

HOVEDBUDSKAP

- Travle tannleger trenger effektive kommunikasjonsverktøy.
- En odontologisk konsultasjonsmodell, kalt «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk», er blitt utledet fra en anerkjent medisinsk modell og tilpasset tannlegers kliniske hverdag.
- Modellen inneholder brukervennlige og effektive kommunikasjonsverktøy, supplert med verbale eksempler.
- Modellen skal være anvendelig for ulike kategorier av tannleger, konsultasjoner og pasienter.

FORFATTERE

Jorun Torper, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)

Vibeke Ansteinsson, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)

Tonje Lundeby, Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling Helse Sør-Øst, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus

Sekundærpublikasjon av: «Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit?» Publisert i *European Journal of Dental Education* 2019, 1–10.
DOI:10.111/eje.12 421

Korresponderende forfatter: Jorun Torper, TkØ, Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo.
E-post: jorunt@ostfoldfk.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Torper J, Ansteinsson V, Lundeby T. Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane?

Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane?

Jorun Torper, Vibeke Ansteinsson og Tonje Lundeby

SAMMENDRAG

Artikkelen presenterer en konsultasjonsmodell for tannleger, i et didaktisk og strukturert format, som gjør den enkel og brukervennlig i en travel klinisk hverdag.

Modellen er videreutviklet fra den medisinske konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner (The Four Habits Model (4H))» og tilpasset til den spesielle strukturen og innholdet i et tannlegebesøk. Det karakteristiske ved tannlegebesøket er vekslingen mellom samtale og behandling i munnen, noe som gjør verbal kommunikasjon spesielt utfordrende.

Modellen har blitt supplert med en ekstra vane, å fasilitere opplevelse av kontroll (FK), på grunn av den avgjørende betydningen dette har under tannlegebesøk. Vi foreslår derfor å kalle modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD))». Den odontologiske modellen består av et strukturelt basis-rammeverk, anvendelig for alle tannlegebesøk, og noen utvidelser som er anvendelige til spesielle formål.

Modellen bør ha klinisk relevans, både med tanke på bedre pasientbehandling og pasientopplevelse, men også fordi den kan lette den kliniske hverdagen for tannleger i ulike kliniske settinger. Den har også vist seg å være et fleksibelt rammeverk for kommunikasjonstrening på alle stadier av tannlegeutdannelsen. Forskning er

nødvendig for å validere og teste modellen, både klinisk og som undervisningsverktøy.

INTRODUKSJON

Den «pasientsentrerte klinisk metoden» ble utviklet på midten av forrige århundre, og har fått stadig større innpass i ulike helseprofesjoner. Metoden innebærer at man ikke bare forholder seg til pasientens sykdom (oppgavefokusert), men også til pasientens opplevelse av sykdommen (pasientsentrert), for å komme fram til en felles forståelse. En slik tilnærming inkluderer pasientens perspektiv, som forventninger, preferanser, symptomer og bekymringer. Medisinsk forskning har vist at bruken av den pasientsentrerte kliniske metoden kan knyttes til bedret diagnostisk kvalitet, pasienttilfredshet, terapeutisk allianse og til reduksjon av frykt og uro (1, 2). Det er også i odontologien stadig mer fokus på pasientsentrert tilnærming i behandler-pasientforholdet (3).

Innen medisin er det opp gjennom årene blitt publisert flere pasientsentrerte konsultasjonsmodeller (2, 4–7). Modellene viser hvordan en konsultasjon kan struktureres, og hvordan behandleren kan veksle mellom ulike ferdigheter, for å bli målrettet og effektiv, samtidig som man ivaretar relasjonen. Slike modeller blir mye brukt i kommunikasjonsundervisningen for leger, og noen steder også for tannleger, siden mange læresteder organiserer fellesundervisning av de to profesjonene under deler av studiet. En slik fellesundervisning av studenter i medisin og odontologi har vært organisert ved Universitetet i Oslo siden slutten av nittitallet. Tannlegestudentene følger den medisinske kommunikasjonsundervisningen i de prekliniske semestrene, for senere å skifte over til separat kommunikasjonstrening når de kommer videre til Det odontologiske fakultet. Overgangen fra fellesundervisning i kommunikasjon i en medisinsk kontekst til trening av kommunikasjonsferdighetene i en odontologisk kontekst medfører noen utfordringer. Det mest utfordrende i denne overgangen har vært mangelen på en didaktisk konsultasjonsmodell som passer inn i tannlegestudentenes og tannlegenes kliniske virkelighet, og som samtidig er i overensstemmelse med det medisinske rammeverket studentene allerede har lært i den prekliniske fellesundervisningen. En modell som bedre speiler tannlegenes kliniske hverdag ville kunne bidra til å styrke studentenes profesjonelle identitet, og dermed motivasjonen deres for å trene kommunikasjonsferdigheter. I arbeidet med å løse denne utfordringen, oppsto ideen om å utlede en odontologisk konsultasjonsmodell basert på samme generiske rammeverk som i fellesundervisningen.

Opprinnelig var fellesundervisningen ved Universitetet i Oslo influert av «Calgary Cambridge-modellen» (5), et omfattende rammeverk for medisinske konsultasjoner. Modellen inneholder et sett

av grunnleggende ferdigheter, og vektlegger hvordan de oppgavefokusede ferdighetene går hånd i hånd med relasjonsbyggende ferdigheter gjennom hele konsultasjonen. Ferdighetene her er direkte overførbare til odontologi, og de pedagogiske metodene for undervisningen av grunnferdighetene (8) blir fortsatt benyttet innen begge profesjonene. I en odontologisk kontekst vil «oppgavefokusede» ferdigheter for eksempel sikte mot presis diagnostikk, forsvarlige behandlingsvalg, teknisk kvalitet, og effektive, målrettede konsultasjoner. «Relasjonsbyggende» ferdigheter handler om å skape tillit, få fatt i pasientens problemer, oppfatninger, behov og følelser, og håndtere disse på en god måte.

En annen modell som har vært mye praktisert innen medisin, er «Smith's integrerte modell» (2,4). Smiths modell inneholder, i likhet med Calgary Cambridge-modellen, både oppgavefokusede og relasjonsbyggende ferdigheter som er overførbare til odontologi. Med sin oppdeling i sekvenser, virket Smiths modell noe tettere opp til en odontologisk hverdag. Allikevel gjenstod det noen grunnleggende ulikheter mellom de to profesjonene som ikke ble reflektert i de foregående modellene. Dette synliggjorde behovet for en modell som var mer tilpasset odontologisk virkelighet, for å styrke studentenes profesjonelle identifikasjon, og dermed motivasjonen for å trene.

Et legebesøk består vanligvis av én sammenhengende samtale, mens tannlegene veksler mellom samtalefaser og kliniske faser, der pasienten er forhindret fra å delta i samtalen. En annen ulikhet mellom de to profesjonene er at legen ofte utforsker psykososiale aspekter mer aktivt, for å kunne tilby en mer helhetlig behandling av pasientens problem. Selv om tannlegene også inkluderer psykososiale aspekter, kan man hevde at det gjennomsnittlige tannlegebesøket består av mer klinisk behandling. Det er derfor avgjørende at en modifisert odontologisk modell er fleksibel nok til å inkludere både psykososiale aspekter og de mer kliniske «hands-on» oppgavene som utgjør tannlegenes kliniske hverdag, slik at den blir anvendelig for flest mulig klinikere, konsultasjoner og pasienter.

«The Four Habits Approach (4H)» (6,7) ble introdusert i fellesundervisningen med medisin ved Universitetet i Oslo i 2006. Denne modellen ble vurdert til å ligge tettere opp mot behovene til travel praktiserende tannlege enn andre modeller, fordi den fokuserer på effektivitet, men allikevel har en pasientsentrert tilnærming. De fire «vanene» som ble løftet opp i modellen, tilsvarte nøyaktig de ferdighetene som allerede hadde vært ekstra vektlagt i kommunikasjonstreningen av tannlegestudentene. Modellen har et didaktisk og strukturert format, og forutsetter at man mestrer et underliggende sett av kommunikasjonsferdigheter, som alle er funnet å være assosierte med positive utfallsmål. De underliggende ferdighetene samsvarer med de andre konsultasjonsmodellene, men organiseringen

av ferdighetene i en logisk struktur av «vaner» og «vane-komponenter» gjør det enklere å huske dem, trene på dem og praktisere dem i en klinisk hverdag. Denne modellen er derfor mer brukervennlig i det travle hverdagslivet til tannleger og tannlegestudenter enn tidligere modeller. Valget av 4H som utgangspunkt for tilpasningen til odontologi ble etter hvert ytterligere forsterket av at modellen ble validert i flere forskningsprosjekter på ulike medisinske konsultasjoner (7,9–11).

Læring og implementering av kommunikasjonsferdigheter i odontologi er ingen «kvikk fix» (12). Tannlegestudenters og klinikers lære-prioritering kommer ofte i skvis, siden tid til trening på kommunikasjonsferdigheter stadig konkurrerer med trening på tekniske ferdigheter og kliniske fag. I tillegg er det utfordrende å organisere kommunikasjonstrening integrert med den kliniske treningen, og undervisnings-ressursene er ofte for knappe. Til tross for disse utfordringene har undervisning av 4H i medisin vist seg å være gjennomførbar (10,11) og er allerede i gang i stor utstrekning. Siden våre tannlegestudenter allerede kjente 4H fra den prekliniske fellesundervisningen, ville videreføringen av dette generiske rammeverket etter all sannsynlighet bidra til å lette den videre ferdighetstreningen. Alt i alt pekte disse faktorene mot at 4H ville være den beste modellen å tilpasse til odontologi.

Målsetningen med denne artikkelen er å beskrive denne tilpasningen og presentere den odontologiske modellen, som vi har valgt å kalle «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (på engelsk: The Four + One Habits for Dental Visits (4+1HD))».

TILPASNINGEN AV 4H-MODELLEN TIL ODONTOLOGISK KONTEKST

Den medisinske 4H-modellen består av én sammenhengende samtale (figur 1). De opprinnelige fire vanene kan anvendes som overordnet rammeverk også for tannlegebesøk: Fordi pasientene under det meste av tannlegebesøket, i de kliniske fasene, er forhindret fra å

snakke, er det særdeles viktig å investere i de samtalemuligheten man har i starten (vane I) og i avslutningen (vane IV) for å få tak i pasientens perspektiv (vane II). Siden tannbehandling ofte forbindes med smerte eller uro, er det også spesielt viktig å vise empati (vane III).

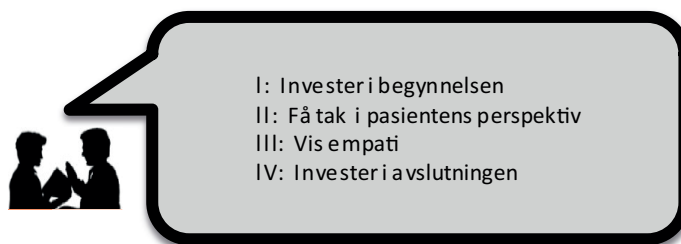
Men fordi tannlegebesøkene stadig veksler mellom samtalefaser og kliniske faser (figur 2), er det foreslått noen strukturelle tilpasninger av modellen for at den skal fungere optimalt: Hver av de separate samtalefasene under et tannlegebesøk har sine bestemte temaer og oppgaver å løse, før man kan gå videre med det kliniske. For å gjøre disse separate samtalefasene mer strukturerte og effektive, har vanene også blitt implementert innenfor hver av dem. Med denne strukturen sikrer man at mest mulig blir avklart mens pasienten har mulighet til å uttrykke seg verbalt.

Den tilpassede odontologiske modellen (4+1HD) består av en basis-kjerne av tre ordinære samtalefaser og to kliniske faser (figur 2), som er anvendelige i alle typer kliniske konsultasjoner. Denne basis-kjernen er supplert med tre utvidelser (stiplede snakkebobler i Figur 2) for å dekke andre temaer som ofte er aktuelle og trenger å samtales om i et tannlegebesøk.

I vestlige land føler cirka 20–30 % av voksne pasienter grader av frykt i forbindelse med tannlegebesøk, og cirka 4–5 % lider av odontofobi (13,14). Kartlegging og håndtering av disse pasientene bør være en integrert del av klinisk praksis. Studier fra allmennpraksis har vist at det å rutinemessig identifisere og kartlegge uro og frykt/fobi har positiv innvirkning på engstelige pasienter, men allikevel er det bare et fåtall tannleger som praktiserer dette rutinemessig (15–18). Systematisk kartlegging av frykt og uro har derfor blitt inkludert i den odontologiske konsultasjonsmodellen. Dette temaet er implementert som en ekstra komponent under vane II (få tak i pasientens perspektiv) og utgjør en utvidelse av den pre-kliniske samtalen som finner sted når en pasient er ny på klinikken (figur 2).

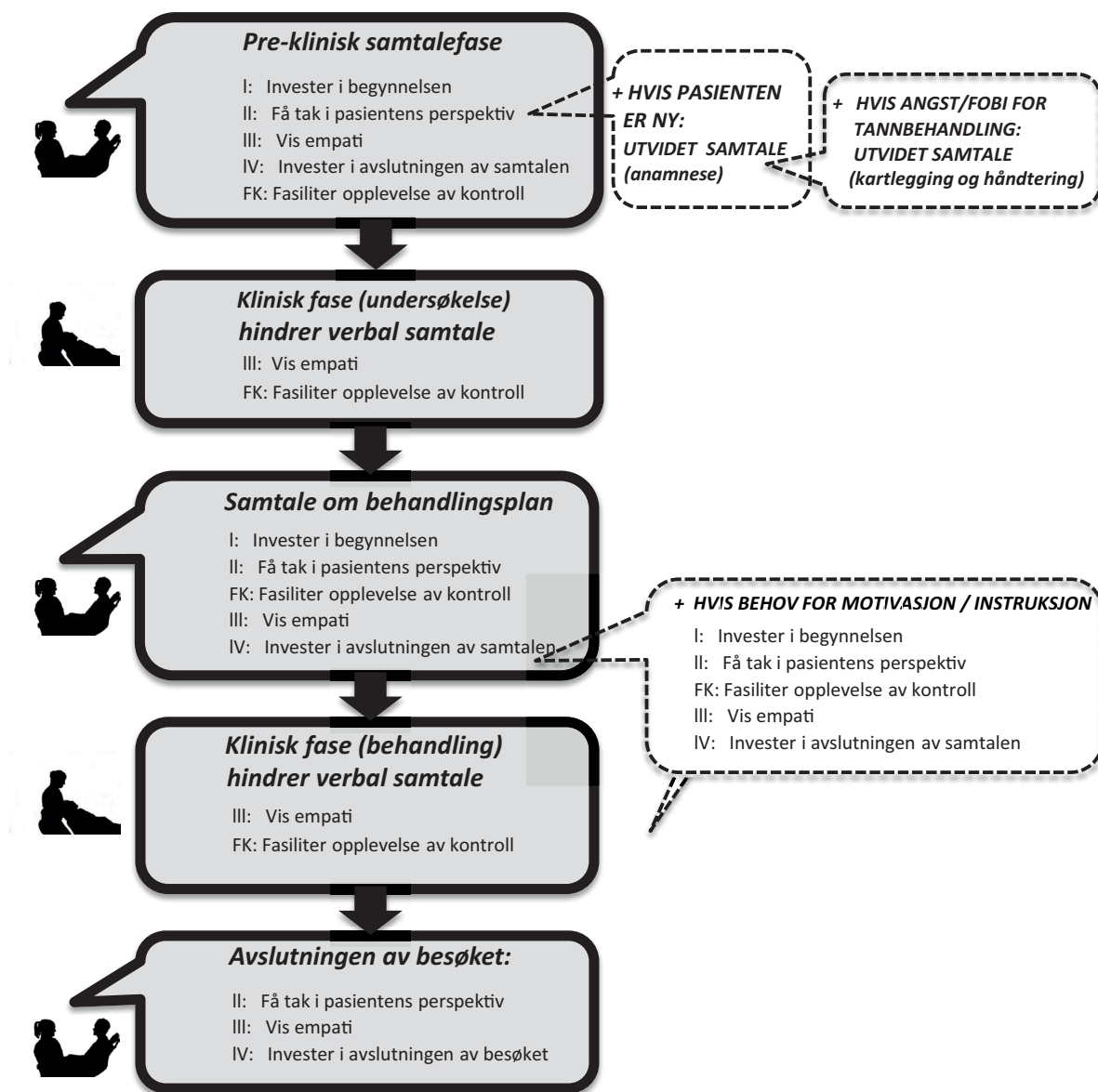
Til forskjell fra et legebesøk inneholder tannlegebesøket vanligvis klinisk behandling, som kan være forbundet med ubehag eller

Den opprinnelige modellen «Fire Gode Vaner for Legebesøk»



Figur 1. Den opprinnelige modellen «Fire Gode Vaner for Legebesøk (4H)». Legebesøket er symbolisert med en sammenhengende snakkeboble.

Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (4+1HD)»



Figur 2. Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (4+1HD)». Tannlegebesøket er oppdelt i flere samtalefaser (snakkebobler), avbrutt av kliniske faser. Kjernefasene som alltid finner sted (kortvarige eller lengre), er gråfarget med tykke kanter. Sporadiske samtalefaser (som finner sted bare når de er relevante), er symbolisert med stiplede snakkebobler.

smerte, og hvor pasienten i tillegg er forhindret fra å uttrykke seg verbalt mens behandlingen pågår. Det er derfor viktig å gi pasienten opplevelse av kontroll, noe som har vist seg å være en avgjørende faktor i forebyggingen av frykt og behandlingsrelaterte problemer (14,19–22). En ekstra vane, å legge til rette for (fasilitere) opplevelse av kontroll (FK), har derfor blitt føyet til i modellen.

DEN TILPASSEDE ODONTOLOGISKE MODELLEN

Tannlegebesøket er presentert i tabellform (tabell 1) med kronologisk inndeling i faser. Tabellen inneholder vanene, deres underliggende vane-komponenter og ferdigheter, supplert med verbale eksempler. Tabellen er inndelt i seksjoner som er plassert i tilknytning til teksten, slik at ferdighetene og eksemplene kan leses etter hvert som fasene beskrives der.

Den pre-kliniske samtalefasen

Den pre-kliniske samtalefasen kan være kort eller langvarig, avhengig av hva slags problem pasienten kommer med og hvor mye informasjon som må utveksles for å løse det. Oppdraget kan variere, fra en enkel reparasjon eller planlagt kontrolltime med en kjent pasient, til konsultasjoner som innebærer mer omfattende kartlegging, for eksempel ved komplekse problemstillinger, eller første møte med nye pasienter. Uavhengig av varighet eller oppdrag, vil de gode vanene være anvendelige som strukturelt rammeverk for denne samtalefasen:

Investert i begynnelsen (vane I)

De første sekundene av besøket er avgjørende for etableringen av relasjon og tillit. Man bør forberede behandlingsrommet og legge til rette for en imøtekommende atmosfære, og bruk av nonverbale ferdigheter er spesielt viktig her. De tre vane-komponentene fra den opprinnelige modellen kan overføres direkte til odontologisk kontekst:

Etabler kontakt raskt

Når man kjenner pasienten, kan den pre-kliniske samtalen ofte være kort og oppgavefokuset. Det kan gå raskt å etablere kontakt og senke pasientens skuldre ved hjelp av en hyggelig kommentar eller ved å referere til tidligere besøk. Når pasienten er ny, kan kontaktetableringen derimot være mer tidkrevende.

Få tak i pasientens hensikt med besøket

Denne komponenten kan ha ulik varighet, avhengig av antallet og kompleksiteten på de problemene pasienten kommer med. Så snart man har fått fram det første problemet og har respondert på dette, spør man pasienten om det er flere ting han ønsker å ta opp.

Planlegg besøket i samråd med pasienten

Etter å ha kartlagt og respondert på alle pasientens problemer og behov, bør tannlegen sette en agenda for besøket, hvor pasientens prioriteringer blir ivarettatt. I de tilfellene hvor tannlege og pasient allerede har avtalt en plan i forkant av besøket, bør man sørge for å få bekreftet at pasienten er innforstått med denne og fortsatt er innstilt på å gjennomføre planen.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

I den opprinnelige medisinske modellen består vane II av tre hovedkomponenter:

Få tak i hvordan pasienten selv vurderer tilstanden

Pasienter har ofte sine egne ideer om symptomene, årsakene til problemet og hvordan det kan løses. Dette bør man utforske, for å kunne etablere en felles forståelse med pasienten, spesielt hvis man ikke kjenner vedkommende, eller når pasienten ikke har opplevd et lignende problem tidligere.

Få fram betydningen av plagene for pasientens dagligliv og velvære

Noen ganger kan symptomer eller bekymringer påvirke pasientens dagligliv, for eksempel ved kroniske smerter, nedsatt funksjon eller problemer knyttet til utseende og lukt. Denne typen temaer bør kartlegges.

Klargjør pasientens forventninger og spesifikke behov

I den pre-kliniske samtalen handler denne klargjøringen som oftest om forventningene til hva som skal skje i besøket, men den kan også dreie seg om spesifikke behov pasienten trenger å få ivarettatt under besøket. Behov vedrørende de kliniske prosedyrene vil bli beskrevet senere.

Tilleggsteamaer når en pasient er ny på klinikken

I den aller første konsultasjonen på en ny tannklinikk utvides den pre-kliniske samtalefasen (figur 2 og tabell-seksjon 1) for å få tak i flere aktuelle temaer av pasientens perspektiv, som relevant medisinsk og odontologisk anamnese. På dette tidspunktet bør det også rutinemessig kartlegges om pasienten har problemer knyttet til tannbehandling, eventuelt uro og frykt. Siden temaet tannbehandling frykt kan vekke følelser som forsvar eller skam hos pasientene, bør dette temaet tas opp på en sensitiv og tillitsvekkende måte, slik at pasienten får muligheten til å utlevere eventuelle utfordringer på sine egne premisser.

Tilleggsteamaer hvis det avdekkes uro, frykt eller fobi knyttet til tannbehandling

I de tilfellene en pasient signaliserer uro eller frykt, må denne delen av den pre-kliniske samtalen utvides ytterligere (figur 2 og tabell-seksjon 1), for deretter å diskutere med pasienten hvordan man skal gå videre. Her kan det for eksempel være aktuelt med kliniske tilpasninger som kan hjelpe pasienten å mestre behandlingssituasjonen, eller med andre angst-reduserende tilnærminger (14, 20).

Vis empati (vane III)

I den medisinske modellen består vane III av tre hovedkomponenter: vær åpen for pasientens følelser, gi en empatisk respons, og vis empati også nonverbalt. I den odontologiske versjonen er det viktig å presisere at vane III er inkludert i alle samtalefaser og kliniske fa-

Tabell Seksjon 1. Pre-klinisk samtalefase. Kjernesamtalene som alltid finner sted (kortvarig eller lengre), er farget grå. Sporadiske temaer (som finner sted bare når de er relevante), er ikke farget				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Pre-klinisk samtalefase	Invester i begynnelsen (I)	Etabler kontakt raskt	<ul style="list-style-type: none"> • Presenter deg for alle i rommet som ikke kjenner deg, og anerkjenn eventuell venting • Sørg for at pasienten får en behagelig, oppreist sitteposisjon. Tilpass øyekontakt, språk og tempo. <ul style="list-style-type: none"> – «Velkommen, Steffensen, vær så god å sitte ned, – Takk for at tålmodigheten med at vi ble ti minutter forsinket» • Start gjerne med litt «smalltalk» for å senke skuldre, eventuelt vis kjennskap til pasienten ved å referere til tidligere besøk eller problemer: <ul style="list-style-type: none"> – «Jeg er spent på hvordan det har gått med deg etter behandlingen vi gjorde forrige måned, – få høre...» 	<p>Skape en hyggelig atmosfære, senke pasientens skuldre</p> <p>Få raskere tilgang til viktig informasjon fra pasienten.</p>
		Få fram pasientens hensikt med konsultasjonen	<ul style="list-style-type: none"> • Start med åpne spørsmål og lyttende ferdigheter: <ul style="list-style-type: none"> – «Hva kan jeg hjelpe deg med idag?» – «Jeg forstår at du er her pga. tannverk, vær snill å fortelle meg mer om den?» – «OK, du ønsker altså først og fremst få lindret smerten du har på høyre side i underkjeven, – er det noe annet du har lyst til å ta opp i dag?» 	<p>Øke diagnostisk nøyaktighet</p> <p>Få tidlig oversikt, og minimere sløsing med tid</p>
		Planlegg konsultasjonen i samråd med pasienten	<ul style="list-style-type: none"> – «OK, la oss oppsummere: Du trenger å få lindret tannverken på høyre side i underkjeven, men du er også plaget av den brukne fortannen. Jeg er ikke sikker på om vi kan få løst begge problemene innenfor den tiden vi har til rådighet i dag. Hvilken av dem vil du prioritere å komme i gang med først?» 	<p>Definere felles mål og rammer for konsultasjonen</p>
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	Få tak i hvordan pasienten selv vurderer tilstanden	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegg pasientens egne vurderinger ved hjelp av åpne, utforskende spørsmål og lyttende ferdigheter: <ul style="list-style-type: none"> – «Hva tror du selv denne smerten i kjeven kan komme av?» – «Har du prøvd noe tidligere som har vært til hjelp?» 	<p>Øke diagnostisk nøyaktighet</p> <p>Få tak i underliggende bekymringer, forventninger og eventuelle naivteorier</p>
		Få fram betydningen av plagene for pasientens dagligliv og velvære	<ul style="list-style-type: none"> – «Hvordan påvirker dette dagliglivet ditt, f.eks. behovene dine når det gjelder måltider og ernæring?» 	<p>Styrke tillit og allianse</p>
		Klargjør pasientens forventninger og spesifikke behov	<ul style="list-style-type: none"> – «Hva har du tenkt på at jeg kunne gjøre med dette i dag?» – «Er det noe spesielt du vil jeg skal være oppmerksom på i dag?» 	<p>Lette behandlings-situasjonen</p>
			<p>Ytterligere temaer og eksempler ved nye pasienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «For å sikre deg en trygg og god behandling, trenger jeg å kartlegge noen medisinske spørsmål; OK?» – «For å gjøre behandlingen mest mulig behagelig for deg, er det noe spesielt du ønsker jeg skal ta hensyn til?» – «Er det noe annet jeg kan gjøre som ville lette behandlingssituasjonen for deg?» <p>Ytterligere eksempler hvis det kommer fram at pasienten har frykt eller fobi for tannbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Det virker som du gruer deg til denne behandlingen; hva er det du opplever mest ubehagelig eller skremmende ved den?» – «La oss snakke litt om hvorfor og hvordan disse reaksjonene trigges, er det OK for deg?» – «For at behandlings-situasjonen skal bli lettere håndterbar for deg, vil jeg gjerne at vi diskuterer hva slags «spilleregler» du vil jeg skal følge, og hvilke mestrings-strategier som kan være nyttige for deg å bruke hvis noe allikevel skulle oppleves som vanskelig» (Teknikkene som er beskrevet i «The Expanded Four Habits Model» (28) kan brukes i denne kartleggingen) 	<p>Forebygge medisinske og andre problemer knyttet til behandlingssituasjonen</p> <p>Lette behandlings-situasjonen for begge parter</p> <p>Kartlegge og håndtere frykt og uro</p> <p>Vurdere og bli enige om en optimal tilretteleggelse</p> <p>Forebygge re-traumatisering</p>
	Vis empati (III)	Vær åpen for pasientens følelser Gi en empatisk respons ved behov Vis empati også nonverbalt	<ul style="list-style-type: none"> • Vær oppmerksom på hint og nonverbale tegn på følelser, og responder på en kulturelt adekvat måte • Hjelp pasienten med å sette navn på følelsen, og vis anerkjennelse: <ul style="list-style-type: none"> – «Dette høres vondt ut.» – «Det virker som dette har vært vanskelig for deg...» • F.eks ved stillhet, ansiktsuttrykk, berøring, osv 	<p>Bygge tillit og trygghet</p> <p>Bidra til pasient-tilfredshet og allianse</p>
	Invester i avslutningen (IV) av den prekliniske samtalen, og forbered det kliniske	Oppsummer all relevant informasjon, pasientens plager og behov og den avtalte agendaen for resten av konsultasjonen.	<ul style="list-style-type: none"> – «Slik jeg forstår det, vil du prioritere fortannen i overkjeven i dag, så la oss ta en titt på den først, OK?» – «OK, takk skal du ha for nyttige opplysninger. Da har jeg notert meg at du er allergisk for penicillin, og videre at du trenger å få pauser under behandlingen – «Er det noe mer du vil føye til før vi går i gang med det vi avtalte, å starte med et røntgen-bilde og finne ut hva som kan gjøres med smerten din i dag..?» 	<p>Gi forutsigbarhet og opplevelse av trygghet.</p> <p>Bidra til pasient-tilfredshet og allianse</p>
		Inviter til spørsmål før pasienten legges ned i behandlingsposisjon	<ul style="list-style-type: none"> – «Er det ellers noe mer du lurer på eller trenger, før jeg tar på meg munnbindet og forbereder utstyret?» 	<p>Forebygge frykt, stress og andre komplikasjoner under behandlingen</p>
Fasiliteter opplevelse av kontroll (FK)	Gi forutsigbarhet	<ul style="list-style-type: none"> – «Er du klar for å heises bakover?» 	<p>Lette grensesetting og mestring</p>	
	Introduser (eller påminn om) et avtalt stoppsignal	<ul style="list-style-type: none"> – «Hvis du skulle trenge å stoppe underveis, eller å si meg noe, kan du gi et signal med venstre hånd, slik.» 		

Tabell fortsetter

ser (figur 2 og alle tabell-seksjonene). Empatiske ferdigheter er en avgjørende del av den terapeutiske strategien i et tannlegebesøk, ikke minst når man skal utforske og håndtere behandlingsrelatert uro, frykt eller smerte.

Investering i avslutningen (vane IV) av den pre-kliniske samtalen Uansett om den pre-kliniske samtalen har vært kortvarig eller om den har blitt utvidet, for eksempel i forbindelse med en ny eller engstelig pasient, må alle relevante temaer være avklart og tatt hånd om før man går i gang med det kliniske arbeidet, siden dette forhindrer en videre likeverdig samtale. Vane-komponentene her består hovedsakelig av å oppsummere relevant informasjon, agendaen for besøket som er avtalt, eventuelle behov, og til slutt å invitere pasienten til å komme med spørsmål, før man legger stolen bakover i behandlingsposisjon.

Fasilitere opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Ved overgangen til klinisk fase bør tannlegen alltid huske på at behandling i et intimt og sårbart område kan assosieres med ubehag og smerte. Følelser som frykt og hjelpeløshet kan lett trigges når man ligger i en forsvarsløs posisjon med en tannlege bøyd over seg bakfra og man i tillegg har munnen full av hender og instrumenter, som hindrer verbale muligheter for å uttrykke seg. På dette stadiet i konsultasjonen bør det derfor legges til rette for at pasienten skal oppleve kontroll. Fasilitering av kontroll (FK) bør uttrykkes eksplisitt, og består av to hovedkomponenter:

Forutsigbarhet

Graden av forutsigbarhet bør skreddersys til pasientens kunnskapsnivå, angstnivå og/eller behov for detaljer. De fleste pasientene foretrekker å bare vite overskriftene på prosedyrene som skal utføres, mens andre trenger fortløpende oppdatering på hva som skjer og

hva som kan forventes. Behovet for forutsigbarhet er særlig knyttet til forventet grad av smerte. Hvis man ikke kjenner pasientens behov for forutsigbarhet, er det nyttig med en kort avklaring av dette i forkant.

Muligheten for å avbryte underveis

Pasientene bør rutinemessig oppfordres til å avbryte eller ta pause hvis de skulle trenge det underveis i den kliniske undersøkelsen eller behandlingen. Siden mange pasienter ikke er klar over denne muligheten eller kvier seg for å være til bry, bør alle nye pasienter bli introdusert til et eksplisitt, avtalt nonverbalt stoppsignal.

Den første kliniske fasen, undersøkelsen

Undersøkelsesfasen kan være kort eller langvarig, alt fra et røntgenbilde eller en kort kikk på et konkret problem, til en mer tidkrevende og omfattende undersøkelse. Siden samtale er forhindret mens selve undersøkelsen pågår, bør mest mulig av den verbale diagnostiske kartleggingen være unnagjort i forkant. Det kan allikevel bli nødvendig å stille supplerende spørsmål underveis for å sikre en mest mulig presis diagnose. Ellers, dersom pasienten er tilstrekkelig forberedt og avslappet, kan tannlegens en-veis-kommunikasjon under undersøkelsen begrenses til praktiske instruksjoner og informative kommentarer. I denne fasen er hovedsakelig to av vanene relevante:

Fasilitere opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Som nevnt tidligere, bør graden av forutsigbarhet skreddersys til den enkelte pasientens individuelle preferanser. Hvis de kliniske prosedyrene innebærer ubehag eller smerte, er det særlig viktig å forberede pasienten på dette og oppmuntre til å gi tegn hvis han skulle få behov for å avbryte.

Tabell seksjon 2: Klinisk fase, undersøkelse				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Klinisk fase undersøkelse	Fasilitere opplevelse av kontroll (FK)	Tilpass graden av forutsigbarhet og kontroll til den enkelte pasients individuelle behov	– «Da skal jeg starte med å undersøke tannkjøttet. Vil du at jeg skal informere deg fortløpende om hva jeg eventuelt finner, eller foretrekker du å vente og få en oppsummering når jeg er ferdig?» – «Jeg kommer til å føre denne sonden forsiktig rundt hver tann for å måle alvorlighetsgraden av betennelsen..»	Bidra til mestring og samarbeide fra pasienten
	Vis empati (III)	Vær oppmerksom på nonverbale tegn på smerte eller uro Gi en empatisk respons ved behov og oppmuntre til grensesetting	– «Jeg ser på skuldrene dine at du spenner deg litt... jeg vet at det kan være ubehagelig akkurat idet man treffer bunnen av lommen...» – «husk å gi meg et tegn med venstre hånd hvis det blir for ille, – så skal vi finne ut hva vi kan gjøre med det»	Forebygge frykt, stress og andre komplikasjoner, mer effektiv behandling

Tabell fortsetter

Vis empati (vane III)

Siden undersøkelse i munnen hindrer pasientens mulighet til å uttrykke seg verbalt, bør tannlegen være oppmerksom på nonverbale tegn til smerte eller uro, og respondere empatisk ved behov.

Samtalen om behandlingsplan

Så snart den kliniske undersøkelsen har avdekket eller bekreftet diagnosen(e), starter samtalen om behandlingsplan (på engelsk: «shared decision making»), for å sikre et informert samtykke. Noen ganger kan beslutningen være raskt unnagjort, for eksempel ved enkel reparativ behandling. I tilfeller med flere valg eller mer omfat-

tende behandlingsopplegg, kan denne samtalen være tidkrevende og omstendelig. Også i denne samtalen er de gode vanene nyttige som strukturelt rammeverk:

Investert i begynnelsen (vane I) av samtalen om behandlingsplan. Pasienten bør heises opp i en likeverdig samtaleposisjon og nødvendig informasjonsmateriell bør være tilgjengelig. Vane-komponentene her består først og fremst av: å informere om diagnosen, relatere den til pasientens bekymringer eller symptomer, og å gi adekvat informasjon. Behandlingsalternativene og begrunnelsen for disse skal presenteres på en forståelig måte, inkludert informa-

Tabell Seksjon 3. Samtale om behandlingsplan.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Samtale om behandlingsplan	Investert i begynnelsen (I) av samtalen om behandlingsplan	<p>Informert om diagnosen(e) og relaterer den til pasientens bekymringer eller symptomer.</p> <p>Informert om behandlingsalternativene, og hva de innebærer</p> <p>Sjekk pasientens forhånds-kunnskap, og forståelsen underveis i samtalen</p>	<p>• Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo:</p> <p>– «Antakelsene dine var riktige; røntgenbildet viser at det er en betennelse på nerven...»</p> <p>– «Vet du hva det innebærer å rotfylle en tann?»</p> <p>– «Er det noe du lurer på angående det jeg har nevnt så langt?...»</p>	<p>Sikre en felles forståelse og enighet</p> <p>Minimere unødvendige ekstra telefoner og konsultasjoner</p>
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	<p>Undersøk pasientens egne mål, ideer, forventninger og preferanser.</p> <p>Involvert pasienten i diskusjonen om målsetningen med behandlingen, behandlingsalternativer og hva de innebærer.</p>	<p>– «Hva slags resultat hadde du sett for deg? «</p> <p>– «Etter hva jeg forstår på deg, er det å få hvite og pene fortenner det aller viktigste for deg, stemmer det?»</p> <p>– «Som du ser, er det stor forskjell på disse alternativene, både når det gjelder holdbarhet, pris, og hvor mye tid som går med til behandlingen... -hva er mest viktig av dette for deg?»</p> <p>– «Er det noe mer du trenger å avklare om disse alternativene før du kan ta en avgjørelse?»</p>	<p>Fremme åpenhet og forutsigbarhet, styrke tillit og allianse</p>
	Fasilitert opplevelse av kontroll (FK)	<p>Lytt til pasientens personlige barrierer og behov</p>	<p>– «Jeg skjønner godt at du er skeptisk til å gå gjennom denne tannkjøttbehandlingen, den er jo krevende...»</p>	
	Vis empati (III)	<p>Vær åpen for pasientens følelser og gi en empatisk respons ved behov, også nonverbalt</p>	<p>– «Jeg forstår at dette må være en tøff beskjed å få ...</p> <p>– men nå vi skal samarbeide om å finne en løsning som blir best mulig for deg framover.»</p>	<p>Bygge tillit og trygghet</p>
	Investert i avslutningen (IV) av samtalen om behandlingsplan	<p>Oppsummer den avtalte planen</p> <p>Sjekk pasientens forståelse, og inviter til spørsmål</p>	<p>– «OK, da har vi blitt enige om akuttbehandling av tannen din på venstre side i overkjeven, og gå videre med den restaurerende behandlingen neste gang. – Som du sa, ønsker du bedøvelse ved all behandling, ikke sant?»</p> <p>– «Er det ellers noe du lurer på før vi setter i gang?»</p>	<p>Bidra til pasient-tilfredshet og allianse</p>

Tabell fortsetter

sjon om prosedyrene og implikasjonene av de ulike alternativene. Dette innebærer også å sjekke pasientens egen kunnskap og forståelse underveis.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

Pasienter kan ha sine egne ideer om behandlingsmetoder og skal derfor involveres i diskusjonen om behandlingalternativene og hva de innebærer. Man bør diskutere pasientens egne mål og forventninger til behandlingen, men også medansvaret for å lykkes med resultatet. Pasientens egne preferanser, krav og mulige begrensninger bør også tas med i diskusjonen.

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Pasienter er ikke bare bekymret for ubehag og smerte, men mange kan også være urolige med tanke på for eksempel tidsforbruk, estetiske resultater eller økonomiske implikasjoner. Det er derfor viktig å gi pasienten opplevelse av kontroll underveis i forhandlingene om behandlingsplanen.

Vis empati (vane III)

Når man informerer pasienten om diagnosen(e), er det viktig å opptre empatisk, spesielt i de tilfellene hvor man må presentere dårlige nyheter. Det kan også være aktuelt å vise empati når man snakker om pasientenes behov og potensielle begrensninger.

Invester i avslutningen (vane IV) av samtalen om behandlingsplan

Investeringene i avslutningen av denne samtalen består i hovedsak av: å oppsummere og bekrefte beslutninger som er tatt, sjekke at pasienten forstår hva de innebærer og å invitere til spørsmål. Denne samtalen blir som oftest etterfulgt av klinisk behandling.

Motivasjon og instruksjon, hvis det er relevant for behandlingsplanen (er ofte en separat og løsrevet samtale)

I de tilfellene hvor behandlingsresultatet avhenger av pasientens egen innsats og etterlevelse, inkludert endring av tannhelseatferd, blir dette temaet en viktig del av samtalen om behandlingsplanen. Men i de tilfellene man skal i gang med klinisk behandling i samme seanse, blir dette temaet ofte utsatt til etterat behandlingen er overstått, for å sikre bedre oppmerksomhet. Uansett bør pasienten sitte oppreist i en likeverdig samtaleposisjon. I de tilfellene hvor dette temaet tas opp i en atskilt og løsrevet fase, vil de gode vanene være nyttige som rammeverk også for denne samtalen:

Invester i begynnelsen (vane I) av samtalen med motivasjon og instruksjon

Man bør alltid introdusere temaet tannhelsevaner med å spørre pasienten om tillatelse til å snakke om det, og starte med å informere om diagnosen dette temaet er knyttet til.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

Her bør man utforske pasientens egne oppfatninger, nåværende tannhelsevaner og hvilke mål han/hun selv har for tannhelsen sin. Eventuelle begrensninger og ambivalens må drøftes på en ikke-for-dømmende måte.

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Siden opplevelse av kontroll er en viktig faktor i motivasjonsprosessen (23), bør man praktisere FK i denne samtalen. Dette kan gjøres både gjennom spørsmålet om tillatelse til å diskutere tannhelsevaner, men også ved å spørre om tillatelse før man setter i gang med instruksjoner og rådgivning, og ellers la pasienten delta i beslutninger og valg.

Vis empati (vane III)

Ettersom utilstrekkelig tannhelseatferd ofte har sammenheng med emosjonelle temaer som skam, avhengighet eller motstand mot endring, er det svært avgjørende at man viser empati og respekt i denne samtalen.

Invester i avslutningen (IV) av samtalen med motivasjon og instruksjon

Samtalen bør avsluttes med en oppsummering og bekreftelse av de tiltakene og målene man har blitt enige om underveis, for deretter å støtte pasienten og invitere til spørsmål.

Klinisk fase, behandling

Siden behandling i munnen gjør det vanskelig å opprettholde en likeverdig samtale, bør alle beslutninger og spørsmål være avklart på forhånd, inkludert pasientens preferanser med hensyn til forutsigbarhet, stoppsignal, smertekontroll og eventuelle andre tilpasninger og hensyn. På denne måten kan tannlegen jobbe mer effektivt og sikre kvaliteten på det kliniske arbeidet ved å begrense en-veis-kommunikasjonen sin til relevante informative kommentarer, praktiske instruksjoner og evt. ros ved god medvirkning fra pasientens side underveis. I denne fasen er det hovedsakelig følgende vaner som er relevante:

Tabell Seksjon 4. Hvis relevant: Motivasjon og instruksjon. Motivasjon og instruksjon gjøres bare hvis det er relevant, ofte i en separat samtalefase.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
TILLEGGSAFSE HVIS BEHOV: Samtale med motivasjon og instruksjon (Fleksibilitet mht beste tidspunkt for denne samtalen)	Invester i begynnelsen (I) av motiverende samtale	Start med å relatere til diagnosen eller problemet. Be om tillatelse til å diskutere pasientens tannhelseatferd	<ul style="list-style-type: none"> Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo: <ul style="list-style-type: none"> – «Betennelsen i tannkjøttet ditt henger sammen med bakteriebelegg på tennene. Derfor vil jeg gjerne snakke med deg om hvordan vi kan forebygge dette ved å se på de daglige tannhelse rutinene dine, ... er det OK for deg?» 	Øke pasientens forståelse av sitt medansvar for behandlingsresultatet, og for egen tannhelse.
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	Kartlegg pasientens egne oppfatninger, målsetninger og nåværende tannhelseatferd.	<ul style="list-style-type: none"> Bruk åpne, utforskende spørsmål og aktivt lyttende ferdigheter: <ul style="list-style-type: none"> – «Hva synes du selv om dette?» 	
	Fasilitert opplevelse av kontroll (FK)	Bevisstgjør diskrepans. Diskuter hindringer og ambivalens. Be om tillatelse til å instruere før du gjør det.	<ul style="list-style-type: none"> – «Hva tror du kunne ha hjulpet deg over bøygen så du kunne få prøvd ut dette? ... du kan jo tenke over saken litt og se om det kanskje dukker opp en god ide..» – «Skal jeg vise deg hvordan denne mellomroms-børsten brukes?» 	Gi opplæring og oppmuntre til forebyggende tannhelseatferd
	Vis empati (III)	Vær åpen for pasientens følelser og gi en empatisk respons ved behov, også nonverbalt	– «Med tanke på den stressende livssituasjonen du er i, skjønner jeg godt at det kan virke hardt å slutte å røyke..»	Bygge tillit og trygghet Bidra til pasienttilfredshet og allianse
	Invester i avslutningen (IV) av motiverende samtale	Oppsummer realistiske mål for endring, og gi oppmuntring og støtte Inviter til spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> – «Etter det vi har snakket om tror jeg en realistisk plan kunne være å bruke mellomroms-børsten to ganger daglig, og da er jeg sikker på at du vil kjenne at det blir mindre ganske snart – «Er det noe mer du trenger for å komme i gang?» 	Styrke pasientens etterlevelse

Tabell fortsetter

Tabell Seksjon 5. Klinisk behandlingsfase.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Klinisk fase behandling	Fasilitert opplevelse av kontroll (FK)	Tilpass graden av forutsigbarhet og kontroll til den enkelte pasients individuelle behov	– «Det vil ta ca. 50 minutter å rense rotkanalene. Har du lyst til at jeg skal fortelle deg underveis hva jeg gjør, – eller vil du heller foretrekke å slappe av i dine egne tanker mens jeg jobber?»	Bidra til mestring og samarbeide under behandlingen
	Vis empati (III)	Vær oppmerksom på nonverbale tegn på smerte eller uro. Gi en empatisk respons ved behov, og oppmuntre til grensetting	<ul style="list-style-type: none"> – «Det ser ut som du begynner å bli sliten.. – det skjønner jeg godt, for vi har holdt på lenge nå. – Husk å gi meg et tegn med venstre hånd hvis det blir for mye for deg, så stopper vi opp og finner ut av hvordan vi kan løse det videre» 	Forebygge frykt og stress-reaksjoner, mer effektiv behandling

Tabell fortsetter

Tabell Seksjon 6. Samtale ved avslutningen av besøket.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Samtale ved avslutningen av besøket	Få tak i pasientens perspektiv (II)		<ul style="list-style-type: none"> Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo til pasienten I tilfelle behandlingen kan ha vært ubehagelig eller slitsom for pasienten, anerkjenn og sørg for debriefing <ul style="list-style-type: none"> «Takk for innsatsen, -jeg håper dette ikke har vært altfor tøft for deg?» «Jeg skjønner godt at du er utmattet; det var en ganske intens seanse... – Er det noe du trenger av oss for å komme litt mer til hektene før du går?» 	Gi mulighet for å ventilere og bearbeide eventuelle negative opplevelser
	Vis empati (III)			Forebygge postoperative reaksjoner, f. eks. frykt
	Invester i avslutningen av besøket (IV)	Oppsummer seansen, gi forutsigbarhet på hva som skal skje eller kan forventes videre, og inviter til spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> «OK, da er vi ferdige med første trinn, å rense ut rotkanalen. Den er nå forseglet med en midlertidig fylling. Hvis du opplever ømhet i tannen etterkant, er det en normal reaksjon, som pleier å gi seg etter et par dager» «Jeg foreslår at vi setter opp en ny time om to uker, OK?» «Er det noe du lurer på før du går?» «Da sees vi om to uker, og hvis det skulle dukke opp problemer i mellomtiden, er det bare å ringe oss» 	Bidra til åpenhet, forutsigbarhet og tillit
		Avslutt og forsikre om at man er tilgjengelig hvis behov for videre støtte		

Fasilitere opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Selv om pasienten har fått tilstrekkelig forutsigbarhet, kan enkelte behandlingsprosedyrer oppleves ubehagelige eller utmattende. Under slike prosedyrer er det ekstra viktig å minne om stoppsignalet. Dette gjelder også når pasienten har fått anestesi. Han bør alltid få muligheten til å avbryte eller ta pause underveis ved behov for det.

Vis empati (vane III)

Under teknisk kompliserte prosedyrer kan det være spesielt utfordrende for tannlegen å holde oppmerksomheten på nonverbale signaler fra pasienten. Ikke desto mindre er det her viktig å sikre at noen følger med, for å kunne respondere empatisk ved behov.

Samtale ved avslutningen av besøket

Uavhengig av innholdet og varigheten på de samtalefasene og kliniske fasene som har funnet sted, skal tannlegebesøket avsluttes med en samtalefase, hvor pasienten sitter oppreist i en likeverdig stilling. Her får man bruk for vane II (få tak i pasientens perspektiv) og vane III (vis empati), i tillegg til vane IV (invester i avslutningen av besøket). Vane IV består i denne fasen hovedsakelig av følgende komponenter:

Debriefing

Ettersom det alltid er en viss mulighet for at pasienten kan ha opplevd behandlingen som smertefull eller utmattende, kan man ved å anerkjenne pasientens innsats og sjekke hvordan han har det, finne åpninger til å respondere empatisk. Slik får man muligheten sammen med pasienten til å finne eventuelle tilpasninger for senere anledninger, og samtidig forsterke tilliten og den terapeutiske alliansen.

Oppsummering

Så snart pasienten er klar for det, er tiden inne for å oppsummere hva som har vært gjort i seansen og bekrefte de beslutningene og avtalene man har blitt enige om.

Gjennomgang av neste skritt og invitere til spørsmål

Til slutt kan man avrunde besøket ved å gi pasienten forutsigbarhet (hva han kan vente seg postoperativt eller hva som skal skje videre) og deretter invitere til å komme med spørsmål. Hvis pasienten trenger hjelpemidler (for eksempel skriftlig materiell), bør han få dette med seg. Før pasienten forlater klinikken, kan man her forsikre om at man vil være tilgjengelig for videre støtte ved behov.

KONKLUDERENDE BEMERKNINGER

Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (på engelsk: The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD))» som er presentert i denne artikkelen, er en videreutviklet versjon av den originale «The Four Habits Model (4H)» (6), som er blitt tilpasset for tannlegebesøk. Modellen har blitt supplert med ekstra vane, å fasilitere opplevelse av kontroll (FK), på grunn av den avgjørende betydningen dette har under tannlegebesøk.

Rammeverket i 4+1HD består av en basis-kjerne, som har til hensikt å gi tannleger nyttige verktøy som er overkommelige å bruke rutinemessig i en travel klinisk hverdag. Siden rammeverket kan utvides, tar modellen også høyde for å kunne brukes til flere oppgaver og problemstillinger, som for eksempel anamneseopptak ved nye pasienter, rutinemessig kartlegging av frykt og andre behandlingsrelaterte problemer, samt motiverende samtaler. Bruken av det samme generiske rammeverket vil kunne lette kontinuiteten av

kommunikasjonstreningen for tannlegestudenter som har lært om 4H i fellesundervisning med legestudentene i sine prekliniske semestre. Erfaringen fra tannlegeundervisningen i Oslo støtter denne antakelsen, men det gjenstår å teste dette empirisk.

Implementering av 4+1 HD i odontologi vil generere flere forskningstemaer vedrørende effektivitet, nytteverdi, gjennomførbarhet og behandlingskvalitet, så vel som grad av tilfredshet og stress hos både pasienten og klinikerens selv. Forsknings-prosjekter på 4H innen medisin peker på modellens gunstige effekt på flere av de nevnte områdene (7,9,10).

Med tanke på risikoen for stressrelaterte sykdommer og utbrenthet blant tannleger og hvordan stressfaktorer er knyttet til pasienthåndtering (24–27), er det verdt å merke seg en norsk studie som blant annet viser at undervisning av leger i bruken av 4H hadde en positiv innvirkning på mestringstillit og opplevd stress (11).

Tatt i betraktning hvor stor betydning opplevelsen av kontroll har for pasientens angstnivå under tannbehandling (14, 19–22), er det også grunn til å anta at det å praktisere den ekstra vanen FK vil kunne bidra til å øke effektiviteten av den kliniske behandlingen.

Systematisk kartlegging av behandlingsrelatert frykt og uro har også blitt inkludert i modellen, i den utvidede pre-kliniske samtalen som finner sted når en pasient er ny på klinikken. Implementeringen av 4+1HD i tannlegestudentenes kommunikasjonstrening vil dermed kunne bidra til å øke praktiseringen av en slik kartlegging rutinemessig ute i allmennpraksis.

Alt i alt understreker dette betydningen av å forske videre på implementeringen og effekten av 4+1HD i odontologi, for å validere og teste modellen og dens tilleggs-komponenter, både innen undervisning og i tannlegebesøk hos ulike kategorier av klinikere.

REFERANSER

1. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care*. 2007; 45(4): 340–9.
2. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. Research and Humanistic Rationale for Patient-Centered Interviewing. I: Smith's Patient-centered interviewing: An Evidence-Based Method. 3 utg. Mc Graw- Hill Medical; 2012. s 247–54.
3. Nestel D, Betson C. An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patient-centred interview. *Br Dent J*. 1999; 187; s 385–8.
4. Smith RC. The Patient's Story. Integrated Patient-Doctor Interviewing. Little, Brown and Company; 1996.
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 1–3 utg: Radcliffe Medical Press; 1998, 2005 og 2013.
6. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *J Med Pract Manage*. 2001; 16(4): 184–91.
7. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns*. 2005; 58(1): 4–12.
8. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 1 utg: Radcliffe Publishing LTD; 1998 og 2005.
9. Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS, Garratt A, Safran DG, Finset A, et al. «Four Habits» goes abroad: report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns*. 2008; 72(3): 388–93.
10. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22 153 332). *Patient Educ Couns*. 2011; 84(2): 163–9.
11. Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns*. 2013; 91(2): 180–5.
12. Lucander H, Knutsson K, Sale H, Jonsson A. «I'll never forget this»: evaluating a pilot workshop in effective communication for dental students. *Journal of Dental Educ*. 2012; 76(10): 1311–6.
13. Svensson L, Hakeberg M, Boman UW. Dental anxiety, concomitant factors and change in prevalence over 50 years. *Social Science and Dentistry*. 2016; 33(2): 121–6.
14. Raadal M, Skaret S. Background description and epidemiology. I: Ost LG, Skaret E, red. *Cognitive Behavior Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. John Wiley & Sons LTD; 2013. s. 21–31.
15. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian dental journal*. 2013; 58(4): 390–407.
16. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2002; 81(5): 319–22.
17. Hull P, Humphris GM. Anxiety reduction via brief intervention in dentally anxious patients: a randomized controlled trial. *Social Science and Dentistry*. 2010 Dec; 1(2): 108–17.
18. Hally J, Freeman R, Yuan S, Humphris GM. The importance of acknowledgement of emotions in routine patient psychological assessment: The example of the dental setting. *Patient Educ Couns*. 2017; 100(11): 2102–5.
19. Jerremalm A, Jansson L, Ost LG. Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behav Res Ther*. 1986; 24(5): 587–96.
20. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Psychosocial stress reduction during dental procedures. *J Dent Res*. 1979; 58(4): 1347–51.
21. Deva PA. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical Cosmetic and Investigational Dentistry* 2016; 8 35–50.
22. Logan HL, Baron RS, Keeley K, Law A, Stein S. Desired control and felt control as mediators of stress in a dental setting. *Health Psychology*. 1991; 10(5): 352–9.
23. Koestner R, Lekes N, Powers TA, Chicoine E. Attaining personal goals: self-concordance plus implementation intentions equals success. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(1): 231–44.
24. Moore A, Brødsgaard I. Dentists perceived stress in relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(1): 73–80.
25. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson Nilsson P, Corbeil J, Hagglin C. Dentists' views on fearful patients Problems and premises. *Swed Dent J*. 2012; 36(2): 79–89.
26. Wilson RF, Coward PY, Capewell J, Laidler TL, Rigby AC, Shaw TJ. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *Br Dent J*. 1998; 184(10): 499–502.
27. Freeman R, Humphris GM. Communication, Stress and Improved Patient Care I: Wilson HF, Brunton PA, red. *Communicating in Dental Practice: Stress-Free Dentistry and Improved Patient Care*. 1 utg: Quintessence Publishing Co. Ltd; 2006. s. 87–101.
28. Lundeby T, Gulbrandsen P, Finset A. The Expanded Four Habits Model-A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(5): 598–603.

ENGLISH SUMMARY

Torper J, Ansteinsson V, Lundebj T.

Original publication:

Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit?

European Journal of Dental Education 2019, 1–10. DOI:10.1111/eje.12421

A consultation model for dentistry is presented, with communication skills in a didactic and structural format, applicable for most types of visits, patients and problems. A characteristic of the dental visit is its division into dialogue phases and clinical phases, which makes verbal exchange especially challenging.

The original Four Habits Model (4H) has been adapted from medicine to the specific structure and content of a dental visit, and a modified model is proposed.

The dental model consists of a structural core framework relevant for all dental consultations, and additional extensions applicable to commonly occurring issues.

Facilitate Perceived Control (FPC) has been added to the model, due to its crucial importance in dental visits, and we suggest naming the model «The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD)». The proposed model should have clinical relevance for improving patient care and patient experience, as well as easing the busy everyday life for dentists in a variety of clinical settings. It is also likely to be a flexible framework for communication skills training at all levels of dental education. More research is needed to validate and test the model in various clinical and educational settings.



Sykehjelpsordningen

Sykehjelpsordningen yter stønad til tannleger ved sykdom, fødsel/adopsjon og pleie



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no