



Høgskolen i **Hedmark**

ELVERUM

AVDELING FOR HELSE- OG IDRETTSFAG

Line Cathrine Nymoen og Marte Sæter

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Løft til selvbestemmelse

Boost to self-determination

Antall ord:

9246

BACHELOR I TANNPLEIE

6. SEMESTER – KULL 1

4TABA10

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒

JA

☐

NEI

SAMMENDRAG:

Hensikten med vår bacheloroppgave var å finne ut om vi kunne bruke LØFT-metoden og SDT-teorien for å få unge i aldersgruppen 12-18 år til å bli mer interessert til å ivareta egen tannhelse. Vi har igjennom litteraturstudier og egne erfaringer, empiri, opparbeidet oss kunnskap om hvordan vi kan bruke LØFT og SDT i praksis. Våre funn tyder på at vi kan bruke både SDT og LØFT opp mot alle typer pasienter, og ikke bare i vår utvalgte aldersgruppe. Funnene tyder på at bruk av både LØFT-metoden og SDT-teorien hjelper pasienten med å tilegne seg kunnskap på en mer forståelig måte og gjennom økt bevissthet fører dette til at pasienten ivaretar tannhelsen på en bedre måte. Alle funn tyder på at tannpleier bør bli flinkere til å ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov gjennom aktiv lytting og i større grad involvere pasienten med i behandlingsplanlegging.

INNHold:

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Hensikt med oppgaven og valg av tema	5
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling.....	5
1.3 Presentasjon av faglig ståsted	6
1.4 Oppgavens oppbygning	6
2.0 METODE	8
2.1 Litteratursøk.....	8
2.2 Kildekritikk	10
2.3 Etske overveielser	10
3.0 TEORI	11
3.1 Tannhelseperspektivet	11
3.2 Veiledning	12
3.3 SDT- teorien	12
3.4 Internaliseringsprosessen	14
3.4.1 Ytre regulering	15
3.4.2 Introjeksjon	15
3.4.3 Identifikasjon.....	15
3.4.4 Integrasjon	15
3.4.5 Autonomi.....	15
3.5 LØFT-metoden.....	16
3.5.1 Åtte trossetninger	17
1. Det vi tror, påvirker hva vi leter etter og snakker om.	17
2. Det finnes både Problem og ikke-problem.....	17
3. Du trenger ikke forstå problemet for å løse det - finn heller nøkkelen til løsning!	17
4. Atferd som gis oppmerksomhet, gjentar seg	17
5. Språk skaper virkelighet	18
6. Små endringer skaper større endringer	18
7. Endringer er uunngåelig og stabilitet en illusjon	18
8. De saken gjelder, vet best	18
3.5.2 Mål	18
3.5.3. Spørsmål som kan hjelpe pasienten og tannpleier til mål og løsninger	19

4.0 DRØFTING	20
4.1 Pasientveiledning, kommunikasjon og relasjon	20
4.2 Motivasjon	24
4.3 LØFT til selvbestemmelse	26
4.4 Internalisering – gjøre det til sitt eget.....	27
5.0 KONKLUSJON.....	29
LITTERATURLISTE:	31
VEDLEGG 1. PICO-SKJEMA	35
VEDLEGG 2. SØKEHISTORIKK	36
VEDLEGG 3 TANNSTAUS.....	38

1.0 Innledning

I løpet av vår utdanning har vi vært ute i praksis over flere perioder på forskjellige tannklinikker i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark. I arbeid med og under observasjon av aldersgruppe 12-18 år, har vi gjort oss en del tanker. Vår erfaring er at mange av pasientene har gode tannhelsevaner, andre prøver, mens andre igjen ikke er så veldig interessert og motivert til å ivareta tannhelsen sin. På bakgrunn av dette vil vi gå litt nærmere inn på denne aldersgruppen for å fokusere på hvordan vi kan bidra til å motivere og synliggjøre viktigheten av å ta vare på egen tannhelse.

Som tannpleier skal vi primært jobbe i et helsefremmende og forebyggende perspektiv både i pasientgrupper, og klinisk i form av undersøkelser og behandling. Primærforebygging innebærer å sette i gang tiltak før problemet oppstår. I forhold til vår utvalgte aldersgruppe er det her vårt viktigste arbeid ligger. Samtidig som det også er viktig å jobbe opp mot de som trenger sekundærforebygging, for å eventuelt hindre tilbakefall eller videreutvikling av karies (Statens helsetilsyn, 1999).

1.1 Hensikt med oppgaven og valg av tema

Vår oppgave er en avsluttende oppgave i tannpleie ved Høgskolen i Hedmark. I bacheloroppgaven har vi valgt å skrive om pasientveiledning og motivasjon knyttet opp mot tannhelse for barn og unge innen tannpleiefaget.

Hensikten med oppgaven er å bevisstgjøre våre pasienter betydningen av god tannhelse. Videre vil vi studere motivasjon, veiledning og kommunikasjon for bedre kunne veilede pasientene til å ivareta sin egen tannhelse og til en varig endring. Vi ønsker å bidra til at pasientene våre får en bevisst, selvstendig og aktiv tilnærming til egen tannhelse.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

I forelesninger underveis gjennom studiet har vi blitt kjent med og nysgjerrig på selvbestemmelses-teorien (SDT-teorien) og løsningsfokusert tilnærming (LØFT-metoden). Noe som vi mener tannpleiere kan ha god hjelp av under pasientveiledningen og motivasjon av pasienten. Dette ser vi med bakgrunnen i vår kliniske erfaring fra praksis ute på klinikkene. Vi så ofte at ungdommer hadde positiv innstilling til endring av tannhelsevaner etter de hadde

vært til undersøkelse på klinikken. Senere opplevde vi dessverre at dette ikke ble en varig endring, og at pasienten ofte falt tilbake til gamle vaner. Derfor vil vi ut fra egen erfaring prøve å motivere pasienten og videre oppfordre dem til ønske om læring ut i fra egen interesse og nytte.

Vi har valgt i vår problemstilling unge i alderen 12-18 år. Nettopp fordi vi antar at det er i denne perioden av livet de egne tannhelsevaner etableres. Vårt mål er at pasientgruppen tar med endringene inn i voksen alder. Vi antar også at LØFT og SDT kan benyttes uansett aldersgruppe. Men på grunn av oppgavens omfang har vi valgt å fokusere på unge i alderen 12-18 år.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

”HVORDAN KAN LØFT-METODEN OG SDT-TEORIEN BIDRA TIL Å IVARETA TANNHELSEN I ALDERSGRUPPEN 12-18 ÅR?”

1.3 Presentasjon av faglig ståsted

I tannpleierutdanningen blir det lagt vekt på helsefremmende arbeid og forebygging av sykdommer i tenner og munnhule, og videre klinisk odontologisk arbeid. En tannpleier skal forebygge og veilede, ta kliniske undersøkelser, tolke røntgenbilder og stille kariesdiagnoser. I mer kompliserte behandlinger henviser tannpleier pasienten videre til tannlegen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I vår oppgave vil vi legge vekt på tannpleierens helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Tannpleierens rolle med å motivere og veilede pasienten i sammensvar med LØFT-metoden og SDT-teorien til å ivareta tannhelsen. Tannpleiere bør her legge vekt på autonomi, kommunikasjon og veiledning.

1.4 Oppgavens oppbygning

I neste kapittel har vi tatt for oss oppgavens metode. Her ønsker vi å redegjøre for våre litteratursøk og hvordan vi har vurdert kildene. Dette gjør vi for å styrke troverdigheten og påliteligheten til vår oppgave.

Videre ønsker vi å starte den teoretiske delen med tannhelseperspektivet, vi presenterer tannpleiers oppgave innenfor veiledning, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og videre kommunikasjon mellom tannpleier og ungdom. Med dette legger vi grunnlaget for det vi presenterer videre i teoridelen. Vi har tatt for oss SDT-teorien. Dette fordi den omhandler motivasjon og hvordan vi best mulig kan hjelpe pasientene våre til å bli motivert. I siste avsnitt under teorikapitlet tar vi for oss LØFT-metoden, her forklares det hvordan vi kan bruke LØFT som metode og hvilke virkemekanismer som er viktig innenfor metoden.

I kapittel fire presenterer vi drøftingen. Her vil vi komme inn på hvordan vi kan bruke teoriene i vår tannpleierhverdag og om de har noen hensikt. Vi ser videre på tannpleierfunksjon i forhold til å motivere pasientene, og hvilke fordeler og ulemper LØFT-metoden og SDT-teorien kan gi oss.

Avslutningsvis kommer konklusjon der vi svarer på hvordan SDT-teorien og LØFT-metoden fungerer i praksis og hvordan de kan bidra til å hjelpe barn fra 12-18 år til å bli bedre til å ivareta sin tannhelse.

2.0 Metode

Teorien er basert på forståelsen av LØFT metoden og SDT teorien forskning og egen erfaring.

”Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår” (Dalland, 2007, s. 83).

Oppgaven skal i følge retningslinjene for Høgskolen i Hedmark være en litteraturstudie. Dette innebærer at vi skal søke systematisk etter litteratur innenfor det tema eller emne vi har valgt å jobbe med. Vi vil videre vurdere disse kritisk, og opp mot hverandre (ibid). I tillegg vil vi beskrive litteratursøket, samt redegjøre for vår vurdering av to valgte vitenskaplige artikler.

På bakgrunn av problemstillingen vår, og litteraturstudiene, har vi valgt å benytte oss av kvalitativ forskning. ”De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle” (ibid, s. 84). Vi har også brukt empiri, det vil si kunnskap som vi har tilegnet oss via erfaring (ibid).

2.1 Litteratursøk

Oppgaven vi har valgt tar utgangspunkt i pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning, retningslinjer og lovverk. Etter valg av tema og oppstarten til litteratursøket benyttet vi biblioteket for å lete etter relevant litteratur i forhold til LØFT-metoden og SDT-teorien. Videre visste vi at mye av pensumlitteraturen ikke omhandlet LØFT-metoden og SDT-teorien, så vi brukte artikler og tidligere oppgaver for å finne frem til kilder vi kunne benytte oss av. Videre søkte vi etter disse navnene på bibliotekets database, bibsys. Der fant vi heller ikke så mange relevante bøker og oppgaver.

Vi har valgt å basere deler av teori på forskningsartiklene, og i tillegg bruke de til å underbygge våre viktigste poeng i oppgaven. Da vi startet å søke etter artikler benyttet vi pico-skjema (vedlegg 1) som hjelpemiddel for å finne ord og uttrykk vi kunne søke på. Vi tok utgangspunkt i relevante begrep ut fra problemstillingen vi hadde arbeidet oss frem til. Det ble da begreper som barn, barn og unge, adolescent (ungdom), SDT-theory, selvbestemmelse, Solution-Focused therapy, LØFT-metoden og motivasjon. Søkemotorene vi valgte å benytte er SweMed+, PubMed, Norart, McMaster Plus og Helsebiblioteket. Disse fikk vi fri tilgang til

via skolens biblioteksider. Vi ønsket i hovedsak å finne relevante vitenskapelige artikler til begge teoriene, men det ble vanskeligere enn vi først trodde.

Vi opplevde at det var vanskelig å kombinere tannhelse med SDT-teorien og LØFT-metoden. Men ved å søke Tannhelse AND tolvåringer fikk vi ett treff. Vi valgte å gå inn på det treffet og så at dette var noe vi kunne bruke videre i oppgaven. Her fant vi artikkelen ”Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse. En spørreundersøkelse om kunnskap, holdning og atferd”. Dette var en artikkel fra 2010, så den er av nyere dato. Siden den er blitt publisert i *”Den norske tannlegeforenings tidende”* går vi ut fra at det er en kvalitetssikret artikkel. Derfor regner vi med at denne artikkelen er gjennomgått av referee. Rebne og Wang jobber begge ved Det Odontologiske fakultetet ved Universitetet i Oslo. Artikkelen baserer seg på en spørreundersøkelse gjort i Oslo-området, der de kartla kunnskap, holdning og atferd til 12-åringene i forhold til tannhelse. Dette gjør artikkelen relevant i forhold til deler av den aldersgruppen som vi har valgt å fokusere på i vår oppgave. Videre ser vi at den er gjort her hjemme i Norge, så noen forvirringer eller misforståelser rundt språket skal kunne unngås.

Videre ønsket vi å finne ut mer om SDT-teorien. Vi søkte derfor på ”Self-determination theory” i søkemotoren PubMed dette gav oss 312 treff. Her fant vi artikkelen ”Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being” fra 2000. Dette er en kvalitativ studie basert på teori om motivasjonen til mennesket, utvikling og velvære. Forfatterne Deci og Ryan har begge tilknytning til universitetet i Rochester. De har begge skrevet en rekke bøker og artikler om SDT-teorien. De er derfor anerkjente forfattere innen feltet om self determination theory. Artikkelen er publisert i *Canadian Psychologi* (2000). Dette er en tidskrift som vi ikke har så mye kjennskap til, men vi går ut i fra at artikkelen er pålitelig og troverdig siden forfatterne er ledende innenfor dette feltet. Artikkelen er på engelsk, så vi går ut fra at vi ikke skal ha noen problemer med oversettelsen av denne. Men det kan være visse vanskeligheter med ord som kan ha flere betydninger. Videre anser vi de funnene som er gjort i artikkelen som relevante for oss uansett om dette ikke omhandler aldersgruppen 12-18 år.

Et utvalg av litteratursøkene og fremgangsmåtene for søkene se vedlegg 2.

2.2 Kildekritikk

”Kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven. Målet er å vise leseren den litteraturen du har hatt til rådighet, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen” (Dalland, 2007, s. 72-73).

Det var vanskelig å finne relevant litteratur. I tillegg var noe av litteraturen vi fant mer enn 5 år gammel. Likevel ville vi benytte oss av denne litteraturen siden forfatterne, Deci & Ryan er hovedopphavet til SDT og Langslet er kjent for å kunne mye om LØFT. Vi hadde også problemer med å finne bøker på biblioteket siden mange av de var utlånt.

Flere av artiklene og bøkene vi har valgt omtaler ikke vår aldersgruppe, men vi mener likevel at vi kan trekke paralleller til funnene og til aldersgruppen vår, fra 12 til 18 år.

For å kunne trekke noen konklusjoner i studiet vårt trengte vi noen som har prøvd dette ut i praksis. Derfor har vi valgt å bruke Dahls hovedfagsoppgave fra 2005 og Parmann og Sørheims masteroppgave fra 2011. Det som er ulempen med å bruke tidligere oppgaver og sekundærkilder er at stoffet allerede er bearbeidet og tolket av personer før oss (Dalland, 2007).

Vi har i oppgaven dratt inn empiri fra praksis vi har utført på forskjellige tannklinikker i Hedmark. Dette har vi gjort for å kunne belyse problemet vi mener tannpleiere har i forhold til den valgte aldersgruppen.

2.3 Etiske overveielser

Vi har i følge retningslinjene til oppgaven benyttet oss av APA-standard for å kunne gi forfatterne riktig kreditering og henvisning av litteraturen vi har brukt. Dette er i tråd med skolens regler for oppgaveskriving.

3.0 Teori

3.1 Tannhelseperspektivet

Tannpleier skal primært jobbe helsefremmende og videre forebygge sykdom i tenner og munnhule. Vi skal veilede pasienten på en slik måte at kunnskapen øker og bidrar til positive holdninger hos pasientene. Dette for at de blir i stand til å ivareta sin egen tannhelse. Tiltak kan være å veilede og instruere børsteteknikk, bruk av interdental hjelpemidler, som tanntråd, og tannbørster, informere om fluorens forebyggende effekt og gi sunne kostholdsråd. Når vi jobber med å fremme tannhelsen er hensikten å hindre at sykdom oppstår. I forebyggende tannhelsearbeid er sammenhengen mellom kunnskap, holdning og atferd studert. Denne viser at endring av atferd som kommer av kunnskap påvirker holdninger, som igjen påvirker atferden (Rebne & Wang, 2010; Statens helsetilsyn 1999; Tannhelsetjenesteloven, 2011).

Kommunikasjon kan forklares med overføring eller utveksling av informasjon/kunnskap mellom mennesker der mottaker får en gitt forståelse av informasjonen/kunnskapen (Eide & Eide, 2008). Kommunikasjon mellom tannpleier og pasient må være en balanse mellom det å være aktivt lyttende, åpen og direkte, samtidig som faglig velfunderte begrunnelser ligger i bunnen er viktig. Dette for å yte pasienten god hjelp (ibid).

Innenfor hvert årskull vises det at det er 10- 30 % av barn og unge som har betydelige tannhelseproblemer, og dette må fanges opp slik at det på et tidlig tidspunkt kan igangsettes tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Statistikken viser at av de som var 12 år i 2004 hadde 41 % aldri hatt karieserfaring, mens følger vi statistikken til de fyller 18 i 2010, kan vi se at andelen som aldri har hatt karieserfaring her er kun 17 %. Dette vil si andelen kariesfrie har sunket med 23 % fra de fylte 12 i 2004 til de ble 18 i 2010 (se vedlegg 3).

Daglig tannrengjøring med fluortannkrem har vist størst dokumentert effekt på kariesreduksjon blant barn og unge. Forskning viser at i perioden 12-18 år vil de fleste innføre egne pussevaner, og viser til at de som innfører tannrengjøring to ganger daglig, har gode forutsetninger for å utvikle stabile pussevaner de neste 6 årene (Kuusela, Honkala & Rimpelä, 1996). Rebne og Wang (2010) mener at 12 åringene bør få økt kunnskap om tannhygien.

Ungdom er i stadig endring og utvikling, både fysisk og psykisk. I ungdommenes psykiske utvikling er de modne nok til å kunne sette i gang egne tankeprosesser, disse trenger ikke

være forankret i virkeligheten. De lar ungdommene analysere problemer og sammenhenger mellom årsak og problem. Vi kan også se at ungdom prøver ut forskjellige identiteter med omgangsgjeng og forbilder som påvirkninger. Det å være ungdom handler mye om en frigjøringsprosess fra de voksne og andre (Mejære, Modéer & Twetman, 2008).

3.2 Veiledning

Veiledning handler om å skape refleksjon. Når vi veileder er det viktig at vi setter pasienten i fokus og viser respekt så pasienten blir bevisstgjort og oppmerksom på forskjellige måter. Her kan vi bruke refleksjonen som verktøy og bevissthet som mål. Tveiten (2008, s. 19) har definert veiledning på følgende måte "...en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier". Dette innebærer at noe starter og slutter, istandsettingsprosess, og at pasienten er i stand til å ha hovedansvaret for å ta i bruk veiledning som har kommet fra tannpleier (ibid).

Som veileder i helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid må vi trekke linjer mellom teoretisk kunnskap og egne erfaringer til den praktiske hverdagen. På klinikken legger vi vekt på individuell veiledning, mens når vi jobber utadrettet med sykdomsforebyggende tiltak skjer dette gjennom undervisning og gruppeveiledning. Veileder er en profesjonell samtalepartner som skal hjelpe pasienten til å nå sine egne mål (ibid).

Det finnes mange forskjellige veiledningsstrategier, og disse strategiene tar alle utgangspunkt i problemene til pasienten. Det handler om å være bevisst på forskjellen mellom informasjon og veiledning. Informasjon handler om at tannpleier kun har dialog med pasienten uten videre hjelpemidler. Eide og Eide (2008, s. 292): "å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta i mot". Endringsfokusert veiledning er en måte å veilede på, ved å kartlegge det aktuelle problemet som pasienten har, og øke bevisstheten til pasienten og videre veilede til personlig mål. Viktige momenter for en god veiledning er å stille åpne spørsmål, godkjenne pasientens valg og tilby hjelp (ibid).

3.3 SDT- teorien

Ryan og Deci utviklet sent på 1970-tallet teorien om selvbestemmelse. Den ble utformet på den måten at man sammenlignet ytre og indre motivasjon til et menneske, og videre hvordan

den ytre motivasjonen virket inn på atferden. På midten av 1980-tallet ble denne teorien godkjent som en empirisk teori (Parmann & Sørheim, 2011).

Mennesker er på mange måter ulike i forhold til motivasjon og mestring. De kan være motiverte og engasjerte eller de kan være passiv og fremmedgjort. Dette kommer av de sosiale forholdene som tilpasser seg dette. Forskning av selvbestemmelsesteorien, viser de naturlige prosessene av selvmotivasjon og sunn psykologiske utvikling. I motivasjonspsykologien blir det ofte et skille mellom indre og ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000). Indre motivasjon handler om en interesse et menneske har for en spesiell aktivitet, ytre motivasjon handler om verdien denne aktiviteten gir (Manger, 2012).

SDT-teorien omhandler og forklarer hvordan ytre motivasjon påvirker den indre motivasjonen, og videre hvordan den ytre motivasjonen virket på adferden til et menneske (Deci & Ryan, 2008).

SDT-teorien ble utviklet og forsket på, til fem miniteorier. Disse miniteoriene ble innført for å kunne forklare hvordan de kom frem til faktorene som kan påvirke menneskets indre og ytre motivasjon (Parmann & Sørheim, 2011). Vi vil her nevne de kort.

1. **Cognitiv evaluation theory (CET):** en psykologisk teori som blir brukt til å forklare hvordan ytre konsekvenser kan påvirke den indre motivasjonen til et menneske. Det var den indre motivasjonen som var utgangspunktet til Deci når han først begynte å forske på hvordan ytre påvirkninger kunne skape mindre grad av indre motivasjon. Indre motivasjon kan beskrives som menneskets behov for å utforske, oppdage, lære og ikke minst mestre. Dette er sentralt i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2000).
2. **Organismic integration theory (OIT):** Denne teorien går ut på at et menneske skal kunne motta informasjon fra omverden og gjøre opp tanker akkurat rundt denne informasjonen. Dette skjer gjennom internaliseringsprosessen. Deci og Ryan har forklart internalisering som menneskets ønske om å endre informasjonen de mottar og gjøre det om til sitt eget. Mennesker er mer villige til å integrere informasjon, der de opplever at de har et valg de er villige til å engasjere seg i. Dette gjenspeiles i menneskets ønske om autonomi og selvbestemmelse (ibid).

3. Casual orientation theory (CAT): I denne teorien er det lagt vekt på forskjellen av valg mennesker gjør i forhold til autonomi. Alle har rett til å velge ut fra sin selvbestemmelse. Man kan derfor ikke legge opp et bestemt opplegg for alle (ibid).
4. Basic needs theory (BNT): i denne teorien blir det forsket på sammenhengen mellom velvære og grunnleggende behov. For at et menneske skal kunne føle velvære må en ha oppnådd sine grunnleggende behov. Får en ikke tilfredsstilt disse behovene vil mennesket kunne føle en form for ubehag (Deci & Ryan, 2002).
5. Goal contents theory (GCT): her har det blitt forsket på ulike mål som fremmer velvære og trivsel. I følge forskningen er ikke materielle mål (ytre mål) som berømmelse, rikdom og utseende nok for at et menneske kan føle trivsel. Mens andre mål som personlig vekst, venner og familie (indre mål) fremmer trivsel og velvære på lang sikt (ibid).

3.4 Internaliseringsprosessen

I SDT-teorien blir internalisering sett på som en naturlig prosess der inntrykket personen får fra ytre omgivelser, blir gjort om til indre motivasjon. I forhold til autonomi, selvbestemmelse er det indre motivasjon som ligger i bunn. Prosessen ønsker at personer skal gjøre om ytre handlinger til sine indre verdier. Internalisering blir i det Store Norske Leksikon definert som en psykologisk prosess hvor verdier, holdninger og innstillinger fra omverdenen gjøres til sitt eget, og blir tatt inn i sin egen personlighet. Internalisering kan skje ved indirekte påvirkning, som ved bevisste forståelsesprosesser (Store Norske Leksikon, s.a.).

I internaliseringsprosessen er det tre grunnleggende faktorer som må opprettholdes for at motivasjonen og integreringen skal igangsettes. Disse tre faktorene er: kompetanse, relasjon og selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2000).

Når et menneske handler ut fra sin ytre motivasjon blir de som regel presset til å utføre en handling, eller at en belønning ligger til grunn. SDT-teorien er inndelt i forskjellige typer ytre motivasjon, uansett form for internalisering eller indre verdier. Vi vil her forklare disse kort.

3.4.1 Ytre regulering

Under ytre regulering styres mennesket etter situasjoner der de føler seg tvunget, eller for å oppnå belønning eller unngå straff. Dette kan være handlinger som kan være kontrollerende og/eller påtvunget (ibid).

3.4.2 Introjeksjon

I introjeksjonen blir internaliseringen av en handling satt i gang, men blir ikke integrert helt og fullt av selvbevisstheten. Det vil si at handlingen ikke er selvbestemmende. Mennesket utfører disse handlingene for ikke å skuffe noen, eller gjøre noe feil (ibid).

3.4.3 Identifikasjon

Identifikasjon setter i gang en mer positiv prosess hvor mennesket selv aksepterer den underliggende grunnen til akkurat denne handlingen. De kan føle interesse og større valgfrihet. Handlingen blir gjort i forhold til selvbestemmelsen, men fortsatt ytre motivert på grunn av at handlingen fortsatt er instrumentell, og ikke blir gjort som følge av at personen vil oppleve spontan glede eller tilfredshet (Parmann & Sørheim, 2011).

3.4.4 Integrasjon

I integrasjonen blir menneskets egne verdier og identitet akseptert i forhold til handlingen. Det vil si at mennesket har autonomi og at det er samsvar mellom handlingen, egne verdier og behov i den sammenhengen at de forstår konsekvensen av dette. Integrasjonen blir sett på som den beste formen for internaliseringen, og at mennesket føler tilfredshet med handlingene de utfører (Deci & Ryan, 2000).

I følge selvbestemmelsesteorien blir disse reguleringene lagt til grunn for at det skal kunne oppstå en internalisering. En sammensetning av å se menneskets følelser, perspektiv og legge opp til en veiledning til valg istedenfor å bruke press og kontroll. Dette støtter også menneskets selvbestemmelse (ibid).

3.4.5 Autonomi

SDT-teorien er i stor grad bygget på autonomistøtte. Det er viktig at mennesker får bruke sin egen vilje og valg, deretter å velge ut fra sine behov og ønsker. Vi har tidligere nevnt at internalisering henger sammen med autonomistøtte, videre ser vi at internalisering har mange fordeler som er positivt for et menneske. Dette kan være bedre tilpassing, økt velvære og god læremotivasjon.

Den mest vesentlige forskjellen vi kan se i SDT-teorien er forskjellen mellom autonom motivasjon og kontrollert motivasjon. Når et menneske, både barn og voksne, gjør autonome handlinger vil det oppmuntre de til å akseptere indre følelser og ønsker. Dette blir motsatt når en handling er kontrollert (Deci & Ryan, 2008).

I følge pasientsrettighetsloven § 1-1 er lovens formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasientrettighetsloven, 2001a). Helsepersonell skal kun utføre behandling som pasienten har samtykket til. Pasienten har rett på informasjon som angår både behandling og undersøkelser. Dette for å forstå hva de samtykker til.

3.5 LØFT-metoden

”Løsningsfokusert tilnærming er en måte å tenke på og arbeide med forandring og problemløsning som raskt gir ønsket effekt” (Langslet, 2000, s. 22).

Solution Focused Approach, som det opprinnelig heter, kommer i utgangspunktet fra familieterapien og Steve de Shazer, i 1982 (Furman & Ahola, 2002; Bergersen, 2000; Langslet, 2008). Han oppdaget at vi ikke trengte å ha en forbindelse mellom løsning og problem, så lenge personen kunne se for seg et mulig mål eller den optimale situasjonen som kunne oppstå etter løsningen av problemet (Langslet, 2000). Det viste seg at denne metoden også var anvendelig innenfor andre områder. Metoden bygger på at vi ikke skal endre det som fungerer, hvis noe fungerer så skal vi gjøre mer av det og hvis noe ikke fungerer godt skal vi gjøre det annerledes (Bergersen, 2000). Det kommer også frem at denne typen løsningsfokusert tilnærming blir stadig mer tatt i bruk på forskjellige fagområder (Langslet, 2008).

Det som kjennetegner denne typen teorier er at LØFT-metoden legger vekt på at den ”profesjonelle”, som i vårt tilfelle er tannpleier, lytter aktivt og stiller åpne spørsmål for å kartlegge situasjonen til pasienten (Langslet, 2000). Siden kan vi legge til hoved- og delmål. Målene kan være store og små, og i forskjellige tidsrom, det som karakteriserer målene er at de skal være klare, tydelige og oppnåelige. Målet er å oppnå ønsket tilstanden, der livet

fungerer tilfredsstillende. Pasienter, med samme type problem, kan se for seg forskjellige typer mål. Det kommer av at vi alle har forskjellige utgangspunkt og utfordringer (ibid).

LØFT- metoden er en arbeidsmåte der vi gjennom samtaler og diskusjoner i fellesskap kommer frem til ideer og metoder for hvordan pasienten selv kan løse problemet. LØFT- metoden tar utgangspunkt i 8 trossetninger (ibid). Disse trossetningene legger grunnlaget for hvordan vi best mulig møter pasientene våre og legger grunnlaget for løsningsfokustert intervensjon, og senere for hvordan vi best mulig oppnår problemløsning og endringer.

3.5.1 Åtte trossetninger

1. Det vi tror, påvirker hva vi leter etter og snakker om.

Denne trossetningen handler om at det vi blir fortalt eller opplyst om før vi kommer i gang påvirker måten vi tenker på. Langslet beskriver dette som for-forståelse, vi leter etter det vi er blitt fortalt (ibid).

2. Det finnes både Problem og ikke-problem

I LØFT- metoden er det viktig å fokusere på det som virker, selv om det finnes problemer. Muligheten for å utvikle det som virker videre, er viktig. Vi skal ikke fokusere for mye på det som ikke virker, ved god kommunikasjon kan vi fremme løsningsfokusterte handlinger og ikke problemsituasjonene (ibid).

3. Du trenger ikke forstå problemet for å løse det – finn heller nøkkelen til løsning!

Det å forstå problemet gjør det ikke lettere å løse det. Det som er viktig er å kunne se for seg ønsket situasjon, som er bedre enn dagens. Slik at vi har et mål og vi vet hvordan vi vil det skal se ut. Dermed vet vi hva vi jobber frem mot, og kan finne den rette nøkkelen til løsning (ibid).

4. Atferd som gis oppmerksomhet, gjentar seg

Hvis vi roser det som er bra og det de gjør riktig, kan vi senere se på det som må forbedres ytterligere. Vi kan heller ta dette opp etter at vi i fellesskap har klart å fokusere på det vi ønsker at pasienten skal se. Slik at blir glad og holder fortsatt fokus (ibid).

5. Språk skaper virkelighet

Språk er makt. Hvordan vi bruker språket vårt i samtale med andre har mye å si for hvordan de oppfatter oss og hvilke inntrykk og forventninger de sitter igjen med. ”Hvordan vi omtaler hverandre, skaper virkelighet” (Lende.no, s.a.).

6. Små endringer skaper større endringer

”Det er eksempelvis rimelig å tenke seg at mennesker som har lykket med å håndtere ett problem, blir bedre i stand til å finne tilfredsstillende løsning på andre problemer” (Langslet, 2000, s. 32).

7. Endringer er uunngåelig og stabilitet en illusjon

Endringer skjer rundt oss hele tiden, ubevisste og bevisste. Alle vil oppleve tilbakeslag og perioder med nederlag. Det blir derfor viktig å kunne vedlikeholde bedringen. Og når problemene dukker opp rundt oss må vi se mulighetene. Ikke bare fokusere på og klage over det som ikke fungerer.

8. De saken gjelder, vet best

”Ekspertkunnskapen om hva som virker, finnes lokalt!” (ibid, s. 36.). Det er de som møter problemene daglig som vet best angående hva som virker, eller ikke virker. Hvis vi for eksempel kommer inn på en arbeidsplass og skal ta tak i hva som ikke virker må vi først forhøre oss litt rundt. Akkurat sånn er det for våre pasienter også når vi møter dem, vi må først spørre pasienten/foresatte om hva som er problemet. Vi må alltid ta utgangspunkt i pasientens ståsted og begynne der.

3.5.2 Mål

”For ethvert problem svarer til et mål...” (Furman & Ahola, 2002, s. 61). Hvilke mål vi setter oss og hva som ligger til grunn for at vi vil nå disse målene er viktig. Endring er umulig dersom partene ikke setter seg realistiske mål i samhandling og samsvar med hverandre og det vi ønsker å oppnå. Vi må ha fokus på målene og fremskrittene som blir gjort, selv små som store mål, og så sette i gang kloke grep med tanke på både språk, kommunikasjon og relasjonen mellom oss tannpleiere og pasientene er viktig (ibid).

Dahls (2005) erfaringer er også at vi lettest får positive resultater gjennom LØFT-metoden via ”verdsetting, mestring, omsorg og omtanke og moro og humor i all pasientbehandling”. Dette kan komme av at det blir lettere å få pasientene til å huske det de gjorde som var bra dersom de kan knytte dette med noe positivt og til noe som gir dem en god følelse”. Reteaming er en

fremgangsmåte og en prosess man tar i bruk når man vil vende problemer til mål og motivere brukeren (pasienten) til å nå disse målene” (ibid, s. 29). Dersom det oppleves nederlag tidlig i prosessen kan det bli vanskeligere å komme seg videre ut av problemet, siden vi da kan føle at vi stadig møter motgang. I disse tilfeller kan vi bruke reteaming og endre problemene til mål.

3.5.3. Spørsmål som kan hjelpe pasienten og tannpleier til mål og løsninger

Langslet (2000) forteller at det handler om kompromiss. For å komme frem til hva som kan brukes av spørsmål må vi se på hva pasienten ønsker å gjøre og hvordan dette kan bli mulig. Hun kaller spørsmålene for; mirakelspørsmål, unntaksspørsmål, skalaspørsmål og mestringsspørsmål. Mirakelspørsmålet går ut på at vi ser for oss hvordan situasjonen hadde vært dersom problemet hadde forsvunnet over natten. Og at pasienten i dette tilfelle beskriver hvordan det ser ut i det øyeblikket og senere ser på hva som skal til for at nåværende situasjon forandres. Å benytte dette spørsmålet kan gjøre at pasienter som bare ser problemene vil få et klarere syn over situasjonen og se hva som kan gjøres for å kunne forbedre situasjonen til det optimale. Langslet (2000) beskriver at dette kan skje over en natt, der man våkner opp og hvor problemet ikke eksisterer lenger.

Unntaksspørsmålet handler om ”å utforske unntak fra problemet, dvs. finne frem til situasjoner hvor problemet var mindre eller borte, og hva som var annerledes da” (ibid, s. 46). Samtidig med dette er det lurt å fokusere på hva det var som gjorde at pasienten syns problemet var blitt redusert eller ikke var et problem lenger. Derfor må vi fokusere på hva pasienten gjorde i det tilfelle der problemet var mindre, eller borte, og bruke dette videre til å løse problemet (ibid).

Skalaspørsmålet handler om at man setter opp dagens situasjon på en skala fra 1 – 10. Så setter vi det opp og spør videre hvorfor det ikke er lavere. Og hvor på skalaen de ser for seg når de opplever at problemet er borte, eller så lite at de kan leve med det. Videre ser vi på hva som kjennetegner denne situasjonen og hvordan endringen er fra dagen situasjon. Derfor må vi se på om det er oppnåelig å ha en problemredusert situasjon, altså en bedre tannhelse (Langslet, 2002).

LØFT-metoden handler i hovedsak om å kunne motivere pasientene gjennom åpne samtaler og diskusjoner der vi kommer i mål, gjennom delmål og frem til hovedmålet i samhandling. Her er det viktig at målene samsvarer med LØFT-metoden for hvordan de skal være. Trossetningene skal hjelpe oss tannpleiere til å oppnå bedre relasjon til pasientene og få et godt og lettere samarbeid, og oppnå realistiske, oppnåelige og konkrete del- og hovedmål.

4.0 Drøfting

Vi har presentert veiledning, SDT-teorien og LØFT-metoden i teorikapitlet. Videre drøfter vi de funn vi har gjort i litteraturen opp mot problemstillingen. Problemstillingen vår er “Hvordan kan LØFT-metoden og SDT-teorien bidra til å ivareta tannhelsen i aldersgruppen 12-18 år?”. På bakgrunn av teorien vil vi drøfte viktige områder for å ivareta tannhelsen i aldersgruppen. Vi vil bruke eksempler fra praksis for å få synliggjort tannpleierens funksjon. Vi vil også nevne at som studenter har vi begrenset erfaring med bruk av teorien og metoden i praksis.

I dagens samfunn vet vi mye mer om tannsykdommer enn tidligere år. Det å ha egne friske tenner hele livet ut, har ikke alltid vært en selvfølge, og vi har erfart at de fleste over 50 år i dag ikke alltid har hatt bare hyggelige besøk på tannklinikken tidligere i livet. Heldigvis er situasjonen annerledes i dag. Den offentlige tannhelsetjenesten gir gratis tannbehandling til barn og unge fra 0 til 18 år. Behandlingen skal omfatte både helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i tillegg til undersøkelsen og reparativ behandling (Tannhelsetjenesteloven, 2011).

Vår oppfatning er at alle aldersgruppene i tannhelsetjenesten har varierende status og behov for tannhelsehjelp. Det å ivareta egen tannhelse kan være vanskelig for noen. Vi må kunne differensiere vårt tilbud om hjelpe ut fra pasientens behov og ønske. Vi vil legge vekt på å få pasientene bevisst på egen tannhelse.

Vi må lage behandlingsplaner i samarbeid med hvert individ. Det handler ikke bare om tannpleiers faglige vurderinger og ønsker, men også hvilket utgangspunkt og forutsetning pasienten har for å lære og interessen for tannhelsen (Tveiten, 2008; Eide & Eide, 2008). Vi vil legge grunnlaget for at denne aldersgruppen blir i stand til å ivareta egen tannhelse og fortsetter med dette etter de har blitt voksne. Målet er å få til varig endring og at denne aldersgruppen forstår hvor viktig det er å ivareta tannhelsen, ut fra kunnskapen vi bidrar med, og gjennom selvbestemmelse.

4.1 Pasientveiledning, kommunikasjon og relasjon

Det har ikke blitt gjort mange empiriske studier i forhold til kommunikasjon mellom barn/unge blant helsepersonell. Men det finnes allikevel mange lærebøker som omhandler

dette temaet. Disse studiene tyder på at kommunikasjon med barn og unge ofte kunne vært bedre. Ungdom fra 12 år og oppover kan fint delta i en ”voksen verbal dialog”. De kan forestille seg hvordan ting kan være uten og ha opplevd det, og videre tenke hypotetisk og abstrakt. Noe som tannpleier må legge vekt på i en behandlingssituasjon med unge et at denne aldergruppen stiller store krav til seg selv. De kan få følelsen av å ikke være god nok, eller flinke nok. De er i en alder der de skal finne sin egen identitet. I en slik periode i livet kan mangel på bekreftelse og anerkjennelse skape usikkerhet sier Eide & Eide (2008).

Vår erfaring i forhold til kommunikasjon og veiledning i vår aktuelle aldersgruppe er at de fleste vi jobber med er forskjellige. Vi har opplevd at mange tolker og vektlegger vår veiledning forskjellig.

Eide & Eide (2008) forklarer videre at det ikke finnes en fasit for hvordan vi skal kunne kommunisere med de unge. De er i stadig forandring og forskjellige utviklingsnivå, og dette kan utfordre vår evne til å kommunisere på. I LØFT-metodens 5. trossetning om at “språk skaper virkelighet” kan vi se at språket vi benytter på tannklinikken både kan være til hjelp for oss, men også til forvirring for pasienten (Langslet, 2000). Vår erfaring er at tannpleier må lytte aktivt, stille åpne spørsmål, ta seg tid til pasienten og være direkte. Unngå bruk av fagspråk, da dette kan føre til at pasientene ikke forstår hva vi mener. Bruk av faguttrykk kan bidra til at unge pasienter føler seg oversett og ydmyket, og kan lett oppfatte at tannpleier har en “ovenfra-ned”-tilnærming. Dette kan være med på å vanskeliggjøre det helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltaket som er vår intensjon ovenfor pasienten.

For at tannpleier skal kunne bidra til å ivareta tannhelsen til denne aldersgruppen, må vi være i stand til å kunne gi god pasientveiledning. Hjelpemidler som modeller, bilder, samt røntgenbilder kan tas i bruk. Tveiten (2008) sier at bruk av hjelpemidler kan bidra til pasientens refleksjon over egen tannhelse, og bidrar til økt forståelse. Ved å bruke veiledning som metode for pasienter som trenger forebygging, istedenfor informasjon og instruksjon kan bidra til at pasienten reflektere mer over sin egen tannhelse (Dahl, 2005). Det er derfor viktig å passe på at vi legger opp til en god og trygg veiledningssituasjon, og videre bruke vår teoretiske kunnskap for å veilede og kommunisere med pasientene.

For å ivareta tannhelsen i denne aldergruppen er det viktig at kommunikasjonsformen er på en slik måte at pasienten forstår situasjonen, og videre selv kommer fram til løsningen. Når vi møter en pasient er det ikke nok å si hva vi som tannpleier mener er viktig og videre tro dette fungerer. Er ikke pasienten enig i løsningen og har forstått hensikten med den, vil ikke våre

”gode råd” virke. Vi må bruke tid på å opprette relasjon, bidra til økt kunnskap og la pasientene ta egne valg. Disse tre faktorene er viktige faktorer i SDT-teorien. Dette kan vi gjøre ved å la pasientene ta del i situasjonen og forklare hva vi skal gjøre underveis i besøket. Dette vil være essensielt for videre samarbeid og kommunikasjon (Mejære, Modéer & Twetman, 2008; Parmann & Sørheim, 2011).

LØFT- metoden kan også bidra til å øke bevisstheten hos tannpleier rundt veiledning og kommunikasjon med pasientene. God kommunikasjon mellom tannpleier og pasient kan vi oppnå at kunnskapen til aldersgruppen øker og de blir mer bevisst rundt egen tannhelse. Tannpleier må være positiv og formidle budskapet på en måte som aldersgruppen forstår. Videre gi LØFT bidra til pasientenes kompetanse og kunnskap omkring tenner og munnhule. Spørsmål som ”kanskje du kan prøve...” eller ”har du prøvd...” er spørsmål som etter vår oppfatning er vanlig å bruke i en pasientsituasjon på tannklinikken. Dette er spørsmål som kan få pasienten til å åpne seg, og derfor kan tannpleier få mer informasjon om hva pasienten mener om sin egen tannhelse. På en annen side kan disse spørsmålene bidra til at pasienten kan føle seg “overkjørt” og komme med motargumenter (Dahl, 2005).

Holst, Skau og Grytten (2005) har forklart at bruk av globale spørsmål om helse og tannhelse, kan bidra til å gi pasientene egen oppfattelse av tannhelsen sin. Et globalt spørsmål blir her definert som et spørsmål som inngår egenvurdering av tannhelse og generell helsetilstand, som videre er formulert på en overordnet måte. Holst et al. (2005) forklarer videre at svarene gir god informasjon om hva pasientene egentlig legger i begrepet tannhelse og helse, og videre oppfattelsen av god og dårlig tannhelse. Dette støttes også av Dahl, Wang, Skau & Øhrn (2011).

Ved å få pasientens syn på dette kan vi få belyst pasientens ønske, noe som kan hjelpe videre i å bedre forståelsen og innsikten i ulike måter å tenke på og komme frem til nye løsninger. Våre erfaringer fra praksis er at pasienter i aldersgruppen har varierende holdninger, atferd og kunnskap til tannhelsen. Det er derfor viktig at tannpleier stiller åpne spørsmål som gjør at vi får en bedre oversikt. Unge trenger å kunne reflektere over hva de ønsker og hvordan de skal nå frem til målet. Dette vil gjøre at de kan lære mer og forstå det vi prøver å fortelle (Mejære, Modéer & Twetman, 2008).

LØFT-metoden sier at tannpleier i samarbeid med pasienten må finne frem hva pasienten selv kan jobbe videre med via reteaming. Reteaming handler om å vende problemene om til mål og arbeide ut fra den situasjonen de er i. Dette i stedet for å se på problemet. Vi må ta

utgangspunkt i hva pasienten selv ønsker å fokusere på, og lære mer om. Det er viktig å forstå at vi ikke trenger å forstå problemet for å kunne løse det (Langslet, 2000). Dette kan forklares ved at vi ikke trenger å vite hvorfor pasienten ikke pusser tennene sine bare tannpleier klarer å bidra til at de blir så motiverte at de begynner å pusse tennene daglig.

Tannpleier må ikke se på pasientene som en målgruppe, men som samarbeidspartnere. Mål og hvordan vi kan nå målene sammen må være gjenstand og påvirkning fra pasientenes side. For at vi skal kunne lage gode og oppnåelige mål sammen med pasientene er det viktig å ha fokus på hva gode mål er. Videre endre problemet til mål. Langslet (2000) forklarer at gode oppnåelige mål kan være små, konkrete, men realistiske, og samtidig viktig. Tannpleier må hele veien sette små mål sammen med pasienten, da blir det lettere å oppnå suksess i pasientbehandlingen. Delmålene må, som nevnt tidligere, være realistiske. Sikter vi for høyt blir det vanskeligere for pasienten å følge opplegget som skal føre til hovedmålet. Konkrete og viktige mål handler om at pasientene skal kunne forstå målene vi i felleskap har kommer frem til og dermed unngå forvirring og frustrasjon. Det er også nødvendig at målene er viktige for pasienten og ikke bare tannpleier (ibid). Om målene kun er viktige i tannpleier sine øyne vil det sjelden skje noen forandring og dermed vil situasjonen forbli den samme og endringen vil utebli (Manger, 2012).

Vår erfaring er at dersom målene er små, konkrete, realistiske og viktige kan vi lettere jobbe med pasientene. Pasientene kan forstå hva de skal jobbe mot, uten å bli forvirret, og dermed har de mål som de har oppfattelse av at de har muligheten til å nå. Noe som blir viktig i forhold til å opprettholde motivasjonen til pasienten.

Langslet (2000) forklarer at enhver intervensjon etter LØFT-metoden starter med å forhandle om mål. Vårt mål er å få unge i alderen 12-18 år å ivareta tannhelsen. Ved bruk av nyttige spørsmål som LØFT-metoden støtter, kan disse spørsmålene være et virkemiddel i pasientveiledningen til å nå målet.

I LØFT-metoden blir disse spørsmålene betegnet som mirakelspørsmålet, skalaspørsmålet eller unntaksspørsmålet. Mirakelspørsmålet tar for seg en situasjon som forsvinner over natten. Vi kan spørre pasientene om de kan tenke seg at de våkner en dag og alt er som de ønsker seg med hensyn til tannhelsen, og hvordan er det da? Videre kan vi ved skalaspørsmål spørre hvorfor de mener tannhelsen ikke er dårligere enn det pasienten sier den er, på en skala fra 1-10. Unntaksspørsmålet kan vi bruke når vi har en pasient som ikke klarer å ivareta tannhelsen på noen som helst måte. Vi kan da spørre om hvordan og hva pasienten tror er

annerledes ved å ivareta tannhelsen, videre kan vi spørre om hva som er annerledes når problemet er delvis eller helt borte (ibid).

Vår oppfatning av disse spørsmålene er at de kan til en viss grad hjelpe oss i pasientsituasjonen. Det vises ofte at når pasienter svarer på noen av disse spørsmålene at det er deres ønsker, verdier og kvaliteter som kommer frem (ibid). I situasjoner der vi bruker for eksempel mirakel- eller skalaspørsmålet tvinger vi pasienten til å tenke over hvorfor de ikke satte tannhelsen sin lavere ned på skalaen eller hvordan de kan se en mulig løsning videre. Dette kan hjelpe unge til å reflektere over sin egen tannhelsesituasjon. Dette fordi de må tenke over og forklare hvorfor de ikke setter sin tannhelse lavere eller hvorfor de ser for seg løsningen akkurat på den måten (ibid).

Det å skape en god relasjon er viktig. Vår erfaring er at for å oppnå god relasjon med pasienten må vi gi tilbakemelding på hva pasienten gjør som er bra. Ros er alltid viktig for å få en god relasjon. Da opplever pasienten at de er flinke og får økt selvtillit, dette kan igjen være med på å øke motivasjonen. Dahl (2005) sier at pasientenes opplevelse ved bruk av LØFT- metoden og gjennom ros var at pasienten fikk følelsen av at tannpleier var interessert i å hjelpe dem. Dette kan være med på å skape en god relasjon mellom tannpleier og pasient. I motsetning sier Furman og Ahola (2002, s.14): "...det er ikke nok at folk lærer å gi hverandre positive tilbakemeldinger, de må også lære å framsette kritikk mot andre på en empatisk og konstruktiv måte".

Vår oppfatning er hvis tannpleier kommer med kritikk til pasienten kan pasienten fort sette seg i forsvarsposisjon og dermed ikke ta til seg det positive vi legger vekt på. Vi kan derfor se visse problemer med å kritisere pasientene våre for mye. Tannpleier må kunne lese situasjonen og ikke overkjøre pasienten. Pasienten skal ikke føle seg utilpass eller kritisert. Vi ønsker å bidra til at pasienten føler seg verdifull og at vi kan sammen utforme et dynamisk samarbeid. Det kan bidra til videre endring og motivasjon hos pasienten. I tråd med LØFT- metoden ser vi derfor viktigheten av å kunne rose pasientene våre slik at de får økt selvtillit og dermed øker mestringsfølelsen og endringen kan lettere skje (Langslet, 2000).

4.2 Motivasjon

Vi har lært at det ikke alltid hjelper bare å se problemet for å ivareta tannhelsen. Vi må også hjelpe pasientene til å bli motivert og få dem til å se betydningen av å ivareta tannhelsen.

SDT-teorien mener at den ytre motivasjonen påvirker den indre motivasjon. For å bli indre motivert trengs det at pasientene er interessert i det de skal gjøre. For å vekke interesse og motivere ungdommen bør vi få de til å reflektere over sin egen situasjon og holdning til tannhelse (Mejære, Modéer & Twetman, 2008).

I vår kliniske praksis på de forskjellige tannklinikkene har vi møtt mange ulike pasienter. Vi har merket oss at noen er veldig flinke til å ivareta tannhelsen, mens andre utsetter tannpussen til det lengste, og er ikke så interessert i å høre på hva vi sier. Noen vil bare høre om de har hull i tennene, og bli ferdig. Vi har stilt oss spørsmålet hvorfor er det slik? Som tannpleier er en av vår største utfordring å få pasientene til å høre hva vi har å si, og videre bruke våre råd og anbefalinger over tid. For å bidra til at pasientene blir motiverte må vi skape tillit, aksept og bidra til at pasienten føler seg trygg (Parmann & Sørheim 2011). Motivasjon er en forutsetning som skaper læring. Dette vil tilrettelegge for hva, hvordan og når vi lærer. I forhold til de pasientene som er flinke til å ivareta sin egen tannhelse må det ligge til grunn en motivasjon (Manger, 2012).

Tannhelsetjenesten anbefaler at pasientene pusser tennene to ganger daglig med fluortannkrem etterfulgt av tanntråd og ekstra fluortilskudd hvis det er nødvendig (Statens Helsetilsyn, 1999). Det er dessverre ikke alle som følger disse anbefalingene. Her kan vi ved SDT-teorien bidra til å finne den indre motivasjonen hos pasienten og jobbe videre deretter. Mens ved bruk av LØFT-metoden kan vi fokusere på det pasienten ønsker og hjelpe de med å lage delmål. Delmålene kan være at pasienten begynner å bruke tanntråd for eksempel en gang i uka. Men det er viktig at pasienten synes målet er viktig for dem. Klarer vi som tannpleier å få til det, øker pasientens motivasjon for å nå delmålet.

For å kunne bidra til å ivareta tannhelsen til unge i alderen 12-18 år, har vi erfart at ved bruk av LØFT-metoden kan vi få pasientene til å fokusere på det de mestrer i hverdagen, av det daglige tannstellet. Derfor kan bruken av konkrete, enkle delmål være med på at pasientene opplever mestring og dermed kan få indre motivasjon til å jobbe videre med tannhelsen, i henhold til SDT-teorien. Derfor tror vi at en kombinasjon av LØFT og SDT kan hjelpe vår pasientgruppe til å holde oppe motivasjonen på en slik måte at de klarer å ivareta egen tannhelse.

4.3 LØFT til selvbestemmelse

LØFT-metoden vil at pasientene skal kunne komme frem til løsninger i fellesskap med tannpleier og ikke bare bli fortalt hva som skal gjøres. Våre pasienter må få mulighet til å kunne påvirke beslutninger gjennom kunnskapen tannpleier bidrar med. Det er mange pasienter som forventer klare svar og ordrer fra tannpleier, og de handler av og til ureflektert i forhold til resonnementer. Vi som tannpleiere må tenke på at vår aktuelle pasientgruppe er unge, det er ikke alle som har erfaring med å ta avgjørelser eller være ansvarlig for sine valg hos tannpleier. Mæland (2009) forklarer at vi må gi våre pasienter kunnskap og hjelp til beslutninger som gir gode forutsetninger for tannhelsen. Den helsefremmende ideologien bygger på at alle mennesker må få større kunnskap og kontroll over egen tannhelse, og hva som videre kan påvirke den (ibid).

Dahls (2005) erfaringer med LØFT-metoden, i forhold til tannhelse, er positive. LØFT-metoden hjelper ungdommen i den forstand at rosen gav glede og inspirasjon til å fortsette med gode tannhelsevaner. Pasienten satte pris på at tannpleier verdsatte dem som individ og så betydningen av at mestring skjer gjennom egen refleksjon og ikke ved at tannpleier må fortelle hva de må gjøre. Det er viktig at pasienten selv får komme frem til løsning.

I SDT-teorien er kompetanse, relasjon og selvbestemmelse sentrale faktorer som tannpleiere må forholde seg til. Alle pasienter har rett til å ta egne valg omkring tannhelsen og tannpleiere skal bidra til den kunnskapen de trenger. I følge pasientrettighetsloven (2001c) § 3-2 ”skal pasientene ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet for å kunne ivareta sine rettigheter”. For å ivareta SDT-teoriens tre faktorer må vi i møte med pasienten informere om risikoene som er tilstede ved å ikke ivareta egen tannhelse og hvilke muligheter de selv har for å kunne ivareta tannhelsen. Selvbestemmelse er viktig og vi må tenke på, som trossetningene i LØFT sier, at de som saken gjelder vet best (Deci & Ryan, 2000; Langslet, 2000).

Vi ser her betydningen av å la pasientene være med i bestemmelsesprosessen, i samsvar med pasientrettighetsloven (2001b) §3-1. Der sies det at pasienten skal, uansett evne, kunne motta den informasjonen vi gir om undersøkelses- og behandlingsmetoder og derfor selv være med på å bestemme hva som passer best. Vi har erfart at motivasjonen for endring er sjelden eller minimalt tilstede dersom vi stadig kun sier hva som er galt og hvordan de skal kunne ivareta tannhelsen bedre. Relasjonen vi skaper blir avgjørende her.

For å oppnå varig endring er det optimale å ha indre motivasjon, motivasjon som kommer av interessen personen har for en spesiell aktivitet (Manger, 2012). Mens ytre motivasjon kan komme av forskjellige grunner. SDT-teorien forteller om internaliseringsprosessen som en naturlig del av motivasjonen.

4.4 Internalisering – gjøre det til sitt eget

Deci og Ryan sin teori bygger på at dersom pasienter skal kunne opprettholde endringen over tid, trengs det internalisering av både kompetanse, relasjoner og selvbestemmelse (Deci & Ryan, 1985). Disse faktorene vil utgjøre en sentral rolle for at de ytre handlingene vil bli integrert og bidra til at den indre motivasjonen blir regulert. SDT-teorien har ulike reguleringer i internaliseringsprosessen, disse har vi forklart i kapittel 4.1. tidligere i oppgaven. SDT-teorien belyser at for å oppnå en internalisering må en akseptere pasientenes perspektiv og vise empati for pasientens følelser og videre veilede pasienten slik at den får et valg, istedenfor press og kontroll. Ved bruk av empati vil vi kunne skape gode relasjoner hos pasienten, og ved å veilede til valg setter vi pasientens selvbestemmelse i fokus. Videre sier teorien at dersom pasienten ikke blir motivert nok til å handle, eller gjøre aktiviteten kan det være fordi de ikke føler de er kompetente nok til å gjennomføre det. Dette kan også sees i sammenheng med at pasienten ikke får mulighet til å bestemme selv (autonomi) eller at de ikke får mulighet til å medvirke i aktiviteten. Det er derfor viktig at det ligger tilrette for pasientens sosiale liv, læremiljø og også tilhørighet. Dette for at disse tre faktorene skal bli opprettholdt (Deci & Ryan, 2000).

På en annen side belyser Nesheim (2008) i sin masteroppgave at å gi pasienter for mye selvbestemmelse og kontroll kan hemme pasientens personlige utvikling og begrense deres motivasjon. Videre forklares det at dersom en pasient får mye frihet til å velge, kan den store valgfriheten bli et hinder for utvikling og læring. Det er derfor viktig å veilede pasienten mot konkrete målsetninger, slik at de selv forstår hva som må gjøres, og ikke la selvbestemmelsen bli for stor. Det må være en balansegang, og at en må presisere målet, noe som kan føre til motivasjon.

I følge Dahl (2005) blir det bekreftet av pasienten at det å ha en hyggelig tone med tannpleier er viktig. I tillegg til at tannpleier snakker med dem, og viser oppriktig interesse for deres tannhelse. Dette er i tråd med hva LØFT-metoden belyser, som å bli sett og verdsatt for det pasienten gjør. Verdsetting er at pasientene blir lagt merke til og hørt. Dette er med på å

fremme pasientens velvære, de blir involvert, noe som igjen fører til at deres kunnskap blir utnyttet og ivare tatt (Langslet, 2000).

Vår oppfattelse er at det er viktig å gi pasientene kunnskap om tannhelse i forhold til deres alder og nivå, sånn at de videre kan benytte selvbestemmelsen til å være med å ta egne valg i forhold til tannhelsen. I helsefremmende og sykdomsforbyggende arbeid må vi tannpleiere fokusere på positive erfaringer, og følelser. Vi må veilede pasienten etter hva de har kunnskap om, og som de føler de har kompetanse til for å kunne få pasientene til å ivareta sin tannhelse. Knyttet opp til vår problemstilling er dette aktuelt for å kunne ivareta tannhelsen til vår aktuelle aldersgruppe. Dette nettopp fordi vi ønsker en varig endring. Ut fra dette må tannpleier bidra til at pasienten har kunnskap og forstår det budskapet som vi snakker om og vi må veilede frem til valg, fremfor å presse, som igjen setter fokus på selvbestemmelsen.

Dette kommer tydelig frem i SDT-teorien siste regulering integrasjon, der pasienten har selvbestemmelse knyttet opp til samsvar mellom handlingene, egne verdier og behov i den sammenheng at det forstår konsekvensen. Hvis vi får pasienten til å klare dette, kan pasientene bli tilfreds med handlingene de utfører. Videre kan dette føre til varig endring og pasienten blir i stand til å ivareta egen tannhelse.

Vi ser at LØFT og SDT har forskjellige og like bruksområder. Vi mener muligheten for å kombinere LØFT og SDT er absolutt tilstede.

5.0 Konklusjon

I vår oppgave har vi drøftet problemstillingen vår som er “Hvordan kan LØFT-metoden og SDT-teorien ivareta tannhelsen i aldersgruppen 12-18 år?”. Vi har i løpet av bacheloroppgaven belyst hvordan bruken av LØFT og SDT, via teori og empiri, kan ivareta tannhelsen. Ved bruk av teorien har vi fått en bedre forståelse for hvordan vi kan bruke LØFT som metode og SDT som teori i forhold til unge pasienter. For å kunne ivareta tannhelsen til aldersgruppen 12-18 år er det mange faktorer som spiller inn.

Vi har opplevd at god kommunikasjon er viktig for pasientens forståelse og mulighet til å ivareta egen tannhelse. Dette gjelder både på klinikken og i undervisningssammenheng. Det er viktig å unngå forvirring og la pasienten få mulighet til å reflektere over løsninger. Dette lar pasientene få mulighet til å lære mer om hvorfor de gjør som de gjør.

I endringsfokusert arbeid er forholdet mellom pasient og tannpleier viktig. Vi har funnet ut at relasjonen, tilliten og respekten dem i mellom er essensielt for om endring er mulig.

Tannpleier må se at pasienten har muligheter, ikke bare begrensninger, for å nå målene.

Ved bruk av LØFT-metodens trossetninger kan tannpleier få hjelp til hvordan de skal møte pasientene og hvordan vi best mulig kan oppnå problemløsning og varig endring hos pasientgruppen. Ved bruk av setningene kan vi fokusere på hva tannpleiere kan gjøre av gode grep for å motivere og fokusere pasientene. Samtidig som vi må holde på pasientens autonomi, i tråd med SDT.

SDT-teorien kan være med å hjelpe ungdommen til å fokusere mer på tannhelse. Ved å øke kunnskapen til faget, kan vi skape en interesse rundt tannhelsen og dermed kan vi oppnå indre motivasjon, internaliseringen, som igjen kan være med på å ivareta tannhelsen til aldersgruppen. Men her ser vi visse svakheter også, for alle tar ikke til seg den kunnskapen vi prøver å formidle og dermed kan det bli vanskelig å øke interessen, som igjen kan føre til at noen faller utenfor.

Vi kan se at å arbeide på denne måten, med LØFT og SDT, kan hjelpe oss til å ivareta tannhelsen til flere typer pasienter. Ved at vi fokuserer på det de gjør av gode grep, kan vi øke selvtilliten til pasienten og dermed bruke SDT-teorien til videre motivasjon i pasientgruppen.

Vi anser derfor bruken av LØFT og SDT som viktig, i forhold til å kunne hjelpe ungdom mellom 12 og 18 år til å ivareta egen tannhelse. Dette er hjelpemidler som tannpleier vil

kunne bruke for å øke kunnskapen til ungdommene. Og dermed øker forhåpentligvis fokuset på egen tannhelse. Vi mener bruk av LØFT og SDT kan benyttes hos alle målgrupper uansett alder. Det er et verktøy som ser muligheter hos pasientene i stedet for begrensningene.

Litteraturliste:

*Bergersen, R. (2000). *Løsningsfokusert tilnærming – fokus på ressurser og løsninger*.

Lokalisert 23.04.12 på <http://www.forebygging.no/en/Metode/Overordnede-strategier/Interaktive-laringsopplegg-og-ressursorientert-tilnarming/Losningsfokusert-tilnarming---fokus-pa-ressurser-og-losninger/>

*Dahl, K. E. (2005). *Tannpleierens pedagogiske kompetanse i forhold til forebygging – Erfaringer fra et forebyggingsprosjekt med ungdomsskoleelever*. (Publisert Hovedfagsoppgave i yrkespedagogikk), Høgskolen i Akershus.

*Dahl, K. E., Wang, N. J., Skau, I. & Øhrn K. (2011) *Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults*. Acta Odontol Scand; 69(4):208-214.

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

*Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory og Human Motivasjon, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.

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

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Furman, B. & Ahola, T. (2002). *Skap en bedre arbeidsplass. En løsningsfokuset tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Holst, D., Skau, I. & Grytten, J. (2005). Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkning i Norge i 2004. *Den norske Tannlegeforenings Tidende*. 115(10), s. 576-580.

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

*Kuusela, S., Honkala, E. & Rimpelä, A. (1996). Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years – longitudinal prospective studies of Finnish adolescents. *Community Dent Health*, 13(1), 34-39.

*Langslet, G. J. (2000). *LØFT – Løsningsfokuset tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Langslet G., J. (2002). *LØFT for ledere – Løsningsfokuset tilnærming til typiske ledelsesutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Langslet G. J. (2008). Løsningsfokuset tilnærming (LØFT) i organisasjonsutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforning*, 45(3), 343-348.

*Lende.no (s.a.). *LØFT*. Lokalisert 23.04.12 på <http://lende.no/loft/>

*Manger, T. (2012). *Motivasjon og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

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

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

*Nesheim, H. (2008). *Selvbestemmelse og autonomistøtte i kroppsøving – En studie om motivasjon for kroppsøving i videregående skole*. (Publisert masteroppgave). Høgskolen i Nord-Trøndelag.

*Parmann, U. S. & Sørheim, B. (2011). *Unge mennesker motivasjon til egen tannhelse*. (Publisert masteroppgave). Universitetet i Oslo.

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1. (2001a). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1. (2001b). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1>

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2001c). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>

*Rebne, L.-C. & Wang, N. J. (2010). Tolvåringer i Oslo har behov for informasjon om tannhelse. *Norske Tannlegefornings Tidende*, 120(5), 300-305.

Statens helsetilsyn, (1999). *Tenner for livet*. Lokalisert på http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/tenner_livet_ik-2659.pdf

*Store Norske Leksikon, (s.a.). *Internalisering*. Lokalisert på http://snl.no/sml_artikkel/internalisering

*Tveiten, S. (2008). *Veiledning - mer enn ord* (3. utg.). Bergen: Fagforlaget.

*Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. (2011) Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19830603-054.html#1-2>

VEDLEGG 1. PICO-skjema

P	I	C	O
Person/problem/pasient	Intervensjon/eksposisjon	Evt. sammenligning	Utfall
Ungdom, barn og unge, adolescents,	“Solution-Focused therapy” (LØFT), “Self-determination theory” (SDT-teori, Selvbestemmelse) “Dental Care” (Tannhelse)		Empowerment, change habits, motivation,

VEDLEGG 2. Søkehistorikk

DATO	SØKEORD	DATABASER	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKT	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
16.04.12	Selvbestemmelse AND barn\$	Norart	Vitenskapelig	3	1	1	
16.04.12	Solution-focused	McMaster Plus		?	1	0	
16.04.12	Selvbestemmelse \$ AND teori\$	Norart	Vitenskapelig Fulltext 2005-2012	0	0	0	
16.04.12	Tannhelse AND tolvåringer	SveMed+	Vitenskapelig	1	0	1	“Tolvåringer I Oslo har behov for informasjon om tannhelse. En spørreundersøkelse om kunnskap, holdning og atferd”
16.04.12	Tannhelse AND attenåringer	SvMed+	Vitenskapelig	0	0	0	

16.04.12	Motivasjon AND bran\$	Norart	Vitenskapelig 2005-2012	2	0	0	
16.04.12	Solution-focused	SveMed+		1	0	0	
21.04.12	LØFT	Helsebibliotek et		500	1	1	“Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) I organisasjonsutvikling ”
21.04.12	SDT-theory AND adolescent	PubMed		29	1	0	
21.04.12	Solution-focused AND adolescent	PubMed		30	2	0	
21.04.12	“Self- determination theory”	PubMed		312	1	1	“Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being”

VEDLEGG 3 Tannstaus

Tannstatus, etter region, alder, tid og statistikkvariabel

	2004	2010
	Andel som ikke har hatt karies (DMFT = 0)	Andel som ikke har hatt karies (DMFT = 0)
0 Hele landet		
12 år	41	50
18 år	16	17

Fotnote(r):

Kilde til og med år 2000: Statens helsetilsyn. Tannhelsetjenesten i Norge, Årsmelding.

Andel av antall personer registrert/undersøkt i aldersgruppen.

Hentet fra Statistisk Sentralbyrå.