for tannbehandlingsangst og tannbehandlingssituasjoner bør behandles med eksponeringsterapi tilpasset hvert barn. Eksponeringsterapi har følelsen av opplevd kontroll i situasjoner som en av dens grunnpilarer (Agdal & Vika, 2018, p. 145). Videokonsultasjoner som tilvenning og trinnvis eksponering til tannbehandlingssituasjonene i denne studien viste seg å være effektivt slik at de

mestret sin utfordring. Det å gjennomføre sin utfordrende tannbehandlingssituasjon, må være meningsfylt for begge parter.

En videokonsultasjon vil også kunne brukes som en kommunikasjonsplattform i samtale med foresatte. Dette med tanke på å kaste lys over hvilke forventninger tannhelsepersonellet har, men også for å få et innblikk i hva de som foresatte tenker og forventer. Det vil kunne oppleves som meningsfylt om tannhelsepersonellet kan veilede foresatte i forkant av en tannbehandling slik at de kan være til best mulig støtte for barna sine. En trygg tilknytningsperson som også er trygg i tannhelsesituasjon, vil kunne være en viktig ressurs for både barnet sin mestring, men også som en støtte for tannhelsepersonell. Hvis det kan hjelpe for å få gjennomført tannbehandling, vil motivasjon og bruk av tid på videokonsultasjon være meningsfullt for tannhelsepersonellet nettopp fordi det kan hjelpe å berolige og veilede foresatte til å være en best mulig ressurs for sitt barn. Hvis man på et tidlig tidspunkt formidler en målrettet plan med fokus på livslang mestring av tannbehandling og tiden man vil spare på fremtidig tannbehandling, vil de fleste foresatte være interessert i å legge inn en innsats og sette av tiden som trengs (Agdal & Vika, 2018, p. 142). Da vil det kanskje oppleves meningsfullt for både foresatte og pasientene. I et samfunnsøkonomisk perspektiv, vil det å investere i bruk av tid til å etablere tillit og forutsigbarhet i tannbehandlingssituasjoner. Tillit er meningsfullt også fra et tannhelseperspektiv, vil det å sette av tid til ulike former for tilvenning til de barna som trenger det, være en investering for fremtidige besøk på tannklinikken. Barn som er engstelige for tannbehandling, har behov for mer forutsigbarhet før tilliten etableres (Agdal & Vika, 2018, p. 143). Slik kan videokonsultasjoner også oppleves som meningsfylt for tannhelsepersonell.

Tilvenning til tannbehandling vil alltid være en viktig faktor for å hindre negativ utvikling av tannbehandlingsangst. Men uansett hvilket verktøy eller metode som brukes i dette arbeidet, så vil pasientene sjelden bli helt kvitt sin angst, Forhåpentligvis vil de lære å tåle den, håndtere den og forstå den slik at engstelsen ikke styrer hele situasjonen (Willumsen, Hauge, et al., 2018, p. 176). Ved å gi et tilbud om videokonsultasjon til de engstelige pasientene for å kartlegge hva som er vanskelig sammen med pasientene og legge en plan, så vil kanskje videokonsultasjon være

meningsfull fordi den gjør tannbehandlingssituasjonen både mer begripelig og mer håndterbar for pasienten.

Å lære seg nye og gode teknikker for å kunne behandle engstelige pasienter har potensialet til å gi økt trygghet til pasientene, men også økt arbeidsglede for behandleren (Willumsen, Hauge, et al., 2018, p. 165). Pasienter som er redde for tannbehandling, kan være både utfordrende og skremmende for tannhelsepersonell. Å mestre ulike metoder for å hjelpe engstelige pasienter, vil gi tannbehandlere større trygghet i arbeidet med dem (Strøm, Rønneberg, Skaare, Espelid, & Willumsen, 2015). For å etablere trygghet og tillit, må også tannhelsepersonellet være trygge i situasjonen. Det å kjenne på mestring i krevende pasient-behandlersituasjoner, er noe som bidrar til å gjøre jobben mer meningsfull. Meningsfullkomponenten i OAS kommer til syne når mennesker får utvikle seg i jobben og det å føle at man klarer å henge med i det digitale samfunnet. Den utryggheten omkring teknisk og digital usikkerhet, vil kunne påvirke tannhelsepersonellet negativt. Samtidig er det viktig å påpeke at det ikke bare er ulike digitale verktøy som skal til i situasjoner med engstelige barn. Det å ha kjennskap til selve tannbehandlingsangsten og det å forstå barna og angstens funksjon samt vite hvordan tannbehandlingsangst kommer til syne. Hvis for eksempel en tannpleier kjenner igjen tegn til engstelse tidlig i prosessen, vil kanskje det være meningsfylt for noen å introdusere en videokonsultasjon før de skal fysisk til tannlege for en behandling for å danne relasjon og forutsigbarhet for pasienten. Det er meningsfylt å legge til rette for at pasientene skal få en god opplevelse og føle at de blir sett og ivaretatt.

Tannhersedeltakerne syntes bruk av videokonsultasjoner var både overraskende, interessant, lurt og at det var noe tannhelsetjenesten manglet i sitt tilbud til pasienter. Alle tannbehandlerne i studien uttrykte noen form for teknisk usikkerhet omkring videokonsultasjonen. Hvis de kjenner på teknisk usikkerhet eller opplever teknisk svikt, vil videokonsultasjoner da føles meningsfulle for tannhelsepersonell eller som bortkastet tid? Ut fra et salutogent perspektiv, vil det å styrke den digitale kompetansen til tannhelsepersonell, kunne gjøre dem tryggere i møte med morgendagens digitale utfordringer. Ved å ha opplæring i bruk av teknisk utstyr og videokonsultasjonsopplæring, vil de håndtere videokonsultasjonene og de tekniske usikkerhetene. Samtidig må vi være klar over at videokonsultasjoner ikke er for alle,

hverken for alle pasienter eller for tannhelsepersonell. Personlige egenskaper og ressurser vil også ligge som et bakgrunnsteppe. Det bør dermed være opp til hver enkelt å skulle bestemme om dette er et verktøy som de ønsker å benytte seg av. Autonomi og medbestemmelse er verdier som bør ligge til grunn. All form for helsehjelp skal være frivillig og i hensyn til pasientens beste (Torper et al., 2018, p. 55). Hvis det er viktig for tannhelsetjenesten å satse på en innovativ og digital tannhelsetjeneste, må man involvere tannhelsepersonellet i prosesser slik at de opplever å være en del av prosessen som former og fornyer tjenesten. Hvis man er involvert i digitalt organisasjonsarbeid og arbeidet gir mening for den enkelte, at det er verdt å satse på, kan man finne motivasjon til å legge inn en ekstra innsats i hverdagen. Det at pasientene gjennomførte tannbehandlingssituasjonen, erfarte tannhelsepersonellet at det var et nyttig verktøy som bidro til høy gjennomføringsgrad. Da kan det føles motiverende å bruke verktøyet i flere pasientmøter. Hvis tannhelsepersonell ikke hadde erfart at videokonsultasjoner bidro positivt til høy gjennomføringsgrad, ville kanskje videokonsultasjoner ikke følt meningsfylt. På en annen side, så er det pasientens erfaring og brukeropplevelse som er det viktigste. Hvis pasientene opplever videokonsultasjoner meningsfullt, at det bidrar til en tryggere, mer forutsigbar og tannbehandlingssituasjonen mer forståelig, så bør det også være meningsfylt for tannhelsepersonell. I alle fall om relasjon, omsorg og empati ligger til grunn for den ekte kontakten og det at man som helsepersonell klarer å se hele pasienten. Det er som Fugelli og Ingstad (2001) sier at helse er et holistisk fenomen; man skal se helhetlig på helse.

Et mål i helsefremmende arbeid er å redusere sosiale helseforskjeller og gi alle en mulighet til god helse. I mine øyne er videokonsultasjoner et helsefremmende verktøy som kan gi muligheten til de som synes det er utfordrende å møte på tannklinikken, en ny kommunikasjonsplattform å møte tannhelsetjenesten på. For en engasjert pasient eller tannhelsepersonell som bryr seg, ligger veien åpen for forståelse og ressurser. Hvis de ikke opplever å ha ressurser til rådighet, vil det kunne svekke opplevelse av mening og vilje til å mestre ulike situasjoner. God mestring henger dermed sammen av opplevelse av sammenheng samlet sett (Aaron Antonovsky, 2012, p. 44)

5.4 Begrensninger

Det er en relativt liten gruppe som har gjennomført videokonsultasjoner med tannhelsetjenesten, så utvalget i denne studien er ikke så stort. Utvalget mitt var engstelige pasienter og et fåtall tannhelsepersonell som har gjennomført videokonsultasjon, så dette er kun deres erfaringer om opplevelsen med videokonsultasjon. De gir svar på hvordan de opplevde videokonsultasjon, og gir kunnskap om opplevd erfaring. Det trengs mer kunnskap på feltet for å undersøke om videokonsultasjoner virker positivt i tilvenning av tannbehandlingsangst. Det er ikke slik at videokonsultasjoner vil kunne overta og erstatte for fysisk oppmøte på tannklinikken, men det kan fungere som et supplement og et verktøy i en tilvenningsfase.

Det er også slik at barna ikke gav utdypende og reflekterende svar. Det var også derfor at foreldre var en del av denne studien slik at de kunne støtte barna i sine svar. Det trengs mer forskning om videokonsultasjoner kan være et effektivt supplement til ordinære tilvennings timer på tannklinikken. Det vil kunne være interessant å gjøre en oppfølgingsstudie når flere tannklinikker har tatt i bruk videokonsultasjoner. Det er også interessant å forske på hvilke andre digitale og tekniske tjenester brukerne av tannhelsetjenesten kunne tenke seg at tannhelsetjenesten bør tilby.

5.5 Fremtidig forskning

Erfaringen jeg sitter igjen med, er at det var vanskelig å intervju barn. Dette gjør at jeg kan tenke meg at en interessant forsknings-ide for å videre utforske mitt tema, er å se om det er noen andre metoder og måter for å få barn til å fortelle og sette ord på sine erfaringer med videokonsultasjoner enn intervju. Etter denne kvalitative undersøkelsen, ville det også vært interessant å se på både fra tannhelsepersonell og dens brukere hvilke andre digitale hjelpemidler som de kunne tenkt seg for å redusere tannbehandlingsangst. I dagens digitale verden er det et hav av muligheter, og bare vårt kreative tankesett setter begrensninger på hva tannhelsetjenesten kan tilby av digitale hjelpemidler i fremtiden.

6 Konklusjon

Tannhelsetjenesten digitaliseres og det krever både omstilling, nytenkning og spirende innovasjonsprosjekter for å etablere og videreutvikle en brukerorientert tjeneste. Alle barn og ungdommer er ulike med tanke på bakgrunn, temperament, alder og modenhet og alt dette påvirker barnet i møtet med tannhelsetjenesten (Fredriksen et al., 2018, p. 121). Tannhelsetjenesten skal møte og ivareta alle barn og deres utfordringer. Som en del av samfunnsoppdraget, er det tannhelsepersonellets oppgave å tilpasse seg barnets nivå og gi dem en opplevelse av kontroll og mestring, og trygge de slik at vi får utført planlagt og nødvendig tannbehandling (Fredriksen et al., 2018, p. 139).

Videokonsultasjonene i studien hadde positiv effekt på deltakerne og økte gjennomføringsgrad av tannbehandling. De håndterte tannbehandlingssituasjonene og beskrev at tannhelsepersonell forklarte slik at det ble begripelig for barna. Å mestre tidligere vanskelige tannbehandlingssituasjoner, samt kjenne at de håndterer, vil jeg hevde at oppleves som meningsfullt. Folkehelsearbeid trenger kunnskap om helseeffekter, men like viktig er kunnskap om hvordan tiltak fungerer i praksis og hvordan det oppleves av de det gjelder (Mæland, 2016, p. 23). Et mål i helsefremmende arbeid er å redusere sosiale helseforskjeller og gi alle en mulighet til god helse. I mine øyne er videokonsultasjoner et helsefremmende verktøy som kan gi muligheten til de som synes det er utfordrende å møte på tannklinikken, en ny kommunikasjonsplattform å møte tannhelsetjenesten på.

Digital teknologi endrer vår hverdag, hvordan vi kommuniserer, samhandler og arbeider med hverandre samt hvordan virksomheter utvikler nye tjenester som tilbys brukerne. Morgendagens tannhelsetjeneste må utfordres og oppfordres til økt digital kompetanse, slik at vi kan møte barna i settinger der de føler seg trygge, som hjemme i sofaen. Tannhelsetjenesten skal ifølge Tannhelsetjenesteloven (1983) drive med oppsøkende virksomhet og gjøre tannhelsetjenester tilgjengelig for alle som bor i fylket. Digitale løsninger er allerede en del av hverdagen, og vil kanskje i enda større grad være en del av fremtiden – og tannhelsetjenesten må, som alle andre, henge med når verden digitaliseres.

7 Litteraturliste

- Abrahamsson, K., Berggren, U., Hallberg, L., & Carlsson, S. G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand. J. Caring Sci.*, *16*(2), 188-196.
- Agdal, M. L., & Vika, M. E. (2018). Barn som vegrer seg hos tannlegen. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (pp. 141-152). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Anstorp, T., Nupen, Å., & Willumsen, T. (2018). Traumesensitiv tannbehandling. hva trengs? In *Odontologisk psykologi* (1 ed., pp. 227-248). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakken, B. (2012). Opplevelsen av sammenheng er nøkkelen til god helse. Retrieved from <https://www.idebanken.org/innsikt/intervju/opplevelsen-av-sammenheng-er-nokkelen-til-god-helse>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bernson, J. M., Elfström, M. L., & Hakeberg, M. (2013). Dental coping strategies, general anxiety, and depression among adult patients with dental anxiety but with different dental-attendance patterns. *Eur J Oral Sci*, *121*(3pt2), 270-276. doi:10.1111/eos.12039
- Bernson, J. M., Hallberg, L. R. M., Elfström, M. L., & Hakeberg, M. (2011). 'Making dental care possible – a mutual affair'. A grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. *European Journal of Oral Sciences*, *119*(5), 373-380. doi:10.1111/j.1600-0722.2011.00845.x
- Blomqvist, M., Ek, U., Fernell, E., Holmberg, K., Westerlund, J., & Dahllöf, G. (2013). Cognitive ability and dental fear and anxiety. *European Journal of Oral Sciences*, *121*(2), 117-120. doi:10.1111/eos.12028
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2019). *Barn og relasjonsbrudd : tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak : Bind 2 : Mikroseparasjoner* (1. utgave. ed. Vol. Bind 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Cowie, J., Calveley, E., Bowers, G., & Bowers, J. (2018). Evaluation of a Digital Consultation and Self-Care Advice Tool in Primary Care: A Multi-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*, *15*(5), 896. doi:10.3390/ijerph15050896
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4th ed. ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Dyrøy, E. (2015). Digitalisering av helsesektoren - Digital dialog mellom pasient og fastlege; samfunnskonsekvenser. *Praktisk økonomi & finans*(3), 212-216.
- Ekman, B., Thulesius, H., Wilkens, J., Lindgren, A., Cronberg, O., & Arvidsson, E. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. *Int J Med Inform*, *127*, 134-140. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.04.016
- Eli, I., Uziel, N., Blumensohn, R., & Baht, R. (2004). Modulation of dental anxiety - the role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *Br Dent J*, *196*(11), 689-694. doi:10.1038/sj.bdj.4811352

- Fredriksen, T. V., Rønneberg, A., & Johnsen, I. E. B. (2018). Barn på tannklinikken. Normalpsykologisk utvikling og utviklingsstøttende tannbehandling. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (pp. 121-140). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(30), 3600-3604.
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. (2020). *Samarbeid gir resultater : Brukerrollen i forskning* Retrieved from <https://www.ffe.no/globalassets/rapporter/brukerrollen.i-forskning.orginal.lav.200x250.pdf>
- Galåen, T. E. E., & Edblad, E. (2010). Forebygging i ung alder hjelper ; odontofobi. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 120(12), 844-845.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion : planning & strategies* (3rd ed. ed.). Los Angeles, California: Sage.
- Hansen, B., Dahl, K. E., & Halvari, A. E. (2015). Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025. In: Norsk Tannpleierforening & Delta.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Harrison, C. J. (2018). Digital consultations-overcoming cultural resistance to change. *BMJ*, 362, k2824-k2824. doi:10.1136/bmj.k2824
- Helsedirektoratet. (2020, 19. april). Koronavirus - Beslutninger og anbefalinger. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og-tannhelsetjenesten/tannhelsetjenesten/tannhelsepersonell-bor-tilby-e-konsultasjon-eller-videokonsultasjon-ogsaa-i-det-forebyggende-arbeidet-under-covid-19-pandemien>
- helseundersøkelser, F. o. b. (2018). *Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser*. (FOR-2018-04-27-645). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-04-27-645?q=forskrift%20om%20befolkningsbaserte>
- Ignatowicz, A., Slowther, A.-M., Elder, P., Bryce, C., Hamilton, K., Huxley, C., . . . Griffiths, F. (2018). Ethical implications of digital communication for the patient-clinician relationship: analysis of interviews with clinicians and young adults with long term conditions (the LYNC study). *BMC Med Ethics*, 19(1), 11-19. doi:10.1186/s12910-018-0250-0
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. ed.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johnsen, J.-A. K., Willumsen, T., & Bergdahl, J. (2018). Grunnleggende psykologi. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (pp. 13-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., & Nordli, T. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of personality and social psychology*, 42, 707-717.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Mason, J., & Mason, J. (2018). *Qualitative researching* (Third edition. ed.). Los Angeles, California: SAGE.
- Meld.St. 25. (2018-2019). *Framtidas forbrukar - grønn, smart og digital*.

- Meld.St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - Nærhet og helhet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no>
- Meld.St. 30. (2019-2020). *En innovativ offentlig sektor: Kultur, ledelse og kompetanse*. Retrieved from
- Myran, L. (2018). Relasjonsbygging og Egenomsorg. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk Psykologi* (1 ed., pp. 37-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. doi:10.1093/heapro/13.4.349
- O'Cathail, M., Ananth Sivanandan, M., Diver, C., Patel, P., & Christian, J. (2020). The use of patient-facing teleconsultations in the national health service: Scoping review. *JMIR Med Inform*, 8(3), e15380-e15380. doi:10.2196/15380
- Oliveira, T. N., dos Santos, I. B. F., Souza, G. L. N., Alvarenga, R. N., Paiva, S. M., Hidalgo-Martinez, P., . . . Abreu, L. G. (2021). Sense of coherence and dental fear/dental anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Special care in dentistry*. doi:10.1111/scd.12663
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. nr 38).
- Ovretveit, J., Wu, A., Street, R., Thimbleby, H., Thilo, F., & Hannawa, A. (2017). Using and choosing digital health technologies: a communications science perspective. *J Health Organ Manag*, 31(1), 28-37. doi:10.1108/JHOM-07-2016-0128
- Patel, T., & Wong, J. (2020). The role of real-time interactive video consultations in dental practice during the recovery and restoration phase of the COVID-19 outbreak. *Br Dent J*, 229(3), 196-200. doi:10.1038/s41415-020-1918-7
- Pohjola, V., Mattila, A. K., Joukamaa, M., & Lahti, S. (2011). Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *European Journal of Oral Sciences*, 119(1), 55. doi:10.1111/j.1600-0722.2010.00795.x
- Randall, C. L., Shaffer, J. R., McNeil, D. W., Crout, R. J., Weyant, R. J., & Marazita, M. L. (2017). Toward a genetic understanding of dental fear: evidence of heritability. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 45(1), 66-73. doi:10.1111/cdoe.12261
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4th ed. ed.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse - om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stang, I. (2006). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. In M. B. Mittelmark & H. A. Hauge (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog* (2 ed., pp. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Strøm, K., Rønneberg, A., Skaare, A. B., Espelid, I., & Willumsen, T. (2015). Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent*, 16(4), 349-355. doi:10.1007/s40368-014-0169-1
- Strøm, K., Willumsen, T., & Rønneberg, A. (2019). Trenger tannleger utdanning i odontologisk psykologi? *Aktuel Nordisk Odontologi*, 44(01), 34-46. doi:10.18261/issn.2058-7538-2019-01-04

- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Lov om tannhelsetjenesten, 1983-06-03-54 C.F.R. (1983).
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F., & Atherton, H. (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: A systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020. doi:10.3399/bjgpopen20X101020
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Tjora, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3 ed.): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torper, J., Strøm, K., Høyvik, A. C., & Willumsen, T. (2018). Pasientkommunikasjon. In T. Willumsen, K. Myhr, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (pp. 53-72): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Trace, S. L., Collinson, A., Searle, A. J., & Lithander, F. E. (2020). Using videoconsultations to deliver dietary advice to children with chronic kidney disease: a qualitative study of parent and child perspectives. *J Hum Nutr Diet*, 33(6), 881-889. doi:10.1111/jhn.12750
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på emoiwerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? In S. Tveiten & K. Boge (Eds.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - Nye perspektiver* (Vol. 1, pp. 13-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Utenriksdepartementet. (2019-2020). *Digital transformasjons og utviklingspolitikken*. (Meld. St. Nr 11).
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 65-66.
- Wang, N. J., & Schiøth, J. T. (2000). Ikke møtt til avtalt time - et problem? Ressursbruk i offentlig tannhelsetjeneste. *Tannlegetidende*, 110(17), 874-877. Retrieved from https://www.tannlegetidende.no/i/2000/17/chap03_0017idm2768
- Weare, K. (2002). The contribution of education to health promotion. In R. Bunton & G. Macdonald (Eds.), *Health promotion: Disciplines, diversity and development* (pp. 102-125). New York: Routledge.
- WHO. (1986). Ottawa-charteret. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wicks, P., Stamford, J., Grootenhuis, M. A., Haverman, L., & Ahmed, S. (2014). Innovations in e-health. *Qual Life Res*, 23(1), 195-203. doi:10.1007/s11136-013-0458-x
- Willumsen, T., Agdal, M. L., & Vika, M. E. (2018). Frykt og angst for tannbehandling. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (Vol. 1, pp. 101-114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willumsen, T., Hauge, M. S., & Storå, B. (2018). Tannbehandlingsangst - tilvenning og tannbehandling. In T. Willumsen, L. Myran, & J. P. Å. Lein (Eds.), *Odontologisk psykologi* (Vol. 1, pp. 165-178). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organisation. (1986). The Ottawa charter for health promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

