

Avdeling for folkehelse
Campus Elverum

Berit Aslaksen Smuk og

Nora Westgaard Salamonsen

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Bacheloroppgave i tannpleie
Veiledning av unge voksne

Guidance of young adults

Antall ord: 11461

4TABA10

Bachelor i tannpleie

2017

*Vi burde alle interessere oss for fremtiden, for det er der vi
skal tilbringe resten av vårt liv*

C. F Kettering

Sammendrag

Befolkningens tannhelse har i løpet av de siste 30-40 årene blitt betydelig bedre i Norge. Dette er blant annet på grunn av økt fokus på helsefremming og forebygging. Den offentlige tannhelsetjenesten har økonomiske stønader til pasienter fra 0-20 år. Vi skal i denne oppgaven ta for oss de pasientene som ikke lenger har den økonomiske stønaden og som på grunn av dette ofte dropper bruk av tannhelsetjenester. Dette kan nemlig være en risikofaktor for tannhelsen, da regelmessig bruk av tannhelsetjenester er med på å styrke pasientens tannhelse. Vi skal ta for oss unge voksne mellom 20-26 år og har på bakgrunn av dette valgt følgende problemstilling: *Hvordan veilede unge voksne i det forebyggende tannhelsearbeidet?* Bacheloroppgaven er en litteraturstudie og er dermed basert på forskningsartikler, pensum- og annen faglitteratur, samt egne erfaringer fra praksisfeltet. Forskningsartiklene vi har brukt for å svare på oppgaven viser til viktigheten rundt en god veiledning og momenter som står sterkt her. Dette er blant annet kommunikasjon og relasjon mellom veileder og pasient, health literacy og empowerment.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema og problemstilling.....	5
1.2 Problemstilling:	6
1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted	6
1.4 Avgrensning av oppgaven og begrepsforklaring	6
1.5 Formålet med oppgaven	7
1.6 Disposisjon.....	7
2. Metode.....	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Kildekritikk	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler.....	9
3. Teori.....	12
3.1 Veiledning	12
3.2 Kommunikasjon og relasjon.....	15
3.3 Den didaktiske relasjonsmodell.....	18
4. Drøfting	22
4.1 Fase 1	22
4.2 Fase 2	26
4.3 Fase 3	32
5. Konklusjon	35
6. Litteraturlisten.....	36
7. Vedlegg.....	39

1. Innledning

I våre til sammen 24 ukers praksisperioder i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har vi behandlet mange unge voksne pasienter, både med og uten orale plager. Noen var interesserte i oppholdet på tannklinikken, mens andre brydde seg fint lite om tilbakemelding angående deres tannhelse. Det er helt klart de sistnevnte som er den utfordrende pasientgruppen. Hvordan nå frem med budskapet vi så gjerne vil formidle?

Som de aller fleste av oss vet har tannhelsen blant befolkningen blitt betydelig bedre gjennom de siste 30-40 årene. Fluortannkremen på 70-tallet og et økt fokus på helsefremming og forebygging fremfor behandling er hovedårsaker til Norges forbedrede tannhelse (Folkehelseinstituttet, 2015). Når det er sagt, vil det alltid være nødvendig med dyktige tannpleiere. For å vedlikeholde den tilfredsstillende tannhelsestatistikken må fokuset på forebyggelse fremfor behandling stå sterkt. Dette er det flere måter å gjøre på. Vi skal ta for oss individuell veiledning på tannklinikken, der vi gjennom veiledningen hjelper pasientene å få økt kunnskap om tannhelse. Hensikten med veiledning er nemlig at pasientens mestringskompetanse styrkes (Tveiten, 2013). Denne mestringskompetansen skal hjelpe pasienten å bli i stand til å ta gode helsevalg og ivareta og fremme egen helse.

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema og problemstilling

Den offentlige tannhelsetjenesten har prioriterte pasientgrupper fra A-F. Gruppe A: barn og ungdom fra 0-18 år. Gruppe B: personer med psykisk utviklingshemming. Gruppe C: eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Gruppe D: ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Gruppe E: andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Gruppe F: voksne betalende (Regjeringen, 2014).

Når pasientene fyller 20 år mister de det økonomiske tilbudet fra DOT og havner i gruppe F. Når dette skjer har vi erfart fra både praksis og omgangskrets at en god del av dem dropper bruk av tannhelsetjenester. Slack-Smith, Mills, Bulsara & O'Grady, (2007) sier at;

«In Australia, dental attendance and access to services for young adults has been described as less than optimal, with research showing that this group is less likely to visit a dental professional than other age groups. It has also been reported that the high percentage of

adolescents using dental services tends to decrease sharply in young adulthood as young adults leave the public dental care system (school dental services) and take responsibility for their own oral health»). (s. 205)

Å droppe bruk av tannhelsetjenester fører til at pasientene mister sin oppfølging med tannpleier/tannlege. Dette kan for pasienter med for eksempel mye karies i verste fall resultere i store kariesangrep og dyre behandlinger. Å nå frem til denne pasientgruppen er derfor viktig i det forebyggende arbeidet. Vi synes også det er spennende å arbeide med unge voksne, da de til tider kan være en vanskelig gruppe å veilede og motivere - fordi andre arbeidsoppgaver ofte er mer viktig og prioritert enn tannhelsen. Dette gjør arbeidet utfordrende og variert.

1.2 Problemstilling:

«Hvordan veilede unge voksne i det forebyggende tannhelsearbeidet?»

1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted

Vi er to tannpleierstudenter som snart har fullført tre år på Høgskolen i Innlandet. Vi har i tillegg til 24 ukers praksis i DOT også hatt observasjonspraksis i den private tannhelsetjenesten. I tillegg har vi observert og deltatt i noen av arbeidsoppgavene hos de ulike institusjonene som; helsestasjon, barnehage, barne- og ungdomsskoler, sykehjem og rehabiliteringstjenesten (psykiatri/rus). Vi har også utført flere folkehelseiltak for både elever og ansatte i forskjellige yrkesgrupper. De to siste årene har vi også fått praksiserfaring gjennom studentklinikken på skolen. Det har vært en bratt læringskurve hvor vi har lært og erfart mye vi ellers aldri ville gjort. En bachelor i tannpleie er derfor til å anbefale alle som interesserer seg innen helse og liker å jobbe med mennesker.

1.4 Avgrensning av oppgaven og begrepsforklaring

- **Unge voksne:** Med unge voksne mener vi pasienter fra 20-26 år.
- **Sukkerklokka:** Sukkerklokka er et verktøy som kan brukes for å vise pasienter sammenhengen mellom hvordan hyppig inntak av mat og drikke skader tennene gjennom syreangrep (Hansson & Ericson, 2014).

- **Karies:** «Karies er den samme som hull i tennene, og er den vanligste sykdommen i munnhulen» (Felleskatalogen, s.a).
- **Ola:** For at det skal bli enklere å lese oppgaven har vi navngitt en pasient for Ola og laget en case. Vi skal bruke casen i drøftinga, da dette gjør oppgaven mer konkret og forståelig. Dette gjelder spesielt når vi kommer med eksempler.
- **Veileder og veisøker:** Vi refererer oss selv som veileder, tannpleier, behandler eller «hun» i oppgaven. De vi veileder kalles enten veisøker, pasient, «han» eller Ola.

1.5 Formålet med oppgaven

Etter å ha skrevet oppgaven ønsker vi å sitte igjen med økt kunnskap om veiledning. Hvordan veilederen skal opptre og utføre en god veiledning er noe vi ønsker å mestre, da dette er helt nødvendig for trivsel og resultat. Siden veiledning er en såpass stor del av tannpleierens arbeidsoppgaver håper vi at oppgaven vil komme oss til nytte som praktiserende tannpleiere. Målet er å bruke den kunnskapen vi får gjennom skriveprosessen - i praksis.

1.6 Disposisjon

Opgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel én er innledningen, hvor vi tar for oss bakgrunn for valg av tema og problemstilling, presenterer problemstilling, beskriver avgrensninger og eventuelle begrepsforklaringer. I kapittel to tar vi for oss metoddelen. Her skriver vi om hvordan vi fant frem til artiklene vi har brukt, viser til kildekritikk og presenterer de fire forskningsartiklene og eventuelle andre artikler vi vil belyse. I kapittel tre tar vi for oss teorien, hvor vi beskriver og definerer ulike ord og uttrykk som vi videre tar for oss i siste kapittel. I kapittel fire drøfter vi vår problemstilling på bakgrunn av pensumlitteratur, forskning og annen faglitteratur, samt egne erfaringer fra praksisfeltet og generell erfaring som kan være med på å besvare oppgaven. Kapittel fem er konklusjon som svarer på problemstillingen. Til slutt kommer litteraturlisten og vedlegg 1. Alle referanser presenteres i slutten av oppgaven. Selvvalgt litteratur er merket med * (stjerne) og antall sider vi har brukt av selvvalgt litteratur står nederst i litteraturlisten.

2. Metode

I følge Dalland (2012) blir metode definert slik; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (s. 111).

Det finnes flere metoder som kan brukes for å finne informasjon. Kvantitativ og kvalitativ er to metoder. «Den kvantitative metoden er en metode som gir data i form av målbare enheter» (Dalland, 2012, s. 112). Et eksempel på dette er statistikk. «Den kvalitative metoden handler om generell informasjon uten målbare indikasjoner» (Dalland, 2012, s. 112). Et eksempel på dette kan være erfaringer, tanker og følelser.

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Dalland (2012) sier at en litterær oppgave er basert på skriftlige kilder og erfaringer fra praksis. Utgangspunktet for valg av tema og problemstilling kan være noe vi har opplevd og sett i praksis, generelt ting fra pensumlitteratur eller relevante samfunnsproblem som har vekket vår interesse (Dalland, 2012). Vi skal svare på problemstillingen på bakgrunn av forskning, fag- og pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og egne erfaringer.

2.1 Litteratursøk

Vi skal her beskrive hvordan vi har funnet frem til kildene vi har brukt i oppgaven. Vi skal begrunne fremgangsmåte og valg av litteratur, samt presentere forskningsartiklene.

Vi har brukt biblioteket på www.Inn.no og derfra funnet nettsider spesifikt for bachelor tannpleie. Søkemotorene og databasene vi brukte for å finne forskning og annen litteratur var Oria og Google Scholar, samt PubMed og Swemed+. Ved å bruke de er vi sikre på at kildene vi finner er kvalitetssikret og pålitelig forskning. Søkeordene vi har brukt i søkemotorene og databasen er *teenagers, youth, coaching, oral health, dentist-patient relationship, knowledge, health literacy, dentistry, patient, lifestyle, adults, experience, tannlege-pasient relasjon, oral helse*. I vedlegg 1 viser vi hvordan vi brukte søkeordene for å finne frem til de 5 forskningsartiklene gjennom bruk av PICO-skjema. Gjennom skriveprosessen har vi forholdt

oss til Høgskolen i Innlandets retningslinjer. Referanseteknikken vi har benyttet oss av er American Psychological Association (APA-standard).

For å få artikler rettet mot vår oppgave kombinerte vi flere søkeord med verktøyet AND. I tillegg brukte vi * (stjerne) bak noen av søkeordene. Dette for å få flere treff om emnet. Vi spesifiserte også søket ved og kun få frem fagfellesvurderte tidsskrift, for noen artikler. Ved å lese abstract fikk vi et innsyn i hva artikkelen handlet om og om det var relevant for oss eller ikke.

Det viste seg å være utfordrende å finne forskning om relasjon mellom tannpleier og pasient. Derfor fant vi forskning ved å benytte søkeord «dentist- patient relationship» i stedet for. At forskningen handler om relasjon mellom tannlege og pasient velger vi å se bort fra. Vi bruker forskningen likevel, da tannpleieren har like mye med pasienter å gjøre som tannleger, bare at behandlingene er forskjellige.

2.2 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er kildekritikk en metode vi bruker for å finne ut om innholdet i en kilde er gyldig og pålitelig. Retningslinjer vi går etter ved kildekritikk er blant annet hvem som har skrevet artikkelen, når den er skrevet og hvor den er publisert. I tillegg er IMRaD-strukturen noe vi ser etter, da dette kjennetegner en egnet kilde. «IMRaD- strukturen er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel» (Dalland, 2012, s. 79). IMRaD er en forkortelse. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012).

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health, Yi Guo, Henrietta L. Logan, Virginia J. Dodd, Keith E. Muller, John G. Marks & Joseph L. Riley (2014), American Journal of Public Health. Vi fant forskningsartikkelen gjennom søkemotoren Oria og brukte søkeordene *health literacy*, *oral health* og *teenagers*. Forskningsartikkelen kom opp som nr en. Det handler om sammenhengen mellom health literacy (HL) og helse- og tannhelseatferd. Studien tar for seg tannleger. Sammenhengen mellom HL og den generelle helsen er vel bevisst. Når det gjelder tannhelse er det derimot få studier på og finnes dermed ingen klart

svar. I artikkelen ble de med høy HL assosiert med de som opplevde en tilfredsstillende tannhelse. I tillegg var personer med høy HL assosiert med de som kommuniserte godt med- og hadde et godt forhold til sin tannlege (patient-dentist relationship). Health literacy og god kommunikasjon og forståelse mellom tannlege og pasient er altså en viktig faktor innen pasientens tannhelse. Vi ser på denne artikkelen som relevant for vår problemstilling da studien beviser den klare sammenhengen mellom HL og tannhelse. Dette blir viktig under veiledning og avgjørende for gode resultater. Studien gir data gjennom målbare funn og er derfor en kvantitativ studie.

Advancing Health Promotion in Dentistry: Articulating an Integrative Approach to Coaching Oral Health Behavior Change in the Dental Setting, Lance T. Vernon & Anita R. Howard (2015), *Current Oral Health Reports*. Vi fant forskningsartikkelen gjennom databasen Pubmed, via søkeordene *coaching, oral health* og *dentistry*. Hvor vi da fikk opp 45 resultat. For å begrense søket valgte vi artikler fra de fem siste årene og "Free full text", og hvor vi da fikk opp 12 resultat, hvor da denne var som nr 5. Artikkelen presenterer viktige momenter under veiledning (coaching) og beskriver klart og tydelig hvordan en bør gå frem. Artikkelen inneholder ulike spørsmål man kan ha i bakhodet under veiledning. Spørsmål som blir viktig for å finne ut av pasientens kunnskaper og holdninger, helseatferd og dermed hvordan en skal veilede ut i fra det. Kommunikasjon mellom veileder og pasient, relasjon, holdninger og fremgangsmåter blir beskrevet. Studien innebærer ingen målbare data og er derfor en kvalitativ studie. Vi skal bruke artikkelen i oppgaven da vi mener dette er fine retningslinjer på hvordan gå frem i veiledningsprosessen.

Experiences of dental care: what do patients value? Alexandra Sbaraini, Stacy M. Carter, R. Wendell Evans & Anthony Blinkhorn (2012), *BMC Health Services Research*. Denne forskningsartikkelen fant vi via Pubmed hvor vi brukte søkeordene *oral health, dentist-patient relationship, adults* og *experience*. Søket ga oss 45 resultat. For å begrense søket valgte vi forskning fra de siste ti årene. Da fikk vi opp 29 resultat, hvor denne var som nr 11. Vi leste gjennom abstract og fant ut at denne er relevant til vår oppgave. Artikkelen er basert på private tannklinikker i Australia og 17 pasienter er intervjuet. Artikkelen handler om hva pasientene setter pris på hos tannlegene. Å bli behandlet som en person - ikke et reparasjonsobjekt, å bli lyttet til og respektert er viktige momenter pasientene beskriver. De foretrekker forebyggende behandling, fremfor reparasjon, og det er populært å få være med å bestemme hva behandlingen skal gå ut på (brukermedvirkning). De setter pris på veiledning

og et samarbeid med tannlegene og blir motiverte av å lære om tannhelse. Artikkelen er basert på pasientenes erfaringer og tanker rundt tannleger og tannbehandling, og er derfor en kvalitativ studie.

Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults, LM Slack-Smith, CR Mills, MK Bulsara & MJ O' Grady (2007), Australian Dental Journal. Vi fant forskningsartikkelen gjennom Google scholar med søkeordene *oral health, adults* og *lifestyle*. Vi avgrenset søket med publikasjoner for de ti siste årene. Hvor artikkelen var som nr to. Artikkelen handler om faktorene som er påvirkende for unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten i Australia. 1624 respondenter mellom 18-24 år er med i studien. Kun 41% av respondentene hadde vært innom tannklinikken de siste 12 månedene. Det viser seg at unge voksne ofte bruker tannhelsetjenesten til akutt-timer og behandling - ikke undersøkelser og forebyggende behandling. Jenter bruker tannhelsetjenesten mer enn guttene. De med fullført videregående brukte tannhelsetjenesten oftere enn de uten fullført VGS. Andre faktorer som helseatferd (røyk, alkohol), bosted (sentralt/usentralt) og helseforsikring var også avgjørende. Studien gir data gjennom målbare funn og er derfor en kvantitativ studie.

Hur får man en bra start på en framgångsrik behandling? Hans Jacob Rønold, Erik Saxegaard & Jan Eirik Ellingsen (2015). Dette er en vitenskapelig artikkel fra SweMed+. Søkeordene vi brukte var *oral helse og tannlege-pasient-relasjon*. Det kom frem 27 resultat, hvor denne var nr fire. Artikkelen handler om viktigheten rundt en nøye planlagt behandling. Fra pasienten kommer til tannklinikken og blir utredet, til endt behandling og ivaretagelse av tannhelsen må nemlig være planlagt på forhånd, av forberedte behandlere. Artikkelen inneholder i tillegg flere av momentene som vi skriver om i oppgaven. Kommunikasjon og relasjon, samt faktorer som spiller en avgjørende rolle for pasienters bruk av tannhelsetjenester er beskrevet. I følge artikkelen er en fremgångsrik behandling avhengig av blant annet faglig kompetanse, gode kommunikasjonsferdigheter og sunn fornuft. De forteller at en dårlig behandling ofte er et resultat av manglende samarbeid og manglende kommunikasjon med pasienten. Artikkelen inneholder ingen målbare enheter og er derfor basert på en kvalitativ metode.

3. Teori

3.1 Veiledning

Vi skal ta for oss den tradisjonelle metoden *veiledning*. Tveiten (2007) definerer veiledning som en pedagogisk metode som kan føre til at individet blir bevisst sin styrke og kan frigjøre potensiale menneskesinnet. I jobbsituasjoner kan veiledning være et verktøy som brukes under behandling av pasienter. Målet er å veilede pasienten på et bestemt problemområde hvor forbedring er ønsket. I en slik situasjon vil tannpleier være veileder og pasienten veisøker. Et eksempel på dette kan være en pasient med mye karies og manglende kunnskap om hvordan karies blir til. Her blir veiledning innenfor dette temaet relevant. Poenget er at pasienten blir bevisst på dette og får kunnskap om hvordan han kan forebygge det.

Det finnes ulike veiledningsmetoder, som blant annet motiverende intervju (MI) og løsningsfokusert tilnærming (LØFT-metoden). MI er en samtalem metode som baserer seg på endring, motivasjon og mestring (Helsedirektoratet, 2017b). LØFT blir av Eide & Eide (2007) beskrevet på følgende måte; «Den løsningsfokuserte metoden er i liten grad rettet mot problemet slik det erfares av pasienten, og i større grad mot unntakene, mot pasientens erfaring av situasjoner som oppleves som mindre problemfylte og mer tilfredsstillende» (s. 345). Metodene er forskjellige, men baserer seg på det samme – nemlig å hjelpe pasienten. Metodene har fellestrekk som blant annet er at de krever faglig kompetanse av personalet og at veilederen vet hva veiledning innebærer (Tveiten, 2013).

Det er flere sentrale faktorer som kan påvirke veiledningen. Kommunikasjon og relasjon mellom veileder og pasient vil blant annet bære preg av veilederens menneskesyn og menneskeverd. Dalland (2010) sier at bakgrunnen for veiledningen er at veilederen har pasientens ve og vel som utgangspunkt. Det handler om å hjelpe pasienten og se hele mennesket. I følge Aalberg (2002) handler menneskesyn om hva og hvem mennesket er, menneskets natur og motiver. En måte å dele inn menneskesynet på kan være å sette parvise motsetninger opp mot hverandre. Måten man deler det inn på innebærer at man har forforståelse av menneske. Parvise motsetninger kan for eksempel være det sosiale menneske kontra det usosiale og det rasjonelle mot det irrasjonelle. Aalberg (2002) sier at

mennesket kan være både det ene og det andre, avhengig av hvilke situasjon det befinner seg i.

Menneskesynet kan grovt sett deles opp i to; determinisme og fri vilje. Determinismen handler om at menneskets liv i store trekk er forutbestemt og underkastet forhold som det i liten grad har innflytelse på. Fri vilje går ut på at mennesket har mulighet til å foreta egne valg. Mennesket blir sett på som unikt og enestående. I motsetning til deterministisk tenkning hvor mennesket blir sett på som et objekt, blir mennesket her sett på som et subjekt. Hvis behandleren har et menneskesyn basert på fri vilje vil veilederstilen basere seg på tilretteleggelse, i stedet for å fortelle pasienten hva den skal gjøre. Denne veiledningsstilen blir kalt forkynneren (Aalberg, 2002).

Vernon & Howard (2015) har utarbeidet en forskningsartikkel hvor det blir gitt en rekke retningslinjer for hvordan de mener veiledningen burde ta form. Vi vil beskrive noen av dem i korte trekk for så å drøfte dem i neste kapittel. Artikkelen sier at veilederen burde være konversabel og avslappet. Dette bidrar til en trygg atmosfære mellom veileder og pasient. Videre fortelles det at veilederen ikke skal bruke fagspråk - dette kan ødelegge pasientens opplevelse av kommunikasjon dem imellom og hindre at pasienten forstår hva det veiledes om. Veilederen burde ha en nysgjerrig og ikke-dømmende holdning, være tålmodig og lyttende. Det skal ikke jobbes hierarkisk - veileder og veisøker er like viktige og veiledningen er avhengig av begge parter. Å lese pasientens verbale, men også nonverbale språk er viktig for kommunikasjonen og forståelsen av hverandre. Å projisere håp og ha tro på at pasienten kommer i mål, og til slutt oppmuntre pasientens autonomi, engasjement og empowerment er også viktige faktorer (Vernon & Howard, 2015).

Under veiledning blir empowerment en sentral faktor. Begrepet empowerment betyr å gi makt (Dalland, 2010). Under veiledningen er det veilederen som i utgangspunktet har makten, fordi det er hun som innehar kunnskapen. Med empowerment er meningen at maktposisjonen mellom veileder og pasient skal byttes om på, slik at pasienten oppnår makt (Dalland, 2010). Empowerment er et nytt begrep innen helsefag, og innebærer at pasientene skal medvirke i prosessen og bli bevisst på behandlingen (Tveiten, 2013). Tidligere var det veilederen som var makthaver og skulle ha ekspertrollen ovenfor sine pasienter. Det var veileder som skulle løse problemet for dem, uten noe form for inkludering. Pasienten skal nå bli stimulert og utfordret slik at utviklingen og dens kunnskapsnivå stiger. Veilederens rolle

vil være å gå veien sammen med veisøkeren, ved å tilrettelegge. Det er viktig at veilederen vet hvordan dette skal gjøres. Et viktig moment under veiledning er å få frem tanker og refleksjoner fra veisøkeren. Dette fører til egne, selvstendige avgjørelser, noe som er helt nødvendig for læring og utvikling (Tveiten, 2013). Som Dalland (2010) sier at «målet for veiledning er læring» (s. 127). Det nytter ikke å fortelle pasienten hva han skal og ikke skal gjøre, pasienten må selv være med i behandlingen. Pasienten skal tilegne seg kunnskap, utvikle og frigjøre sine potensialer. Det er *dette* som menes med veiledning (Tveiten, 2013).

For å utfordre pasienten og få i gang de ønskede tankeprosessene som ble nevnt ovenfor, er evnen til å stille gode spørsmål svært relevant. Tveiten (2013) hevder at «spørsmål som bidrar til refleksjon, oppdagelse og bevisstgjøring er gode spørsmål» (s. 109). Et godt spørsmål burde inneholde spørreord som *hvordan*, *hva*, *hvis* eller *når*. Dette er spørreord som kan stimulere pasientens tankegang og få frem refleksjon og bevisstgjøring (Tveiten, 2013). I følge Rønold, Saxegaard & Ellingsen (2015) er også spørsmålet “*hva kan jeg hjelpe deg med?*” et ideelt spørsmål å stille pasienten. Det er åpent, det viser pasienten at vi er der for å hjelpe, noe som igjen skaper tillit og trygghet.

I tillegg til gode spørsmål er også lyttingen en stor del av veiledningen. I følge Aalberg (2002) er det to måter å lytte på, aktivt og passivt. Det er den aktive lyttingen vi forholder oss til under veiledning. Aktiv lytting innebærer at veilederen stiller åpne spørsmål som for eksempel “kan du utdype dette?” og man må lytte på en anerkjennende måte til hva pasienten har å fortelle. Å lytte på en anerkjennende måte kan gjøres gjennom nonverbal kommunikasjon ved å for eksempel nikke bekræftende, ha blikkontakt og komme med små kommentarer underveis (Tveiten, 2013). Når det passer seg kan man også komme med konstruktive, gjennomtenkte tilbakemeldinger. Tanken med dette er å aktivisere pasienten slik at det blir tilrettelagt for refleksjon. Refleksjon kan være helt avgjørende for atferdsendring (Aalberg, 2002).

For å styrke pasientens ståsted står brukermedvirkningen sentralt. I følge Helsedirektoratet (2017a) handler brukermedvirkning om å inkludere pasienten i planlegging, gjennomføring og evaluering av en behandling. Brukeren skal sees som en likeverdig partner som skal være med på å ta beslutninger angående deres helse. Brukermedvirkning er i tillegg en lovfestet rettighet. Det betyr at tjenesteapparatet ikke kan velge å forholde seg til dette eller ikke, det er nemlig en plikt de har overfor pasientene (Helsedirektoratet, 2017a). Å bli inkludert og

føle at egne valg og meninger blir respektert og hørt er viktig for selvbilde og verdighet og vil dermed kunne påvirke behandlingen positivt. Brukermedvirkning fører også til at behandlingen blir tilrettelagt for hver enkelt pasient, da de er med å bestemme hvordan for eksempel veiledningen skal foregå (Helsedirektoratet, 2017a). I artikkelen av Sbaraini, Carter, Evans & Blinkhorn (2012) blir det gang på gang fortalt av pasientene selv, at det å bli inkludert i behandlingen settes stor pris på. Det hjelper pasientene å få en større forståelse for tannhelsen og hva som skjer under en behandling.

For at brukermedvirkningen skal fungere optimalt kommer begrepet health literacy (HL) inn. Begrepet handler om en persons ferdigheter og evne til å forstå og ta fatt i helseinformasjon og dermed ivareta egen helse (Jenum & Pettersen, 2016). I artikkelen av Guo, Logan, Dodd, Muller, Marks & Riley (2014) blir det bevist at sammenhengen mellom HL og tannhelsen er stor. De med høy HL opplever en bedre tannhelse, i motsetning til de med lav HL. Det er derfor viktig at veiledningen foregår på en slik måte at pasienten forstår budskapet. Dette kan gjøres gjennom å prate på en enkel og konkret måte og tilrettelegge slik at minst mulig misforståelser oppstår. Å bruke faguttrykk og prate på et nivå som pasienten ikke forstår er uheldig. I tillegg forteller de at personer med lav HL har større risiko for å få orale sykdommer. Health literacy er dermed viktig for ivaretagelse av egen helse. Jo høyere nivå av HL, desto bedre helseforståelse har pasienten (Guo et al., 2014).

3.2 Kommunikasjon og relasjon

Viktigheten av kommunikasjon og relasjon mellom behandler og pasient kommer frem i samtlige litteratur vi har brukt. I følge Eide & Eide (2007) kan kommunikasjon defineres som «... utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter» (s. 17). Tveiten (2013) sier at all atferd, det vi sier og det vi gjør har en kommunikasjonsverdi. Felles for all kommunikasjon er at budskapet vi sender formidles og tolkes på ulike måter, og det kan fort oppstå misforståelser. Innen kommunikasjon finnes den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Enkelt sagt kan vi si at den verbale kommunikasjon foregår med ord, mens den nonverbale er all kommunikasjon uten ord, for eksempel kroppsspråk (Eide & Eide, 2007).

Under en veiledning vil både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen være til stede. Når vi prater med pasienten vil han høre ordene vi sier gjennom det verbale språket,

men også tolke det vi sier gjennom det nonverbale (Tveiten, 2013). Hvis vi ikke er ærlig med pasienten, vil dette kunne uttrykke seg gjennom det nonverbale. Vi kan vise uærlighet gjennom å unngå blikkontakt, opptre nervøst og prate usammenhengende. Andre eksempler på nonverbal kommunikasjon er ansiktsuttrykk, nøling, kroppsbevegelser og kroppsholdning, stemme og berøring (Tveiten, 2013). Nonverbal kommunikasjon har en sentral rolle innen relasjon mellom mennesker. Mange oppfatter den nonverbale kommunikasjonen som mer betydningsfull enn den verbale kommunikasjonen (Tveiten, 2007). Hvis man en dag har dårlig dag kan det fort la seg uttrykke gjennom den nonverbale kommunikasjonen. Dette kan pasienten fort legge merke til, og det kan bidra til at han får en negativ opplevelse. Ved å kvie seg, unngå blikkontakt og ha en avvisende kroppsholdning trenger vi ikke det verbale språket for å fortelle at vi er ubekvemme (Tveiten, 2013).

Når det gjelder verbal og nonverbal kommunikasjon er det viktig at de stemmer overens med hverandre. Dette kalles kongruent kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Stemmer ikke den nonverbale kommunikasjonen med den verbale, vil pasienten ha vanskeligheter med å forstå det som blir formidlet. Dette kalles inkongruent kommunikasjon. Når det nonverbale språket derimot, stemmer med det verbale språket og det vi sier virker pålitelig kommuniserer vi kongruent (Eide & Eide, 2007).

Det er flere faktorer under kommunikasjon som er nødvendig å være klar over. Som nevnt ovenfor vil en dårlig dag fort kunne røpes gjennom den nonverbale kommunikasjonen. Stemmen er en av måtene vi uttrykker oss på. Stemmebruket uttrykker hvordan vår tilstand er, her og nå (Tveiten, 2013). I følge Eide & Eide (2007) kan stemmebruket være både varm og kald, alvorlig og lattermildt, urolig og skjelvende. Under veiledningen vil stemmebruket variere, avhengig av hva tannpleieren prater om.

I følge Tveiten (2013) kalles det å kommunisere om kommunikasjonen for metakommunikasjon. Hensikten er å øke forståelsen for hva som skjer i veiledningen. Er kommunikasjonen slik den skal være, eller er det noe som kan forbedres? Ved å stille spørsmålstegn til hvordan veiledningen for eksempel oppfattes av pasienten kan gi verdifull informasjon om hvordan veiledningen oppleves. Det gir også pasienten mulighet til å medvirke i hvordan han ønsker veiledningen skal være. Spørsmål som "hvordan opplever du veiledningen?" er åpent, men samtidig et ledende spørsmål. Vi ønsker å få konkrete svar på hva pasienten tenker og føler om veiledningen. Metakommunikasjon kan anvendes i både

individuell og gruppeveiledning og kan initieres av både veilederen og pasienten. Metakommunikasjon er hensiktsmessig for både behandler og pasient. Pasienten får, som nevnt ovenfor mulighet til å medvirke, samtidig som behandleren får tilbakemelding på hvordan den veileder (Tveiten, 2013).

Eide & Eide (2007) sier at pasienter setter pris på humor. Samtidig som det fører til positiv stemning, kan det også fungere som en mestringsstrategi for både veileder og pasient. «Begrepet «humor» brukes i dag om det som virker komisk og som kaller på latteren» (Eide & Eide, 2007, s. 243). Det står at humor og latter kan føre til forsoning med det fortvilte i en situasjon. Å bruke humor kan for noen gi et nytt perspektiv på en ellers så vanskelig situasjon. Humor og latter kan dessuten være nødvendig for å slippe seg løs og uttrykke fortvilte følelser. Dette gjelder selvsagt ikke alle. Bruk av humor må vurderes i forhold til pasienten, da ikke alle pasienter reagerer positivt ved bruk av humor. I tillegg til bruk av humor som en positiv forsterkning, kan humor også brukes på en negativ måte. Latterliggjøring og kritisering er ikke morsomt og må ikke forekomme i pasientbehandling (Eide & Eide, 2007).

Når en tannpleier kommuniserer med en pasient på tannklinikken er ikke dette det samme som å kommunisere med venner og familie på privaten. Pasientene vi kommuniserer med trenger vår hjelp og assistanse innen vårt yrke. Dette kalles profesjonell kommunikasjon. I følge Eide & Eide (2007) handler profesjonell kommunikasjon om hvordan vi kommuniserer som yrkesutøvere i arbeidslivet. Begrepet *profesjon* er latinsk og betyr yrke (Eide & Eide, 2007). Vår yrkesrolle innebærer å hjelpe pasienten på bakgrunn av faglig kompetanse og autorisasjon og formålet med dette er å fremme helse. Profesjonell kommunikasjon har derfor alltid som formål å være til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2007).

Relasjonen mellom veileder og pasient har stor betydning for kvaliteten på veiledningen (Tveiten, 2013). «Begrepet «relasjon» kommer av det latinske *relatio*, som egentlig betegner det at én gjenstand står i forbindelse med en annen» (Eide & Eide, 2007, s. 17). Begrepet brukes hovedsakelig om forholdet mellom mennesker. En god relasjon mellom veileder og pasient baserer seg på blant annet trygghet og tillit. Det skaper en avslappet stemning, noe som kan gjøre kommunikasjonen enklere. Dette er viktig for et godt samarbeid. Tveiten (2007) sier at å støtte og bekrefte pasienten og å dele tanker og erfaringer sammen er viktig under relasjonsbygging. Er relasjonen dårlig vil dette påvirke veiledningen

negativt. En dårlig relasjon kan handle om at pasienten opplever kommunikasjonen mellom seg og veileder som manglende, eller at veilederen for eksempel har dårlige holdninger og er uhøflig (Tveiten, 2013). En trygg relasjon gjør det mulig å vise både sine sterke og svake sider hos hverandre. Det å tørre og være sårbar er viktig. Det gir rom for refleksjon, noe som er nødvendig under læring og utvikling (Tveiten, 2013).

3.3 Den didaktiske relasjonsmodell

Under veiledning er det som nevnt ovenfor flere faktorer som er med på å påvirke seansen. Det er viktig at veiledningen planlegges godt, slik at det oppleves positivt for både veileder og veisøker. For å oppnå en så god veiledning som overhodet mulig tar vi for oss den didaktiske relasjonsmodellen som utgangspunkt. Dalland (2010) sier at «modellen understreker betydningen av helhetstenkning, og viser hvordan de ulike kategoriene spiller sammen og er avhengig av hverandre» (s. 160). Vi ønsker å bruke modellen slik at planlegging, utførelse og vurdering av veiledningen blir nøye planlagt. Dette for å oppnå fornøyde pasienter og et best mulig resultat. Vi har selv brukt modellen i undervisningssammenheng for både ansatte og elever, i sammenheng med utadrettet folkehelseiltak.

Modellen ble i 1978 utviklet av Bjørndal og Lieberg, som et verktøy ment til å styrke læreres arbeid i planlegging av undervisning (Aalberg, 2002). I følge Hiim & Hippe (1991) defineres didaktikk slik; «Praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av undervisning og læring» (referert i Hiim & Hippe 2006, s. 16). Modellen tar for seg seks viktige kategorier som skal tas i betraktning under undervisning eller veiledning. Dette er læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, faginnhold, læringsprosess og vurdering. Alle kategoriene påvirker hverandre i større eller mindre grad (Hiim & Hippe, 2006). Modellen hjelper oss å tenke gjennom det som kan påvirke veiledningen - både positivt og negativt (Dalland, 2010). Vi skal kort og konkret beskrive kategoriene her, før vi drøfter dem i neste kapittel.

Læreforutsetninger handler om hvem vi skal veilede. Hvilke forutsetninger har pasienten? Det handler blant annet om forkunnskaper, interesser og holdninger. Det kan være fysiske og psykiske faktorer som må tas hensyn til. Det er viktig at veiledningen blir individuelt tilpasset hver enkelt. Har pasienten et psykisk handicap kan veiledningen bli annerledes enn

for en pasient uten psykisk handicap. Pasientens forkunnskaper og motivasjon for endring vil også være individuelt og må derfor tas i betraktning (Hiim & Hippe, 2006). I følge Aalberg (2002) er læreforutsetningene svært viktig å kjenne til for at samarbeidet skal fungere optimalt. Psykiske læreforutsetninger kan for eksempel være at pasienten er utålmodig eller distraheret. Fysiske læreforutsetninger kan være en funksjonshemming eller en brukket arm. Sosiale læreforutsetninger kan være at pasienten nettopp er tilflyttet, har kjærlighetsorg eller økonomiske problemer. I tillegg vil pasientens personlighet være en påvirkningsfaktor, og har stor betydning for samspillet mellom veileder og pasient. Faktorene har til felles at de alle er med på å påvirke veiledningen.

Rammefaktorer er en vid kategori. De sier noe om mulighetene eller begrensningene for veiledningen. Eksempler på rammefaktorer er tiden vi har til rådighet, lokale, kostnader og antall deltakere. Veilederens kompetanse, ressurser og kunnskaper er også en del av denne kategoriene (Hiim & Hippe, 2006). Er veilederen godt forberedt og har god faglig kompetanse vil det påvirke veiledningen i en positiv retning. Det er viktig at veilederen tenker over tidsrammene, slik at for eksempel stress ikke blir en ødeleggende faktor.

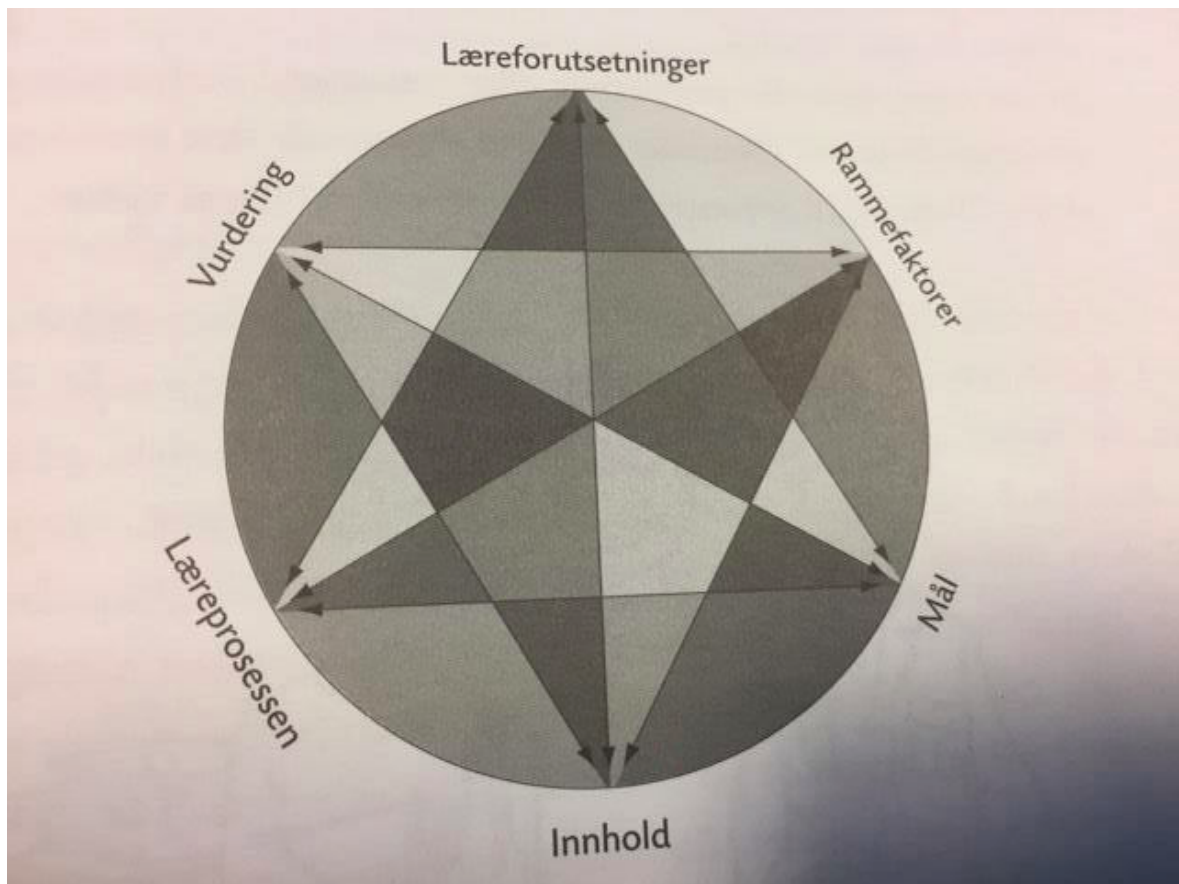
Mål og formål handler om veiledningens resultat. Formålet er det vi ønsker å sitte igjen med helt til slutt. Mål og delmål er det som er nødvendig for å oppnå formålet (Dalland, 2010). Eksempler på delmål kan være at en pasient skal begynne med tannpuss en gang om dagen, hvis pasienten kun pusser tennene et par ganger i uka. Formålet vil etter hvert bli tannpuss to ganger om dagen. Poenget med delmålet er å gjøre målene realistiske. Ved å lage små mål, men som likevel krever litt fra pasienten, vil føre til at det oppleves som overkommelig. Hiim & Hippe (2006) sier at målene i en undervisning kan være både langsiktige og kortsiktige. Langsiktige mål kan gjelde for flere måneder, mens kortsiktige mål kan gjelde for en time eller en dag. Det er viktig at pasienten er med på å diskutere målene som blir satt opp med veileder, slik at de er delaktige i behandlingen. Å oppnå et mål er viktig for mestingsfølelse og motivasjon, noe som er helt nødvendig for arbeidet videre.

Innholdet i veiledningen er det som legger grunnlaget for hva veiledningen skal handle om. Alle veisøkere er forskjellige og trenger dermed individuelt tilpasset og tilrettelagt faginnhold. For at dette skal være mulig er det nødvendig at veileder og pasient har kjennskap til hverandre og at veilederen vet hva pasienten trenger veiledning i. Hvis en pasient for eksempel trenger hjelp og motivasjon til røykeslutt, er det naturligvis dette

veiledningen skal handle om. Er pasienten med på å bestemme faginnholdet vil sjansen for suksess være større. Pasienten kan da komme med ønskede forslag, noe som gir opplevelse av kontroll og en følelse av å bli inkludert (Hiim & Hippe, 2006).

Læreprosessen går ut på hvilke arbeidsmetoder vi velger for veiledningen. Hva skal veisøker gjøre? Hva skal veileder gjøre? Vi skal bruke veiledning som arbeidsmetode og skal i neste kapittel ta for oss viktige momenter for hvordan veiledningen bør foregå. Vi velger å bruke en konkret metode for å vise til et konkret eksempel, dette også i neste kapittel. Metoden vi skal bruke der, er tell-show-do-metoden, som betyr fortelle-vise-gjøre. I følge Mejåre, Modèer & Twetman (2008) er dette den vanligste arbeidsmetoden innen tannhelsetjenesten. Metoden innebærer at behandler først forteller pasienten hvordan en oppgave skal utføres. Her er det da viktig å kommunisere på en enkel og konkret måte slik at pasienten forstår hva som skal skje (tell). Videre skal behandleren instruere i oppgaven som skal læres (show), for så at pasienten skal utføre det selv (do) (Mejåre et al., 2008). Denne veiledningsmetoden gjør pasienten godt forberedt på oppgavene som skal utføres og læres. Metoden innebærer både teori og praksis, samt observasjon før utprøvelse.

Vurdering av veiledningen er den siste kategori vi skal ta for oss. Dette går ut på å evaluere veiledningen, hvor vi prater med pasienten om hva som gikk bra eller hva som gikk dårlig. Vi kan spørre om pasienten er fornøyd med veiledningen eller om det forbedringspotensial. Dette gir veiledningen en fin avslutning hvor vi sammen prate om hvordan det har gått (Hiim & Hippe, 2006).



Figur 1: Utarbeidet av Bjørndal & Lieberg.

Hentet fra Hiim, H. & Hippe, E. (2006). *Praksisveiledning i lærerutdanningen: En didaktisk veiledningsstrategi*.

4. Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte vår problemstilling: «*Hvordan veilede unge voksne i det forebyggende tannhelsearbeidet?*»

Vi skal bruke et eksempel gjennom hele kapittelet: Ola på 24 år kommer til en undersøkelse. Han har vært på klinikken tidligere på akutt-time hos tannlegen for store kariesangrep, men har ikke vært til undersøkelse hos tannpleier/tannlege siden han var pasient hos DOT, som 20 åring. Pasienten sliter med munnhygien og forteller om et bekymringsverdig kosthold basert på mye sukker og hurtigmat, samt brusdrikkning mellom måltidene.

Tannpleier finner flere store kariesangrep. Etter samtale med Ola blir vi enige om å sette opp ny time til rens og hygienekontroll. Ola mangler ikke motivasjon, men kunnskap. Det ser ut som han forstår alvor og virker svært samarbeidsvillig om å forbedre sin tannhelse. Vi vil bruke den didaktiske relasjonsmodellen som utgangspunkt og dele kapittelet i tre faser. Fase 1: planlegging. Fase 2: gjennomføring. Fase 3: vurdering.

4.1 Fase 1

I planleggingsfasen tar vi for oss læreforutsetninger, rammefaktorer, faginnhold og mål for veiledningen.

Som vi skrev i teoridelen handler læreforutsetninger om hvem vi skal veilede. For å kunne tilpasse og individualisere veiledningen må vi nemlig først vite hvem vi har med å gjøre. Dette skjer gjennom å bli kjent med pasienten. Under første møte med en pasient har vi en unik mulighet til å bli kjent med hverandre og allerede her skape en relasjon. I artikkelen av Vernon & Howard (2015) blir viktigheten rundt tillit og en god relasjon mellom behandler og pasient påpekt. Forståelsen av hele pasienten og ikke bare det de skal veiledes om er helt nødvendig for å forstå sammenhengen av situasjonen. Hvis Ola for eksempel er ukonsentrert og utålmodig, vil dette påvirke veiledningen og må tas hensyn til. Det kan vi gjøre ved å kutte ned på tiden, slik at veiledningen ikke blir for lang. Når det gjelder relasjonen mellom tannpleier og pasient har vi fra praksiserfaring opplevd at når relasjonen er god, blir behandlingen opplevd som bra for både tannpleier og pasient. Vi har også opplevd situasjoner der relasjonen ikke er god. Dette kan fort føre til ubehag og gjøre atmosfæren

utrygg for begge parter. I følge Tveiten (2013) har nemlig relasjonen en stor betydning for tryggheten på samhandlingen mellom behandler og pasient. Hvis Ola for eksempel har vanskeligheter med å bli kjent med tannpleier vil det kunne by på utfordringer under veiledningen. Det å bli kjent med hverandre er en viktig faktor som igjen; bidrar til opplevelse av trygghet (Tveiten, 2013).

Hvis Ola opplever tannpleieren som dyktig og engasjert vil det kunne føre veiledningen i en positiv retning. Tannpleierens evne til for eksempel bruk av gode, gjennomtenkte spørsmål er en faktor som er med på å avgjøre om tannpleieren gjør en god jobb under veiledningen. Med gode og gjennomtenkte spørsmål mener vi spørreord som; *hvordan, hva, hvis* eller *når*. Et eksempel på et spørsmål vi kan stille Ola er “*hvor ofte pusser du tennene?*”. Å spørre slik vil stimulere pasienten og sette i gang en tankeprosess. I praksis har vi fått opplevd nettopp dette. Ved å spørre “*pusser du to ganger om dagen?*”, kan pasienten ofte svare “*ja*” uten at dette nødvendigvis er tilfelle. Her tenker vi at vi på mange måter legger svaret i munnen på pasienten, og at tanker og refleksjon ikke kommer frem. Andre eksempler på gode spørsmål kan være “*hva tenker du om dette?*” eller “*kan du si litt mer om dette?*”. Slike spørsmål gir store svarmuligheter fordi vi allerede her unngår å styre spørsmålet inn til noe helt spesifikt (Eide & Eide, 2007).

Hvis pasienten derimot får *hvorfor-spørsmål*, kan det bli vanskelig å svare. Pasienten blir utfordret til å forklare det han blir spurt om og kan oppleve dette som et angrep og kjenne på skyldfølelsen (Eide & Eide, 2007). Hvis vi spør Ola “*hvorfor pusser du ikke tennene dine bra nok?*” vil det mest sannsynlig føles som et angrep. Det høres aggressivt ut og virker konfronterende. Ved å i stedet spørre på følgende måte “*hva synes du er utfordrende med tannpuss?*” inkluderer vi spørreordet *hva*, noe som gjør spørsmålet mer åpent og mindre konfronterende. Her sier vi heller ikke direkte at tannpussen er for dårlig og vi legger opp til et mer hyggelig spørsmål uten den aggressive tonen (Eide & Eide, 2007).

Hvordan tannpleieren stiller spørsmålene til pasienten er altså viktig å tenke over. I tillegg til spørreordene er også setningsoppbyggingen viktig. Johannessen, Tuft & Christoffersen (2010) sier at spørsmålene bør være korte og enkle. Dersom spørsmålene er lange og inneholder vanskelige ord med komplisert setningsbygning, vil det neppe gi gode svar fra pasienten. Forøvrig gjelder dette også ved å spørre om flere spørsmål på en gang. Et eksempel på dette kan være å spørre Ola “*hvordan har det gått og har gingivitten*

(tannkjøttbetennelse) forsvunnet?''. Dette er for oss enkelt å svare på, men for pasienten er kanskje ikke gingivitt like forståelig. Dessuten stiller vi flere spørsmål på en gang, noe som kan hindre Ola i å få tenkt ordentlig gjennom hva han skal svare. Spørsmålene bør dermed stilles hver for seg, og vi må la pasienten få tid til å tenke gjennom spørsmålet, slik at han på en reflektert måte får tid til å tenke før vi går videre i samtalen (Johannessen et al., 2010). Fra praksiserfaring har vi opplevd at vi i starten av utdanningen var meget ivrig og spurte pasienten om alt mulig. Etterhvert har vi lært oss hvordan tilnærmingen burde foregå, og så i ettertid at vi overdrev litt i starten. Dette er lærdom vi har skaffet oss gjennom å se hvordan pasienten reagerte på alle spørsmålene som ble stilt. Vi erfarte at det å stille flere spørsmål samtidig, gjorde det vanskelig for pasienten å svare.

En rammefaktor som kan påvirker veiledning på tannklinikken er tiden vi har til rådighet. Veiledningen bør ikke bære preg av stress, da dette kan ødelegge mye av opplevelsen og dessuten resultatet. Hvis tannpleieren har dårlig tid kan det påvirke kommunikasjonen med pasienten. I artikkelen av Rønold et al. (2015) blir det fortalt at helsepersonell ofte gir pasientene for lite tid til å snakke om sine tanker, helseplager og forventninger. Dette kan gi pasienten en følelse av å ikke bli hørt og tatt seriøst. Det gjør også at viktig informasjon som er helt nødvendig for veiledningen, ikke blir fortalt om fordi pasienten ikke får muligheten. Dette kan føre til misfornøyde pasienter, noe som der igjen fører til en mindre vellykket behandling. Dette har vi selv erfart i praksis. Ved å se på klokken under behandlingen og se at tiden ikke strekker til før neste pasient skal inn på behandling påvirker uten tvil kvaliteten på den nåværende behandlingen. Vi merket fort at dette ble en ødeleggende faktor under kommunikasjonen mellom oss og pasienten. Det førte ofte til at vi i siste del av behandlingen ikke fikk avsluttet på en tilfredsstillende måte. Vi begynte å stresse og pasienten merket det. Dette kan i verste fall føre til at pasienten forlater klinikken i hastverk.

Ettersom vi har sett at Ola sliter med munnhygien og opplyser om et sukkerholdig kosthold vil veiledning innenfor pusseteknikk og kosthold være relevant. Under kostholdsveiledning vil vi bruke sukkerklokka som verktøy for å vise pasienten sammenhengen mellom inntak av mat og drikke og at tennene utsettes for syreangrep (Mejára et al., 2008). Målet er å få Ola til å forstå skadeeffekten. Vi har selv brukt sukkerklokka i praksis hos pasienter som ikke har hatt forståelse for kostholdets påvirkning på tennene, og vi har gode opplevelser med å bruke den. Pasientene har fortalt at den gjorde

veiledningen enklere og fikk større forståelse for hva vi skulle frem til ved å bruke den som eksempel.

For å beskrive en veiledning-seanse helt konkret tar vi for oss tell-show-do-metoden. Vi vil veilede Ola i riktig pusseteknikk og starter først med å fortelle pasienten hvordan riktig pusseteknikk utføres. Vi vil forklare på en kort og forståelig måte, uten bruk av faguttrykk. Det er nå pasienten tar til seg den teoretiske kunnskapen. Videre viser vi pasienten hvordan vi utfører korrekt tannpuss. Vi skal bruke en tannmodell for å vise pusseteknikken. Bruker Ola manuell eller elektrisk tannbørste? Dette kan være lurt å bli enig om på forhånd, slik at Ola får veiledning med den tannbørsten han benytter seg av. Siste del av metoden er "do". Her skal pasienten utføre oppgaven med en aktiv tannpleier sammen med han. Vi mener metoden er et godt verktøy, fordi pasienten på forhånd får vite hva som forventes underveis. Vi får dessuten sjansen til å se om pasienten forstår oppgaven. Det blir fortalt av en pasient i artikkelen av Sbaraini et al., (2012); «I always think that it is better if the dentist explains it to you and shows you what to do ... » (s. 9). Dette kan for pasienten oppleves betryggende. Det at vi først forteller og viser pasienten gjør han godt forberedt til å prøve selv (Mejåre et al., 2008). Vi kjenner oss igjen i dette fra praksis. At veilederen først forteller og viser hvordan man utfører en bestemt oppgave er en god måte å lære nye oppgaver på. Dette foretrekkes fremfor å bare fortelle pasienten hva han skal gjøre, for så å sende pasienten hjem der pasienten må prøve det ut alene, uten veiledning.

I fase 1 vil vi i fellesskap sette et mål for veiledningen. Når målene blir laget er det viktig at både veileder og veisøker er enige og jobber sammen. Da vil veisøker være med å ta del i ansvaret for læringen. Målene må også samhandle med pasientens læreforutsetninger (Hiim & Hippe, 2006). Det vil si at veilederen tilpasser målene etter hva pasienten kan og ønsker å få til. Spør pasienten hva han ønsker forbedring på og hjelp pasienten med realistiske mål fremover. Det er viktig at målene er realistiske slik at de er mulig å oppnå (Hiim & Hippe, 2006). Måloppnåelsen er viktig for mestringsfølelse og motivasjon videre.

Med tanke på Olas situasjon vil målene basere seg på å oppnå en forbedret munnhygiene og økt kunnskap om kosthold, da det er dette vi har satt som utgangspunkt. La oss si at Ola drikker 1 liter brus hver dag. Her kan vi sammen lage et mål som tilsier at han skal kutte ned på dette. Vi kan for eksempel bli enige med Ola om at brusforbruket skal reduseres til 0,5 l hver dag. Hvis pasienten får til dette, kan vi endre målet etterhvert. For eksempel

brusdrikking tre dager i uka? Hvis pasienten kun pusser tennene en gang om dagen, kan målet for munnhygienen være å få til tannpuss to ganger daglig. Målene må hele tiden tilpasses Ola og det er viktig at han er aktiv i samtalen og gir uttrykk for hva som vil passe for han (Hiim & Hippe, 2006). Målene kan forandres underveis hvis det oppstår endringer. Av egne erfaringer vet vi at det er lett å stille for høye krav til pasienten. Å skulle lære seg en ny oppgave på én veiledningstime på tannklinikken kan være storforlangende. Man må se på veiledningen som en prosess, der målet er langsiktig og noe som må jobbes med for å få det inn i de daglige rutineene (Hiim og Hippe, 2006). I oppgavens sammenheng ønsker vi langsiktige mål for pasienten, da gode helsevaner er ønskelig at skal vare livet ut.

4.2 Fase 2

I fase to tar vi for oss læreprosessen. Vi skal bruke veiledning som arbeidsmetode og drøfte viktige momenter under en veiledning-seanse.

Viktigheten av kommunikasjon og relasjon mellom behandler og pasient har kommet frem i samtlige artikler og bøker vi har brukt. I følge Sbaraini et al. (2012) er relasjon mellom tannlege og pasient (dentist-patient relationship), samt kommunikasjonsferdigheter og holdninger hos tannhelsepersonell noe pasientene er svært opptatte av.

Artikkelen sier videre at pasientenes forventninger til tannhelsepersonellet hovedsakelig handler om akkurat dette, og at det er viktigere enn deres forventninger til tannhelsepersonellens faglige kompetanse. At tannlegene er støttende og omsorgsfulle, lyttende og motiverende settes stor pris på. Det at tannlegene forklarer og veileder på en måte som gjør at pasienten ikke føler at de blir ‘pratet ned på’ kom også frem i artikkelen (Sbaraini et al., 2012). Når det er sagt, er det ikke alltid like lett å for eksempel skulle lytte til pasienten og støtte opp om det de mener. Noen pasienter ønsker ikke å ta imot veiledning, selv om både vi og pasienten vet at det er nødvendig. Fra praksiserfaring har vi opplevd at noen pasienter ikke tar til seg veiledningen, selv om det for eksempel er mye karies og dårlig munnhygiene. Dette kan være utfordrende å respektere og forstå.

Vernon & Howard (2015) sier at måten budskapet blir levert på blant annet avhenger av veilederens holdninger. Har veilederen en negativ og dømmende holdning vil pasienten merke dette gjennom den verbale og/eller nonverbale kommunikasjonen. Dette kan ødelegge mye av relasjonen mellom veileder og pasient og tilliten og tryggheten kan bli svekket.

Artikkelen av Guo et al. (2014) sier at god kommunikasjon mellom tannlege og pasient fører til fornøyde pasienter som benytter seg av tannhelsetjenesten. Ved manglende kommunikasjon derimot, kan angst og misnøye opptre og pasienten vil i verste fall ikke ønske å bruke tannhelsetjenesten (Guo et al., 2014). Fra praksiserfaring har vi opplevd at å starte behandlingen med uformell prat som for eksempel *“hvordan går det?”* eller *“har det gått bra siden sist?”*, kan være en fin overgang til selve behandlingen. Å bli behandlet som en person vil føles bedre enn å bli behandlet som en pasient der kun tennene er i fokus. Dette har vi selv opplevd når vi har vært pasient i en behandlingssituasjon. Måten behandleren tar oss imot på og starter behandlingen på er avgjørende for trivsel og selvfølelse. Det påvirker følelsen av verdighet og det å bli sett på som viktig, samt at det gir en følelse av trygghet. Våre erfaringer understøtter på denne måten det artiklene viser til.

Eide & Eide (2007) sier at den nonverbale, bekreftende kommunikasjonen er meget viktig under relasjonsbygging mellom veileder og pasient. Det å møte pasienten på en åpen, oppmuntrende og bestyrkende måte vil få pasienten til å føle seg trygg. En trygg pasient er nemlig avgjørende for åpen og ærlig kommunikasjon der tanker og følelser blir delt. Det å møte pasienten der han er og finne et passende nivå å kommunisere på er også viktig her (Tveiten, 2007). Hvis Ola ikke føler seg komfortabel med tannpleieren vil det kunne føre til at han ikke åpner seg opp og dermed kommuniserer mindre. Å holde tilbake informasjon eller mangel på kommunikasjon kan redusere hjelpen som pasienten mottar fra oss. Om Ola ikke forteller relevant informasjon som er nødvendig for tannpleieren å vite om, vil det kunne bli vanskelig for tannpleier å hjelpe pasienten tilstrekkelig. Relasjonen står dermed svært sterkt under pasientbehandling.

Som Aalberg (2002) sier er det menneskesynet som går ut på fri vilje som er det ideelle i veiledningssammenheng. Veilederen ser da på pasienten som unik og i stand til å ta egne, sunne valg. Her kommer vi inn på blant annet brukermedvirkning og empowerment som vi skal se nærmere på senere i kapitlet. Forkynner-stilen kan by på utfordringer dersom pasienten ikke ønsker å utføre de oppgavene vi anbefaler for hans beste. Hvis Ola for eksempel skulle mene at munnhygien og kostholdet er bra nok (noe det ikke er), vil forkynner-stilen kunne bli vanskelig. Poenget med forkynner-stilen er jo å tilrettelegge og la pasienten være med å bestemme, fremfor å tenke at veilederen vet best. Fordi forkynner-stilen er til å anbefale kan det beste da være at tannpleieren tilrettelegger forholdene slik at partene møtes på halvveien. Med dette mener vi å sette lista på et realistisk plan. Vi kommer

her tilbake til målsettingen, hvor vi må bli enige om hva veiledningen skal resultere i. Hvis pasienten kun pusser tennene en gang om dagen, kan man for eksempel bli enige om å pusse tennene ordentlig kun en gang om dagen, i stedet for to. Her har vi anbefalt det vi mener blir best, men møtt pasienten på halvveien ved å redusere tiltaket til noe mer realistisk.

Under kommunikasjon mellom tannpleier og pasient er det den profesjonelle kommunikasjonen som gjelder. I følge Eide & Eide (2007) er kjennetegn på profesjonell kommunikasjon blant annet aktiv lytting og det å kommunisere på en anerkjennende måte. I artikkelen av Sbaraini, et. al. (2012) sier pasientene at de setter stor pris på tannleger som lytter til dem. Et eksempel på aktiv lytting med Ola kan være der Ola prater om hans vaner angående munnhygiene, mens vi aktivt lytter til det han sier. Med dette mener vi at vi gjennom både den verbale og nonverbale kommunikasjonen bekrefter at vi lytter. Å vise at vi er oppmerksom på pasienten kan gjøres på ulike måter, som å ha blikkontakt, komme med småord slik som; *mhm, ja, fortsett*, og å stille åpne spørsmål for å utdype det pasienten prater om (Aalberg, 2002). Dette vil oppleves som positivt for pasienten, fordi det pasienten forteller blir tatt imot av oss. Vi har selv erfart at dersom ikke den vi prater til responderer ved aktiv lytting, kan vi sitte igjen med en usikker følelse på om personen virkelig har oppfattet det vi har fortalt. Situasjonen kan bli ubehagelig, da vi føler oss uviktige og ikke hørt. Den erfaringen har vi tatt med oss videre og er derfor påpasselig på dette når vi kommuniserer med pasienter i praksis. Hvis vi skryter over pasienten fordi munnhygiene er forbedret, er det viktig at vi også med kroppsspråket gir ros og anerkjennelse. Dette er kongruent kommunikasjon. Hvis signalene vi sender ut ikke er samstemte vil pasienten kunne bli forvirret og ha vanskeligheter med å forstå hva vi mener. Hvis for eksempel tannpleier ikke svarer, smiler eller er tom i blikket når pasienten svarer om hvordan det går vil det virke urovekkende og gir dessuten pasienten en følelse av at tannpleier er uinteressert i det han sier, dette kalles inkongruent kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Under kommunikasjon er også stemmebruket en viktig faktor. Når vi kommuniserer med Ola er det flere måter å bruke stemmen på. I artikkelen av Guo et al. (2014) sier det blant annet at det er viktig å være avslappet under veiledningen. Vi tolker dette som at en rolig og varm stemme er til å anbefale. Som vi skrev i teorien røper stemmebruket hvordan vår sinnsstemning er akkurat der og da. Hvis pasienten opplever at tannpleieren har en stresset stemme, kan det føre til at pasienten blir urolig. Pasienten kan få en følelse av at han er i veien og at veilederen egentlig ikke har tid til han. Opplever pasienten derimot at stemmen til veilederen er rolig og avslappet, kan det påvirke veiledningen i en positiv retning. Nå er Kandidatnr.: 1 & 24

veilederen rolig og veiledningen og pasienten er i fokus. Dette virker betryggende og er en fin måte å bli tatt i mot på. Stemmen som ordene uttrykkes gjennom gir derfor verdifull informasjon om hva som faktisk blir sagt (Tveiten, 2013). Av egne erfaringer fra praksis har vi opplevd at dersom vi blir stresset på grunn av for eksempel dårlig tid vil dette påvirke stemmebruken. Vi får en urolig stemme preget av stress. Dette påvirker også pasienten, da vi ofte har opplevd en smitteeffekt - han begynner også å stresse. Det ender opp med at behandlingen avsluttes i hastverk og vi sitter igjen med en følelse av at ting ikke blir ordentlig fullført. Dette har vi diskutert sammen etter endt behandling, da vi ofte observerte hverandre i praksis. Det er nemlig veldig tydelig og man merker fort hvordan stemmen påvirker en seanse.

Tveiten (2013) mener at å kommunisere om kommunikasjonen (metakommunisere) kan være en idé under veiledning. Å spørre pasienten om hvordan han opplever veiledningen gir han mulighet til å komme med innslag for eventuell forbedring. Hvis pasienten forteller at han opplever veiledningen som uforståelig eller vanskelig har tannpleier en jobb å gjøre. Har veilederen lagt lista for høyt? Er faginnholdet upassende i forhold til læreforutsetningene? Kanskje pasienten ikke inkluderes i veiledningen, og dermed mangler sammenheng eller praktiske eksempler på det som blir veiledet teoretisk? Metakommunikasjon gir i denne sammenheng en unik mulighet til å tilpasse veiledningen slik pasienten ønsker det. Hvis vi merker at Ola er nedstemt og fraværende under veiledningen kan vi fortelle at vi opplever akkurat dette. Ønsker pasienten og prate om det? For noen vil det være nødvendig å få ut de tankene som blokkerer veiledningen for å kunne fortsette (Tveiten, 2013). «En slik samtale er ikke ment å være en evaluering av studentens eller veilederens måte å kommunisere på. Siktemålet er å klargjøre hvordan kommunikasjonen mellom de to partene fungerte» (Aalberg, 2002, s. 200). Likevel er det ikke sikkert at metakommunikasjon fungerer. Hvis kommunikasjon og relasjonen er dårlig oss i mellom, kan det hende pasienten velger å ignorere og ikke orke å prate om hva som kunne blitt gjort annerledes. Dette har vi erfart i praksis, og det spesielt med ungdom og unge voksne. Hvis pasienten ikke er nok interessert i veiledningen vil fokuset på å dra hjem være større enn å prøve og forbedre situasjonen gjennom metakommunikasjon. Metakommunikasjon kan derfor være utfordrende å gjennomføre.

Vi tar utgangspunkt i at vår relasjon med Ola er god. Vi merker at forholdet er basert på samme alder, noe som gjør kommunikasjon enklere. Pasienten åpner seg og veiledningen baserer seg på ærlighet og tillit. Det er altså en trygg atmosfære, og vi ser derfor muligheten

til å kunne bruke humor som kommunikasjonsstrategi. Det står i Eide & Eide (2007) at bruk av humor er forutsatt trygghet og god relasjon. Dette må derfor være på plass før vi begynner. Av egen erfaring har vi gode opplevelser ved bruk av humor. Vi merker at stemningen blir avslappet og vi gis mulighet for å gjøre feil eller misforstå hverandre uten at det blir ubehagelig. Vi har også opplevd forskjellene på pasientens mottakelse av humorbruk. I følge Eide & Eide (2007) er det ikke alle som forstår hva vi mener og det kan dermed virke mot sin hensikt. Det er av den grunn viktig å se an pasienten og relasjon mellom hverandre før vi benytter oss av humor. Et eksempel på bruk av humor under veiledningen med Ola kan være å fleipe eller spøke med hverandre på en naturlig og hyggelig måte. Hvis pasienten ikke har nådd sitt mål for veiledningen, kan humor bidra til å lette på stemningen og gjøre kommunikasjonen enklere mellom hverandre (Eide & Eide, 2007).

I eksempelet med Ola kan brukervedvirkning skje på flere måter. Hovedpoenget er at Ola er med på å bestemme hva veiledningen skal handle om. Hva ønsker Ola å bli veiledet i? Spør om dette på forhånd og planlegg derfra. Siden Ola mangler kunnskap om tannhelse kan det være vanskelig for han å si konkret hva han ønsker å lære. Tannpleier må komme med innspill etter hva slags inntrykk hun får av pasienten, og som hun mener det er viktig at han burde lære. Bli enige sammen. Av egen erfaring har vi opplevd at brukervedvirkning får pasienten mer interessert i hva vi prøver å si. Ved å vise pasienten for eksempel røntgenbildene av tennene og forklare på en enkel måte hvor kariesangrepet ligger, kan pasienten få en større forståelse av hva det er vi prater om. Forklar kort og enkelt hvor emaljen, tannbeinet og nerven ligger. Ved store kariesangrep vil det være enklere for pasienten å se alvorlighetsgraden, da skyggen blir stor og nært nerven. Plakater og illustrasjoner av tenner og munnhule kan være lurt å ha på behandlingsrommet. Ved å ha plakater hengende på veggen med bilder av tannens anatomi vil pasientene se det på en enklere måte.

Gjennom brukervedvirkningen vil også empowermenen styrkes. Pasientene oppnår en bedre kontroll gjennom å bli inkludert i behandlingen og det er akkurat dette empowerment handler om (Tveiten, 2007). I artikkelen av Sbaraini et al. (2012) sies det «more importantly, for the first time these patients felt in personal control of their own oral health ... » (s. 6). At pasientene føler de har kontroll på tannhelsen er helt essensielt og grunnprinsippet i empowerment. Som det ble definert ovenfor, betyr empowerment enkelt sagt å gi makt (Dalland, 2010). Pasientene har i følge sitatet oppnådd makt og kontroll over egen helse,

som et resultat av veiledning. Økt kunnskap gir makt. I artikkelen av Sbaraini et al. (2012) sier pasientene at det finnes to typer tannleger: "old-school dentistry" og "new-school dentistry". De beskriver "old-school dentistry" som de tannlegene som kun behandlet tenner, ikke ga pasientene behandlingstilbud og som dessuten manglet kommunikasjonsferdigheter. Den andre typen "new-school dentistry" beskriver de som tannlegene som veileder og råder pasientene og gjør de klar over de ulike behandlingstilbudene som finnes. Pasientene satte stor pris på den sistnevnte typen. Her opplever pasientene å bli inkludert i behandlingen gjennom brukermedvirkning, samt at deres empowerment styrkes fordi de blir veiledet til å kunne ta vare på tennene selv.

Begrepet health literacy (HL) blir svært relevant under veiledning av pasienter. «Higher levels of health literacy were associated with better self-rated oral health status» (Guo et al., 2014, s. 1). Gjennom artikkelens forskning sier de at et høyt nivå av health literacy tilsier en god selvopplevd tannhelse. Som tannhelsepersonell kommuniserer vi mye gjennom faguttrykk. *Gingivitt*, *periodontitt* og *karies* er eksempler på faguttrykk som går igjen i løpet av en arbeidsdag, og er uttrykk som pasientene ikke bestandig forstår. Dette er lett å glemme bort, og noe vi må huske å legge bort ved kommunikasjon med pasienter. Å prate på et nivå som de ikke forstår er uheldig, da pasienten kan føle seg ekskludert og få en følelse av å bli pratet ned på (Sbaraini et al., 2012). At tannlegen forklarer budskapet på en slik måte at pasienten ikke føler seg nedverdiggende er nemlig svært viktig for forholdet mellom tannlege og pasient (Guo et al., 2014). Det blir videre fortalt at forholdet mellom tannlege og pasient er en av de avgjørende faktorene for pasientens health literacy, igjen kommer viktigheten av relasjonen til syne.

I artikkelen av Sbaraini et al. (2012) blir det fortalt av en pasient at han setter stor pris på at tannlegene prater på en slik måte at pasienten ikke føler seg udugelig. Hverdagsord og konkretisering gjør veiledningen forståelig for pasientene og er, som det står i artikkelen, viktig for selvfølelse og trivsel. Da Olas kunnskapsnivå er såpass lavt kan vi påstå at hans HL er lav. For å øke hans HL er det flere momenter som kan vurderes. Først og fremst må pasientens kunnskapsnivå økes - han må veiledes om det aktuelle temaet, som i vår oppgave er munnhygiene og kosthold. Her er det viktig at Ola ser sammenhengen rundt det hele og ikke minst klarer å bruke teorien han har lært - i praksis. Gjennom et godt samarbeid vil vår relasjon bli bra, noe som også er avgjørende for Olas HL. Ved å få Ola til å gå regelmessig til tannpleier/tannlege vil hans HL også bli forhøyet her. Det fortelles i artikkelen at

pasienter som går regelmessig til tannlege korresponderer med pasientene som opplever god egenvurdert tannhelse (Guo et al., 2014).

Artikkelen fra Slack-Smith et al. (2007) forteller også at et viktig moment er å ikke fokusere *kun* på tannhelse. Lær pasienten sammenhengen mellom munnhule og kropp. Unge voksnes vaner og holdninger er viktig for den fremtidige helsen. En god tannhelse i ung alder gir et godt grunnlag for framtidens tann- og generelle helse (Slack-Smith et al., 2007). Et eksempel på dette kan være å forklare hva et usunt kosthold gjør med både tenner og resten av kroppen. Livsstilsykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdom og fedme er også utslag, i tillegg til tannsykdommen karies. Det samme gjelder røyk som ikke bare påvirker lunger og blodårer, men også periodontiet (tannens støttevev), noe som kan føre til kronisk tannkjøttbetennelse. Ved å veilede om helheten, vil pasienten få økt tillit til veileder og få større forståelse for viktigheten rundt, i denne sammenheng, en god munnhygiene og et sunt kosthold. Det gjelder ikke *bare* tennene, men derimot hele kroppen (Vernon & Howard, 2015). Samtidig som dette er ideelt å få til, bør dette vurderes ut fra hvem pasienten er. Er unge voksne interessert i helseinformasjon? Fra praksiserfaring har vi erfart at mange unge voksne ofte prioriterer andre ting fremfor helsen. Å veilede denne pasientgruppen innen kosthold kan derfor bli utfordrende.

4.3 Fase 3

I siste fase skal vi ta for oss en vurdering av veiledningen. I tillegg skal målene tas frem igjen, for å se om de er oppnådd.

I følge Dalland (2010) er en vurdering av veiledningen helt essensiell for å finne ut om målene er oppnådd. Vurdering av veiledningen og målene henger derfor tett sammen. Er Ola fornøyd med veiledningen? Er målene oppnådd? Fra praksiserfaring har vi utført fase 3 flere ganger. Et eksempel på dette er en pasient som sliter med å oppnå en god munnhygiene. Vi veileder pasienten i riktig pusseteknikk og kaller inn etter et par uker for å se om munnhygien er forbedret. Her får pasienten vist frem den forhåpentligvis forbedrede munnhygien som har vært målet med veiledningen. Vi prater om hva som har vært vanskelig og eventuelt hvorfor pasienten ikke nådde det målet som ble satt. Har pasienten tatt i bruk teknikkene som tannpleier har vist frem? Eller kanskje funnet sin egen teknikk?

Hvis pasienten ønsker kan vi ta en ny veiledning og prøve på nytt. Hvis pasienten derimot har nådd målet og hygienen er forbedret er det viktig å sette fokus på dette. Spør hva pasienten har gjort for å nå målet, gi ros og anerkjennelse (Tveiten, 2013). Dette gir pasienten en følelse av mestring, noe som gir økt motivasjon til å fortsette med de gode vanene.

Hvis pasienten ikke har nådd sine mål er det naturligvis uheldig. På den andre siden kan det også være forståelig. Artikkelen av Sbaraini et al. (2012) sier at gamle vaner er vanskelig å endre på. For Ola er det kanskje ikke så enkelt som vi tror å bruke lengre tid og være mer nøye med tannpuss, hvis han er vant til å neglisjere dette. Å pusse tann for tann er kanskje ikke det som motiverer pasienten mest, og dette må vi må ha i betraktning under veiledningen. Veilederen må respektere dette og prøve å sette seg i pasientens situasjon, for og ikke sette lista for høyt. Et eksempel fra artikkelen av Sbaraini et al. (2012) er fra pasienten som forteller at livsstilsendringer er noe av de vanskeligste å få til. Hvis målene er urealistiske og lite gjennomtenkt vil det være stor sjans for at Ola ikke oppnår de. Dette er ingen god følelse for verken oss eller Ola (Hiim & Hippe, 2006). I følge Mæland (2012) er et velkjent problem under endring av helseatferd at mange ikke vet hvilke helseregler de skal følge. Informasjon kan ofte være motstridende og forvirrende. Derfor er det viktig at pasienten er godt informert og at veiledningen er konkret, slik at pasienten vet hvordan han skal ta for seg de ulike oppgavene og dermed nå målene. Fra praksiserfaring har vi opplevd pasienter som har hatt et stort forbedringspotensial, både på munnhygiene og kosthold. Her må vi prioritere hva som er viktigst å ta for seg først slik at vi fokuserer på en ting av gangen. Dette gjelder også Ola, som trenger veiledning innen både munnhygiene og kosthold. Hvis vi går for fort frem kan pasienten oppleve at det blir uoppnåelig og mister dermed motivasjon for å prøve.

Avslutningsvis kan man høre med pasienten om det er interesse for årlig innkalling. I artikkelen av Vernon & Howard (2015) sier de at regelmessig besøk hos tannpleier/tannlege er viktig for pasientens tannhelse. Siden Ola kom med store kariesangrep er det viktig at dette blir fulgt opp. Om pasienten derimot får til å vende seg med de nye vanene som er blitt lært under veiledningen vil kanskje pasienten klare å ha tannhelsen under kontroll selv. Uansett mener vi at det er viktig med regelmessig besøk på tannklinikken for undersøkelse og samtale med tannpleier. Her vil pasienten få en oppdatering på tannhelsestatus og ikke minst en påminnelse på hvordan ting bør gjøres for best mulig tannhelse. Diskuter med Ola

om hva som blir best for han. Vi kan informere om fordelene med forebygging fremfor behandling og anbefal ut fra vår fagkompetanse om hva som blir viktig for Ola.

Det at pasienten er såpass ung kan imidlertid føre til økonomiske begrensninger. I artikkelen av Rønold et al. (2015) blir det sagt at økonomi kan være en begrensende faktor for mange, ved behandlingsalternativ. Forklar pasienten at forebygging er billigere fremfor behandling og finn ut sammen hvordan innkallingen skal foregå. I artikkelen av Sbaraini et al. (2012) blir det nevnt flere ganger at pasientene setter pris på å bli presentert for forebyggende tiltak, fremfor behandling. Pasienter som tidligere kun har brukt tannhelsetjenester ved akuttimer har nå også forstått viktigheten av forebygging. Det er dette utfallet vi ønsker for pasientene våre.

«Before, I used to go to the dentist if I was in pain or had a broken tooth. Now, I understand that it is not good for me coming to the dentist if my teeth are all falling out – it is a bit late then, right?». (Sbaraini et al., 2012, s. 7).

5. Konklusjon

Vi har kommet frem til at å veilede denne målgruppen på bakgrunn av momentene som blant annet kommunikasjon og relasjon, holdninger, aktiv lytting og å ønske pasientens beste ve og vel kan gi gode resultater. Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen vil veiledningen bære preg av struktur og profesjonalitet. Dette fører til forberedte veiledere, noe som er en av de avgjørende faktorene for trivselen hos både veileder og veisøker.

6. Litteraturliste

- * Aalberg, T. K. (2002). *Individuell Veiledning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- * Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer: For helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- * Felleskatalogen. (s.a). Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/karies>
- * Folkehelseinstituttet. (2015). *Tannhelse - faktaarket og helsestatistikk*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/tannhelse/tannhelse---faktaark-og-helsestatis/>
- * 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. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.301930>
- * Hansson, B. O. & Ericson, D. (2014). *Karies - sjukdom och hål*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- * Helsedirektoratet. (2017a). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- * Helsedirektoratet. (2017b). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode>
- * Hiim, H. & Hippe, E. (2006). *Praksisveiledning i lærerutdanningen: En didaktisk veiledningsstrategi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2016). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 3(9), 272-280. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0145>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4.utg.) Oslo: Abstrakt.

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

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

* Regjeringen. (2014). *Tannhelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/tannhelse/id115300/>

* Rønold, H. J., Saxegaard, E. & Ellingsen, J. E. (2015). Hur får man en bra start på en framgångsrik behandling? *Tandläkartidningen*, 107(3), 84-90. Hentet fra <http://www.tandlakartidningen.se/vetenskaplig-artikel/hur-far-man-en-bra-start-pa-en-framgangsrik-behandling/>

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

* Slack-Smith, L. M., Mills, C. R., Bulsara, M. K. & O'Grady, M. J. (2007). Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults. *Australian Dental Journal*, 52(3), 205-209. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00490.x>

* Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

* Vernon, L. T. & Howard, A. R. (2015). Advancing Health Promotion in Dentistry: Articulating an Integrative Approach to Coaching Oral Health Behaviour. Change in the Dental Setting. *Current Oral Health Reports*, 2(3), 111-122.

<http://dx.doi.org/10.1007/s40496-015-0056-9>

Antall sider selvvalgt litteratur: 538

7. Vedlegg

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/initiativ/ action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EF FEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!) Unge voksne	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!) Veiledning	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante? Forebyggende tiltak Forbedret tannhelse Samarbeid	↑ O R ↓
Teenagers Youth Patient Adults	Coaching Health literacy		Dentist-patients relation Lifestyle Oral health Experiences Dentistry Knowledge Oral helse Tannlege-pasient relasjon	
← AND →				

