



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle

Examensarbete inriktning omvårdnad

Grundnivå II, 15 högskolepoäng

Vt, 2009

Följsamhet till studieupplägget för ett individuellt skräddarsytt munhälsoprogram baserat på kognitiva beteendestrategier.

En beskrivande jämförande studie

Författare

Anna Larsson

Cecilia Söderholm

Handledare

Birgitta Jönsson

Examinator

Marie Elf



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna
Examensarbete
Nr 200x:xx



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle

Examensarbete inriktning omvårdnad

Grundnivå II, 15 högskolepoäng

Vt, 2009

Adherence to the studystructure of an individual tailored oral health program based on cognitive behavioral strategies.

A descriptive comparative study

Författare

Anna Larsson

Cecilia Söderholm

Handledare

Birgitta Jönsson

Examinator

Marie Elf



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna
Examensarbete
Nr 200x:xx



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Rapport 200x:nr

ISBN

ISSN

Sammanfattning

Tidigare forskning inom odontologi har baserats på biomedicinska teorier där man analyserar och löser odontologiska problem, men eftersom orsakerna till munsjukdomar till största delen beror på beteendet är det av intresse att fokusera forskning baserad på beteendemedicinska teorier. Effektiviteten hos olika modeller för att öka patienters compliance inom tandvården är otillräckligt undersökt. Syftet med denna studie var att undersöka om interventionen i ett munhälsoprogram med en individuell skraddarsydd behandling utgående från kognitiva beteendestrategier genomfördes enligt studieprotokollet. Totalt i denna studie fanns 19 videoinspelningar under olika besök hos tandhygienist tillgängliga. Efter inklusionskriterier och exklusionskriterier gjorts blev det ytterligare ett bortfall på fyra filmer, tre hade för dålig ljudkvalitet och en stämde inte in med den information som stod på fodralet. Slutligen ingick 15 filmer i studien kring följsamheten av studieupplägget av interventionen. Resultatet var att interventionen fick den behandling som de skulle ha fått utefter den skraddarsydda behandlingen vid de besök som studerats. Exempelvis att de tillsammans med patienterna formulerar mål, utför infärgningar på patienternas tänder, går igenom patientens tandstatus och så vidare.

Sökord: *Följsamhet, Kognitiva beteendestrategier, Parodontit, Tandhygienist*

Keywords: *Adherence, Cognitive behavioral strategies, Periodontitis, Dental hygienist*

Ordlista

Parodontit	är namnet på en samling inflammationssjukdomar som påverkar bindväven invid och omkring tänderna. Parodontit innebär en fortlöpande nedbrytning av benvävnaden runt tänderna som kan leda till tandlossning och tandförlust om den lämnas obehandlad.
Plack	bakterier som fäster på och växer på tandytorna.
Supragingivalt plack	är plack som finns ovanför tandköttskanten
Subgingivalt plack	finns under tandköttskanten.
Approximal rengöring	rengöring mellan tänderna, med exempelvis tandtråd, tandsticka
Scaling	skrapa bort beläggningar från tand- och rotytor
Compliance	följsamhet/samtycke
Bias	partiskhet/påverkan
Infärgning	tänderna färgas in för att synliggöra plack

Innehållsförteckning

Introduktion.....	6
Treatment Integrity.....	8
Syfte	9
Frågeställningar	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Instrument.....	10
Procedur	10
Analys	12
Etisk granskning.....	13
Resultat.....	14
Diskussion.....	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Förslag till vidare forskning.....	19
Slutsats.....	20
Referenser	21
Bilagor	
1. Frågeformulär ställt utifrån Checklistan för experimentgruppen.....	23

INTRODUKTION

Tandhygienistens kliniska arbete omfattar undersökning av munstatus, diagnos och terapiplanering, orsaksutredning samt information om tandsjukdomars uppkomst och behandling inom tandhygienistens kompetensområde (1,2). För att skapa förutsättningar för den parodontala sjukdomen att läka ut samt att förhindra ytterligare progression krävs ett samarbete mellan tandhygienist och patient (3). Behandling av parodontit inriktas på att avlägsna både de supragingivala och subgingivala bakterieplack från tand- och rotytor. För att uppnå ett lyckat behandlingsresultat krävs att patienten kan upprätthålla en god egenvård där det supragingivala bakterieplacket tas bort från tänderna en gång per dygn. Egenvård består av rätt tandborstteknik samt individuellt utprovade munhygieniska hjälpmedel för approximal rengöring såsom mellanrumsborstar, tandstickor och tandtråd och rätt teknik för deras användning (4,5). Munhälsoundervisningens syfte är att få patienten att medverka till sin orala egenvård på bästa sätt (6). Endast information kring sjukdomen och behandlingen har inte visat sig bidra till förändring av beteende på längre sikt (7,8). Ofta krävs en förändring av ett redan invariant beteende för att uppnå en adekvat nivå på egenvården och trots att många människor värderar hälsa högt är de inte beredda på att ändra sin livsstil för att främja hälsa (2,8). Det är många faktorer som spelar in. Sociala sammanhang, ekonomiska möjligheter, kön, kultur, intresse och motivation är också faktorer som påverkar (8).

Tidigare forskning inom odontologi har baserats på biomedicinska teorier där man analyserar och löser odontologiska problem, men eftersom orsakerna till munsjukdomar till största delen beror på beteendet är det av intresse att fokusera forskning baserad på beteendemedicinska teorier. Effektiviteten hos olika modeller för att öka patienters compliance inom tandvården är otillräckligt undersökt. Patientundervisning resulterar i ökad kunskap men det leder inte nödvändigtvis till ändrat beteende (9). En liknande slutsats kom fram i en systematisk litteraturstudie om kronisk parodontit som genomfördes av Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (10).

Interventionen

För att testa en intervention baserad på kognitiva beteende strategier genomfördes en randomiserad tvågruppsstudie för att studeras effekten av två patientundervisningsmetoder med avseende på munhygienbeteende i samband med icke kirurgisk parodontal behandling.

Studien utfördes vid en specialisttandklinik för parodontologi i Uppsala mellan mars 2006 och oktober 2008. Ett antal av 113 individer randomiserades in till en av två grupper: experiment (n= 57) och kontroll (n= 56). Två tandhygienister utförde de båda undervisningsmetoderna i samband med scalingbehandling. Vissa av besöken spelades in på video. Utformningen av innehållet av interventionen baserades på kognitiva beteendetekniker, det vill säga individuell analys, individuella mål, inläring genom övning, självövervakning och återfallsprevention. (6). Vid den individuella analysen identifierades och bedömdes både medicinska/odontologiska faktorer samt personliga faktorer som tilltro till sin egen förmåga, attityder och kapacitet. Att formulera individuella mål stärker individens motivation för att utföra en specifik aktivitet förutsatt att personen anser att de är viktiga och möjliga att uppnå. Dessutom krävs att individen har kunskap om hur målen kan nås. Dessa mål sattes vid interventionens början men kunde ändras under behandlingens gång. Inläring genom övning bestod av instruktion och ordination av individuellt utprovade munhygieniska hjälpmedel där patienten fick öva framför en spegel (6). Självövervakning gjordes för att på ett tidigt stadium kunna identifiera och utveckla strategier för att klara av och undvika risksituationer. Därtill fick patienten en dagbok att fylla i för självövervakning. Återfallsprevention bygger på att patienten lär sig att känna igen och kartlägga risksituationer och lär sig att se konsekvenserna av sitt beteende (11). Samtalet mellan tandhygienisten och patienten utgick från motiverande intervjuteknik, *MI*. *MI* är en förändringsinriktad, patientcentrerad och samtidigt styrande samtalsmetodik, som främst används på livsstilsområdet. Målet med metoden är att öka patientens egen vilja till förändring och hjälpa patienten att komma vidare i förändringsprocessen (12).

Hur implementeringen sker när en kognitiv beteende intervention integreras med tandhygienistbehandling är förmodligen inte undersökt. Att integrera kognitiva beteendestrategier i tandhygienistbehandlingen kräver ett skifte från ett traditionellt perspektiv som fokuseras till största del på patologi till att också omfatta kognitiva och beteende mässiga aspekter (6). Detta innebär att implementera kognitiva beteendestrategier i tandhygienistbehandlingen också kräver att tandhygienisterna förvärvar nya färdigheter. Det första steget vid utveckling eller modifiering av behandling är att struktur, logik och innehållet i behandlingen ska specificeras. Vidare ska genomförandet av behandlingen övervakas och utvärderas. I detta ingår konstruktion av en skriftlig behandlingsmanual, utvecklande av ett utbildningsprogram för att utbilda de terapeuter som ska utföra

behandlingen samt utarbeta protokoll för att övervaka följsamheten till studieupplägget (13,14).

Treatment Integrity

För att åstadkomma en metodologiskt tillfredsställande studie är det viktigt att undersöka Treatment integrity (TI). Med TI menas hur väl en önskad behandling använts på det sätt som var avsett det vill säga i vilken grad den/eller de personer som utför behandlingen följde studieprotokollet (tabell 1). TI består av tre komponenter; följsamhet, kompetens och differentiering. Följsamhet beskriver hur väl terapeuten klarar av att följa manualen till den valda behandlingen. Kompetens beskriver terapeutens skicklighet i framförandet av behandlingen. Differentiering beskriver om behandlingen skiljer sig från kontroll enligt studieprotokollet (15,16). TI spelar en viktig roll för att fastställa behandlingen och för att utvärdera dess effektivitet. Kan inte TI säkerställas äventyras validiteten i studien. TI kan studeras med direkt eller indirekt metod. Direkt metod innebär observationer av behandlingssituationer eller videoinspelade behandlingar som granskas efter ett protokoll. Indirekt metod inkluderar rapporter från behandlare och studiedeltagare rörande behandlingsinnehåll samt dagböcker eller liknande dokument. TI är en essentiell faktor i studier när det förväntas att förändring i beroende variabeln antas vara relaterad till interventionen (15). Om det inte går att tillförsäkra sig att interventionen utförts som det var tänkt kan detta leda till ett ifrågasättande om tillförlitliga slutsatser kan dras utifrån resultaten. Vidare så är frånvaro av information rörande följsamheten till interventionen ett hot mot generaliserbarheten av en behandling mellan individer och de som utför behandlingen (17).

Problemformulering

Det är således viktigt att interventionen genomförs enligt studieprotokollet för att kunna dra tillförlitliga slutsatser av studie. En systematisk litteraturstudie om effekten av psykologiska interventioner för att förbättra compliance har nyligen genomförts. Där konstaterades att psykologiska interventioner kan förbättra compliance men att de flesta studier hade stora metodologiska brister (17). Det är därför av intresse att undersöka hur säkert interventionen i ovanstående studie baserad på kognitiv beteende strategi genomfördes.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om interventionen i ett munhälsoprogram med en individuell skräddarsydd behandling utgående från kognitiva beteendestrategier genomfördes enligt studieprotokollet.

Frågeställning

Hur väl följde tandhygienisterna studieprotokollet för interventionen vid besök ett, två, tre och fyra?

Metod

Studien är en del av en större randomiserad tvågruppsstudie där effekten av två patientundervisningsmetoder med avseende på munhygienbeteende i samband med icke kirurgisk parodontal behandling studerades.

Design

Studien var en beskrivande och jämförande studie.

Urval

Totalt fanns 19 videoinspelningar under olika besök hos tandhygienist tillgängliga. Inklusionskriterier: Videofilmer som var märkta med experimentgrupp samt behandlingar gjorda under den första månaden. Exklusionskriterier: Videofilmer som inte tillhörde experimentgruppen samt besök gjorda efter 1-månadskontrollen. Efter inklusionskriterier och exklusionskriterier gjorts blev det ytterligare ett bortfall på fyra filmer, tre hade för dålig ljudkvalitet och en stämde inte in med den information som stod på fodralet. Slutligen ingick 15 filmer i studien kring följsamheten av studieupplägget av interventionen.

Instrument

För att undersöka tandhygienisternas följsamhet till studieprotokollet granskades videofilmerna med hjälp av en strukturerad mall (Bilaga 1). Den strukturerade mallen bestod av flera olika påståenden med svarsalternativen ja eller nej. Exempel på påståenden: Diskuteras tidigare erfarenheter angående parodontit? Formuleras mål till nästa behandling? Utlämnades dagbok? Diskuterades dagboken vid nästkommande besök?

Procedur

De besök som studerades var de fyra första besöken (en gång/veckan) samt vid 1-månadskontrollen eftersom det var under den perioden som interventionen utfördes (Tabell 1). För att komma överens om hur bedömningen skulle ske analyserades en videofilm på ett besök gemensamt av författarna. För att utreda hur väl mätningen i en kvantitativ studie kan reproduceras kan reliabiliteten diskuteras från tre olika synvinklar närmare bestämt bias, tid och samstämmighet (18). För att inte störas av omgivning studerades videofilmerna i en ostörd miljö. Lika lång tid, cirka 30 minuter, avsattes till bedömning av samtliga videofilmer. Reliabiliteten testades genom att filmerna studerades enskilt av var och en av författarna för att jämföra samstämmigheten.

Tabell 1. Komponenter och strategier vid varje besök i ett individuellt munhälsoprogram

Besök	Komponenter i den experimentella interventionen
	1. Inledning
1	Intervju för att ta reda på patientens kunskap, egenvård, vanor och inställning, förväntningar på resultatet och erfarenheter från tidigare behandling. Information om parodontit utgick ifrån patients tidigare kunskaper.
1	Information om parodontit utgick ifrån patients tidigare kunskaper.
2	Formuleringar av långsiktiga målen relaterade till munhälsa
	2. Analys av munhygien vanor
1	Frekvens av tandborstning och rengöring mellan tänderna
Alla besök	Nuvarande munhygien status diskuteras och motivation att använda olika munhygieniska hjälpmedel utforskas. Val och rekommendationer av munhygieniska hjälpmedel .
	3. Övning i munnen
Alla besök vid behov	Instruktioner om vad man ska göra "och" hur man gör det" så nära en hemma rutin som möjligt.
	4. Individuella mål för munhygieniskt beteende
Alla besök	Skriftlig handlingsplan för munhygien, hur, när och var och att använda de munhygieniska hjälpmedlen
	5. Dagbok
1-5	Frekvens, tid och läget registreras mellan besöken. Positiva erfarenheter uppmuntras, problem identifieras och möjliga lösningar på det senare diskuteras.
	6. Generalisering av beteende
3,4 eller 5	Alla tidigare beslut kring munhygieniska hjälpmedel kombineras för att fungera tillsammans.
	7. Återfallsprevention
Sista besöket i behandlingen och fortsättningsvis	Högrisksituationer identifieras och problemlösning strategier för dessa situationer kan hanteras diskuterades.

Analys

De åtgärder tandhygienisterna utförde och hur väl de stämmer överens med studieprotokollet har redovisats med deskriptiv statistik. Studieprotokollet granskades med hjälp av en strukturerad checklista över interventionens innehåll (se bilaga 1) som utarbetats av författarna till studien. Interventionen innefattas av sju huvudkategorier: 1) Inledande intervju kring kunskap om sjukdomen samt förväntningar av behandlingen och motivationsnivå, 2) analys av munhygienvanor samt beteendefrekvens, 3) praktisk övning av valda munhygieniska hjälpmedel, 4) individuell målsättning för munvårdsbeteende, 5) kontinuerlig självövervakning med hjälp av dagbok, 6) sammansättning av munhygieniska hjälpmedel så dessa fungerar tillsammans, 7) upprätthållande av beteende samt återfallsprevention.

Vår bedömning bygger på kriterierna: För att följsamheten skulle räknas som uppfylld skulle innehållet i studieprotokollets kategorier nedan tydligt uttalats eller utföras.

Kategori 1

I en inledande intervju kring kunskap om sjukdomen samt förväntningar av behandlingen och motivationsnivå skulle tandhygienisten göra en intervju och tillsammans med patienten. Patientens kunskap, egenvård, vanor och inställning samt dennes förväntningar på resultatet och erfarenheter från tidigare behandlingar studerades. Information om sjukdomar i munnen skulle lämnas beroende på varje patients tidigare kunskaper. Vid det andra besöket skulle de viktigaste långsiktiga målen relaterade till munhälsa formuleras tillsammans med tandhygienisten.

Kategori 2

Analys av munhygienvanor samt beteendefrekvens, skulle den nuvarande munhygienens status tas upp för diskussion och motivationen till att använda olika munhygieniska hjälpmedel skulle utforskas.

Kategori 3

Praktisk övning av valda munhygieniska hjälpmedel. Val och rekommendationer av munhygieniska hjälpmedel utifrån patientens val av produkter samt den individuella

skickligheten skulle tas upp vid alla besökstillfällena. Vägledning kring munhygien skulle också ingå vid varje besök.

Kategori 4

Individuell målsättning för munvårdsbeteende. Tandhygienisten skulle stödja användningen av de munhygieniska hjälpmedlen som anses ha störst chans att bli framgångsrikt och dessa skulle rekommenderas. Vid behov skulle tandhygienisten hjälpa till med ytterligare instruktioner och utövande av manuell skicklighet för användandet av de munhygieniska hjälpmedlen.

Kategori 5

Kontinuerlig självövervakning med hjälp av dagbok. Varje besök skulle innehålla samtal kring individuella mål för munhygieniskt beteende genom att göra en skriftlig handlingsplan för munhygien fram till nästa besök. En kontinuerlig självövervakning av munvården registreras med hjälp av dagbok mellan besöken. Denna dagbok redovisas och uppföljs av tandhygienist och patient tillsammans vid alla besök och positiva erfarenheter uppmuntras, problem identifieras och möjliga lösningar på det senare diskuteras.

Kategori 6

Sammansättning av munhygieniska hjälpmedel så dessa fungerar tillsammans. Vid besök tre och fyra skulle alla tidigare beslut kring munhygien kombineras för att fungera tillsammans.

Kategori 7

Upprätthållande av beteende samt återfallsprevention. Patienten informerades om att återfall är vanligt i beteendeförändringar. Strategier för att uppnå de uppsatta målen kring munvården diskuterades. Specifika risksituationer identifierades och problemlösningar diskuterades.

Etisk granskning

Studien är etiskt granskad och godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala. Detta är en studie där tandhygienistens arbete var i fokus och inte patientens behandling. Alla patienter har fått information om studien och givit sitt samtycke medvetna om att de kunde avbryta sin medverkan när som helst, utan att för den skull påverka den fortsatta

behandlingen. Studiedeltagarna tillfrågades om deltagande i videoinspelning dels i informationsbrevet om studieupplägget och dels innan videoinspelningen vid behandlingen. Samtliga studiedeltagare som tillfrågades om videofilmning godkände filmning.

Resultat

Studien bestod av 15 inspelade patientbesök varav fyra patienter var män och elva var kvinnor. Vid ett besök var författarna oeniga om punkten långsiktiga mål diskuterades. Filmen analyserades igen av författarna tillsammans och de konstaterades att de långsiktiga målen diskuterades i besöket.

Sammanställning av besök 1: Fyra videofilmer granskades rörande det första besöket. Det visade sig att introduktionen till de långsiktiga målen togs upp med alla fyra patienterna. Vikten av patientens egna önsknings och förhoppningar för behandlingens upplägg var tydligt förklarade för patienterna i alla filmerna. Genomgång av status, anamnes kring munhygien vanor och diskussion kring patientens tidigare erfarenheter av parodontit sjukdomen ingick genomgående. I alla filmer färgades tänderna in och utprovning av munhygieniska hjälpmedel skedde vid spegel så patienten själv fick prova. Slutligen formulerades mål till nästa behandling och en dagbok introducerades som hjälp att övervaka den egna målformuleringen och för att lättare kunna reflektera över densamma. Detta förekom i videofilmerna i alla de fyra första behandlingarna.

Tabell 2. Checklista besök 1

Checklista för besök 1 (n=4*)	Interventionen genomförd enligt protokoll	Kommentarer
a) Introduktion av långsiktiga mål	4/4	
b) Nämnar att patientens egna önsknings/förhoppningar är viktig för hur behandlingen skall läggas upp	4/4	
c) Diskussion om vad patienten har för erfarenheter angående parodontit	4/4	

d) Genomgång av status	4/4
e) Anamnesupptagning av munhygienvanor	4/4
f) Infärgning	4/4
g) Diskussion angående olika munhygieniska hjälpmedel	4/4
h) Patienten får öva munhygien vid handfatet	4/4
i) Mål formuleras till nästa behandling	4/4
j) Dagbok introduceras	4/4

* Antalet videor

Sammanställning av besök 2: Sju videofilmer granskades rörande det andra besöket. De inleddes alla med genomgång av dagboken och målsättningen. I alla filmerna diskuterades de långsiktiga målen som formulerats av patienten, med viss styrning av ordformulering från tandhygienisten. Alla patienterna fick information om att de satta målen skulle utvärderas men i tre fall missade tandhygienisten att informera om att målen var möjliga att ändra under behandlingens gång. Alla färgades in igen vid besök två och möjlighet gavs till ytterligare övning och instruktioner i de fall där patienten så önskade. Avslutningsvis formulerades mål till nästa behandling. Ny dagbok lämnades ut till alla vid det andra besöket utom till en person där filmen avslutades innan det var aktuellt.

Tabell 3. Checklista besök 2

Checklista för besök 2 (n=7*)	Interventionen genomförd enligt protokoll	Kommentarer
a) Genomgång av dagbok	7/7	
b) Uppföljning av tidigare målsättning	7/7	
Diskussion kring de långsiktliga målen	7/7	
c) Information att målen kan ändras under behandlingens gång	4/7	Information ges angående utvärdering av mål men inte att målen kunde ändras under behandlingens gång
d) Infärgning	7/7	
e) Formulera mål till nästa behandling	7/7	
f) Introduktion av ny dagbok	6/7	Videoinspelningen tar slut innan en eventuell dagbok lämnats ut

* antalet videor

Sammanställning av besök 3: Två videofilmer granskades rörande det tredje besöket. Båda behandlingarna började med genomgång av dagbok och målsättning. Båda patienterna färgades in och möjlighet till övning och instruktion gavs om så önskades. Besöket avslutades i båda behandlingarna med mål till nästa behandling. En strategi för framtiden introducerades, och patienten ombads att tänka på det till nästa besök.

Tabell 4. Checklista besök 3

Checklista för besök 3 (n=2*)	Interventionen genomförd enligt protokoll	Kommentarer
a) Genomgång av dagbok/målsättning	2/2	
b) Infärgning	2/2	
c) Målformulering till nästa behandling	2/2	
d) Introduktion "strategier för framtiden" inför nästa besök	2/2	

* antalet videor

Sammanställning av besök 4: Två videofilmer granskades rörande det fjärde besöket. Tandhygienisten och patienten gick igenom dagbok och målsättningar i båda de filmade behandlingarna. Infärgning och eventuellt ytterligare instruktion utfördes i båda behandlingarna. Vid detta fjärde besök diskuterades positiva och negativa händelser som kunde utgöra ett framtida problem och en ny dagbok lämnades ut. Detta skedde i båda de filmade behandlingarna vid besök fyra.

Tabell 5. Checklista besök 4

Checklista för besök 4 (n=2*)	Interventionen genomförd enligt protokoll	Kommentarer
a) Genomgång av dagbok/målsättning	2/2	
b) Infärgning	2/2	

c) Målformulering till nästa behandling	2/2
d) Diskussion angående olika situationer som kan bli problem för patienten	2/2
e) Lämnas dagbok ut	2/2

*Antalet videor

Diskussion

Det visade sig att tandhygienisten följer studieupplägget så som det var tänkt i alla besöken. Exempelvis att de tillsammans med patienterna formulerar mål, utför infärgningar på patienternas tänder, går igenom patientens tandstatus och så vidare.

Metod diskussion

Analysen av filmerna gjordes först och främst enskilt av var och en av författarna. Sedan jämfördes analyserna för att komma fram till ett gemensamt resultat. Videofilmerna sågs enskilt utan störningar från omgivning och från varandra detta gör att reliabiliteten stärks för den metoden som användes. Då författarna var oense om en punkt i en video sågs denna video om igen av båda författarna för att komma fram till ett gemensamt resultat. Författarna har inte heller varit med i utarbetandet av interventionen eller i behandlingen av patienterna.

I en analys av ett patientbesök tog filmen slut innan behandlingen var färdig. Videon avslutades precis innan en eventuell dagbok lämnades ut till patienten. Följsamheten till studieupplägget i besöket var annars korrekt men resultat påverkades negativt.

Då tandhygienisterna blivit filmade kan man ifrågasätta om videoinspelningen har påverkat följsamheten hos dem. Det kan ha ökat uppmärksamheten av hur behandlingen skulle genomföras i och med att de är medvetna om att de dokumenterades. Patienterna har också valts ut till studien. Det kan ha påverkat resultatet. Ett slumpmässigt urval är att föredra för att styrka den interna validiteten.

Mallen som användes kan vara användbart för andra som vill undersöka följsamheten till studieupplägget i den experimentella tvågrupps studie. Mallen omfattade flera påståenden

med fasta JA/NEJ svarsalternativ till respektive påstående. Detta för att på ett enkelt sätt kunna få fram resultat om tandhygienisterna följde studieupplägget eller inte. Mallen tar studieupplägget som vi vill veta och mäter det som är relevant för denna studie och kan användas på andra urval av grupper, därför anses denna mall ha hög validitet och reliabilitet. Det hade dock varit fördelaktigt om det funnits utrymme för eventuella kommentarer.

Vid analys av hälsoprogram kan frågor ställas som följande: fungerar programmet kliniskt på det sätt som intentionen var tänkt, vilka styrkor och svagheter finns i programmet, hur exakt skiljer sig programmet från traditionell praktik, fanns det några hinder för att implementeringen lyckades? Att finna vetenskapliga artiklar kring följsamhet till olika studieupplägg är svårt eftersom det inte finns särskilt mycket forskning kring detta ämne (9,10).

Videofilmer efter 1-månadskontrollen exkluderas och dessa videofilmer tros inte ha kunnat påverka resultatet av studien då interventionen ”byggs upp” i början av behandlingen det vill säga den första månaden. Inklusionskriterierna anses inte ha kunnat påverka studiens resultat då det är följsamheten i experimentgruppen som studerats och den första månaden av behandlingen då det är där interventionen ses tydligast.

Resultatdiskussion

Treatment Integrity spelar en viktig roll för att fastställa behandlingen och för att utvärdera dess effektivitet. Kan inte TI säkerställas äventyras validiteten i studien (15). TI har här endast studeras med direkt metod analys av de videoinspelade behandlingar som granskas efter ett protokoll. Resultaten skulle kunna stärkas ytterligare genom att studera följsamheten till studieupplägget med en indirekt metod som inkluderar analys av rapporter från behandlare och studiedeltagare rörande behandlingsinnehåll samt dagböcker eller liknande dokument.

Den direkta metoden visade på att tandhygienisterna följer studieupplägget som det var tänkt. Dock missade tandhygienisten vid tre av behandlingarna att informera patienten om att de mål han har satt upp kan ändras under behandlingens gång. Informationen som saknades kan ha berott på att tandhygienisten glömde bort det, att hon ansåg att patienten tog det för givet eller att tandhygienisten själv tog det för givet. Målen kan komma att ändras under

behandlingstidens gång. Det kan vara viktigt att få höra det för att öka patientens känsla av delaktighet i behandlingen.

Implementering av kognitiv beteende intervention integrerat med tandhygienistbehandling är en helt ny behandlingsmetod (6). Det kan ha påverkat den interna validiteten genom ett ökat engagemang hos behandlarna. Att en av tandhygienisterna också är författare till studien, kan ha ökat hennes engagemang och vilja att lyckas. Dock kan ingen skillnad ses i behandlingarna av de två tandhygienisterna då båda följer studieupplägget som det är tänkt.

En av studieuppläggets punkter är att sätta upp mål med behandlingen. Även denna del av studieupplägget uppfylls men vi tycker att målformuleringen skulle uttryckas mer av patienten. I några besök där tandhygienisten tillsammans med patienten skulle sätta upp mål med behandlingen var det tandhygienisten själv som satte målen för patienten. Istället för att låta patienten själv sitta tyst och tänka en stund så gav tandhygienisten förslag på olika mål som patienten skrev upp istället för att formulera egna mål. Det gör att patientens målsättning inte riktigt blir patientens egen utan tandhygienistens. Om målen inte känns viktiga för patienten är chansen liten att hon kommer att lägga ned det arbete som krävs. Motivationen är nyckeln till mål och skapar energi och ger inspiration. Man får alltså inte sätta för många och för svåra mål, utan prioritera vad som är viktigt för en själv och rikta sin fokus mot detta. Därför bör patienten själv tänka ut och uttrycka sina egna mål.

Då interventionen baseras på en kognitiv beteendemetod, som är helt nytt inom tandvården, är det viktigt att redan i början korrigerar fel och hitta svagheter för att metoden skall kunna förbättras. Det är kanske ännu viktigare att visa på dess styrka för att utveckla och förbättra de nuvarande behandlingsmetoderna. Om resultatet av interventionen är positivt och rekommenderas som behandlingsmetod inom tandvården är det viktigt att kunna påvisa att interventionen utförts så som det var tänkt. Därför var denna studie viktig.

Förslag till vidare forskning

Ytterligare forskning kring följsamhet av interventioner är önskvärt då det är viktigt att kunna fastslå om behandlingar utförs som det var tänkt. Följsamhet till studieupplägg är grunden för fastställandet av resultat av interventioner och ändå är det ovanligt med forskning kring detta. Förslag till vidare forskning skulle kunna vara att inte bara fastslå att följsamheten följs utan också hur den följs.

Referenser

1. Kompetensbeskrivning för Legitimerad Tandhygienist. Publicering
www.socialstyrelsen.se, december 2005.
2. Öhrn, K. The role of dental hygienists in oral health prevention. *Oral Health Prev Dent*; 2: Supplement 1: 277-281. 2004.
3. Axelsson, P. Lindhe, J. Nyström, B. *On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15 –year-longitudinal study in adults.* J Clin Period 1991. 13:182-189.
4. Badersten, A., Nilvéus, R. & Egelberg, J. Effect of non-surgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J Clin Period* 1981. 8:5272
5. Darby, M.L. & Walsh, M.M.. *Dental Hygiene Theory and Practice.* Philadelphia: W B Saunders Company, 2003.
6. Jönsson, B., Öhrn, K., Oscarson, N. & Lindberg, P. An individually tailored treatment programme for improved oral hygiene:introduction of a new course of action in health education for patients with periodontitis. *International Journal of Dental Hygiene.* 2009. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00350.x>
7. Watt, RG. Fuller, S. Harnett, R. et al. *Oral health promotion evaluation- time for development.* Community Dent Oral Epidemiol 2001;29: 161-6. Munksgaard , 2001.
8. Morrison, V. & Bennet, P. *Health Psychology. An introduction* New Jersey: Pearson Higher Education. 2005.
9. Stewart, J. E., Wolfe, G. R., Maeder, L. & Hartz, G. W. Change in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. *Patient Education and Counseling* **27**, 269-277. 1996.
10. SBU. Kronisk parodontit -prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturoversikt. (Review No. 169). The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) 2004.
11. Allmän SiS –rapport 2004:8. Principer för behandling av drogberoende. En forskningsbaserad vägledning. ISSN 1404-2584.1
12. Priest V, Speller V. *Risk factor Management Manual.* Oxford: Radcliff Medical Press. 1991.

13. Davidsson, K., Goldstein, M., Kaplan, R., Kaufmann, P., Knatterud, G., Orleans, C., Spring, B. Trudeau, K. & Whitlock, E. Evidence-based behavioural medicine: What is it and how do we achieve it? *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161-171. 2003.
14. Perepletchikova, F. Treat, T. & Kazdin, A. Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of associated factors. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 75, 829-841. 2007.
15. Kazdin, Alan E. Treatment Integrity and Therapeutic Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*: Volume 12(4) Winter 2005 365-383
16. Sandborg, M. Screening, Targeting, Tailoring and Implementation in Primary Health Care. An integrated Physical therapy and behavioural medicine approach to persons with persistent musculoskeletal pain. ACTA Universitetatis. Uppsala. 2008.
17. Renz, A. Newton, T. Robinson, P. G. & Smith, D. *Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2, CD005097. doi:10.1002/14651858..pub2. 2007.
18. Malterud K. Validitet. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur; 1998.

Bilaga 1

Frågeformulär ställt utifrån Checklistan för experimentgruppen

Vid Besök 1.

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Introduceras de långsiktiga målen? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nämnas det att patientens egna önskningar och förhoppningar på behandlingen är viktig för hur behandlingen skall läggas upp? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diskuteras tidigare erfarenheter angående parodontit? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Genomgång av status? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anamnesupptagning av munhygienvanor? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 6. Infärgning? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 7. Diskuteras olika munhygieniska hjälpmedel? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 8. Får patienten öva munhygien vid tvättfatet? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 9. Formuleras mål till nästa behandling? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 10. Introduceras dagbok? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |

Vid Besök 2.

- | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1. Genomgång av dagbok? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 2. Uppföljning av tidigare målsättning? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diskuteras de långsiktiga målen?
<i>(Patienten formulerar de 3 viktigaste målen.
Där 1 är det viktigaste att uppnå, 2 näst viktigast osv.)</i> | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Informeras patienten om när målen ska utvärderas och att de kan ändras under behandlingens gång? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Infärgning? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 6. Formuleras mål till nästa behandling? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| 7. Introduceras en ny dagbok? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |

Vid besök 3.

1. Genomgång av dagbok?

JA

NEJ

2. Uppföljning av tidigare målsättning?

JA

NEJ

3. Infärgning

JA

NEJ

4. Formuleras mål till nästa behandling?

JA

NEJ

5. Introduceras ”strategier för framtiden”?

JA

NEJ

(Att tänka på inför nästa besök)

Vid besök 4.

1. Genomgång av dagbok?

JA

NEJ

2. Uppföljning av tidigare målsättning?

JA

NEJ

3. Infärgning?

JA

NEJ

4. Formuleras mål till nästa behandling?

JA

NEJ

5. Diskuteras olika situationer som kan bli problem framöver, både positiva och negativa händelser?
(*Ha den närmaste månaden som utgångspunkt*)

JA

NEJ

6. Lämnas dagbok ut?

JA

NEJ