



LUNDS
UNIVERSITET

Pedagogiska institutionen
Box 199, 221 00 Lund

Kurs: PED K01
Kandidatuppsats, 15 hp
Datum: 2008-01-10

Pedagogikens roll inom tandvården

En uppsats om den edukativa processen i mötet med
patienten

Safeta Selimovic

Handledare:
Elsie Anderberg

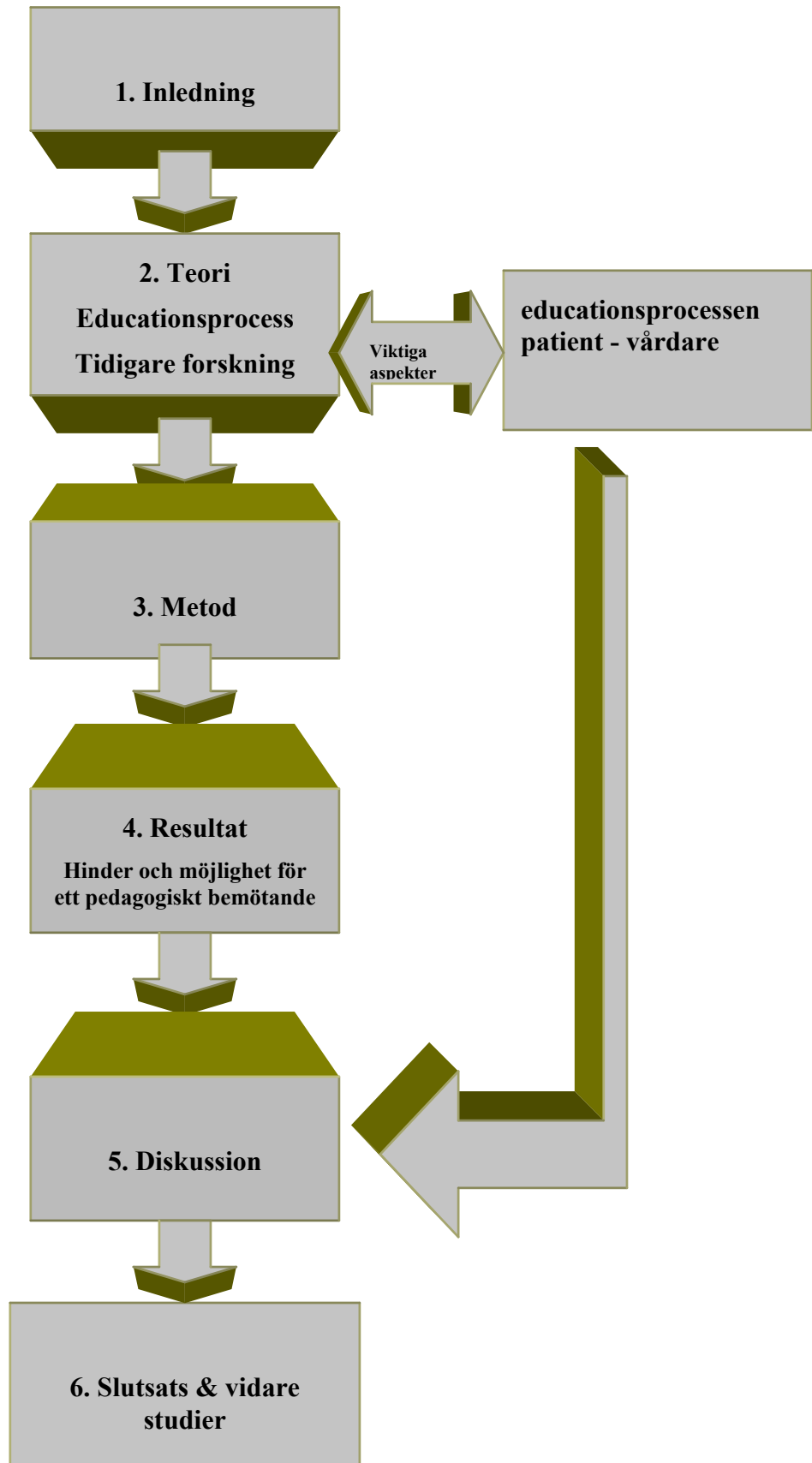
ABSTRACT

| | |
|-----------------|---|
| Arbetets art: | Kandidat uppsats |
| Sidantal: | 39 inklusive referenslista och bilagor |
| Titel: | Pedagogikens roll inom tandvården |
| Författare: | Safeta Selimovic |
| Handledare: | Elsie Anderberg |
| Datum: | 2008-01-10 |
| Sammanfattning: | <p>Arbetet handlar om pedagogikens roll för att underlätta bemötandet mellan vårdare och patient och därigenom åstadkomma lärande i riktning mot en förbättrad hälsa. I detta fall begränsas undersökningen till tandvården och mötet mellan tandhygienist och patient. Förutom att ha en god kunskap om tandvård och munhälsa krävs det att tandhygienister lyckas nå ut med sin information och i vissa fall få patienten att ändra på sitt beteende. Det är då det pedagogiska bemötandet ett viktigt redskap.</p> <p>Arbetets syfte är att undersöka om bemötandet är av sådan pedagogisk karaktär att det leder till en positiv förändring. Hur uppfattar patienterna tandhygienisternas bemötande? Vilka faktorer utgör hinder och vilka som bidrar till framgång i bemötandet ur patientperspektiv?</p> <p>I fokuset ligger den pedagogiska situationen inom tandvården, lärande och förändring mot god tandhälsa ur patientperspektiv. Genom att se den ur patientperspektiv kommer jag att kunna bättre förstå hur patienterna uppfattar situationen samt att få en bättre chans att förbättra den.</p> <p>Resultatet visar både de positiva och negativa faktorer som påverkar bemötandets karaktär och dessutom patienternas upplevelser av själva bemötandet. Studien visar att faktorer som stress och obehagskänsla kan leda till att patienten inte känner sig trygg i mötet med tandhygienisten. Detta leder till att medvetandet inte väcks hos patienten och att det blir svårt att förstå erhållen information. När förståelsen saknas uteblir ansvarstagandet och aktivt deltagandet. Vidare visar studien att samarbetsmodellen utvecklar ett pedagogiskt bemötande. Om trygghet skapas från början blir det lätt att utveckla ett samarbetsklimat och använda sig av samarbetsmodellen. Medvetenhet uppnås och eventuella hinder bemästras.</p> |
| Nyckelord: | edukativ process, bemötande, undervisning, lärande, kunskap, medvetenhet, tandvård, munhälsa. |

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Uppsatsens disposition | 4 |
| 1. Inledning | 5 |
| 1.1 Bakgrund | 5 |
| 1.1.1 Karies & gingivit/parodontit | 5 |
| 1.1.2 Folktandvården Skåne | 6 |
| 1.2 Problemformulering | 6 |
| 1.3 Syfte och frågeställning | 7 |
| 2. Teori | 7 |
| 2.1 Tidigare forskning | 7 |
| 2.2 Den edukativa processen | 9 |
| 2.3 Viktiga aspekter i edukationsprocessen patient – vårdare | 9 |
| 2.3.1 Vägen till samarbetet | 9 |
| 2.3.1.1 Paternalistisk- kontra samarbetsmodell | 10 |
| 2.3.2 Medvetenhet, självansvar, reflektion & handling | 11 |
| 2.3.3 Individens livssituation i fokus | 11 |
| 2.3.4 Praxis & dialog | 12 |
| 2.3.4.1 Dialog | 12 |
| 2.3.4.2 Praxis | 12 |
| 2.3.5 Från förförståelse till förståelse | 13 |
| 2.3.6 Att motivera med beröm | 14 |
| 2.4 Fokus i vården: Behandla sjukdom, förebygga sjukdom eller förespråka hälsa | 14 |
| 3. Metod | 15 |
| 3.1 Val av metod | 15 |
| 3.2 Urval | 16 |
| 3.3 Insamling av data | 16 |
| 3.4 Forskningsetiska reflektioner | 17 |
| 3.5 Begränsningar | 18 |
| 3.6 Bearbetning av empiri | 18 |
| 3.7 Validitet & reliabilitet | 18 |
| 3.7.1 Validitet | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 3.7.2 Reliabilitet | 19 |
| 3.8 Litteratur | 19 |
| 3.9 Pedagogisk relevans | 19 |
| 4. Resultat | 20 |
| 4.1 Hinder i bemötandet | 20 |
| 4.1.1 Obehagkänsla | 20 |
| 4.1.2 Stress | 20 |
| 4.1.3 Förförståelsebrist | 21 |
| 4.1.4 Relation utan samarbete | 21 |
| 4.1.5 Brist på självansvar | 22 |
| 4.1.6 Förutfattade meningar | 23 |
| 4.2 Möjligheter i bemötandet | 24 |
| 4.2.1 Trygghet | 24 |
| 4.2.2 Att hantera stress | 24 |
| 4.2.3 Förståelse | 25 |
| 4.2.4 Relation | 25 |
| 4.2.5 Självansvar | 26 |
| 5. Diskussion | 26 |
| 5.1 Hinder och möjligheter i bemötandet | 26 |
| 5.1.1 Obehagkänslan som hinder i ett pedagogiskt bemötande | 26 |
| 5.1.2 Brist på patientens medvetenhet som hinder i bemötandet | 27 |
| 5.1.3 Samarbetsmodellen utvecklar ett pedagogiskt bemötande | 28 |
| 5.1.4 Informativ kontra pedagogisk handling | 30 |
| 5.1.5 Beröm | 30 |
| 5.1.6 Att överlåta problemen eller att ta eget ansvar? | 31 |
| 5.2 Att förebygga sjukdom & förespråka hälsa | 32 |
| 6. Slutsats | 33 |
| 6.1 Vidare studier | 34 |
| Källförteckning | 35 |
| Bilagor | 37 |



Figur 1. Uppsatsens disposition.

1. Inledning

Pedagogikens roll är att underlätta bemötandet mellan vårdare och patient och åstadkomma lärande i riktning mot en förbättrad hälsa. Det finns en risk att man som vårdare fokuseras på enbart medicinsk behandling och inte på omständigheter och levnadssätt som leder till ohälsa. Deras effekter för vår hälsa är kanske långt viktigare än någon behandling som hälso- och sjukvården kan rekommendera. Patienten måste ta ansvar för sin hälsa och ändra sina vanor och sitt levnadssätt för att återvinna eller bevara en bra hälsa. I denna studie begränsas undersökningen till tandvården och mötet mellan tandhygienist och patient. Förutom att ha en god kunskap om tandvård och munhälsan krävs det att tandhygienister lyckas nå ut med sin information och i vissa fall få patienten att ändra på sitt beteende. Det är den pedagogiska situationen i form av bemötandet och som är i fokus.

1.1 Bakgrund

Eftersom jag själv är utbildad och yrkesverksam tandhygienist på folktandvården Skåne har jag genom min erfarenhet insett att problem som jag stöter på i mitt arbete är till stora delar av en pedagogisk art. Otillräckligt informerade patienter med väldigt lite kunskap om tandsjukdomar bidrar ofta till att de inte förstår behov av behandlingen. Mitt yrke handlar mycket om att byta eller bryta patienters vanor och pedagogisk kunskap behövs då jag lär ut och med hjälp av kunskaper påverkar patientens attityd. Den konventionella behandlingen som jag erbjuder till mina patienter kan förlora sitt värde om jag inte lyckas med den pedagogiska biten. Ett bra möte mellan tandhygienisten och patienten är en form av påverkan med målet att patienten ska förstå och därmed använda kunskapen som förmedlas. Samtidigt måste man skapa förtroende och få patientens tillit så att hon/han inte blir osäker och upplever otrygghet under behandlingen. Med rätt bemötande skapas en edukativ process där båda parter är aktiva och en genuin kontakt mellan tandhygienist och patient uppnås. Detta intresse ligger till grund för denna uppsats och handlar om i vilken utsträckning den edukativa processen äger rum på folktandvården under behandlingar hos tandhygienister ur ett patientperspektiv.

1.1.1 Karies & gingivit/parodontit

Tandköttsproblem är mycket vanligt och beskrivs ibland som en folksjukdom då upp till 40 % av befolkningen drabbas. Tandköttsproblem orsakas av plack (bakteriebeläggningar) på tänderna. Med andra ord har tänderna inte varit tillräckligt rena. Tandköttet blir svullet, irriterat och ofta lättblödande (gingivit). När placket förkalkas uppstår tandsten. Det handlar om kalk från saliven som utfälls på placket eller

tandytan. Tandsten kan leda till tandköttsinflammation och tandlossning (parodontit)¹. Genom den egna vården kan man försöka minska mängden plack som är en grogrund för tandsten. Man ska regelbundet och med rätt teknik borsta tänderna och använda tandtråd, tandstickor eller mellanrumsborste. Hål i tänderna (karies) orsakas av syror som fräter på tändernas hårda vävnader – emalj och dentin. Syrorna bildas då kolhydrater i mat och dryck bryts ned och det händer varje gång vi äter. Tänderna tål oftast inte mer än 4-6 syraattacker per dag. Alltså, man får karies då man äter eller dricker något för ofta (småätandet). Även vissa sjukdomar och läkemedel som minskar salivproduktionen kan öka kariesrisken. Genom egenvård² bestående av god munhygien, kostkontroll och tillförsel av fluor kan man hålla tänderna friska³.

1.1.2 Folktandvården Skåne

Folktandvården har funnits i cirka 70 år och fyller en viktig funktion i samhället där närmare hälften av skåningarna får sin tandvård. På 58 orter runtom i Skåne arbetar 1550 kunniga och engagerade tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och annan servicepersonal för att man ska känna sig trygg och väl omhändertagen. Tillsammans med patienten hjälps de åt att hålla patientens tänder friska. Deras verksamhetsidé och vision är att kundens behov styr alltid deras handlande samt att arbeta förebyggande för att förbättra tandhälsan och erbjuda en tandvård av hög kvalitet⁴.

1.2 Problemformulering

Parodontit och karies är våra vanligaste tandsjukdomar. Kunskapen om sjukdomens orsaker, dess progression, behandling och botande är omfattande. Patienten får råd, information och instruktion i munhygien och information om sjukdomar stöds med bilder så att patienter kan lättare förstå hur sjukdomen uppstår och utvecklas. Parodontitbehandling utförs helt enligt gällande praxis, vetenskap och beprövad erfarenhet och består av depuration, dvs. borttagning av tandsten, plack och överskott inklusive polering av restaurationer och ibland av operation av tandkött. Tandhygienister träffar i sitt arbete både patienter som efter avslutad behandling känner belåtenhet med att de var delaktiga och ansvariga för tillfrisknande av parodontit, och patienter som inte blir delaktiga i behandlingen hur än tandhygienister försöker. Många gånger sker ingen förändring av sjukdomsbilden i det enskilda fallet trots given information om tändernas skötsel⁵.

¹ Parodontit innebär en inflammation av tandens stödjevvnader som leder till en förlust av tandens fäste i käkbenet och tandlossning. (Widenhem, 1997).

² Den vård den enskilda människan utför i mer eller mindre medvetet syfte att uppnå egen munhälsa.

³ Svenska Parodontologföreningens hemsida – <http://www.parodontologforeningen.org.se>

⁴ <http://www.folktandvardenskane.se>

⁵ Widenhem, J. (1997). *Förebyggande tandvård*.

Att vissa patienter lämnar kliniken utan ett långsiktigt resultat väcker frågan om tandhygienisterna engagerar sig tillräckligt i den pedagogiska biten och om det finns möjlighet att på något sätt förändra situationen.

1.3 Syfte och frågeställning

Mitt syfte med denna studie är att beskriva kopplingar mellan å ena sidan hur den pedagogiska situationen på Folktandvården Skåne ser ut och å andra sidan hur väl patientens lärande och samarbete i behandlingen fungerar. I fokusen ligger den pedagogiska situationen inom tandvården, lärande och förändring mot god tandhälsa ur patientperspektiv.

Mina frågeställningar är följande:

- Är bemötandet som är för tandhygienisterna ett viktigt redskap av sådan pedagogisk karaktär att det leder till positiv förändring?
- Hur uppfattar patienterna tandhygienisternas bemötande?
- Vilka faktorer utgör hinder och vilka som bidrar till framgång i bemötandet ur patientperspektiv?

2. Teori

2.1 Tidigare forskning

Tandvårdsforskningen har inte, vad jag kunnat finna, presenterat studier med inriktning på pedagogiskt kunnande i den praktiskt/kliniska tandvårdssituationen. Den studie jag hittade är en studie om vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa. Men det finns studier inom andra vårdområden, främst inom omvårdnaden som jag tagit upp. Då informationens otillräcklighet, i olika vård- och behandlingssituationer uppmärksammas, ökar förståelsen av behov av pedagogiskt kunnande i hälsofrämjande arbete.

I avhandlingen *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa* fokuserar Roselind⁶ på vuxna människors tänkande och handlande i förhållande till munhälsa som pedagogiska förutsättningar för förståelse av betingelser för munhälsa. Rosenlind stödjer lärande och förändring i riktning mot optimal munhälsa och argumenterar i avhandlingen för att det i pedagogiska situationer inom tandvården är viktigt att utgå från den lärandes erfarenhetsmässigt grundade tänkande och handlande. Hon menar att de professionella inom tandvården skulle ta större hänsyn till praktisk pedagogik i den kliniska situationen och att det är välkänt att informationen är otillräckligt för att hjälpa

⁶ Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

vårdsökande till hälsosam egenvård. En studie bland 80 personer med eller utan avancerad och behandlad parodontit presenteras i ett individperspektiv. I förhållande till respektive persons ansvar, deltagande och lärande i relation till den egna munhälsan presenteras kunskaper om och tidigare erfarenheter av tandvård. Studien visade att ju mer kunskap den enskilda personen hade om betingelser för munhälsa, desto tydligare blev inriktning på och ansvarstagande för den egna hälsan. Roselind menar att en kunskapsförstärkning av kunnande vad som gäller munhälsa skulle kunna åstadkomma ett ökat ansvar mot munhälsa, ökat ansvarstagande och mindre överlämnandet av ansvar till tandläkare och samhälle.

I avhandlingen *Medvetenhet om bemötande* som är en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning beskriver Bergh⁷ närståendes erfarenheter av information och undervisning samt sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i mötet med närstående. Detta är en närstående-fokuserad studie med inriktning mot sjuksköterskans pedagogiska verksamhet. Den visade att närstående och sjuksköterskor som i sitt förhållningssätt och i sina tillvägagångssätt handlar aktivt har möjligheter att mötas. Genom medvetet aktivt bemötande både vad avser det pedagogiska tillvägagångssättet och förhållningssättet hos sjuksköterskan har hon möjlighet att öka insikten hos närstående. Något mer som visas i studien är vikten av det första mötet mellan närstående och sjuksköterska och att detta får en avgörande betydelse för den fortsatta kontakten mellan dem. Att bli sedd som närstående, att bli bekräftad och hälsad upplevs som viktigt. Detta upplevs som någon sorts belöning och brister i detta påverkar närståendes fortsatta kontakt och inställning till vården, vilket även bekräftas av de närstående i studien. Resultatet visar också att det ligger ett stort ansvar på dem och att utan ansvaret kan konsekvensen bli att patienten tvingas söka vård på nytt på grund av okunskap om sitt tillstånd eller dess följder, vilket sjuksköterskan skulle ha kunnat medvetandegöra hos de berörda och undervisa om före hemgång. Berghs studie visar att en förutsättning för förändring hos de sjuksköterskor som i sitt förhållningssätt agerar passivt eller distanserade, är att de blir medvetna om bemötandens konsekvenser. Vidare ska de i mötet med närstående ge möjlighet till bekräftelse, stöd och vägledning. Reflekterar sjuksköterskan aktivt över vad närstående fokuserar på samt tänker framåt och är medveten om sitt bemötande, har hon möjlighet att skapa trygghet hos närstående och öka förutsättningar för ett bra resultat. Sjuksköterskan ska kunna finna fokus i mötet och utgå ifrån detta i sin planering av undervisningen samt ha förmåga att möta den närstående där denne befinner sig kunskapsmässigt och utgå från det i sin planering.

I avhandlingen *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning* söker Friberg⁸ svar på vad som utmärker patientundervisning, särskilt informell undervisning på en internmedicinsk vårdavdelning. Pedagogiska situationer har studerats och resultatet tyder på att det är i en dunkel pedagogisk kontext som pedagogiska möten uppstår. För patienterna framstår den pedagogiska kontexten som hemlighetsfull, medan för sjuksköterskor som tvetydig. Patienterna är osäkra vilken kunskap sjuksköterskorna kan bidra med, speciellt i förhållande till läkarnas kompetensområde. Resultatet visar även att informativa handlingar är vanligast förekommande med en förmedlingspedagogik som följd.

⁷ Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande*.

⁸ Friberg, F. (2002). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning*.

2.2 Den edukativa processen

Genom att uppmärksamma den pedagogiska påverkan i mötet mellan patienten och tandhygienisten påvisar vi möjligheten att utveckla patientens lärande i situationen. Wilhelm Sjöstrand⁹ beskriver karaktären av pedagogik som påverkan. Han skriver om pedagogik som vetenskap vilken behandlar olika sidor av den s.k. edukationsprocessen. Edukationsprocessen innebär att det föreligger en ständig påverkan på människorna i varje samhälle och varje kultur. Avsikten är att forma dem på bästa möjliga sätt genom inläring i överensstämmelse med kultur och samhälle vill göra dem till. Sjöstrand använder begreppen ”edukation” och ”edukationsprocess” vilka kan ses som en synonym till fostran, påverkan eller bildning. Dagens populära pedagogiska teoriers centrala ord är attityd, individen i centrum, individuell ansvar, flexibilitet¹⁰ osv. och strider emot Sjöstrands definition av den edukativa processen. Så uppfattas hans pedagogik som traditionell och står i motsats till en upplysningsfilosofisk syn som vill stimulera individens egna aktiviteter. Å andra sidan är Sjöstrands definition av stor vikt för min studie för att den i likhet med Freire¹¹ pekar på att undervisning aldrig kan vara en neutral verksamhet.

2.3 Viktiga aspekter i edukationsprocessen patient – vårdare

2.3.1 Vägen till samarbetet

För att behandlingen ska vara framgångsrik krävs en aktiv medverkan från båda parter där patienten måste vara aktiv och ta eget ansvar. Orsaker till parodontit är i dag kända och terapin kan riktas mot dem, men kan inte ge några resultat utan patientens insiktsfulla dagliga medverkan till en god munhygien. En skickligt fullföljd terapi kan vara värdelös om patienten inte engageras. Efter behandlingen lämnas ansvaret till patienten och klinikerns uppgift är att förse patienten med den drivkraft som förmår att hålla igång en nödvändig munhygienisk aktivitet. Till detta krävs patientens motivation som är en viktig del i all parodontal behandling¹².

Förutsättning för en bra undervisningssituation (edukation) är först och främst en bra relation mellan parterna, tandhygienist och patient. I SBU-rapporten¹³ kan man se ett antal olika modeller med syfte att hantera vårdsamtalets uppgifter samt att välja en väg till ett framgångsrikt patientbemötande. Man pratar om *den paternalistiska modellen* där vårdgivaren har rollen av en förmyndare som tillhandhåller den enligt denne lämpligaste

⁹ Sjöstrand, W. (1975). *Introduktionskurs till pedagogiken*.

¹⁰ Hargreaves, A. (1998). *Läraren i det postmoderna samhället*.

¹¹ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

¹² Widenheim, J. (1997). *Förebyggande tandvård*.

¹³ SBU. (1999). *Patient - läkarrelationen*.

medicinska åtgärden. Den andra modellen är *den informativa* eller konsumentinriktade där vårdgivaren tillhandhåller information och patienten fattar beslut, patienten är en kund. I den tredje, *den tolkande modellen* ger vårdaren information och hjälper också till patienten att tolka den och förstå de egna värderingarna så lämpliga åtgärder kan väljas. I den sista, *samarbetsmodellen* ger vårdgivaren inte bara teknisk och medicinsk expertkunskap och försöker hjälpa till att klargöra patientens värderingar utan engagerar sig även i att försöka aktivt påverka patientens förmåga till medansvar och samarbete i behandlingen.

2.3.1.1 Paternalistisk- kontra samarbetsmodell

I ett tandhygienist – patient möte är det av stor vikt att man väljer en lämplig modell som befrämjar lärandet i situationen. Väljer man paternalistiska modellen kan det vara svårt att skapa ett gott samarbetsklimat mellan parterna och behandlingen misslyckas. Ett exempel på den paternalistiska modellen kan man se hos Goffman¹⁴. Enligt honom kommer man i mötet med andra att medvetet eller omedvetet definiera situationen och här spelar egen självuppfattning en viktig roll. När en vårdgivare säger till en patient: ”Nu ska du följa mina råd och till nästa gång göra det och det...”, låter det som att säga underförstått; ”I den här situationen bestämmer jag.” Det inbjuder till ett samarbetsklimat och en relation där en utav parterna ”ger” information och instruktioner, medan den andra parten tar emot och följer upp (kanske till och med för vårdgivarens skull). Då uppstår frågan om patienten godtar en sådan situation och rollfördelning. Det ligger i sakens natur att patienten lätt kan uppfattas som besvärlig om han/hon inte gör det.

Samarbetsmodellen finns representerad hos Freire¹⁵. Han såg pedagogiken som ett medel till förändring och inte till förtryck. Enligt honom leder samarbete mellan subjekten (i mitt arbete tandhygienist – patient) till att uppmärksamheten koncentreras på verkligheten som analyseras kritiskt och som i nästa steg leder till förändring. Befriande undervisning innebär inte förmedling av information utan består av kunskapshandlingar. Skolan är i sig förtryckande och utbildarna trumfar in en egen mängd förutbestämda kunskaper och sanningar vilka av makthavarna har bestämts som viktiga. Vården kan uppfattas som förtryckande då vårdaren intar en överordnad dominerande position. För att patienten skall kunna medverka i en lärandeprocess måste tandhygienisten kunna skapa en stämning av acceptans. Avgörande är att aldrig ifrågasätta patientens förmåga, så att tilliten skapas. Tandhygienisten måste ständigt bekräfta patienten, visa förtroende samt uppskatta patienten och våga lita till individens kapacitet. Detta är en förutsättning för ett genuint förhållande mellan tandhygienist och patient, ett förhållande av ”äkta dialog”¹⁶. När ett genuint förhållande uppnås upplever patienten en trygghet. Ett byte av vårdaren kan upplevas som hot mot den säkerheten som patienten upplever¹⁷.

¹⁴ Goffman, E. (1972). *The presentation of self i n everyday life*.

¹⁵ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt*.

2.3.2 Medvetenhet, självansvar, reflexion & handling

Freire¹⁸ ansåg att undervisning aldrig kan vara neutral utan är instrument för människans frigörelse, eller är ett instrument för hennes tämjande. Freires medvetandegörande pedagogikens mål är att de förtryckta skall befria sig själva och sina förtryckare och återställa den förlorade mänskligheten för båda parter. För att uppnå detta måste man utgå ifrån och använda sig av en pedagogik som formas med och inte för de förtryckta. Det måste finnas tro på människan, en tro på att hon själv är kapabel att ansvara för sin egen utveckling och frigörelse. Freire menar att varje mänsklig varelse, hur okunnig och nedsunken i tystnadens kultur hon än är, är i stånd att betrakta sin värld kritiskt i dialogiskt möte med andra. Den ”problemformulerande pedagogiken” som Freire ställer går ut på att inläring är det samma som att uppfatta sin egen verklighet som problem samt att lösa detta problem i reflexion och handling. På så sätt vinner man medvetenhet och kunskap överförs genom att problematisera och inte genom att programmera, inte att ge svar på frågor utan att provocera till självbestämning. Lärostoffet är individens livssituation och erfarenhet av denna situation, medvetande med alla dess motsättningar, hennes egna ord, värderingar, omdömen och fördomar. Då rör det sig om individens erfarenhet, problem och lösning och det kommer en dialogisk inläring av livsverklighet och dess förändring. Alltså, uppgiften är inte att bara avslöja verkligheten utan även att nyskapa denna kunskap i samverkan med patienten. Detta sker i en sann dialog och roller upphör att existera¹⁹. Detta är viktigt för patientens upplevelse av sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Tandhygienisten ska vara observant och lyhörd för signaler då patienten visar intresse genom att ställa frågor om sin sjukdom. Det är en god hjälp och trygghet för patienten att bli medveten om möjligheten att påverka den egna situationen.

2.3.3 Individens livssituation i fokus

I ett möte mellan tandhygienisten och patienten uppstår en undervisningssituation som bör leda till ett lärande vilket innebär att patienten får en förståelse om sjukdomen och dess konsekvenser, i detta fall en förståelse om parodontit (tandlösnings sjukdom) som leder till att tappa tänder. Genom att patienten får förståelse av sin situation skapas förutsättningar att ändra patientens beteende vilket i sin tur leder till en lyckad behandling och en förbättrad munhälsa. Lärandeprocessen utgår från individens livssituation med beaktande av patienters livssituation²⁰. Genom att påvisa tecken till problemet som patienten redan har upplevt utan att veta vad det beror på samt förklara orsaker till det kommer patienten att få en bättre bild av verkligheten. Detta är en central förutsättning för patientens lärande och förändring. Det är viktigt att patienten begriper sin sjukdomssituation för att kunna hantera den. Även Rosenlind²¹ stödjer lärande och

¹⁸ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Freire (1972); Dewey (1980).

²¹ Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

förändring i riktning mot optimal munhälsa och argumenterar i sin avhandling för att det i pedagogiska situationer inom tandvården är viktigt att utgå från den lärandes erfarenhetsmässigt grundade tänkande och handlande.

2.3.4 Praxis & dialog

2.3.4.1 Dialog

Enligt Freire²² är människan en dialogisk varelse och för henne går praxis och dialog ihop, är identiska och det går inte att utesluta den ena eller den andra och att stjäla människans språk och därmed hindra henne föra dialog, betyder att hindra henne från praxis. Med en medvetenhet om världen och förståelse för sin situation samt genom dialog möjliggörs förändring. I öppen dialog mellan parterna stimuleras nyfikenhet och reflektion. Den lärande erbjuds möjligheter att ta tillvara kunskapen som en utmaning att utveckla och förändra. Detta samspel mellan parterna erbjuder nya kunskaper och ökad medvetenhet. Delaktighet och medansvar blir dialogens guru och genom den kritiska dialogen erbjuds människan att ta ansvar. Nya kunskaper leder till reflektion, utvecklar medvetenhet och medvetet konstruerade och reflekterade handlingar²³. Tandhygienisten måste därefter uppmärksamma och diskutera patientens problem, försöka hjälpa patienten att förstå problemet genom dialogen dvs. att ställa frågor till patienten, låta patienten fråga och diskutera med patienten om problemet och på så sätt ge möjlighet att vilja påverka sin egen situation. Det är viktigt att låta patienten tala om sin upplevelse av sjukdomen, respektera det patienten säger och bygga vidare på deras egna tolkningar. Genom att ställa frågor och diskutera problemet med patienten får vårdgivaren en bild av hur patienten har förstått den givna informationen, samt kan vara säker på att patienten lämnar kliniken och tar med sig ett budskap.

2.3.4.2 Praxis

För att få dialogen och praxis att hänga ihop är det viktigt att visa praktiskt hur patienten ska göra. Man kan använda sig av olika modeller, bilder, broschyrer och diverse material, men det viktigaste är att patienten själv visar på platsen att han kan använda sig av givna instruktioner. Den bästa modellen i så fall är patientens egen mun. På så sätt ger handen och tanken en helhets bild samt vi är säkra att vi har förmedlat kunskap på rätt sätt och att patienten har förstått budskapen. Att använda sig av t ex. patientens egna röntgenbilder för att förklara problemet (karies, parodontit) kan göra att patienten känner sig delaktig i behandlingen samt får en bättre förståelse om problemet. Patienter behöver inte vara experter men att visa på små svarta eller vita prickar, små vita nabbar eller något som kan vara lätt för dem att se och förstå kan leda till en bättre förståelse av den egna situationen. På så sätt aktiveras patienten, lockas och uppmuntras att vara delaktiga. Ju mer patienten tillägnar sig kunskapen desto större blir vårdarens roll som inspiratör. Det är alltid lättare att motivera aktiva personer än passiva. Patienten måste

²² Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

²³ Ibid.

uppleva mening och en känsla av sammanhang mellan förmedlat kunskap och sjukdomssituationen för att kunna hantera den. Att handens och hjärnans arbete ska värderas lika är även en av Freinetpedagogikens grundpelare. Det är av stor vikt att koppla teoretiska kunskaper med praktiskt arbete²⁴. Även Dewey²⁵ myntade det slagkraftiga uttrycket ”learning by doing” dvs. lärande genom praktiskt arbete. Han menade att den lärande individen måste vara aktiv, medan läraren fungerar som handledare. Vidare menar han att individen måste se hur det de arbetar med är förknippat med ett sammanhang, annars blir det obegripligt för dem. För Dewey²⁶ är som för Freinet det praktiska arbetet hjälpmedel för att nå insikt och kunskap.

2.3.5 Från förförståelse till förståelse

Enligt Piaget²⁷ är kunskapen som en serie system att tolka omvärlden med. Med detta synsätt innebär inläringen en förändring av det system med vars hjälp tolkningen genomförs. Hela vår verklighetsuppfattning – vår kunskap - kan i själva verket förklaras som en produkt av tolkningsscheman, applicerade på de företeelser som föreläggs vår syn och våra andra sinnen. Det är alltså felaktigt att uppfatta inläringen som en process där nya bitar läggs ovanpå de gamla som byggklossarna i en stapel. Dessa förändringar efter inläringen är omformningar och inte tillskott. Om patienten har munhälsorelaterade problem betyder det inte att patienten inte använder tandborste eller tandtråd utan kan vara att det inte är rätt teknik som används. Att tandborstning är ett rutinerat och omedvetet handlande är ingen konstighet. Genom att tandhygienisten utgår från patientens förförståelse för att sedan uppmärksamma tandborstningsteknik och andra munhälsorelaterade metoder omformas patientens kunskap och då sker det en förändring i dennes sätt att handla som i fortsättningen avspeglar en ökad skicklighet och resultatet kan bli ett lärande. Det bästa sättet är att patienten själv visar hur han/hon gör och att tandhygienisten visar vad som är fel och förklarar varför. Likadant gäller munhälsofrämjande arbete när tandhygienisten berättar om tandsjukdomar (karies och paradontit) och förklarar samband mellan faktorer som dental hälsa – kost – munhygien – rökning – fluor alternativt antibakteriell behandling. På så sätt får patienten en uppfattning hur det ena är relaterat till det andra. Vi kan betrakta inläringen som liktydig med en förändring av det tolkningssystem med vars hjälp ett händelseförlopp uppfattas. Hos äldre barn och vuxna sker dessa omformningar inte bara som respons på nya sinnesintryck utan också genom kommunikation med andra människor. Med kommunikation menas här både verbala kontakter och diagram och bilder och matematiska och logiska symboler. Att använda sig av diagram, bilder och modeller samt patientens egna röntgen bilder och egna tänder som demonstrationsobjekt kan lärandet bli mer framgångsrik. Utifrån det konstruktivistiska perspektivet betraktas kunskap som konstruerad eller skapad. För kunna minnas det vi lär oss måste den nya

²⁴ Nordheden, I. (1995). *Verkligheten som lärobok – om Freinetpedagogiken*.

²⁵ Stensmo, C. (1994). *Pedagogisk filosofi*.

²⁶ Egidius, H. (1988). *Riktningar i modern pedagogik*.

²⁷ Piaget, J. (1972). *Psykologi och undervisning*.

kunskapen passa in i tidigare kunskapsstruktur. Det vi kallar för förförståelse eller tidigare erfarenhet har stor betydelse i detta sammanhang²⁸.

2.3.6 Att motivera med beröm

Det är viktigt att inte glömma att berömma varje framsteg. Om en patient upplever att det egna engagemanget förändrar situation och får en förstärkning för sin insats i form av beröm ökar motivationen och inläringen upplevs som betydelsefull eller meningsfull. Även det minsta lilla framsteget ska berömmas så att patienten motiveras. Om vi jämför situationen med Nordströms²⁹ beskrivning av elevernas situation kan vi se många likheter med problemlösningen i dessa situationer. Ett utvärderingssystem där eleverna är medvetna om målen och om bedömning medför en positiv attitydförändring. En annan viktig faktor för motivationen är i hur hög grad eleverna upplever den föreslagna inläringen som betydelsefull eller meningsfull. Om eleverna får delta mer aktivt i den pedagogiska situationen som man föreslår blir deras inläringssituation faktiskt meningsfull. Man kan betrakta varje inläringssituation som en situation där det gäller att lösa ett problem.

2.4 Fokus i vården: behandla sjukdom, förebygga sjukdom eller förespråka hälsa

Tandhälsovård innebär vanligtvis åtgärder för att förhindra uppkomsten av karies och parodontit. Det är inte enbart behandlade parodontit- och kariesfall som ska hållas under hälsokontroll utan alla patienter. Förebyggande insats inom tandvården är det att hålla bettet fritt från de dominerande tandsjukdomarna karies och parodontit och deras följd tillstånd samt att uppmuntra den enskilda individen till egna insatser för sin tandhälsa³⁰. Den moderna människan är utformad genom samhällsliga och historiska processer till att både bli objekt för kunskap och subjekt med kunskap. Riskerna med vissa handlingar är kända och möjliga att vara kända och i princip är det möjligt att förebygga dem. I fall man inte gör det beror det på okunnighet, felkalkyler eller att kända risker negligeras³¹. Tidigare hade man inte lika mycket tillgång till information eller till förebyggande åtgärder som idag utan var mer exponerad för risker och löst problemet genom behandlingar i stället för att förebygga. Idag har man mycket mer möjligheter för information via internet och massmedia samt är medveten om riskerna och har mer tillgång till förebyggande åtgärder. Man kan säga att den moderna människan har ett val, att få sjukdom och sedan behandla och lära sig utifrån sina misstag eller att förebygga och undvika allt som medför risker att få sjukdomen.

²⁸ Ibid.

²⁹ Nordström, B-M. (1990). *Medvetet lärande*.

³⁰ Socialstyrelsen (2001).

³¹ Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt*.

Olsson³² menar att människor är utsatta för risker fast i olika grad. Det är både predicerbart och möjligt att undvika oönskade förhållanden. Genom att identifiera situationer där risker föreligger och följa lagar hur att hantera dem är det möjligt att undgå utsätta sig för riskerna eller kontrollera dem. Människor utsätter sig för frivilligt risktagande om de inte tar det som eget ansvar. När det gäller tandhälsa kan man säga att vissa människor är mer utsatta för risk än andra t.ex. på grund av deras kost, rökning, munhygien eller vissa sjukdomar och läkemedel som minskar salivproduktionen. Även faktorer som hormonella störningar, stigande ålder och arv kan finnas³³. Är man medveten om att man är mer utsatt för sådana risker är det möjligt att undvika sjukdomen eller att sjukdomen utvecklas genom att förebygga själv med egen insats och med regelbundna kontroller och profylaktiska åtgärder i form av professionell tandrengöring³⁴ och fluorlackning. Olson menar att om hälsouppllysning anpassas till människors konkreta livssituation, så att människor uppfattar sina valmöjligheter, finns det stora möjligheter att förbättra människors hälsa.

3. Metod

3.1 Val av metod

Denna studie baseras på kvalitativ undersökning i form av 10 skriftliga intervjuer av öppen karaktär. Innan jag bestämde mig för skriftliga intervjuer försökte jag komma på det bästa sättet att få tillförlitlig material. Att använda sig av observationer var min första tanke och nog bästa sättet att undersöka en pedagogisk process i en tandhygienist – patient möte. Att jag valde bort observationer var på grund av att jag anser att den edukativa processen, dvs. själva mötet och patientens koncentration i lärandeprocessen kan vara påverkad av min närvaro. Jag anser att jag kommer att få en bra förståelse för situationen om jag får undersöka patienters erfarenheter med hjälp av skriftliga intervjuer. Dessutom valde jag bort kvantitativa metoder för att jag vill ta reda på hur människor upplever sin värld. Det är snarare insikt än statistisk analys jag är intresserad av. Judith Bell³⁵ skriver att kvantitativt inriktade forskare samlar in fakta och studerar relationer mellan olika uppsättningar av fakta. De mäter och använder vetenskapliga tekniker som kan ge kvantifierbara och om möjligt även generaliserbara slutsatser. Då jag inte är intresserad av att räkna fenomen utan att få en mångsidig bild av undersökningspersoner och deras berättelser kommer jag att använda mig av kvalitativa metoder.

Det är patientens upplevelse i mötet tandhygienist – patient som står i fokus och den skriftliga intervjuundersökningen.

³² Ibid.

³³ Jacobsson, L. (1978); Thylstrup, A. & Fejerskov, O. (1986).

³⁴ Tänderna poleras med putsfasta och roterande gummikopp. Noggrann borttagning av plack minskar antalet bakterier och därmed eventuell tandköttinflammation samt gör det lättare att hålla tänderna rena i fortsättningen.

³⁵ Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*.

Jag har valt att använda mig av fenomenografisk ansats dvs. jag är ute efter undersökningsspersonernas uppfattningar:

Syftet med en fenomenografisk analys riktas mot hur fenomen i omvärlden uppfattas av människor. Begreppet uppfattning är sålunda centralt inom fenomenografin. I uppfattningen av ett fenomen antas människan ge innehåll i relationen mellan själv och omvärlden. Att uppfatta någonting är att skapa mening och är det grundläggande sättet som omvärlden gestaltas. Från uppfattningarna utgår vi också då vi handlar och resonerar (Davidson & Patel, 2003, s.33).

I undersökning av människors uppfattningar av något fenomen är det innebörden i detta fenomen som är av intresse. Den kunskap som människor har om något avspeglar sig i uppfattningar³⁶. I min undersökning är det patienternas uppfattningar av situationen i mötet med tandhygienisten. Jag utgår ifrån att människor har sina uppfattningar baserade på erfarenheter av egen munhälsa och egna möte med tandhygienister.

3.2 Urval

Jag insåg att jag måste begränsa min undersökning till en åldersgrupp av patienter eftersom unga patienter är oftast även ”friska” patienter. För att få det mest tillförlitliga materialet plockade jag fram 10 journaler med individer i 50 årsålder³⁷ som oftast är mer disponerade för tandsjukdomar. Journalerna ligger i arkivet med aktiva patienter som kommer ofta till tandhygienister av anledning att behandla eller förebygga gingivit/parodontit och karies. Då jag plockade fram dessa tittade jag om födelsesiffran på journalkartongen stämmer överens med åldern som jag ville ha i undersökningen. Enligt detta kan jag säga att undersökningsspersoner är slumpmässigt utvalda.

3.3 Insamling av data

Skriftliga intervjuer genomfördes i perioden 071101-071120 och baseras på patienternas upplevelser av behandlingar. Jag ringde till var och en av dem och informerade om den kommande undersökningen samt arbetets presentation och syfte. Jag betonade frivillighet och anonymitet och berättade att jag kommer att skicka frågor till dem i form av ett brev samt bad dem svara i tid för att hinna med mitt arbete under förutsättning att de vill vara med i undersökningen. När jag skrev brevet betonade jag även då frivillighet och anonymitet och informerade att det inte finns någon risk att någon annan kan komma åt materialet och missbruka det. Som belöning skickade jag en tandborste

³⁶ Marton, F. (1978). *Describing conceptions of the world around us*.

³⁷ Studier visar att ca 40% av befolkningen i en medelstor svensk stad har någon grad av parodontit och att ca 10 % har grav parodontit. Förekomsten av parodontala skador ökar med stigande ålder. Detta på grund av att vårt immunförsvar försvagas med stigande ålder. Individer mellan 50-75 år är mer disponerade för parodontala skador (Widenhem, 1997).

till varje individ som deltog i undersökningen. Jag tycker att det finns mer för- än nackdelar med skriftliga intervjuer eftersom undersökningsspersoner kan känna sig mycket friare att ge ärliga svar. Det har också varit lättare för mig att bearbeta ett skriftligt, redan nedtecknad, empirisk material än anteckningar från muntliga intervjuer. Patienter delgav inte att det skulle kunna vara några problem från deras sida. Däremot uttryckte de att det är väldigt intressant att få deltaga i undersökningen eftersom det väcker frågor kring ämnet när de besvarar de frågorna. Därefter skrev jag ett brev (*Bilaga 1*) till deltagarna som jag skickade tillsammans med frågorna (*Bilaga 2*). Sedan packade jag in 10 frågeformulär tillsammans med brevet, ett adresserat kuvert med ett frimärke på och en tandborste till varje deltagare. Varje formulär numrerades för att sedan ha möjlighet att pricka av de inkomna, men namnlistan förstördes senare³⁸. Detta skickade jag den 1 november 2007 och gav dem ca en vecka att svara på frågorna. Jag bad dem skicka tillbaka sina svar senast den 10 november 2007. Det dröjde lite längre än planerat innan jag hade ett komplett material så jag behövde ringa några av dem att påminna om frågorna. Den 20 november samlade jag ihop allt och gjorde en analys. Till sist skickade jag ett exempel av det färdiga arbetet till alla som deltog i undersökningen som både tack och även information som kan vara av stor hjälp för alla som behandlas hos tandhygienister. Min skriftliga intervjuundersökning är av en kvalitativ karaktär för att den omfattar öppna svar utan några beräkningar. Frågorna är av öppen karaktär och lämnar maximalt utrymme för intervjupersonernas svar³⁹.

3.4 Forskningsetiska reflektioner

Forskaren måste se till att undersökningsspersoner blir informerade om arbetets syfte och även om sina rättigheter. Även information om hur materialet skulle användas måste ges samt intervjupersonernas anonymitet bevaras⁴⁰.

Man skall tänka på regler som gäller när man gör undersökningar som inbegriper människor så att man uppfyller etiska krav. Forskaren måste se till att undersökningsspersoner blir informerade om arbetets syfte och även om sina rättigheter. När det gäller intervjuer skall man i förväg informera om att de inte behöver svara på alla frågor och att de har rätt att avbryta intervjun. Även information om hur materialet skulle användas måste ges samt intervjupersonernas anonymitet bevaras. När det gäller analysen av materialet får man inte förvränga den information som intervjupersonerna gett. Det är även bra om de får lite tid och möjlighet att kommentera texten som de har bidragit med⁴¹.

Det färdiga materialet skickades till intervjupersonerna som sedan kontaktades via telefon för att få bekräftelsen att ingenting missuppfattades.

³⁸ Davidson, B. & Patel, R. (1998). *Forskningsmetodikens grunder*.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*.

⁴¹ Ibid.

3.5 Begränsningar

Om jag sammanfattar mina begränsningar, eller valt perspektiv så kan man uttrycka det som att jag valde att titta på den edukativa processen ur patientperspektiv. Jag begränsade mitt metodval till kvalitativ undersökning i form av skriftliga intervjuer. I undersökningen deltog 10 slumpmässigt utvalda personer i 50 årsåldern som är 6 kvinnor och 4 män och behandlas hos tandhygienister på Folktandvården i Malmö. Det är patienternas upplevelse av situationen och deras munhälsa som jag begränsade mig till och inte tog hänsyn till deras faktiska munhälsa. Även tandhygienisternas upplevelse av situationen har valts bort.

3.6 Bearbetning av empiri

Analysen gjordes genom att jag läste igenom alla svaren några gånger för att uppmärksamma likheter och skillnader i utsagorna i intervjuerna. Därefter markerade jag i texten likheter och skillnader i olika utsagor med färger som var till stor hjälp då jag sorterade materialet i olika tema som sedan presenterades i resultatavsnittet. I den fenomenografiska analysen kategoriserar man inte individer utan flera tema kan förekomma hos samma individer⁴². För att underlätta redovisning av mitt material har jag valt att kalla mina intervjupersoner för IP1 (intervjuperson1), IP2, IP3 osv.

3.7 Validitet & reliabilitet

3.7.1 Validitet

Validiteten är hög om undersökningsprojektet och datainsamlingen resulterar i data som är relevanta för problemställningarna, oavsett hur undersökningen har genomförts och vilka slags data som används⁴³. Detta innebär att veta att det man verkligen undersöker stämmer överens med det man säger att man ska undersöka. I en kvalitativ studie gäller begreppet validitet snarare hela forskningsprocessen⁴⁴. Jag anser att det faktiska datamaterialet motsvarar mina intentioner med undersökningen och datainsamlingen. För att uppnå en bra mätbarhet har jag i min litteraturstudie sökt och funnit de begrepp som är aktuella inom området vilket sammanfattas i den teoretiska referensramen. Empirin har valts ut med den teoretiska ramen i åtanke för att informationen ska vara av rätt karakter för mina frågeställningar. Detta höjer studiens validitet. Frågeställningarna, teorin och empirin är sammankopplade och följer en röd tråd. På så sätt kan en relevant analys och slutsats genomföras som visar att jag verkligen

⁴² Marton, F. (1978). *Describing conceptions of the world around us*.

⁴³ Grönmo, S. (2006). *Metoder i samhällsvetenskap*.

⁴⁴ Davidson, B. & Patel, R. (1998). *Forskningsmetodikens grunder*.

undersökt det jag avsåg att undersöka. Detta kan tolkas som att validiteten i mitt arbete är av god kvalitet⁴⁵.

3.7.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i första hand hänger samman med urvalet av informations typer och genomförandet av datainsamlingen dvs. hur pass pålitligt datamaterialet är. Om vi får identiska data ifall vi använder samma undersökningsmetod vid olika insamlingar av data om samma fenomen är reliabiliteten hög⁴⁶. Genom att jag skickade det färdiga arbetet till personer som deltog i undersökningen samt att de godkände deras egna svar i intervjuer, utan att vilja ändra på någonting, tycker jag att jag har höjt reliabiliteten.

3.8 Litteratur

Den litteratur jag har haft tillgång till är till största delen funnen på Malmöhögskolans bibliotek ”Hälsa & Samhälle” och ”Orkanen” (detta på grund av närheten, bor i Malmö) En del har hittats på Lunds Universitets- och Beteendevetenskaplig bibliotek. Något kommer även ur tidigare kurslitteratur i pedagogik och en del är rekommenderade eller lånade från handledaren. Jag har även tagit hjälp av sökmotorer Lovisa och Vega samt använt mig av sökord; edukativ process, bemötande, undervisning, lärande, kunskap, medvetenhet, tandvård, munhälsa i sökning av litteraturen.

3.9 Pedagogisk relevans

I pedagogiken som ett ämne finner man både paralleller och likheter med ämnen som psykologi och sociologi⁴⁷. Själv upplever jag att mitt ämne är av den pedagogiska karaktären. Jag behandlar teorier som berör den edukativa processen och lärande i mötet men det finns också andra förutsättningar för lärande som är individens upplevelse av tandvården samt Folktandvårdens klinik som institution. På så sätt kan man påpeka paralleller med både psykologiska och sociologiska världen. Trots dessa paralleller tar jag inte upp frågor som rör institutioner eller individens psykologiska upplevelser utan frågor som rör lärandeprocessen och påverkansprocessen.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Grönmo, S. (2006). *Metoder i samhällsvetenskap*.

⁴⁷ Selander, S. (1992). *Forskning om utbildning – En antologi*.

4. Resultat

Genom analysen framkom två huvuddelar som är *hinder* och *möjlighet* i bemötandet. I de här huvuddelarna har jag grupperat dimensioner i hinder och möjlighet i bemötandet.

4.1 Hinder i bemötandet

4.1.1 Obehagkänsla

Obehagkänsla är en av faktorer som kan utgöra hinder till att skapa en pedagogisk situation. Nästan alla uppgav att tandvårdsbesök framkallar en känsla av obehag, speciellt då man kommer in och ser tandläkarstolen som de ska sätta sig i. Även om man inte är tandvårdsrädd förknippar man tandvården med smärtan, speciellt när man får svar från patienter som berättar att de hade mycket karies och avancerad parodontit.

Det sker ofta att den gamla personalen försvinner och nya kommer eller att de bara hamnar hos någon annan som de aldrig har träffat förut trots att deras egen tandhygienist är kvar på kliniken. Det kan ibland framkalla negativa känslor.

Vissa som kommer dit pga. en långvarig behandlings period känner att de tröttnar på det. **IP3** säger:

”Det är min psykiska hälsa som är orsak att jag inte klarar min munhygien själv och jag behöver tandhygienistens hjälp, men det hade känts mycket bättre och inte så jobbigt om tandhygienisten inte tjatade för mycket om det. Trots att jag är medveten att jag måste göra det bättre orkar jag inte själv. Jag är redo på att tandhygienisten ska börja prata om det så fort jag kommer dit och öppnar munnen. Det är det jobbigaste.”

4.1.2 Stress

Även stress kan vara en negativ faktor och hinder till att skapa en pedagogisk situation. En person berättar om ett stressmoment hos tandhygienisten som upplevdes negativt. Ett sådant stressmoment försvårar samarbetet mellan parterna. **IP7** berättar om det hon upplevde några gånger under behandlingen:

” Jag upplevde några gånger att det blir mycket spring där. Till exempel, när tandhygienisten skulle röntga var det något fel med dator... eller att någon måste prata med henne. Det gör att man känner sig bortglömd i stolen.”

4.1.3 Förförståelsebrist

Förförståelsebrist utgör ett hinder då patienterna inte upplever egna behov av tandhygienistbehandlingen. En del har berättat att de gick dit mot sin vilja. Detta på grund av otillräcklig kunskap samt för lite information från tandläkaren som insisterade att patienten går till tandhygienisten och för att sjukdomen (parodontit) inte är något som patienter upplever eller ser direkt.

IP4 berättar:

”Jag tycker att det gör mycket ont och känner inte behov av att gå dit, men tandläkaren vill inte börja laga innan jag är klar hos tandhygienisten så det blev en förutsättning. Jag känner att jag är tvungen att komma dit för att sedan få laga mina tänder!”

IP8 berättar om sin erfarenhet:

”När jag kom till tandläkaren ville jag ha bara ett implantat i underkäken. Jag saknade en tand som inte syntes, men jag kände att jag inte tuggar ordentligt där. Broar och sådant som påverkar andra tänder ville jag inte ha, men ett implantat kändes rätt. Jag blev väldigt besviken när jag kom till tandläkaren för att han inte ville behandla mig innan jag fick behandling hos tandhygienisten. Han berättade att bakterierna måste elimineras först. Jag förstod ingenting och kände att det var bara jobbigt. Jag kände inte behov för det och har aldrig varit hos en tandhygienist tidigare. Men då jag kom dit och fick mer information och behandling kände jag att det var väldigt positivt. Jag fick lära mig mycket och många frågor besvarades. Jag är jätteglad att jag fick komma dit även om det är min första gång nu när jag är 55, men jag kommer att fortsätta gå dit varje år oavsett om det behövs för att det känns bra.”

4.1.4 Relation utan samarbete

En relation med samarbete mellan parterna skapar en god förutsättning för en pedagogisk situation. Finns det inget samarbete mellan parterna blir det svårt att skapa en pedagogisk situation. Patienterna berättar om relation där det saknas möjlighet till det kritiska tänkandet samt möjlighet att ifrågasätta erhållen information:

IP3* tycker att hon inte klarar att göra så hela tiden som tandhygienisten säger och trots att det är viktig information och instruktion hon får känner hon att hennes tandhygienist tar en förälderroll som hon inte tycker om. Även **IP2** upplever att tandhygienisten börjar ”tjata” när hon kommer dit och det visar sig att hon fick nybildad tandsten. Hon upplever att hon kommer i en sådan position att hon känner sig som ett litet barn då föräldrarna säger ”du ska göra så och så”.

* IP3 upprepas, se 4.1.1 Obehagkänsla, s.20

IP7* berättar att det är oftast tandhygienist som pratar, men att det gör inget för att han tycket att hygienisten vet mer än han. Han försöker ställa frågor då han kommer på något i den stunden medan tandhygienisten förklarar, men det dyker upp så mycket att han oftast glömmer bort det. Han berättar:

”Hon är koncentrerad på att upprepa det hon säger till mig hela tiden så att jag inte glömmer, hon sammanfattar allt hon säger till sist i t.ex. fem punkter som hon tar upp även då när jag är på väg ut.”

Även några till säger att det är oftast tandhygienisten som pratar. Trots att de inte förstår allt ”litar de på henne, för att hon är duktig”.

4.1.5 Brist på självansvar

Att vara aktiva i behandlingen och ta ansvar för att lösa det egna problemet skapar en samarbetsituation i mötet med tandhygienisten. Brist på självansvar leder till ett dåligt samarbete och en misslyckad behandling.

Det är få personer som visar tecken på att de vill överlåta sina problem till tandvårdspersonalen och inte ta eget ansvar för sin munhälsa. **IP3** och **IP2** tycker dock att det är överflödigt med information. De vill inte komma till tandhygienisten för att prata utan för att få behandling. De upplever att det är onödigt att prata om munhygien för de pengarna de betalar för besöket. ”Det är ju slöseri av tid, jag vill ha en snabb behandling. Jag vill inte prata och jag vet allt jag behöver veta.” menar **IP2**. **IP3** berättar att hon upplever det som hennes eget problem om hon vill röka eller inte använda tandtråd eller tandstickor. Hon vill bara få behandling och inte snacka om det. **IP2** går regelbundet till tandhygienisten och följer givna råd i två veckor efter besöket. Sedan orkar hon inte mer för att det känns jobbigt. Hon glömmer också och hon tycker att det tar mycket tid på kvällarna då hon är mycket trött men så fort en ny kallelse från tandläkaren eller tandhygienisten kommer börjar hon använda tandtråd igen för att hon vet att hon ska dit igen.

IP6 berättar:

”Vid senaste besöket uppmanade min hygienist mig att fortsätta skölja med Listerine eftersom mina tänder och min mun mådde så bra av det. Tandköttet är starkare (blöder ej) och de påbörjade hålen har slutat växa. Har upptäckt att tandköttet aldrig blöder längre, förut räckte det med tandtråd för att orsaka ett mindre trauma i munnen! Första gången på flera år kunde jag lämna tandhygienisten utan ett enda hål och inga småhål som kanske kunde läka av sig självt. Det enda jag har gjort annorlunda under året är att jag sköljt med Listerine och jag är helt säker på att min förbättrade tandstatus har med det att göra. Snacka om att spara pengar!!! Jag till och med frågade tandhygienisten om hon verkligen tittade på mina röntgenbilder ;-))”

* IP7 upprepas, se 4.1.2 Stress, s.20

IP1 berättar: ”Jag tycker att hon är duktig för att det inte är jag som har gjort något mer än vanligt.”

4.1.6 Förutfattade meningar

Negativa och förutfattade meningar utgör ett hinder till bemötandet då patienter inte är medvetna om deras egna problem och förlitar sig på något annat grundat på deras erfarenheter. Resultatet visar att sjukdomen (parodontit) är inte något som patienterna direkt upplever. **IP7** berättar att han snusar och tycker att han förebygger tandsjukdomar med hjälp av snuset. Han har hört talas om det och dessutom har han inte haft hål i tänderna på 4 år. **IP3** och **IP4** berättar att de upplever att det är överdrivet med information om rökning när det gäller tandsjukdomar, ingen i familjen har haft större problem med tänderna trots rökningen. Nästan alla tycker att ärftligheten är den viktigaste faktor när det gäller tandsjukdomar. **IP2** berättar även att hennes barn som är 7 och 9 får mycket tandsten för att det är ärftligt.

IP9 har aldrig varit hos en tandhygienist förut, men har varit patient på samma klinik i många år. Hans tandläkare brukade fixa allt som behövdes som inkluderade även borttagning av tandsten, munhygieninstruktion och information. Tandläkaren brukade säga att allt ser fantastiskt ut. Förra året gick tandläkaren i pension och en ny, yngre tandläkare kom på hans plats. Då han träffade honom berättade tandläkaren att han har parodontit med kraftig blödning i tandköttet, väldigt mycket tandsten under tandköttet och djupa tandköttsfickor. **IP9** accepterade att gå till tandhygienisten eftersom tandläkaren tyckte att det var väldigt viktigt, men var inte glad för det. Senare tänkte han på det tandläkare berättade och ifrågasatte hans kompetens. Han trodde inte på det men gick till tandhygienisten som rekommenderat. Då han kom dit har han redan bestämt sig att inte tillåta hygienisten prata om sjukdomen eller överdriva med information om tandborstning för att han kunde allt detta. Han började klaga och berätta att han inte borde komma hit, men tandhygienisten övertalade honom att bara titta på tandköttet och känna med sonden. Snart drog hon ut en bit av tandsten och visade. Sedan petade hon lite till och tog ut bit efter bit. Sedan visade hon röntgenbilder och förklarade allt oavsett att han var väldigt negativ. Inom kort blev han medveten om problemet han hade och ännu större besvikelse var att den gamle tandläkaren som han litade på under så många år har aldrig sagt någonting om sjukdomen innan. Han berättar:

”Det är ju något som man inte får på bara ett år. Plötsligt upplevde jag tacksamhet mot tandhygienisten och tandläkaren som skickade mig till henne. Det var svårt att förlita mig på en ny person när jag var van vid min gamle tandläkare. Att bli medveten om problemet gjorde att jag fick mer respekt för min tandhygienist. Jag hade dåligt samvete att jag var så negativ då jag träffade henne.”

IP8* upplevde en gång att en av tandsköterskor gav honom en helt annan information när det gällde munhygieniska hjälpmedel, vad och hur att använda dem. Detta orsakade en känsla av osäkerhet och ifrågasättandet av kunskaper hos tandvårdspersonalen.

Alla är överens om att man har tillräckligt mycket tillgång till information när det gäller olika munhygieniska hjälpmedel och att det visas mycket på tv-reklamer. Flera av undersöknings personer nämner SB12 som de sett på reklamen, det som motverkar dålig andedräkt. Vidare menar de flesta att man skulle kunna sprida mer information om vad de själva kan köpa för att skölja eller borsta med för att undvika tandsjukdomar.

4.2 Möjligheter i bemötandet

4.2.1 Trygghet

Nästan alla berättar att det känns mycket lättare att komma till en person som de redan har träffat innan, det skapar trygghet samt känns inte lika obehagligt som att träffa en ny person. Genom att tryggheten skapas öppnas möjlighet till en pedagogisk situation med en genuin kontakt i ett tandhygienist - patient möte. **IP5** berättar:

”Jag blev ledsen då jag kom dit och inte fick gå till min tandhygienist. De i receptionen tyckte att det inte spelar så stor roll, den ena eller den andra. Jag vill gå varje gång till min tandhygienist för att jag har hunnit lära känna henne och vet att det inte kommer att göra ont. Dessutom vet jag att hon är duktig och det känns tryggt. Hittar man en tandläkare eller en tandhygienist som är duktig vill man behålla dem. Det är också tryggt för att hon vet hur det såg ut från början och vad hon gjorde.”

4.2.2 Att hantera stress

Stress kan vara ett hinder i bemötandet, men om man hanterar det så att patienten inte känner sig bortglömd eller påverkad av situationen på något sätt upplev den inte belastande för patienten och en pedagogisk situation kan skapas. De flesta menar att tandhygienister jobbar under stress mer eller mindre, men att de kan hantera det på ett bra sätt. På så sätt känns det inte jobbigt för patienterna att befinna sig i en sådan situation. Detta i sin tur påverkar inte deras samarbete.

IP1* berättar:

”Det har hänt att journalen stängs av sig själv så tandhygienisten måste börja om från början och anteckna alla tandköttsfickor som bara försvann i

* IP8 upprepas, se 4.1.3 Förförståelsebrist, s.21

* IP1 upprepas, se 4.1.5 Brist på självansvar, s.22

datorn. Man ser att hon blir lite irriterad, men hanterar det ändå bra med hänsyn att det är knappt med tid.”

IP5 säger: ”Jag måste medge att hon är duktig, fast det syns att hon stressar.”

4.2.3 Förståelse

Patientens förståelse om den egna situationen bjuder på ett bra bemötande. Även förståelsen efter behandlingen är viktig för att patienten ska vara motiverad till den egna insatsen för att bibehålla en god munhälsa. Patienten kan vara omedveten om sitt problem, men känner förbättring i någon form efter behandlingen. Vet man inte mycket om sjukdomen försöker man relatera behandlingen till den positiva känslan efteråt. Nästan alla har uttalat sig att de är glada för att de fick komma till tandhygienisten trots att de gick dit nästan mot egen vilja i själva början. Det saknades information och kunskap samt förförståelse i relation till egen munhälsa för att förstå varför de behöver gå dit.

De flesta upplever att det är en obehaglig behandling men ger en fräsch känsla efteråt och att det känns bra när de är klara och går därifrån. Samtidigt menar de att de får ”vitare tänder” efter puts.

IP7* berättar att det inte var lätt att förstå allt kring parodontit då tandhygienisten förklarade, det kändes för mycket information på en gång, men det gick *att förstå lätt att om man inte behandlar parodontit leder det till att man tappar tänderna*. ”Det är så att man inte vill att tänderna åker ut så man satsar så mycket man kan. Det var det som motiverade mig, det är för min egen skull.”

4.2.4 Relation

En bra relation är den som bjuder på samarbete mellan tandhygienisten och patienten. Patienten får möjlighet att ställa frågor, vara aktiv och själv påverka sin egen situation.

IP8* berättar:

”Jag tycker att det är en bra relation eftersom jag får mycket kunskap som jag inte hade innan och får ställa frågor som ger mig en känsla av trygghet.”

IP8* tycker att tandhygienist är duktig på att berätta och låta patienten ställa frågor, samt visa i spegel och på röntgen bilder och använda sig av olika hjälpmedel (även IP1, IP5). De berättar att deras tandhygienister är bra på att ge beröm och även påpeka det som de gör rätt eller fel.

* IP7 upprepas, se 4.1.2 Stress, s.20; 4.1.4 Relation utan samarbete, s.21

* IP8 upprepas, se 4.1.3 Förförståelsebrist, s.21

4.2.5 Självensvar

Patienter känner sig delaktiga i behandlingen och tar eget ansvar för sin munhälsa. De följer givna råd och genom egen insats undviker att få samma problem igen. **IP9** berättar:

” Jag är väldigt glad för att jag fick komma till tandhygienisten. *Jag fick veta mer om mitt problem och fick råd hur att undvika att uppleva det igen.* Jag är väldigt nöjd och tacksam. Jag har även berättat till alla att hon räddade mina tänder och att hon är väldigt duktig.”

IP5* berättar:

”Min tandhygienist är otrolig! Är så glad, *fick veta mycket av henne.* Har haft stora problem med hål, tandsten och tandfickor. Var häromdagen hos tandhygienist och hade inget hål, mindre tandsten men det märkligaste av allt ingen tandficka hade ökat men flera hade försvunnit.”

IP10 berättar att även om han inte förstår mycket av den givna informationen hos tandhygienisten har han förstått det viktigaste när det gäller tecken på tandköttproblem. Han berättar att han är duktigt hemma och att han tänker på det tandhygienisten förklarade, att när det börjar blöda någonstans är det lite inflammerat och när han petar och borstar extra där samt sköljer med munsköljningen försvinner blödningen. Då den är borta känns det bra. Om det inte gör det ringer han till tandhygienisten och bokar en tid direkt. Det känns tryggt för honom. Det viktigaste för honom är att han fick veta hur han måste skötta munhygien så att inget händer.

5. Diskussion

5.1 Hinder & möjligheter i bemötande

5.1.1 Obehagkänslan som hinder i ett pedagogiskt bemötande

Obehagkänslan är en av möjliga faktorer som utgör hinder då det krävs uppmärksamhet i en pedagogisk situation. Då man enligt Freire⁴⁸ utgår ifrån individens egen situation för att få henne vara medveten om hennes problem och för att kunna aktivt lösa det kan man undra hur mycket av medvetande kan det finnas i en närvaro av obehag i situationen. Då är det viktigt att tandhygienister som är vana vid den miljö inte glömmer att det inte är för alla en vanesak att komma dit samt försöka först och främst få patienten att slappna av. Negativa erfarenheter utgör för många människor hinder för att

* IP5 upprepas, se 4.2.2 Att hantera stress, s.24

⁴⁸ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik.*

förstå erhållen information och för att kunna förändra sin tandhälsosituation (se resultat 4.1.1 Obehagskänsla, s.20). När förståelsen saknas uteblir ansvarstagandet och aktivt deltagandet, medan förståelsen aktiverar till delaktighet och ansvar för den egna munhälsan, stämmer enligt Rosenlind⁴⁹. Då är det mer framgångsrikt att föra en dialog med patienten och få patienten att samarbeta i den situationen. Mitt resultat visar även att i sambandet med obehagskänslan framträder en paternalistisk modell i relation mellan tandhygienisten och patienten (Se 4.1.1 Obehagskänsla, IP3, s.20) som också kan vara en förklaring till patientens passivitet.

Att patienter upplever negativt att träffa en annan tandhygienist när det finns möjlighet att träffa sin egen kan man koppla till att man upplever vården och vårdaren överhuvudtaget som förtryckande med en överordnad dominerande position⁵⁰. Patienten upplever en trygghet när en genuin kontakt skapas med tandhygienisten samt förtroende och tillit byggs upp. Ett byte av vårdaren kan upplevas som hot mot den säkerheten som patienten upplever⁵¹. Detta kan också leda till en känsla av obehag som påverkar bemötandet.

Stressfaktor är något som också visar sig påverka patientens upplevelse av behandlingen. Är det en tandvårdsräddpatient kan det framkalla ännu mer obehag och förhindra medvetandet och i sin tur samarbete. Å andra sidan kan en sådan situation leda till att patienten upplever att kontakten förloras som leder till en brist av förtroende. Hur ska patienten i en sådan situation kunna föra dialog om sina egna problem då tandhygienisten är koncentrerad på andra saker runt om patienten? Att eliminera sådana faktorer kan leda till bättre förutsättningar i behandlingssituationen. Här menar patienterna att deras tandhygienister hanterar problemet på ett bra sätt. En av dem berättade tvärtom, att det kändes som att han var bortglömd i tandläkarstolen. Det är nog inte möjligt att helt eliminera tidsbrist men då går det att hantera på så sätt att patienten inte glöms bort i en sådan situation (Se 4.1.2 Stress, s.20 och 4.2.2 Att hantera stress, s.24).

5.1.2 Brist på patientens medvetenhet som hinder i bemötandet

Att patienter inte är motiverade att samarbeta samt skyller på deras psykiska tillstånd eller att de tröttnar på behandlingen samt att de inte samarbetar, som leder till en misslyckad behandling, kan vara på grund att de från själva början inte förstod syftet med behandlingen. Här är det också brist på medvetenhet⁵² om den egna situationen och det egna problemet som patienten ”äger” och som vidare leder till brist i självansvar, reflexion och handling. Ansvaret överlämnas till tandvårdspersonalen och svårigheter

⁴⁹ Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

⁵⁰ Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt*.

⁵¹ Ibid.

⁵² Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

för en lyckad behandling uppstår. Sedan kan man relatera det till frivilligt risktagandet om de inte tar det som eget ansvar⁵³.

Patienten som är negativt inställd till behandlingen och upplever att de går dit nästan emot sin vilja är inte medvetna om det egna problemet (Se 4.1.3 Förförståelsebrist, s.21). Sjukdomen upplevs inte och det är inte något som de kan se. Kunskapsbrist kan leda till tvivel och ifrågasättande. Egentligen skulle informationen komma i samband med tandläkarnas rekommendationer till behandling. Att få patienter att bli medvetna om sin egen sjukdom kan skapa en upplevelse av behandlingsbehov. På så sätt kan negativ känsla undvikas inför tandhygienistbesöket samt en bättre förutsättning för en bra kontakt i tandhygienist – patient relationen skapas.

De som då blir mer medvetna om sin egen situation och medverkar i behandlingen upplever en positivare känsla efter behandlingen. De är mer nöjda och motiverade. För vissa är motivation ett vitare leende, för vissa är ett friskare tandkött, eller att det känns fräscht. Då sådana upplevelser kommer i samband med avslutad behandling känner sig patienterna ofta nöjda och glada. Medvetenhet om problemet leder till samarbetet samt resultatet leder till motivation att fortsätta med den egna vården hemma för att undvika sådana problem i framtiden.

En av patienter upplever att munhälsan blev förbättrat på grund av Listerine (munsköljning) som är kemisk påverkan (Se 4.1.5 Brist på självansvar, s.22). Även om det är något som kan vara en bra hjälp på vägen till förbättring är det inte något som man ska överlämna ansvaret till. Det finns inget magiskt som kan skölja bort problemet. En sådan uppfattning kan också vara farlig på ett sätt eftersom den kan t.ex. utvecklas till en uppfattning att man inte behöver gå till tandläkaren när den finns något magiskt som Listerine och inte själv upptäcka sjukdomen innan den har blivit avancerad. Det är nog kunskapsbrist som leder till att man inte är medveten om vad som är viktigast för att förebygga tandsjukdomar eller bibehålla en god munhälsa. Jag kan tolka det som brist på den pedagogiska situationen där man utgår ifrån individens livssituation med en öppen dialog kopplad till praxis genom vilken en ny form av kunskap träder fram och resulterar i medvetenhet, självansvar, reflektion och handling. Inläring är det samma som att uppfatta sin egen verklighet som problem samt att lösa det i reflektion och handling⁵⁴. Även Rosenlind⁵⁵ argumenterar i sin avhandling för att det är viktigt att i pedagogiska situationer inom tandvården att utgå ifrån den lärandes erfarenhetsmässigt grundade tänkande och handlande.

5.1.3 Samarbetsmodellen utvecklar ett pedagogiskt bemötande

Några av patienterna berättar om deras upplevelser av tandhygienistens roll som liknar ”förälderrollen”, *den paternalistiska modellen*⁵⁶ och det känns jobbigt att komma dit på grund av det (se 4.1.4 Relation utan samarbete, s.21). IP2 berättar även (se 4.1.5 Brist

⁵³ Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt*.

⁵⁴ Freire, P. (1972) *De förtrycktas pedagogik*.

⁵⁵ Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

⁵⁶ SBU. (1999). *Patient - läkarrelationen*.

på självansvar, s.22) att hon följer givna råd i två veckor efter besöket samt kommer på det igen och börjar med det då hon får en ny kallelse och vet att hon ska dit igen. Detta kan man koppla till att patienten gör det bara för tandhygienistens skull, för att kunna säga att hon gjorde som tandhygienisten rekommenderade. Det påminner om Goffmans rollfördelning i en relation där vårdgivaren underförstått säger att det är han som bestämmer. Patienten kan upplevas som besvärlig om hon inte gör som tandhygienisten säger⁵⁷. Tandhygienister borde vara mer medvetna om vilken roll de intar i mötet med patienten. Om patienterna får vara mer delaktiga och aktiva i den pedagogiska situationen blir deras inläringssituation mer meningsfull⁵⁸. Men de flesta upplever att det fungerar bra med en bra relation som liknar *samarbetsmodellen* och med dialog där de erbjuds möjligheter att ställa frågor och få kunskap som leder till trygghet.

Enligt resultatet (Se 4.2.4 Relation, s.25) lär tandhygienister ut genom att lyfta upp patienters problem och bygga upp en dialog som de senare kopplar till praxis genom att använda sig av spegel, tandmodeller, olika munhygieniska hjälpmedel, röntgenbilder⁵⁹. Enligt Freire⁶⁰ leder det till deras medvetenhet, självansvar, reflektion och handling.

Dock är det inte lätt att lära ut alla då det är svårt att skapa en samarbetsrelation med patienter som har tagit en negativ ställning redan innan de kom dit (se 4.1.3 Förförståelsebrist, s.21).

En person berättade (Se 4.2.5 Självansvar, s.26) att det inte var lätt att förstå allt kring parodontit då tandhygienisten förklarade och upplevde att det var för mycket information på en gång, som i sin tur gjorde att bara tandhygienisten pratade (Se 4.1.4 Relation utan samarbete, s.21). En annan berättade att tandhygienisten pratade mer än han själv, samt upprepade informationen flera gånger under behandlingen och sammanfattade i punkter. Jag kopplar det till att tandhygienisten använder sig av *den informativa* eller konsumentinriktade modellen där vårdgivaren tillhandhåller information och patienten fattar beslut, patienten är en kund⁶¹. Som sagt är det viktigt att välja en lämplig modell i ett tandhygienist – patient möte som befrämjar lärandet i situationen. Modellen som stämmer bäst överens med Freires⁶² befriande undervisning är *samarbetsmodellen*⁶³ där tandhygienisten engagerar sig i att aktivt påverka patientens förmåga till medansvar och samarbete i behandlingen.

Patienter som har lärt sig hur att känna igen tecken på inflammationen samt lärt sig hur att hantera det och få tandköttet att vara friskt med egen insats och veta att inflammationen är borta upplever det som en trygghet. Det är en god hjälp och trygghet för patienten att bli medveten om möjligheten att påverka den egna situationen⁶⁴. Genom att patienter ser hur det de gör, deras egen insats är förknippad med resultat eller

⁵⁷ Goffman, E. (1972). *The presentation of self in everyday life*.

⁵⁸ Nordström, B-M. (1990). *Medvetet lärande*.

⁵⁹ Piaget, J. (1972). *Psykologi och undervisning*.

⁶⁰ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

⁶¹ SBU. (1999). *Patient - läkarrelationen*.

⁶² Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

⁶³ SBU. (1999). *Patient - läkarrelationen*.

⁶⁴ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

ett sammanhang blir det även mer begripligt för dem. Både Freinet och Dewey betonar att det praktiska arbetet är ett hjälpmedel för att nå insikt och kunskap⁶⁵.

Även Berghs⁶⁶ studie visade att närstående och sjuksköterskor som i sitt förhållningssätt och i sina tillvägagångssätt handlar aktivt har möjligheter att mötas. Genom medvetet aktivt bemötande både vad avser det pedagogiska tillvägagångssättet och förhållningssättet hos sjuksköterskan har hon möjlighet att öka insikten hos närstående.

5.1.4 Informativ kontra pedagogisk handling

Vidare menar jag att svårighet i att förstå informationen är baserad på det att de pedagogiska handlingar som tandhygienister utför tas för givna. Det kan man koppla till Fribergs⁶⁷ studie där hennes resultat visar att de pedagogiska handlingarna inte är reflekterade. Sjuksköterskan berättar till patienten vad hon har kommit fram och hur hon har bedömt situation som liknar mer en informativ än pedagogisk handling. Patienten blir på ett sådant sätt inte heller delaktig i ett reflekterat pedagogiskt handlande. Fribergs studie visar att pedagogiska handlingar inte berörs eller diskuteras i kollegiala samtal eller diskuteras på avdelningen. Pedagogisk handling borde lyftas upp mer även i tandhygienistarbete och vara något som ingår i deras kompetens. Det är något som vi inte har tillräckligt information om i vår studie förutom att vissa intervjupersoner berättar att det är deras tandhygienist som pratar hela tiden eller sammanfattar allt i några punkter samt upprepar så att patienten ska komma ihåg (Se IP7, 4.1.4 Relation utan samarbete, s.21). På så sätt saknas det möjlighet till det kritiska tänkandet samt möjlighet att ifrågasätta erhållen information⁶⁸:

Även Berghs⁶⁹ studie visar att om sjuksköterskan reflekterar aktivt över vad närstående fokuserar på samt tänker framåt och är medveten om sitt bemötande, har hon möjlighet att skapa trygghet hos närstående och öka förutsättningar för ett bra resultat.

5.1.5 Beröm

IP1, (Se 4.1.5 Brist på självansvar, s.22) tycker att hennes tandhygienist är duktig, att det inte är hon själv som har gjort någonting mer än vanligt. Jag kopplar det till tandhygienistens förmåga att berömma. Lyckas behandlingen är det både tandhygienistens och patientens förtjänst. En behandling kan inte lyckas utan patientens insats. Att få patienten vara medveten om sin egen insats och dess styrka samt att förstärka det med beröm är en viktig faktor i behandlingen. På så sätt ökar patientens

⁶⁵ Egidius, H. (1988). *Riktningar i modern pedagogik*.

⁶⁶ Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande*.

⁶⁷ Friberg, F. (2002). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning*.

⁶⁸ Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*.

⁶⁹ Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande*.

motivation och inläringen uppfattas som meningsfull. Då är det även större chanser att patienten ska fortsätta med egna insatsen samt bibehålla en god munhälsa⁷⁰.

5.1.6 Att överlåta problemen eller att ta eget ansvar?

Några av intervjupersoner visar tecken på att de vill överlåta sina problem till tandvårdspersonalen och vill inte ha någon sort av samtal i behandlingssituationen utan vill ha en snabb behandling samt upplever att saknaden av den egna insatsen i form av dålig munhygien eller rökning är deras eget problem och inget att diskutera om (Se 4.1.5 Brist på självansvar, s.22). Detta kan jag se som en saknad av relevant kunskap. Jag kopplar det till att redan i det första tandhygienist – patient mötet inte skapades en pedagogisk situation och att patienten inte var mottaglig pga. någon av hinderfaktorer för, eller inte förstod den erhållna informationen. Att upprepa behandlingen hela tiden för att den inte misslyckades gör att patienten blir bara mer trött på hela situationen utan att vara medveten om den.

Något som visas i Berghs⁷¹ studie är vikten av det första mötet mellan närstående och sjuksköterska och att detta får en avgörande betydelse för den fortsatta kontakten mellan dem. Att bli sedd, bekräftad och hälsad upplevs som viktigt. Detta upplevs som någon sorts belöning och brister i detta påverkar närståendes fortsatta kontakt och inställning till vården, vilket även bekräftas av de närstående i studien. Jag kan koppla det till det första tandhygienist – patient möte. Den första kontakten kan vara av stor betydelse för att bemästra andra hinderfaktorer och skapa trygghet. Detta är inget vi kan veta genom min studie men kan vara bra att ta hänsyn till i patientarbetet.

Vissa upplever att det inte stämmer alls att rökning eller dålig munhygien har att göra med tandsjukdomar vilket grundar sig på erfarenheter av deras föräldrar eller andra närstående. Att det är något ärftligt uppfattar några av intervjupersoner (Se 4.1.6 Förutfattade meningar, s.23). Hon hittar ursäkt i detta att hennes småbarn får mycket tandsten. Allt detta, tycker jag, beror på saknad av kunskaper om tandsjukdomar, hur man får dem, varför och hur att förebygga. Jag kan dra en parallell med Roselinds studie när det gäller kunskaper i relation med ansvar. Hon kom fram att ju mer kunskapen ökade desto mer ökade även ansvarstagande. I min resultatredovisning ser jag brister i kunskaper hos patienter samt visa informationer uppfattades på fel sätt⁷². En patient berättade om erfarenheten då hans gamla tandläkare tog själv lite av den synliga tandstenen utan att skicka honom till en tandhygienist medan sjukdomen progredierade. Att plötsligt få veta om det hos den nye tandläkaren leder till att patienten blir misstänksam mot honom samt visar oviljan till hygienistbehandlingen (Se 4.1.6 Förutfattade meningar, IP9, s.23). Tandhygienisten har, lyckats hantera situationen genom att få patienten uppleva sina egna problem, med hjälp av att visa honom både i hans egen mun och på röntgenbilderna⁷³. Även Roselinds resultat visar att människors

⁷⁰ Nordström, B-M. (1990). *Medvetet lärande*.

⁷¹ Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande*

⁷² Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

⁷³ Freire (1972); Dewey (1980).

erfarenheter har stor betydelse i deras sätt att tänka och förhålla sig till tandvård och munhälsa⁷⁴.

5.2 Att förebygga sjukdom & förespråka hälsa

Det som kan vara bra att tänka på är att organisationer som folktandvården, praktikertjänst, osv. via sina olika kanaler informerar allmänheten om vilka faktauppgifter man bör titta på och hänvisa till deras webbplatser. Där kan man hitta relativ information om både munhälsa och förebyggande åtgärder⁷⁵. Lika mycket är det viktigt att komma ihåg att internet inte kan ersätta utan är ett komplement till den information och den dialog patienter behöver och har rätt till i sina kontakter med tandvårdspersonalen. Genom att ha mer tillgång till information om tandsjukdomar samt att veta bättre hur att förebygga med egen insats kan människor ta mer ansvar för sin egen munhälsa. Samtidigt gör att informationen ger en bättre förståelse så att de inte hamnar i tandläkarstolen mot sin egen vilja utan känner igen egna besvär och söker hjälp på egen hand.

⁷⁴ Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa*.

⁷⁵ Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt*.

6. Slutsats

Min studie visar att det råder olika meningar om tandhygienisternas sätt att bemöta och om bemötandets karaktär. Detta på grund av olika erfarenheter intervjupersonerna hade. Men det visar sig att det finns närvaro av både det ena och det andra på folktandvården Skåne. Studien visar både positiva och negativa faktorer som påverkar bemötandets karaktär och dessutom patienternas upplevelser av själva bemötandet.

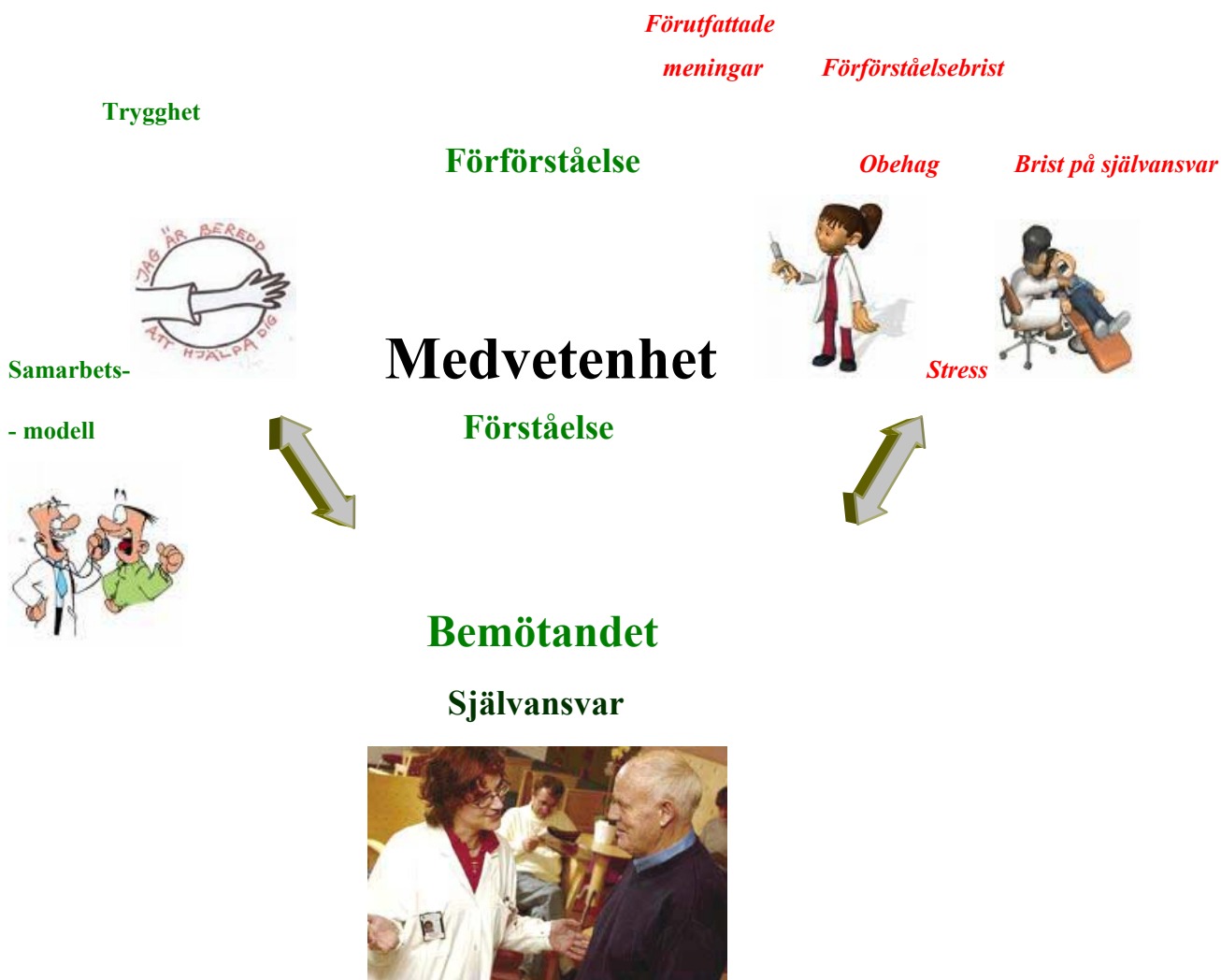


Bild: Att eliminera hinder, skapa medvetenhet & handleda patienten till att uppnå en god munhälsa

Medvetenhet om problemet och om möjligheten att själv påverka den egna situationen lär patienten att ta fullt ansvar för sitt beteende. Stress och obehagskänsla kan leda till att patienten inte känner sig trygg och på grund av det inte kan uppnå medvetenhet om det egna problemet, samt om möjligheten att påverka den egna situationen. Då blir det svårare att få patienten till samarbete och självansvar. Om trygghet skapas från början är det lätt att utveckla ett samarbetsklimat och använda sig av samarbetsmodellen. En samarbetsmodell erbjuder möjligheten till ett bemötande av pedagogisk karaktär, där

eventuella hinder elimineras och förståelsen skapas. Självansvar ökar och behandlingen lyckas.

6.1 Vidare studier

Under arbetets gång har jag fått svar på många frågor och nyttig kunskap som har hjälpt mig i mitt arbete med patienter. Jag känner att jag lättare behärskar framför allt situationer då patienterna kommer med en negativ ställning till behandlingen. Detta var tidigare mycket mer belastande för mig.

Förutom det har andra frågor dykt upp:

Hur de professionella inom tandvården (tandläkare och tandhygienister) uppfattar en ”pedagogisk situation” samt hur mycket hänsyn tar de till pedagogik?

Tandläkaryrke har funnits längre än tandhygienistyrke. Är det så att patienterna uppskattar mer och tar mer på allvar en tandläkares kompetens? Att komma till tandhygienisten nästan mot sin egen vilja och gå därifrån glad och nöjd har att göra med deras förförståelse när det gäller tandsjukdomar. Ju mer patienten är negativ innan behandlingen ju svårare blir det att skapa en god pedagogisk situation. Hur pass mycket informerar tandläkare om patientens problem när patienten remitteras till tandhygienisten? Det kanske går att lösa problemet med hjälp av att tandläkare försöker informera patienten bättre om sjukdomen och behandlingsbehov.

Källförteckning

- Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Dewey, J. (1980). *Individ, skola och samhälle*. Stockholm: Natur och kultur.
- Egidius, H. (1988). *Riktningar i modern pedagogik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Freire, P. (1972). *De förtrycktas pedagogik*. Stockholm: Gummesons.
- Friberg, F. (2002). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Grönmo, S. (2006). *Metoder i samhällsvetenskap*. Malmö: Liber.
- Goffman, E. (1972). *The presentation of self in everyday life*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Hargreaves, A. (1998). *Läraren i det postmoderna samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobson, L. (1978). *Parodontologi*. Växjö: Invest-Odont AB.
- Marton, F. (1978). *Describing conceptions of the world around us*. Reports from the Institute of Education, University of Göteborg, nr 66.
- Nordheden, I. (1995). *Verkligheten som lärobok – om Freinetpedagogiken*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Nordström, B-M. (1990). *Medvetet lärande*. Stockholm: Natur och kultur.
- Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som ett pedagogiskt projekt. Bilden av hälsouppllysning i statens offentliga utredningar*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Patel, R. & Davidsson, B. (1998). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Piaget, J. (1972). *Psykologi och undervisning*. Stockholm: Bonnier.
- Rosenlind, M. (2000). *Vuxnas tänkande om och förhållningssätt till munhälsa*. Lund: Department of Education.
- SBU. (1999). Ottosson, J-O. *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur och kultur.
- Selander, S. (1992). *Forskning om utbildning – En antologi*. Stockholm: Östlings bokförlag Symposion.
- Sjöstrand, W. (1975). *Introduktionskurs till pedagogiken*. Stockholm: Natur och kultur.
- Socialsyrelsen (2001). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*. Linköping: Tryckeri AB.
- Stensmo, C. (1994). *Pedagogisk filosofi*. Lund: Studentlitteratur.

Thylstrup, A. & Fejerskov O. (1986). *Textbook of Cariology*. Copenhagen: Munksgaard.

Widenheim, J; Renvert, S. & Downen B. (1997). *Förebyggande tandvård*. Stockholm: Graphic Systems.

Internetreferens:

Svenska Parodontologföreningen < <http://www.parodontologforeningen.org.se/>> (2007-12-01).

Folktandvårdens hemsida < <http://www.folktandvardenskane.se>> (2007-12-01).

Bilaga 1

Hej!

2007-11-01

Jag heter Safeta Selimovic och läser pedagogik, kandidat kurs på Lunds universitet. Just nu håller jag på med ett uppsatsarbete som handlar om pedagogikens roll inom tandvården (i ett möte mellan tandhygienist och patient) och undrar om du har någonting emot att delta i min skriftliga intervjuundersökning?

Detta innebär att du besvarar de frågorna som du ser i frågeformuläret och skickar dina svar tillsammans med frågeformuläret till mig inom en vecka i bifogat adresserat kuvert. Alla deltagare kommer att vara anonyma och det är ingen som kan komma åt materialet eller missbruka det. Det är helt frivilligt att delta och du är inte tvungen att besvara alla frågor om du inte vill.

När jag är klar med mitt arbete kommer jag att skicka ett exempel till alla som deltog i undersökningen dels för att se att det är inget som missbrukas och dels för att alla ska få lite mer kunskap och information om hur det ser ut samt hur det borde se ut i verkligheten så att vi kan hjälpas åt att göra den behandlingstiden så effektiv som möjligt. Detta för att både förbättra patienternas förutsättningar för att uppnå en god munhälsa och för att underlätta tandhygienisters arbete genom att påvisa brister och kvaliteter. På så sätt kan vi förstärka det som är positivt och förändra det negativa.

Som belöning för att du hjälpte till och deltog i undersökningen skickar jag en tandborste här i brevet.

Jag behöver ditt svar senast den 10 november 2007.

Tacksam för din medverkan och för din tid,

Safeta Selimovic

Bilaga 2

Frågeformulär som ska besvaras och skickas tillbaka senast den 10 november 2007 är av öppet karaktär dvs. du har maximalt utrymme för dina svar. Skriv gärna hur ”du” upplever ditt möte med din tandhygienist. Skriv dina svar på baksidan och ta gärna ett extra blad vid behov.

Relation, möte

Hur skulle Du vilja beskriva ditt möte med tandhygienisten?

Vad innebär för dig tillit, engagemang, värme, ett bra samarbetsklimat och trygghet?

Kommunikation

I kommunikationen med din tandhygienist får du information om din munhälsa.

Hur upplever du kommunikationen med din tandhygienist?

Känner du att du går därifrån med ett budskap och blir mer medveten om ditt problem som går att påverka och att det är du själv som kan påverka problemet?

Kunskapsförmedling

Förstår du information som din tandhygienist förmedlar?

Kan du beskriva hur din tandhygienist förklarar ditt aktuella problem?

Hur aktiv och engagerad är du i behandlingen?

Stimuleras du att söka kunskap genom t.ex. att ställa frågor, titta på röntgenbilder med din tandhygienist och diskutera, titta på andra hjälpmedel och diskutera samt använda tex. modeller, munhygieniska hjälpmedel, broschyrer, bilder osv. ?

Ställer han/hon förväntningar på dig, kommer med förslag och motiverar dig t ex. med ett bra resultat?

Finns det några förhinder respektive något som främjar ett bra lärande i situationen?

Inställning

Brakar du själv omedvetet (eller medvetet) ta en ställning innan du träffar en tandhygienist?

Är det något som påverkar ditt engagemang i behandlingen eller din upplevelse av behandlingen?

Upplevelse

Vad upplever du oftast efter avslutad behandling?

Kan du beskriva några tankar och funderingar då du känt att det har eller inte har gått bra?

Har man tagit hänsyn till dina åsikter och önsknningar?

Funderingar

Är det något mer som kan göras för att sprida kunskapen bland folk och förebygga i stället för att behandla?

Något ytterligare som du vill tillägga?