



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

4TABA10

**Lina Dang**

Veileder Kari Elisabeth Dahl

**Forebygging av periodontitt hos røykere**

**Preventing periodontal disease among smokers**

Antall ord: 11584

**Bachelor i tannpleie, kull 3**

**2014**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

”For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, må jeg kunne forstå mer end Ham – men dog først og fremst forstå det Han forstår” (Kierkegaard, 1859)

## **Sammendrag**

Formålet med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan vi tannpleiere kan bevisstgjøre pasienter på forholdet mellom røyking og periodontitt. Jeg har valgt tittelen «Forebygging av periodontitt hos røykere». Oppgaven er en fordypningsoppgave basert på litteratursøk, og har fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom bevisstgjøring, motivasjon og pasientveiledning. Min konklusjon er at kommunikasjon og veiledning i tråd med løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er et godt verktøy for å bevisstgjøre pasientene.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3 Avgrensning av tema og Begrepsavklaring .....	6
1.4 Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1 Litteratursøk .....	8
2.2 Presentasjon av artikler .....	9
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>11</b>
3.1 Periodontitt .....	11
3.2 Røykens påvirkning.....	12
3.2.1 Korrelasjon .....	12
3.2.2 Kausalitet.....	13
3.3 Tannpleiers rolle.....	15
3.4 Veiledning og kommunikasjon .....	16
3.5 Motivasjon.....	18
3.6 LØFT-metoden.....	19
3.6.1 Åtte «læresetninger» .....	20
3.6.2 Løsningsfokuserte spørsmål i pasientsituasjoner.....	23
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>25</b>
4.1 Periodontitt og røykens påvirkning .....	25
4.2 Veiledning og kommunikasjon .....	26
4.3 Empowerment og autonomi .....	28
4.4 LØFT og motivasjon .....	31
4.5 Kritikk av LØFT-metoden .....	34
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>35</b>
<b>6.0 Litteraturliste</b> .....	<b>37</b>
<b>Vedlegg : Søkehistorikk</b> .....	<b>41</b>

## 1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven handler om røykens innvirkning på periodontitt og hvordan tannpleier kan bidra til å redusere forekomsten av periodontitt hos røykere. Jeg har valgt å sette fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom bevisstgjøring, motivasjon og pasientveiledning knyttet opp mot LØFT-metoden.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Røyking har lenge vært en velkjent risikofaktor for en rekke sykdommer og helseplager. De fleste er klar over at røyking øker risikoen for å utvikle lunge- og munnkreft, hjerte- og karsykdommer, samt lungesykdommer som bronkitt. Mindre kjent er det at røyking også påvirker tannhelsen. Blant de mange konsekvensene av røyking er nemlig økt risiko for utvikling av periodontitt. Ifølge artikkelen "Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarettes users" er røyking en av de viktigste risikofaktorene for utviklingen av denne kroniske sykdommen, og det reageres ofte ikke før det er for seint (Wickholm, Söder, Galanti, Söder, & Klinge, 2004).

Til tross for en liten nedgang av antall røykere viser en undersøkelse fra 2013 at hele 26 prosent av den voksne befolkningen i Norge røyker daglig eller av og til (Folkehelseinstituttet, 2014), og dette stemmer godt overens med mine erfaringer fra praksis. Jeg har også merket at røykerne ofte ikke er klar over konsekvensene røyking har for utviklingen av periodontitt og tannkjøttbehandlingen, til tross for at mange av disse pasientene har gått regelmessig til tannrens i flere år. Dette stemmer godt overens med studien "Dental patient's knowledge and awareness regarding effect of smoking on oral health among smokers and nonsmokers: A comparative study" som viste at røykere hadde svært begrenset kunnskap om sammenheng mellom røyk og tannhelse (Puranik, Mishra, Kumar, & Dhodapkar, s.a).

Disse erfaringene har samlet gjort at jeg har fått økt interesse for periodontitt. Siden røykere er så utsatt for å få denne sykdommen, og siden mange av pasientene jeg har hatt er røykere, er det viktig at jeg tilegner meg kunnskap om emnet for å kunne bidra til å veilede pasientene om røyking og dens konsekvenser for utviklingen av periodontitt.

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om effekten røyking har på utviklingen av periodontitt, samt øke bevisstheten rundt hvordan vi som tannpleiere kan bidra til å

reduere forekomsten av sykdommen blant pasienter som røyker gjennom bevisstgjøring, motivasjon og pasientveiledning.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

*Hvordan bevisstgjøre røykere på sammenheng mellom periodontitt og sigarettøyking?*

## 1.3 Avgrensing av tema og Begrepsavklaring

Jeg har valgt å skrive om den voksne befolkningen, det vil si de som er 18 år eller eldre. Periodontitt er mest vanlig hos den voksne befolkningen, i tillegg har studiene jeg har valgt tatt utgangspunkt i personer i denne aldersgruppen. Jeg tar også utgangspunkt i den offentlige tannhelsetjenesten da jeg har mest erfaring derifra.

Det finnes mange forskjellige typer røyk. I min oppgave vil jeg ta for meg sigarettøyk da dette er den vanligste formen. Jeg vil ta utgangspunkt i mitt første møte med en pasient som røyker på tannklinikken. Jeg velger å sette fokus på å bevisstgjøre pasienten om hvilke konsekvenser røyk har for periodontitt. Ved å bevisstgjøre pasienter og øke deres kunnskap kan det bidra til at pasientene selv forstår dette uten at vi må sette for mye fokus på det negative og bruke pekefingermentalitet. Dermed gir vi pasienten *empowerment*.

Empowerment er prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets evne til å tilfredsstille egne behov, løse egne problemer og skaffe seg nødvendige ressurser for å ta kontroll over eget liv (Askheim & Starrin, 2007).

Tannpleier kan ta i bruk mange forskjellige metoder for å bevisstgjøre og veilede. I min oppgave skal jeg ta for meg LØFT-metoden. Gjennom studiet har jeg fått økt interesse for denne metoden, og jeg synes den passer best inn i oppgaven min. LØFT-metoden handler om å bevisstgjøre pasientene ved å se etter løsninger i stedet for å fokusere på problemet. Metoden kjennetegnes også av at den ikke forutsetter at pasienten må være klar for forandring for at den skal virke (Langslet, 2000).

LØFT-metoden bygger på åtte grunnprinsipper, kjent som *trossetninger*. I oppgaven min har jeg valgt i stedet å bruke ordet *læresetninger*, da ordet «tro» kan antyde at teorien bak LØFT-metoden mangler empirisk forankring, noe som ikke medfører riktighet.

For å få bedre flyt i oppgaven vil pasienten også bli referert til som «han», «bruker», «verten» og «personen». Tannpleier vil også bli benevnt som «jeg» og «vi».

**DOT:** Den Offentlig Tannhelsetjenesten

**Oksygenering:** tilføre eller forsyne seg med oksygen til organer, vev, blod (Opdhal, s.a)

#### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel 1 består av en innledning som tar for seg bakgrunn for og hensikt med valg av tema og problemstilling. Deretter kommer begrepsavklaring og avgrensningen for oppgaven. Kapittel 2 består av metodedelen, hvor jeg tar for meg litteratursøket, kildekritikk og beskrivelse av forskningsartiklene. Kapittel 3 omhandler røyking og dens konsekvenser for tannhelsen, samt teori om periodontitt, tannpleiers rolle i forbindelse med bevisstgjøring, veiledning og LØFT-metoden. I kapittel 4 drøfter jeg teoridelen. Dette kapitlet er delt opp i underkapitler der jeg tar for meg de viktigste punktene fra teoridelen. Oppgaven avrundes med en avslutning i kapittel 5 hvor jeg kommer med et svar på problemstillingen.

## 2.0 Metode

Metode kan defineres som en fremgangsmåte for hvordan vi kan finne svar på ulike problemer og tilegne oss ny kunnskap (Dalland, 2012). Innen forskning og kunnskapsgenerering skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder. Mens kvantitative metoder befatter seg med direkte målbare (kvantifiserbare) størrelser og gjerne presenterer kunnskap statistisk i form av grafer, tabeller og lignende, søker vi ved bruk av kvalitative metoder å tilegne seg et dybdeperspektiv ved å skaffe seg mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2012). Denne oppgaven er en fordypningsoppgave, og jeg benytter meg av en kvalitativ metode hvor målet er å komme fram til en helhetsforståelse, snarere enn å presentere tallbasert informasjon.

Jeg har fulgt Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving, hvor standarden til American Psychological Association (APA) er gjeldende når det kommer til referansehåndtering (American Psychological Association, 2010).

Hva kilder angår har jeg benyttet meg av pensumlitteraturen hele veien fra første til tredje år. I tillegg har jeg brukt selvvalgt litteratur i form av bøker og forskningsartikler. For å supplere og underbygge teorien har jeg også tatt med relevante erfaringer fra praksisperiodene mine.

Videre i dette kapittelet tar jeg for meg kildekritikk, samt forklarer hvordan jeg har funnet fram til kildene jeg bruker i oppgaven

### 2.1 Litteratursøk

Denne oppgaven er basert på litteratursøk. For å finne relevante og sikre kilder har jeg benyttet meg av databaser som blant annet Google Scholar, SveMed+, PubMed, Bibsys Ask, EbscoHost og Oria.

Det første jeg gjorde ved et søk var å lese overskriften, deretter så jeg på dato og årstall for å luke ut gamle artikler. Jeg leste så sammendragene for å finne ut om artiklene var relevante for oppgaven eller ikke.

Søkeordene jeg har benyttet meg av er: Røyking, Periodontitt, Effekt, Tannhelse, Røykevaner, Norge, Påvirkning, Helse, Nikotin, Røyk, Cigarette, Smoking, Effect, Periodontal, Disease, Rökning, Parodonti, Nordmenn, Statistikk, Patients, Knowledge, Oral, Health, Motivasjon,



Pasientveiledning, Dental, Hygienist, Tobacco, Preventing, Solution-focused brief therapy, SFBT, Solution-focussed.

Det å søke opp enkeltord førte til over 40 600 treff, da røyking er så vanlig. Mange av disse treffene var irrelevante for oppgaven. Derfor måtte jeg i enkelte tilfeller kombinere det med MeSH-termer for å avgrense søkene.

## 2.2 Presentasjon av artikler

Kildekritikk kan defineres som de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig (Dalland, 2012). Siden denne oppgaven er basert på et rent litteratursøk er det ekstra viktig å være nøye med å undersøke at kildene jeg bruker er gode.

Under arbeidet med oppgaven opplevde jeg at det var vanskelig å finne gode forskningsartikler som omhandlet innvirkningen av røyking på periodontitt. Etter mye søking fant jeg imidlertid to artikler fra PubMed.

Ved å bruke søkeordene ”Periodontal disease AND adult AND cigarett” fikk jeg opp 331 treff. Det kom opp mange artikler som ikke omhandlet periodontitt, så jeg forsøkte med en \* etter periodontal disease for å avgrense søket. Dette resulterte i 161 treff. For å innskrenke antall treff ytterligere gikk jeg på «publication dates» og spesifiserte tidsrommet 2000- 2014. Jeg sto da igjen med 98 treff. Jeg valgte ut 12 artikler som virket relevante basert på overskriften, og leste disse. Mange av disse artiklene levde ikke opp til kravene, men artikkel nummer 18, ”Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003)”, var relevant. Artikkelen er skrevet av Anders Hugoson og Margot Rolandsson, og er basert på en studie hvor målet var å undersøke hvor skadelig aktiv røyking og bruk av snus er for den periodontale helsen. Studiene omfattet tre epidemiologiske tverrsnittstudier fra årene 1983, 1993 og 2003.

De samme søkeordene ledet meg også til forskningsartikkelen ”Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users”. Den er skrevet av Seppo Wickholm, Per-Östen Söder, Maria Rosaria Galanti, Birgitta Söder og Björn Klinge, og tar for seg en studie hvor målet var å sammenligne forekomsten av periodontitt hos ulike grupper av tobakkbrukere. Studien ble gjort på voksne mennesker i Stockholm i alderen 30-40 år.

En tredje forskningsartikkelen fant jeg på Ebsco Host ved å bruke søkeordene "Patient centredness AND Empowerment AND Communication". Det kom opp 4 treff, hvorav det første var følgende artikkel: «Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients?», skrevet av James E. Rohrer, Laurie Wilshusen, Steven C. Adamson og Stephen Merry. Hensikten med denne studien var å kartlegge forholdet mellom empowerment og pasientens tilfredshet med kommunikasjonen med helsearbeidere.

Jeg opplevde at det var vanskelig å finne forskningsartikler om LØFT, spesielt hvis jeg brukte søkeordene "solution-focussed brief therapy". Jeg valgte derfor å bruke "solution-focussed" i stedet, noe som ga meg seks treff på Ebsco Host. Av disse valgte jeg å benytte meg av treff nummer én: "The Phenomenology of Exception Times: Qualitative Differences between Problem-Focussed and Solution-Focussed Interventions". Artikkelen er skrevet av Thomas Wehr og er basert på en studie hvor LØFT-metoden blir sammenlignet med en metode hvor det er problemet – og ikke løsningen – som vies mest oppmerksomhet.

En fagartikkel jeg har valgt å ta med er "Smoking, periodontal disease and the role of the dental profession". Denne fant jeg på Google Scholar ved å søke på "Smoking AND periodontal disease AND dental profession". Artikkelen er skrevet av Dennis F. Kinane og K. K Hilgers, og den forklarer på en lettfattelig måte hvordan røyk har en innvirkning på periodontitt og hva vår rolle som tannhelsepersonell går ut på når vi har å gjøre med pasienter som røyker. Delen om tannhelsepersonellens oppgave valgte jeg å se bort ifra fordi artikkelforfatternes rettet for stort fokus mot å få pasienten til slutte å røyke, noe jeg ikke skal ta for meg i oppgaven min.

En annen fagartikkel jeg har brukt er "Solution- focused brief therapy" av Chris Iveson. Denne kom jeg over ved en tilfeldighet på Google Scholar da jeg søkte på "solution-focused brief therapy AND communication". Den dukket opp som en foreslått artikkel da jeg gikk inn på en annen artikkel. Chris Iveson er en av grunnleggerne av brief therapy og har skrevet flere bøker om LØFT. Artikkelen tar for seg LØFT-metoden og hva den går ut på.

## 3.0 Teori

I dette kapittelet skal jeg ta for meg røyking og dens konsekvenser for tannhelsen, samt teori om periodontitt, tannpleiers rolle i forbindelse med bevisstgjøring, veiledning og LØFT-metoden.

### 3.1 Periodontitt

Omtrent halvparten av alle 40-åringer rammes av en mild eller moderat form for periodontitt, mens syv til ti prosent rammes av den mer alvorlige formen. Årlig gjennomgår ca. 13 000 nordmenn systematisk periodontittbehandling (Helsedirektoratet, 2011). I det følgende skal jeg se nærmere på hva periodontitt er, før jeg i neste delkapittel retter fokus på røykens påvirkning.

Tennene våre fester seg til kjevebenet ved hjelp av periodontiet. Periodontiet er en fellesbetegnelse for vevene som utgjør tenneses feste til kjeven. Det deles inn i fire deler: gingiva, rotcement, alveolarben og bindevevsfibre. Bindevevsfibrene ligger som en hinne som forbinder roten med alveolarbenet. Bindevevsfibrene utgjør store deler av det fiberdannende proteinet kollagen. Disse fibrene ligger tett inntil hverandre som fiberbunter. Dette gjør at tannen sitter intakt med gingiva ned til kjevebenet (Kling & Gustafsson, 2000). Rothinnens oppgave er ikke bare å være et feste for kjevebenet; den virker også som en ”springfjær” når tennene blir belastet. Gingiva ligger som et beskyttende teppe over periodontiet, der den fester seg til tannoverflaten ved hjelp av et kontaktepitel. Laget utenpå gingiva kalles for oral epitel og er dekket av keratin. Dette gjør at gingiva er fast og virker beskyttende for periodontiet.

Et friskt gingiva er ofte blekt rosa, har en striplet appelsinlignende overflate og har en fast konsistens. Under friske forhold ligger gingiva intakt og i tett kontakt med emaljeoverflaten. Pasienter med friskt gingiva har derfor ingen lomme.

Ansamling av bakterielt plakk på tannoverflaten og/eller implantater over lengre tid fører til inflammasjon av gingiva. Denne tilstanden kalles gingivitt, og kjennetegnes av at gingiva får en rødfarget blank overflate som blir hoven og lett blør ved berøring. Ubehandlet gingivitt holder seg gjerne stabilt i en periode og er reversibel dersom verten opprettholder en god tannhygiene, men med tiden vil periodontiet bli påvirket. Vi kaller dette marginal periodontitt. Som følge av inflammasjonen på dette stadiet vil tannens feste, kollagenfibre og alveolarben

gå tapt. Når ansamlingen av bakterielt plakk vokser seg ned langs rotoverflaten vil kollagenfibre og alveolarben brytes ned. På dette stadiet vil det oppstå festetap og lommedannelse mellom rotoverflaten og gingiva. Det vil også føre til furkasjonsinvolment og gingivale retraksjoner, og tennene vil etter hvert bli mobile (Hansen, 2004).

### 3.2 Røykens påvirkning

Periodontitt er en multifaktoriell sykdom. Det er derfor vanskelig å evaluere risikofaktorene. Mottakeligheten for periodontitt varierer i henhold til den enkelte pasients bakterieflora og spesifikke lokale og systemiske faktorer som hormonell ubalanse, immunsvikt, diabetes og stress (Obeid & Bercy, 2000). Men hvilken rolle spiller røyking?

Røyking er assosiert med økt risiko for utvikling av periodontitt i form av festetap, dannelse av lommer og nedbrytning av kjeveben. I dette kapitlet skal jeg se på statistiske sammenhenger mellom røyking og periodontitt, og ta for meg mulige årsakssammenhenger.

#### 3.2.1 Korrelasjon

På slutten av 1940-taller oppdaget J. J. Pindborg en sammenheng mellom røyking og akutt nekrotiserende gingivitt og kronisk gingivitt i en undersøkelse av danske rekrutter. I 1950 rapporterte Gustaf Herulf at tannlegestudenter som røykte hadde mindre alveolært ben enn ikke-røykere. Både Brandtzæg og Jamieson (1964) og Tore Kristoffersen (1970) har senere funnet en sammenheng mellom røyking og periodontitt blant norske rekrutter (Meyer, 2004).

Det har altså lenge vært kjent at det er en klar sammenheng mellom røyking og periodontitt, og enkelte går så langt som å si at røyking er en av de viktigste risikofaktorene.

Den relative risikoen for å pådra seg en sykdom blir ofte oppgitt som en såkalt *Odds ratio* (forkortet OR). Når vi for eksempel sier at OR for at røykere skal utvikle lungekreft er 3, så mener vi at røykere har tre ganger høyere risiko for å utvikle lungekreft enn ikke-røykere. I 1995 konkluderte en undersøkelse av 1361 personer mellom 25 og 74 år med at røykere har betydelig større sjanse for kjevebentap enn ikke-røykere, og storrøykere har igjen større sjanse enn moderate røykere (OR=7,28 for storrøykere og OR=3,25 for moderate røykere). En svensk undersøkelse av 155 pasienter konkluderer med lignende tall, og viser at risikoen er større selv justert for en rekke atferdsmessige, demografiske og sosioøkonomiske faktorer (Kinane & Hilgers, 2004).

Studien av Hugoson og Rolandsson, "Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003)", tar for seg litteratur over 20 år og konkluderer med følgende:

- Røykere har høyere risiko for – og forekomst av – periodontitt enn ikke-røykere. Dype lommer, redusert tannkjøttfeste, pussdannelse og rotfurkasjon er også betydelig mer utbredt blant røykere.
- Redusert kjevebennivå og økt antall mobile tenner er et problem, spesielt blant storrykere.
- Røyking ser ut til å spille en viktig rolle for utviklingen og spredningen av periodontitt, men forskjellene er ikke signifikante mellom eks-røykere og ikke-røykere.

Andre studier viser i tillegg at røykeslutt er fordelaktig for den orale helsen. Når vi evaluerer tilstedeværelsen av moderat eller avansert periodontitt (etter å ha kontrollert for alder og kjønn), er OR for røykere 3,3 sammenlignet med de som aldri har røyket, og for tidligere røykere er den 2,1 sammenlignet med de som aldri har røyket (Obeid & Bercy, 2000).

Røykere som reduserte antall sigaretter fra 30 per dag til mindre enn 10 reduserte samtidig sannsynligheten for å utvikle periodontitt (OR=5,88 til 2,9). For pasienter som ikke hadde røyket på 10 år, var sannsynligheten for å utvikle periodontitt redusert til samme nivå som for ikke-røykere. Røykere som klarer å slutte med uvanen sin kan altså vente seg en solid helsegevinst (Obeid & Bercy, 2000).

### 3.2.2 Kausalitet

Epidemiologiske studier viser som vi har sett at det er en klar sammenheng mellom tobakksrøyking og periodontitt, men hva er det med røyking som forårsaker sykdommen? En gjennomgang av litteraturen viser at forståelsen av mekanismene bak sammenhengen fortsatt er uklar og at forskningsresultatene er motstridende. Det finnes dog flere teorier som det er verdt å belyse.

En del forskning tyder på at røykere kan ha en mer skadelig bakteriell sammensetning i munnen enn ikke-røykere. Grossi et al. (1995) fant for eksempel en økt utbredelse av

sykdomsfremkallende bakterier i røykere sammenlignet med ikke-røykere (Kinane & Hilgers, 2004). Mange studier har forsøkt å forklare den skadelige bakteriesammensetningen hos røykere ved å vise til resultater som tyder på at røykere har mer tannsten enn ikke-røykere. Siden røykere kan kontrollere plakk i like stor grad som ikke-røykere, vil det nødvendigvis være indirekte faktorer som forklarer denne sammenhengen, som for eksempel at røykere er mindre nøye med tannpuss enn ikke-røykere.

Andre forskningsresultater er imidlertid motstridende, og har ikke vist noen signifikant forskjell i tannstendannelse hos røykere og ikke-røykere. Dette tyder på at det må finnes en viktigere årsak til at røykere er mer mottakelige for periodontitt enn ikke-røykere. De fleste av teoriene rundt dette tar utgangspunkt i at giftstoffene røykere eksponerer seg selv for fører til ødeleggelse av tannkjøttvevet (Obeid & Bercy, 2000).

Sigarettøyk inneholder minst 500 potensielt giftige substanser, inkludert hydrogencyanid, karbonmonoksid og et stort antall oksiderende gasser. Den mest kjente av sigarettøykens komponenter, nikotin, er av mange ikke regnet som spesielt helseskadelig, men det er et svært avhengighetsskapende stoff. I kombinasjon med skadelige stoffer utgjør det derfor en skummel blanding. Nikotin har i tillegg den egenskapen at det øker blodtrykket og forårsaker innsnevring av blodårene. Denne egenskapen inngår i en av de foreslåtte forklaringsmodellene for utviklingen av periodontitt. Når tannkjøttets blodårer innsnevres, reduseres nemlig tilstrømningen av oksygen og hvite blodceller. Dette bryter ned immunforsvaret og hemmer tannkjøttvevets evne til å hele seg. I tillegg kan det tenkes at innsnevringen av de perifere blodårene reduserer gingival blødning, noe som kan gjøre det vanskeligere å oppdage de kliniske tegnene på gingivitt, som stor lommebygge og redusert festetap (Kinane & Hilgers, 2004).

At røyking har en direkte innvirkning på blodsirkulasjonen i gingiva og reduserer de hvite blodcellenes kjemotaktiske og fagocytiske virkning, ble påvist av Jan Bergström. Han fant også at gingival blødning er vesentlig mindre markant hos røykere enn hos ikke-røykere, selv justert for pasientenes munnhygiene (Meyer, 2004).

Nikotin svekker også kroppens forsvar mot bakteriell invasjon induisert av plakk. Innsnevringen av blodårene som følge av røyking reduserer oksygeneringen i gingiva fra  $65 \pm 7$  til  $44.3 \pm 2$  mmHg. Når oksygeneringen kommer ned i så lave verdier forstyrres det

periodontale vevets funksjoner og integritet, og vevet blir ikke lenger er i stand til å takle de potensielt patogene bakteriene i plakket. Vevet blir dermed predisponert for infeksjoner (Kinane & Hilgers, 2004).

Teoriene som vektlegger nikotinets rolle styrkes av nyere studier, som har påvist en direkte korrelasjon mellom kroppens kotininivå og utviklingen av periodontitt (Kinane & Hilgers, 2004). Kotinin er et stoff som dannes når nikotin brytes ned i kroppen, og det kan spores i saliva og på rotoverflater hos røykere (Grønli, 2002).

Selv om mye tyder på at nikotinets virkning på bakteriefloraen spiller en sentral rolle, er det imidlertid nødvendig med mer forskning for å definere og kartlegge mekanismene bak utviklingen av sykdommen. Andre studier av mikrobiologiske data avdekker nemlig ingen signifikante forskjeller mellom bakteriefloraen hos røykere og ikke-røykere (Kinane & Hilgers, 2004).

### **3.3 Tannpleiers rolle**

Ifølge regjeringen (2011-2012) omfatter arbeidsoppgavene til tannpleieren i den offentlige sektoren folkehelsearbeid (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2011-2012). Folkehelsearbeid omhandler i stor grad helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, men også behandling, rehabilitering, pleie og omsorg ( Mæland, 2010). Dette ”innebærer at vi svekker det som medfører helserisiko, og styrker det som bidrar til bedre helse ” (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2002-2003).

Helsefremmendearbeid defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse (World Health Organization, s.a). Dette går ut på at tannpleier veileder befolkningen om hvordan de på best mulig måte kan ta kontroll over sin egen helse og dermed forbedre sin livskvalitet. Sykdomsforebyggendearbeid har som formål å forhindre at sykdom eller skade skal oppstå hos friske individer (Mæland, 2010).

Det finnes tre ulike forebyggende stadier; primær-, sekundær- og teritærforebygging.

Primærforebygging finner sted allerede før problemet har oppstått. I denne fasen identifiserer vi hvilke risikofaktorer som er forbundet med problemet, og deretter forsøker vi å eliminere

risikofaktorene eller å minske deres innflytelse, dette for å forhindre eller utsette sykdom (Mæland, 2010).

Sekundærforebygging er forebyggingen som gjøres etter at problemet har oppstått. Målet er da å hindre at problemet utvikler seg videre (for eksempel spredning av en sykdom) eller å hindre tilbakefall (for eksempel av en vane).

Tertiærforebygging finner sted når sykdommen har utviklet seg. Målet med denne typen forebygging er å sørge for at sykdommen ikke får mer alvorlige følger for pasientens funksjon og livskvalitet enn nødvendig (Mæland, 2010).

Vi som en del av tannhelsetjenesten er lovpålagt å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Tannpleier må samtidig ta hensyn til brukerens integritet og rett til å bestemme over sitt eget liv (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2012). Som tannpleiere skal vi fremme tannhelsen hos befolkningen ved å veilede og øke kunnskapen på en slik måte at det skapes en positiv holdning til tannhelse (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2012).

### **3.4 Veiledning og kommunikasjon**

Tradisjonelt har arbeid innen helse- og sosialfag vært preget av en paternalistisk filosofi, og uttrykket ”leger vet best” har vært sentralt innen helsesektoren. Paternalisme innebærer at en autoritet avgjør hva som er den beste behandlingen for pasienten, og at pasienten ikke har makt til å motsette seg denne. Pasienten kan ha ønsker og oppfatninger, men til syvende og sist er det autoriteter som tar avgjørelsene for dem (Ortiz, s.a).

I nyere tider har den paternalistiske tankegangen blitt erstattet med en samarbeidsfilosofi, og vår rolle som ”ekspert” og problemløser har blitt erstattet med en rolle som samarbeidspartnere og *veiledere*. Det å respektere pasientens autonomi står i dag sentralt, og dette gjenspeiles i Pasientrettighetsloven (2013):

”Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere 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.”



Autonomi går ut på å respektere individets egenkompetanse og rett til å bestemme over sitt eget liv (Wifstad, 2013). En følge av å se menneskeverdet som ukrenkelig, er å respektere at mennesket har rett til å gjøre egne valg.

Den nye rollen innebærer altså at vi respekterer pasientens rett til selvbestemmelse under behandlingsprosessen. I stedet for å ta valgene for pasientene, gir vi pasientene empowerment gjennom bevisstgjøring og utnytting av deres egne ressurser. Det er pasienten selv som skal finne en løsning, og som veiledere må vi ta hensyn til pasientens autonomi – ikke overstyre valgene hans.

For at det skal være hensiktsmessig å la pasienten ta valgene, er det imidlertid nødvendig at pasienten har kunnskaper om konsekvensene av valgene han står ovenfor. Noe av det mest nyttige vi kan gjøre som tannpleiere er derfor å være oppdatert på faglitteratur, samt være flinke til å klargjøre for pasienten sammenhengen mellom teori og praksis, noe som vil gjøre det enklere for han å integrere kunnskap og dermed danne et bedre grunnlag for dypere refleksjon og erkjennelse (Tveiten, 2008).

For å utvikle et godt pasient-pleier-forhold er god kommunikasjon en forutsetning. Den viktigste faktoren for god kommunikasjon er forståelse. For at behandling av og tilbakemeldinger til pasienten skal bli best mulig, må pasient og tannpleier forstå hverandre. En annen faktor er at pasienten føler seg sett og at vi bryr oss om han. Bare et enkelt spørsmål som ” hvordan går det med deg?” vil bidra til å gi pasienten en følelse av å bli ivaretatt. En tredje viktig faktor er humor. Bruk av humor kan løse opp stemningen, og dermed gi et godt utgangspunkt for læring og problemløsning (Eide & Eide, 2008).

Som tannpleiere må vi sørge for at vi fører en dialog som er tilpasset pasientens nivå slik at han føler seg sett, hørt og respektert. Dette innebærer at vi må være åpne og vise forståelse for pasientens følelser og reaksjoner, og vise nysgjerrighet ved å stille spørsmål. Det er viktig at det ikke blir enveiskommunikasjon, men at pasienten blir inkludert.

Det er ikke alltid enkelt å få til en god forståelse hos pasienten. Vi som er vant til å bruke faguttrykk kan ofte glemme at pasienten ikke alltid forstår disse. Ofte er det slik at pasienten heller ikke tør å si ifra. Derfor er det viktig å tilpasse kommunikasjonen til hver enkel pasient. Med interesse og engasjement kan vi bidra til å skape et godt samspill med pasienten. Når vi

kommuniserer med pasienten er det viktig å huske på både kroppsspråk og øyekontakt, fordi dette gjenspeiler følelsene våre (Eide & Eide, 2008).

For å bli kjent med pasienten og forstå hva som fungerer best for han, er det viktig å skape et godt forhold (Gjems, 1995). Dette vil være til fordel både for pasienten som føler seg forstått og sett og for tannpleier som følger sine retningslinjer.

Det er mange faktorer som kan hindre eller gjøre kommunikasjon dårlig. Faktorer som støy kan gjøre pasienten ukonsentrert, dette kan skje hvis vi for eksempel skriver journal mens vi snakker med pasienten. Hvis ikke pasienten får med seg det vi sier kan det føre til misforståelser (Eide & Eide, 2008). Samtidig vil pasienten føle at vi ikke bryr oss om det han sier.

En annen årsak er den såkalte enveiskommunikasjonen. Her er det bare tannpleier som fører samtalen, mens pasienten er passiv mottaker (Eide & Eide, 2008). Enveiskommunikasjon var vanlig før i tiden da paternalismen sto i fokus, men resultatene har i etterkant vist at det ikke ga gode resultater.

### 3.5 Motivasjon

Motivasjon kan beskrives som drivkraften bak handlingene våre; det som gjør at vi opplever at det vi gjør er nyttig og meningsfullt (Helgesen, 2011). Vi kan være motivert av positive konsekvenser av å utføre handlingene, eller vi kan være motivert av negative konsekvenser av å *unnlate* å utføre handlingene (Fishbach, Eyal, & Finkelstein, 2010). En tannpleier kan f. eks. oppmuntre pasientene sine til å pusse tennene ved å fortelle dem at de vil få fine hvite tenner, og på denne måten motivere dem med positive konsekvenser av tannpuss; eller hun kan vise pasientene stygge bilder av fæle misfargede og plakkbelagte tenner, og på den måten motivere dem med negative konsekvenser av å *ikke* pusse tennene.

Motivasjonsarbeid er i dag et viktig område for tannpleier, som i sin nye rolle fungerer som veileder og rådgiver snarere enn som en autoritetsperson. Tannpleier kan for eksempel anbefale en pasient å slutte å røyke fordi dette er fordelaktig for den periodontale helsen, men dersom vi ikke er flinke til å motivere han vil han kanskje ikke se nytten, og dermed vil han fortsette med uvanen sin.

### 3.6 LØFT-metoden

Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er et kommunikasjonsverktøy som fokuserer på ledelse og selvledelse med utgangspunkt i etablerte psykologiske teorier som motivasjon, læring, målstyring, selvbestemmelse og mestring (Langslet, 2000). Metoden er utviklet med tanke på bruk i samtaler med enkeltmennesker eller grupper, og utgjør et praktisk alternativ til tradisjonell veiledning basert på problemløsning og utviklingsarbeid.

Fokus i LØFT er endringsarbeid og problemløsning med aktiv deltakelse fra dem saken angår. Vi søker å involvere de berørte i åpne samtaler og diskusjoner, og kommer i fellesskap fram til delmål og hovedmål. En viktig grunnantakelse i LØFT-metoden er at vi ikke behøver å forklare et problem for å løse det. I stedet søker vi å beskrive hva som kjennetegner situasjoner hvor problemet er fraværende.

Vi mennesker er ofte mer opptatt av problemer enn hva som virker. En pasient som hele tiden får påpekt feilene han gjør blir psykisk opphengt i alt det gale han gjør. Dette har en tendens til å forsterke feilene. Hvis vi i stedet påpeker det han gjør riktig, vil han flytte fokus over til dette, og små endringer vil kunne utløse større endringer.

I LØFT er ideen at det gir inspirasjon, glede og vekst å gå på jakt etter og studere folks kloke grep. Selv om det er krevende å fremheve det som blir gjort riktig når «alt» blir gjort galt, gir det resultater (Langslet, 2004). LØFT bygger på en positiv antagelse om at mennesket har ressurser til å utvikle seg og komme seg videre uansett hvor store problemene deres er.

Å gi full oppmerksomhet til det lille positive vi finner bidrar til at pasienten blir mer motivert. Noen ganger kan pasientens liv være så vanskelig og håpløst at de ikke kan forestille seg en annerledes tilværelse. En mulig vei å rette fokus mot noe positivt er da å gi vedkommende skryt for å takle all motgangen, og være nysgjerrig på hvordan de klarer det (Iveson, 2002).

Ideen om språkets skapende kraft er sentralt i LØFT. Vår oppfatning av virkeligheten farges av måten vi omtaler omverdenen og hverandre. Et vanlig problem er at hverdagsspråket ofte er negativt ladet og i stor grad omhandler problemer. Når vi bruker en nedvurderende og anklagende tone kommer de vi snakker til lett i forsvarsposisjon, og det kan skape sinne og frustrasjon, og i mange tilfeller også lavt selvbilde (Langslet, 2004). Ved å flytte fokus fra det negative og over på det positive, skaper vi i stedet grobunn for energi, overskudd og vekst.

Thomas Wehr (2009) har utført en studie der han sammenlignet det å sette fokus på problemet med LØFT-metoden. Det viste seg at den gruppen som ble utsatt for problemfokusering fremfor fokus på løsninger, hadde dårligere selvbilde i tillegg til at det både forsterket problemet og virket demotiverende.

LØFT-metoden bygger på at den profesjonelle helsearbeideren lytter aktivt og stiller åpne spørsmål for å kartlegge situasjonen pasienten er i (Langslet, 2000). Fra et tannpleierperspektiv vil det være nødvendig å finne ut hvilke mål pasienten har med sin egen tannhelse og hva som er viktig for han. For å vise at pasienten blir hørt kan det hjelpe å ta pasienten med i prosessen, og omformulere det pasienten sier. For å motivere pasienten bør vi gi ros for det pasienten allerede gjør riktig i stedet for å henge seg opp i det negative, og vi bør hele tiden sørge for at pasient-pleier-forholdet er preget av god stemning og godt humør.

Studier har vist at jo større innsikt vi klarer å gi pasienten i sin egen situasjon, uten at vi må dra opp problemene, jo mer sannsynlig er det at han vil lykkes med å nå målene om å endre atferden sin (Iveson, 2002). Etter at kunnskapen er på plass kan vi sette hoved-og delmål. For å maksimalisere sannsynligheten for å lykkes er det en forutsetning at målene er klare, utvetydige og oppnåelige, og at vi setter av god tid til dialog.

Vi mennesker har forskjellige utgangspunkt og forskjellige utfordringer, og det finnes derfor ingen mirakeloppskrift for veiledning som fungerer på alle pasienter. Selv de med samme type problem vil ha ulike mål (Langslet, 2000). Det går likevel an å si noe om hva som er essensen i god løsningsfokuseret tilnærming, og dette er representert i LØFT-metodens åtte såkalte «læresetninger».

### 3.6.1 Åtte «læresetninger»

De åtte «læresetningene» er som følger:

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

Våre overbevisninger og ideer om omverdenen har mye å si for hva vi vektlegger og hva vi ser bort ifra blant det vi observerer. Overbevisningene og ideene våre kan igjen påvirkes av det vi blir fortalt av andre, og språket disse bruker.

Blir vi for eksempel fortalt om alle de negative sidene ved en person, blir vi gjerne mindre åpne i forhold til personen, og vi har lettere for å overse hans gode egenskaper. Jo vi fokuserer på de negative, jo mer forsterkes de negative forventningene, og jo mer de negative forventningene forsterkes, jo mer vil vi bite oss fast i de negative sidene hans. Personen vil sannsynligvis også merke at vi har negative forventninger til han, og dette vil resultere i manglende velvilje, noe som ytterligere vil forsterke de negative forventningene våre. Det negative fokuset skaper med andre ord en ond sirkel og selvoppfyllende negative profetier.

Det går imidlertid også an å skape en *positiv* selvoppfyllende profeti, og det gjør vi ved å bruke et såkalt *mestringsorientert* språk. Når vi tar i bruk et mestringsorientert språk beskriver vi i stedet pasienten på en positiv måte og legger mindre vekt på de dårlige egenskapene. Dette kan bidra til å skape et godt selvbilde som motiverer pasientene til å ta initiativ til å skape ønskede resultater (Langslet, 2000).

#### 2. Det finnes både problemer og ikke-problemer

Vi mennesker har ofte lett for å betrakte fenomener som ”enten eller”. Enten liker vi en person eller så liker vi han ikke; enten har en pasient betennelse i tannkjøttet eller så har han det ikke, osv. Innen LØFT betrakter vi i stedet sosiale fenomener som ”både og”; både det som fungerer og det som ikke fungerer. Tanken er at det i enhver tilsynelatende håpløs situasjon også finnes noe som fungerer som det er verdt å ta tak i og fremheve. Ved å la de positive elementene få plass i virkelighetsoppfatningen vår, kan vi utnytte disse til å løse problemene som måtte finnes. I stedet for å fokusere direkte på problemene, fokuserer vi på hva som kjennetegner situasjoner hvor problemene er mindre dominerende (Langslet, 2000).

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

Det kan virke intuitivt at for å løse et problem må vi først forstå problemet inn og ut. Drar vi for eksempel til tannpleieren må vi først kartlegge tannhelsen før vi velger korrekt løsning i form av bestemte forebyggende eller helsefremmende tiltak. Den samme logikken finner vi innen alle grener av naturvitenskapen og teknologifagene. Når vi har å gjøre med mellommenneskelige forhold er det imidlertid ingen selvfølge at vi kan bruke de samme metodene, og LØFT-metoden bryter radikalt med tradisjonell problemløsningsteori når den sier at vi kan oppnå ønskede resultater *uten* å vite noe om problemet. Derimot må vi vite noe om hva som kjennetegner situasjoner hvor problemet er fraværende. Ved å se for oss ønsket situasjon har vi et mål vi kan jobbe mot (Langslet, 2000).

### **4. Atferd som gir oppmerksomhet gjentar seg**

LØFT-metoden hevder at vi får mer av den atferden vi gir oppmerksomhet til. Av denne grunn er det ofte kontraproduktivt å bruke ordet «ikke» når vi snakker til pasienter (for eksempel ”Du må ikke drikke mye brus”). Ved å bruke et slikt språk retter vi oppmerksomhet mot negativ atferd, og dette kan i tilfeller bidra til å forsterke problemet snarere enn å løse det. Et alternativ til «ikke»-formen er å heller fokusere på noe vi synes pasienten er flink til og som vi vil han skal gjøre mer av. Ofte vil dette resultere i at det gode atferdsmønsteret gjentar seg hyppigere, spesielt dersom pasienten kontinuerlig får ros når han opptrer på denne måten (Langslet, 2000).

### **5. Språk skaper virkelighet**

Språket har mye å si for virkelighetsoppfatningen vår. Hvis vi for eksempel i omtalen av en person velger å fokusere på hans negative og udugelige sider, konstrueres det et bilde av han som en udugelig person, og som skissert over har dette en selvoppfyllende effekt fordi forventningene vi har til personen smitter over på atferden hans. Velger vi i stedet å snakke om hans positive sider er det disse egenskapene som blir fremtredende i bevisstheten vår, og vi får en tilsvarende selvoppfyllende effekt i positiv retning. LØFT-metoden hevder at vi ved å fokusere på de tingene pasienten gjør riktig, skaper velvilje og engasjement som motiverer pasienten til å holde fast ved den ønskede atferden (Langslet, 2000).

### **6. Små endringer skaper større endringer**

Det sies at alle endringer starter i det små. Innen LØFT-metoden er det en sentral idé å ta tak i små men identifiserbare endringer i positiv retning, og forsøke å gjøre mer ut av disse. En ”treningsavhengig” person blir motivert til å fortsette å trene når han merker fremgang, og på

samme måte blir gjerne en pasient motivert til å fortsette med den ønskede atferden når han merker at det gir positive virkninger for helsen, og små endringer forårsaker dermed større endringer. Denne ”ringer-i-vann-effekten” kan oppnås ved å legge merke til og kommentere det pasienten gjør riktig, i stedet for å bruke en anklagende og kritiserende tilnærming (Langslet, 2000).

### **7. Endringer er uunngåelige og stabilitet er en illusjon**

Med LØFT-metoden er ett av hovedformålene å få pasienten til å legge merke til situasjoner hvor problemene er mindre, eller aller helst helt fraværende. Selv om en situasjon tilsynelatende virker fastlåst, finnes det alltid unntak fra problemene, og disse unntakene kan vi bruke som grunnlag for å skape løsningsfremmende handlinger. Ved å fortelle pasienten om det vi mener han er flink til, øker sannsynligheten for at han vil fortsette med denne atferden, og vi får mer av den (Langslet, 2000).

### **8. De saken gjelder vet best**

En sentral antakelse i LØFT er at pasienten selv som vet best hva som er nøkkelen til å lykkes. Vår rolle er først og fremst å hjelpe pasienten med å identifisere situasjoner hvor problemet er mindre eller fraværende, og gjennom bevisstgjøring gi han motivasjon og pågangsmot til å fortsette med de kloke grepene som kjennetegner disse situasjonene. I praksis innebærer dette at vi må ta utgangspunkt i pasientens ståsted før vi finner en løsning. Derfor er det viktig at vi må forhøre oss med han om hva vi kan hjelpe han med (Langslet, 2000).

#### **3.6.2 Løsningsfokuserte spørsmål i pasientsituasjoner**

Hvilke konkrete spørsmål kan tannpleier stille pasienten for at han lettere skal kunne komme fram til rasjonelle målsetninger og løsninger? Først er det viktig å kartlegge hvilken motivasjon pasienten har: hvilke tanker har han om sin egen tannhelse, og har han ambisjoner om å forbedre den? Dernest må vi se på hvordan målene kan nås.

Langslet (2000) har identifisert fire forskjellige typer løsningsfokuserte spørsmål som kan brukes i pasientsituasjoner. De har fått benevnelsene *mirakelspørsmål*, *unntaksspørsmål*, *skalaspørsmål* og *mestringsspørsmål*.

Når vi stiller mirakelspørsmål er ideen å få pasienten til å forestille seg en situasjon hvor problemet på mirakuløst vis blir borte over natten. Vi fokuserer først på denne ønskede

tilstanden, og forsøker å få pasienten til å leve seg inn i den så godt som mulig. Deretter går vi tilbake til nåværende situasjon og forsøker å identifisere forskjellene mellom de to situasjonene for å finne ut hvilke grep som skal til for å forbedre situasjonen.

Mirakelspørsmål er mest nyttige når pasienten opplever nåværende situasjon som helt håpløs, og ikke kan se noen utvei (Langslet, 2000).

Unntaksspørsmål er beslektet med mirakelspørsmål, men i stedet for å fokusere på en tenkt mirakelsituasjon hvor problemet er fraværende, tar vi for oss en situasjon fra pasientens virkelige liv hvor problemet ikke nødvendigvis var fraværende, men i hvert fall mindre markant. Vi forsøker å kartlegge hva som kjennetegnet denne situasjonen; hva var annerledes fra nåværende situasjon, og hva trekker pasienten frem som hovedårsaker til at problemet ble oppfattet som fraværende eller redusert? Tanken er å ta tak i de positive elementene vi finner og å tydeliggjør disse, for så å bygge videre på dem i løsningsprosessen.

Når vi stiller et skalaspørsmål kan vi for eksempel be pasienten om å rangere nåværende situasjon på en skal fra 1 til 10, for deretter å stille oppfølgingsspørsmålet «Hvorfor er den ikke lavere?» På den måten oppmuntrer vi pasienten til å fokusere på noe som er positivt med dagens situasjon. Dette vil ofte gi pasienten motivasjon til å forsøke å komme seg enda høyere opp på skalaen, og selv forsøke å finne ut hvilke grep som skal til. I tillegg bør vi bruke spørsmål som ”Hva mer skal til for å komme høyere opp på skalaen?” for å gi han dytt på veien.

Det hender at pasienten er så langt nede at vi ikke kommer noen vei verken med mirakel-, unntaks- eller skalaspørsmål. Da kan et mestringsspørsmål komme oss til unnsetning. Mestringsspørsmål stilles for å skape en følelse av håp og optimisme hos pasienten. Vi kan for eksempel gi pasienten ros for å klare å komme seg igjennom den håpløse situasjonen, og spørre om hvordan han takler det uten å gi opp. Dernest kan vi stille oppfølgingsspørsmål som ”Hva forteller dette om dine kvaliteter og egenskaper?” eller ”Kan du komme på noe annet som nylig har skjedd, som viser disse kvalitetene?” (Langslet, 2000).



## 4.0 Drøfting

I teoridelen har jeg skrevet utfyllende om det grunnleggende tankegodset i LØFT-metoden. I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan metoden kan brukes av tannpleiere, i dette tilfellet spesifikt på pasienter som røyker, for å hindre utbrudd og progresjon av periodontitt.

### 4.1 Periodontitt og røykens påvirkning

Hugoson og Rolandsson (2011) viser i studien ” Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003)” at periodontitt har blitt en folkesykdom, og sykdommen er særlig utbredt blant røykere. Denne konklusjonen blir blant annet støttet opp av Norderyd, Hugoson, & Grusovin (1999). Selv om risikoen for å utvikle periodontitt varierer i henhold til en rekke systemiske og lokale faktorer som er vanskelig å kartlegge, levner forskningen liten tvil om at det er en klar sammenheng mellom røyking og periodontitt i form av dype lommer, redusert tannkjøttfeste, rotfurkasjon og redusert kjevebennivå (Hugoson & Rolandsson, 2011).

Forskningen på *mekanismene* bak sammenhengen mellom røyking og periodontitt er imidlertid fortsatt på et tidlig stadium (Kinane & Hilgers, 2004). Grossi et al. (1995) forsøker å forklare sammenhengen ved å vise til at røykere har flere sykdomsfremkallende bakterier enn ikke-røykere, og at disse bakteriene øker risikoen for å utvikle periodontitt. Andre studier av Armitage, Dollery, George, Houseman, & Turner (1975) og Payne et al. (1996) vektlegger i stedet nikotinets evne til å gjøre gingiva predisponert for infeksjoner ved å redusere blodsirkulasjonen. Selv om det peker stadig mer i retning av at nikotin spiller en sentral rolle, er videre forskning nødvendig for å forbedre forståelsen av hele prosessen og for å rettfærdiggjøre konklusjonene om årsak-virkningsforholdene mellom røyking og periodontitt.

At røyking øker risikoen for å utvikle periodontitt er dårlige nyheter for røykere, men det finnes også lyspunkter. Studier av Wannamethee, Shaper, Whincup, & Walker (1995) og Krall, Dawson, & Garvey (1997) har nemlig dokumentert at røykere som kutter ut uvanen sin kan redusere risikoen for å utvikle periodontitt betraktelig. De som slutter å røyke så lenge tannkjøttet er friskt, og klarer å avstå fra røyking i minst 10 år, vil faktisk ha like liten risiko for å utvikle periodontitt som personer som har vært røykfrie hele livet! (Krall et al., 1997).

For at røykeren skal kunne endre røykevanene sine er det imidlertid viktig at han forstår sammenhengen mellom røyking og periodontitt. Her kommer veiledning og kommunikasjon

inn i bildet. Det er viktig at vi tannpleiere kommer inn allerede i primærfasen i forebyggingen, slik at vi kan i samarbeid med pasienten kan jobbe med å forhindre at periodontitt oppstår.

#### 4.2 Veiledning og kommunikasjon

Tveiten (2008) skriver i boka "Veiledning – mer enn ord" at veiledning er en alternativ undervisningsform hvor vi legger til rette for bevisstgjøring, læring og personlig utvikling. I mitt tilfelle som tannpleier ønsker jeg å bruke undervisningsformen som et pedagogisk verktøy for å gjøre pasienter bevisst på deres egen tannhelse og motivere dem til å ta reflekterte valg som angår dette slik at de blir i stand til å ta vare på sin egen tannhelse. Dette innebærer blant annet at vi må gjøre pasientene oppmerksom på sammenhenger mellom tannhelse og livsstil.

For å bevisstgjøre pasientene rundt deres egen tannhelse forsøker vi å få pasientene til å reflektere over personlige erfaringer og livsstil. Refleksjon legger et godt grunnlag for videre læring siden det gir oss mulighet til å tilpasse den videre prosessen til hver enkelt pasient (Tveiten, 2008).

For å få pasientene til å reflektere rundt deres egen tannhelse vil jeg unngå å bruke pekefingermentalitet, og i stedet fokusere på de positive sidene ved å være røykfri. Ved å la samtalen dreie seg om fordelene ved å være røykfri heller enn ulempene ved å røyke, vil jeg motivere pasientene til å se løsninger i stedet for problemer. Dette vil ifølge forskningen til Wehr (2009) generere en positiv innstilling og gi pasientene hjelp til selvhjelp i større grad enn en problemorientert tilnærming.

For at veiledningen skal fungere optimalt og at pasientene skal oppfatte tannhelsebudskapet, må tannpleier også sørge for at kommunikasjonen med pasientene er god. God kommunikasjon er viktig for at pasienten skal oppfatte budskapet som viktig, og at besøket på tannklinikken ikke skal bli en negativ opplevelse. Om ikke pasienten oppfatter at tannpleier vil han vel, kan det være en barriere for budskapsformidlingen, og dette kan virke hemmende for senere atferdsendring (Langslet, 2000).

God kommunikasjon på tannklinikken kjennetegnes av at vi tar utgangspunkt i pasienten. Dette innebærer at samtalen må foregå i form av dialog snarere enn monolog, og at pasienten må inkluderes i alle valgene som gjøres. Selvsagt skal vi som fagkyndige tannpleiere instruere

som en del av forebyggingsarbeidet, men vi må samtidig ta hensyn til pasientens ønsker og behov, og legge vekt på spørsmålsstillingen og ikke bare på svarene.

Siden røykere gjerne har begrensede kunnskaper om konsekvensene røyking har for tannhelsen deres, kan det virke fristende å overøse dem med informasjon. Philip Ley (1982) hevder imidlertid at pasienter husker kun 29 til 72 prosent av informasjonen som blir gitt på klinikken, avhengig av hvor mye informasjon vi gir, og dette stemmer også godt overens med mine egne erfaringer. Det å overøse pasienten med gode velmenende råd er derfor ikke et godt utgangspunkt for refleksjon, for det er liten sjanse for at han vil ta rådene til seg (Tveiten, 2008).

For å redusere mengden informasjon som blir glemt, kan vi ta i bruk hjelpemidler som for eksempel bilder og brosjyrer. Slike hjelpemidler kan ha en pedagogisk effekt som gjør det lettere å forstå budskapet, i tillegg til at de kan stimulere pasienten til refleksjon (Tveiten, 2008). På en annen side hevder Houts, Doak, Doak & Loscalzo (2006) at det å dele ut brosjyrer uten å samtidig ha en samtale med pasienten om innholdet, som regel er nytteløst. Pasienten får da ikke den samme forståelsen, og ofte blir ikke brosjyren engang lest.

Plastmodeller blir ofte brukt som pedagogiske hjelpemidler av tannpleiere, men min erfaring er at disse modellene ikke gjør det enklere for pasienten å forstå hva periodontitt går ut på. Det har ofte gitt bedre resultater å demonstrere på pasienten. Når pasienten for eksempel ser at sitt eget tannkjøtt blør ved sondering, blir det lettere for han å forstå sammenhengen mellom teori og praksis. I tillegg til å øke forståelsen kan demonstrasjon direkte på pasienten bidra til at pasienten oppfatter at det som tas opp og snakkes om er viktig for han personlig. Dermed gir vi han motivasjon til å oppfatte og reflektere over det som blir formidlet, og det kan være mindre sjanser for at budskapet blir fort glemt.

I tillegg til korrekt bruk av hjelpemidler tror jeg det kan være en god ide å utbedre rutinene våre, for eksempel ved å inkludere spørsmål om røykevaner i helseskjemaet som en del av den kliniske undersøkelsen. På den annen side kan det lett oppleves som kritikk når vi tar dette opp med en gang. Løsningen kan være at vi deler ut helseskjemaene før pasienten kommer inn, slik at han får tid til å reflektere over dette alene uten å føle press fra tannpleier. Dersom skjemaet forteller at han røyker, kan dette tas opp som en naturlig del av samtalen seinere.

### 4.3 Empowerment og autonomi

Rohrer et al. (2007) viste i studien "Patient-centredness, self-rated health, and patientempowerment: should providers spend more time communicating with their patients?" at det er en klar sammenheng mellom empowerment og pasientenes tilfredshet med flere aspekter ved kommunikasjonen med helsepersonellet. Spesielt viktig var det at pasientene opplevde at helsepersonellet lyttet til dem, og at språket helsepersonellet brukte var forståelig, og ikke dominert av fremmedord. Studien viste også at det å involvere pasientene i beslutninger og å legge vekt på forklaringer, er positivt korrelert med empowerment. Det som kjennetegner alle disse kommunikasjonsaspektene er at de setter pasienten i sentrum.

Å ta utgangspunkt i pasientens situasjon og forutsetninger gjelder også generelt når vi veileder. Hver enkelt pasient er unik, og det eksisterer derfor ingen universaloppskrift for hvordan veiledningssamtalen skal foregå (Tveiten, 2008). Ikke bare må vi ta hensyn til pasientenes nåværende tannhelse, alder, kunnskapsnivå og læretempo; pasientene har også ulik kulturell bakgrunn og er farget av tradisjonene de er vant til fra nærmiljø, vennekrets, familie, med mer. I tillegg har de gjerne forskjellige mål og ambisjoner med tannhelsen sin. For at tannpleier skal kunne ta hensyn til den enkelte pasients forutsetninger og behov, er det derfor viktig at tannpleier forbereder seg før veiledningssamtalen.

For å unngå at pasienten lukker seg og for å sikre et godt læringsklima er det viktig at vi under veiledningen benytter oss av åpne og "ufarlige" spørsmål. Åpne spørsmål er spørsmål som inviterer til beskrivelse, og de er således nyttige i en veiledningsprosess fordi vi enkelt kan bruke svarene til å gå videre i samtalen (Eide & Eide, 2008). Tannpleier bør forsøke å finne ut av hvilke tanker pasienten har om det aktuelle problemet, og forsøke å sette seg godt inn i pasientens perspektiv.

Forstår vi pasientens holdninger er det lettere å bestemme seg for hvilke løsninger vi eventuelt kan snakke mer om, og det blir lettere å vite hvilke spørsmål vi skal stille videre for å lokke fram og forsterke pasientens kunnskaper og interesse, og stimulere røykeren til å ta initiativ til videre utvikling og å sette seg mål. Etter min erfaring er det viktig å ta pasientens svar på alvor uansett hva han sier slik at han fortsatt ønsker å være åpen og svare ærlig. Gjør vi ikke dette har jeg opplevd at pasienten ikke er like interessert i det jeg har å si, og tillitten blir dermed svekket.

Ved å inkludere pasienten i prosessen og stille åpne spørsmål kan vi få pasienten til å reflektere over sammenhengen mellom handlinger og konsekvenser i forhold til sin egen tannhelse, og forhåpentligvis gir denne refleksjonsprosessen utslag i at han selv tar initiativ til å finne en løsning (Tveiten, 2008). I den grad råd skal gis, må vi passe på å bruke riktige formuleringer slik at rådene ikke oppfattes som kjeft og kritikk, noe som kan føre til at pasienten går i forsvarsposisjon. I stedet bør formuleringen invitere pasienten til dialog (for eksempel i form av et spørsmål som "Har du prøvd...?"), og tannpleier må ikke gjøre et stort nummer ut av det om pasienten forkaster forslagene.

Innen LØFT-metoden skiller vi mellom fire forskjellige typer spørsmål som vi kan stille pasienten som en del av veiledningen. Disse har fått navnene mirakelspørsmål, unntaksspørsmål, skalaspørsmål (Langslet, 2000).

Som et eksempel på mirakelspørsmål kan vi be pasienten forestille seg at han våkner opp en dag og plutselig er røykfri, og stiller seg selv spørsmål om på hvilke måter tilværelsen er annerledes uten sigaretten. Mirakelspørsmål kan brukes i tilfeller hvor vi vet at pasienten ønsker å endre atferden (Langslet, 2000).

Et skalaspørsmål kan for eksempel være av typen «Hvor god mener du at din egen tannhelse er på en skala fra 1 til 10?» Etter at pasienten har svart kan vi stille oppfølgingsspørsmålet «Hva tror du at du kan gjøre for at tannhelsen din skal bli enda bedre?» Hvis vi er heldige vil han da nevne røykevanene sine, og vi får anledning til å ta opp dette temaet på en naturlig måte, uten at han opplever press.

Unntaksspørsmål kan vi bruke når vi har å gjøre med en pasient som overhodet ikke er klar over hvilke konsekvenser røykingen medfører (Langslet, 2000). Vi kan da for eksempel spørre pasienten om han kan huske hvordan tilværelsen var før han begynte å røyke. Dersom pasienten sier tilværelsen var bedre før han begynte å røyke kan vi fokusere på dette.

På den andre siden skal vi heller ikke overdrive bruken av spørsmål. Inntrykket av likeverdighet kan lett forsvinne dersom tannpleier kun stiller spørsmål på autopilot og pasienten besvarer disse spørsmålene uten at man går videre med det. I en slik situasjon vil pasienten lett kunne føle seg dum. Det er derfor viktig at tannpleier er faglig sterk slik at hun vet hvordan hun skal ta tak i det pasienten sier og bruke dette videre i veiledningssamtalen,

for eksempel for å stille gode oppfølgingsspørsmål som kan danne grunnlag for refleksjon. For å bevare likeverdet er det viktig at vi lytter og tar tak i det pasienten sier og bruker dette som utgangspunkt for den videre samtalen, slik at tannpleier bygger seg opp en forståelse av hva som er viktig for pasienten. Ved å ta utgangspunkt i pasientens behov, og forsøke å imøtekomme disse ved at vi lar pasienten få avgjøre hva som er det beste alternativet, skaper vi et inntrykk av likeverd hos pasienten (Gjems, 1995). Rohrer et al. (2007) hevder at det å trekke pasienten inn i beslutningsprosessen og la han være med å velge kurs i stedet for på tradisjonelt vis å belære han om hva som er rett og galt, gir pasienten en følelse av kontroll over sin egen helse, noe som styrker selvbildet og forbedrer mestringsvevnen.

God veiledning innebærer også at vi gir ros og støtte, og ikke bare henger oss opp i det negative og det som må endres. Ved å kritisere og irettesette pasientene for mye kan de få inntrykk av at tannpleier ikke vil dem vel, og de kan lett føle seg overkjørt og gå i forsvarsposisjon (Langslet, 2000). Etter min erfaring er det mange som har blitt sinte og med en gang går i forsvarsposisjon, og sagt ting som «Jeg skal IKKE slutte å røyke!» når jeg har nevnt sigaretten. Atferd som dette indikerer at de har fått påpekt dette ofte. En bedre strategi er å ta utgangspunkt i det pasienten er interessert i å høre og lære mer om.

Som tannpleier ønsker jeg å bidra til at pasienten føler seg verdsatt, og i tråd med LØFT-metoden vil jeg øke pasientenes selvtillit og mestringsfølelse ved bruk av ros, og dermed motivere pasientene til refleksjon og videre atferdsendring (Langslet 2000).

Vanligvis varer et besøk på tannklinikken hos DOT cirka 30 minutter. Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig for å sikre pasienten god nok veiledning. Ofte går mesteparten av denne halvtimen med til behandling, og det er begrenset hvor mye tid vi har til å føre en ordentlig samtale. Noen pasienter er utadvendte og snakkesalige, og i slike tilfeller kan selv fem til ti minutter være tilstrekkelig (især hvis de i tillegg har god tannhelse). Andre pasienter kan det derimot være vanskelig å nå. De kan være svært reserverte og lite snakkesalige, og kanskje til og med være litt trege mentalt sett slik at det tar tid å nå frem med budskapet – for ikke å snakke om å sette i gang en refleksjonsprosess hos pasienten.

Mange ganger tar det altfor lang tid før vi kommer i gang med en ordentlig samtale, og da er tiden allerede brukt opp. Jeg har tatt meg selv i å gå altfor raskt frem ved å overøse pasienten med masse informasjon, for at jeg skal rekke min neste pasient. Etter slike timer hvor jeg ikke

har hatt nok tid til formidling, sitter jeg alltid igjen med en dårlig følelse, for jeg ser at pasienten ikke helt har forstått budskapet.

På den andre siden medfører den nye rollen til tannpleiere at behandling ikke nødvendigvis er den viktigste delen av timen til pasientene. Vi tannpleiere skal jobbe både helsefremmende og forebyggende, og det å bevisstgjøre pasienten er vel så viktig som behandling i en tannpleiers hverdag. Det å veilede spiller en viktig rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid, og bør ikke nedprioriteres til fordel for behandling, noe som kommer frem i loven om tannhelsetjenesten (2011). Likevel opplever jeg ofte at vi glemmer det. I tilfeller hvor tiden er knapp, kan vi alternativt heller ta oss tid til å prate med pasienten først istedenfor å starte med behandling med en gang. Noen ganger har pasienten mer nytte av bevisstgjøring enn at vi bruker masse tid på behandling. I tilfeller hvor veiledningssamtalen krever mye tid, kan vi heller sette opp en time til behandling siden. Dette bør vi informere pasienten om på forhånd, slik at han ikke føler seg «snytt» for behandling når timen er over. Hvis pasienten ikke ønsker å betale for å høre oss prate, så bør vi respektere det. Vi er ikke psykologer heller, så det handler om å kombinere både kunnskapsformidling, veiledning og behandling på en måte som er tilfredsstillende for hver enkelt pasient.

Til slutt vil jeg legge til at veiledningskompetanse ikke er noe vi kan tilegne oss kun gjennom å lese bøker og lære hvilke prinsipper som kjennetegner god veiledning i teorien. For å være en god veileder må vi også beherske undervisningsformen i praksis. Vi må vite hvilke spørsmålsformer vi skal bruke på hvilke pasienter, og vi må utvikle forståelse for andres tenkemåter og perspektiver. Dette er noe som krever erfaring og øvelse, men med nok trening kan tannpleiers veiledningsegenskaper vise seg å bli et like nyttig verktøy som fysiske instrumenter som speil og sonde.

#### **4.4 LØFT og motivasjon**

For oss tannpleiere står det helsefremmende og forebyggende arbeidet i sentrum, og i dette arbeidet forsøker vi å legge vekt på de positive sidene ved å opprettholde en god tannhelse i stedet for å spille på trusler om sykdom og andre uheldige konsekvenser. Denne tenkemåten står sentralt i LØFT-metoden, og det er derfor grunn til å anta at LØFT-metoden kan være til stor hjelp for tannpleiere som ønsker å kommunisere med – og veilede pasientene sine – på en best mulig måte.

LØFT-metodens læresetning nummer fem, ”språk skaper virkelighet,” forteller oss at språket vi bruker på tannklinikken er avgjørende for hvordan pasienten forstår budskapet (Langslet, 2000). Mange pasienter opplever tannpleierbesøk som en sårbar situasjon, og som tannpleiere må vi gjøre vårt beste for at pasienten skal føle seg så komfortabel som mulig.

For å skape en god atmosfære og etablere en følelse av trygghet for pasienten er det nødvendig at tannpleier og pasient tar seg tid til å bli litt kjent med hverandre. Det å vise seg som et menneske og ikke bare en profesjonell yrkesutøver kan bidra til å ufarliggjøre situasjonen for pasienten (Tveiten, 2008). Når pasienten føler at forholdet til tannpleier er basert på likeverd, er det større sjans for å få til et konstruktivt samarbeid (Gjems, 1995). Vi kan for eksempel spørre hvordan det går med pasienten, og ta oss god tid til å lytte til det pasienten sier. Det er viktig at vi ikke snakker for fort, og at språket er enkelt og forståelig. Hyppig bruk av fagspråk og fremmedord kan lett oppfattes som at tannpleieren har en ovenfra-og-nedholdning, og pasienten kan føle seg oversett og ydmyket (Rohrer, Wilshusen, Adamson, & Merry, 2007). Jeg har selv erfart at jeg ofte glemmer dette, og da er det helt klart at pasienten ikke har forstått budskapet. Likevel sier i mange tilfeller pasienten ikke ifra om dette. Det jeg kunne ha gjort i slike tilfeller er å stille kontrollspørsmål om det jeg allerede har spurt for å se om pasienten har fått med seg det som ble sagt.

Erfaringen min tilsier at vi som tannpleiere ofte er for lite flinke til å få pasienten til å forstå budskapet før vi går over på noe annet. Med en gang pasienten nevner at han røyker får han ofte høre at han burde slutte. Dette er ikke nødvendigvis noe vi trenger å grave mer i. Når vi bruker LØFT-metoden velger vi heller å fokusere på det pasienten allerede gjør riktig i stedet for å vektlegge problemene og komme med råd i forhold til disse. I stedet for å forsøke å kartlegge problemene i detalj retter vi søkelyset mot det positive vi finner, som for eksempel et sterkt ønske om forandring, konkrete grep pasienten allerede har gjort for å endre helseskadelig atferd, eller situasjoner pasienten husker hvor problemet var fraværende eller mindre fremtredende (Langslet, 2000). Vi kan for eksempel rose han for den gode innsatsen når det gjelder tannpuss. På den måten oppmuntrer vi til konstruktive og inspirerende dialoger som synliggjør det positive og motiverer pasienten til egeninnsats. Ved å vise han at vi forstår situasjonen hans og at vi bryr oss om tannhelsen hans skaper vi en god og avslappet atmosfære som øker sjansen for at vi i felleskap kan komme frem til gode løsninger for å nå målet (Langslet, 2000).



Wehr (2009) hevder at bruk av en problemorientert tilnærming fører til lavere selvtillit, fremkaller flere minner fra problemepisoder, og skaper en dårlig stemning. Dette er i tråd med LØFT-metodens læresetninger, som sier at man får mer av det man tenker på.

Det å fokusere på det positive i stedet for å henge seg opp i problemet er ikke noe vi gjør fordi vi ikke anerkjenner problemet, men fordi det antas at det er mer hensiktsmessig å fokusere på løsningen enn på problemene (Wehr, 2009). Hvis røykeren er veldig flink med tannpussen, hvorfor skal vi dra frem røykevanene hans da?

Når det gjelder målene pasienten setter seg i samarbeid med tannpleier, er det viktig at disse er basert på pasientens egne behov og prioriteringer, og ikke på tannpleiers ønsker alene. Målene pasienten setter seg i samarbeid med tannpleier bør være så konkrete som mulig (Iveson, 2002). Dersom målene er lite håndgripelige, kan det være vanskelig å måle fremgang. I tillegg til å gjøre det vanskelig å vurdere om pasienten er på rett vei, kan abstrakte målsetninger føre til at pasienten mister motivasjonen. Når pasienten ikke kan se sin egen fremgang mister han lett den indre drivkraften til å fortsette atferden (Langslet, 2000). Min erfaring er at dersom målene er realistiske og konkrete, og gjerne delt opp i mindre delmål, er det lettere å måle fremgang og dermed motivere pasientene til videre innsats.

Wehr (2009) viste i sin studie "The Phenomenology of Exception Times: Qualitative Differences between Problem-Focussed and Solution-Focussed Interventions" at det å fokusere på løsninger heller enn på problemer bidrar til å redusere lidelser, skape en positiv stemning, og stabilisere eller øke selvtilliten. I tillegg viste han at det å fokusere på unntakssituasjoner hvor problemet er fraværende eller mindre fremtredende, stimulerte forsøkspersonene til å huske flere unntakssituasjoner fra hverdagen, og dermed gjorde dem i bedre stand til å hjelpe seg selv.

Ved å fokusere bevisstheten vår på det positive som finnes, kan en situasjon som i utgangspunktet virket håpløs utvikle seg til å fremstå som overkommelig, og pasienten kan få pågangsmot og motivasjon til å forsøke å komme seg ut av den (Iveson, 2002). Det er som det sies: den det gjelder vet best. Vi bør tenke på pasienten som en "kaptein over sin egen skute." Det er pasienten selv som bestemmer hvor han vil seile (hva han vil med sitt eget liv), men vi tannpleiere kan fungere som fyrtårn (veiledere) som hjelper pasienten med å navigere dit han vil.

## 4.5 Kritikk av LØFT-metoden

Til tross for at LØFT-metoden kan vise til gode dokumenterte resultater, har metoden også sine kritikere. Den vanligste innvendingen mot LØFT er at metoden er overfladisk når den forsøker å løse et problem uten å fokusere på problemet. Disse kritikerne mener gjerne at uten en dypere forståelse av problemet, så blir det å «tenke positivt» redusert til ren ønsketenkning (Egan, 2007). Tanken er at hvis vi ikke er bevisst på – og reflekterer rundt – de faktorene som gir opphav til problemet, så kan det bli vanskelig å vinne kontroll over disse.

Andre kritiserer LØFT-metodens vekt på positiv motivasjon, det vil si å motivere med positive tilbakemeldinger og positive konsekvenser av ønsket atferd (Egan, 2007). Carver & Scheier (1998); Kluger & DeNisi (1996) hevder at overdreven bruk av positive tilbakemeldinger virker hemmende på motivasjonen, fordi det får folk til å føle at de allerede har kommet et godt stykke på vei, og at det ikke lenger er nødvendig å opprettholde den samme innsatsen for å nå målet. På omsatt vis har negativ motivasjon den effekten at den signaliserer at økt innsats er nødvendig for å nå målet, og dette virker angivelig skjerpene.

Motivasjonsforskerne Weiner (1974); Zajonc & Brickman (1969) er imidlertid uenige i dette. Disse hevder at negative tilbakemeldinger reduserer troen på at man er i stand til å nå målene sine, og får folk til å forvente å mislykkes; mens positive tilbakemeldinger øker troen på at man er i stand til å nå ålene sine, og får folk til å forvente suksess.

Etter mine erfaringer fungerer verken skremselspropaganda eller kritisering av problemet i praksis. Pasientene føler seg ydmyket og opplever å få kjeft for noe de ikke forstår. Jeg har hatt bedre erfaring med å motivere og bevisstgjøre pasienten på en positiv måte ved å rose pasientene for det han allerede gjør riktig. Dette har økt selvtilliten og ført til en riktig retning

Atter andre kritiserer LØFT-metoden ved å peke på at den kan virke forvirrende for pasienter som er vant til å hankses med problemer, og forventer at fagkyndige eksperter går rett på sak og gir klare svar på hva de må gjøre i forhold til problemet (Egan, 2007). Min erfaring tilsier at dette særlig gjelder eldre pasienter, fordi disse i større grad er vant til å forholde seg passivt til autoritetspersoner som skal «bestemme» over dem. Når man har å gjøre med slike pasienter kan bruk av LØFT-metoden gjøre at de føler seg utilpass.

LØFT-metoden passer naturligvis heller ikke når vi skal stille en diagnose. Da er vi nødt til å finne problemet. Jeg stiller meg derfor bak kritikerne som hevder at LØFT-metoden ikke bør brukes på alle og i alle tilfeller. Siden ingen mennesker er like er det viktig å se an situasjonen og tilpasse veiledningen og behandlingen til hver enkelt pasient.

Av og til er det uunngåelig å ta opp problemer. Det er derfor ikke nok at vi lærer å gi pasientene positive tilbakemeldinger; vi må også lære å fremsette kritikk på en riktig måte (Furman & Ahola, 2002). Når vi fremsetter kritikk er det viktig at det foregår på en omsorgsfull og støttende måte, samtidig som vi hele tiden ser etter noe positivt å ta tak i. Uansett hvor håpløs situasjonen kan synes, er det alltid mulig å tegn til mestring og forbedring, og dette må vi gripe fatt i og snakke om.

Noen vil kanskje innvende at det er problematisk å la pasienten bestemme fritt når vi vet hvilke konsekvenser røyken har for tannhelsen. Spørsmålet er om vi gjør jobben vår som tannpleier ved å la pasienten få bestemme. Vår oppgave som tannpleiere er *ikke* å få pasienten til å slutte å røyke. Det er bevisstgjøring og kunnskapsformidling som er vår rolle, og deretter er det opp til pasienten hva han ønsker å gjøre med kunnskapen. Som pasientrettighetsloven sier, så må vi ”ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Vi må kunne gi pasientene den autonomien de har krav på. Dette kan også mange se på som negativt, for hvis pasienten ikke slutter å røyke og han får en alvorlig grad av periodontitt, vil det gi negative konsekvenser både økonomisk og helsemessig. Dette forsvarer likevel ikke at vi kan bestemme hva pasienten skal gjøre med livet sitt. Vi har gjort vår jobb med å veilede pasienten og resten er opp til han.

## 5.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har jeg drøftet problemstillingen «*Hvordan bevisstgjøre røykere på sammenhengen mellom periodontitt og sigarettøyking?*»

Jeg har kommet frem til at bruk av pekefingermentalitet og problemfokus ofte er kontraproduktivt. I stedet bør vi rette oppmerksomheten mot kloke grep som allerede gjøres, basert på antakelsen om at vi får mer av det vi snakker om. Ved å la samtalen dreie seg om fordelene ved å være røykfri heller enn ulempene ved å røyke, kan vi skape velvilje og engasjement som motiverer pasienten til å reflektere over sin egen atferd. Ved å inkludere pasienten i prosessen gir vi han en følelse av kontroll over sin egen helse, noe som styrker selvbildet og forbedrer mestringsvevnen.

Jeg har funnet ut at det er viktig å sette pasienten i sentrum ved å skape en relasjon til han og vise at vi bryr oss om han, og ved å tilpasse dialogen etter pasientens nivå. Aktiv lytting, et lettfattelig språk og ikke-verbale signaler er også viktige faktorer for god kommunikasjon. Hjelpemidler som for eksempel bilder og brosjyrer kan gjøre det lettere å forstå budskapet, i tillegg til at de kan stimulere pasienten til refleksjon.

Når kunnskapen er på plass og pasienten er motivert for atferdsendring, kan vi sette opp delmål og hovedmål. Målene pasienten setter seg i samarbeid med tannpleier bør være realistiske og konkrete.

Min konklusjon er at kommunikasjon og veiledning knyttet opp mot LØFT-metoden er gode verktøy for å bevisstgjøre røykere på sammenhengen mellom periodontitt og røyking.

## 6.0 Litteraturliste

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association.

\*Armitage, A., Dollery, C., George, C., Houseman, T., & Turner, D. (1975). *Absorption and metabolism of nicotine from cigarettes*. Retrieved Mai 15, 2014, from Br Med J:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1675218/> (1 side)

Askheim, O., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Lillehammer: Gyldendal Akademisk.

\*Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the Self-regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press. (1 side)

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

Egan, G. (2007). *The Skilled Helper* (8 ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.

Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Fishbach, A., Eyal, T., & Finkelstein, S. (2010, August 4). *How Positive and Negative Feedback Motivate Goal Pursuit*. Retrieved Mai 12, 2014, from Social and Personality Psychology Compass:

<http://faculty.chicagobooth.edu/ayelet.fishbach/research/FEF%20Compass%202010.pdf>  
(2 side)

\*Folkehelseinstituttet. (2014, Februar 2). *Folkehelseinstituttet*. Retrieved Mars 28, 2014, from Webområde for folkehelseinstituttet:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6434&MainContent\\_6263=6464:0:25,6435&List\\_6212=6218:0:25,6436:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6434&MainContent_6263=6464:0:25,6435&List_6212=6218:0:25,6436:1:0:0::0:0)

(1 side)

\*Furman, B., & Ahola, T. (2002). *Skap deg en bedre arbeidsplass. En bedre løsningsfokuseret tilnærming*. Gjøvik: Gyldendal Norske Forlag AS. (15 sider)

\*Gjems, L. (1995). *Veiledning i profesjonsgrupper: Et systemteoretisk perspektiv på veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget. (25 sider)

\*Grønli, S. (2002). *Passiv røyking skadar intelligens og læreevne hos barn*. Retrieved Mai 20, 2014, from Forskning.no: <http://www.forskning.no/artikler/2002/mai/1020851034.47> (1 side)

\*Grossi, S., Genco, R., Machtei, E., Ho, A., Koch, G., & Dunford, R. (1995). *Assessment of risk for periodontal disease» Part II. Risk indicators for alveolar bone loss*. Retrieved Mai 14, 2014, from J.Periodontol. (2 sider)

\*Hansen, B. (2004). *Diagnostikk av periodontale sykdommer*. Retrieved April 8, 2014, from Den Norske Tannlegeforenings Tidende: <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2004/P04-01-20-8.pdf> (1 side)

\*Helgesen, L. (2011). *Menneskets Dimensjoner: lærebok i psykologi* (2 ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget. (2 side)

Helse- og omsorgsdepartementet . (2013, September 9). *Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-2013-06-21-79 §1-1*. Retrieved Mai 11, 2014, from Lovdata:  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*)

\*Helsedirektoratet. (2011). *Munnhelse og tobakk*. Oslo: Helsedirektoratet. (1 side)

Helse-og Omsorgsdepartementet. (2011-2012). *6.2 Tannpleierens arbeidsmarked og oppgaver - privat og offentlig tannhelsetjeneste*. Retrieved april 18, 2014, from Regjeringen:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-123-1-20112012/6/2.html?id=683344>

Helse-og Omsorgsdepartementet. (2012, Januar 1). *Lov om tannhelsetjenesten LOV-2011-06-24-30 §1-2 & §1-3*. Retrieved april 18, 2014, from Lovdata:  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Helse-og Omsorgsdepartementet. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge (st. meld. nr. 16)*. Retrieved april 18, 2014, from Regjeringen:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-1.html?id=196641>

\*Houts, S., Doak, C., Doak, G., & Loscalzo, J. (2006). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*. Retrieved mai 18, 2014, from Patient Education Counseling: [http://ac.els-cdn.com/S0738399105001461/1-s2.0-S0738399105001461-main.pdf?\\_tid=bfeab104-de90-11e3-9476-00000aab0f6c&acdnat=1400420082\\_a4ee927b1d136a437ba7dbc08095f0cf](http://ac.els-cdn.com/S0738399105001461/1-s2.0-S0738399105001461-main.pdf?_tid=bfeab104-de90-11e3-9476-00000aab0f6c&acdnat=1400420082_a4ee927b1d136a437ba7dbc08095f0cf) (2 sider )

\*Hugoson, A., & Rolandsson, M. (2011, Juli 18). *Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003)*. Retrieved April 16, 2014, from Journal of clinical periodontology:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762421> (7 sider)

\*Iveson, C. (2002). *Solution-focused brief therapy*. Retrieved april 18, 2014, from Advances in psychiatric treatment: <http://apt.rcpsych.org/content/8/2/149.short> (3 sider)

Kierkegaard, S. (1859). *Brudstykke af en ligefrem meddelelse*.

\*Kinane, F., & Hilgers, K. (2004, Januar 28). *Smoking, periodontal disease and the role of the dental profession*. Retrieved April 3, 2014, from Journal of dental hygiene:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16451463> (4 sider)

Kling, B., & Gustafsson, A. (2000). *Parodontit*. Stockholm: GOTHIA förlag.

\*Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). *The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory*. Retrieved Mai 9, 2014, from Psychological Bulletin:  
<http://psycnet.apa.org/journals/bul/119/2/254/>

- \*Krall, E., Dawson, -H. B., & Garvey, A. (1997). *Smoking, smoking cessation, and tooth loss*. Retrieved mai 13, 2014, from Journal of Dental Research: <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/209483939?accountid=42560> (2 sider)
- \*Langslet, J. (2004). *Gi Hverdagen Et LØFT*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS. (2 sider)
- \*Langslet, J. (2000). *LØFT: Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk Norsk Forlag. 150 sider
- \*Ley, P. (1982). *Satisfaction, compliance and communication*. Retrieved Mai 18, 2014, from Br J Clin Psychol: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7171877> (2 sider)
- Mæland, G. J. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelse i teori og praksis* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Meyer, K. (2004, Juni 6). *Tannlegetidende*. Retrieved april 1, 2014, from Den norske tannlegeforeningens tidende: <http://www.tannlegetidende.no/dnttpdf2004/P04-01-6-13.pdf> (3 sider)
- \*Norderyd, O., Hugoson, A., & Grusovin, G. (1999). *Risk of severe periodontal disease in a Swedish adult population*. Retrieved Mai 14, 2014, from Journal of clinicalperiodontology: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-051X.1999.260908.x/abstract> (1 side)
- \*Obeid, P., & Bercy, P. (2000, September/oktober). *Effects of smoking on periodontal health: a review*. Retrieved april 3, 2014, from Advanced In Therapy: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11186143> (4 sider)
- \*Opdhal, H. (s.a). *Oksygener*. Retrieved Mai 19, 2014, from Store medisinske leksikon : <http://sml.snl.no/oksygener> (1 side)
- \*Ortiz, M. (s.a). *Solving ethical dilemmas in dental hygiene practice*. Retrieved April 19, 2014, from RDHmag: <http://www.rdhmag.com/articles/print/volume-32/issue-4/features/solving-ethical-dilemmas-in-dental-hygiene-practice.html> (1 side)
- \*Payne, J., Johnson, G., Reinhardt, R., Dyer, J., Maze, C., & Dunning, D. (1996). *Nicotine effects on PGE2 and IL-1 release by LPS- treated human monocytes*. Retrieved Mai 15, 2014, from J periodont: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8708946> (1 side)
- \*Puranik, A.K.,Mishra, P.,Kumar, S.,Dhodapkar, S.V. (s.a). *Dental patient's knowledge and awareness regarding effect of smoking on oral health among smokers and nonsmokers: A comparative study*. Retrieved April 19, 2014, from [http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=4804&Type=FREE&TYP=TOP&IN=\\_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=371&isPDF=YES](http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=4804&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=371&isPDF=YES) (2 sider)
- \*Rohrer, E. J., Wilshusen, L., Adamson, C. S., & Merry, M. (2007, Juni). *Patient-centredness, self-rated health, and patientempowerment: should providers spend more time communicating with their patients?* Retrieved April 15, 2014, from Journal of Evaluation in Clinical Practice: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18462285> (3 sider)

- \*Sharper, A., Wannamethee, S., Walker, M., & Whincup, P. (1995). *Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men*. Retrieved mai 14, 2014, from JAMA: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=389189> (1 side)
- \*Tveiten, S. (2008). *Veiledning: mer enn ord* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget. 95 sider
- \*Wannamethee, S., Shaper, A., Whincup, P., & Walker, M. (1995). *Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged medn*. Retrieved Mai 10, 2014, from JAMA: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=389189> (2 sider)
- \*Wehr, T. (2009, Mars 2). *The Phenomenology of Exception Times: Qualitative Differences between Problem-Focussed and Solution-Focussed Interventions*. Retrieved April 15, 2014, from Wiley InterScience: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acp.1562/abstract> 13 sider
- \*Weiner, B. (1974). *Achievement Motivation and Attribution Theory*. Morristown: General Learning Press. (1 side)
- \*Wickholm, S., Söder, P.-Ö., Galanti, M., Söder, B., & Klinge, B. (2004). *Periodontal disease in a group of swedish adult snuff and cgarette users*. Retrieved Mai 15, 2014, from Informahealthcare: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/00016350410001801> (5 sider)
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- \*World Health Organization. (s.a). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved april 18, 2014, from WHO: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (1 side)
- \*Zajonc, R. B., & Brickman, P. (1969). *Expectancy and feedback as independent factors in task performance*. Retrieved mai 21, 2014, from Journal of Personality and Social Psychology: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/11/2/148/> (1 side)

Antall sider selvvalgt litteratur: 369



## Vedlegg : Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
10.04.2014	Periodontal disease* AND adult AND cigarette	PubMed	98	23	<p>”Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003)”</p> <p>”Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users”</p>
16.04.2014	Patient centredness AND Empowerment AND Communication	Ebsco Host	4	2	<p>“Patient-centredness, self-rated health, and patientempowerment: should providers spend more time communicating with their patients?”</p>
16.04.2014	Solution-focussed	Ebsco Host	6	3	<p>”The Phenomenology of Exception Times: Qualitative Differences between Problem-Focussed and Solution-Focussed Interventions”</p>