

Patientens medverkan studeras

Pedagogiska och beteendemedicinska perspektiv inom tandvården

2. Beteendemedicinsk modell för bättre egenvård till patienter med parodontit

SAMMANFATTAT Patientens medverkan har stor betydelse för behandlingen av en rad tillstånd inom tandvården. Folk tandvården i Uppsala prövar en alternativ metod att arbeta med beteendeförändringar för att förbättra patienters långsiktiga följsamhet.

Godkänd för publicering 1 oktober 2008

Birgitta Jönsson
Per Lindberg
Kerstin Öhrn
Nils Oscarson
E-post: birgitta.jonsson@tul.se

För att påverka livsstilsfaktorer är arbetet med beteendeförändringar centralt, och nödvändigt för långsiktig framgång. När man som tandhygienist arbetar med patienter med grav parodontit är beteendeförändringar som syftar till att förbättra munvårdsvanor viktiga för en lyckad behandling.

Vid inlärnin g av ett nytt beteende är information om risker med ohälsobeteende och vinster med hälsobeteende en förutsättning för förändring. Om en individ inte har kunskap om hur livsstilsvanor påverkar hälsan har han eller hon liten anledning till att ändra sina vanor. Informationen utgår dock ofta från det behandlaren tycker är viktigt att förmedla och tar därmed kanske inte hänsyn till patientens tidigare kunskaper, tro på behandling eller tilltro till sin egenförmåga (self-efficacy) (1).

Tilltron till sin egen förmåga att kunna utföra en specifik handling i en specifik situation spelar en central roll om en individ väljer att göra en förändring. Detta är grundläggande för motivationen och avgör om man kommer att agera eller inte (2). Andra viktiga faktorer för hälsobeteende är om individen tror på att en aktivitet ger ett visst resultat, de omedelbara positiva eller negativa effekter som en beteendeförändring får för individen, samt kort- och långsiktiga mål för hälsa och beteende (1).

Individuella långsiktiga mål speglar en individs ambition med sin framtida munhälsa och behandling. Att formulera mål stärker individens motivation för att utföra en specifik aktivitet förutsatt att personen anser att de är viktiga att uppnå och möjliga att nå. Dessutom krävs att individen har kunskap om hur målen kan nås (3).

Brist på studier inom tandvården

Som SBU konstaterat i två rapporter (4, 5) finns det ett begränsat antal vetenskapliga studier

inom tandvården som syftar till att främja och underlätta beteendeförändringar hos patienterna. Däremot finns exempel inom andra vårdområden. Vid sjukgymnastikbehandling av muskuloskelettal smärta har en skraddarsydd behandlingsmodell som utgår från social kognitiv teori och strategier från kognitiv beteendeterapi visat god effekt (6).

En individuellt skraddarsydd behandling ska avspegla patientens individuella mål och problem. Skraddarsydd vård innebär att strategier för behandling baseras på individuella faktorer som relateras till det hälsoutfall som är målet för behandling. Med individuella faktorer menas både medicinska/odontologiska faktorer samt personliga faktorer som tilltro till sin egen förmåga, attityder och kapacitet. Dessa faktorer identifieras med en individuell analys och bedömning. Skraddarsydd behandling och tillämpning av kognitiva beteendestrategier bör vara relevanta också inom tandvården, inte minst för att påverka munhygienvanor.

Alla som arbetar med patienter stöter med största sannolikhet på individer som inte följer de råd, instruktioner och ordinationer de får eller som lätt faller tillbaka i gamla vanor. Det gäller inte minst patienter med grav parodontit. Vi kunde se det tydligt i samband med att specialistkliniken i Uppsala utvärderade behandlingsresultatet efter 12 respektive 24 månader. Vid utvärderingen identifierades grupper av individer med sjukdomsrecidiv och återfall till gamla munvårdsbeteenden.

En fråga som aktualiserades var; »Går det att arbeta med beteendeförändringar på ett alternativt sätt för att nå ett mer långsiktigt bestående resultat som också är till nytta för patienten?».

Med den kliniska frågeställningen som utgångspunkt inleddes planering och initiering av ett forskningsprogram samt en klinisk studie. Målsättningen var att utveckla och utvärdera en individuell skraddarsydd beteendemedicinsk behandling vid kronisk parodontit för att förbättra munhygienvanor och därmed individernas parodontala hälsa.

Ett ytterligare mål var att studera olika psykologiska faktorer inverkan på hur individer lyckas med sin egenvård vid parodontal behandling. Avsikten är att hitta tänkbara prediktorer och kunna identifiera undergrupper av individer som svarar olika på behandlingen.



Planering och studiestart

Arbetet med att planera för studien initierades efter en undersökning på parodontologikliniken 2002 (7). I teamet ingår en legitimerad psykolog (professor och huvudhandledare), två praktiserande tandhygienister (varav en doktorand), en specialist i parodontologi och en docent inom vårdvetenskap (båda biträdande handledare). En statistiker och ytterligare en professor i psykologi är också knutna till projektet.

Studien är en randomiserad kontrollerad enkelblind tvågruppsstudie med försöks- och kontrollgrupp. Den första undersökningen och behandlingen gjordes våren 2006 och studien beräknas pågå till slutet av 2009 då den sista 24-månaderskontrollen ska vara klar.

Interventionen

Interventionen har utvecklats och testats i en förstudie och har sin utgångspunkt i social kognitiv teori samt kognitiva beteendepprinciper. De grundläggande delarna i interventionen är att utifrån kognitiva, beteende- och miljöfaktorer vägleda patienten att uppnå och upprätthålla ett önskat munhygienbeteende.

Exempel på kognitiva beteendestrategier är analys, träning av färdigheter, individuella beteendemål och återfallsprevention. Interventionen omfattar sju steg och varje steg utformas individuellt utifrån patientens mål och behov. För att underlätta dialogen mellan tandhygienist och patient utgår man från ett motiverande samtal (8).

Individerna i kontrollgruppen har fått en standardbehandling som består av genomgång av status, noggrann information om parodontit (för rökare även sambandet mellan rökning och parodontit) samt instruktion och ordination av individuellt utprovade munhygieniska hjälpmedel.

Utvärdering görs vid 3, 12 respektive 24 månader. Primära utfallsmått är plack- och gingivalindex. Sekundära utfallsmått är frekvens för approximal rengöring, antal fördjupade tandköttsfickor med eller med avsaknad av inflammation. Vidare kommer patienternas munhalsorelaterade livskvalitet att utvärderas, deras självupplevelse och attityd till approximal rengöring samt kunskap om parodontit.

Betydelse

Många behandlingsåtgärder i tandvården bygger i hög grad på patientens medverkan. Om vi misslyckas i våra intentioner att få våra patienter att mer aktivt delta i behandlingen kan många behandlingstimmar kännas bortkastade. Det finns många skäl att prova och utveckla nya arbetsmetoder som ger bättre förutsättningar för behandlingsresultat både på kort och lång sikt.

Vi kan redan nu se fördelar med att ändra förhållningssätt utifrån patientperspektivet. Det ligger i tiden att patienten ska få hjälp med verktyg att ta en mer aktiv roll (empowerment). Ett nytt

»Ett nytt förhållningssätt i samtalet med patienten ger dessutom terapeuten verktyg att förstå patienten och förbättra strategierna för att komma vidare med hälsoperspektivet.«



förhållningssätt i samtalet med patienten ger dessutom terapeuten verktyg att förstå patienten och förbättra strategierna för att komma vidare med hälsoperspektivet. Ett stärkt patientdeltagande kan förhoppningsvis bidra till mer långsiktiga hälsovinster. På lång sikt kan en förskjutning ske i tandvårdens och patientens ansvar; besöksintervall kan förlängas och behandlingen kan på lång sikt bli mer kostnadseffektiv.

Genom den här studien ser vi en möjlighet att förbättra vår kunskap om vad som påverkar beteendeförändringar för egenvård och hur vi stärks i våra spekulationer kring fördelarna med nya sätt att arbeta. Vi ser även studien som ett steg mot att utveckla en metod för att arbeta med beteendeförändringar som kan bli användbar även inom andra områden i tandvården.

REFERENSER

1. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 2004; 31 (2): 143–64.
2. Bandura A. *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
3. Latham GP, Locke EA. New developments in and directions for goal-setting research. *European Psychologist* 2007; 12 (4): 290–300.
4. SBU. Att förebygga karies. En systematisk översikt. (To Prevent caries. A systematic review). Review. Stockholm: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) 2002. Report No.: 161.
5. SBU. Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturoversikt. (Chronic periodontitis, diagnostics and treatment. A systematic review) Review. Mölnlycke: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) 2004. October 2004. Report No.: 169.
6. Åsenlöf P, Denison E, Lindberg P. Individually tailored treatment targeting activity, motor behavior, and cognition to reduce pain-related disability: a randomized controlled trial in patient with musculoskeletal pain. *Journal of Pain* 2005; 6 (9): 588–603.
7. Jönsson B, Lindberg P, Oscarson N, Öhrn K. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis – a randomized control trial. *International Journal of Dental Hygiene* 2006; 4: 77–83.
8. Miller R, Rollnick S. *Motivational interviewing – Preparing people for change*. Second ed. New York: The Guilford Press; 2002.