



# Kunskaper och inställning till motiverande samtal hos en grupp tandhygienister

En tvärsnittsstudie

---

Knowledge and attitude towards motivational interviewing among a group of dental hygienists

A cross-sectional study

---

Emma Björnson

Erica Pettersson

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

---

Tandhygienistprogrammet

---

Oral hälsa examensarbete, 15hp

---

Eva Hedman

---

Ulrika Lindmark

---

april 2017

---

## **SAMMANFATTNING**

**Titel:** Kunskap och inställning till motiverande samtal hos en grupp tandhygienister

Knowledge and attitude towards motivational interviewing among a group of dental hygienists

**Institution:** Institutionen för hälsovetenskaper, Karlstads universitet

**Kurs:** Oral hälsa Examensarbete, 15 hp

**Författare:** Emma Björnson  
Erica Pettersson

**Handledare:** Eva Hedman

**Sidor:** 19

**Månad och år för examen:** april 2017

**Nyckelord:** Användning, attityd, kommunikationsmetod, tandvårdspersonal

**Introduktion:** Motiverande samtal är en patientcentrerad metod som syftar till att patienten själv kommer fram till behovet av att göra beteendeförändringar medan behandlaren finns där som ett stöd. Metoden kan främja den orala hälsan men också hjälpa patienter till insikt och ökad förståelse för sina riskbeteenden. Det är en metod som kännetecknas av samarbete mellan patient och behandlare.

**Syfte:** Att undersöka tandhygienisters kunskaper och inställning till MI-metoden och dess praktiska tillämpning vid patientbehandling.

**Metod:** En tvärsnittsstudie som genomfördes i en region i mellansverige. Datainsamlingen skedde med en egenkonstruerad enkät som var webb-baserad och innehöll 18 frågor. Åttiofyra tandhygienister deltog.

**Resultat:** Respondenterna ansåg att MI är användbar vid de flesta sjukdomar och riskbeteenden som författarna frågade om och majoriteten av respondenterna angav öppna frågor som den vanligaste tekniken de använder. Majoriteten anser att MI är användbart inom tandvården samt att MI är bra att använda med patienter i behov av en beteendeförändring.

**Konklusion:** Resultatet av denna studie visar att MI är en metod som uppfattas som god och användbar men tidskrävande och kräver god kunskap för att kunna användas tillfredsställande. I framtiden bör fokus vara på att hitta lösningar som underlättar för tandhygienister att implementera MI mer i patientarbetet.

## Innehållsförteckning

<b>1. INTRODUKTION</b> .....	1
<b>1.1 Oral hälsa</b> .....	1
<b>1.1.1 Karies</b> .....	1
<b>1.1.2 Dental erosion</b> .....	1
<b>1.1.3 Gingivit och parodontit</b> .....	2
<b>1.2 Risk- och friskfaktorer för oral hälsa</b> .....	2
<b>1.2.1 Kostvanor</b> .....	2
<b>1.2.2 Egenvårdsvanor</b> .....	2
<b>1.2.3 Tobak</b> .....	3
<b>1.3 Patientundervisning</b> .....	3
<b>1.4 Motiverande samtal</b> .....	3
<b>1.5 MI inom tandvården</b> .....	4
<b>2. SYFTE</b> .....	5
<b>3. METOD</b> .....	6
<b>3.1 Design</b> .....	6
<b>3.2 Urval</b> .....	6
<b>3.3 Enkät</b> .....	6
<b>3.4 Pilottest</b> .....	6
<b>3.5 Datainsamling</b> .....	6
<b>3.6 Databearbetning</b> .....	7
<b>3.7 Etiska överväganden</b> .....	7
<b>4. RESULTAT</b> .....	7
<b>4.1 Respondenters bakgrund</b> .....	7
<b>4.2 Respondenternas kunskap om MI</b> .....	8
<b>4.3 Respondenternas inställning till MI</b> .....	9
<b>4.4 MI praktiska tillämpning</b> .....	11
<b>5. DISKUSSION</b> .....	12
<b>5.1 Metoddiskussion</b> .....	12
<b>5.2 Resultatdiskussion</b> .....	13
<b>5.3 Konklusion</b> .....	14

<b>6. REFERENSER .....</b>	<b>15</b>
----------------------------	-----------

**BILAGA 1**

**BILAGA 2**

**BILAGA 3**

**BILAGA 4**

## 1. INTRODUKTION

Enligt World Health Organization [WHO] (1986) beskrivs hälsofrämjande arbete som en process där individen ska öka kontrollen och förbättra sin egen hälsa. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande ska individen kunna identifiera och förverkliga sina ambitioner, tillfredsställa sina behov samt kunna få ändra eller hantera sin miljö.

Flera landsting arbetar idag med begreppet personcentrerad vård vilket betyder att patientens inflytande och delaktighet över behandling och vård betonas, likaså patientens ökade möjlighet att ta ansvar (Britten *et al.* 2016). Det är viktigt att patientens behandling utarbetas och planeras tillsammans med patienten samt att visa varje enskild individ respekt och omsorg. För detta arbetssätt krävs att behandlaren har kunskaper och insikter i olika metoder om beteendepåverkan. Tandvården ska stödja patienten mot en beteendeförändring, men också stärka och uppmärksamma de patienter som redan har en god munhälsa. Det är betydelsefullt eftersom det kan göra att de bibehåller hälsofrämjande vanor och risken för eventuella framtida sjukdomar minskar (Socialstyrelsen [SoS] 2011).

### 1.1 Oral hälsa

Enligt WHO (2012) är oral hälsa väsentlig för den allmänna hälsan och livskvalitet. En svensk definition av oral hälsa (Hugoson *et al.* 2003) lyder:

“Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar, samt frånvaro av orala sjukdomar.”

De vanligast förekommande munsjukdomarna är karies, dental erosion, gingivit och parodontit (SoS 2011 ; Moynihan & Petersen 2004). I de nationella riktlinjerna för vuxentandvård framgår att dessa sjukdomar kan påverka individens estetik, tuggfunktion och livskvalitet om de förblir obehandlade. Sjukdomarna går att förebygga och individens egen insats har stor betydelse i det förebyggande arbetet (SoS 2011).

#### 1.1.1 Karies

Karies är en kronisk infektionssjukdom som orsakas av bakterier i munhålan (Farges *et al.* 2015). Karies förekommer på tandens yta, både på tandkrona och tandrot, och demineralisering av tandsubstans utvecklas i regel långsamt över flera år (Bowen 2016). Kariesskador är ett resultat av en obalans i den fysiologiska jämvikten mellan tandmineraler och plackvätska (Fejerskov *et al.* 2015). Enligt Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit [SKaPa] (2015) var förekomsten för registrerad karies bland vuxna individer i Sverige för åldrarna 20 år (4,6 %), 50 år (23,1 %) och 80 år (48,9 %).

#### 1.1.2 Dental erosion

Erosionsskador innebär en förlust av tandens hårdvävnader på grund av yttre och inre syrapåverkan, genom beteendemässiga eller biologiska faktorer där bakterier inte är involverade. De inre faktorerna är till exempel sjukdomar, reflux eller kräkningar på grund av åtstörningar. Exempel på yttre faktorer är intag av läkemedel, sur föda och dryck, arbetsrelaterad exponering av sura ångor eller vid vistelse i simbassänger med lågt pH (West & Joiner 2014). Erosionsskador uppkommer successivt på grund av

exponering av sura ämnen och tillsammans med nötning av tänderna, i form av abrasion eller attrition, kan skadan få en multifaktoriell karaktär (Fejerskov *et al.* 2015).

### **1.1.3 Gingivit och parodontit**

Enligt Seneviratne *et al.* (2011) är oral biofilm, även kallad plack, en starkt bidragande faktor till munsjukdomar om den består av patogena bakterier. Armitage (2004) skriver att gingivit är en inflammation i tandköttet som orsakats av mikrobiellt plack som förekommer på tanden vid tandköttskanten. Om plack får verka ostört en längre tid kan gingivit utvecklas till parodontit, då bakterierna etableras under tandköttskanten och angriper de parodontala vävnaderna. Det finns två typer av parodontit, kronisk och aggressiv parodontit. Kronisk parodontit har en långsam progression men kan i perioder ha en snabbare utveckling och aggressiv parodontit har en snabb progression. Parodontitens utbredning kan se olika ut, den kroniska benämns lokal när det är upp till 30 % av tänderna som är påverkade, vid större omfattning benämns den som generell. Vid lokal aggressiv parodontit är inte fler än två permanenta tänder påverkade, utöver incisiver och första molaren. För att den ska vara generell ska fler än två permanenta tänder vara påverkade, utöver incisiver och första molaren. I SKaPa årsrapport (2015) framgick att prevalensen av parodontal sjukdom var 20 % bland vuxna patienter. Gingivit förekommer hos de flesta vuxna individer i varierande omfattning.

## **1.2 Risk- och friskfaktorer för oral hälsa**

WHO (2012) beskriver flera riskfaktorer för munsjukdomar som inkluderar bland annat ohälsosam kosthållning, dålig munhygien och tobaksbruk. Genom att identifiera riskfaktorer och försöka påverka människors vanor och beteenden kan sjukdomsförekomsten minska.

### **1.2.1 Kostvanor**

Scardina och Messina (2012) skriver att det finns samband mellan kost och oral hälsa där välbalanserade kostvanor bidrar till god oral hälsa och mindre goda kostvanor kan ge upphov till orala sjukdomar. En sockerrik kost med fermenterbara kolhydrater ökar risken för att kariessjukdom ska uppstå och frekvensen av intagen har en avgörande betydelse. Det har även visats att personer som är undernärda har lättare att drabbas av parodontit, viktigt är då att försöka tillföra näringsämnen som t.ex. kalcium för att stärka alveolarbenet samt c-vitamin för att stärka immunsystemet (Scardina & Messina 2012).

### **1.2.2 Egenvårdsvanor**

Egenvård handlar om att främja munhälsa och förebygga att sjukdom uppstår eller progredierar i munnen. Användning av tandborste och tandtråd är de mest effektiva hjälpmedlen för att bibehålla en god munhygien. Personer med förhöjd risk för sjukdom eller de som redan har sjukdom kan behöva fler hjälpmedel (Walsh & Darby 2015). Enligt de nationella riktlinjerna är daglig plackkontroll en utav de viktigaste åtgärderna en individ själv kan göra om de har drabbats av parodontit. Ur kariessynpunkt är egenvården och daglig användning av fluortandkräm som innehåller 1000-1500 ppm natriumfluorid, tillsammans med minskat sockerintag, viktiga åtgärder för att motverka uppkomst av kariesskador samt progression (SoS 2011).

### **1.2.3 Tobak**

Rökning är en av de största riskfaktorerna till att utveckla parodontit, sjukdomsförloppet går snabbare hos de som röker genom att benförlusten kring tänderna progredierar snabbare (Borojevic 2012). Rökning försvårar även att eventuella behandlingar får ett lyckat resultat (Bagaitkar *et al.* 2010), därför är det viktigt att patienten förstår sambandet mellan rökning och parodontit. Enligt Hayman *et al.* (2011) är en tredjedel av världens befolkning rökare och majoriteten av dessa är män. I utvecklingsländerna ses en ökning med 3 % fler rökare per år. CAN (2014) rapporterade att andelen rökare i Sverige har minskat avsevärt de senaste decennierna och nu beräknas dagligrökare vara omkring 12 % och de som röker mer sällan var 10 % av befolkningen.

### **1.3 Patientundervisning**

Patientundervisning är enligt SoS (2011) en viktig del i en lyckad behandling, där det krävs att patienten är delaktig, även för att få en förbättrad prognos på sikt. Då munsjukdomar påverkas av patientens vanor och munhälsobeteenden är det viktigt att etablera en dialog med patienten.

SoS (2011) delar in patientundervisning i olika åtgärdsnivåer; patientundervisning för individer med god oral hälsa, samt patienter med förhöjd sjukdomsrisk eller oral sjukdom. Åtgärderna består av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling, standardiserad rådgivning, rådgivande samtal, rådgivande samtal med särskild uppföljning och beteendemedicinsk prevention och behandling. I riktlinjerna anges att vid hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete är återkopplingen till patienten en viktig del. Återkoppling betyder att behandlaren i dialog med patient samtalar om individens aktuella munhälsa samt informerar om munhälsofrämjande metoder. Vid god oral hälsa men också vid förhöjd sjukdomsrisk kan vårdgivaren via återkoppling främja individens medverkan. Enligt Miller och Rollnick (2009) kan ett individanpassat förhållningssätt bidra till patientens tilltro till den egna förmågan och stimulera till hälsosamma val och ett eget ansvar för sin munhälsa.

I de nationella riktlinjerna (SoS 2011) beskrivs rådgivande samtal i tre nivåer; ett kortare individuellt anpassat samtal, rådgivande samtal med särskild uppföljning där patienten får kompletterande stöd i form av en återkoppling via till exempel ett återbesök, telefonsamtal, brev eller mail samt ett kvalificerat samtal baserat på teorier om beteendeförändring. Den sistnämnda har visats sig ha störst positiv effekt till att förändra ett munhygienbeteende oavsett riskfaktor och i sin tur den orala hälsan. Samtalen strävar efter att medvetandegöra patienten till att förändra ett oönskat beteende. För att samtalen ska genomföras på ett effektivt sätt krävs att behandlaren har kunskap om patientens sjukdomsbild men också kunskap i samtalsmetodik och de teorier dessa bygger på.

### **1.4 Motiverande samtal**

Motiverande samtal [MI] är en patientcentrerad metod som utarbetats av Miller och Rollnick (2009). Metoden syftar till att patienten själv kommer fram till behovet att göra beteendeförändringar medan behandlaren finns där som ett stöd. Det är en metod som kännetecknas av samarbete mellan patient och behandlare. Enligt Gao *et al.* (2013) skiljer en sådan infallsvinkel sig från den traditionella hälsoutbildningen där oftast

behandlaren är den mest aktiva parten som belyser problem samt ger lösningar till dessa. Patienten utesluts normalt från att definiera problem och är inte delaktig i beslutsfattandet.

Rollnick *et al.* (2009) skriver att MI:s anda kan delas in i tre delar; partnerskap som innebär samarbete mellan patient och vårdgivare, framkallande av patientens motivation och resurser, samt att respektera patientens autonomi. Inom MI finns fyra principer att utgå ifrån som ska vägleda vårdgivaren till ett bra förhållningssätt vid mötet med patienten. Principerna är att undvika rättningsreflexen, utforska patientens motivation, visa empati och lyssna på patienten samt att bidra till patientens empowerment. Empowerment innebär att patienten själv ska känna att de har makten över sitt liv och känna tilltro till sin egen förmåga att genomgå en beteendeförändring.

När MI tillämpas används några grundläggande tekniker; bekräftelse, öppna frågor och sammanfattningar. Genom att ställa öppna frågor till patienten utforskar behandlaren patientens förmåga att genomföra en förändring. Behandlaren lyssnar aktivt och har ett empatiskt förhållningssätt till patienten samt uppmärksammar patientens förmågor genom bekräftelse. Det är patientens egna resurser och idéer som är viktigast, behandlaren ska stödja patientens tro att en förändring är möjlig. MI-metoden ska vara ett samarbete där vårdgivaren inte ska lägga några egna värderingar i samtalet (Rollnick *et al.* 2009).

Via reflektion kan behandlaren återberätta det patienten sagt för att visa hur samtalet har uppfattats och patienten får själv höra vad som sagts. I slutet av samtalet gör behandlaren en längre sammanfattning, en bekräftelse till patienten för att visa att de som behandlare lyssnat och förstått det som sagts. Behandlaren kan då betona saker i samtalet som en slags förstärkning till vad patienten sagt under samtalet. Innan behandlaren ger information och rådgivning till patienten är det viktigt att först be om lov för att försäkra sig om att patienten vill få information (Miller & Rollnick 2009; Rollnick *et al.* 2009).

Rollnick *et al.* (2009) beskriver hur patientens ambivalens kan utforskas. Det kan göras genom att ställa öppna frågor och på så vis få en uppfattning om hur hög beredskap patienten har till en beteendeförändring. Behandlarens uppgift är att locka fram ett förändringsprat hos patienten och genom att känna igen olika förändringsprat kan behandlaren hjälpa patienten att tydliggöra ambivalensen. Shoonheim-Klein *et al.* (2012) skriver att när MI används för att tydliggöra patientens ambivalens kan de till exempel väga för- och nackdelar med riskbeteendet mot varandra och på så vis ta eget ansvar för sin hälsa.

### **1.5 MI inom tandvården**

Införande av MI-kurser i vårdutbildningar har visat goda effekter på studenternas självförtroende och vilja att använda MI i samtal med patienter. Studenterna fick en förbättrad kunskap vad gäller tillvägagångssättet i rådgivningar samt en större förståelse av vikten att använda sig av rådgivning när det är viktigt att få till en beteendeförändring hos patienten (Shoonheim-Klein *et al.* 2012). Östlund *et al.* (2015) redogör att i Sverige har utbildning och användande av MI ökat. Alla instanser inom hälso- och sjukvården erbjuds en MI-utbildning på 2-4 dagar där det ingår både teori



och praktiska övningar. Kurser inom MI finns numera som enskilda utbildningar på högskolor samt invävda i vissa utbildningar.

Evidens kring användandet av MI-metoden har under de två senaste åren ökat (SoS 2011). Systematiska översikter av slumpmässigt kontrollerade studier där MI använts inom tandvården har funnit att MI kan förändra beteenden som förknippats med sjukdomar i munhålan (Lundahl *et al.* 2013; Gao *et al.* 2014). En studie av Curry-Chiu *et al.* (2015) har fokuserat på inställning och förmåga till att lära sig MI-metoden hos tandhygieniststudenter. Resultat från studien visade att de studenter som fått en MI-utbildning i sin ordinarie läroplan var mer engagerade och hade ett mer patientcentrerat förhållningssätt än de studenter som inte fått MI-utbildningen.

Virtanen *et al.* (2015) utvärderade hur effektiv en kort strukturerad rådgivning var för tobaksavvänjning i tandvården. Rådgivningens längd fick vara maximalt fem minuter. Resultatet visade att rådgivningen var mer effektiv än de vanliga rutinerna som fanns på klinikerna, speciellt hos snus användare. En annan studie av Jönsson *et al.* (2010) studerade om det blev skillnad på den parodontala hälsan vid användning av en individuellt anpassad behandlingsplan där MI-strategier ingick jämfört med en standardiserad behandlingsplan. De undersökte också om båda insatserna hade någon signifikant effekt på en icke-kirurgisk parodontal behandling vid 12 månaders uppföljning. Studiens resultat visade att de med en individuellt anpassad behandlingsplan uppnådde bättre parodontal hälsa och behandlingsframgång än de som fick en standardiserad behandlingsplan.

En studie av Stenman *et al.* (2012) utvärderade hur effektiv en session av MI var på självutförd parodontal infektionskontroll hos 44 patienter med kronisk parodontit. Testgruppen fick genomgå en session med MI innan de fick parodontal behandling. Kontrollgruppen fick inte genomgå en MI-session men i övrigt var förfarandet likadant för grupperna. Studien visade ingen signifikant skillnad för varken gingival blödning eller plackindex. Slutsatsen var att MI inte har någon kortsiktig signifikant effekt på patienters självutförda infektionskontroll.

MI är en metod som sätter patienten i centrum vilket idag betonas inom både hälso- och sjukvården och tandvården. Det är därför intressant att undersöka om tandhygienister har fått någon utbildning i MI, vilka kunskaper och inställning de har till metoden samt om de tillämpar metoden praktiskt i patientarbetet.

## **2. SYFTE**

Att undersöka tandhygienisters kunskaper och inställning till MI-metoden och dess praktiska tillämpning vid patientbehandling.

### **3. METOD**

#### **3.1 Design**

En empirisk tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats.

#### **3.2 Urval**

Ett bekvämlighetsurval gjordes genom att först kontakta tandvårdschefen i regionen som försedde författarna med en lista med e-postadresser till Folktandvårdens tandhygienister. Därefter fick författarna själva leta upp de privata tandvårdsklinikerna då tandvårdschefen inte hade denna info. Först kontaktades Statistiska Centralbyrån [SCB], men för att få ut den informationen skulle författarna betala 1100 SEK vilket inte var aktuellt. Däremot fick författarna antalet privata tandvårdskliniker kostnadsfritt av SCB vilket underlättade sökandet via Internet. Sökningen gjordes via Google, eniro.se samt Praktikertjänsts hemsida. Totalt tillfrågades 170 tandhygienister i mellansverige om de ville delta i studien. De som inkluderades i studien var legitimerade tandhygienister. Övrig tandvårdspersonal exkluderades, även om de utför arbete liknande tandhygienisters.

#### **3.3 Enkät**

Frågorna i enkäten utformades av författarna gemensamt. Detta gjordes genom att både läsa tidigare studier, som använt enkäter för att få inspiration, samt formulera helt egna frågor. Enkäten (bilaga 1) var webb-baserad som skapades genom ett program vid namn Survey & Report som Karlstads universitet tillhandahåller. Enkäten bestod av 17 frågor om tandhygienisternas bakgrund samt kunskap och inställning till MI. Fråga 1-5 var bakgrundsfrågor. Fråga 6-17 gällde kunskap och inställning till MI. Det fanns även ett kommentarsfält i slutet av enkäten där respondenterna fick möjlighet att skriva eventuella kommentarer.

#### **3.4 Pilottest**

För att kontrollera enkätens validitet och för att undvika att frågor missuppfattades genomfördes ett pilottest. Pilottestet utfördes på tre tandhygienister som författarnas handledare föreslog. De arbetar inom en annan region och som inte har någon anknytning till författarna eller regionen där studien genomfördes. En första kontakt togs genom telefonsamtal där författarna gav information om varför de kontaktades och erbjöds att få delta i ett pilottest av en kommande studie. Därefter skickades enkätens Internetlänk via e-post tillsammans med en kort information där de uppmanades att lämna skriftliga kommentarer i slutet av enkäten i ett kommentarsfält samt att ta tid på hur lång tid det tog att genomföra enkäten. Pilottestarnas åsikter togs i beaktande vilket resulterade i att en fråga bytte plats för att få en bättre ordningsföljd av frågorna samt en ytterligare fråga tillkom om hur de använder MI. Pilottestarnas svar räknades inte med i resultatet eftersom de arbetar inom en annan region än den region som ingick i denna studie.

#### **3.5 Datainsamling**

En första kontakt togs med tandvårdschefen i regionen via e-post för att informera om studien (bilaga 2) och för att få ett godkännande om att studien kan genomföras. Tandvårdschefen försedde därefter författarna med en mail-lista till Folktandvårdens

anställda tandhygienister. Privata tandvårdskliniker kontaktades separat via e-post eller telefon där de fick information om studien (bilaga 2) och om samtycke (bilaga 3).

De utvalda tandhygienisterna fick ett informationsbrev (bilaga 2) via sin arbetsmail om studiens bakgrund, syfte, genomförande och tidsåtgång. Innan de besvarade enkäten fick de information om att deras deltagande är frivilligt och konfidentiellt samt att de måste vara legitimerade tandhygienister för att få svara (bilaga 3). De fick Internet-länken till enkäten i samma mail. Via länken kom de till enkäten där de först kryssade i sitt samtycke till att delta i studien, sedan fick de besvara resten av enkäten. Datainsamlingen pågick under fem veckor, så att så många som möjligt skulle ha möjlighet att delta. Ett påminnelsemail (bilaga 4) skickades till alla respondenter när det återstod två veckor av svarstiden, alla fick det eftersom författarna inte visste vilka som svarat på enkäten.

### **3.6 Databearbetning**

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av Microsoft Excel 2007. Hårddata registrerades automatiskt i Excel via programmet Survey & Report. Författarna bearbetade och sammanställde data genom att en läste upp och den andre kontrollerade att det stämde. För att undvika felaktigheter upprepades detta tre gånger. Resultatet redovisas med deskriptiv statistik genom antal (n) och procent (%) i löpande text, tabeller och diagram.

### **3.7 Etiska överväganden**

Studien genomgick en etisk granskning vid Karlstads universitet, Institutionen för hälsovetenskaper och ämnet Oral hälsa. Ansökan som skickades in behandlade bland annat författarnas relation till deltagarna och en avvägning mellan risk och nytta med studien, till exempel om deltagarna kunde utsättas för skada av att delta. Deltagandet i studien var frivilligt och data behandlades konfidentiellt, vilket respondenterna fick skriftlig information om. Det fanns inga frågor angående vilken ort de jobbar på eller andra känsliga personuppgifter, för att skydda respondenterna från att kunna identifieras. Det fanns en fråga om ålder, men detta i ett intervall av 10 år för att göra det svårare att identifiera enskilda individer. Enkätsvaren förvarades på ett sådant sätt att ingen obehörig skulle komma åt dem, de enda som hade tillgång till dem var författarna och handledare. Respondenterna fick skriftlig information om studiens bakgrund, syfte och beräknad tidsåtgång att besvara enkäten, innan de fick besvara enkäten. För att kunna besvara enkäten krävdes att respondenten kryssade för sitt samtycke innan enkäten startade, om inte avslutades enkäten omedelbart. I resultatet av studien kunde inte enskilda individer identifieras (Vetenskapsrådet 2002).

## **4. RESULTAT**

### **4.1 Respondenters bakgrund**

Av totalt 170 tillfrågade tandhygienister besvarade 82 enkäten (48 %). Åldersfördelningen var relativt jämn, men majoriteten var 41 år eller äldre. Hälften av deltagarna hade gått två års tandhygienistutbildning, 30 % hade gått tre år och resterande 20 % hade gått ett år. Respondenterna fick skriva i en kommentarruta var de gått sin utbildning. Merparten hade gått i Karlstad (90 %), övriga lärosäten var Örebro, Jönköping, Göteborg, Kristianstad och Umeå. När det gällde hur länge de arbetat som tandhygienister var det någorlunda jämnt fördelat, fränsett de som arbetat 11-15 år då

dessa upptog drygt en tredjedel av respondenterna. Majoriteten (88 %) var verksam inom Folk tandvården medan den resterande delen var verksam inom den privata sektorn, men ingen av respondenterna var egenföretagare. De allra flesta (88 %) hade genomgått utbildning i MI (se tabell 1). Tabell 1 redovisar respondenternas bakgrund.

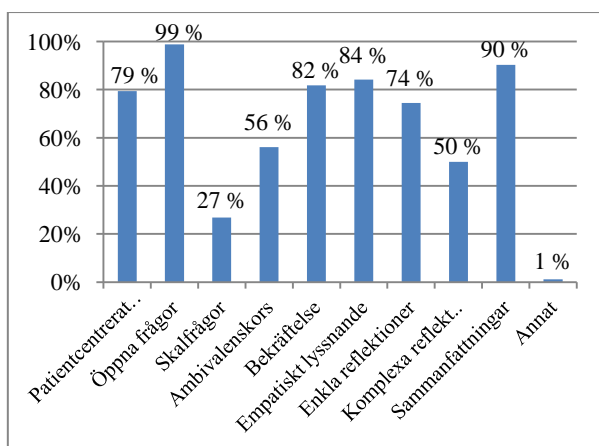
Tabell 1. Fördelning i antal och andel av respondenternas bakgrund och utbildning (N=82).

Ålder	20-30 år, n (%)	31-40 år, n (%)	41-50 år, n (%)	51-60 år, n (%)	61-70 år, n (%)	
	5 (6)	18 (22)	24 (29)	24 (29)	11 (13)	
Utbildningslängd för tandhygienistutbildning	1 år, n (%)	2 år, n (%)		3 år, n (%)		
	16 (20)	41 (50)		25 (30)		
Arbetat som tandhygienist	0-5 år, n (%)	6-10 år, n (%)	11-15 år, n (%)	16-20 år, n (%)	21-25 år, n (%)	26 år eller mer, n (%)
	12 (15)	14 (17)	29 (35)	8 (10)	6 (7)	13 (16)
Organisation	Folk tandvården, n (%)		Privat, n (%)		Egenföretagare, n (%)	
	72 (88)		10 (12)		0 (0)	
Utbildning i MI	Ja, n (%)		Nej, n (%)		Osäker, n (%)	
	72 (88)		8 (10)		2 (2)	

På frågan om hur MI-utbildningen var upplagd, besvarade 74 respondenter (90 %) och de hade möjlighet att kryssa i flera svarsalternativ. Detta eftersom författarna var intresserade av att veta vilken sorts utbildning tandhygienisterna har inom MI-området. För 31 respondenter (42 %) hade MI-utbildning ingått i tandhygienistutbildningen och det var vanligast med en kurs där både teori och praktik ingick (73 %). Det var 13 respondenter (18 %) som hade gått en kurs med enbart teori och en respondent uppgav att hen inte visste hur utbildningen var upplagd. Det fanns ett svarsalternativ där respondenten själv fick fylla i hur det var upplagt, där framgick att två respondenter gått kurser genom sin arbetsplats, både grundutbildning och fördjupning.

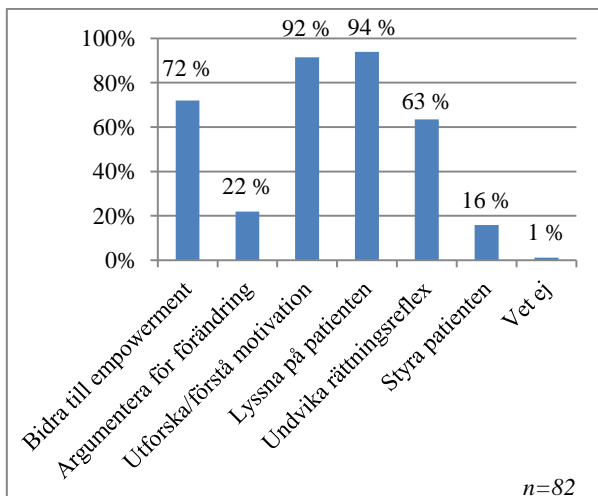
#### 4.2 Respondenternas kunskap om MI

På frågan om vad respondenterna trodde ingick i MI framgick att öppna frågor (99 %) var mest känt och skalfrågor (27 %) var minst känt (se figur 1).



Figur 1 Procentuell fördelning vad respondenter tror är tekniker inom MI (n=82)

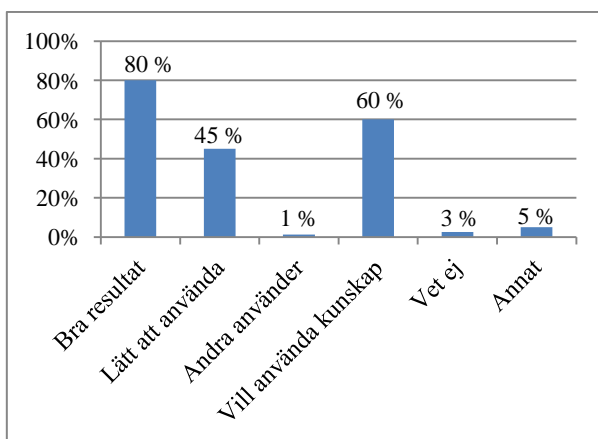
En fråga efterfrågade vad respondenterna trodde var principer inom MI. Där framgick “lyssna på patienten” (94 %) som mest känt, tätt följd av “utforska och förstå motivation” (92 %). Den minst kända principen var “undvika rättningsreflexen” (63 %) och flertalet respondenter angav felaktigt att “argumentera för förändring” (22 %) och “styra patienten” (16 %) som principer (se figur 2).



Figur 2 Procentuell fördelning vad respondenter tror är principer inom MI (n=82)

### 4.3 Respondenternas inställning till MI

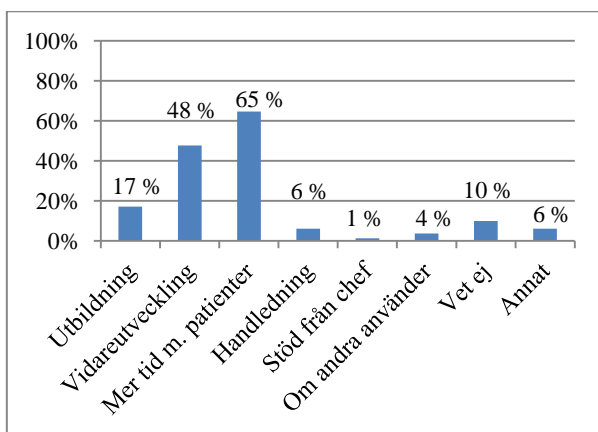
På frågan som handlade om varför respondenterna använder MI angav respondenterna “bra resultat med patienterna” (80 %) som största anledningen medan “andra använder den” endast var en respondent angav som skäl. Under svarsalternativ ”Annat” (5 %) framkom att anledningen varför de använder MI var därför metoden får patienten själv att reflektera, de vill att patienten ska tala mest, det känns naturligt för respondenten att använda och används när andra sätt inte fungerat (se figur 3).



Figur 3 Procentuell fördelning varför respondenter använder MI (n=80)

Endast två respondenter uppgav att de inte använder MI, och de angav att ont om tid och ingen utbildning var orsaken till det. Frågan som handlade om vad respondenterna trodde skulle få dem att använda MI oftare ansåg drygt hälften att “mer tid med patienterna” (65 %) skulle få dem att använda MI oftare. Men “stöd från chef” var det

endast en respondent som angav. De som uppgav ”annat” (6 %) var att de använder det ofta eller försöker använda så ofta som möjligt, att det känns naturligt för dem att använda och att någon vill ha träning för att komma ihåg att använda MI (se figur 4).



Figur 4 Procentuell fördelning vad som skulle få respondenterna att använda MI oftare (n=82)

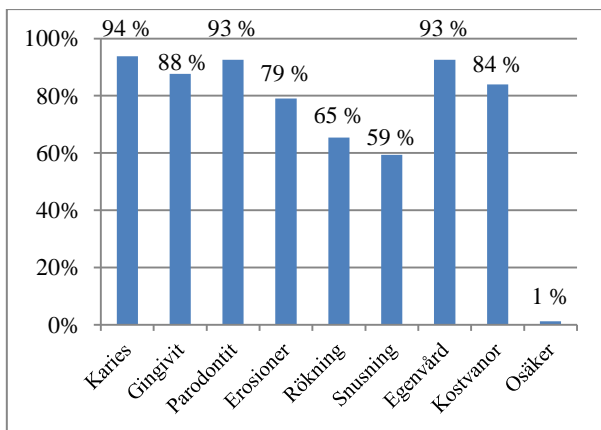
En fråga eftersökte vilken inställning respondenternas har till MI och hur mycket kunskap de uppskattar sig själva att ha för att kunna använda det i yrket. Majoriteten ansåg att MI är användbart inom tandvården och det är en bra metod att använda för patienter som är i behov av en beteendeförändring. Sjuttiosex respondenter (94 %) ansåg att deras kunskap är tillräckligt god för att använda MI och fem respondenter (6 %) tyckte att de behövde mer kunskap för att använda MI. Det var en relativt jämn fördelning på alla alternativ för påståendet om de ansåg att MI var svårt att använda, bortsett från ”Instämmer helt” som endast två respondenter valde. Det framgick också att flertalet (30 %) alltid använder MI när patienten är i behov av en beteendeförändring. Dock var det fler som angav ”Instämmer delvis” (49 %) på det påståendet, alltså att de oftast, men inte alltid, använder MI i den givna situationen (se tabell 2).

Tabell 2. Fördelning i antal och andel av respondenternas inställning till MI (N=80-82).

Frågor	Tar helt avstånd, n (%)	Tar delvis avstånd, n (%)	Varken eller n (%)	Instämmer delvis, n (%)	Instämmer helt, n (%)
Jag tycker MI är användbart inom tandvården (n=82)	0 (0)	0 (0)	3 (4)	19 (23)	60 (73)
Jag anser att mina kunskaper om MI är tillräckligt goda för att använda det i mitt arbete (n=81)	1 (1)	1 (1)	3 (4)	54 (67)	22 (27)
Jag anser att jag behöver mer kunskap om MI för att kunna använda det i mitt arbete (n=81)	7 (9)	16 (20)	19 (23)	34 (42)	5 (6)
Jag tycker det är svårt att använda MI (n=82)	11 (13)	24 (29)	16 (20)	29 (35)	2 (2)
Jag använder alltid MI när en patient är i behov av en beteendeförändring (n=81)	1 (1)	8 (10)	8 (10)	40 (49)	24 (30)
Jag anser att MI är bra att använda med patienter som är i behov av en beteendeförändring (n=80)	0 (0)	0 (0)	3 (4)	21 (26)	56 (69)

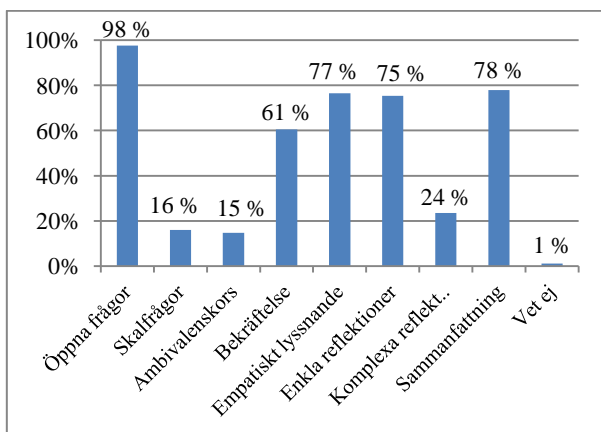
#### 4.4 MI praktiska tillämpning

Åttio respondenter svarade att de använder MI i sitt arbete. Svaren för enkätfråga elva visar att cirka hälften (n=38) använder metoden ofta och något färre (41 %) svarade att de använder den ibland. Nio respondenter (11 %) uppgav att de alltid använder MI och en respondent svarade att hen inte visste hur ofta hen använder MI. Figur 5 representerar svaren från frågan som handlade om vid vilka sjukdomar och riskbeteenden respondenterna använder MI. Metoden användes vid de flesta sjukdomar och riskbeteenden, men mest vid karies (94 %), parodontit (93 %) samt egenvård (93 %) och minst vid snusning (59 %).



Figur 5 Procentuell fördelning vid vilka sjukdomar och riskbeteenden respondenterna använder MI (n=81)

Frågan som handlade om vilka tekniker inom MI som respondenterna använder framgick att öppna frågor (98 %) var den teknik som användes mest och ambivalenskorset (15 %) användes minst (se figur 6). Sist i enkäten fanns en kommentarruta där respondenterna fick möjlighet att lägga till egna kommentarer. Där framkom flera åsikter, bland annat att kostnad var en faktor till varför det var svårt att använda MI, dels för att det är en kostnadsfråga för patienterna, att de inte vill betala för det och dels att det inte går ta betalt för samtalet i systemet. Andra kommentarer var att det krävs träning för att lyckas med MI, de upplevde att de inte har tid att läsa på och träna på MI.



Figur 6 Procentuell fördelning vilka MI-tekniker respondenterna använder (n=81)

## 5. DISKUSSION

Studien var en kvantitativ tvärsnittsstudie där syftet var att undersöka kunskaper och inställning till MI hos en grupp tandhygienister i mellansverige. En stor andel av respondenterna hade genomgått en utbildning i MI, främst via en kurs med praktik och teori. Majoriteten använder MI då de tycker att det ger ett bra behandlingsresultat men över hälften ansåg att de behöver mer tid med patienterna för att använda MI oftare.

Respondenterna ansåg att MI är användbar vid de flesta sjukdomar och riskbeteenden som författarna frågade om och majoriteten av respondenterna angav öppna frågor som den vanligaste använda tekniken. Majoriteten anser att MI är användbart inom tandvården samt att de anser att MI är bra att använda med patienter i behov av en beteendeförändring.

### 5.1 Metoddiskussion

Urvalet var ett bekvämlighetsurval där 170 tandhygienister som var anställda i regionen, under tiden för datainsamlingen, inkluderades oavsett om de var tjänstlediga, föräldralediga eller sjukskrivna. Optimalt hade varit att göra ett slumpmässigt urval av studiepopulationen för att få det mer representativt på nationell nivå. Datainsamlingen skedde via Survey & Report på Internet under en period på fem veckor och kunde därför ske alla tider på dygnet. Eftersom enkätlinken skickades till respondenternas arbetsmail innebar det att de endast hade tillgång till enkäten på arbetstid. Eftersom enkäten skickades till alla anställda tandhygienister på Folktandvården och privata aktörer finns risken att respondenter som var sjukskrivna, föräldralediga eller tjänstlediga gick miste om att delta, om de inte hade tillgång till sin arbetsmail hemifrån. Detta eftersom det var något författarna inte visste i förväg och kunde därför inte ta bort dessa mailadresser, utan alla blev tillfrågade att delta i studien. Svarsfrekvensen för studien var 48,2%, vilket gör att studiens tillförlitlighet kan ifrågasättas. En teori till den låga svarsfrekvensen är att respondenterna inte hade tid att besvara enkäten på arbetstid då den till stor del består av patientarbete. En annan teori är att de som inte besvarade enkäten inte använder MI och därför ansåg att de inte kunde bidra till studien.

En enkät användes vid datainsamlingen och den bestod av kunskaps- och inställningsfrågor som författarna gemensamt konstruerat. Ett pilottest utfördes för att kontrollera enkätens duglighet och relevans. Detta stärkte enkätens validitet. Det var tre tandhygienister från en annan region som genomförde pilottestet, detta för att det inte skulle påverka studiens resultat.

Enkäten innehöll 17 frågor och beräknades ta cirka tio minuter att besvara och de ombads besvara frågorna sanningsenligt och i tur och ordning. Då enkäten var förhållandevis omfattande fanns risken att respondenterna tröttnade och började svara slentrianmässigt. Detta kan ha påverkat resultatet av studien i antingen positiv eller negativ riktning, om så skett. Ett fåtal frågor lämnades obesvarade, detta berodde på hur författarna konstruerat enkäten. Vissa frågor hoppades över automatiskt beroende på hur respondenten svarade på föregående fråga. Detta gjordes för att respondenterna skulle få svara på relevanta frågor för dem. Har de exempelvis inte genomfört en utbildning inom MI är följdfrågan vilken sorts utbildning de gått irrelevant. Internt bortfall uppstod på fyra frågor då några respondenter hade dubbelsvarat på vissa påståenden.



Ett alternativ på fråga åtta kunde varit att låta respondenterna själva skriva de MI-tekniker de kände till, eftersom de kunde bli påmind om fler tekniker då de fanns med som svarsalternativ. För att göra enkäten tidseffektiv valdes färdiga svarsalternativ. Författarna valde att ta med två felaktiga svar på fråga nio då det är vanligt som behandlare att vilja argumentera för förändring och styra patienterna, fast det inte det som är tanken med MI-metoden (Miller & Rollnick 2009).

En svaghet som upptäcktes efter enkäten var avslutad var att svaret på fråga 8 finns i fråga 13. Respondenterna skulle kunna gå tillbaka i enkäten för att kryssa i fler alternativ för att ge sken av att ha mer kunskap. Detta skulle kunnat undvikas genom att konstruera enkäten på så sätt att det inte skulle vara möjligt att gå tillbaka. Dock bad författarna respondenterna i början av enkäten att svara det som de visste, inte vad de trodde var rätt samt att de skulle besvara frågorna i tur och ordning, vilket förhoppningsvis respondenterna tog hänsyn till. I efterhand har författarna önskat haft ett ytterligare svarsalternativ på fråga 15 och det är kostnadsfrågan för patienten, detta för att kostnad och betalning utgör en stor del av yrket.

Ett alternativ till en enkätstudie kunde i detta fall varit en intervjustudie. Det skulle kunna ge mer djupgående kunskaper om deltagarnas kunskap och inställning till MI metoden. Anledningen varför författarna valde en kvantitativ ansats var för det inte fanns någon liknande studentuppsats som riktade in sig på tandhygienister på diva-portal.org och för att kunna generalisera resultatet. Det senare visade sig inte vara möjligt på grund av det urval som författarna valde, då det krävs ett visst antal enkätsvar för att kunna få ett trovärdigt resultat. Detta är också skälet till varför inte ett obundet slumpmässigt urval från de 170 tandhygienisterna gjordes, på grund av risken att inte få tillräckligt med enkätsvar. Överlag är författarna nöjda med enkäten då det uppfyllde syftet med studien, däremot kunde vissa frågor formulerats annorlunda för att få ut mer information.

## 5.2 Resultatdiskussion

Resultatet för studien visar generellt god kunskap och positiv inställning till MI. Det behöver dock inte betyda att respondenterna kan utföra tekniken tillfredsställande med patienter. Östlund *et al.* (2015) bedömde i sin studie hur sjuksköterskor utförde MI med patienter. Det gjordes genom att samtal mellan sjuksköterskan och patienten spelades in och analyserades med hjälp av ett speciellt MI-analysverktyg, MITI. Analysen visar ett index som avser att bedöma sjuksköterskorna skicklighetsnivå att utföra MI. I nämnda studie lyckades ingen deltagare uppnå nybörjarskicklighet i alla tolv delar (vilket bland annat är öppna frågor, enkla reflektioner och samarbete), men vissa deltagare fick det på enstaka delar. Sjuksköterskorna fick efter varje samtal värdera sin egen prestation och de flesta ansåg sig vara bra på öppna frågor, men endast tre av tolv uppnådde nybörjarskicklighet på den tekniken. Det pekar på att behandlare överskattar sin förmåga att utföra MI-tekniker.

Den teknik som minst respondenterna trodde ingick i MI var skalfrågor (27 %), vilket tyder på att det finns en brist i utbildningen gällande denna teknik. Resterande tekniker kände minst hälften till vilket är ett relativt bra resultat, men detta skulle också kunna förbättras. En anledning till detta resultat skulle kunna vara att det är en komplex kommunikationsmetod som innehåller många delar vilket gör det svårt som behandlare att komma ihåg alla delar. Vissa delar kan även fått större utrymme i utbildningen, till

exempel öppna frågor och sammanfattningar, än andra. En del tekniker är mer komplexa än andra vilket gör att det kan bli svårare att komma ihåg samt använda dem.

På frågan om vad som skulle få respondenterna att använda MI oftare svarade mer än hälften att de skulle vilja gå en utbildning eller utveckla sina kunskaper ytterligare. En studie gjord av Madson *et al.* (2009) skriver att efterfrågan på MI-utbildning har blivit större på grund av att intresset för MI har ökat. Detta överensstämmer med respondenternas önskan enligt författarnas studie. Två tredjedelar av respondenterna angav också att mer tid med patienterna skulle få dem att använda MI oftare. Författarna tror att detta skulle bli svårt att genomföra i praktiken då det redan nu är hårt tryck på tandvården med långa köer för patienterna och därför kan det bli svårt att frigöra mer tid för att ha MI-samtal. En studie av Brobeck *et al.* (2011) bekräftar att behandlare upplever MI som en krävande metod och uppgav att metoden kräver erfarenhet, träning och genuint intresse för att kunna använda den tillfredsställande och för detta krävs mer tid.

Författarna anser att tandhygienister som gått en MI-utbildning kan skaffa sig mer kunskap och erfarenhet av MI-metoden genom att praktiskt tillämpa den med sina patienter dagligen då de har grundkunskaperna. Dessutom behöver inte varje patientsamtal vara ett kvalificerat samtal, det går att alternera nivåerna på samtalen eftersom inte alla patienter är i behov av en stor beteendeförändring och därför kan det räcka med ett kortare individuellt anpassat samtal. Även dessa kortare samtal är viktiga för de patienter utan större orala problem då de kan ha en stor positiv inverkan på patientens beteende. Det är viktigt att anpassa samtalen efter patienternas behov.

Respondenterna uppgav att det var främst vid karies, följt av parodontit och egenvård som MI-metoden används. Detta är förenligt med de nationella riktlinjerna (SoS 2011) som menar att tandvården bör erbjuda beteendemedicinsk prevention och behandling till de patienter med orala sjukdomar där bristande munhygien anses vara en riskfaktor. Det är positivt att de flesta respondenterna följer de riktlinjer som finns. Däremot är det drygt en tredjedel av respondenterna som inte använder MI hos de patienterna som röker, trots att det är en riskfaktor till munrelaterade sjukdomar och har en hög rekommendation för att förändra tobaksbruket. Det skulle kunna bero på att respondenterna tycker det är svårt att veta hur de ska gå tillväga samt bristande kunskaper om just tobaksbruk och beroendeproblematiken. Detta kan göra det svårt för respondenterna att hjälpa patienterna då de känner att de kanske inte har tillräckligt med tid till att fördjupa sina kunskaper angående rökning och beroende. Känner respondenterna detta kan det i sin tur leda till att munsjukdomar uppkommer eller inte får en utläkning.

### **5.3 Konklusion**

Resultatet av denna studie visar att kunskapen om MI är relativt god bland respondenterna som även uppvisar en positiv inställning till metoden som anser att den är användbar, men tidskrävande, och de tillämpar den i hög grad vid patientbehandlingar. MI är en metod som kräver god kunskap för att kunna användas tillfredsställande. I framtiden bör fokus vara på att hitta lösningar som underlättar för tandhygienister att implementera MI mer i patientarbetet.

## 6. REFERENSER

- Armitage, G.C. (2004). Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontology 2000*, 34, 9-21.
- Bagaitkar, J., Demuth, D., Amorin Daep, C., Renaud, D., Pierce, D. & Scott, D. (2010). Tobacco upregulates P. gingivalis fimbrial proteins which induce TLR2 hyposensitivity. *PLOS One*, 5(5). doi: 10.1371/journal.pone.0009323.
- Borojevic, T. (2012). Smoking and periodontal disease. *Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, 24(4), 274-276. doi: 10.5455/msm.2012.24.274-276.
- Bowen, W.H. (2016). Dental caries - not just holes in teeth! A perspective. *Molecular Oral Microbiology*, 31, 228-233. doi: 10.1111/omi.12132.
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M. & Wolf, A. (2016), Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*. doi:10.1111/hex.12468.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysningen [CAN] (2014). *Drogutvecklingen i Sverige 2014 nr 144*. Stockholm.
- Curry-Chiu, M., Catley, D., Voelker, M. & Krust Bray, K. (2015). Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study. *Journal of Dental Education*, 79(8), 897-906.
- Farges, J.C., Alliot-Licht, B., Renard, E., Ducret, M., Gaudin, A., Smith, A. J., & Cooper, P.R. (2015). Dental Pulp Defence and Repair Mechanisms in Dental Caries. *Mediators of Inflammation*, 2015, 230251. doi: 10.1155/2015/230251.
- Fejerskov, O., Nyvad, B. & Kidd, E. (red.) (2015). *Dental caries: the disease and its clinical management*. (3. ed.) Chichester: Wiley-Blackwell.
- Gao, X., Lo, EC., Kot, SC. & Chan, KC. (2014). Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trial. *Journal of Periodontology*, 85(3), 426-37. doi: 10.1902/jop.2013.130205.
- Gao, X., Lo, EC., McGrath, C. & Mun Yin Ho, S. (2013). Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(118). doi:10.1186/1745-6215-14-118.
- Hayman, L., Steffen, M. J., Stevens, J., Badger, E., Tempro, P., Fuller, B., McGuire, A., Al-Sabbagh, M., Thomas, M. V. and Ebersole, J. L. (2011). Smoking and periodontal disease: discrimination of antibody responses to pathogenic and commensal oral

- bacteria. *Clinical & Experimental Immunology*, 164(1) 118–126. doi:10.1111/j.1365-2249.2010.04314.x.
- Hugoson, A., Koch, G. & Johansson, S. (red.) (2003). *Oral hälsa: sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12-14 november 2002*. Stockholm: Gothia.
- Jönsson, B., Öhrn, K., Lindberg, P. & Oscarson, N. (2010). Evaluation of an individually tailored oral health programme on periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(10), 912-919. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01590.x.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Parent Education and Counseling*, 93(2), 157-168. doi: 10.1016/j.pec.2013.07.012.
- Madson, M., Loignon, A. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 36. 101-109.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140. doi: 10.1017/S1352465809005128.
- Moynihan, P. & Petersen, P. E. (2004). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 201-226. Doi: 10.1079/PHN2003589.
- Rollnick, S., Miller W. R. & Butler, C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Scardina, G.A. & Messina, P. (2012). Good oral health and diet. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 2012. doi:10.1155/2012/720692.
- Seneviratne, C.J., Zhang, C.F. & Samaranyake, L.P. (2011). Dental plaque biofilm in oral health and disease. *The Chinese Journal of Dental Research*, 14(2), 87-94.
- Shoonheim-Klein, M., Gresnigt, C. & van der Velden, U. (2012). Influence of dental education in motivational interviewing on the efficacy of interventions for smoking cessation. *European Journal of Dental Education*, 17, 28-33. doi: 10.1111/j.1600-0579.2012.00755.x.
- Socialstyrelsen [SoS] (2011). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 - stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18313/2011-5-1.pdf> [16-12-18].
- Stenman, J., Lundgren, J., Wennström, J. L., Ericsson, J. S. & Abrahamsson, K. H. (2012). A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Periodontology*. 39, 947-954. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01926.x.
- Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit [SKaPa] (2015). *Årsrapport 2015*. Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit.

<http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2016/11/SKaPa-%C3%85rsrapport-2015.pdf> [2016-12-18].

- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Virtanen, S., Zeebari, Z., Rohyo, I. & Galanti, M. R. (2015). Evaluation of a brief counseling for tobacco cessation in dental clinics among Swedish smokers and snus users. A cluster randomized controlled trial (the FRITT study). *Preventive Medicine*, 70, 26-32. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.005.
- Walsh, M. & Darby, M. (red.) (2015). *Dental hygiene: theory and practice*. (4. ed.) St. Louis: Elsevier Saunders.
- West, N.X. & Joiner, A. (2014). Enamel mineral loss. *Journal of Dentistry*, 42, 2-11. doi: 10.1016/S0300-5712(14)50002-4.
- World Health Organization [WHO] (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa.
- World Health Organization [WHO] (2012). *Oral health. Fact sheet N°318*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/> [16.11.09].
- Östlund, A-S., Kristofferzon, M-L., Häggström, E. & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice*, 16(89). doi 10.1186/s12875-015-0304-z.

## ENKÄT

### **Kunskaper och inställning till motiverande samtal hos en grupp tandhygienister**

- Läs igenom informationen på denna sida innan du börjar fylla i enkäten!
- Studien syftar till att undersöka tandhygienisters kunskap och inställning till motiverande samtal i tandvården samt dess praktiska tillämplighet vid patientbehandling.
- Ditt deltagande är helt frivilligt och konfidentiellt.
- Besvara frågorna i tur och ordning.

Det är viktigt att du svarar vad du faktiskt vet, inte vad du tror är rätt svar!

# BAKGRUNDSFRÅGOR

1. Vilken organisation arbetar du inom?

- Folktandvården
- Privat
- Egenföretagare

2. Din ålder?

- 20-30 år
- 31-40 år
- 41-50 år
- 51-60 år
- 61-70 år

3. Hur lång tandhygienistutbildning har du?

- 1 år
- 2 år
- 3 år

4. Vid vilket lärosäte gick du din utbildning? \_\_\_\_\_

5. Hur länge har du arbetat som tandhygienist?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20 år
- 21-25 år
- 26 år eller mer

## MOTIVERANDE SAMTAL

Motiverande samtal är en kommunikationsmetod som kan användas när en patient behöver genomgå en beteendeförändring. Den används till att framkalla och förstärka patientens egen motivation och resurser. Samtalet kan både vara långt eller kort beroende på patientens behov och hur motiverade de är till en förändring. Vi är intresserade av att veta vad just du vet om motiverande samtal och hur du tillämpar det oavsett om du använder ett långt eller kort samtal.

6. Har du genomgått en utbildning i motiverande samtal?

- Ja
- Nej, gå till fråga 8

7. Hur var utbildningen upplagd? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Ingick i tandhygienistutbildningen
- Kurs med enbart teori
- Kurs med teori och praktik
- Annat: \_\_\_\_\_

8. Kryssa i det du tror ingår i motiverande samtal: (Flera svarsalternativ möjliga)

- Patientcentrerat förhållningssätt
- Öppna frågor
- Skalfrågor
- Ambivalenskorset
- Bekräftelse
- Empatiskt lyssnande
- Enkla reflektioner
- Komplexa reflektioner
- Sammanfattningar
- Vet ej/osäker
- Annat: \_\_\_\_\_

9. Vilka vägledande principer finns inom motiverande samtal?

- Bidra till patientens empowerment
- Argumentera för förändring
- Utforska och förstå patientens motivation
- Lyssna på patienten
- Undvika rättningsreflexen
- Styra patienten
- Vet ej

10. Har du använt dig av motiverande samtal i ditt arbete?

- Ja
- Nej, gå till fråga 15
- Osäker

11. Hur ofta använder du motiverande samtal?

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig, gå till fråga 15
- Vet ej



12. Vid vilka sjukdomar och/eller beteenden använder du motiverande samtal? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Karies
- Gingivit
- Parodontit
- Erosioner
- Rökning
- Snusning
- Egenvård
- Kostvanor
- Använder inte motiverande samtal
- Osäker

13. När du använder motiverande samtal, vilken eller vilka tekniker använder du då? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Öppna frågor
- Skalfrågor
- Ambivalenskorset
- Bekräftelse
- Empatiskt lyssnande
- Enkla reflektioner
- Komplexa reflektioner
- Sammanfattningar
- Vet ej
- Annat, specificera: \_\_\_\_\_

14. Vad gör att du använder motiverande samtal? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Ger bra resultat med patienterna
- Lätt att använda
- Andra på kliniken använder den
- Vill använda mina kunskaper i patientmöten
- Annat, specificera: \_\_\_\_\_

15. Vad gör att du inte använder motiverande samtal? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Det är krångligt
- Har ont om tid
- Ger inte bra resultat med patienterna
- Ingen annan på kliniken gör det
- Har ingen utbildning
- Annat, specificera: \_\_\_\_\_

16. Vad skulle få dig att använda motiverande samtal oftare? (Flera svarsalternativ möjliga)

- Utbildning
- Vidareutveckling av mina kunskaper om motiverande samtal
- Mer tid
- Handledning
- Stöd från chefen
- Om andra på kliniken också skulle använda det
- Osäker
- Annat: \_\_\_\_\_

17. Nedan står några påståenden du ska ta ställning till, markera det svarsalternativ som du anser stämmer mest.

“Jag tycker att motiverande samtal är användbart inom tandvården”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

“Jag anser att mina kunskaper om motiverande samtal är tillräckligt goda för att använda det i mitt arbete”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

“Jag anser att jag behöver mer kunskap om motiverande samtal för att kunna använda det i mitt arbete”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

“Jag tycker det är svårt att använda motiverande samtal”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

“Jag använder alltid motiverande samtal när en patient är i behov av en beteendeförändring”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

“Jag anser att motiverande samtal är bra att använda med patienter som är i behov av en beteendeförändring”

- Tar helt avstånd    Tar delvis avstånd    Instämmer delvis    Instämmer helt

18. Nu är enkäten slut. Har du några övriga kommentarer att tillägga kan du göra det här!

**Tack för din medverkan!**

### **Informationsbrev**

#### **Kunskaper och inställning till motiverande samtal hos en grupp tandhygienister.**

Vi är två studenter som går tandhygienistprogrammet vid Karlstads universitet. Hösten 2016 och våren 2017 kommer vi att skriva vårt examensarbete inom området oral hälsa. Studien syftar till att undersöka tandhygienisters kunskaper och inställning till motiverande samtal och dess praktiska tillämplighet vid patientbehandling.

Motiverande samtal är en kommunikationsmetod som kan användas när en patient behöver genomgå en beteendeförändring. Den används till att framkalla och förstärka patientens egen motivation och resurser. Samtalet kan både vara långt eller kort beroende på patientens behov och hur motiverade de är till en förändring. Vi är intresserade av att veta vad just du vet om motiverande samtal och hur du tillämpar det oavsett om du använder ett långt eller kort samtal.

En enkät kommer att skickas ut via e-post senast den 5/12-2016 och får endast besvaras av legitimerade tandhygienister i Mellansverige. Frågorna beräknas ta 5-10 minuter att besvara. Deltagandet i studien är frivilligt och konfidentiellt. Du får avbryta ditt deltagande när som helst, utan att behöva ange orsak varför, fram tills svaret är inlämnat. Informationen som lämnats till oss kommer analyseras statistiskt vilket gör att svaren inte kan spåras till enskilda individer.

Frågorna omfattar översiktlig information om dig som deltagare, frågor om vad MI är samt inställningen till MI. Resultaten kommer att redovisas i en rapport och studien kommer publiceras i [www.diva-portal.org](http://www.diva-portal.org). efter att den blivit godkänd. Du kommer delges resultatet genom ett utskick till din e-postadress.

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss.

Med Vänliga Hälsningar

**Tandhygieniststuderande:**

Emma Björnson

E-post: [emmabjor105@student.kau.se](mailto:emmabjor105@student.kau.se)

Erica Pettersson

E-post: [ericpett101@student.kau.se](mailto:ericpett101@student.kau.se)

**Handledare:**

Eva Hedman

E-post: [eva.hedman@lul.se](mailto:eva.hedman@lul.se)

**Samtyckesformulär**

**Kunskaper och inställning till motiverande samtal hos en grupp tandhygienister.**

Jag har tagit del av informationen om studien angående att undersöka tandhygienisters kunskap och inställning till motiverande samtal i tandvården samt dess praktiska tillämplighet vid patientbehandling. Jag har även tagit del av informationen att mitt deltagande är frivilligt och konfidentiellt samt att jag när som helst kan avbryta deltagandet i studien utan att ange orsak fram tills att svaret är inlämnat.

Samtyckes ges genom att kryssa i "Ja" i den webb-baserade enkäten. Detta sker i början av enkäten och innan övriga frågor besvaras.

**Påminnelse om enkät angående motiverande samtal**

För drygt 2 veckor sedan fick du ett mail där du erbjöds att besvara en enkät angående motiverande samtal. Syftet med enkäten är att undersöka tandhygienisters kunskap och inställning till motiverande samtal. Enkäten stänger 4/1-2017 så du har fortfarande två veckor på dig att besvara den om du vill delta. Enkäten beräknas ta 5-10 minuter att besvara.

För att komma till enkäten, använd denna länk:

<https://sunet.artologik.net/kau/Survey/7894>

Har du redan besvarat enkäten kan du bortse från detta mail, och tack så mycket för ditt deltagande!!

Vi önskar dig en god jul och gott nytt år!

Med vänliga hälsningar,  
Emma Björnson och Erica Pettersson  
Tandhygieniststudenter, Karlstads universitet