



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for helsefag

Campus Elverum

Ane Trelvik Nørstebø og Gina Alvilde Haugrav

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA 2013

Veiledning – på ungdommens premisser

Guidance - on youth terms

Antall ord: 11270

Bachelor i tannpleie

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

*Tell me and I forget
Teach me and I remember
Involve me and I learn*

Benjamin Franklin

Sammendrag

Tannhelsen hos ungdom har blitt bedre. Likevel viser tannhelsesdata at kariesforekomsten på landsbasis øker i alderen 12 til 18 år. I denne alderen er det viktig å legge grunnlaget for gode tannhelsevaner, siden de ofte blir med videre i livet. Ungdommens opplevelse i møte med tannpleier kan ha betydning for deres orale helse, samt forholdet de får til tannhelsetjenesten senere. Formålet med oppgaven er å øke vår kunnskap om kommunikasjon og veiledning i arbeidet med ungdom. Vi vil også se om Motivational interviewing [MI] kan være mer effektiv enn grunnleggende veiledning for å få ungdom interessert i sin egen tannhelse. Vi har på bakgrunn av dette valgt følgende problemstilling: «*Hvordan veilede ungdom slik at forebyggende tannpleie blir forstått?*». Bacheloroppgaven er en fordypningsoppgave, som baserer seg på forskningsartikler, fagartikler og pensumlitteratur. I tillegg tar vi med egne erfaringer fra praksis, for å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene oppgaven bygger på viser at god kommunikasjon og relasjon mellom tannpleier og pasient er viktig. Det har betydning for den enkeltes opplevelse og kan påvirke tannhelsen. Forskningsartiklene som omhandler MI viser sprikende resultater på om metoden fungerer for å forbedre den orale helsen. Gjennom en god relasjon og et godt samarbeid mellom oss og pasientene kan vi øke ungdommers interesse og kunnskap til å ta vare på sin orale helse. Dette kan være utfordrende i en hektisk hverdag.

Innhold

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	5
1.2 Presentasjon av eget ståsted	6
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	6
1.5 Definisjon av begreper	6
1.6 Formålet med oppgaven.....	7
1.7 Oppgavens disposisjon.....	7
2 Metode.....	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Kildekritikk	9
2.3 Beskrivelse av forskningsartiklene.....	9
3 Teori	13
3.1 Ungdom og utvikling	13
3.2 Veiledning og kommunikasjon	15
3.3 MI.....	18
3.4 Health literacy	19
4 Drøfting	21
4.1 Startfasen.....	21
4.2 Midtfasen.....	24
4.3 Avslutningsfasen og veien videre.....	27
4.4 MI.....	28
5 Avslutning	31
6 Litteraturliste	32
Vedlegg 1	36

1 Innledning

Vår bacheloroppgave handler om veiledning og kommunikasjon med ungdom. Tannpleieren skal ha et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Gjennom veiledning og kommunikasjon skal vi skape et grunnlag hvor pasienten selv blir i stand til å ta vare på sin orale helse (Norsk Tannpleierforening [NTpF], 2013; tannhelsetjenesteloven, 1983; pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999). Vi tolker det dit hen at tannpleiere har en plikt til å veilede og gi informasjon om pasientens tannhelsetilstand på en måte som pasienten forstår, slik at vedkommende selv får økt forståelse for - og på den måten blir interessert i å fremme egen tannhelse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Grunnlaget for vårt valg av tema er at vi gjennom praksisperiodene har opplevd at kommunikasjon og veiledning kan være utfordrende å utføre i praksis. Hva innebærer god kommunikasjon, og hva vil det si å veilede pasienten? Vi har hatt mye om empowerment og empati, men hvordan fungerer dette i praksis? Er det spesielle hensyn vi må ta i forhold til ungdom? Vi vil også se nærmere på metoden Motivational interviewing [MI], fordi vi er nysgjerrige på om denne metoden fungerer i det forebyggende arbeidet med ungdom. Etter å ha lest et intervju i Tannstikka med Linda Stein vil vi i tillegg finne ut mer om begrepet «health literacy», og om det har noe å si for vår kommunikasjon med ungdom.

Tannhelsen til barn og ungdom har blitt markant bedre de siste tiårene. Likevel viser tall fra 2014 at ungdom sin tannhelse målt i DMFT synker fra de er 12 år til de er 18 år både i Hedmark og på landsbasis (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2016). Vi vil fokusere på ungdom fordi de er en prioritert gruppe i Den offentlige tannhelsetjenesten [DOT] (tannhelsetjenesteloven, 1983), men også fordi gode tannhelsevaner som dannes tidlig blir ofte med videre i livet. Forebyggende tannpleie kan hindre irreversible inngrep, som medfører at pasienten legger et grunnlag for revisjoner og behandlinger resten av livet (Helsedirektoratet, 2011). Hvordan ungdom opplever besøket på tannklinikken, samt møtet med tannpleierne, kan spille en rolle for deres orale helse og det forholdet de får til tannhelsetjenesten videre i livet. Derfor mener vi at det forebyggende arbeidet er spesielt viktig i denne gruppen.

1.2 Presentasjon av eget ståsted

I praksisperiodene har vi erfart at kommunikasjon med ungdom kan være spesielt utfordrende. Det kan skyldes flere forhold, blant annet ungdommen sin væremåte og oppførsel, eller at vi ikke helt vet hvordan vi skal kommunisere med dem. Vi har også opplevd at mange behandlere forteller pasientene hva de *må* gjøre for å ta vare på tennene sine. På bakgrunn av kunnskap vi har om empowerment og brukermedvirkning, virker dette som en lite hensiktsmessig måte å kommunisere med ungdom på for å få til endring. Vi har også observert behandlere som er dyktige på kommunikasjon og relasjonsbygging. Vi har forstått at det kan utgjøre en stor forskjell fra pasientens side, både med tanke på opplevelsen og forståelsen rundt sin egen holdning til tannhelse.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan veilede ungdom slik at forebyggende tannpleie blir forstått?»

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

For å finne svar på problemstillingen, har vi valgt å avgrense ungdom til aldersgruppen 12 til 18 år, på bakgrunn av inndelingen i veilederen *Tenner for livet* (Statens helsetilsyn, 1999). Vi har valgt å ekskludere utadrettede tiltak, og kun fokusere på hvordan vi skal veilede og kommunisere med dem når de kommer til tannhelsekontroller på tannklinikken. Vi vil også utelate involvering av foreldrene, fordi erfaringsmessig så kommer mange ungdommer alene. Vi vil heller ikke gjøre rede for hvordan de bør utføre et godt renhold og hva slags kosthold de bør ha. Ungdom omtales som pasient, vedkommende, dem, han og den enkelte for å få en bedre flyt i teksten. Tannpleier blir også omtalt som behandler og vi. Vi har valgt å bruke tannhelse og oral helse om hverandre.

1.5 Definisjon av begreper

- Oral helse: “Akseptabel oral helse innebærer at brukeren ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, har tilfredsstillende tyggefunksjon og kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene” (Helsedirektoratet, 2011, s.7). WHO’s definisjon er: “Å være fri for smerter i munn og ansikt (...), karies, tanntap og andre sykdommer og tilstander som påvirker munnhule og svelg. Risikofaktorer for

orale sykdommer er de samme i alle aldre, inkluderer usunt kosthold, røyking, overforbruk av alkohol, og mangel på oral hygiene” (referert i NTpF, 2013, s. 11).

- Veiledning: “En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersoneens mestringkompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2013, s.21).
- Kognitiv utvikling: “(...) utvikling av måten å forstå seg selv og omgivelsene på, det vil si å utvikle evnen til å tenke, vurdere og løse problemer” (Renolen, 2015, s. 109).

1.6 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å få mer kunnskap om kommunikasjon og veiledning i arbeidet med ungdom. Vi vil også få nytte av denne kunnskapen i møte med alle pasienter uavhengig av alder. Vi ønsker å få noen verktøy og knagger som vi kan ta med oss ut i arbeidslivet som kan bidra til at pasienten får en positiv opplevelse av å gå til tannpleier. Vi mener en god relasjon og et godt samarbeid mellom oss og pasientene kan øke ungdommers interesse og bevissthet for sin egen orale helse. Dette er viktig i det forebyggende arbeidet fordi det er ungdommen selv som ivaretar eller ødelegger tannhelsen i det daglige (Helsedirektoratet, 2011).

1.7 Oppgavens disposisjon

Denne fordypningsoppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel én er innledning, hvor vi begrunner valg av tema og problemstilling. Kapittel to er metoddelen, der litteratursøk, kildekritikk og presentasjon av forskningsartikler blir beskrevet. Kapittel tre er teoridelen, som omhandler ungdom, kommunikasjon og veiledning. Vi tar også for oss MI og HL. I kapittel fire drøfter vi med utgangspunkt i det vi har skrevet i teoridelen. Vi har tatt utgangspunkt i vårt første møte med en pasient på tannklinikken og delt opp drøftingen i fire deler; startfasen, midtfasen og avslutningsfasen. Til slutt i drøftingen vil vi se MI opp mot grunnleggende veiledning. Kapittel fem er avslutningen, der vi samler alle trådene og svarer på problemstillingen.

2 Metode

Med metode menes forskjellige hjelpemidler vi tar i bruk for å finne relevant informasjon. Vilhelm Aubert definerer en metode slik (sitert i Dalland, 2012, s.110): “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder”.

Metode deles inn i kvalitativ og kvantitativ metode, der vi med kvalitativ metode innhenter informasjon om følelser og meninger, mens vi med kvantitativ metode innhenter tallfestet informasjon. Til sammen kan dette gi oss en helhet og forståelse rundt et tema (Dalland, 2012). Ved å benytte kvantitativ metode, kan vi for eksempel se hvor mange 12-åringer i Norge som er kariesfrie. Videre kan kvalitativ metode gi oss et innblikk i hva ungdom mener er viktig for å oppnå et godt samarbeid med tannpleier.

Vår bacheloroppgave er en fordypningsoppgave som er basert på tidligere forskning og faglitteratur for å besvare vår problemstilling. Det vil si at vi har hentet informasjon fra forskningsartikler, fagartikler og pensumlitteratur, i tillegg til å supplere med egne erfaringer fra praksis.

Vi har fulgt Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for bacheloroppgave og benyttet American Psychological Association (APA) når det gjelder referansebehandling.

2.1 Litteratursøk

Vi har benyttet databasene Cinahl, Idunn, SveMed+ og PubMed for å søke etter relevante forskningsartikler. I tillegg har vi også benyttet Google Scholar og Helsebibliotekets pyramidesøk. SveMed+ ble i første omgang benyttet til å finne Mesh-termer, samt engelske ord, som videre gjorde det enklere å spesifisere søkene våre. I alt har vi søkt med ordene “ungdom”, “adolescent”, “pubertet”, “teens”, “kommunikasjon”, “communication”, “veiledning”, “helseatferd”, “motiverende samtale”, “motivational interviewing”, “oral”, “oral helse”, “oral health”, “dental”, “health literacy”, “professional- patient relations”, “dentist-patient relationship”.

Det var utfordrende å finne forskning som inneholdt kombinasjonene ungdom, motiverende samtale og oral helse. De få forskningsartiklene vi fant om ungdom og motiverende samtale, var hovedsakelig rettet mot stoffmisbruk. Også forskningsartikler som kun omhandlet motiverende samtale og oral helse var også begrenset, da de fleste forskningsartiklene var rettet mot alkohol- og stoffmisbruk, fedme og diabetes. Vi fant én artikkel med oppsummert forskning som inneholdt motiverende samtale og oral helse. I tillegg valgte vi å bruke andre artikler med oppsummert forskning, som vi kan bruke til å trekke paralleller til oral helse.

Det var også utfordrende å finne forskningsartikler som omfattet tannpleier og pasient innenfor vårt tema. Ved å benytte søkeordene «dentist- patient relationship» og «professional- patient relations» fikk vi flere treff. Vi mener disse likevel er relevante for vår oppgave, fordi vi kan trekke paralleller til vårt fagfelt og vår relasjon til pasienten.

2.2 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 67) definerer kildekritikk slik: “(...) er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann”. Dette innebærer at vi må være kritiske når vi evaluerer kildene våre. Vi må se på gyldighet, holdbarhet og relevans for vår problemstilling. At de er relevante vil si at de gir svar på vår problemstilling. Gyldighet og holdbarhet har vi vurdert ut ifra forfatterens bakgrunn, at de er fagfellevurderte (peer reviewed) og at de er bygd opp etter IMRaD-strukturen. Det innebærer at de har innledning, metode, resultat, og diskusjon.

2.3 Beskrivelse av forskningsartiklene

Establishing a Good Dentist- Patient relationship: Skills defined from the dental faculty perspective, Cesar Orsini & Oscar Jerez (2014), Journal of Dental Education. Artikkelen fant vi i PubMed, søkeord “dentist- patient relationship”, “patient communication”, “clinical competence”. Vi avgrenset søket til de siste fem årene. Søket ga 55 treff. Artikkelen handler om en studie utført i Chile, der bakgrunnen for studien er tidligere forskning om at et godt tannlege-pasientforhold er viktig. Målet var å definere hvilke ferdigheter dette dreier seg om. De kom frem til to hovedgrupper; sosiale ferdigheter og grunnleggende psykologiske ferdigheter. Sosiale ferdigheter innebar blant annet verbal og nonverbal kommunikasjon samt evne til empati. Grunnleggende psykologiske ferdigheter dreide seg blant annet om atferdsmessige egenskaper og personlighetstrekk. For eksempel at tannlegen forklarte diagnose

og behandling slik at pasienten forsto. Fordi veiledning dreier seg om relasjon og kommunikasjon, anser vi artikkelen som relevant for vår problemstilling.

Interaktiv nettside for endring av helseatferd, Eli-Karin Søvdsnes, Erik Skaret, Ivar Espelid & Annhild Mosdøl (2010), Den norske Tannlegeforenings Tidende. Artikkelen fant vi i SveMed+ ved å kombinere søkeordene ”Attitude to health”, ”adolescent”, ”dental care”. Søket ga 12 treff. Artikkelen er en studie utført på ungdom i alderen 12-18 år, og omhandler blant annet erfaringer de utvalgte hadde fra tidligere tannhelsekontroller og tannbehandlinger. Til tross for at artikkelen hovedsaklig handler om hvordan ungdom stiller seg til ideen om en nettside hvor de kan tilpasse egen profil og videre kommunisere med tannhelsepersonell, anser vi den likevel relevant for vår oppgave. Dette fordi vi får informasjon om ungdommers erfaringer fra tannhelsekontroller, samt hva ungdom anser som viktig for dem for at de skal få en positiv opplevelse hos tannpleier/tannlege.

Adolescents' preferences for primary care provider interactions, Kristine Schaeuble, Kristin Haglund & Melissa Vukovich (2010), Journals for specialists in Pediatric Nursing. Denne artikkelen fant vi i Cinahl, med søkeordene ”professional-patient relations” og ”adolescents”. Vi begrenset søket til år 2010-2015, noe som ga oss 218 funn. Denne artikkelen fant vi på første side av resultatene, og videre spesifisering av søket var derfor ikke nødvendig. Artikkelen omhandler ungdommers meninger og oppfattelse om samspillet mellom dem og behandler, og videre hva de følte var viktigst for å oppnå god kvalitet på helsetjenester. Resultatene fra undersøkelsen viste at respekt, tillit og evne til å lytte var viktigst for ungdommen. noen av ungdommene var redde for å dele informasjon med behandler, i redsel for at han skulle bli sint og irritert, og videre belære den enkelte om hva de måtte gjøre. Studien viste også viktigheten ved at behandlere skulle tilpasse seg den enkelte, slik at de følte seg spesielle, og ikke som en i mengden. Denne artikkelen omhandler ungdommer og behandlere innen helsevesenet, men vi mener vi kan dra paralleller mellom denne artikkelen og tannhelsetjenesten.

Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review, Andreia Morales Cascaes, Renata Moraes Bielemann, Valerie Lyn Clarc & Aluísio J. D. Barros (2013). Vi søkte i kunnskapspyramiden i Helsebiblioteket, med følgende kombinasjon ”motivational interviewing” og ”oral health”. Vi fikk ett treff i oppsummerte oversikter. Bakgrunnen for studien var å se på hvor god effekt MI har for å forbedre den orale helsen. Den baserer seg på ti artikler. Resultatet er noe sprikende, da fire artikler mener MI gir god effekt,

mens fire andre ikke har kommet frem til dette. De to siste ga ikke nok informasjon til å kunne bedømme dette. Cascaes et al. (2013) konkluderer med at MI kan være effektiv innen helserelatert forandring hos pasienter, men at effekten ved bruk av MI for å endre oral helseatferd og forebygge orale problemer, er noe usikkert. Vi mener dette kan være med å besvare vår problemstilling, selv om studien ikke spesifikt handlet om ungdommer.

Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis, Sune Rubak, Anelli Sandbæk, Torsten Lauritzen og Bo Christensen (2005), British Journal of General Practice. Også denne artikkelen fant vi ved å søke i kunnskapspyramiden i Helsebiblioteket. Vi brukte søkeordet “motivational interviewing”, og dette ga oss 96 treff i kategorien oppsummerte oversikter. Denne studien ser på effekten ved bruk av MI, i henhold til ulike helseproblemer. Men omhandler ikke oral helse eller spesifikt om ungdom. Resultatet av studien viste positiv effekt ved bruk av MI i 75 prosent av studiene som var analysert, mens ingen av studiene viste noen negativ effekt. Videre viste resultatene at MI hadde størst effekt, når den ble brukt i en serie av møter, men også enslige møter viste noe effekt. I studien kommer de blant annet frem til at på grunn av at resultatene ikke har vist noen negativ effekt ved bruk av MI, betegner de den som en potensiell metode som ikke skader å prøve ut. De mener den har større effekt enn kun vanlig rådgiving.

Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders, R. A. Brown, E. E. Ramsey, D. R. Strong, M. G. Meyers, C. W. Kahler, C. W. Lejuez, R. Niaura, U. E. Pallonen, A. N. Kazura, M. G. Goldstein og D. B. Abrams (2003). Denne artikkelen fant vi via Oria, ved å benytte søkeordene “Motivational interviewing” og “adolescents”. I tillegg spesifiserte vi søket ved å krysse av for fagfelleurdert tidsskrift, samt artikkel under kategorien materialtype. Dette ga oss til sammen 60 treff. Denne studien ser på effekten ved bruk av MI, opp mot bruken av Brief advise [BA], som gir informasjon og råd gjennom en kort seanse på 5-10 minutter. MI-sekvensene i denne studien er på to ganger 45 minutter. Ungdom i alderen 13-17 år var med i denne studien. Resultatene viser at MI ikke var mer effektiv for å oppnå røykeslutt enn BA. Likevel viste MI seg å være mer effektiv for å få pasienten til å føle økende egenmestring, som videre gjorde at de vurdere røykeslutt. MI hadde stor effekt på ungdom som var lite villige til å slutte å røyke, samtidig som den ga motsatt effekt ved bruk hos ungdom som allerede hadde et ønske om å slutte. Selv om denne studien er basert på ungdom med psykiske lidelser og røykeslutt, kan vi trekke likheter til motivasjon av ungdom innen tannhelsesektoren.

Improving Oral Health Literacy- The New Standard in Dental Hygiene Practice, Lisa E. Bress (2013), The Journal of Dental Hygiene. Artikkelen fant vi i Cinahl med søkeordene “professional- patient relations”, “oral health” og “communication”. Artikkelen beskriver et nytt kurs om OHL og kommunikasjonsteknikker for tannpleierstudenter på University of Maryland, School of Dentistry, USA. Bakgrunnen for kurset er forskningen som viser at OHL har betydning for pasienters orale helse. Samt at relasjonen mellom pasient og behandler spiller en stor rolle i det forebyggende tannhelsearbeidet.

Hva betyr lav “health literacy” for sykepleiernes helsekommunikasjon?, Anne Karen Jenum & Kjell Sverre Pettersen (2014), Sykepleien Forskning. Artikkelen fant vi i SveMed+, søkeord “health literacy”. Vi kombinerte først “Health literacy” med “oral health”, men det ga ingen treff. Vi søkte dermed kun på “health literacy”. Det viste seg å være et begrenset antall artikler på norsk, kun fem treff. Dette er et essey og handler om sykepleiernes ansvar for å tilrettelegge informasjonen til personer med lavt HL- nivå. De konkluderer med at mange pasienter i helsevesenet ikke oppnår effekt av de ulike tilbudene fordi de rett og slett ikke “forstår”. De trekker også frem at mange unge har lav HL, da særlig når det gjelder kroppskunnskap. På bakgrunn av dette mener de derfor at vi som helsepersonell bør vurdere hvordan vi kommuniserer med og tilrettelegger for pasientene våre. Selv om dette dreier seg om sykepleie kan vi trekke likheter til kommunikasjonen mellom tannpleier og pasient.

Health literacy: A Pathway to Better Oral Health, Yi Guo, Henrietta L. Logan, Virginia J. Jodd, Keith E. Muller, John G. Marks og Joseph L. Riley (2014), American Journal of Public Health. Artikkelen søkte vi opp i Cinahl, søkeord “professional- patient relations”, “oral health”, “communication”. Søket ga 36 treff. Hensikten med studien var blant annet å se om HL hadde sammenheng med selvopplevd oral helse. Resultatet viste at i tillegg til vanlige risikofaktorer, som kjønn, utdanning, økonomisk status, så er det også viktig å se på HL og kvaliteten på kommunikasjonen mellom tannlege og pasient i forhold til oral helse status. Videre påpeker de at bedre kommunikasjon mellom pasient og tannlege er nødvendig for å bedre befolkningens orale helse. Vi ønsket å finne ut om HL betyr noe i vår kommunikasjon med ungdomspasienter, og anser derfor artikkelen relevant for problemstillingen.

3 Teori

3.1 Ungdom og utvikling

I utviklingen fra barn til voksne, går barna over i en egosentrisk fase når de blir tenåringer. De er spesielt opptatt av sine egne meninger og holdninger. De føler at alt dreier seg om dem og at *alle* rundt dem ser hva de gjør (Renolen, 2015). En av grunnene til at de er så opptatt av seg selv er ønsket om å bli mer selvstendig. De har et ønske og et behov om å løsrive seg fra sine foreldre. Dette handler om autonomi og er en viktig faktor i utviklingen fra barn til voksen. Å få bekreftelse fra voksne er også en viktig faktor, med tanke på den enkeltes selvfølelse (Naar-King & Suarez, 2014; Renolen, 2015).

Ungdom som føler mestring blir mer motiverte, enn de som stadig føler at de ikke strekker til. Det gjør de ved å få positive bekreftelser og tilbakemeldinger. Dette bør gis diskret, og være berettiget, i motsetning til barn. Dette har med ungdommers holdning å gjøre, ved at de ikke vil vise omverdenen at de ønsker skryt, fordi det kan oppfattes som barnslig og flaut, og uberettiget ros virker mot sin hensikt (Rønhovde, 2010).

Den kognitive utviklingen hos den enkelte når slutfasen i tidlig ungdomstid, gjennomsnittlig rundt 11-12 års-alderen, men kan variere stort fra person til person. Jo lengre den enkelte har kommet i den kognitive utviklingen, jo mer langsiktig klarer vedkommende å tenke, i tillegg til at vurderingsevnen bedres. Det er imidlertid forskjell på jenter og gutter, da gutter oftere er senere i utviklingen enn jenter (Naar-King & Suarez, 2014; Rønhovde, 2010).

Det kan være lett å tenke på ungdom som nesten voksne. Både med tanke på væremåte og utseende. De er bevisste på egne valg, ved at de for eksempel har satt seg mål for utdanning og jobb. Men på *innsiden* har de en hjerne som fortsatt er under utvikling. Forskning viser at hjernen ikke er ferdig utviklet før vi er mellom 20 og 25 år (Rønhovde, 2010). De delene av hjernen dette gjelder er de delene som styrer blant annet hukommelse, tolkning, vurdering og beslutning. De trenger derfor også lengre tid på å bearbeide informasjon og sanseinntrykk. Det kan føre til at ungdommen føler at ting lett blir uoversiktlige og kan ha en sammenheng med at det er flere og flere som ikke klarer å henge med (Rønhovde, 2010).

Det at ungdommen har utfordringen med å følge med kan også ha sammenheng med at samfunnet har utviklet seg til å bli mer uforutsigbart enn for noen tiår siden. Dette med tanke på at antall valgmuligheter har økt betraktelig, som blant annet jobb og fritidsaktiviteter. Før var det ofte bestemt tidlig hva den enkelte skulle jobbe med når han ble voksen, da han gjerne gikk i farens eller morens fotspor. Det at det var færre fritidsaktiviteter å velge i gjorde at ungdommen var med på en spesiell aktivitet. Nå kan ungdommen velge blant et stort antall fritidsaktiviteter, og flere er gjerne med på tre-fire forskjellige på samme tid. Dette kan gjøre at det blir mye å tenke på i en og samme tid for enkelte (Rønhovde, 2010).

Det å være ungdom kan kreve mye av hver enkelt, da med tanke på at det skjer mange endringer både kroppslig og sosialt. De kan brått veksle mellom å være usikre og å være «verdensmestere» på kort tid (Rønhovde, 2010). Ungdom kan, på grunnlag av dette, blant annet ha utfordringer med å huske hva som har blitt fortalt. Dette er viktige momenter å huske på under veiledning av ungdom, slik at vi ikke har samme forventninger til dem som til voksne, med tanke på hvor mye de forstår og oppfatter av de vi sier (Rønhovde, 2010).

I søken etter å finne seg selv og sin plass i samfunnet, spiller venner en stor rolle. Eksempel på dette er vennegjenger som kler seg helt likt, og prøver ut forskjellige stiler, før de finner den stilen de føler passer seg. Videre kan denne søken etter å finne sin plass, gjøre at den enkelte tester grenser, og vil frigjøre seg (Mejære, et al., 2008). Dette kan for eksempel gå utover den orale helsen, ved at renholdet blir forsømt.

Den biospsykososiale modellen til Engel (referert i NTpF, 2013) forklarer hvordan psykologi, biologi og sosiologi har innvirkning hos den enkeltes helse eller sykdom. For eksempel kjønn, alder, motivasjon, selvstendighet og holdninger. Det vil altså si at ungdommen har ulike forutsetninger og bakgrunn, som vi bør ta hensyn til når vi skal veilede den enkelte (NTpF, 2013). På grunn av ungdommers trang til frigjørelse, livsstilforandring og identitetsøken, øker kariesrisikoen i denne aldersgruppen og vi må tenke forebyggende. Vi må derimot huske på at dette ikke gjelder generelt, men for enkeltindivider (Mejære, Modèer & Twetman, 2008; Rønhovde, 2010).

De blir mer selvstendige, når det gjelder levevaner. Med tanke på kostholdet tar de i større grad enn tidligere egne beslutninger om hva de skal spise. I tillegg kan tilgjengeligheten på skolekantine og ofte nærhet til en matvarebutikk, gjør det fristende å heller kjøpe seg usunn

ferdigmat i skoletiden (Rønhovde, 2010). Samtidig viser studier at ungdom blir mer og mer opptatt av å ha en sunn livsstil og å spise sunt (Ulvund, 2014)

3.2 Veiledning og kommunikasjon

Tidligere har helsearbeidere hatt en ekspertrolle overfor sine pasienter. De visste best og ga råd og anbefalinger om egen helse. Det å gi noen råd innebærer å fortelle hva pasienten kan tenke og gjøre, og er ikke en del av veiledning (Tveiten, 2013). I dag ses pasienten på som en samarbeidspartner i målet mot en bedre helse, det vil si at vedkommende skal være delaktig hele veien. Denne prosessen kalles for empowerment og spiller en viktig ideologisk rolle i det forebyggende helsearbeidet (Mæland 2012; Wifstad, 2013). Måten å gjøre det på er å gi folk kunnskap om hva som påvirker helsen, slik at de igjen kan påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen. Empowerment er ikke noe som kommer av seg selv. Vi må aktivt jobbe for at pasienten skal oppleve egen kontroll og være sjef i eget liv. Det gjør vi gjennom effektiv kommunikasjon med pasienten (Bress, 2013; Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2013; Williams, 2010). Veiledning er ett middel i empowermentprosessen (Tveiten, 2013).

Dialogen er hovedformen for veiledning. Den preges av velvilje, likeverdighet, respekt, akseptasjon, vilje til å lytte og forstå, og den er anerkjennende. Dialogen fokuserer på at personen selv har svaret og er ekspert på seg selv. Og legger stor vekt på samarbeidet mellom tannpleier og pasienten. Det er også et såkalt paraplybegrep, det betyr at ulike pedagogiske metoder kan kombineres ut i fra hva pasienten har behov for. Det kan være rådgivning, informasjon og undervisning (Tveiten, 2013).

Å gi anerkjennelse dreier seg om å bli tatt imot, respektert, lyttet til, bekreftet, svart og forstått (Tveiten, 2013). Å gi anerkjennelse for noe pasienten har tenkt å gjøre i fremtiden viser tillit til pasienten. Videre styrker dette selvbildet og er en sterk motiverende kraft. Vi må derimot være sikker på at det er noe han klarer å få til, hvis ikke kan det gi motsatt effekt. Pasienten kan føle nederlag, noe som kan ødelegge tilliten (Eide & Eide, 2007).

I følge Kringlen & Finset (2008) er det første møtet med en ny pasient enestående og kan ikke gjøres om. Her skal vi etablere relasjon, skape kontakt og trygghet. Det gjør vi gjennom å vise respekt og høflighet, lytte til pasienten og gi klar og enkel informasjon. Klargjøre rammen for besøket, hva skal skje, hvor lang tid har vi og gi pasienten mulighet til å stille spørsmål før vi

starter. Dette gir pasienten informasjon og oversikt og en viss følelse av kontroll over situasjonen. Vi bør unngå for mye detaljer, det kan skape forvirring (Eide & Eide, 2007; Orsini & Jerez, 2014; Schaeuble et al., 2010).

Relasjonen mellom pasienten og tannpleier påvirker kvaliteten på veiledningen (Tveiten, 2013). Eide & Eide (2007, s. 17) beskriver relasjon som «(...) forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker». Studier viser at en dedikert, omsorgsfull og støttende tannpleier kan hjelpe pasienten til å ta kontroll over egen tannhelse og se verdien av å ha en god tannhelse (Sbaraini, Carter, Evans & Blinkhorn, 2012). En annen studie gjort i Chile handler om hva som må til for å oppnå en god relasjon mellom tannlege og pasient. De fant at tannlegen bør ha gode evner til verbal og nonverbal kommunikasjon, evne til empati, utvise selvsikkerhet og inneha visse atferdsmessige egenskaper og personlighetstrekk. Som for eksempel å instruere pasienten til å puste godt og slappe av for å kontrollere nervøsitet eller angst (Orsini & Jerez, 2014).

Bruk av humor har vist seg å øke sjansen for å skape en god relasjon mellom tannpleier og pasient. Dette kan gjøre at pasienten slapper bedre av, i tillegg til at latter motvirker stress hos den enkelte (Renolen, 2015). Visse typer humor som bør unngås i samhandling med ungdom, er blant annet bruken av ironi. Grunnen til dette er at den delen av hjernen hos ungdom som tolker ironi, ikke er ferdig utviklet. I stedet for å skjønne ironien, tolker de det som blir sagt, bokstavelig (Eide & Eide, 2007; Rønhovde, 2010).

Det nonverbale språket anses som det mest uttrykksfulle kommunikasjonsmiddelet og står for 80 prosent av mellommenneskelige beskjeder (Bress, 2013; Jørgensen, 2010). Nonverbale tegn og signaler gis gjennom en rekke kanaler. Ansikt, blikk, kropp, stemme, berøring, stillhet og ikke-ord og tempo. Det å kunne lese og tyde nonverbale tegn er også nøkkelen til å uttrykke empati i møte med pasienter. Empati handler om å lese hva den andre føler og handle deretter og er av stor betydning for pasientens opplevelse og behandlingsresultat (Orsini & Jerez, 2014; Riess & Kraft- Todd, 2014).

I løpet av et møte vil både pasient og tannpleier observere og fortolke den andres ansiktsuttrykk-bevisst eller ubevisst. Ulike ansiktsuttrykk kan formidle interesse og vennlighet. Viktige aspekter ved kroppsspråket er å være vendt mot pasienten, å være kongruent og bevisst bruken av hånd- og hodebevegelser (Eide & Eide, 2007; Jørgensen, 2010; Orsini & Jerez, 2014; Riess & Kraft- Todd, 2014). Stemmen bør ha passende volum hvor vi snakker tydelig og sakte for å

forsikre oss om at pasienten forstår. Aktivt bruk av pauser gir pasienten en følelse av annerkjennelse og bekreftelse, og kan få pasienten til å tenke etter og reflektere, samt stimulerer den andre til å fortsette å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2007; Tveiten 2013).

Aktiv lytting er viktig og innebærer at vi får med oss det pasienten formidler både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2007; Jørgensen, 2010; Orsini & Jerez, 2014; Tveiten, 2013). Vi kan ved hjelp av verbal og nonverbal kommunikasjon vise at vi er interessert og lytter til det han sier uten å avbryte. Som for eksempel å nikke, smile, bruke ikke-ord. Det kan bidra til at han føler seg møtt, tatt på alvor og lyttet til. Ved å gi slik tilbakemelding skaper vi trygghet og tillit hos vedkommende, som er viktig for relasjonsbyggingen (Eide & Eide, 2007; Orsini & Jerez, 2014). Aktiv lytting innebærer også at vi stiller utdypende spørsmål og ber om at pasienten forteller mer om noe (Orsini & Jerez, 2014; Tveiten, 2013).

Stillhet kan for mange oppleves trykkende og pinlig, og mange prøver derfor å fylle disse pausene. I en pasientsituasjon kan derimot bevisst bruk av pauser være positivt. Aktivt bruk av pauser innebærer at vi trekker oss tilbake og lar pasienten styre. Dette gir pasienten en følelse av annerkjennelse og bekreftelse. Og kan få pasienten til å tenke etter og reflektere, samt stimulerer den andre til å fortsette å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2007; Tveiten 2013).

I veiledning brukes åpne spørsmål for å invitere pasienten til å prate og vi avgrensner ikke hva som kan tas med. Han kan snakke ut i fra egne tanker, opplevelser og følelser. *Hva, hvordan, når* og *hvis* er gode spørreord. Gode spørsmål er en del av veiledningsprosessen og relasjonsbyggingen. Lukkede spørsmål gir ja- og nei-svar, og er hensiktsmessig når vi er ute etter et bestemt svar. Ledende og sammensatte spørsmål er spørsmål som kan være uheldig. Med ledende spørsmål menes lukkede spørsmål hvor svaret ligger innbakt i spørsmålet. De kan bremse og stoppe opp deling av tanker og følelser. Sammensatte spørsmål innebærer å stille flere spørsmål på en gang. For eksempel "Hvor ofte pusser du tenner og bruker du tantråd?". Vi bør også unngå *hvorfor* fordi det kan gi pasienten en følelse av skyld (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2013).

Informasjonen bør tilpasses hver enkelt, gis på pasientens premisser og med et språk som er naturlig og forståelig. Den bør også oppleves relevant for pasienten (Eide & Eide, 2007; Orsini & Jerez, 2014; pbrl, 1999; Tveiten, 2013). Å gi råd uoppfordret og uten pasientens samtykke

kan bidra til at pasientens autonomi svekkes (pasientrettighetsloven, 1999). For å kartlegge hva pasienten trenger av informasjon kan det være hensiktsmessig å stille åpne spørsmål (Eide & Eide, 2007).

Det er viktig å avslutte samtalen og besøket på en god måte gjennom oppsummering og justering. Bekrefte avtaler som allerede er planlagt eller lage nye. En god avslutning kan bidra til å styrke og bekrefte relasjonen, skape fremtidsperspektiv og øke tilliten til at det vil gå bra (Eide og Eide, 2007).

3.3 MI

MI er en type samtalemetode som de senere årene er mye brukt innenfor tannhelsesektoren (Ivarsson & Sjögren, 2013). Utviklerne av metoden, Miller og Rollnick (2013, s. 28) definerer den slik: "Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalstil som syftar till att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring". Hovedmålet er å hjelpe pasienten til å bli indre motivert til å endre atferd eller holdning, hvor pasienten settes i fokus. Vi skal være der for å støtte og motivere, men det er pasienten selv som skal ta valgene (Ivarsson & Sjögren, 2013; Miller & Rollnick, 2013).

Det som skiller MI fra tradisjonell veiledning er at metoden har et konkret mål for samtalen, ved at vi er med på å styre samtalen inn mot det spesifikke målet. Derfor blir den også kalt for en styrende metode (Miller & Rollnick, 2013). MI er ikke en smørbrøddliste vi kan bruke for å motivere pasienter til å endre sin atferd, men en metode for å snakke med den enkelte om hans utfordringer og mulighetene til å foreta en endring (Naar-King & Suarez, 2014). Den bygger på grunnleggende kommunikasjon, der åpne spørsmål, refleksjon, oppsummering og bekreftelse er essensielle faktorer ved bruk av denne metoden (Ivarsson & Sjögren, 2013).

Det essensielle ved bruken av denne metoden er å fremkalle pasientens indre motivasjon til forandring. Dette er én av tre viktige faktorer som metoden bygger på. De to andre er autonomi og samarbeid, som også er grunnleggende faktorer i veiledning. I tillegg kreves det et godt samarbeid mellom oss og pasienten, for å kunne skape en god relasjon, og videre kunne hjelpe vedkommende på veien til endring (Naar-King & Suarez, 2014).

På veien til forandring, vil mange pasienter bli ambivalente. Det betyr at de ser fordeler både ved å foreta en forandring, men også fordeler ved å la være (Miller & Rollnick, 2013). Ambivalens hos en pasient er et steg i riktig retning mot en forandring. Vår jobb i denne prosessen er å hjelpe pasienten nærmere en beslutning om å foreta en endring, ved å lede han i riktig retning. Dette må imidlertid skje på pasientens prinsipper, slik at vi ikke overstyrer den enkelte. Dette kan føre til motstand eller at den indre motivasjonen hos den enkelte ikke blir aktivert, slik at en eventuell endring bare blir midlertidige. Da kan tilbakeslag lettere forekomme (Miller & Rollnick, 2013).

Miller og Rollnick (2013) deler kommunikasjonsformene for en endringssamtale inn i tre. Den ene ytterkanten innebærer at vi sier hva pasienten bør og skal gjøre. I den andre ytterkanten lytter vi bare til det pasienten sier, og gir den vår tillit til at det de sier er rett. MI-metoden derimot plasserer seg midt mellom disse to. I denne metoden benytter vi aspekter fra begge ytterkantene. Eksempel på dette er at vi lytter til pasienten, samtidig som vi gir råd og hjelp der det trengs. Når det kommer til råd og informasjon skal vi ikke gi dette uten samtykke fra pasienten (Miller & Rollnick, 2013)

Lengden på en MI-samtale kan være både kort og lang. En kort samtale kan være på ti til femten minutter, mens en lang kan være en serie med samtaler, da som oftest tre påfølgende samtaler (Ivarsson & Sjögren, 2013). Likevel vil en lang MI-samtale naturligvis ha større effekt enn en kort MI-samtale (Rubak et al., 2005). Samtidig anbefales det å ha oppfølgingssamtaler, for å se hvor pasienten står, om han har hatt tilbakefall eller kommet nærmere en positiv atferdsendring. Vi får da også reflektert over positive og negative sider i prosessen, samt gi skryt for det positive pasienten har gjort (Ivarsson & Sjögren, 2013).

3.4 Health literacy

Det viser seg at det er stor forskjell på det behandler antar pasienten forstår og det pasienten faktisk forstår (Safeer & Keenan, 2005). HL brukes for å belyse dette. Det engelske ordet *literacy* dreier seg om leseferdighet og tallforståelse, og *health literacy* handler om hvorvidt enkeltpersoner kan lese og forstå ofte tallpreget helseinformasjon (Jenum & Pettersen, 2014). HL handler om helseinformasjonsforståelse og utvikling av helseatferd. I tannhelsekontekst brukes OHL som en forlengelse av HL og dreier seg om kunnskap, ferdigheter og evner pasienten har for å forstå årsaken til sykdom, å engasjere seg for å endre egen helseatferd som

påvirker oral helse og kunne ta avgjørelser og valg som er bra for den orale helsen (Williams, 2010). Det har også betydning for om pasienten følger råd og anbefalinger.

I følge Nutbeam (2000) er HL fordelt på tre hierarkiske nivåer. Første nivå er *functional HL* [FHL], på norsk funksjonell helsefremmende allmenndannelse. Det dreier seg om lese- og skriveferdigheter, samt grunnleggende kroppskunnskap for å kunne forstå og følge enkle helseråd. Personer med lav FHL kan ha problemer med dette. Nivå to er *interaktive HL*, på norsk, interaktiv helsefremmende allmenndannelse handler om evne til kommunikasjon med helsepersonell for å ivareta egen helse. Tredje nivå er *critical HL*, på norsk, kritisk helsefremmende allmenndannelse innebærer at personen har evne til kritisk tenkning og evaluering av helseinformasjon.

HL er imidlertid et relativt nytt begrep innen folkehelsearbeidet og i klinisk praksis, og er lite utbredt i Norge. I USA derimot er det vist stor interesse for HL (Nutbeam, 2000; Jenum & Pettersen, 2014). Studier viser at HL har betydning for kommunikasjon mellom behandler og pasient og den orale helsen (Guo et al., 2014). University of Maryland, School of Dentistry i USA fikk tannpleierstudenter et ekstra kurs i effektive kommunikasjonsteknikker og OHL. I kommunikasjon og veiledning med pasienter bør tannpleier bruke hverdagsord i stedet for faguttrykk, ha øyekontakt under samtale, bruke åpne spørsmål, ta for seg en ting av gangen, bruke hjelpemidler som er lette å forstå og bruke metoden “teach back”, som dreier seg om at pasienten skal demonstrere tilbake det de har lært (Bress, 2013).

Terminologien og materialene som tannhelsepersonell bruker for å forklare sykdom og tannpleierutiner kan være et hinder for pasienten om de ikke blir kommunisert på et nivå som pasienten forstår. Om dette ikke tas hensyn til av tannpleier er det mindre sannsynlig at vedkommende blir i stand til å ta positive valg angående helsen (Bress, 2013). Bress (2013) påpeker at tannpleiere har en unik mulighet til å forbedre befolkningens orale helse ved å øke OHL. Gjennom effektiv kommunikasjon med pasienten kan tannpleier inspirere pasienten til å se verdien av god oral helse. Når pasienten stoler på behandleren og informasjonen som blir gitt er det større sjans for at råd og anbefalinger vil nå inn til vedkommende. Linda Stein (2015) fant i sin avhandling at individtilpasset informasjon tilpasset pasientenes HL-nivå bedret den orale helsen sammenlignet med de som fikk generell informasjon.

4 Drøfting

“Hvordan veilede ungdom slik at forebyggende tannpleie blir forstått?”

For å kunne besvare problemstillingen har vi valgt å dele inn drøftingen i flere faser. Startfasen, midtfasen og avslutningsfasen, som tilsammen utgjør en ordinær tannhelseundersøkelse hos tannpleier. Vi mener denne inndelingen er hensiktsmessig, fordi fra pasientens side er det helheten av møtet som har betydning for opplevelsen til vedkommende, og dermed veiledningen. Vi får med alle aspektene for å kunne skape en god relasjon, fra vi møter pasienten til han går igjen. Vi vil drøfte hva som kan være utfordrende i veiledning av ungdom, og hvordan kunnskap om relasjon, kommunikasjon og veiledning kan hjelpe oss til å gjøre både behandlingen og samhandlingen med ungdom bedre. Vi skal også drøfte effekten av MI opp mot veiledning for at ungdom skal forstå viktigheten av forebyggende tannpleie.

4.1 Startfasen

I følge studien til Søvdsnes et al. (2010) er mange ungdommer bekymret og har ubehag i kroppen før de skal til tannlegen. Erfaringene til disse ungdommene var at det var skremmende å sitte i tannlegestolen fordi de følte seg fanget og de opplevde at tannlegen ikke stoppet når de hadde behov for det, noe som gjorde at de følte mangel på kontroll. Det var flere som mislikte tannpleieren fordi de maste om mer tannpuss eller tanntråd. Enkelte grudde seg så mye at de lot være å møte opp. I praksis erfarte vi at det var en del ungdom som ikke møtte til avtalt time. Det gir oss grunn til å tro at kanskje funnene fra disse studiene er reelle også for disse ungdommene. Noe som gir oss enda en god grunn til å skape en god relasjon. For at vi skal kunne veilede ungdom i forebyggende tannpleie inne på tannklinikken så må de møte til oppsatt tannhelsekontroll.

En annen studie viser at ungdom er redde for å bli konfrontert eller å få høre hva de gjør galt (Schaeuble et al., 2010). Viktigheten av å skape et godt første møte og en god relasjon når de først møter til tannhelsekontrollen, blir derfor essensiell. Om pasienten er nervøs, gruer seg eller føler mistillit til oss vil det kunne være uheldig for kvaliteten på veiledningen. Det kan føre til at han ikke har evne til å ta til seg det vi snakker om i veiledningen, noe som kan svekke hans muligheter for å påvirke tannhelsen positivt (Bress, 2013). I praksisperiodene har vi erfart at

det kan bli mye fokus på hva de bør forbedre og råd og anbefalinger om hva de bør gjøre uten å bli spurt først.

Vi vet at det første møtet mellom oss og pasienten er viktig for den videre relasjonen og har stor betydning for kvaliteten på veiledningen (Kringlen & Finset, 2008; Tveiten, 2013). Med bakgrunn i det vi vet om ungdommers egne opplevelser og tanker knyttet til tannhelsepersonell bør vi derfor legge litt arbeid i å få til et godt første møte med ungdomspasienten. Det innebærer at vi skal være oppmerksom og interessert fra første øyeblikk. Ifølge studien til Orsini & Jerez (2014) er det viktig at vi presenterer oss med et smil. At vi uttrykker vennlighet og en positiv holdning til å hjelpe pasienten. Studien til Schaeuble et al. (2010) viser at de vil ha god informasjon om hva planen for timen er. På denne måten føler de mer kontroll over situasjonen, og de føler seg delaktige. I tillegg er det å lytte aktivt av stor betydning. Det gir pasienten en følelse av at vi faktisk hører på det han har å fortelle, noe som også viser respekt for vedkommende. Dette er viktige elementer i det å skape tillit og i å oppnå en god relasjon (Adams, 2013; Orsini & Jerez, 2014; Schaeuble et al., 2010). Dette er også en del av veiledningsprosessen fordi pasienten skal være i fokus og være delaktig (Tveiten, 2013).

På en annen side krever det å lytte aktivt og å gi god informasjon, en viss tålmodighet av oss. Det kan oppleves som tidkrevende å få ungdom til å snakke, og dermed virke stressende i en hektisk jobbhverdag (Schaeuble et al., 2010). Gjennom våre praksisperioder har vi også erfart at tannpleieren til tider har en hektisk hverdag, noe som ubevisst kan gå utover pasientene våre. Studien til Schaeuble et al. (2010) og Søvdsnes et al. (2010) viser viktigheten av å skjule at vi er stresset, noe som øker sjansen for å skape en god relasjon med den enkelte. Her det viktig at vi er bevisst vårt eget kroppsspråk. Vi kan for eksempel stå med ryggen mot pasienten når vi fører personalia og helseskjema, noe som kan være med på å avsløre at vi har dårlig tid. Dette er uheldig fordi det kan virke som vi ikke har tid til dem, og dermed svekke muligheten til å skape en god relasjon. Det kan også gjøre at vi overser nonverbale tegn, som at han er nervøs eller bekymret. Dette er også uheldig for relasjonen og veiledningen (Orsini & Jerez, 2014; Søvdsnes et al., 2010). Ved å sette oss ned og ha øyekontakt med pasienten når vi fyller inn i helseskjema og personalia får pasienten en følelse av at vi er interessert og oppmerksom (Riess & Kraft-Todd, 2014).

Studien til Schaeuble et al. (2010) viser at for å oppnå god kontakt og knytte relasjon kan vi i begynnelsen også benytte muligheten til å snakke om noe som interesserer den enkelte. Det kan

gjøre han mer komfortabel og videre føre til at vi får i gang en samtale. Dette kan være en fin start for å bli bedre kjent med pasienten, vise at vi er interessert samt at de får en følelse av å bli behandlet individuelt. Det vil si at de får følelsen av at de ikke blir behandlet som alle andre, men at de er spesielle. Dette kommer av at de er i en fase hvor de er ekstra selvopptatte, og de føler selv at det som angår dem er viktigst (Ulvund, 2014). Dette kan på en annen side være tidkrevende, da det kan ta tid å bli kjent med den enkelt før vi kan behandle dem individuelt på en tilstrekkelig måte ifølge studiene til Schaeuble et al. (2010) og Søvdsnes, et al. (2010). Det må heller ikke gå på bekostning av kvaliteten på timen ved at det brukes for mye tid på hverdagsprat.

Humor kan være en annen strategi for å få bedre relasjon, og videre oppnå et godt samarbeid med den enkelte ungdom, da det kan være med på å løse opp stemningen og få han til å slappe bedre av. Dette kan gjøre det enklere å få i gang en samtale, i tillegg til å oppnå tillit (Eide & Eide, 2007; Orsini & Jerez, 2014; Renolen, 2015). På en annen side må vi være bevisst på bruk av humor. Humor som bør unngås i kommunikasjon med ungdom er sarkasme, ironi og fleip, fordi de ikke forstår denne typen humor ennå, og de kan mistolke det som blir sagt. Det skyldes som sagt at ungdomshjernen fortsatt er under utvikling. Ved at vi bruker ironi, kan dette gjøre at vedkommende føler et nederlag eller føler det som et personangrep. Det kan også føre til at han stenger seg inne og ikke stoler på oss (Rønhovde, 2010). Dette vil være svært uheldig for relasjonen og det videre samarbeidet. I tillegg bør vi også være oppmerksom på aldersforskjellen mellom oss og pasienten ved bruk av humor. Den kan være av betydning, når det kommer til om det som blir sagt blir oppfattet negativt eller positivt. Voksne som prøver å være humoristiske ved å forsøke å tilpasse seg pasientens nivå og alder, kan oppfattes som negativt hos ungdommen. Da med tanke på å for eksempel bruke *ungdommelige* ord (Rønhovde, 2010). Dette har vi også erfart i praksis.

Det å se på røntgenbilder sammen med pasienten, kan være en fin måte å få pasienten delaktig og interessert tidlig i undersøkelsen. Her bør vi også forklare på en enkel måte hva vi ser, det vil si å bruke hverdagsord som emaljen, nerven og hull. Videre kan det være lønnsomt å forklare kariesutviklingen med enkle ord, slik at de kan få en større forståelse (Bress, 2013). I praksisperioder har vi erfart at det å se på røntgenbilder er noe vi gjør alene, uten å involvere pasienten. Studier viser imidlertid at det å involvere pasienten, kan gi vedkommende mer eierskap til egne tenner og en større forståelse (Sbaraini et al., 2012). Dette er også viktig i veiledningsprosessen (Tveiten, 2013).

4.2 Midtfasen

Det nonverbale språket utgjør en stor del av kommunikasjonen med pasientene. Det å kunne lese og tyde nonverbale tegn er også nøkkelen til å uttrykke empati i møte med pasienter (Bress, 2013; Jørgensen, 2010; Orsini & Jerez, 2014; Riess & Kraft-Todd, 2014; Søvdsnes, 2010). På den annen side har vi erfart at det er fort gjort å bli veldig fokusert på tennene til vedkommende under undersøkelsen. Det kan føre til at vi ikke legger merke til tegn på at de trenger pause eller det gjør vondt. Som studien til Søvdsnes et al. (2010) viser har ungdom erfaring med at tannlegen ikke stopper når de viser at de har behov for det. Dette er uheldig fordi de føler tap av kontroll og tillit til behandleren (Søvdsnes et al., 2010; Riess & Kraft-Todd, 2014). Ved å bli enige om et tegn de kan vise underveis, for eksempel løfte hånden, gir det pasienten mer følelse av kontroll og vi har mulighet til å ta hensyn (Orsini & Jerez, 2014; Søvdsnes, 2010).

Når vi skal kommunisere med ungdom må vi være bevisst på at det til tider kan være kaotiske tilstander i ungdomshjernen og har ofte lett for å glemme ting (Rønhovde, 2010). Jenum og Pettersen (2014) hevder i tillegg at ungdom kan ha lavere HL- nivå når det kommer til kroppskunnskap. I forskningsartikkelen *Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health* (Guo et al., 2014) konkluderes det med at det er en viktig sammenheng mellom HL og oral helse. Det viste seg at høyere nivå av HL samsvarte med bedre kommunikasjon mellom tannlege og pasient. Dette hadde igjen sammenheng med at pasienten hadde regelmessige besøk hos tannlegen. Regelmessige tannhelsekontroller førte igjen til bedre oral helse. Her ser vi at dette har stor betydning for hvordan vi kommuniserer og forklarer ting for pasientene. De trenger enkel og konkret informasjon, i tillegg er det viktig å være tydelig i ordvalget for å unngå misforståelser. Slik kan vi unngå å gjøre ungdommen usikker og gi følelse av nederlag fordi de ikke forstår hva vi mener (Rønhovde, 2010).

Gjennom utdanningen har vi lært oss å bruke faguttrykk, noe vi også har erfart at tannhelsepersonell bruker i samtaler med hverandre. Det kan imidlertid være utfordrende å legge fra oss denne måten å prate på når vi har pasienter. Vi har lett for å bruke de samme faguttrykkene, fordi vi har blitt så vant til å snakke om karies grad én og to, biofilm og gingivitt. Som Bress (2013) påpeker så er det de færreste som kan disse uttrykkene, noe som kan føre til at ungdom ikke forstår det vi sier (Rønhovde, 2010).

Som tannpleierstudentene i USA lærte bør vi bruke hverdagsord i stedet for faguttrykk, som for eksempel si hull i stedet for karies, omtale plakk som en hvitaktig substans som består av bakterier eller insekter. Og gingiva kan vi forklare som en høyhalset genser som ligger rundt tannen og beskytter. Videre bør vi ha øyekontakt under samtale, bruke åpne spørsmål, som “hva gjør du for å ta vare på tennene dine?”, i motsetning til “hvor ofte pusser du tennene og bruker tanntråd?”, ta for oss en ting av gangen, bruke hjelpemidler som er lette å forstå og bruke metoden *teach back*, som dreier seg om at pasienten skal demonstrere tilbake det de har lært. På den måten kan pasienten bekrefte at han har forstått og kan ta i bruk informasjonen og teknikkene som vi har vist (Bress, 2013). Om vi tar i bruk disse teknikkene i veiledningen av ungdom kan det bidra til at ungdom får en bedre forståelse av hvordan ting henger sammen og hva de kan gjøre for å påvirke egen tannhelse. Dette er viktig i veiledningsprosessen (Tveiten, 2013). På en annen side må vi vokte oss for å forenkle faguttrykkene for mye, slik at de får et barnslig preg. Dette kan gi ungdom en følelse av å ikke bli tatt på alvor, noe som videre kan føre til motstand eller misforhold mellom oss og den enkelte (Rønhovde, 2010; Schaeuble et al., 2010).

Vi kan ikke sette alle ungdommer i samme bås, da de er forskjellige individer som trenger individuell tilpasning (Eide & Eide, 2007). Når vi skal kommunisere med ungdom er det like viktig å være en god lytter, som det er å snakke med dem. Dette kan gjøre oss bedre utrustet til å kunne tilpasse for eksempel kommunikasjonen slik at vi gjør oss forstått, fordi vi får et innblikk i blant annet hvor mye han forstår. Ved å vise dem at vi hører på hva de har å fortelle viser vi også respekt, samt at de føler de blir hørt. Dette er selve kjernen i veiledning (Tveiten, 2013). En utfordring kan være å få dem til å fortelle om sine utfordringer i henhold til tannhelse og kunnskapen de innehar om temaet.

Ved å stille åpne spørsmål, som for eksempel «hva gjør du hjemme for å ta vare på tennene dine?», i stedet for lukkede spørsmål som «Pusser du tennene morgen og kveld?». På denne måten kan vi få pasienten til å reflektere og snakke fritt ut i fra det. Vi kan da plukke opp, det vi anser som, relevant informasjon for pasienten. Dette kan bidra til å oppklare misforståelser, manglende kunnskap hos vedkommende, samt en forståelse for hva han selv opplever som viktig eller uviktig innenfor dette temaet (Eide & Eide, 2007).

Adams (2013), som har spesialisert seg på pasientkommunikasjon i tannhelsetjenesten i USA, har videreutviklet læringsstrategien *tell-show-do*, til *listen-tell-show-do*. Ved denne endringen viser hun viktigheten av å lytte aktivt. Hun mener at den største feilen vi tannhelsepersonell gjør i møte med ungdom, er å ikke lytte til hva de har å fortelle. Dette stemmer overens med andre studier som omhandler ungdommens oppfatning av helsepersonell, samt det vi har erfart i praksis (Schaeuble et al., 2010; Søvdsnes et al., 2010). Likevel kan det å få ungdommen til å snakke være utfordrende og tidkrevende, i tillegg til at vi av og til ikke føler vi har tid til å sitte og lytte til pasienten (Adams, 2013; Rønhovde, 2010; Schaeuble et al., 2010). Dette hvis vi er forsinket, i henhold til timeboken, eller har mye vi føler vi må gjennom i løpet av konsultasjonen.

Ungdom har utviklet abstrakt tenkning og kan forstå hvordan ting foregår selv om de ikke har opplevd det selv (Renolen, 2015). På den annen side lever de ofte i nuet, og kan ha utfordringer med å se hvordan handlinger i dag kan gi negative konsekvenser lengre frem i tid (Rønhovde, 2010). Dette må vi ta hensyn til når vi skal veilede og motivere pasienten. Ett eksempel kan være at dårlig oralt renhold nå kan gi behov for fyllingsterapi senere. De liker ofte utfordringer og å teste grenser (Rønhovde, 2010; Schaeuble et al., 2010). Hvis vi for eksempel prøver å skremme dem med hva som kan skje om ti – tjue år, kan det gi motsatt effekt. Dette fordi enkelte da vil utfordre skjebnen eller tenke at «dette skjer ikke meg» (Rønhovde, 2010).

I tillegg er ungdom veldig selvsentrert og opptatt av hvordan de fremstår overfor andre (Rønhovde, 2010). Ved å spille på forhold som de kan kjenne seg igjen i, øker sjansen vår til å få dem til å forstå vårt budskap. Det som kan fungere er å bytte ut kostnader med gjenstander. Et eksempel kan være at vi bruker verdien av en Mac eller en shoppingferie i London for å forklare hva en eventuell fylling vil koste. Eller at vi heller legger vekt på god ånde og et pent smil, istedenfor å fokusere på konsekvenser som karies. Studien til Schaeuble et al. (2010) viser nettopp dette, at god ånde er en viktig faktor hos ungdom. Likevel kan det være lett å ty til “skremselspropaganda”, i frustrasjon over å ikke nå inn til den enkelte.

Det er også viktig å trekke frem det positive, for enklere å skape en mestringsfølelse hos ungdommen (Adams, 2013; Rønhovde, 2010). Mestring er en viktig faktor for å få dem til å føles seg bra nok og dermed øke selvfølelsen. Videre kan det skape en bedre relasjon mellom oss og den enkelte, og også gjøre dem mer motiverte til å fortsette med det de gjorde bra (Rønhovde, 2010). Det betyr at det kan være mer hensiktsmessig å ordlegge seg på en mer

positiv måte enn for eksempel «På grunn av det dårlige renholdet ditt, har du et betent tannkjøtt. Du bør pusse bedre». En bedre måte å si det på kan være: «Du kan enkelt få et friskt og fint tannkjøtt, ved bare å pusse litt bedre».

Studiene til Orsini & Jerez (2014) og Schaeuble et al. (2010) viser også at pasientene ønsker fokus på det de gjør bra når det kommer til tannhelsen, og helsen generelt, i stedet for å kommentere eller fokusere på det som er dårlig. Ungdom har også lettere for å oppfatte det som er negativt enn det positive. Dette kan føre til at den enkelte føler nederlag, og kan skape en redsel for å mislykkes. Denne følelsen kan de skjule ved å virke likegyldig eller å komme med unnskyldninger for hvorfor det har blitt slik (Ulvund, 2014). På den annen side kan det være lett å henge oss opp i det som er negativt, og ta tak i alle problemene samtidig, fordi vi har bakgrunnskunnskapen og dermed vet konsekvensene av for eksempel et dårlig oralt renhold. Vi vil derfor hjelpe for å kunne fikse problemet. Dette er ikke i tråd med veiledning, da vi heller skal finne ut hva pasienten selv mener, og ta utgangspunkt i det (Tveiten, 2013). Som studier viser bør vi fokusere på en ting av gangen (Bress, 2013; Orsini & Jerez, 2014; Sbaraini, 2012).

4.3 Avslutningsfasen og veien videre

Målet med å veilede ungdom er at de skal se verdien av en god tannhelse og ta vare på tennene sine hver dag gjennom tannpuss med fluortannkrem og ha et sunt kosthold. Ungdommer kan ha flere problemer med sin tannhelse. Det kan være dårlig tannpuss, karies og gingivitt (Mejære et al., 2008). Erfaringsmessig kan det være fristende å ta for seg alle disse problemene samtidig, for eksempel å pusse tenner to ganger daglig, samt å bruke tanntråd og munnskyll. Dette kan bli alt for mye å forholde seg til, noe som kan medføre at han får en følelse av å være mislykket. Dette vil dermed drepe motivasjonen hos den enkelte for videre jobbing (Rønhovde, 2010).

I tråd med prinsippene i veiledning skal vi sammen finne ut hva ungdommen vil fokusere på og la de bestemme hva de skal jobbe med hjemme (Tveiten, 2013). Vi viser med det respekt for den andres selvbestemmelse og pasienten vil normalt være mer motivert fordi han har valgt det selv, ifølge studien til Schaeuble, et al. (2010). Ved at vi stiller krav til den enkelte kan det gjøre at han føler seg betydningsfull og føle at vi stoler på han. Likevel er det også viktig å tilpasse arbeidsoppgavene til den enkelte, slik at de verken blir for vanskelige eller for enkle å gjennomføre. Dette kan gjøres ved at vi gir enkle oppgaver, som for eksempel at de skal fokusere på å pusse tennene med fluor to ganger daglig. Ved å føle mestring vil han mest

sannsynlig bli mer motivert til å fortsette og til å motta nye oppgaver. Studier viser at det er viktig å forsterke det positive (Ulvund, 2014).

En felle å gå i kan være å stille for høye krav eller gi oppgaver som er for utfordrende (Rønhovde, 2010). Også det å gi for enkle oppgaver og å sette for lave krav til den enkelte kan gi en følelse av at vi ikke har tiltro til vedkommende. Han kan dermed føle seg barnslig behandlet, noe som kan senke motivasjonen hos den enkelte (Rønhovde, 2010).

Ungdom trenger ekstra tid på å bearbeide informasjon, og det kan da være lønnsomt å ta en liten repetisjon av de viktigste momentene, før vedkommende går. Dette kan hjelpe dem i å huske og forstå bedre, og dermed øke sjansen for at de tar til seg det som har blitt sagt (Adams, 2013; Eide & Eide, 2007). En felle å gå i her er å komme med denne repetisjonen mens pasienten er på vei ut døren. Dette er ikke heldig, da vi har erfart at vedkommende ikke hører på det vi har å si, men heller fokusert på at han er ferdig og skal dra.

4.4 MI

I denne delen av drøftingen vil vi se nærmere på om MI-metoden er mer effektiv enn grunnleggende veiledning overfor ungdom, med tanke på å forbedre eller opprettholde deres orale helse.

Det essensielle ved bruken av MI er å hjelpe pasienten til å ta ansvar og skape en indre motivasjon til å foreta en endring. Hvis ikke pasienten har kommet langt nok i den kognitive utviklingen, kan det være svært utfordrende å få han til å se viktigheten ved å foreta en atferdsendring. Dette fordi han ennå ikke evner å ta ansvar som kan gi en indre motivasjon. Likevel kan MI fungere på ungdom som er i villrede på hva de vil, ved at vi hjelper dem mot et bestemt mål, i og med at MI er en styrende metode (Naar-King & Suarez, 2014).

Studier viser at MI er effektiv i bruk til ungdom som er lite motivert eller uinteressert i å endre atferd. På den andre siden viser de samme studiene at MI kan føre til motsatt effekt hos ungdom som allerede er motiverte til å foreta en endring. Dette fordi man ved å bruke MI-metoden, vil få pasienten til å reflektere fordeler og ulemper ved å foreta en endring, noe som kan få han til å redusere motivasjon han allerede hadde (Brown et al., 2003; Erickson, Gerstle & Feldstein, 2005; Sjøvdsnes et al., 2010). I tillegg trenger vi naturligvis ikke å ta i bruk MI-metoden, hvis

pasienten allerede er motivert, da metoden er til for å øke pasientens indre motivasjon (Miller & Rollnick, 2013).

Videre viser studiene at bruken av MI gir en positiv effekt overfor ungdom som er svært ambivalente, og at MI-metoden her har vist seg å fungere bedre enn tradisjonell rådgivning, fordi det setter i gang en tankeprosess hos ungdommen. De får reflektert rundt temaet, og ikke bare får informasjon og råd mens de selv er passive lyttere (Brown et al., 2003; Erickson, et al., 2005; Søvdsnes et al., 2010). MI-metoden legger vekt på at vi viser empati og at pasientens medbestemmelse blir opprettholdt. Dette viser også studien til Søvdsnes et al. (2010), at ungdom legger spesielt vekt på disse faktorene når de er hos tannlege eller tannpleier. Likevel kommer det frem at det er veldig usikkert hvor effektiv den er på ungdom som ikke er ambivalente. Videre trengs det derfor flere studier for å bedre få kartlagt også denne siden (Brown et al., 2003; Erickson et al., 2005; Søvdsnes et al., 2010).

Som tidligere nevnt bygger MI-metoden på blant annet å opprettholde pasientens autonomi (Naar-King & Suarez, 2014). Når vi i tillegg har tilegnet oss kunnskap om ungdommens sterke ønske om å oppnå autonomi i overgangen til voksenlivet, kan bruk av MI-metoden for å oppnå god oral helse være effektiv. Når det gjelder ungdom som er i en følelsesmessig stressende periode, kan metoden være lite effektiv (Naar-King & Suarez, 2014). Dette fordi det rett og slett kan bli for mye for den enkelte å sortere og ta til seg. Et eksempel på dette kan være en jente som i en periode har mange prøver på skolen som hun må konsentrere seg om, i tillegg til at hun er forelsket. Som Rønhovde (2010) skriver er ungdomshjernen under ombygging, noe som kan føre til at ting kan føles kaotisk hos enkelte, i tillegg til at det kan skje store følelsesmessige svingninger på kort tid. Å da sette i gang tankeprosesser rundt det å forbedre den orale helsen, kan det på bakgrunn av det vi har skrevet, bli utfordrende.

MI kan være både kort og lang, men det essensielle er hva samtalen inneholder, ikke lengden på den (Miller & Rollnick, 2013). Det er viktig å fokusere på hva pasienten selv føler, samt være lydhør og vise empati. Et eksempel kan være en samtale med en pasient på noen minutter, der vi fokuserer på hva pasienten selv tenker rundt sin orale helse og det orale renholdet. Sjansen for at vedkommende tar flere steg i riktig retning er naturligvis større ved en lang MI-samtale, enn gjennom en kort MI-samtale. Likevel viser undersøkelser at en kort MI-samtale har større effekt, enn en like lang samtale der vi bare gir råd og anbefalinger. Dette fordi pasienten blir mer aktiv i samtalen, ved å reflektere rundt en eventuell endring (Rubak et al. 2005).

I studien til Rubak et al. (2005) viser de at en samtale på 15 minutter har en viss effekt, men at en serie av slike samtaler øker effekten betraktelig. Også oppfølgingssekvenser, der vi ser på hvordan det har gått med pasienten på sin vei mot en endring, og videre trekker frem det positive pasienten har fått til, viser seg å være effektive (Brown et al., 2003). Spørsmålet vi må stille oss er om dette er forenelig med vår jobbhverdag. Flere sekvenser innebærer at vi må innkalle pasientene hyppigere. Siden mange ungdommer lar være å komme til tannhelsekontroller av ulike årsaker, kan dette være utfordrende å få til (Søvdsnes et al., 2010). I tillegg har vi erfart at det i praksis kan være lite med tilgjengelig tid til å innkalle pasienter hyppig, for å motivere til endring

Et lite tankekors til studiene som har sett på effekten av MI, er muligheten til de små endringer som kanskje ikke kommer frem i resultatene. MI baserer seg på å få pasienten indre motivert til å foreta en endring, og Rubak et al. (2005) mener at selv om vi ikke ser resultatene ut i fra studier, så kan MI likevel ha hatt en viss effekt hos vedkommende. Det kan ha satt i gang en tankeprosess, som senere kan utgjøre en forskjell med tanke på fokuset på den orale helsen. Dette kan gjøre at MI likevel har vært effektiv hos enkelte, og kan være en effektiv metode å bruke for å få den enkelte til å forbedre vedkommende sin orale helse.

Det er likevel få studier som ser på bruken av MI-metoden for å forbedre den orale helsen, og det finnes foreløpig ingen studier som omhandler bruk av MI rettet spesifikt mot ungdom og forbedring av deres orale helse (Cascaes et al., 2014). Studier som er utført, i tillegg til meta-analyser som er publisert, kan vi ikke se noen markant forskjell på effekten av MI hos ungdom eller voksne (Naar-King, 2011). Det finnes noen få studier om MI-metoden brukt på ungdom, men de er rettet mot blant annet rusmisbruk. De få studiene som er utført som omhandler MI-metoden for å forbedre den orale helsen, viser sprikende resultater på hvor effektiv MI-metoden er innenfor dette fagfeltet (Cascaes et al., 2014).

Under tidspress kan vi fort gå i fellen med å anbefale hva vedkommende bør forsøke å gjøre, noe som ikke er forenelig med MI-metoden. Vi kan, ubevisst, gi råd og anbefalinger, fordi vi så gjerne hjelpe den enkelte, men glemmer at det er de selv som skal finne sin indre motivasjon og videre foreta endring (Miller & Rollnick, 2013). Dette kan svekke ungdommens følelse av personlig kontroll og medbestemmelse, noe som også blir beskrevet i studier utført av Schaeuble et al. (2010) og Søvdsnes et al. (2010).

5 Avslutning

Denne bacheloroppgaven viser at det kan være utfordrende å veilede ungdom, og det er flere hensyn å ta. Ungdom trenger er tannpleier som hjelper dem til å bli interessert og til å få en forståelse av viktigheten ved å ha en god oral helse. Dette gjør vi ved å inkludere og samarbeide med pasienten gjennom veiledning. Forskningsstudier som oppgaven bygger på viser nettopp dette, at ungdom legger vekt å bli involvert og føle at det de forteller oss blir tatt hensyn til. Dette er også i tråd med den fasen ungdom er i, at de er selvsentrerte. Samtidig påpekes det at gode kommunikasjonsferdigheter er noe som må jobbes med og utøves for at vi skal bli gode på det. Det vil si at det hjelper lite å bare ha teoretisk kunnskap, vi må knytte teori og praksis sammen i vår arbeidshverdag.

Som nyutdannet kan det være mye å forholde seg til, som å føle tidspress og samtidig huske alt vi skal gjennom i løpet av tannhelsekontrollen. Har vi ikke fokus på god kommunikasjon og relasjonsbygging, kan dette komme i skyggen av det praktiske vi skal gjennom. Vi mener, gjennom det vi har tilegnet oss av kunnskap om ungdom og hva vi bør ta hensyn til hos denne gruppen, kan vi danne et godt grunnlag for gode kommunikasjonsferdigheter allerede fra første stund. På denne måten mener vi at vi kan veilede ungdom slik at forebyggende tannpleie blir forstått.

Etter å ha fått mer kunnskap om Health literacy ser vi hvor viktig det er å forklare på en måte som ungdom forstår. Noe som gjør at de kan ha større mulighet til å påvirke og få mer kunnskap om sin egen orale helse. Motivational interviewing kan ha en viss effekt hvis vi følger metoden. Ut i fra forskning og faglitteratur ser vi at grunnprinsippene i metoden er forenelig med det ungdom ønsker seg i møte med tannpleier. Det som kan være utfordrende ved bruk av denne, er at den krever praktisk trening, i tillegg til at metoden blir mer effektiv når den benyttes i flere seanser. Det mener vi kan være utfordrende i praksis, fordi det krever at de kommer hyppigere til tannklinikken. Erfaringsmessig er det de som ikke møter til avtalt tannhelsekontroll, som trenger det mest. Vi mener det kreves mer forskning på MI, ungdom og oral helse, for å se om denne metoden er mer effektiv enn grunnleggende veiledning.

6 Litteraturliste

*Adams, T.S. (2013). Ten tips for talking with teens. *Journal of the California Dental Hygienists' association*, 28(1), 12-13. Lokalisert på <http://cdha.org/journal-of-the-cdha>

*Brown, R. A. Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M. G., Kahler, C. W., Lejuez, C. W., Niaura, R., Pallonen, U. E., Kazura, A. N., Goldstein M. G. & Abrams, D. B. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12(4), iv3-iv10. http://dx.doi.org/10.1136/tc.12.suppl_4.iv3

*Cascaes, A. M., Bielemann, R. M., Clarc, V. L. & Barros, A. J. D. (2014) Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 142-153. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004616>

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

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

*Erickson, S. J., Gerstle, M. & Feldstein, S.W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(12), 1173-1180. Lokalisert på <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486200&resultClick=3>

*Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G. & Riley, J. L. (2014). Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. *American Journal of Public Health*, 104(7), 85-91.

Helsedirektoratet (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Ivarsson, B. H. & Sjögren, K. (2013). *MI motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården*. Stockholm: Gothia Förlag.

*Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272- 280.

*Jørgensen, K. (Red.). (2010). *Kommunikation: For sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag.

*Kringlen, E. & Finset, A. (2008). *Den kliniske samtalen: Kommunikasjon og pasientbehandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mejäre, I., Modèer, T. & Twetman, S. (2008). *Pedodonti*. Stockholm: Gothia Förlag.

*Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring* (3.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Naar-King, S. (2011). Motivational interviewing in adolescent treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), 651-657. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371105601103>

*Naar-King, S. & Suarez, M. (2014). *Motiverande samtal: MI med tonåringar och unga vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Norsk tannpleierforening (s.a.). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*.

Lokalisert på http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

*Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

*Orsini, C. A. & Jerez, O. M. (2014). Establishing a Good Dentist- Patient Relationship: Skills Defined from the Dental Faculty Perspective. *Journal of Dental Education*, 78(10), 1405-1415.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

*Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Riess, H. & Kraft- Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108-1112. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>

*Rubak, S., Sanbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 55(513), 305-312. Lokalisert på: <http://bjgp.org/content/bjgp/55/513/305.full.pdf>

*Rønhovde, L.I. (2010). ... og noen går det trill rundt for! *Om hjernen, tenåringer og pedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Safeer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.

*Sbaraini, A., Carter, S. M., Evans, R. W. & Blinkhorn, A. (2012). Experiences of dental care: what do patients value? *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-177>

*Schaeuble, K., Haglund, K. & Vukovich, M. (2010). Adolescent's preferences for primary care provider interactions. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 202-210. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00232.x>

Statens helsetilsyn (1999). *Tenner for livet: Helsefremmende og forebyggende arbeid*. (rev.utg.).

Statistisk Sentralbyrå. (2016). *Tannhelsetenesta*. Lokalisert på <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=TannstatEtAlder&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=tannhelse&StatVariant=&checked=true>

*Stein, L. (2015). *Oral health literacy in adult dental patients: A clinical study* (Doktorgradsavhandling). Tromsø: Universitetet i Tromsø.

*Søvdnes, E.-K., Skaret, E., Espelid, I. & Mosdøl, A. (2010). Interaktiv nettside for endring av helseatferd. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 120(7), 456-462.

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. (2015)

.

*Tveiten, S. (2013). *Veiledning: Mer enn ord...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Ulvund, S. E. (2014). *Forstå tenåringen din*. Oslo: Cappelen Damm.

Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Williams, K. (2010) Health Literacy and Patient Communication. *The Journal of Dental Hygiene*, 84(4), 161-164.

Vedlegg 1

PICO-skjema

P Person/Pasient	I Intervensjon	C Sammenligning	O Utfall
Ungdom Pubertet Adolescent Teenager	Kommunikasjonsmetoder Kommunikasjon Communication Veiledning Guidance Endringskommunikasjon Professional- patient relations Dentist- patient relationship Health literacy Preventing oral health	Motivtional interviewing Motiverende samtale	Samarbeid God tannpleier- pasientrelasjon Forebyggende tannpleie Oral health Oral helse Cooperation