



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

**4TABA10**

Kamilla Amelia Syrtveit og Tonje Bakken

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

## Motivasjon til endring

## Motivation to change

11 500 ord

Bachelor i tannpleie, 6 semester. Kull 2

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

VI SKAL IKKE GØRE NOGET FOR PATIENTEN.  
VI SKAL GØRE NOGET SAMMEN MED PATIENTEN.

- Halfdan Mahler

# Sammendrag

Formålet med oppgaven var å fordype seg i hvordan vi som tannpleiere kan bidra til å forebygge periodontale sykdommer. Motivasjon er drivkraften til endring og har derfor en sentral del i oppgaven vår. På grunnlag av dette valgte vi tittelen: Motivasjon til endring. Oppgaven er en litteraturstudie og bygger på eksisterende kunnskap. Vi tar for oss MI-metoden og SDT-teorien i tillegg til annen kunnskap for å besvare problemstillingen. Vi har satt oss inn i hvordan vi kan benytte disse i praksis. Funnene viser at bruk av MI og SDT kan øke motivasjonen og brukes på alle typer pasienter, både de som er motiverte og de som er lite motiverte. Funnene tyder også på at MI og SDT kan utfylle hverandre.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	6
1.4 AVGRENSING AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	7
1.5 PRESENTASJON AV EGET FAGLIG STÅSTED.....	7
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON.....	7
<b>2 METODE</b> .....	<b>9</b>
2.1 LITTERATURSØK.....	9
2.2 <i>Presentasjon av artikler</i> .....	10
2.3 KILDEKRITIKK .....	12
<b>3 TEORI</b> .....	<b>13</b>
3.1 PERIODONTALE SYKDOMMER .....	13
3.2 HELSEFREMMENDE OG SYKDOMSFØREBYGGENDE ARBEID .....	13
3.2.1 <i>Pasientveiledning</i> .....	14
3.3 MOTIVASJON .....	16
3.3.1 <i>MI</i> .....	17
3.3.2 <i>SDT</i> .....	20
<b>4 DRØFTING</b> .....	<b>23</b>
4.1 PERIODONTALE SYKDOMMER .....	23
4.2 FOLKEHELSE.....	23
4.3 MI.....	24
4.4 SDT .....	27
4.5 MI OG SDT .....	31
<b>5 KONKLUSJON</b> .....	<b>34</b>
<b>6 KILDER</b> .....	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 1. PICO-SKJEMA</b> .....	<b>40</b>
<b>VEDLEGG 2. SØKEHISTORIKK</b> .....	<b>41</b>

# 1 Innledning

I bacheloroppgaven vår har vi valgt å skrive om hvordan tannpleier kan bidra til å forebygge periodontale sykdommer. Vi vil svare på problemstillingen med fokus på hvordan vi kan motivere pasienten i den hensikt å forebygge periodontale sykdommer hos voksne. Vi vil støtte oss til MI-metoden og SDT-teorien for å bidra til at pasienten blir motivert. Vi velger det helsefremmende og forebyggende perspektivet. I teorien beskriver vi kort om periodontale sykdommer og motivasjon i tillegg til å beskrive MI-metoden og SDT-teorien. Hensikten med å skrive om disse emnene er for at vi selv og andre tannpleiere, tannpleierstudenter og kollegaer skal få bedre innsikt i og mer kunnskap om hvordan vi kan bidra til at pasienter som er utsatt for sykdommen, kan bli mer motivert og til å forebygge sykdom gjennom egen innsats. Under drøftingskapitlet vil vi drøfte den nye kunnskapen vi har tilegnet oss i tillegg til teorien som vi har støttet oss til og gjennom de forskningsartiklene vi har valgt.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da vi skulle velge tema for bacheloroppgaven, var valget lett. Vi har begge gjennom de siste årene blitt interessert i periodontale sykdommer. Dette vekket vår interesse fordi forskning viser stor forekomst av dette i befolkningen. Så mye som 50% av voksne i den vestlige industrialiserte verden er rammet og så mange som 5-10% mister alt fra en til flere tenner som følge av dette (Viken, Søyland, Holvik & Preus, 2013). Vi mener det er behov for mer kunnskap og større bevisstgjøring om emnet. Vi har fått inntrykk av at periodontale sykdommer er mindre kjent enn karies og vi føler det er større fokus på å forebygge og opplyse befolkningen om karies enn periodontale sykdommer. Vi har begge ulike erfaringer og opplevelser fra praksisperiodene gjennom studietiden, men vårt inntrykk er at det er behov for mer kunnskap om emnet.

Som fremtidige tannpleiere ønsker vi at det skal bli mer kunnskap om periodontale sykdommer i den allmenne populasjonen. Vi ønsker å være en positiv faktor som bidrar til en forbedring i kunnskapsnivået til den voksne befolkningen. Så med denne oppgaven ønsker vi å fordype oss i hvordan vi på best mulig måte kan bidra til å forebygge og hvordan vi kan motivere våre pasienter til å bedre sin munnhygiene. Dette vil vi gjøre ved å tilegne oss metoder for hvordan vi som tannpleiere kan opplyse og motivere pasienten på best mulig

måte. Ut i fra de mål vi har som tannpleiere ønsker vi at pasientene skal bli motivert til å forebygge og fremme sin egen tannhelse.

Tannpleieren skal primært arbeide med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid for å forhindre sykdom i tenner og munnhule hos befolkningen. Dette innebærer å spre opplysning og øke folks egne interesse for hvordan de selv kan fremme sin tannhelsen. En tannpleier har et forebyggende fokus i møte med pasienten og har kompetanse til å avgjøre hvilke pasienter som behøver henvisning for videre behandling hos tannlege. Pasienten har krav på informasjon som gjelder sin helsetilstand og skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal tilpasses hver enkelt ut i fra de forutsetningene de har til å gi og motta informasjon. Pasienten har rett til å medvirke ved behandling i tannhelsetjenesten ved å ta del i de valg som må tas i en behandlingssituasjon (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tannhelsetjenesteloven, 1983).

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Problemstillingen vi er kommet frem til:

**”På hvilken måte kan tannpleier bidra til å forebygge periodontale sykdommer?”**

## **1.3 Begrepsavklaring**

I oppgaven vil vi ta utgangspunkt i at pasientene våre er selvstendige autonome mennesker og bør anses som autoriteter på sin egen tannhelse. Vi omtaler pasienten som ”han”, dette gjør vi for å få mer flyt i teksten. Vi konsentrere oss om voksne i denne oppgaven. Vi karakteriserer voksne fra 18-50 år. Dette gjør vi fordi studiene vi har valgt tar utgangspunkt i individer i den aldersgruppen. Ved å uttrykke empowerment som betyr å styrke, gi makt eller kraft til personer som befinner seg i en litt vanskelig situasjon tar vi utgangspunkt i at vi møter mennesker med respekt. Vi tar pasienten på alvor og lar pasienten beholde makt og kontroll over sin egen situasjon. Begrepet tar utgangspunkt i verdier som: autonomi, likeverd og vi tar hensyn til hva som er til det beste for pasienten. Dette blir respektert ved å involvere pasienter i beslutninger og ved at vi tar utgangspunkt i at mennesker er autoriteter. Autonomi betyr selvstyre og selvbestemmelse. Ser vi på pasienten som autonom, altså med rett til å ta egne beslutninger, må vi gi han frihet til å ta avgjørelser som gjelder han selv (Askheim, 2007; Eide & Eide, 2007). Tannpleieren skal ikke ta avgjørelser som omhandler pasienten. Det betyr at vi

ikke skal handle paternalistisk. En paternalist er en person som tar beslutninger som ikke angår en selv. En som tvinger, eller opptrer som en bedreviter kan sies å handle paternalistisk (Birkler, 2003). Ordet empiri benyttes vi når vi beskriver våre oppfatninger og erfaringene vi har gjort oss gjennom studiet (Store Norske Leksikon, s.a.). I oppgaven har vi valgt å bruke forkortelsen MI. MI står for Motivational interviewing. Vi har også valgt å bruke forkortelsen SDT som står for Self-determination theory. Ordet tannhelse beskriver hele munnhulens tilstand, ikke bare tennene.

#### **1.4 Avgrensning av tema og problemstilling**

I bacheloroppgaven vår har vi valgt å skrive om hvordan vi kan bidra til økt motivasjon for å få til endring som igjen kan bidra til å forebygge periodontale sykdommer. For å kunne svare på problemstillingen, har vi valgt å fokusere på pasientveiledning og motivasjon med støtte fra MI-metoden og SDT-teorien. Vi tar ikke for oss klinisk undersøkelse og behandling som utføres på tannklinikken, eller tiltakene som pasienten kan utføre hjemme. Dette er viktige elementer i selve behandlingen, men vi har bevisst valgt og ikke inkludere dette fordi det ikke vil gi svar på vår problemstilling.

#### **1.5 Presentasjon av eget faglig ståsted.**

Under bachelorstudiet i tannpleie, har vi lært å ha fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, for å medvirke til forbedringer i den orale helsen og for at gode vaner skal opprettholdes. Fordi vi skal jobbe forebyggende og helsefremmende har vi valgt å fokusere på forebyggende tiltak, bevisstgjøring og hvordan vi på best mulig måte kan motivere pasientene våre slik at de blir i stand til å ta vare på sin egen tannhelse. Temaet i oppgaven er veldig aktuell og tannpleierens rolle er sentral i denne sammenhengen. Som fremtidige tannpleiere er vi i en posisjon til å bidra til økt kunnskap om periodontale sykdommer i befolkningen, et tema som mange har bruk for og som vi begge brenner for.

#### **1.6 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven vår er delt inn i 5 hoveddeler, med undertitler. Hoveddelen består av: innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I del 1.0 innledningen tar vi for oss valg av tema og problemstilling. Vi vil beskrive avgrensingen i oppgaven og de valgene som vi har foretatt. Til

slutt presenterer vi vårt eget ståsted. Del 2.0 i metodedelen vil vi presentere litteraturen vi har valgt å bruke og hvordan litteratursøket er gjennomført. Vi vil presentere de valgte artiklene før vi kommer inn på kildekritikken. Del 3.0 teoridelen, tar vi for oss all kunnskapen vi har tilegnet oss for å få et godt nok grunnlag til å kunne svare på problemstillingen. Her tar vi for oss; kort om periodontale sykdommer, litt om forekomsten i befolkningen, tannpleierens rolle, helsefremmende og forebyggende arbeid i et tannhelseperspektiv, pasientveiledning, motivasjon, MI og SDT. I del 4.0 drøfting, har vi brukt kunnskapen vi har tilegnet oss for å drøfte problemstillingen. Der har vi valgt å dele inn i emnene: Periodontale sykdommer, Folkehelse, MI, SDT og MI og SDT sammen. I del 5.0 som er konklusjonen runder vi av det hele med å gi et svar på problemstillingen.

Vi har hele veien fulgt høgskolens retningslinjer for bacheloroppgaver i tillegg til APA-standardene på referansene.



## 2 Metode

Bacheloroppgaven i tannpleie er en litteraturstudie og dette innebærer at vi må søke etter litteratur som er aktuelt for det temaet og de emnene vi har valgt. Ettersom det er en litteraturstudie vil vi bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Vi vil også bruke kilder fra pensumlitteraturlisten (bøker og fagartikler), erfaringer fra praksis(empiri). Vi har søkt systematisk etter forskningsartikler som er aktuelle for å kunne svare på problemstillingen. Vi har brukt litteratur (forskning og bøker) som gir oss økt kunnskap og som bidrar til å gi en god besvarelse. I metodekapittelet vil vi beskrive hvordan vi har gått frem i søkeprosessen med å finne forskningsartikler. Vi vil også beskrive de 4 forskningsartiklene vi har valgt, hvordan og hvor vi fant dem samt hvilke søkemotorer vi har benytte oss av. Til slutt tar vi for oss kildekritikk der vi tar for oss de kildene vi har valgt og vurdere disse kritisk.

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap” (Dalland, 2012).

### 2.1 Litteratursøk

For å finne relevante fag- og forskningsartikler har vi brukt mye tid på å søke i de ulike søkemotorene og nettsidene som er aktuelle for oss. Ved å bruke sikre godkjente kilder kan vi være tryggere på at kunnskapen vi finner er relevant. Søkemotorer vi har vært innom er: BIBSYS(skolens søkemotor), CINAHL, SveMed+, PubMed, Idunn, Tannlegetidende, Google Scholar, SSB, IJDH: International Journal of Dental Hygiene, tannhygenisten, folkehelseinstituttet, helsedirektoratet, helsenorge og andre databaser vi kan finne på HiHm sin nettside. For å ikke få utallige resultater da vi søkte, brukte vi god tid på å finne de ”riktige” søkeordene som snevret søket til færrest mulig treff. Ordene vi har gått ut fra i søkeprosessen er hovedtemaene i oppgaven vår som voksne, periodontitt, forekomst, befolkning, periodontale-sykdommer, motivasjon, motivasjonsteknikker, self-determination theory og motivational intreview. Disse satt vi inn i et skjema og oversatt dem til svensk, engelsk og dansk. Ved bruk av MeSH-termer fant vi nye ord, med samme betydning, som førte til at vi fikk andre resultater med samme tema. Hensikten var å fordype oss i de ulike emnene og vi ville forsikre oss om at vi var oppdatert på den nyeste forskningen.

## 2.2 Presentasjon av artikler

Etter mye søking i forskjellige databaser bestemte vi oss for å bruke MedLine og PubMed, fordi vi her fikk de mest relevante resultatene. I søkeprosessen valgte vi å søke på ordene: self-determination, motivational interview, dental hygienist og oral health. I MedLine fikk vi kun ett resultat etter å ha inkludert oral health. Vi opplevde at det var vanskelig å finne artikler ved å inkludere ordene dental hygienist og oral health, så vi valgte å utelate disse videre i søkeprosessen. Self-determination og motivational interview blir mye brukt i andre helserelevante sammenhenger og vi mener derfor at de er relevante for tannpleiere å bruke. Etter å ha lest artiklene ser vi at det er gitt eksempler fra tannklinikker som også inkluderte tannpleiere. De er også relevante med tanke på pasienter med periodontale sykdommer.

Ved å søke på self-determination theory og motivational interview på advanced search i Pubmed fikk vi 21 resultater. Treff nr 9 var artikkelen ”Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing.” Vi valgte denne fordi tittelen inkluderte alt vi så etter. Artikkelen er skrevet av Heather Patrick og Geoffrey C Williams. Heather Patrick har en doktorgrad i sosial psykologi og Geoffrey C Williams har doktorgrad i psykologi. Vi anser derfor denne artikkelen som en god kilde. Artikkelen tar for seg SDT og dens sammenheng med helseadferd og teoriens forbindelse med motiverende intervju. Tanken er at SDT kan tilby MI teoretisk støtte, og at MI kan tilby SDT spesifikke retningslinjer som gjør den enklere å bruke i praksis. Vi valgte denne artikkelen fordi vi ser mange likheter mellom SDT og MI, og denne artikkelen viser oss at vi kan dra fordeler ved å bruke dem sammen.

I PubMed søkte vi på advanced search, på denne måten kan vi presisere søket og få færre og mer relevante resultater. Vi fylte da inn motivational interview og self-determination theory i hver sin søkelinje. Vi fikk da 21 treff der nr 4 og 8 virket aktuelle, etter å ha sett nærmere på disse valgte vi nr 8, ”Motivational interviewing: moving from why to how with autonomy support.” Den er fra 2012 og er skrevet av Ken Resnicow og Fiona McMaster. Denne artikkelen gir en oversikt over hva MI er, dens opprinnelse, filosofiske retning og essensielle strategier med vekt på dens program for helsefremmende arbeid og forebygging av kronisk sykdom. Den sammenligner MI med SDT, setter dem opp mot hverandre, legger vekt på

likhetene og ulikhetene og tar for seg endringssamtalen. I artikkelens konklusjon kommer det frem at en sammenslåing av MI og SDT og i noen tilfeller bruke SDT teorien som grunnlag for MI som metode kan være til stor hjelp for behandlere.

I MedLine presiserte vi søkedatabasen til å søke i Embase og OvidMedline disse tok utgangspunkt i artikler fra 1996 og frem til i dag. Ved deretter å gå i advanced search og søke på self determined theory og oral health hver for seg og deretter slå dem sammen ved bruk av AND. Da fikk vi opp 1 resultat hvor tittelen og forfatterne fanget vår interesse med en gang, denne heter: "Self-Determined motivational predictors of increases in Dental Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A Randomized Clinical Trial." Artikkelen er fra 2012 og er skrevet av Anne E. Münster Halvari, Hallgeir Halvari, Gunnar Bjørnebekk og Edward L. Deci. Artikkelen er en randomisert klinisk studie som har testet hypotese a) Om en tannbehandling utformet for å fremme pasientens kompetanse om tannhelse på en slik måte at pasienten blir selvstendig, vil føre til økt kompetanse og motivasjon for egen tannhelse og dermed føre til en reduksjon av plakk og gingivitt i løpet av en periode på 5,5 måneder; og hypotese b) ved å bruke Self-determination theory uavhengig av pasientens utgangspunkt og motivasjon for sin tannhelse, ville føre til en økt autonom motivasjon og økt kompetanse som igjen ville bedre pasientens munnhygiene og føre til en reduksjon av plakk og gingivitt. Metoden som ble brukt: 141 pasienter ble fordelt i to grupper på en klinikk. Alderen på deltakerne var fra 18 til 32 år. Etter fem og en halv måned ble det foretatt målinger av motivasjonsutviklingen, plakk og gingivitt. Resultatet viste moderat økning i motivasjonsutviklingen, stor økning for autonom motivasjon og følelsen av økt kompetanse. Resultatet viste veldig stor økning av autonom støtte, samtidig som det var en stor reduksjon i plakk og gingivitt. Vi valgte denne artikkelen fordi resultatet av studien viser oss at ved å tilnærme oss pasienten på en SDT basert måte kan vi fremme tannhelsen, øke kompetansen som vil føre til en nedgang i forekomsten av plakk og gingivitt.

Vi ønsket å ha en god kilde på hvor stor forekomsten av periodontitt i befolkningen er. Det er gjort få studier på dette emnet i Norge. Vårt inntrykk er at forekomsten er stor og vi trengte forskning som kunne bekrefte dette. Vi gikk derfor inn på tannlegetidende.no og så på den nyeste forskningen de viser til der. Her lå det en artikkel som het "Vitamin D og periodontitt" og var skrevet av Viken, Søyland, Holvik & Preus (2013). Dette var den nyeste forskning vi fant på hvor stor forekomsten er. Artikkelens tema vil ikke hjelpe oss i drøftingen av

problemstillingen. Men siden Preus, som er professor i periodonti, var medforfatter, tolker vi dette som en god kilde på hvor stor forekomsten av periodontitt i befolkningen er.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi opplevde at det var vanskelig å finne eksakte tall på hvor stor forekomsten av periodontale sykdommer i befolkningen er. Etersom vi kun fant en artikkel som ga oss svar på dette kan vi ikke være sikre på at dette er riktige tall. Men ettersom artikkelen er skrevet av en Professor i periodonti mener vi dette er en god nok kildehenvisning i denne sammenhengen. For å støtte opp om SDT og MI kan gi positive resultater i forebyggende arbeidet søkte vi etter artikler og forskning som kunne bekrefte dette og som vi kan benytte i praksis. Deci og Ryan er grunnleggerne til SDT derfor har vi brukt dem som primærkilde. Vi viser også til Münster Halvari sin forskning som er av nyere dato. Hun er tannpleier med doktorgrad og studiene er utført på norske pasienter. Etter til sammen 12 uker i praksis på ulike tannklinikker i Hedmark fylke sitter vi igjen med mange erfaringer som vi trekker inn i vår besvarelse.

## **3 Teori**

### **3.1 Periodontale sykdommer**

Periodontale sykdommer betegner en rekke sykdommer som forekommer i munnhulen. Vi vil her gi en kort innføring i gingivitt og periodontitt. For å utvikle periodontitt må gingivitt være til stede, men gingivitt fører ikke automatisk til periodontitt. Gingivitt er en reversibel sykdom og gir derfor ikke varige skader på periodontiet. Diagnosen stilles ut i fra kliniske forandringer i gingiva. Friskt gingiva skal ha en blek rosa farge, stiplet overflate og fast konsistens. Dentalt plakk som får ligge på tannoverflaten og ned mot gingiva, kroneoverflaten og/eller implantater, vil etter noen dager føre til en inflammasjon i gingiva. Dette medfører en rødlig, blank overflate og gingiva vil bli ødematøs og blø ved sondering/tannrenhold. Tilstanden er vanligvis ikke smertefull, og vil reversere ved god munnhygiene (Hansen, 2004). Periodontitt vil hos noen individer føre til at tennenes feste, kollagenfibre og alveolarben går tapt. Det har da utviklet seg kronisk periodontitt, som betegner en inflammasjon i gingiva med festetap. Nedbrytning av festeapparatet vil føre til lommedannelser, festetap, furkasjonsinvolvement, tannvandring/mobilitet og gingivale retraksjoner (Breivik, 2003; Hansen, 2004). Periodontitt er en multifaktoriell sykdom, ytre risikofaktorer antas å være; oral hygiene, røyk, medikamentbruk og livsstilssykdommer (Viken, Søyland, Holvik & Preus, 2013). Sykdommen kan utvikle seg svært sakte og det er i mange tilfeller ingen eller svake kliniske symptomer. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å oppdage at de er rammet (Hansen, 2004, s. 20).

Fra januar 2013 ble det en endring i folketrygd-loven som medførte at det ytes stønad til undersøkelse og behandling av marginal periodontitt og periimplantitt hos tannpleier. Behandlingen som blir utført av tannpleier må være målrettet og målet er å oppnå kontroll over/på infeksjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

### **3.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid**

Mennesker oppfatter helse og livskvalitet ulikt, god helse for en person, er ikke nødvendigvis det for andre. Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom og fremme helse. Målet er at helsen skal være en positiv ressurs i hverdagen. Det er prinsipielle forskjeller mellom sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid, men vi kan ikke helt se bort i fra den

gamle ekspertstyrte sykdomsforebyggingen. For de store folkehelseproblemene klarer ikke befolkningen å ta seg av helt alene, der trengs det profesjonell kompetanse (Gammersvik & Larsen, 2012; Mæland, 2009).

Helsefremmende arbeid går aktivt ut på å opplyse befolkningen om hvordan de på best mulig måte kan legge til rette, slik at de oppnår bedre kontroll ved å fremme helsen som igjen påvirker livskvaliteten. Dette gjelder både for friske og syke individer.

Forebyggende tiltak på enkeltindivid- eller befolkningsnivå, går ut på å motvirke at sykdom eller skade oppstår. Da benyttes tiltak som er sykdom-, skade- og problemforebyggende, dette brukes igjen for å avdekke risikofaktorer (Gammersvik & Larsen, 2012; Statens Helsetilsyn, 1999).

Av forebyggende tiltak har vi tre ulike typer; primær-, sekundær- og tertiærforebygging.

Primærforebyggingen går ut på å utføre tiltak før et problem har oppstått. Altså å identifisere risikofaktoren som fører til problemet og innføre tiltak som forminsker eller fjerner årsaken.

Formålet med sekundærforebygging er å innføre tiltak som kan bidra til å unngå at det forekommer en videreutvikling av sykdommen eller eventuelle tilbakefall.

Tertiærforebygging benytter vi oss av i tilfeller der pasienten allerede har fått en diagnose. Da blir det snakk om tiltak som kan bidra til at funksjonsnivået vedlikeholdes og hindre at kroniske tilstander eller eksisterende problemer forverrer seg (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011; Statens helsetilsyn, 1999).

### **3.2.1 Pasientveiledning**

Å veilede betyr at vi må være på nivå med pasienten, det handler om en balansert og likeverdig dialog hvor målet er å hjelpe pasienten til å mestre sin tilstand og bli selvhjulpent (Vifladt & Hopen, 2004). En veileders oppgave er å være en ledsager på veien, en profesjonell samarbeidspartner som pasienten kan gå veien sammen med (Eide & Eide, 2007). Veiledning som benyttes i faglig virksomhet må bestå av faglig innhold. Vi må vite hva vi gjør, hvorfor vi gjør det og hvordan vi skal gjøre det. En veileder som ønsker å øke pasientens bevissthet ved å øke hans kompetanse må forsikre seg om at pasienten er villig til å motta veiledning (Tveiten, 2008). Bevisstgjøring blir i det Store Norske Leksikon definert som det å komme til erkjennelse av noe, oppnå større psykologisk innsikt (Store Norske Leksikon, s.a.). For at vi mennesker skal oppnå økt kunnskap, må vi være oppmerksomme og våkne. Bevisstheten vår

varierer ut fra ulike opplevelser, tanker og følelser. Fordi det stadig kommer ny forskning og kunnskap vil det alltid være et behov for å øke bevisstheten i befolkningen. Økt bevissthet vil gi stor samfunnsvitenskapelig nytte. I noen tilfeller kan mangel på en bestemt type kunnskap være skadelig over tid, som ved periodontale sykdommer (Håkonsen, 2009).

Et godt utgangspunkt i en veiledningssamtale er å stille seg åpen, vise nysgjerrighet og være utforskende. Det er viktig å ta hensyn til pasientens følelser, prioriteringer og valg. For å unngå at disse blir forsømt eller krenket må tannpleieren møte pasientene med respekt og empati. Dette er begrunnet i etiske verdier, likeverd, autonomi av hensyn til pasientens beste. Med et humanistisk menneskesyn er autonomi et sentralt begrep (Eide & Eide, 2007).

Om vi går 50 år tilbake i tid var helsesektoren autoritær. Der foregikk det en paternalistisk styrestil. Handlinger ble ofte gjort uten pasientens samtykke. I dag er dette endret, pasienten stiller i mange tilfeller spørsmål ved en behandling og ved helsearbeiderens anbefalinger. Pasienten viser til kunnskap funnet på internett, bøker og andre medier. En helsearbeider er i de senere år blitt en rådgiver fremfor en ekspert. Medisinsk behandling er ikke lenger påbudt, men et tilbud hvor pasienten er med på å vurdere hva som taler for og i mot. Pasientens krav om autonomi blir tilfredsstilt ved å gi pasienten rett til medbestemmelse. På denne måten tar pasientene valg ut fra egne behov og verdier. Dersom tannpleieren skal respektere og forplikte seg til pasientens valg og sikre medinnflytelse, er det avgjørende at pasienten har kunnskaper om konsekvenser og hvilke følger det kan medføre. Pasientens autonomi handler ikke bare om at pasienten tar valgene, men at han har forutsetninger for å kunne ta valg. Tannpleierens oppgave er derfor å veilede pasienten på en slik måte at han forstår og blir i stand til å ta de riktige valgene i samarbeid med behandler. Det er ikke bare et spørsmål om å respektere pasientens autonomi, men også gi pasienten autonomi (Birkler, 2003; Tveiten, 2008).

Empati er evnen til å kunne leve seg inn i pasientens situasjon og uttrykke forståelse for hans følelser og reaksjoner. Dette uten å miste evnen til å vurdere situasjonen ut fra et profesjonelt perspektiv. Som fagperson må vi distansere oss fra pasienten slik at vi kan svare på problemene hans med et profesjonelt overblikk. Uttrykket empati kan beskrives som den evnen til å kunne se pasienten innenifra. Pasienten skal føle at han blir oppfattet som et selvstendig og tenkende menneske som er ansvarlig for sine handlinger. Dette forutsetter at pasienten opplever at hans meninger og synspunkter blir respektert. Relasjonen mellom

tannpleier og pasient er avgjørende for kommunikasjonen i det forebyggende arbeidet og kommunikasjonen er avgjørende for forholdet. Et godt forhold mellom tannpleier og pasient er viktig for å oppnå tillit (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2008).

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske verbet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles. Kommunikasjon er utveksling av informasjon mellom to eller flere personer. Vi skal ikke snakke til, mot eller forbi pasienten, men sammen med dem (Helgesen, 2011; Jørgensen, 2010; Lingås, 2008). En hver form for diagnostikk og behandling forutsetter at vi kan kommunisere godt med pasienten. Kommunikasjon er kjernen i arbeidet og bindeleddet mellom fagkunnskap og pasient. Informasjon pasientene mottar bør formuleres på en slik måte at den føles relevant. Når en helsetilstand endrer seg vil vedkommende behøve kunnskap og ferdigheter for å mestre situasjonen. Formidlingen skal foregå på en profesjonell måte og ut fra et helsefaglig perspektiv som er basert på yrkets verdigrunnlag (Eide & Eide, 2007). Formålet er at vi skal oppnå en felles forståelse med pasienten. Det betyr at det ikke bare er pasienten som skal forstå våre anbefalinger, men vi skal også forstå hva sykdommen betyr for pasienten. Det kan være en utfordring når samtalen foregår mellom to personer i forskjellige roller med ulik bakgrunn og kompetanse. Kommunikasjon skal foregå på pasientens premisser. Den er betydningsfull for pasientens adferd, velvære, pasienttilfredshet, forståelse av informasjon og mestring av deres sykdom og livskvalitet. Dette forutsetter at vi oppfatter pasienten som et bevisst og selvstendig tenkende individ som er ansvarlig for sine handlinger. Pasientinformasjon må tilpasses hvert enkelt menneske. Formidlingen skal foregå på en profesjonell måte og ut i fra et helsefaglig perspektiv som er basert på yrkets verdigrunnlag (Ibid.). Den etiske delen av kommunikasjonen er svært viktig. Etikk er en verdibasert refleksjon vi gjør om våre holdninger, handlinger og adferd (Lingås, 2008). Etisk kommunikasjon inneholder viktige verdier som omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet, dette er også sentrale verdier i vårt yrke. Etisk kommunikasjon er en form for kommunikasjon der verdiene kommer til uttrykk i praksis (Eide & Eide, 2007; Sadeghnia, 2011).

### **3.3 Motivasjon**

”Motivasjon er et begrep som dekker alt som gir adferden vår *energi, retning og mål.*” (Helgesen, 2011).



Hva som motiverer oss til det vi foretar oss i hverdagen er ikke enkelt å svare på, individer lar seg ofte styre av omgivelsene og andres forventninger og krav. Tannpleierens oppgave går ut på å veilede mennesker daglig, så motivasjonsarbeid er sentralt. Vi kan anbefale en pasient med periodontitt å slutte å røyke ettersom det er en stor risikofaktor, men pasienten kommer ikke til å slutte om han ikke er motivert til det.

Motivasjon er en forutsetning for god læring. For å oppnå best mulig læring er interesse, nysgjerrighet og ønske om oppdagelse gode virkemidler, dette kan bidra til økt motivasjon. Det viser seg at det ikke bare er høy intelligens som fører til god læring, men at motivasjonen spiller en viktig faktor. Andre forutsetninger for god læring er trivsel og vi vet at motivasjon bidrar til økt trivsel. Mennesker som er motiverte viser engasjement, målrettethet og utholdenhet. Motivasjon kan sees på som en tilstand som øker aktiviteten til mennesket og styrer den deretter i bestemte retninger og holder den der (Helgesen, 2011; Håkonsen, 2009; Manger, 2012). Det finnes to former for motivasjon, indre og ytre. Den indre motivasjonen styres av det som skjer inni oss, interessen for aktiviteten eller tingen og ønsket om å innhente mer kunnskap om dette. Den ytre motivasjonen styres av sosiale omgivelser og den enkelte aktivitetens instrumentelle verdi, altså ros for gjennomført handling eller belønning (Helgesen, 2011; Håkonsen, 2009).

Motivasjonsmessige utfordringer møter vi hver dag, disse slipper vi ikke unna. Vi burde skylle med fluor, bruke tanntråd, trene mer og spise mindre sjokolade. Mennesker blir styrt av emosjonelle impulser, slik som frykt, sinne, forelskelse eller glede. Disse kan gi motivasjonen ett dytt i riktig retning. Handlinger som gir oss positive følelser er de vi blir mest motivert av. Ønsket om læring stopper opp dersom motivasjonen uteblir (Manger, 2012).

### **3.3.1 MI**

Miller og Rollnick er psykologer som på grunnlag av teorier og teknikker har kommet frem til konseptet MI der vi gjennom samtale kan påvirke adferden til pasienten. Dette ved bruk av pasientsentrert veiledning, der behandleren respekterer at pasienten er eksperten i sitt eget liv og må selv ta ansvar for egne beslutninger (Mabeck, 2005). Den motiverende samtalen er spesielt brukt i tilfeller hvor det er behov for endring av vaner. I disse tilfellene er ikke tradisjonell rådgivning og veiledning godt nok. MI-metoden kan brukes for å oppmuntre

pasienten til å endre sin adferd og til å være aktiv med i avgjørelsen som vi kommer frem til. Tannpleieren skal ikke være dømmende, belærende, gi direkte ordrer, overtale eller være eksperten, da risikerer vi å miste tillit fra pasienten (Mabeck, 2005; Sadeghnia, 2011).

Forholdet mellom pasient og behandler er basert på gjensidig respekt for roller og for pasientens autonomi. Personlige meninger skal aldri komme i veien. Behandleren skal være oppmerksom på følelsene sine og personlige holdninger slik at de ikke er til hinder for hvordan vi oppfatter pasientens adferd og valg. Tannpleierens oppgave er å finne pasientens ressurser og styrke pasientens vilje til å ta ansvar for sine beslutninger og handlinger. Vi skal møte pasienten på hans nivå og ta det derfra. Hvordan kan pasienten nå målet sitt? Unngå direkte og gode råd dersom pasienten ikke har kommet med dem selv. Forsøk på overtalelse kan føre til økt motstand fra pasienten, dette skal ikke forekomme i en MI samtale. En MI samtale bør starte med at behandleren spør om lov til å prate med pasienten om emnet. Hvis emnet allerede er satt kan vi videre spørre om pasienten kan fortelle om problemet (Mabeck, 2005; Nield-Gehrig & Willmann, 2011).

Ved hjelp av åpne spørsmål og reflekterende lytting kan behandlere endre situasjonen fra behandler i fokus, der behandleren er eksperten og pasienten mottakeren, til at pasienten er i fokus. Dette er viktige hjelpemidler i en motiverende samtale. Ved å bekrefte pasientens innsats til å søke hjelp, øker det tilliten til behandleren. Når pasienten stoler på og føler seg trygg blir det lettere for dem å åpne seg og uttrykke de blandede følelsene de har med tanke på eventuelle forandringer. En tannpleier som bruker MI, kommuniserer med pasienten på en slik måte at de uttrykker tro på at pasienten har evne til å endre adferd hvis han bestemmer seg for det. De tilbyr, støtter og gir oppmuntring som trengs slik at dette vil skje (Ivarsson & Sjögren, 2010; Nield-Gehrig & Willmann, 2011).

Åpne spørsmål i behandlingssammenheng oppmuntrer pasienten til å utdype seg og vi får informasjon om pasientens perspektiv på dens egne forutsetninger og motivasjon til eventuelt endring i adferd. Ja og nei spørsmål er ikke ønskelig i en motiverende samtale. Det er viktig for behandler å vise empati og tegn til forståelse i kontakt med pasienten. Reflekterende lytting består av at behandleren lytter og deretter gjentar hva pasienten har snakket om. Dette gir tannpleieren mulighet til å bekrefte at de har forstått pasienten. Ved å bruke åpne spørsmål og reflekterende lytting kan det være at pasienten er klar for å snakke om grunner for at de

kanskje kan vurdere en endring. Vi kan da få pasienten til å vurdere fordeler og ulemper ved endret adferd opp mot uendret adferd. Ved å bygge opp selvtillit og styrke individets tro på at han er i stand til endring ved å bekrefte pasientens sterke sider, vil dette bidra til å kunne oppnå en god relasjon til pasienten (Mabeck, 2005).

Korte sammendrag som knytter og forsterker hva vi har pratet om gir oss en mulighet til å uttrykke empati. En slik oppsummering kan føre samtalen videre ved at vi knytter spørsmål opp til noe som ble snakket om tidligere. Eksempler på dette kan være: Så med tanke på hva vi akkurat har pratet om, hva er dine tanker om neste steg? Med dette vil vi få pasienten til å gi og oss informasjon mens vi er i dialog. (Nield-Gehrig & Willmann, 2011).

Forutsetningen er at de fleste mennesker har blandede følelser når det gjelder endringer, både med tanke på adferd og livsstil. Når de har blandede følelser innebærer det at de har en grunn for, eller et ønske om endring. Da vil vi først og fremst finne ut hvor stort eller lite ønsket om endring er. Da er endringssamtaler og bruk av skalaer fra 1-10 et godt hjelpemiddel. En motivasjons-skala er en god metode for å lære pasientens nivå av beredskap for adferdsendring og motivere til en endringssamtale. Det er også viktig at vi hele veien fokuserer på det pasienten har evne til å mestre slik at vi bygger opp under selvtilliten deres. Dette er en metode for å gjøre pasienten mer bevisst. Er beredskapsnivået til pasienten lavt kan vi fokusere på ulempene ved hvordan situasjonen er nå. Samtalens fokus vil variere ut fra hvilket nivå av motivasjon pasienten ligger på.

Reflekterende uttalelser som: ”På en side er du veldig glad i godteri, men på en annen side ønsker du virkelig å være et godt eksempel for barna dine,” engasjerer til en endringssamtale der fordelene ved endring blir lagt i fokus mens du og støtter pasientens rett til å ta egne valg. Reflekterende uttalelse blir også beskrevet som å rulle med motstand (Ivarsson & Sjögren, 2010; Nield-Gehrig & Willmann, 2011).

Ved bruk av MI respekterer vi pasientens autonomi og dens valg, behandleren er ikke eksperten eller overtaleren. Vi skal få pasienten til å komme frem til riktig avgjørelse. Ønsket er at vi skal få pasienten så motivert at han vil bestemme seg for en adferdsendring. Først da kan vi få lagt en handlingsplan om hvordan endringen kan foregå, vi kan sette delmål og mål, tidspunkt for dette og sette opp tid hos behandleren om det er behov for støtte (Sadeghnia, 2011).

Om det er mulig bør en MI samtale følges opp, da vil fokuset være på hvordan det går med pasienten. Her vil fokuset for samtaleemnet variere ut fra hvordan det er gått med pasienten så langt. Har ikke alt fungert etter planen for pasienten og motivasjon for endring har sunket igjen, må samtalen tilpasses etter dette (Ivarsson & Sjögren, 2010).

Hvordan få pasienten til å bli en aktiv deltaker? Ved bruk av spørsmål og oppsummering. Spør hva pasienten allerede vet: ”hva har du hørt om fordelene ved å bruke tanntråd daglig?” Tilby relevant informasjon og råd ved reflekterende uttalelser: ”ja, du har helt rett, det er gode grunner til å bruke tanntråd daglig. Det er også andre grunner til at tannpleiere anbefaler tanntråd, for eksempel ved periodontitt, slik som du er utsatt for...” Se tilbake på samtalen og få ved bruk av et spørsmål bekreftet om pasienten har oppfattet informasjonen ved bruk av spørsmål: ”Jeg lurer på hva du tenker om dette og på hvordan dette påvirker deg?” (Nielsen-Gehrig & Willmann, 2011).

### **3.3.2 SDT**

SDT ble utviklet på 1970-tallet og ble på midten av 80-tallet akseptert som en empirisk teori. Grunnleggerne av teorien er Deci og Ryan. I følge teorien blir motivasjonen vår styrt av indre- og ytre motivasjon. Individene har en medfødt evne til å utvikle ferdigheter og utsette seg for utfordringer uavhengig av ytre kraft og belønninger. Grunnlaget for teorien er at alle mennesker ønsker å oppfylle de behovene vi har ved å være aktivt handlende i forhold til våre omgivelser. Teorien fokuserer på tre grunnleggende psykologiske faktorer; kompetanse(kunnskap), tilhørighet(relasjon) og selvbestemmelse(autonomi) (Deci & Ryan, 2002). Dersom disse blir ivaretatt vil vi oppnå motivasjon, ytelse og utvikling. Hovedbudskapet i teorien er at motivasjonen er et samspill mellom ytre krefter, indre behov og motiver. Selvstendighet, sosiale relasjoner og kompetanse er sterke indre drivkrefter som kan være med å skape motivasjon hos enkeltindivider. Vi mennesker er født med en indre motivasjon som driver oss til å til å utforske egen kapasitet til å overvinne utfordringer, noen mer enn andre. Jo mer en pasient ser på seg selv som kompetent dess mer indre motivert vil han være. Den indre motivasjonen påvirkes av hvor vidt vi føler at vi kan være med å påvirke resultatet (Deci & Ryan, 1985; Deci & Ryan, 2008).

SDT teorien består av fem miniteorier som til sammen gir en grundig beskrivelse av motivasjonsbegrepet. Vi vil her beskrive disse kort:

1. Cognitiv evaluation theory (CET): Teorien tar utgangspunkt i at indre motivasjon er selve kjernen i SDT og forklarer hvordan indre motivasjon kan bli påvirket av ytre konsekvenser. Studier har blant annet vist at positive tilbakemeldinger styrket indre motivasjon (Deci & Ryan, 2000)

2. Organismic integration theory (IOT): Denne teorien går ut på at når mennesker mottar informasjon fra omgivelsene har de en evne til å tilegne seg denne informasjonen. Dette blir beskrevet som internaliseringsprosessen. Bakgrunnen for dette er individets ønske om autonomi og selvbestemmelse. Teorien bygger på at en internaliseringsprosess vil føre til at individer bruker mer tid på oppgaver som vil føre til bedre selvfølelse og kvalitet på oppgaven (ibid.).

3. Casual orientation theory (CAT): Teorien baserer seg på at alle mennesker er ulike og må derfor behandles ulikt. Mennesker orienterer seg i tre ulike retninger, autonomiorientering, kontrollorientering og upersonlig orientering. Orienteringene baserer seg på de valgene vi tar som selvstendige individer (ibid.).

4. Basic needs theory (BNT): I denne teorien er det forsket på de grunnleggende behovene vi mennesker har og hvordan de påvirker følelsen av velvære. Når disse behovene blir dekket vil det føre til økt følelse av velvære, mens udekkede behov kan føre til en følelse av ubehag (ibid.).

5. Goal contents theory (GCT): Teorien beskriver hvordan indre og ytre faktorer påvirker motivasjonen. Den skiller mellom indre og ytre mål, der ytre mål dreier seg om finansiell suksess, utseende og berømmelse. Indre mål er mål om sosiale relasjoner og personlig vekst. Det antas at de som fokuserer på indre mål opplever mer form for velvære enn de med ytre mål (ibid.).

Internalisering er en prosess hvor ytre normer, ideer, egenskaper og innstillinger, som i utgangspunktet ikke finnes hos personen, opptas og oppleves som en del av eget selvbylde.

Kompetanse, relasjon og selvbestemmelse er alle psykologiske faktorer som må være til stede for at motivasjon og integrering skal igangsettes (Deci & Ryan, 2000). For at pasienten skal oppnå internalisering mener SDT at vi skal veilede for ulike valg og respektere pasientens perspektiver, fremfor å gi pasienten en følelse av press og kontroll. Her ligger pasientens autonomi til grunn. De tre psykologiske behovene i SDT blir beskrevet slik: Relasjon er det behovet mennesket har for å føle en tilhørighet til andre mennesker. Relasjonen mellom tannpleier og pasient er derfor viktig. Pasienten er på en ukjent plass hvor det er vi som har kontrollen. Mennesker vil være mer åpne for informasjon og veiledning dersom relasjonen mellom partene er god. Å vise autonomi betyr at den som sitter i en autoritetsposisjon, som i vårt tilfelle er tannpleieren, tar hensyn til den andres perspektiver, og legger til rette for brukermedvirkning ved å gi informasjon på en forståelig måte og setter mål sammen med pasienten. Kompetanse defineres som den evnen mennesker har til å utføre en gitt oppgave eller beherske ulike utfordringer. I tillegg til at pasienten behøver en følelse av selvbestemmelse og autonomi, vil økt kompetanse føre til økt selvfølelse. Dette vil videre føre til at pasienten er i stand til å gjennomføre endringer. Tannpleierens oppgave er å gi pasienten kunnskap slik at han på egenhånd kan ta vare på tannhelsen sin. Det er først når pasientene ønsker å utføre endringer at de er mer mottagelig for informasjon og kunnskap (Deci & Ryan, 2012; Halvari & Halvari, 2006; Patrick & Williams, 2012; Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).

## **4 Drøfting**

Vi har valgt å slå sammen deler av teorien i de ulike drøftingskapitlene ettersom vi mener de har sentral betydning og kan utfylle hverandre. Vi har derfor valgt å dele drøftingen inn i fem underkapitler: Periodontale sykdommer, Folkehelse, MI, SDT og MI og SDT.

### **4.1 Periodontale sykdommer**

Vi kommer nå til å svare på problemstillingen ved bruk av teorien, artikler og empiri. Teorien vi har valgt legger stor vekt på motivasjon. Som tannhelsepersonell skal vi jobbe helsefremmende og sykdomsforebyggende (Tannhelsetjenesteloven, 1983 § 1-2). Målet med oppgaven er å komme frem til hvordan vi kan forebygge fremtidige periodontale sykdommer. Periodontale sykdommer rammer så mye som 50% av den voksne befolkningen og tap av tenner forekommer som følge av dette (Viken et al, 2012). Periodontale sykdommer er svært utbredt og i løpet av praksisperiodene har vi erfart at det er lite kunnskap om gingivitt og periodontitt. Studier viser at gingivitt kan reverseres ved å fjerne bakterielt plakk og ivareta god munnhygiene (Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). Periodontitt er en ikke-reversibel sykdom, men kan holdes stabilt med tiltak som opprettholder den orale helsen (Breivik, 2003). Siden periodontitt kan utvikle seg svært sakte og uten tydelige kliniske symptomer er det viktig at behandleren er observant. Gingivitt fører ikke nødvendigvis til periodontitt, men gingivitt må være til stede for at periodontitt skal forekomme (Hansen, 2004). Vi mener gingivitt hos voksne bør tas mer alvorlig. Vår erfaring fra praksis er at tannpleier i liten grad formidler kunnskap om hvilke konsekvenser gingivitt og dentalt plakk kan ha for den orale helsen. Det krever stor innsats fra pasienten sin side for å opprettholde god munnhygiene. Derfor mener vi motivasjonsarbeid er en viktig del av arbeidet vårt.

### **4.2 Folkehelse**

Tannpleiere er underlagt fylkeskommunen og er derfor pålagt til å jobbe med å fremme tannhelsen i befolkningen, altså jobbe helsefremmende- og sykdomsforebyggende (Tannhelsetjenesteloven, 1983). I denne oppgaven vil vi legge fokuset på hvordan bidra til å forebygge periodontale sykdommer. Målet vårt er å nå frem til pasientene og bidra til økt motivasjon til å ta vare på egen tannhelse. Vår oppgave i det helsefremmende arbeidet går ut på at vi kan benytte oss av ulike tiltak for å øke pasientens kompetanse. Dette kan vi gjøre ved

å opplyse pasienten om årsaker, forebyggende tiltak, konsekvenser ved dårlig tannhelse og nødvendigheten av gode rutiner. Vi vil formidle denne kunnskapen på en slik måte at pasientens autonomi til en hver tid blir ivaretatt (Mæland, 2009; Tveiten, 2012).

Det finnes ulike typer forebygging som benyttes i ulike faser av sykdomsforløpet. De ulike formene for forebygging er primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Ved bruk av ulike hjelpemidler på tannklinikken kan vi oppdage sykdommen på et tidlig stadium og få satt i gang nødvendige tiltak og behandling så fort som mulig. Vi ønsker å komme inn allerede i primærforebyggingen og et eksempel på slike tiltak kan være å utføre opplæring i hvordan pasienter kan bidra til å forhindre at periodontale sykdommer forekommer. Vi kan demonstrere riktig pusseteknikk og utførelse av interdental renhold. Dersom vi registrerer at sykdommen allerede er til stede vil sekundærforebyggende tiltak være det som benyttes. Sekundærforebyggende tiltak kan for eksempel være profesjonell rengjøring og instruksjon i hygienetiltak på pasienter som har gingivitt og periodontitt. Tertiærforebyggende tiltak vil være gjeldende i de tilfellene der pasienten har fått diagnosen periodontitt og fokuset vil ligge på å holde sykdommen stabil og hindre videreutvikling. Eksempler på dette vil være profesjonell rengjøring, foreta nye instruksjoner, forsikre oss om at pasienten er motivert og innkalle pasienten regelmessig. Forskning har vist at ved å opprettholde gode rutiner og ha en god behandlingsplan for pasienten, kan festenivå og lommedybder ivaretas (Aass, 2004). Vi ønsker å starte med å innkalle pasienten hver tredje måned og utvide intervallene dersom vi ser tegn til forbedring. Periodontitt er ikke reversibelt og det er viktig at pasienten er klar over dette (Hansen, 2004). Pasienten må være klar over at han alltid kommer til å være en risikopasient. Rehabilitering av tapte tenner for å opprettholde funksjonsnivået er også tertiærforebygging og i slike tilfeller vil vi henvise til tannlege (Statens helsetilsyn, 1999; Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011).

### **4.3 MI**

Et viktig element i MI er samarbeidet mellom pasient og behandler. Vi tannpleiere skal unngå å innta en autoritær posisjon, vi skal heller kommunisere på nivå med pasienten (Birkler, 2003; Vifladt & Hopen, 2004). Dialogen skal ta utgangspunkt i pasientens synspunkter med tanke på endring. Vår oppgave er ikke å påtvinge pasienten råd og meninger, slik som å bestemme at han skal pusse tenner to ganger daglig og bruke interdentalbørster jevnlig, men vi skal veilede pasienten slik at han ønsker å innføre slike rutiner (Mabeck, 2005). Tannpleieren



bør fremstå som en som fremkaller og som forsøker å få pasienten til å snakke om de tanker og følelser han har rundt en forandring. I motivasjonssamtalen er det en klar ansvarsfordeling. Ansvaret for endring ligger hos pasienten, på den måten respekteres pasientens autonomi. Pasienten står alltid fritt til å velge å motta veiledning. Det overordnede målet er å fremme pasientens motivasjon, slik at endringen kommer innenfra og ikke er noe som blir påtvunget. Det er viktig at motivasjonen er til stedet når det er behov for en adferdsendring. Motivasjonen kan bli påvirket av indre og ytre faktorer. Pasientens indre motivasjon er viktig og målet vårt er at pasienten skal ønske å endre adferden uten å bli påvirket av ytre faktorer (Helgesen, 2011). Vi ønsker at pasienten skal utføre tannpuss av egen fri vilje og ikke bare fordi han vet at han skal til kontroll hos oss. Vi ønsker også at pasienten vil opprettholde god tannhelse.

Ved å få pasienten til å foreslå tiltak slik som regelmessig bruk av tanntråd og tannpuss to ganger daglig, er pasienten delaktig og kommer med egne tiltak for å fremme tannhelsen sin. På en annen side siden kan dette være vanskelig dersom pasienten ikke har anelse om hvilke tiltak som er relevante. I slike situasjoner kan vi stille åpne spørsmål og lytte til hva pasienten sier (Nield-Gehrig & Willmann, 2011). Vi kan for eksempel spørre pasienten om hvilke hjelpemidler han kan bruke for å gjøre rent mellom tennene og hvor ofte tenker du at du bør pusse tennene dine? (Resnicow & McMaster, 2012). Pasienten blir på denne måten delaktig i behandlingen og kan bidra til innføringen av de ulike tiltakene som skal til/trengs for å bedre den orale helsen. Dette gjør at vi finner ut hvilket kompetansenivå pasienten er på og hvor mye tannhelsen betyr for han.

En pasientsentrert og empatisk rådgivningsstil er ett av fundamentene i MI. Vi skal i møte med pasienter bruke en empatisk kommunikasjonsform. Dette betyr at vi har evne til å leve oss inn i pasientens situasjon og uttrykke forståelse for hans følelser og reaksjoner uten å miste evnen til å vurdere situasjonen ut i fra et profesjonelt perspektiv (Mabeck, 2005; Tveiten, 2008). Dette er viktig i god pasientveiledning. Mennesker har rett på medbestemmelse og autonomi og velger selv om de ønsker behandling og hvor (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Selv om vi som tannpleiere synes det er aldri så rart at noen pasienter ikke tar bedre vare på tannhelsen sin skal vi likevel respektere det. Vi vil da rulle med motstanden ved at vi viser forståelse og respekt, men også fokusere på fordelene ved endring.

For at pasienten skal forstå hvilke tiltak som behøves for en adferdsendring, er det lurt at pasienten argumenterer for og imot en endring. Tannpleieren kan benytte seg av spørsmål som: Hvilke tanker og følelser har du med tanke på å forbedre munnhygiene din? Hva veier for og imot? Hva veier for at du skal holde ved disse endringene i fremtiden? Slike spørsmål får pasienten til å reflektere over positive og eventuelle negative sider ved en endring. Å rulle med motstand har vist seg å være en effektiv metode for de pasientene som fra starten av viser motstand til endring (Resnicow & McMaster, 2012). En pasient som er usikker med tanke på å endre vanene sine vil ofte vise motstand mot endringer. Ved å rulle med motstanden til pasienten hjelper vi han å sette ord på hvorfor han er i mot en endring, slik at vi sammen kan finne løsninger. På denne måten møtes ikke motstand med motstand, og vi kan gi pasienten nye perspektiver. For å kartlegge pasientens motivasjon kan vi benytte oss av skala-spørsmål. Hvert spørsmål skal da besvares med 1-10, der 1 er lite motivert og 10 er veldig motivert. Da kan vi spørre pasienten: Hvor viktig er det for deg å bedre munnhelsen, på en skala fra 1-10? Hvis pasienten svarer 4, kan vi følge opp med: Hvorfor valgte du 4 og ikke 0? Hva skal til for å få det opp 2 nivå? På denne måten kan vi finne ut hvilke faktorer som skal til for at pasienten blir mer motivert. Er det økt kunnskap om hvordan forebygge periodontale sykdommer eller er det veiledning i hvordan gjennomføre riktig munnstell for hvordan forebygge, vil vi bruke tid på det (Ivarsson & Sjögren, 2010; Nield-Gehrig & Willmann, 2011). Målet med veiledningen er at pasienten skal jobbe med usikkerheten til en adferdsendring. Relevante spørsmål kan være: Hva er det som gjør at du er usikker? Har du noen erfaring fra tidligere? Det kan tenkes at pasienten har en oppfatning av at periodontitt er en arvelig sykdom og at god munnhygiene ikke vil ha en hjelpende effekt. Tannpleier kan da spørre pasienten om hvilke andre positive effekter godt munnstell vil ha. Vi vil da komme frem til at dette kan være frisk ånde og mindre karies. Det er viktig at vi utforsker og finner svar på hvorfor pasienten er usikker før vi beveger oss videre i samtalen. Spørsmål som vi mener kan føre til dette kan være: Er det noe du bekymrer deg over med tanke på din nåværende tannstatus? Hva tror du vil skje dersom du begynner å pusse tenner to ganger daglig og bruker interdentalbørster? Hvilke positive effekter kan du oppnå ved å gjøre slike endringer? Dette gjør at pasienten hører seg selv beskrive ulike årsaker til usikkerheten og vil igjen føre til økt bevissthet om positive fordeler ved godt munnstell. Målet vårt med dette er å oppnå et ønske om endring hos pasienten (Resnicow & McMaster, 2012; Ivarsson & Sjögren, 2010).

Åpne spørsmål brukes for at pasienten lettere skal uttrykke seg. Eksempler på åpne spørsmål i en forebyggende samtale kan være: Hva ønsker du å prate om i dag? Vi vil gjerne høre om din oppfattelse av den situasjonen du er i? Dersom pasienten forteller oss at han har vanskelig for å utføre dentalt renhold, kan vi ved reflekterende lytting bekrefte at vi støtter pasienten i det han forteller. Og deretter kan vi svare med at vi forstår at det kan være utfordrende for han å gjøre dette hver dag. Ved å bekrefte det pasienten forteller, vil pasienten føle seg trygg og han vil fortelle oss om sine tanker og følelser. Vi viser at vi forstår at det kan være en utfordring og skulle endre på vanene sine (Eide & Eide, 2007). Videre kan vi sammen finne en løsning på problemet ved å spørre pasienten om han tror han kunne plassert tanntråden på et sted hvor han så den hver dag. Pasienten kan da foreslå at han kan sette den på vasken på badet sitt og vi bekrefter at dette er en kjempegod idé, for da ser han den hver dag. Forskning viser at helsepersonell avbryter pasienten etter 18 sekunder (Nield-Gehrig & Willmann, 2011). Når dette forekommer sender det en klar melding om at pasientens innspill og meninger ikke blir respektert eller sett på som relevant. Mestringsforventning er et kjerneelement i MI, og er en forutsetning for om en endring vil finne sted. For at pasienten skal endre adferd må vi som tannpleiere ha tillit til at pasienten er kapabel til dette. Dersom vi tror på pasienten, har pasienten lettere for å tro at han har evne til å gjennomføre ulike tiltak. Vi kan si til pasienten at vi mener han fint vil klare å bruke tanntråd hver kveld. Pasienter vil ofte bli oppmuntret når de har noen som tror på dem og viser støtte.

Oppsummering kan brukes gjennom hele samtalen med pasienten. Eksempler på dette er korte sammendrag der vi gjentar hva pasienten har fortalt oss, han får gjentatt hva han har sagt og vi viser at vi har hørt pasienten. På denne måten viser vi empati og støtte som hjelper oss å bygge tillit til pasienten (Eide & Eide, 2007). Oppsummeringen bidrar til å styrke det vi har snakket om underveis. Ved å oppsummere viser vi også at vi har forstått situasjonen og pasienten kan utdype dersom det er ønskelig.

#### **4.4 SDT**

Fjerning av plakk har vist seg å være avgjørende for tannhelsen. Det er derfor anbefalt tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem, interdental renhold og regelmessig kontroll hos tannpleier. Dette for å fremme tannhelsen og forebygge utvikling av periodontale sykdommer (Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). SDT mener at langsiktig vedlikehold av

endringer hos pasienten oppnås når pasienten er motivert og tar selvstendige valg. En tannpleier bør ikke være kontrollerende eller unnlate å involvere pasienten i behandlingen. Når autonomt motiverte mennesker opplever vilje og kontroll og de føler at adferden kommer fra egen vilje, gir det selvtillit. Dette vil også gi en følelse av årsakssammenheng. Forskning viser at en autonomistøttende behandling gir langvarige endringer i motivasjonen. Ved å være kontrollerende vil dette føre til at pasienten kan oppleve behandlingen som press og få en følelse av påtvungen adferd (Halvari & Halvari 2006; Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). Tannpleier kan informere pasienten at tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem vil hjelpe slik at tannkjøtt og tenner vil holde seg friskt, men det er opp til pasienten selv om han velger å følge våre anbefalinger (Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). SDT mener at for å oppnå langsiktig endring av vaner hos pasienten, må pasienten være motivert for endring og ta selvstendig valg (Halvari & Halvari, 2006).

Som beskrevet i teorien er en viktig del av SDT å gi pasienten relevant kompetanse samtidig som vi ivaretar autonomien. Vi vil ikke informere pasienter med periodontale sykdommer om karies ettersom dette er irrelevant informasjon i slike tilfeller. Forskning viser at å informere pasienten på en autonomistøttende måte er viktig for pasientens vilje til endring av helserelaterte vaner (Halvari & Halvari, 2006; Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). I praksis benytter tannpleiere seg av autonomistøtte ved å opplyse om ulike behandlingsoalternativer og samtidig oppmuntre pasienten til å ta valg på eget initiativ. Ved å gjøre dette legger vi til rette for selvstendig motivasjon og en følelse av å oppleve kompetanse. Dette er nødvendige tiltak for en langsiktig endring i arbeidet med å forebygge periodontale sykdommer (Halvari, 2012). Tannpleiere må inkludere pasienten i arbeidet mot en fremtidig endring av munnhygien. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, står det at pasienten har rett til å medvirke når han mottar helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å ta valg som gjelder egen helse. Vi skal også tilpasse medvirkningen ut fra de evnene pasienten har til å gi og motta informasjon. I paragraf § 3-2 står det at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for at han skal få innsikt i egen helsetilstand. Vi er pliktet til å informere pasienten om de funnene vi gjør. Vi bør oppmuntre pasienten til å være delaktig og stille spørsmål uavhengig av hva de lurer på. Ved at vi involverer pasienten til å bli aktiv i egen situasjon vil han føle seg mer kompetent. Kompetanse er tidligere beskrevet som det behovet hvert individ har for å lykkes med utfordrende oppgaver (Ryan & Deci, 2002). En undersøkelse gjort på medisinstudiet viste at de studentene som ble oppfattet

som selvstendige av instruktørene oppfattet seg selv som mer kompetente (Halvari & Halvari, 2006).

Et fremtidig godt samarbeid mellom tannpleier og pasient forutsetter at vi kommer frem til løsninger på pasientens premisser og forventninger. For å øke pasientens kompetanse er det viktig at vi lytter til han. Han er ekspert i sitt eget liv og må selv ønske å endre vanene sine. For at endringene skal gjennomføres må pasienten forstå hvorfor dette er viktig. Tannpleieren sitt ansvar er å øke pasientens kompetanse om hvordan han kan fremme sin orale helse og viktigheten ved det. Et eksempel kan være at tannpleieren fortelle pasienten at tannpuss to ganger daglig med fluortannkrem vil bidra til å holde gingiva og tenner friskt (Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012).

Behandleren bør bruke tid sammen med pasienten for å lære bort <<riktig>> pusseteknikk og interdental renhold. Her kan vi benytte modeller og pasienten bør øve på teknikkene på klinikken. Ved å gi pasienten positive tilbakemeldinger vil det styrke kompetansen og føre til at tiltak blir utført hjemme. Profesjonell rengjøring på tannklinikken har vist en reduksjon i forekomsten av gingivitt i befolkningen, men pasienten må også utføre riktig tannpuss og interdental renhold daglig. Forskning viser at dentalt plakk forekommer på tannoverflaten bare to timer etter at det er fjernet. Dette viser hvor viktig det er at pasientene er motivert til å ta ansvar (Halvari & Halvari, 2006).

Motivasjon er drivkraften til endring (Helgesen, 2011). Ryan & Deci (2000) beskriver indre motivasjon som et av menneskets mest positive potensialer. De konkluderer med at det er viktig å ivareta denne iboende indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2000). Vi kan derfor ikke ta utgangspunkt i at alle pasientene våre har en indre motivasjon til å ta vare på egen tannhelse. Som tannpleier er målet vårt å hjelpe pasienter til å oppnå det vi mener er oppnåelig for hver enkelt. Det er lett å ta utgangspunkt i at alle er like opptatt av tannhelsen som tannpleiere er. Det er viktig at vi i møte med pasienter har i tankene at vi har to ulike oppfatninger av tannhelsen til vedkommende. Vi mener derfor det er lurt å spørre pasienten hva han tenker om egen tannhelse før vi informerer om våre funn.

Cognitive evaluation theory er i teorien beskrevet som kjernen i SDT og omhandler hvordan indre motivasjon kan påvirkes av ytre konsekvenser. En studie viser at positive

tilbakemeldinger vil føre til forbedret indre motivasjon, mens negativ tilbakemelding reduserer den (Ryan & Deci, 2000). Ut fra denne studien kan vi konkludere med at å fokusere på det pasienten gjør bra og riktig, vil styrke hans indre motivasjon og samtidig fremme følelsen av kompetanse. Det er derimot ikke bare positive tilbakemeldinger alene som trengs for å styrke pasientens indre motivasjon. Pasienten har og et behov for å føle seg autonom og oppnå en forståelse av årsakssammenheng. Vi mener at ved å bruke tid sammen med pasienten og forklarer årsaker til hvorfor den orale hygien hans er som den er, vil vi ikke bare styrke motivasjonen, men det vil også forklare pasienten hvilke tiltak som trengs for å forbedre situasjonen. Vi skal unngå teknisk/avansert språk. Informasjonen må være enkel, forståelig og konkret. Hovedbudskap bør gjentas og vi vil involvere pasienten til å være aktiv i samtalen. Årsaksfaktorene til periodontale sykdommer som beskrevet i teorien er mange. Det er en multifaktoriell sykdom og det kan i mange tilfeller være vanskelig å finne akkurat hvilken årsak som har skyld i sykdommen (Hansen, 2004).

SDT beskriver kompetanse, autonomi og relasjon som tre psykologiske behov. Om disse behovene blir ivaretatt vil de være energigivende og føre til økt velvære. Dersom de ikke blir tilfredsstillt vil dette medføre til sykdom og misnøye. De konkluderer med at alle behovene er like viktige (Ryan & Deci, 2000). For behandleren betyr dette at vi må ta hensyn til alle behovene for å oppnå de resultatene vi ønsker. Vi skal lære pasientene våre om oral hygiene, årsakene og tiltakene.

Nylig ble det utført en studie som gikk ut på om en intervensjon basert på SDTs prinsipper ville gi økt motivasjon og positiv effekt på tannhelsen. I denne ble det innhentet 86 pasienter som ble fordelt i 2 grupper. SDT intervensjon og vanlig intervensjon. SDT intervensjonen anerkjente pasientens perspektiver og følelser, det ble begrunnet hvorfor profylaksebehandling er viktig og pasienten fikk ulike alternativer for forebyggende tiltak som de kunne velge å benytte seg av. Uten press eller tvang. Tannpleier bidro til økt kompetanse ved å demonstrere riktig pusseteknikk og hvordan utføre dentalt renhold. Pasienten fikk praktisere teknikkene på klinikken hvor tannpleieren gav positiv tilbakemelding og uttrykte at hun hadde troen på at pasienten ville mestre dette hjemme. En måned senere ble denne gruppen innkalt igjen hvor det ble gjennomførte en 60 minutter lang samtale med tannpleier om tannhelse. Begge gruppene ble innkalt etter 6 måneder. Den andre gruppen mottok en undersøkelse etterfulgt av en profesjonell rengjøring. Og ble ikke innkalt før det hadde gått seks måneder. Resultatet

viste at de deltakerne som mottok en SDT basert intervensjon, opplevde større autonom selvregulering og økt kompetanse om tannhelse. Pasientene hadde en nedgang i plakk og gingivitt. De rapporterte om bedre tannhelsevaner og en mer positiv holdning til egen tannhelse (Patrick & Williams, 2012). Denne studien viser at bruk av SDT teorien gir positive resultater innen forebyggende helsearbeid. Og vi mener derfor at vi kan benytte oss av den i arbeidet med å forebygge periodontale sykdommer blant voksne. Dette fordi den går ut på å øke bevisstheten og kunnskapsnivået hos pasienter, noe vi mener er veldig viktig i det forebyggende arbeidet.

#### **4.5 MI og SDT**

Som tannpleiere skal vi ikke informere, vi skal veilede og gi økt kunnskap. Vi ser tydelige forskjeller på hva MI og SDT mener om å gi anbefalinger. SDT mener at dersom vi kjenner til pasientens perspektiver og informasjonen legges frem på en slik måte at den ikke føles tvangsbelagt, kan vi gi anbefalinger. Hvordan kan vi da gi pasienten direkte råd og samtidig være autonomistøttende? Våre erfaringer er at ingen pasienter er like og de har ulike ønsker og forventninger vi tannpleiere må ta hensyn til. I noen tilfeller vil pasienter ønske direkte anbefalinger om hvilke tiltak som er nødvendige for å forbedre tannhelsen. SDT mener at i slike tilfeller hvor pasienten har bedt om det, kan vi informere pasienten om ulike tiltak så lenge vi tilbyr ulike valgmuligheter. På denne måten blir autonomien ivaretatt (Resnicow & McMaster, 2012). Derfor vil vi gi pasientene alternativer slik at de velger hvilke tiltak de vil gjennomføre og hva som passer best for dem. Ved å gi alternativer tar vi hensyn til pasientens autonomi (Patrick & Williams, 2012). Vi kan for eksempel si; tannpuss to ganger daglig og bruk av interdental børster vil føre til det beste for din tannhelse, men bare du kan bestemme deg for om du vil gjøre det. Valget er ditt og vi støtter deg uansett hva du velger.

Dersom pasienten kommer til behandling og er veldig motivert vil ikke en MI samtale være riktig fremgangsmåte, da vil det være mer riktig og bruke deler av SDT teorien. MI er mer beregnet på de pasientene som i utgangspunktet viser tegn til motstand til endring, men kan i de tilfeller hvor pasienten er veldig motivert virke mot sin hensikt (Resnicow & McMaster, 2012). Her ser vi at SDT teorien har gode elementer som kan brukes i de tilfellene der MI kommer til kort. Både SDT og MI går ut på å ivareta pasientens autonomi, men de har ulike fremgangsmåter. SDT mener at vi kan gi direkte råd så lenge vi ivaretar pasientens autonomi ved å gi pasienten valg (Patrick & Williams, 2012). Det er blitt forsket på bruk av SDT teorien

i MI metoden og vi har funnet to ulike artikler på akkurat dette. Ved hjelp av de to har vi fått bekreftet at vi kan slå sammen MI og SDT ved å trekke ut positive egenskaper fra begge. Slik som i tilfeller der pasienter ikke har noen form for motivasjon for endring, med tanke på periodontale sykdommer, vil MI metoden være riktig å bruke slik at vi får pasienten ”opp og frem” mot et mål.

SDT teorien bygger på gi økt kunnskap/kompetanse, autonomistøtte og relasjon til pasienten. SDT har ingen konkrete fremgangsmåter for hvordan vi skal gå frem i møte med pasienter, denne kan derfor være utfordrende å bruke i praksis (Patrick & Williams, 2012). I motsetning har vi MI, som har klare retningslinjer for hvordan en samtale skal foregå. MI er bevist å være god i arbeidet med å øke motivasjonen hos mennesker og denne metoden har spørsmål og fremgangsmåter som skal følges. Men siden denne er beregnet på pasienter som i utgangspunktet er lite motivert kan vi ikke bruke denne på alle. Vi kan oppleve at pasientene kommer til oss og ønsker kunnskap om periodontale sykdommer og i disse tilfellene vil det være feil å bruke MI. Pasienten er allerede klar for en endring og vil kun ha behov for kunnskap som bidrar til å forebygge periodontale sykdommer.

Artikkelen ”Motivational Interviewing – moving from why to how,” har funnet at det er en del likhetstrekk mellom SDT teorien og MI metoden, men at det også finnes viktige forskjeller. I MI blir det lagt stor vekt på å ha flere sekvenser med små fremskritt, mens det i SDT legges vekt på én behandling med høy kvalitet. Når det gjelder pasienter som viser tegn på å være lite motiverte, er ett av målene til SDT å finne autonome årsaker for endring og med dette minske motstanden. SDT mener at dersom en pasient er lite motivert eller viser motstand, skal vi respektere det og ikke fokusere på dette (Resnicow & McMaster, 2012). Det kan tenkes at teorien mener at dette skal gjøres for å vise pasienten at vi respektere han som han er. Selv om han ikke er motivert til å endre adferd skal vi ikke tvinge pasienten til å tenke annerledes. Vi skal gå videre i behandlingen og fokusere på hvilke positive konsekvenser en endring kan bidra til.

I MI er det å rulle med motstand sett på som best egnet til å mykne opp motstand. MI mener at motivasjon oppnås ved en spesiell hendelse, som en åpenbaring. Det er ikke noe som skjer gradvis. Motivasjonene kan lokkes frem ved at tannpleieren ber pasienten se for seg en fremtid der han har tatt i bruk regelmessig tannpuss og bruk av interdentalbørster. Dette kan få



pasienten til å reflektere over en fremtid der tannhelsen er forbedret og han opplever en følelse av empowerment (Resnicow & McMaster, 2012). Ved å reflektere over det pasienten sier engasjerer vi han og vi kan sammen komme frem til fordelene ved en endring. Dette kan være i tilfeller hvor pasienten uttrykker at han synes det krever mye tid å skulle benytte interdentalbørster hver kveld. Vi kan da svare ”På en side tar det lang tid, men resultatet vil kunne forebygge fremtidig utvikling av periodontale sykdommer”.

Vi har oppdaget at bruk av SDT i MI samtalen kan fungere bra i praksis, dette fordi noen pasienter kommer til oss og gjerne ønsker direkte tiltak de kan gjennomføre. MI er egentlig imot å gi direkte råd til pasienter. Men i tilfeller der pasienten ber om konkrete råd og anbefalinger kan behandleren anbefale tiltak så lenge det har en sammenheng med endringssamtalen (Resnicow & McMaster, 2012). Et eksempel kan være hvis vi snakker med en pasient om periodontale sykdommer og pasienten synes det er vanskelig å bruke hjelpemidler for interdental renhold. Pasienten kan da spørre: Hva anbefaler du? I disse tilfellene mener vi at vi kan anbefale det vi foretrekker og har best erfaring med så lenge vi gir valgmuligheter. Ved at vi gir valgmuligheter og respekterer pasientens behov, verdier og perspektiver, ivaretar vi pasientens autonomi. Vi skal ikke utføre noen form for tvang eller overtalelse. Han bestemmer selv over eget liv.

SDT legger vekt på de tre psykologiske behovene, kompetanse, relasjon og autonomi. Disse behovene ser vi og at blir ivaretatt i MI. Vi kartlegger pasientens kompetanse ved bruk av skalaspørsmål, som vi har beskrevet tidligere. Relasjonen viser seg i det behovet pasienten har for en meningsfylt sosial tilkobling. Dette kan oppnås ved hjelp av avklarte verdier og at et forhold der tannpleier viser empati og ikke er dømmende blir etablert. Autonomien respekteres ved at vi fokuserer på pasientens behov, perspektiver og verdier. Dette kan vi gjøre ved å sette opp felles mål med pasienten og gi pasienten ulike valg han kan velge. Det skal ikke forekomme noen form for tvang eller overtalelse i samtalen (Patrick & Williams, 2012).

## 5 Konklusjon

Vi har drøftet problemstillingen ”På hvilken måte kan tannpleier bidra til å forebygge periodontale sykdommer?” Vi har tatt for oss hvordan tannpleieren kan bidra til å motivere pasientene slik at de blir i stand til å forebygge periodontale sykdommer. Etter å ha vært i denne skriveprosessen med bacheloroppgaven ser vi at dette kan være en utfordrende arbeidsoppgave i klinisk praksis. Det krever stor grad av egen motivasjon, kunnskap, stor innsats og ferdigheter fra pasienten og tannpleier skal på kort tid bidra til at pasienten blir motivert for å endre vaner som har vært i mange år.

Vi har funnet ut at bruk av MI og SDT kan hjelpe oss til å forstå hvilke faktorer som spiller inn for å øke motivasjonen til mennesker og hvordan vi kan bruke dette til å motivere pasienter. Funn tyder på at vi kan bruke både MI og SDT på alle typer pasienter. Motivasjon må være til stede for at en endring skal forekomme. I SDT vil vi kunne øke motivasjonen ved å ved å øke pasientens kompetanse, vise autonomistøtte og skape en relasjon mellom tannpleier og pasient.

Gjennom drøftingen har vi sett at kunnskap, autonomi og relasjon er viktige elementer for å oppnå å motivere pasientene til å ta ansvar over egen tannhelse. MI legger også vekt på at disse behovene skal dekkes for å oppnå en endringsadferd hos pasienten. Etersom vi satt oss mer inn i SDT og MI fant vi ut at teorien og metoden kan utfylle hverandre. Dette fordi SDT kan være utfordrende å bruke i praksis, mens MI har klare retningslinjer vi kan følge. MI er mer beregnet på mennesker som i utgangspunktet er lite motivert. I tilfeller der pasienten er motivert, kan MI virke mot sin hensikt. SDT derimot er fin å benytte i slike tilfeller. Derfor mener vi at vi kan bruke både MI og SDT i arbeidet med å motivere pasientene. Ved å motivere pasientene til å ta vare på sin egen tannhelse mener vi at det vil bidra til å forebygge periodontale sykdommer.

## 6 Kilder

\*Aass, A. M. (2004). Periodontal vedlikeholdsbehandling. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 114: 100-3. 3 sider.

Askheim, O. P. Empowerment: ulike innfallsvinklar. (2007). I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment: I teori och praktik* (s.18-32). Slovenia: Korotan Ljubljana.

\*Birkler, J. (2003). *Filosofi & Sygepleje: Etik og menneskesyn i faglig praksis*. København: Munksgaard Danmark. 10 sider.

\*Breivik, T. J. (2003). Utviklingen av periodontitt reguleres av sentralnervesystemet. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 113: 178-82. 5 sider.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal norsk forlag

\*Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press. 25 sider.

\*Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum. 37 sider.

\*Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *The Canadian Psychological Association*, 49(3), 182-185. Doi:10.1037/a0012801. 4 sider.

\*Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(24), 6 sider. Doi:10.1186/1479-5868-9-24. 6 sider.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.

\*Halvari, A. E. M. & Halvari, H. (2006). Motivational Predictors of Change in Oral Health: An Experimental Test of Self-Determination Theory. *Motivation and Emotion*, 30(4), 295-306. Doi: 10.1007/s11031-006-9035-8. 12 sider.

\*Halvari, A. E. M., Halvari, H., Bjørnebekk, G. & Deci, E. L. (2012). Self-Determined Motivational Predictors of increase in Dental Behaviors, Decrease in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A Randomized Clinical Trial. *American Psychological Association*, 31(6), 777-788. Doi:10.1037/a0027062. 12 sider.

\*Hansen, B. F. (2004). Diagnostikk av periodontale sykdommer. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 114: 20-8. 9 sider.

\*Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets Dimensjoner: lærebok i psykologi* (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget. side 70-99. og s.374. 31 sider.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, mai). *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013*. (Rundskriv I-3/2012). Lokalisert på [http://www.tannpleier.no/images/stories/Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013.pdf](http://www.tannpleier.no/images/stories/Folketrygdens_stønad_til_dekning_av_utgifter_til_tannbehandling_for_2013.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning: Framtidas tannhelsetjenester*. (St.meld. nr. 35, 2006 – 2007). Oslo: Departementet.

Helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>

\*Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademiske. side 79-95. 17 sider.

Ivarsson, B. H. & Sjögren, K. (2010). *MI-Motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården*. Stockholm: Gothia Förlag.

\*Jørgensen, K. (2010). Kommunikation i sundhedsvæsenet. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation: For sundhedsprofessionelle*. (s. 14-35). Danmark: Gads Forlag. 22 sider.

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse og sosialfag* (4.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

\*Mabeck, C. E. (2005). *Introduktion til Den motiverende samtale*. København: Munksgaard Danmark. 100 sider.

\*Manger, T. (2012). *Dette vet vi om Motivasjon og mestring*. Oslo: Gyldendal akademiske. Side 1-18. 18 sider.

Mæland, J. G. (2009). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Nield-Gehrig, J. S. & Willmann, D. E. (2011). *Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. side 415- 430. 16 sider.

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. (2012). Lokalisert på <http://www.lovddata.no/all/nl-19990702-063.html>

\*Patrick, H. & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(18), 12 sider. Doi:10.1186/1479-5868-9-18. 12 sider.

\*Resnicow, K. & McMaster, F. (2012). Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(19), 9 sider. Doi:10.1186/1479-5868-9-19. 9 sider.

\*Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. 11 sider.

\*Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5. 4 sider.

\*Sadeghnia, D. K. (2011). Forebyggende samtaler. I K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation: For sundhedsprofessionelle*. (s 161-183). Danmark: Gads Forlag. 23 sider.

Statens Helsetilsyn. (1999). Tenner for livet: helsefremmende og forebyggende arbeid. (IK-2659. Veiledningsserie 1:1999). Lokalisert på [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner\\_livet\\_ik-2659.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf)

\*Store Norske Leksikon, (s.a.). *Bevisstgjøring*. Lokalisert på <http://snl.no/bevisstgjøring>

\*Store Norske Leksikon, (s.a.). *Empiri*. Lokalisert på <http://snl.no/empiri>

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19830603-054.html#2-2>

\*Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 173-177). Bergen: Fagbokforlaget. 5 sider.

\*Tveiten, S. (2008). *Veiledning: Mer enn ord...* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget. 6 sider.

\*Vifladdt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: Samhandling om læring og mestring*. Norway: Valdres Trykkeri. 21 sider.

\*Viken, H., Søyland, E., Holvik, K. & Preus, H. R. (2013). Vitamin D og periodontitt. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 123: 248-52. 5 sider.

\*Øverby, N. C., Torsveit, M. K. & Høigaard, R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?. I N. C. Øverby., M. K. Torstveit. & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 11-23). Kristiansand: Høyskoleforlaget. 13 sider.

Antall side selvvalgt litteratur: 436

## VEDLEGG 1. PICO-skjema

<b>P</b> Person/Problem/Pasient	<b>I</b> Intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Eventuell sammenligning	<b>O</b> Utfall
Voksne Adults Grown ups Mennesker Human being Befolkning Popultion Periodontale sykdommer	Motivasjon Motivation Forebygging Prevention Veiledning Guidance Folkehelse Public Health Self-determination theory Motivational interviw		Økt motivasjon Adferdsendring Økt kunnskap Empowerment



## Vedlegg 2. Søkehistorikk

DATO	SØKEORD	DATABASER	ANTALL TREFF	LEST ABSTRAKT	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
17.04	Self-determination theory AND oral health	MedLine (selected resources: Embase 1996-2013 og OvidMedLine 1996-2013 )	1	1	1	“Self-determined motivational predictors of increases in dental behaviors, decreases in dental plaque, and improvement in oral health: A randomized clinical trial.”
17.04	Self-determination theory AND oral health	SveMed+	0	0	0	
17.04	Self-determination theory AND oral health	PubMed	5	2	1	
17.04	Self-determination theory AND motivational interview	PubMed	21	2	3	”Motivational interviewing: moving from why to how with autonomy support” & ”Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing.”
17.04	Self-determination theory AND motivational interview	MedLine	2	1	0	
17.04	Motivational interview AND Dental Hygienist	PubMed	8	0	0	
17.04	Self-determination theory AND dental hygienist	MedLine	0	0	0	

18.04	Periodontitt OG forekomst	Tannlegetide nde.no	198	0	1	”Vitamin D og periodontitt”