

Unge menneskers motivasjon til egen tannhelse

- *Teori og utprøving av
Self-Determination Theory*

Masteroppgave av:

Una Seim Parmann og Bjørghild Sørheim.

Veiledere:

Dorthe Holst

og

Anne Elisabeth Münster Halvari

Forord

Vi bestemte oss tidlig for å skrive om motivasjon på vår avsluttende masteroppgave. Etter å ha tatt kontakt med Dorthe Holst ved Avdeling for Samfunnsodontologi, satte hun oss i kontakt med Anne Elisabeth Münster Halvari. Vi fant raskt ut at teorien Halvari arbeider med, Self-Determination Theory(SDT), ville være et godt utgangspunkt for den oppgaven vi ville skrive.

Vi ønsket også å prøve ut teorien i praksis, for å få en enda bedre forståelse for teorien. Vi valgte å gjøre en praktisk utførelse av teorien med ungdommer i alderen 14-16 år, denne alderen er en spennende alder da mange vaner og rutiner dannes.

Gjennom Holst kom vi i kontakt med klinikksjef Patricia Bendixen ved Tøyen tannklinikk, der vi fikk gjennomføre den praktiske utførelsen av teorien.

Vi har gjennom dette arbeidet lært mye om kommunikasjon med pasienter, og om hvordan vi må tilnærme oss ulikt til ulike pasienter. For oss har det vært en lærerik prosess å prøve ut dette i praksis, vi er alle mennesker med vanlige følelser, og det er viktig å møte våre pasienter med respekt. Et stort ansvar hviler på våre skuldre som helsepersonell hva angår å tenke forebyggende tiltak og få frem et budskap slik at pasienten skjønner hvorfor det er viktig å ta vare på egen tannhelse. Vi håper også at denne masteroppgaven kan være til inspirasjon for annet tannhelsepersonell, og kanskje også til videre forskning innenfor området.

Vi vil rette en stor takk til våre enestående veiledere, Dorthe Holst og Anne Elisabeth Münster Halvari, for svært god veiledning og hyggelig samarbeid. Vi vil også rette en takk til Patricia Bendixen og resten av personalet ved Tøyen tannklinikk, for at vi fikk låne kontor og pasienter til den praktiske utførelsen av teorien, og for at vi ble godt mottatt de dagene vi var der.

Oslo, 18.oktober 2011

Una Seim Parmann og Bjørghild Sørheim.

Innholdsfortegnelse:

- 1 Innledning**
- 2 Refleksjon rundt valg av Self-Determination Theory(SDT)**
 - 2.1 Self-Determination Theory (SDT)
 - 2.1.1 De fem ulike miniteorier som SDT har utviklet seg gjennom
 - 2.2 Internaliseringsprosessen
 - 2.3 Tre viktige psykologiske behov ved SDT
 - 2.4 Angst og tannhelse, reduksjon av angst via SDT
- 3 Metode og materiale**
 - 3.1 Introduksjon
 - 3.2 Utvalg og etikk
 - 3.3 Pasienten sin rett til informasjon, medvirkning og samtykke
 - 3.4 Registreringer
 - 3.5 Utførelse
 - 3.5.1 Intervensjonsgruppe, første konsultasjon
 - 3.5.2 Kontrollgruppe, første konsultasjon
 - 3.5.3 Andre konsultasjon(intervensjon og kontroll)
- 4 Resultater**
 - 4.1 Spørreskjema før og etter
 - 4.2 Evalueringsskjema
 - 4.3 Plakk- og gingivalindeks
- 5 Diskusjon**
- 6 Oppsummering/konklusjon**
- 7 Referanser**

1 Innledning

Vi har et inntrykk av at en stor del av befolkningen vet lite om konsekvensene av utilstrekkelig oral munnhygiene. Den observasjonen vi som tannlegestudenter har gjort oss i samtale med pasienter på klinikken, venner og bekjente er at svært få vet at det er viktig å ta vare på hele munnhulen. De fleste mennesker synes å vite at sukker kan gi karies, men at få er klar over plakkretinering på tannoverflaten også kan gi andre orale problemer. Vi stilte oss derfor spørsmålene:

- Vil en bevisstgjøring i ungdomsårene kunne forebygge uheldige tannrelaterte vaner?
- Vil en kunne se resultater av å innføre en 30 minutters motivasjonssamtale ved første pasientbesøk?
- Hva vet befolkningen om utilstrekkelig oral munnhygiene?
- Vil en ekstra instruksjon med pedagogisk veiledning, der autonomi og motivasjon ligger til grunn ha en positiv effekt på tannhelsen?

Og kom fram til problemstillingen: Vil økt fokus på motivasjon gjøre etterlevelsen av oral munnhygiene bedre?

I perioden 12-18 år etableres egne pussevaner. Ungdom som pusser tennene mer enn en gang daglig ved 12-års alder, har mer stabile vaner de neste 6 årene enn de som pusset sjeldnere (45). Hvordan vi som tannhelsepersonell kommuniserer med pasientene våre, antar vi er avgjørende for etterlevelsen. Alle pasienter er forskjellige, og en vil nødvendigvis måtte kommunisere noe varierende til ulike pasienter. Det er utformet mange ulike kommunikasjonsmodeller som blir benyttet i klinisk sammenheng, men finnes det en metode som er fleksibel nok til å ivareta det faktum at det er forskjeller blant oss mennesker?

Kommunikasjon er en betegnelse på overføring eller utveksling av informasjon mellom mennesker der mottaker får en viss forståelse av budskapet(46). Når mennesket kommuniserer med hverandre, spiller den ikke-verbale delen av kommunikasjonen en avgjørende rolle. Assosiasjoner, idèer og følelser påvirker hvordan informasjonen blir oppfattet og tolket av dem som kommuniserer(47).

Vaner hos mennesker er vanskelige å endre, og det er en forutsetning at individet selv ønsker endring og skjønner hvorfor endring må til for å få en langtidseffekt.

Deci (1995) definerer indre motivasjon som et engasjement for egen del – for den spontane tilfredsstillelse som blir assosiert med ytelse, og ikke for å oppnå noen ytre belønning. (48)

Self-Determination Theory(SDT) fokuserer på tre grunnleggende psykologiske behov:

- Behovet for kompetanse.
- Behovet for tilhørighet.
- Behovet for selvbestemmelse.

Vi ønsket å finne ut mer om SDT og prøve denne teorien ut i praksis på ungdommer. I denne oppgaven vil vi først skrive om bakgrunnsteorien for SDT, for deretter å belyse metoden og materialet vi har benyttet oss av og resultatene av arbeidet.

2 Refleksjoner rundt valg av Self-Determination Theory (SDT)

En av våre største utfordringer som tannhelsearbeidere, er å få pasientene til å etterleve våre råd og anbefalinger over tid. Erfaringsmessig sett ser vi ofte en positiv atferdsendring like etter en konsultasjon hos tannpleier eller tannlege, men dessverre er denne ofte kortvarig og pasienten går raskt tilbake til sine gamle vaner.

Som tannhelsepersonell er det et mål for oss at pasientene ønsker å lytte til rådene vi gir dem. Det optimale hadde vært om pasientene utførte en positiv tannhelserelatert handling ut fra eget ønske om å bevare en god tannhelse, og at denne holdningen holdt i år etter år, helst livet ut. Vi vil at pasienten ønsker å ha en god oral helse, fordi vedkommende selv har bestemt at det er noe pasienten ønsker og ser verdien av å utføre handlingene som er til sitt eget beste.

For å vekke pasientens motivasjon og ønske om læring var vi, i vår utprøving avhengige av å skape en tillit, aksept og trygghet hos pasienten. Det er viktig at pasienten føler seg verdifull, og at man som tannhelsepersonell får til et dynamisk samarbeid.

En viktig del av instruksjonen var å prøve å snu spiralen slik at pasienten var med på å ta kontrollen, og at pasienten også så og vurderte sin egen innsats. Vi ville ikke ta et valg for pasienten, pasienten skulle selv ta et eget valg. For at pasienten skulle kunne ta et valg, måtte læreforutsetningene være vekket. Selv om kompetanse og relasjon var viktig i denne sammenhengen er det å ivareta autonomi alfa-omega for å oppnå langtidseffekt. Vi som behandlere kan ikke tvinge pasientene til å ta egne valg.

Det er mange meninger om hvordan man skal kommunisere med en pasient. Vi synes at Deci og Ryans selvbestemmelsesteori(1995) er et bra utgangspunkt for vår undersøkelse, der det er tre grunnleggende psykologiske faktorer som er til stede:

* Kompetanse(kunnskap) * Tilhørighet(relasjon) * Selvbestemmelse(autonomi)

Når disse faktorene er ivaretatt, kan vi oppnå motivasjon, ytelse og utvikling. (24)

Det første møtet med pasienten er særdeles viktig. Pasienten skal føle seg velkommen og ivaretatt. Vi må ha fokus på både verbal- og nonverbal kommunikasjon, denne må være av en mindre formell type som er tilpasset unge mennesker. Empati og autonomi er nøkkelord i kommunikasjon uansett alder på mottaker, da vi ikke ønsker å pålegge pasienten noe press, men være støttende i forhold til pasientens følelser.

2.1 Self-Determination Theory(SDT)

"To be self-determined is to endorse one's actions at the highest level of reflection.

When self-determined, people experience a sense of freedom to do what is interesting, personally important, and vitalizing."

Edward Deci & Richard Ryan

SDT utviklet seg på 70-tallet etter studier der indre og ytre motivasjon ble sammenlignet, samt hvilken dominerende rolle ytre motivasjon virket på et individs adferd. På midten av 80-tallet ble teorien formelt introdusert og akseptert som en empirisk teori. (1)

SDT har utviklet seg gjennom flere miniteorier. Sammenhengen mellom disse teoriene er at de alle er basert på et organismisk og dialektisk syn på individet og inkluderer konseptet om psykologiske basisbehov. (2) En organismisk-dialektisk metateori der mennesker antas å være aktive, vekstorienterte organismer som er naturlig tilbøyelige mot utviklingen av en organisert sammenheng blant elementene av deres psykologiske sammensetninger og mellom seg og den sosiale verden. (26) Ved å kombinere miniteoriene dekker de alle typer menneskelig atferd i alle sammenhenger.

SDT er en omfattende teori, vi kommer her til å nevne kort de 5 grunnleggende miniteoriene, for deretter å ta for oss SDT som helhet.

2.1.1 De fem ulike miniteorier som SDT har utviklet seg gjennom.

1. **Cognitiv evaluation theory (CET):** Er en teori i psykologi som forklarer hvordan en ytre konsekvens kan påvirke indre motivasjon. Indre motivasjon beskrives som individets iboende trang til å mestre, til og utforske, oppdage og lære, og begrepet står helt sentralt i SDT. Indre motivasjon var utgangspunktet for Deci da han begynte å forske på hvordan ulike former for påvirkning kunne resultere i mindre grad av indre motivasjon. (3)
2. **Organismic integration theory (IOT):** Ved denne teorien er tanken at en person har evnen til å motta informasjon fra omverdenen for deretter å integrere denne informasjonen kognitivt. Dette skjer gjennom internaliseringsprosessen. Internalisering beskriver Deci og Ryan som individets ønske om å transformere ekstern regulering og gjør denne indre regulert. Bakgrunnen for denne tanken er individets sterke ønske om autonomi og selvbestemmelse. (ibid)
3. **Causal orientation theory (CAT):** Teorien beskriver forskjeller blant mennesker i forhold til selvbestemmelse. Denne teorien underbygger at mennesker er forskjellige og kan sees på som en kompleks skapning, og kan derfor ikke plasseres i bås. Vi snakker her om en personlighetsdimensjon. Det har blitt formulert tre retninger individet orienterer seg i:
 - **Autonomiorientert:** En person som er autonomiorientert velger ut fra en genuin egeninteresse.
 - **Kontrollorientering** innebærer at personen ikke opplever å kunne ta frie valg. Valgene er basert på ytre forventninger der fokuset er på belønninger, gevinster og godkjenning. I følge Deci og Ryan (1985) er denne prosessen med på å svekke indre motivasjon.
 - **Amotivert orientering** innebærer at individet ser på handling og resultat som to uavhengige variabler som individet selv ikke har noen påvirkning på. Det innebærer at individet føler seg maktesløs og inkompetent i mange situasjoner, selvbildet svekkes og personen føler seg hjelpeløs. (22)

Ifølge teorien har folk noe innen hver av orienteringene, som kan brukes til å predikere en persons psykiske helse og atferdsmessige utfall (23).

4. Basic needs theory (BNT): Hensikten med å formulere BNT var å redegjøre for sammenhengen mellom basale behov og well-being. Well-being i denne sammenhengen defineres som det å føle seg vel. Basale behov defineres ut fra at det har en motiverende kraft med direkte forbindelse til individets well-being. Når behovet dekkes, føler individet seg vel. Dersom noe hindrer individet å få tilfredsstilt sine behov, vil personen oppleve større eller mindre grad av ubehag. (2)

5. Goal contents theory (GCT): SDT er en teori i stadig utvikling. Ved University of Rochester, der Deci og Ryan har sitt virke, har det blitt lansert en femte under teori, GCT peker på forskjellen mellom indre og ytre mål og hvordan dette påvirker motivasjon og velvære. Ytre mål som finansiell suksess, utseende og berømmelse er satt opp mot personlig vekst og sosiale relasjoner. Det antas at personer med ytre mål er mer syk og har mindre følelse av velvære enn mennesker med indre mål (4)

2.2 Internaliseringsprosessen

For å oppnå en atferdsendring som vil vare, er en avhengig av at pasienten selv ønsker denne endringen. For at pasienten skal være motivert til dette, er det essensielt at pasienten forstår hvorfor denne endringen trengs, og hvordan pasienten selv kan oppnå dette. Utgangspunktet for SDT er postulatet om at mennesker er aktive, vekstorienterte organismer som naturlig er tilbøyelig til integrasjon av dere psykiske elementer og enhetlig følelse av selvtillit og integrering av seg selv til større sosiale strukturer. (25)

Richard M. Ryan og Edward L. Deci sin beskrivelse av Self-Determination Theory (5) sier at for at pasienten skal kunne opprettholde den gode atferden over tid, trengs det internalisering av verdier og kunnskap for endring, samt opplevelse av selvbestemmelse.

Hva betyr internalisering? I Det Store Norske Leksikon kan vi lese at internalisering, innen psykologien er den prosess hvor kulturelle verdier, holdninger og innstillinger fra omverdenen tas inn i ens egen personlighet og gjøres til deler av ens eget jeg. Internalisering skjer like mye ved indirekte påvirkning som ved bevisste forståelsesprosesser. Den er særlig viktig for evnen til å utøve moralsk kontroll og føle ansvar og skyld for det man gjør. En vellykket internalisering av gode verdier er altså en vesentlig forutsetning for stabil sosial tilpasning og trivsel (20). SDT tar for gitt at mennesker er iboende motiverte til å internalisere reguleringen av noe uinteressant om viktige aktiviteter.

Internaliseringen er i følge Rand (1996) et nyansert system av ytre motivasjon. Han sier at: "Det er fire typer motivasjons-stiler, som representerer ulike grader av internalisering og

integrering, disse kan bli plassert på en glideskala etter den grad av selvbestemmelse de innebærer. Deci og Ryan (1985) kaller disse kategoriene for typer av regulering". (27)

Han deler typene regulering inn i:

1. Ytre "external" regulering: Dette er det klassiske tilfellet av ytre motivasjon der personers atferd styres av bestemte ytre situasjoner som håndfaste belønninger eller for å unngå en truet straff. Det er en type ytre motivasjon som har blitt grundig undersøkt, og det viser seg at den undeminerer indre motivasjon. (28)
2. Introjisert "introjected" regulering: Denne form for regulering innebærer forvaltning av motstridende impulser (å gjøre eller ikke gjøre, å avstå eller ikke å la være) og krever overordnet støtte fra kognitiv og affektive konsekvenser. Reguleringen er mer stabil enn ytre regulering, fordi det ikke krever tilstedeværelse av ytre situasjoner. (29)
Introjisert regulering representerer en delvis internalisering, men har egentlig ikke blitt en del av det integrerte settet av motivasjon, tanker og påvirkning som utgjør *selvet*. Fordi introjisert regulering ikke har blitt assimilert til *selvet*, er ikke den resulterende atferd selvbestemt (30). Introjeksjon innebærer å ta til seg den regulatoriske prosessen, men ikke akseptere den som sin egen. Introjeksjon resulterer i en internt kontrollerende regulering (21).
3. Identifisert "identification" regulering: Dette er den reguleringen hvor folk anerkjenner og aksepterer den underliggende verdien av en atferd, det forekommer en mer fullstendig internalisering, personen har mer akseptert det som sitt eget. Resultatet av oppførselen har blitt mer autonom. Oppførselen er fortsatt ytre motivert da den fortsatt er instrumentell, enn at personen utfører en handling som blir utelukkende gjort som en kilde til spontan glede og tilfredshet. (31)
4. Integrert "integration" regulering: Dette representerer den mest komplette form for internalisering av ytre motivasjon, for det innebærer ikke bare det å identifisere viktigheten av en atferd, men også integrere det hele med andre aspekter av *selvet*. Når reguleringene er integrert vil personene ha akseptert dem ved å bringe dem i harmoni eller sammenheng med andre aspekter av deres verdier og identitet (32). Reguleringen er assimilert med ens indre kjerne og resulterer i selvbestemmelse (21).

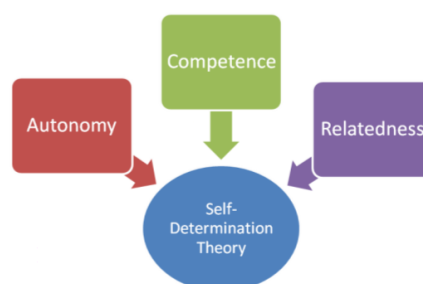
For å oppnå en internalisering mener SDT at en kombinasjon av et meningsfylt rationale, aksept av pasientens perspektiv og ved å støtte pasientens følelser, samt legge opp til og veilede for VALG fremfor press og kontroll, er viktig. Dette er alle viktige faktorer som understøtter pasientens selvbestemmelse, og hvor internaliseringen foregår via integrering (21). Ved å skape et meningsfylt rationale, vil vi kunne utvikle pasientens kompetanse. Ved å støtte pasientens følelser skaper vi mest sannsynlig en god relasjon, og ved å veilede til VALG

fremfor å virke kontrollere tar vi hensyn til pasienten autonomi. Hvis vi ikke tar hensyn til disse faktorene, vil internaliseringen foregå ved introjeksjon, hvor det ikke er noen sammenheng mellom pasienten sine holdninger og følelser for det vi prøver å formidle.

Ved å øke pasientens følelse av autonomi, kompetanse og relasjon, er det større sannsynlighet for at helserelatert atferd blir internalisert og at en dermed får en bedre og lengre opprettholdelse av atferden.

2.3 Tre viktige psykologiske behov ved SDT

SDT mener at i den grad sosiale kontekster støtter en person sine grunnleggende psykologiske behov for autonomi, kompetanse og relasjon, vil de oppleve større trivsel og vitalitet. (34) Reis, Sheldon, Gable, Roscoe and Ryan (2000) viste at forandringer i daglig trivsel var assosiert med fluktasjoner i de grunnleggende psykologiske behov. Sentralt for SDT er teorien om at de grunnleggende psykologiske behovene antas å være medfødte og universelle. Ifølge teorien, må disse behovene – behov for autonomi, kompetanse og relasjon – være oppfylt for at en person skal kunne utvikle seg å ha en god helse. (35) Dersom behovene for autonomi, relasjon og kompetanse er oppfylt vil en kunne sette i gang en indre motivasjonskrets hos pasienten, der pasienten selv oppdager verdien og viktigheten av hvorfor en endring i atferd må til. Dette kalles autonom motivasjon, i motsetning til når motivasjon er kontrollert av for eksempel en ytre regulering (belønning, unngå straff, ettergi for press). En har sett at kontrollert motivasjon er lite relatert til langtidspåvirkning, og at autonom motivasjon er assosiert med økt opprettholdelse og overføring av atferd over lengre perioder(6).



Relasjon:

Når vi her snakker om relasjon tenker vi på menneskers behov for tilhørighet. Vi mennesker ønsker å kunne være en del av andre mennesker. Relasjonen mellom pasient og behandler er i alle helsemessige situasjoner viktig. Når pasienten oppsøker en helsearbeider, setter dette ofte pasienten i en sårbar situasjon der han/hun trenger en profesjonell ekspertise for veiledning, behandling eller råd. I denne situasjonen trenger pasienten å føle seg respektert, forstått og tatt vare på for å kunne oppleve en forbindelse og trygghet til behandler, og videre kunne internalisere anbefalingene og rådene som blir gitt. Pasienten er mer åpen for informasjon og vil mest sannsynlig etterleve råd og anbefalinger dersom relasjonen til behandler er god(7). Selv om autonomi og kompetanse har vist seg å ha mest påvirkning på den indre motivasjonen, har undersøkelser vist at relasjonen også er viktig for å opprettholde indre motivasjon. Dette ble tydelig i funn ved undersøkelse hvor barn som jobbet på en interessant aktivitet i tilstedeværelse av en voksen som ignorerte deres forsøk på å samhandle, barna viste svært lavt nivå av indre motivasjon. (33)

Autonomi:

Autonomistøtte referer til om en person i en autoritetsposisjon (tannlegen) tar den andres (pasienten) perspektiv, gir tilstrekkelig og meningsfull informasjon, gir mulighet for valg og samtidig passer på å minimere ytre krav og press (36). Behovet for autonomi vil si at individet har en trang til å ta egne valg og handle som et selvbestemt individ, en aktør, og ikke som en brikke som er kontrollert av andre. (8)

Deci og Vansteenkiste fant ut at dette ikke innebærer å være uavhengig av andre. (9) Ved å tilby personer en belønning for en atferd undermineres indre motivasjon ved at personen viser mindre interesse. Initialt indre motivasjon som blir kontrollert av belønning underminerer autonomien. (10) Undersøkelser av Amabile, DeJong and Lepper fant at ytre faktorer som tidsfrist, som virker kontrollerende også senker den indre motivasjonen. (11)

Kompetanse:

I dagligspråket defineres kompetanse gjerne som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. (12)

Sammen med følelsen av selvbestemmelse eller autonomi, trenger pasienten å oppleve selvsikkerhet og kompetanse til å kunne gjennomføre endringen. Behandlerens jobb er å gi pasienten den kunnskapen og de verktøyene som trengs for endringen, og være støttende om kunnskaps- eller kontrollrelaterte barrierer dukker opp. I SDT-modellen blir tilegnelse av kompetanse fasilitert av autonomi. Når pasienten selv ønsker å handle, for eksempel ved å endre en helsemessig atferd, er de mer mottakelige for å lære å tilegne seg nye strategier og kompetanser(13).

Deci fant ut at ved å gi personer positive tilbakemeldinger på en oppgave som ikke var forventet, økte personenes indre motivasjon til å utføre oppgaven. Dette mener han kommer av at denne positive uventede tilbakemeldingen var med på å understøtte personen sitt behov for kompetanse. (14) Vallerand og Reid fant ut at negative tilbakemeldinger hadde motsatt effekt. (15)

En ser at det ofte gis flere tilnærminger til å starte en endring i atferd, men at disse ofte er manglende for å opprettholde den gode atferden som pasienten har startet med. SDT er en motivasjonsform der fokuset ligger på både å få en pasient motivert til å initiere ny helserelatert atferd, og ikke minst til å opprettholde denne over tid (16). Følelse av autonomi og kompetanse er viktig for internaliserings- og integreringsprosessen, der pasienten selv regulerer og forsørger den nye atferden. Relasjonen til den behandler som anbefaler den nye atferden er også svært viktig, for vi ser at pasienter lettere adopterer verdier og atferd av dem de føler seg knyttet til og stoler på.

Når de grunnleggende psykologiske behovene for selvbestemmelse/autonomi, kompetanse/kunnskap og tilhørighet/relasjon er oppfylt, vil pasienten kunne oppleve bedre mental helse, større livskvalitet, bedre helserelaterte resultater og økning i etterlevelse av anbefalinger som blir gitt. Denne modellen er brukt i flere randomiserte kontrollerte kliniske studier innenfor helse, blant annet i forbindelse med tobakksavhengighet (17), fysisk aktivitet (18) og munnrenhold (19).

2.4 Angst og tannhelse, reduksjon av angst via SDT

Det vi omtaler som tannlegeskrekk er et folkelig begrep for ulike tilstander:

1. Behandlingsvegning/manglende mestring: Negativ atferd som vi observerer, og som hindrer hensiktmessig tannbehandling.
2. Skrekk/frykt: Normal emosjon ved noe som oppleves som en reel trussel, f.eks smerte under tannbehandling.
3. Angst: Frykt-reaksjon som utløses av en ikke-reel trussel. Dette er et kroppslig ubehag, som forsvinner når pasienten for eksempel avbestiller en tannlegetime, men ubehaget kommer tilbake etter denne umiddelbare lettelsen.
4. Fobi: Spesifikk mental sykdom som må diagnostiseres i hht. Vedtatte kriterier (DSM-IV eller ICD 10). En tannlege eller tannpleier kan ikke diagnostisere odontofobi. En fobi mot tannlegen kan være grunnet andre årsaker. (49)

Undersøkelser viser at angst for tannbehandling er en stor årsak til at unge personer unngår å møte til tannlegetimer (50). Vi vet at Frykten og angsten stiger ved høy grad av usikkerhet, dette er viktig å vite noe om, da god informasjon til disse pasientene om hva som skal skje kan være med å redusere angsten. En angstreaksjon er virkelig, det er ikke noe pasienten dikter opp. Kroppen reagerer som om det er en reel fare til stede. Som tannhelsepersonell er det viktig og ikke å bagatellisere denne følelsen av fare som pasienten får. (49)

Undersøkelser har videre vist at angst for å gå til tannlegen kan skyldes negative erfaringer med tannhelsepersonell, negativ erfaring med smerter hos tannlegen og mangel på kontroll. (51). Hvis tannhelsepersonellet mangler empati, kan pasienten oppleve det som negativt å gå til tannlegen eller tannpleieren, da han opplever situasjonen som upersonlig, kald og han ikke blir tatt seriøst (52).

Tannlegens holdninger kan bidra til å redusere følelsen av angst ved å ta hensyn til de grunnleggende psykologiske behovene som er viktige i SDT: Relasjon, kompetanse og autonomi (53):

1. Ved å være empatisk, vennlig, uformell og moralsk støttende (relasjon) (54)
2. Pasienten blir involvert i behandlingsplanen og får muligheten til å ta valg rundt egen tannbehandling før behandling settes i gang (autonomi) (55)
3. God kommunikasjon med tannhelsepersonell i forhold til hva som skal gjøres og hvorfor (kommunikasjon/kompetanse) (56)

3 Metode og materiale

Via vår veileder, kom vi i kontakt med Den Offentlige Tannhelsetjeneste i Oslo, der Tøyen tannklinik var interesserte i å samarbeide med oss.

Vi ønsket å ta utgangspunkt i to grupper ungdommer, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, og utføre en eksperimentell undersøkelse. Av praktiske årsaker og tidsaspektet vi hadde til rådighet, begrenset antallet pasienter seg til 4 personer i hver gruppe. Tanken var at den ene gruppen skulle få en vanlig standard undersøkelse, mens den andre satt vi av 30 minutter ekstra tid til grundig instruksjon og informasjon.

Vi ønsket å se hvorvidt en person kan integrere en atferd som blir introdusert hos tannlegen og i hvilken grad pasienten kan bli indre motivert til å utføre denne atferden over lengre tid.

Da vi alle er unike, så vi det som umulig å skrive et manus på hva som skulle bli sagt ordrett. Vi lagde en guideline over de temaer vi skulle gjennom på undersøkelsen, og hvordan disse skulle framlegges. Selvbestemmelsesteorien lå selvfølgelig til grunn for dette. Den gav oss

frihet til å gjøre små justeringer avhengig av personlighet, dette er essensielt da en type metode nødvendigvis ikke vil fungere på alle personer.

Pasientene mottok skriftlig informasjon (vedlegg) om eksperimentet, sammen med timeinnkallelsen. Det er viktig å vite at for mye informasjon om utførelsen vil kunne påvirke deltakernes atferd på en måte som svekker verdien av prosjektet vårt. Pasientene fikk tilstrekkelig informasjon som ivaretok retten til informert samtykke, uten at vi avslørte hva vi ønsket å oppnå. Denne informasjonen ble formidlet via klinikken. Pasientene fikk her informasjon om hvor mange ganger de skulle møte. Selvfølgelig kunne pasienten på dette tidspunktet velge og ikke delta i undersøkelsen, da det var viktig at ingen følte seg presset til å delta.

Det var viktig å bruke en del tid på å planlegge gjennomførelsen av eksperimentet, slik at vi som operatører var samkjørte og at SDT ble gjenspeilet i den praktiske utførelsen.

3.1 Introduksjon

En måte å måle motivasjon på, er å utforme et spørreskjema med spørsmål som omhandler autonomi, kompetanse og relasjon. Identiske spørreskjema deltes ut i forkant og etterkant av eksperimentet. Vi valgte å bruke en gradering fra 1 til 7, hvor 1 stod for svært uenig/i liten grad, og 7 stod for svært enig/i stor grad.

For å få en umiddelbar tilbakemelding på hvordan vi ble opplevd av pasientene, ble det utformet et spørreskjema som omhandlet dagens konsultasjon. Dette for å få en tilbakemelding på vår opptreden, og om våre metoder for å gi informasjon og instruksjon ble oppfattet som nyttige.

3.2 Utvalg og etikk

Da vi valgte å gjøre en utprøving av SDT, ville vi rette denne utprøvingen mot ungdommer i aldersgruppen 14-16 år. I perioden 12-18 år etableres egne pussevaner, og det vises at dersom pasientene i denne aldersgruppen innfører et godt munnrenholdsregime er det stor sjanse for at dette beholdes over en lengre periode (42).

Av praktiske årsaker og begrenset med tid, planla vi å undersøke åtte pasienter i denne aldersgruppen. Vi ønsket da å ha fire ungdommer i intervensjonsgruppen, og fire ungdommer i en kontrollgruppe.

For å unngå for stor ulikhet mellom de to gruppene, var det viktig å fastsette noen like forutsetninger for gruppene. Dette var særlig viktig i og med at vi hadde et så lite utvalg, og at en enkelt besvarelse/måling da kunne få stort utslag. Pasientene burde ikke ha noen spesielle sykdommer eller gå på noen medikamenter av betydning for oral tannhelse. De burde heller ikke ha, eller i løpet av perioden få, noen form for fast kjeveortopedisk apparatur da dette kunne gjøre renhold vanskeligere. En mulighet for å forhindre at de ulike gruppene snakket for mye sammen om hva som skjedde hos tannlegen, var å innhente pasienter fra ulike skoler eller klassetrinn. Det ble ikke diskriminert på kjønn eller etnisk opprinnelse, men en betingelse som ble satt var at det måtte være mulig å kommunisere med pasienten på norsk.

Disse kriteriene la vi fram for klinikkjef Patricia Bendixen på Tøyen tannklinikk, og hun valgte ut tilfeldige pasienter i rett aldersgruppe, ut fra hvilke pasienter som stod for tur til å bli kalt inn til den årlige undersøkelsen.

Forskningsetiske komiteer presenterer en sjekklister(43), uavhengig forskingsområde, omhandlende hva de anser som viktigst å avklare i forbindelse med forskningsprosjekter. Denne listen inneholder punkter om at det som skal forskes på er forenelig med aksepterte verdisyn, at informert samtykke er tilstrekkelig innhentet og at ingen avhengighetsforhold skapes, samt at persondata blir tilstrekkelig anonymisert og at eventuelle risikofaktorer er opplyst om og forstått av forsøkspersonene.

Vi mener vårt prosjekt ikke bryter med allment aksepterte verdisyn. Vår utprøving av SDT har til formål å øke ungdommers interesse og bevisstgjøring hva angår egen tannhelse. Metoden vi bruker er basert på at det er ungdommene selv som skal ta valget om å eventuelt endre atferd, vi gir dem den kunnskapen de trenger for å gjennomføre dette dersom de selv ønsker det. Autonomi står i fokus, valget ungdommene tar skal være helt og holdent deres eget.

Sammen med innkallelsen til den årlige kontrollen hos tannlege, la klinikkjefen ved et informasjonsskriv (vedlegg 1) der det ble opplyst om hvem vi var, hva oppgaven vår gikk ut på og hva vi ønsket at pasienten skulle være med på. Ungdommene ble også opplyst om at de stod i sin fulle rett til å ikke delta, og at det ikke fikk noen følger for deres videre forhold til tannklinikken. Det var heller ikke noen diskriminasjon på kjønn eller etnisk opprinnelse.

All persondata er i denne oppgaven anonymisert. Alle spørreskjema har til enhver tid vært anonyme, vi har kun skilt mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe for å kunne sammenligne disse før og etter. Plakk- og gingivalindeksene ble av hensyn til å kunne sammenligne disse for samme pasient anonymisert først etter 2.konsultasjon. Arkene med registreringene ble aldri tilført fullt navn på pasientene, men kodet slik at vi kunne finne ut hvem de tilhørte fra 1.konsultasjon til 2.konsultasjon.

Vi mener at denne utprøvingen ikke er forbundet med noen risiko for verken intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Det kan jo stilles spørsmål om kontrollgruppen kan ha en større risiko for tannhelseproblemer i fremtiden ved å ikke få den inngående informasjonen intervensjonsgruppen fikk. Kontrollgruppen fikk det vi anser som en "vanlig" konsultasjon, både med tanke på informasjonen, instruksjonen, råd og anbefalinger som ble gitt. Vi anser det derfor ikke som de har noen større risiko for tannhelseproblemer i fremtiden enn alle de ungdommene som ikke deltok på utprøvingen.

3.3 Pasientens rett til informasjon, medvirkning og samtykke

All helsehjelp skal være begrunnet i hensyn til pasientens beste.

Pasientrettighetslovens bestemmelser om informasjon til pasienten, medvirkning og samtykke er derfor avgjørende for den helsehjelp som skal ytes.

Hovedregelen er at vi som helsepersonell kun kan utføre helsehjelp med pasientens samtykke. Informasjon om undersøkelser og behandling er en forutsetning for at pasienten skal forstå hva han eller hun samtykker til. Det er viktig at informasjonen blir gitt på en forståelig måte, dette innebærer at man som helsepersonell har et stort ansvar hva angår det å undersøke om pasienten har forstått budskapet. Etter pasientrettighetslovens bestemmelser om pasientens medvirkning har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. (37)

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven) skal bidra til å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Og her står både autonomi og informert samtykke sentralt.

3.3.1 Pasientautonomi

Pasientautonomi et sentralt begrep all tannhelsepersonell burde kjenne til. Ordet er gresk og betyr selvstyre eller selvbestemmelse. Autonomi innebærer først og fremst en rett til å være med til å ta beslutninger som angår ens egen helse. (38) Pasienten skal ha myndighet til å motstå behandlerens autoritet. Behandleren må vise respekt for pasientens integritet, gi adekvat informasjon og gi pasienten kontroll under behandlingsplanleggingen og under selve behandlingen. Samtidig som det er viktig å opprettholde kravet om autonomi, er det like

viktig å avgjøre om en pasient oppfyller kravene for å kunne ta autonome valg, her må behandler vurdere følgende:

1. Er informasjonen god nok? Helsepersonell må kunne gi verdinøytral informasjon. Det er også her viktig å tenke på nonverbal kommunikasjon.
2. Kompetansekrav: Innebærer å ta hensyn til om pasienten har egenskapene som skal til for å ta et selvstendig valg. Forstår pasienten det vi prøver å formidle?
3. Er pasienten konsistent? Er pasienten sine ønsker i tråd med livsholdning og verdier ellers? Mener vedkommende det samme fra gang til gang?
4. Er pasienten fri fra ytre press? Pasienten skal ta valg uten press fra omgivelsene. (39)

Pasienten skal bruke retten til autonomi på en slik måte at han/hun kan si nei til behandling. Prinsippet skal ikke brukes for å gjøre krav på behandling som ikke er forsvarlig. (40)

3.3.2 Informert samtykke

Pasientinformasjon fra helsepersonell til pasient, og fra pasient til helsepersonell er avgjørende for adekvat behandling. Pasientinformasjon består ideelt sett av tre komponenter:

1. Informasjon om årsaken til pasientens plager.
2. Informasjon om risiko, terapi og bivirkninger.
3. Informasjon om prognose.

Kravet om at pasienten skal få informasjon er viktig av etiske og juridiske grunner. Pasienter som involveres i beslutninger rundt egen helse, mestrer sykdom bedre. Informert samtykke er viktig for at en pasient skal kunne kjempe for sine egne rettigheter og vil kunne øke tillitten mellom pasient og behandler, noe som er avgjørende for god behandling.

Informasjonen burde tilpasses hver enkelt person. Man må ta hensyn til sosial status (for eksempel fremmedord), mengde informasjon, passe på at informasjonen går begge veier og journalføres. (41) Autonomi og informert samtykke henger tett sammen. Adekvat informasjon er viktig for å kunne ta autonome valg.

3.4 Registreringer

For å måle om pasienten benytter seg av kunnskapen de tilegnes ved første konsultasjon, bestemte vi oss for å registrere gingivalindeks (gingival blødning ved lett provokasjon på flatenivå) og plakkindeks(sonderbart plakk på flatenivå). Registreringene ble utført på

konsultasjon 1 og 2. Vi ønsket da å se en forbedring fra gang en til to, spesielt med tanke på gingivalindeks, da denne ville kunne avsløre om plakkfjerning foregår regelmessig eller kun rett før besøket hos tannlegen.

Vi tok utgangspunkt i fire flater per tann (distalt, mesialt, buccalt/labialt og lingualt/palatinalt), og registrerte til og med 7. tann i tannrekken. Dette tilsvarer 112 flater per pasient.

Det var viktig at vi to operatører var kalibrert i forhold til hverandre for å unngå ulike registreringer oss i mellom og fra gang til gang. Plakkindeks målte vi ved å bruke langsiden på sonde mot flatene som skulle registreres. Positivt funn av plakk ble registrert med 1, negativt funn av plakk ble registrert med 0. Gingivalindeks målte vi ved å føre sonden med et lett trykk mot gingivalranden langs alle flater. Positivt funn av blødning ble registrert med 2, negativt funn av blødning ble registrert med 0.

3.5 Utførelse

Vi delte ungdommene inn i to grupper, en intervensjonsgruppe der vi skulle prøve ut SDT og en kontrollgruppe som skulle få det vi opplever er en "ordinær" konsultasjon hos tannlegen.

3.5.1 Intervensjonsgruppe, første konsultasjon:

Denne gruppen fikk en god instruksjon og informasjon. Motivasjon og autonomi stod i fokus gjennom hele undersøkelsen. Undersøkelsen foregikk i en forståelig tone, med en god og ryddig fremføring der hjelpemidler som modeller og bilder ble tatt i bruk. I starten av konsultasjonen svarte pasientene på et spørreskjema som omhandlet motivasjon rundt egen tannhelse. Vi målte plakkindeks og gingivalindeks.

Vi informerte om:

- Årsaker til karies og gingivitt.
- Hvordan unngå karies og gingivitt.
- Følger av dårlig renhold.
- Fluor sin virkningsmekanisme mot utvikling av karies.

Ved instruksjon ville vi:

- Lære bort tannbørsteteknikk.
- Bruk av tanntråd.
- Instruere i fluorbruk.

Utførelsen av intervensjonsgruppen krevde nøye planlegging der det var viktig å ivareta SDT sine kjerneverdier kompetanse, relasjon og autonomi. Vi utformet en guideline for første møte med pasienten over hvilke temaer vi skulle innom og hvordan disse skulle fremlegges.

Første møte med pasienten(hente pasienten selv på venteværelse):

- 1) Håndhilse, ekte smil, øyekontakt - være hyggelig og tilstede.
- 2) Tilby pasienten å sette seg i stolen, fokuset er rettet mot pasienten. Her ønsker vi å gi en trygghetsfølelse, og gi pasienten en følelse av kontroll.
- 3) Informere om hva som skal skje i en positiv tone. Åpne for spørsmål.
- 4) Dele ut spørreskjema. Informere om at dette er helt anonymt og ikke skal danne grunnlag for samtalen videre, legges i lukket postkasse sammen med resten av skjemaene. Være observante på å ikke stå bak pasienten under utfylling av spørreskjema.

Betydningen av det første møtet mellom pasient og behandler er essensielt for videre kommunikasjon og samarbeid. Det første minuttet kan være avgjørende, og føre til en trygghetsfølelse og initial tillit hos pasienten. Her kan den minste feil føre til avstand mellom pasient og behandler, og vanskeliggjøre videre kommunikasjon.

Undersøkelse:

- 1) Forteller at vi skal gjøre en undersøkelse, vi skal ikke gjøre noe behandling i dag. Informere om tidsbruk og hva som skal foregå.
- 2) Si ifra om at vi lener stolen bakover. Ligger pasienten bra? Si ifra dersom det er noe som er ubehagelig eller om det skulle være noe annet.
- 3) Respekt for pasienten under registrering og en hyggelig tone mellom behandler 1 og 2.
- 4) Gi ros! For eksempel få behandler 2 til å se så fine tenner pasienten har etc. Rosen må være ekte, ingen falsk ros.

Pasienten ble spurt om det var greit at vi utfører en grundig undersøkelse av tannhelsen, der vi går over hver tann. Under dette punktet var det viktig at registreringene ikke ble foretatt muntlig, men at operatøren noterte disse for seg selv for å unngå at pasienten føler seg vurdert, heller fremme trygghet og involvering. Operatøren som ikke utførte registreringene trakk seg tilbake og unnlot å henge over pasienten. Pasientene ble nullstilt ved første møte ved hjelp av tannrens.

Informasjon:

- 1) Vi vil gjerne forklare deg litt om tenner og renhold, er det greit for deg?
- 2) Vi viser en skjematisk tegning av tann og dens støtteapparat, og forklarer enkelt hvordan en tann er bygd opp.
- 3) Røntgenbilde av stort kariesangrep – forklare hva vi ser på bildet (enkel tannanatomi og endringer ved karies – ”stor mørk flekk”). Vis et nytt liknende røntgenbilde med tydelig karies, og spørre om pasienten ser noe liknende her (Obs på at pasienten ikke skal føle seg ”dum ” dersom vedkommende ikke klarer å se kariesangrepet) Skryt!
- 4) ”Nå som du er så flink til å finne hull på røntgenbilder, har vi lyst å forklare hva som er grunnen til at en får hull! Er du interessert i å vite dette?” Vis forstørret bilde av tann med belegg, vekker forhåpentligvis nysgjerrighet/interesse.
- 5) Forklare hvordan belegget oppstår; ”Dette er noe alle får på tennene, dette er viktig å få bort”
- 6) ”Vet du hva belegget består av?”, ”Visste du at belegget faktisk består av bakterier? Disse trives veldig godt på tanna, og yndlingsmaten deres er sukker!”
- 7) Hva belegget fører til; ”Når bakteriene spiser sukker, lager de noe skikkelig surt som etter hvert ødelegger deler av tanna, dette kaller vi hull”(Viser klinisk bilde av tann med belegg)
”Belegget vil også gi irritasjon i tannkjøttet som gjør at det begynner å blø lett. Har du opplevd dette?” ”Dersom denne irritasjonen vedvarer kan bakteriene begynne å ødelegge kjevebenet slik at tennene blir løse” (Viser klinisk bilde av pasient med marginal periodontitt) Forklare at dette er en pasient som ikke har gjort tennene sine ordentlig rene. Vekke interesse og motivasjon.

Det var viktig for oss at informasjonen ble gitt på en forståelig måte. Det ville vært uheldig på dette punktet å overkjøre pasienten, her ser vi an personlighet og styrer samtalen rundt det vi merker fanger pasientens interesse. Det er viktig å se mennesket og lese situasjonen. Pasienten skal ikke føle seg utilpass, vi ønsker å få til et dynamisk samarbeid hvor pasienten skal føle seg verdifull.

Instruksjon:

- 1) ”Det er mange enkle måter å fjerne dette belegget på, vil du at vi skal vise deg hvordan?” Motiverende, positiv tone.
- 2) Vis først på modell. Forklare at tanna består av 5 flater, kun tre av disse blir helt rene av tannbørsten dersom en bruker rett teknikk. ”Bakteriene mellom tanna er de heldigste, for de kan kose seg med sukkeret så lenge du ikke bruker tanntråd!” (Litt humor er viktig)
- 3) Vis pusseteknikk(systematisk skrubbteknikk) og tanntråd(fokus på systematikk, enkelt for pasienten å huske alle flater) på modell. Pasienten har også modell som

han/hun kan prøve på parallelt med instruksjonen – gi positive tilbakemeldinger som ikke er kontrollerende.

- 4) Vise pusseteknikk med tannbørste i munnen til pasienten mens pasienten ser på i speil. Pasienten prøver selv – gi skryt og gjør eventuelle justeringer.
- 5) Vise tanntrådbruk i munnen til pasienten mens pasienten ser på i speil. Pasienten prøver selv – gi skryt og gjør eventuelle justeringer. Vise at belegget blir borte, og vise belegg/blødning/lukt på den brukte tanntråden.
- 6) "Dersom du i tillegg etter tannpussen bruker fluorskylling, blir tannen sterkere og vanskeligere for bakteriene å ødelegge".

Kompetanse og relasjon gir en korttidseffekt, men om vi ivaretar autonomi vil vi kunne oppnå en langtidseffekt. Dette skal skje via en integrering der pasienten forstår at kunnskapen angår en selv. Tilbakemelding fra oss som tannhelsepersonell, kan føles som en vurdering og svekke autonomien. Vi ønsker å snu spiralen slik at pasienten bruker sin tilegnede kunnskap til å selv vurdere sin tannhelse. Tannhelseaktiviteten starter som en ytre initiert regulering som kan integreres om forholdene ligger til rette for dette. Her var det fint om pasienten oppdaget kliniske funn relatert til egen tannhelse, for eksempel finne karies på egne røntgenbilder eller oppdage blødning ved tanntrådbruk. Ved å bruke indeksene som relaterer til pasienten kan hjelpe pasienten til å tenke og oppdage selv!

Avslutningsdel:

- 1) "Nå har du vist oss at du er kjempeflink til å fjerne belegget! Dette får du til, vi ser du har riktig teknikk."
- 2) "Dersom du får med deg tannbørste, tannkrem, tanntråd og fluorskylling, kunne du da tenke deg å prøve dette hjemme?"
- 3) Forklare at dette kanskje tar litt tid og er ubehagelig(blødning etc.) i starten, men dette går over hvis du allikevel fortsetter. Kommer til å se stor forskjell neste gang!
- 4) Tilbyr en liten, punktvis huskeliste som en påminnelse til tannrenholdet vi har snakket om.

Avslutningsdelen er avgjørende for hva inntrykk pasienten står igjen med når vedkommende forlater kontoret. Målet er at pasienten skal forlate kontoret og har opplevd situasjonen som positiv.

3.5.2 Kontrollgruppe, første konsultasjon:

Kontrollgruppen fikk en undersøkelse slik vi tror den ofte gjøres i dagens klinikker, med lite tid satt av til instruksjon og motivasjon. I likhet med intervensjonsgruppen, besvarte kontrollgruppen samme spørreskjema i starten av konsultasjonen.

I likhet med intervensjonsgruppen ønsket vi å måle plakkindeks og gingivalindeks.

Denne gruppen ble anbefalt å bruke tanntråd og fluor i tillegg til børsting av tennene morgen og kveld. Det ble ikke gitt noen spesifikk informasjon og instruksjon til denne kontrollgruppen. Kontrollgruppen nullstiltes på lik linje med intervensjonsgruppen og fikk medsendt samme hjelpemidler som intervensjonsgruppen.

3.5.3 Andre konsultasjon(intervensjon og kontroll)

Oppfølging av pasienten skulle skje ca 3 måneder etter første møte. Det samme spørreskjema som ved første konsultasjon ble utlevert, og vi registrerte på ny plakkindeks og gingivalindeks. Denne konsultasjonen var lik for begge grupper.

4 Resultater

4.1 Spørreskjema før og etter

Da vi formulerte spørreskjemaene, var det viktig at vi formulerte spørreskjemaer som kunne fortelle oss noe om endringer ved 1. og 2. konsultasjon, det var viktig i denne sammenheng å ta hensyn til SDT sine tre viktige psykologiske behov: autonomi, kompetanse og relasjon. Spørreskjemaet leverte vi ut til ungdommene ved starten av 1.konsultasjon og starten av 2.konsultasjon. Vi valgte å levere de ut i starten av konsultasjonen fordi vi ikke ville at vår påvirkning skulle ha noe å si første gang de besvarte skjemaet, men at andre gang de besvarte skjemaet ville vår påvirkning fra 1.konsultasjon kunne gi en forhåpentligvis positiv innvirkning på svarene de gav. Det ble også opplyst om at spørreskjemaet ikke var noe vi skulle diskutere i løpet av konsultasjonen, og at de skulle brette det sammen og legge det i en postkasse sammen med de andre spørreskjemaene for at det skulle være anonym besvarelse. Dette valgte vi å opplyse om for å hindre at ungdommene skulle føle at de burde svare det vi ville for å unngå en diskusjon eller konfrontasjon om besvarelsen i etterkant. Vi var oss selv bevisste på å holde oss i ro, ikke gå bak pasienten for å ordne med utstyr, noe som kan svekke tillitten til at skjemaet er anonymt.

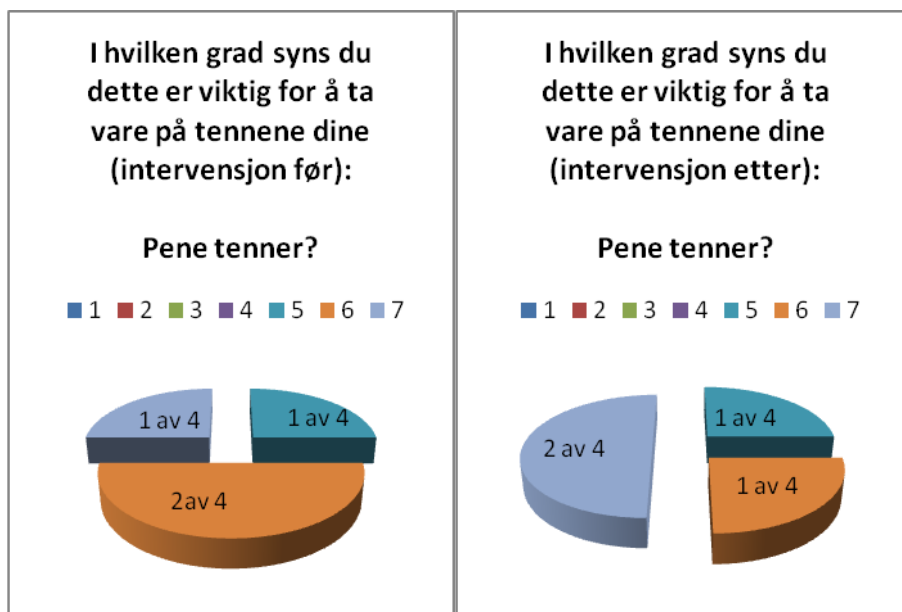
Vi valgte en skala fra 1-7, hvor 1 stod for svært uenig/i liten grad, og 7 stod for svært enig/i stor grad. Vår vurdering er at enhver endring i positiv retning vil være å betrakte som en forbedring i ungdommenes motivasjon, via en økning i selvbestemmelse, kunnskap og relasjon. I og med at vi har et veldig lite utvalg, og tatt i betraktning at kun 4 av 6 ungdommer møtte opp til 2.konsultasjon (hele intervensjonsgruppen møtte opp, men de to i kontrollgruppen uteble, interessant nok!), ser vi selvfølgelig at vi ikke kan trekke noen statistisk signifikant konklusjon ut fra vår utprøving av SDT, men vi mener at dette kan gi en pekepinn på hva vi kunne ha forventet oss av en større utprøving.

Vi valgte å ta med kontrollgruppens diagram på 1.konsultasjon, selv om de ikke møtte til 2.konsultasjon. Kontrollgruppens resultater er viktig å ha for å se at de to gruppene har noenlunde lik resultater i forkant. På denne måten kan vi oppdage skjevheter mellom de to gruppene. Nå hadde vi et lite utvalg, studien blir dermed veldig sårbar.

Vi klarte ikke å få kontrollgruppen til å møte til 2.konsultasjon, det vil kun bli spekulasjoner å prøve å finne ut av hvorfor dette var tilfellet. En tanke vi gjør oss er at pasientene ikke ser noen grunn til å møte to ganger med 3 mnd mellomrom ut ifra den overfladiske informasjonen som ble gitt dem, mangel på god relasjon og autonomi.

Det kan selvsagt også være tilfeldig at akkurat disse pasientene ikke møtte, vi så imidlertid ingen grunn ved første konsultasjon for at nettopp ungdommene i kontrollgruppen skulle la være å møte gang to, mens de i intervensjonsgruppen strakk seg langt for å få til et nytt møte.

Spørsmål 1 a)

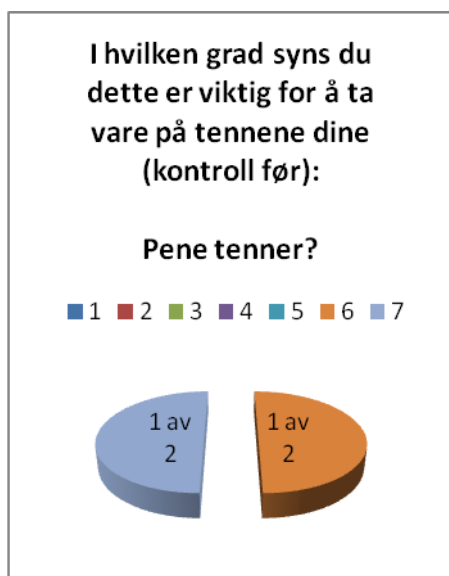


Gjennomsnitt: 6

Gjennomsnitt: 6,25

Median: 6

Median: 6,5

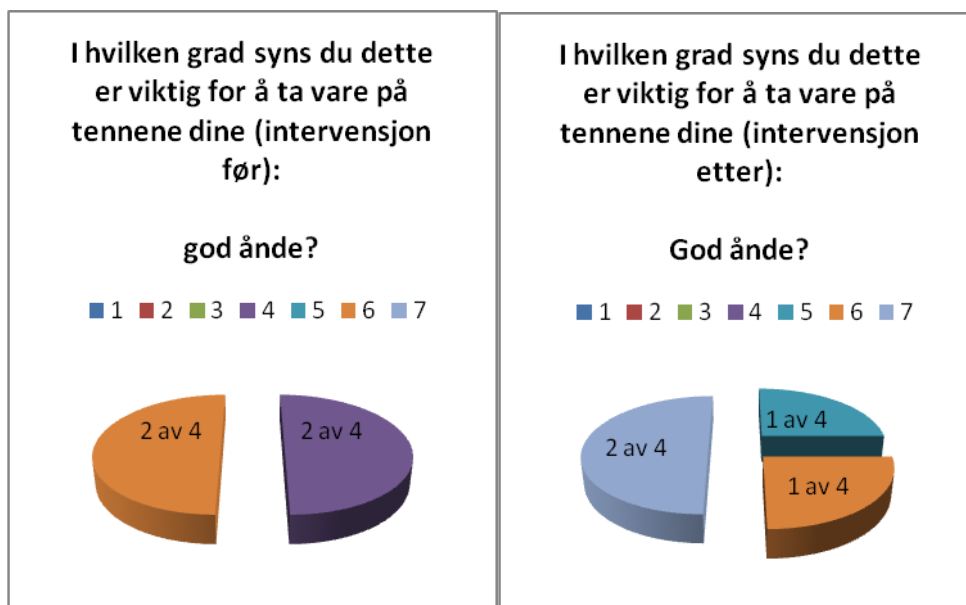


Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

At pene tenner er en vanlig motiverende faktor for ungdommer så vel som voksne, er kanskje ikke så veldig overraskende. Vi ser her at gjennomsnittsverdien har økt fra 6,16 til 6,25 hos intervensjonsgruppen, og medianen har økt en halv tallverdi. Dette antyder at pene tenner hele tiden har vært en motivasjonsfaktor.

Spørsmål 1 b)



Gjennomsnitt: 5

Median: 5

Gjennomsnitt: 6,25

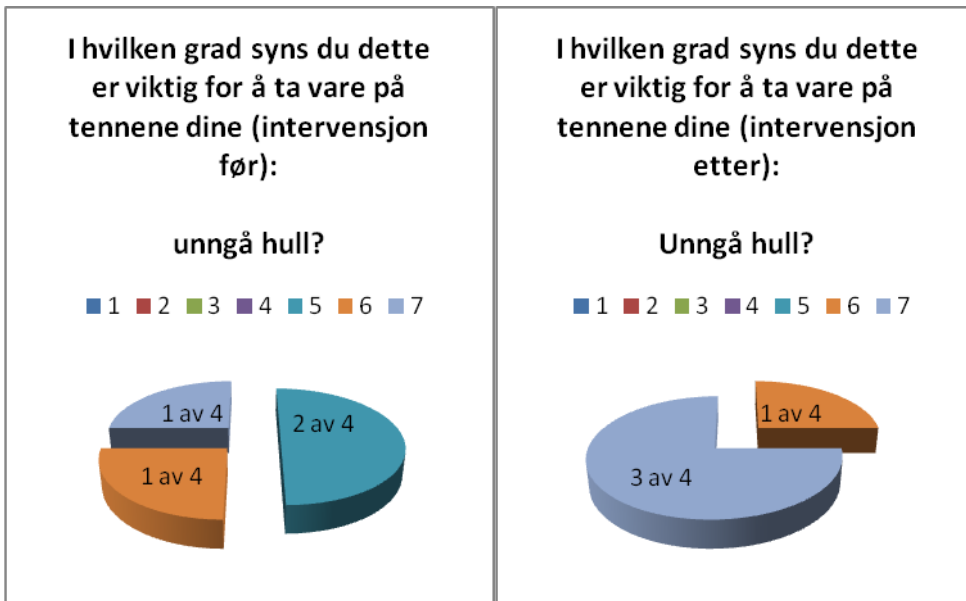
Median: 6,5



Gjennomsnitt: 6,5 Median: 6,5

Her ser vi en tydelig endring frå 5,5 til 6,25 hos intervensjonsgruppen, at god ånde er blitt en viktigere motivasjonsfaktor for ungdommene. En grunn til dette kan være at ungdommene fikk kunnskap om hva dentalt plakk består av, og at det enkelt kan fjernes. Ingen av pasientene visste at dentalt plakk består av bakterier, og at bakterier kan gi dårlig ånde. Mange oppdaget også dårlig lukt på tantråden etter at de hadde fjernet interdental plakk.

Spørsmål 1 c)

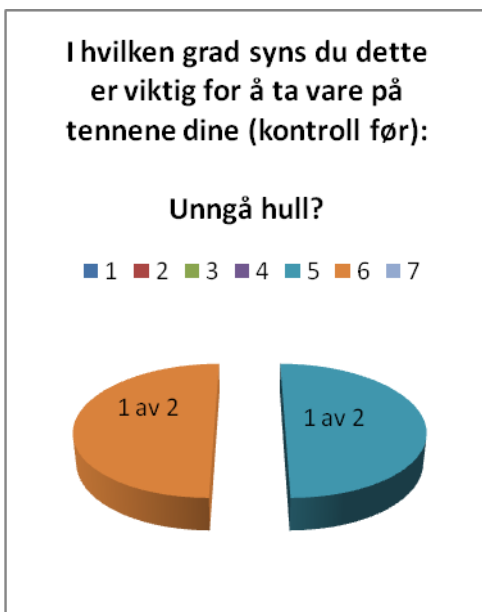


Gjennomsnitt: 5,75

Median: 5,5

Gjennomsnitt: 6,75

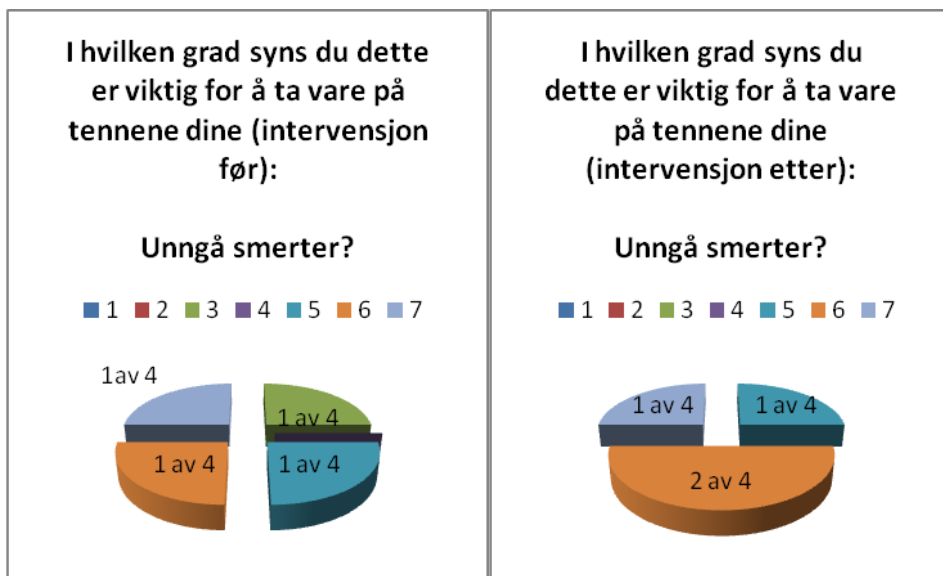
Median: 7



Gjennomsnitt: 5,5 Median: 5,

På dette spørsmålet har vi faktisk fått en endring i positiv retning hos intervensjonsgruppen. Grunnen til dette tror vi er at ungdommene i intervensjonsgruppen fikk en grundig opplysning om hvorfor en får karies, og kunne relatere dette til seg selv via egne røntgenbilder og selv å oppdage plakk på sine egne tenner. Vi tror at grunnen til at ungdommene ble mer bevisst på at dette var at det var noe de selv kunne bidra til å forhindre på en enkel måte. Ungdommene i intervensjonsgruppen lærte også at karies grad 1 og 2 kan behandles interceptivt, dette var ingen av ungdommene klar over. Flere av ungdommene hadde grad 1 og grad 2, og vi merket en umiddelbar motivasjon for å unngå videreutvikling av hull da de skjønnte at de selv kunne forhindre at hullet utviklet seg og måtte behandles med fyllingsterapi.

Spørsmål 1 d)

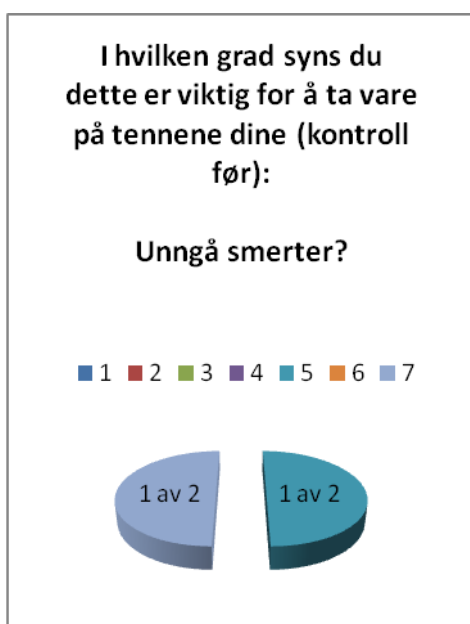


Gjennomsnitt: 5,25

Gjennomsnitt: 6,0

Median: 5,5

Median: 6

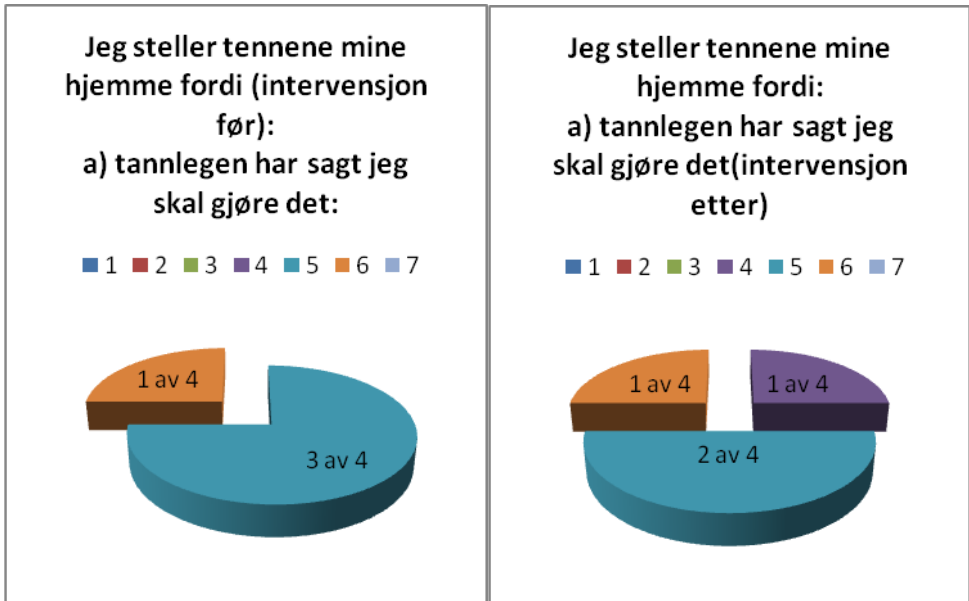


Gjennomsnitt: 6

Median: 6

Det er vel svært få av oss som ønsker å ha smerter, og tannpine er kanskje en av de mest intense smerter en kan ha. Sånn sett kunne en kanskje forvente en høyere score på dette spørsmålet, men som vi ser befinner vi oss i det øvre sjiktet av skalaen. Mange av disse ungdommene har kanskje ikke opplevd smerter i tennene, og har da ikke den erfaring som skulle tilsi at de scoret spørsmålet med en 7'er. Økningen vi ser hos intervensjonsgruppen kommer nok etter den bevisstgjøringen om at det er nerver i tennene som kan ta skade av blant annet store kariesangrep.

Spørsmål 2 a)

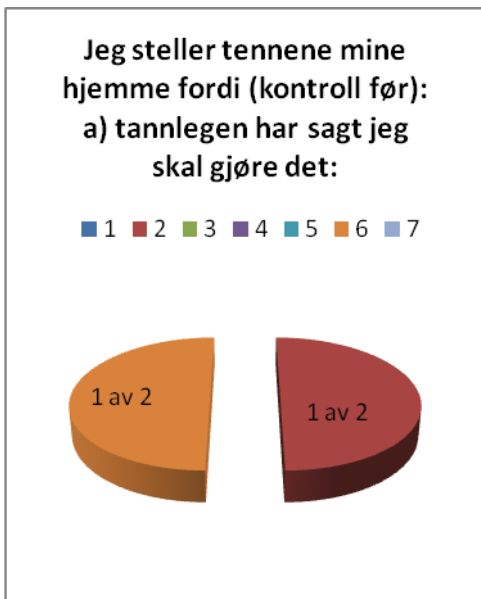


Gjennomsnitt: 5,25

Median: 5

Gjennomsnitt: 5,0

Median: 5

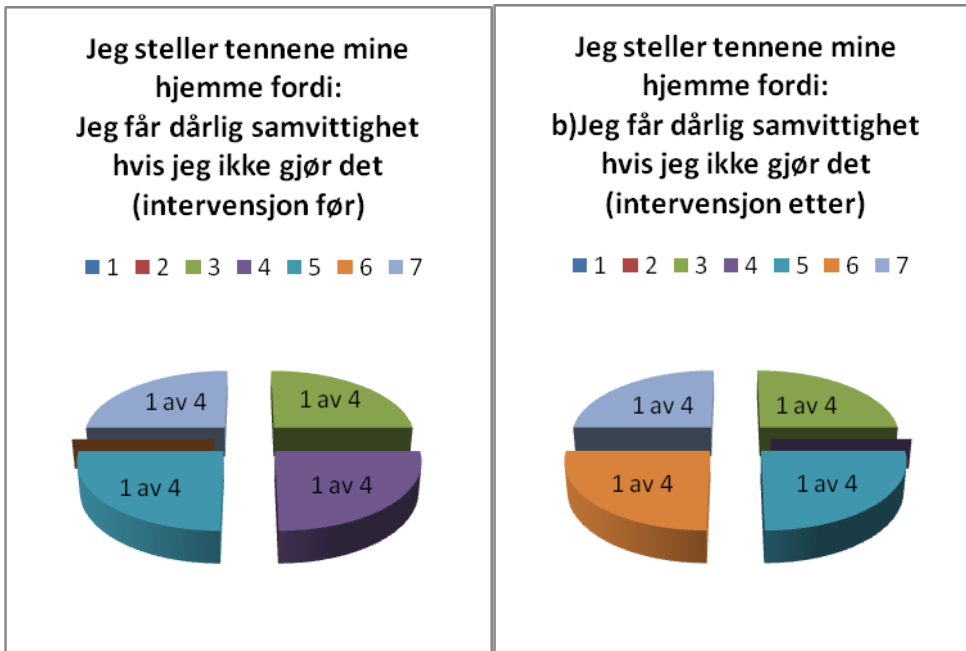


Gjennomsnitt: 4

Median: 4

Spørsmål 2 er et rent autonomispørsmål, vi forsøker å finne ut om ungdommene pusser tennene sine for sin egen del eller fordi noen andre sier de skal gjøre det. Vi ser av delspørsmål a) at ungdommene igjen scorer i det øvre sjiktet. Det positive er jo at de fleste tannleger tilsynelatende anbefaler pasientene å pusse tennene, men det viser også at pasientene kanskje føler de må pusse for å gjøre tannlegen til lags, ikke nødvendigvis fordi pasienten skjønner selv viktigheten av å holde det ordentlig rent. Gjennomsnittet har imidlertid gått noe ned fra 1. til 2. konsultasjon hos intervensjonsgruppen, noe som kan tyde på at de har blitt mer autonome og fått mer informasjon.

Spørsmål 2 b)

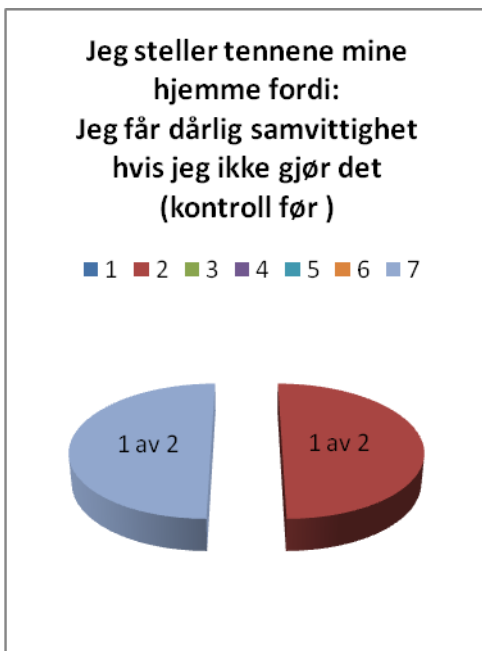


Gjennomsnitt: 4,75

Median: 4,5

Gjennomsnitt: 5,5

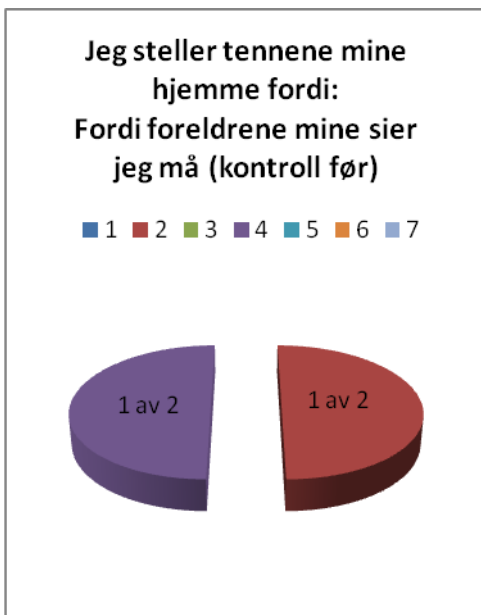
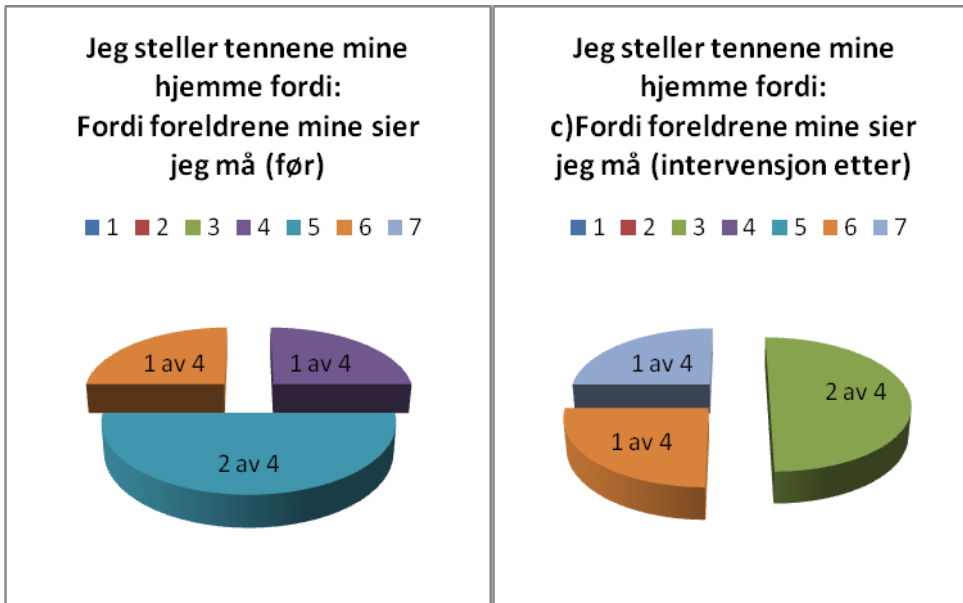
Median: 5,5



Gjennomsnitt: 4,5 Median: 4,5

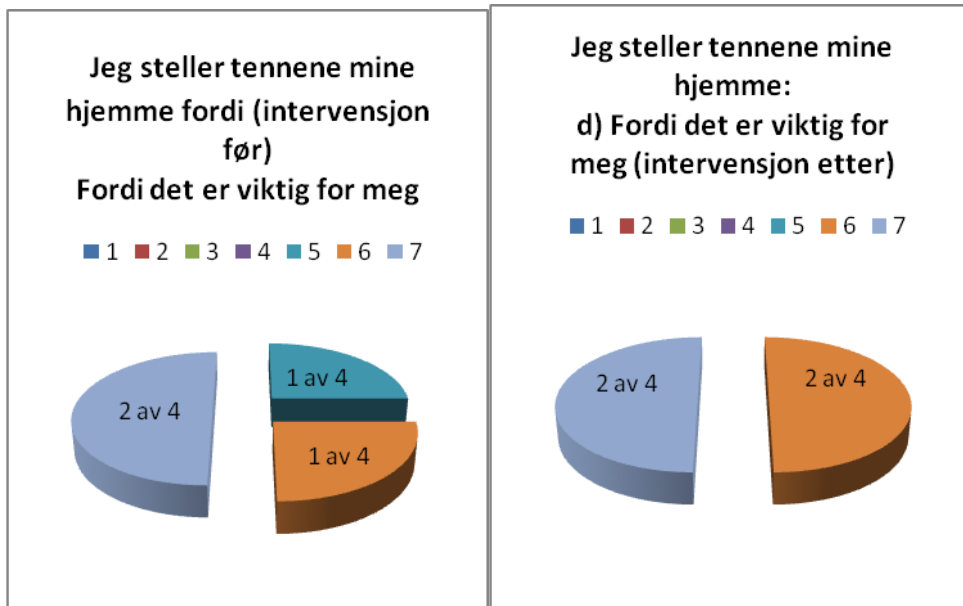
Samvittigheten til pasienten sier noe om hva pasienten selv vet han/hun burde gjøre. Pasienten viser da at han/hun har kunnskap til å vite at for eksempel å pusse tennene er noe jeg bør gjøre. Sannsynligheten for at pasienten da også gjør dette, er større enn om de ikke vet hvorfor en bør pusse tennene. Endringen her viser at ungdommene i intervensjonsgruppen har fått en større kunnskap om tannstell, og muligens da får dårligere samvittighet om de ikke gjør det. Fordi de nå er seg selv bevisst hva dårlig renhold kan føre til.

Spørsmål 2 c)



Dette spørsmålet er ganske likt spørsmål 2a) som omhandler om de steller tennene hjemme fordi tannlegen sier det. Her ser vi at gjennomsnittet har gått noe ned fra første og andre gangen i intervensjonsgruppen, dette kan tyde på at pasientene gjør dette for egen del og har dermed blitt mer autonome og fått mer kunnskap.

Spørsmål 2 d)

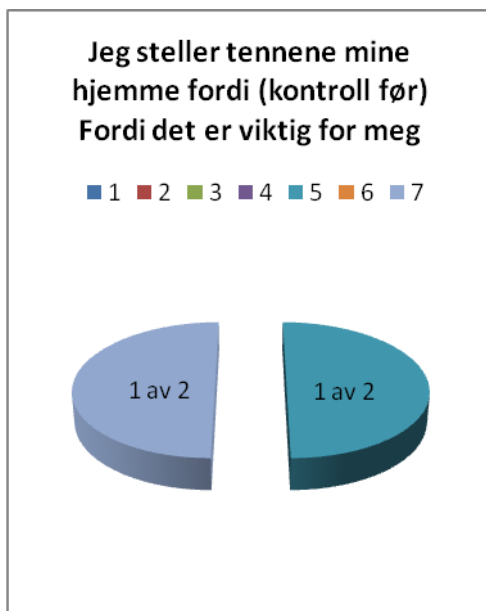


Gjennomsnitt: 6,25

Median: 6,5

Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

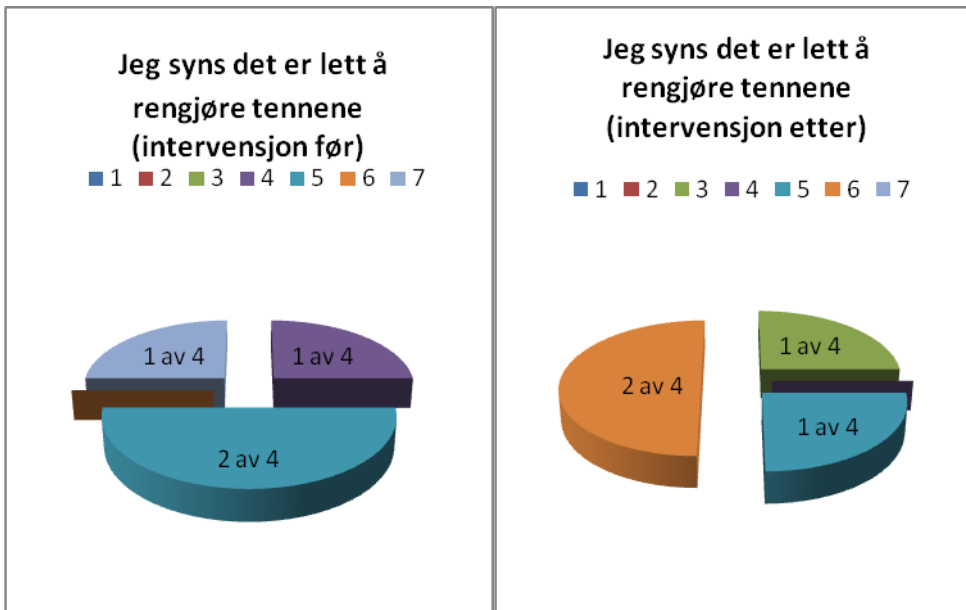


Gjennomsnitt: 6

Median: 6

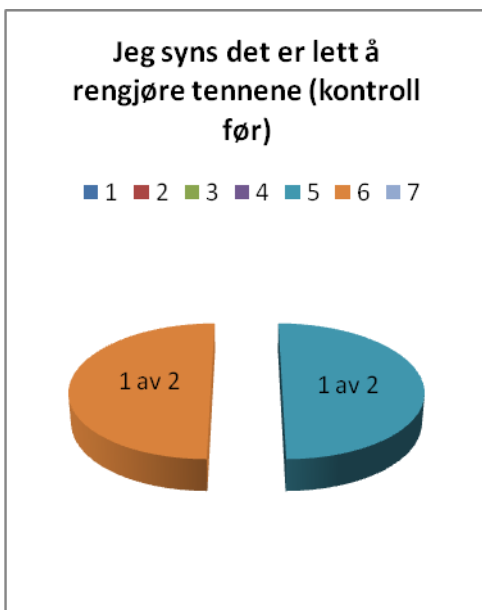
Her ser vi at ungdommene hovedsakelig pusser tennene for sin egen del, noe som tyder på selvbestemmelse både på før- og etter- skjemaet.

Spørsmål 3



Gjennomsnitt: 5,25
Median: 5

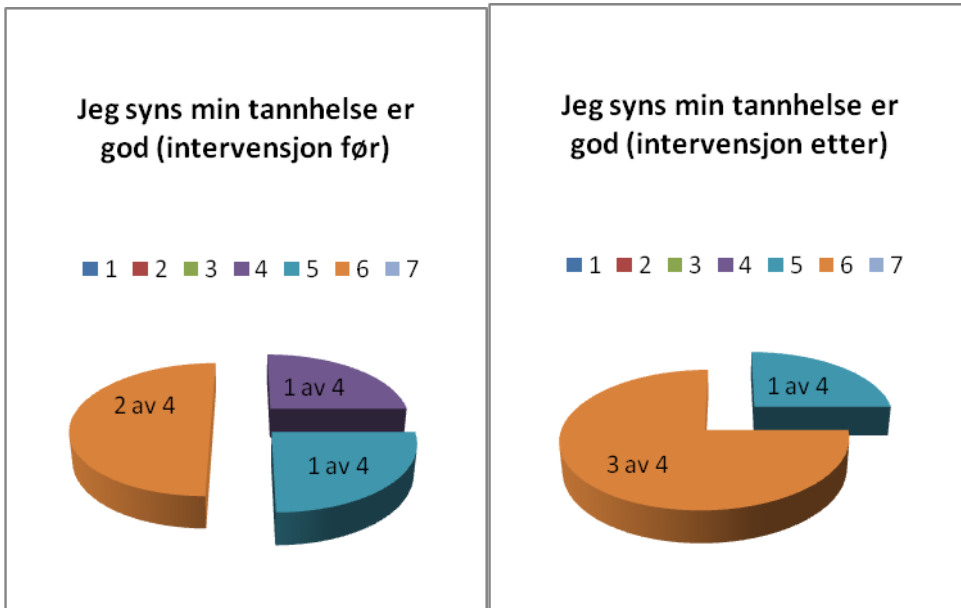
Gjennomsnitt: 5,0
Median: 5,5



Gjennomsnitt: 5,5 Median: 5,5

Her ser vi faktisk at gjennomsnittsverdien har sunket noe, at noen av de spurte synes det er vanskeligere ved 2.konsultasjon å rengjøre tennene enn ved 1.konsultasjon. Det vi tror er grunnen til dette, er rett og slett at ungdommene i intervensjonsgruppen ved 1.konsultasjon ikke hadde tenkt noe særlig over hvordan de pusser tennene, men har ved en bevisstgjøring oppdaget at de kanskje ikke klarte å pusse tennene like godt som de trodde. Ungdommene kan ha blitt mer kritiske til sin egen tannpuss, og har fått mer kunnskap til å kunne vurdere sin egen innsats. Vi ønsker selvfølgelig ikke at pasienter skal synes det er svært vanskelig å rengjøre tennene sine, men vi synes det er positivt at pasienten innehar kunnskap til og selv å kunne vurdere egen tannhelse og innsats.

Spørsmål 4

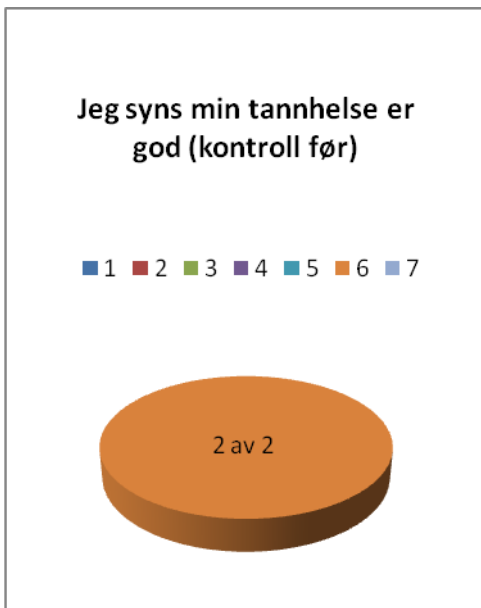


Gjennomsnitt: 5,25

Median: 5,5

Gjennomsnitt: 5,75

Median: 6

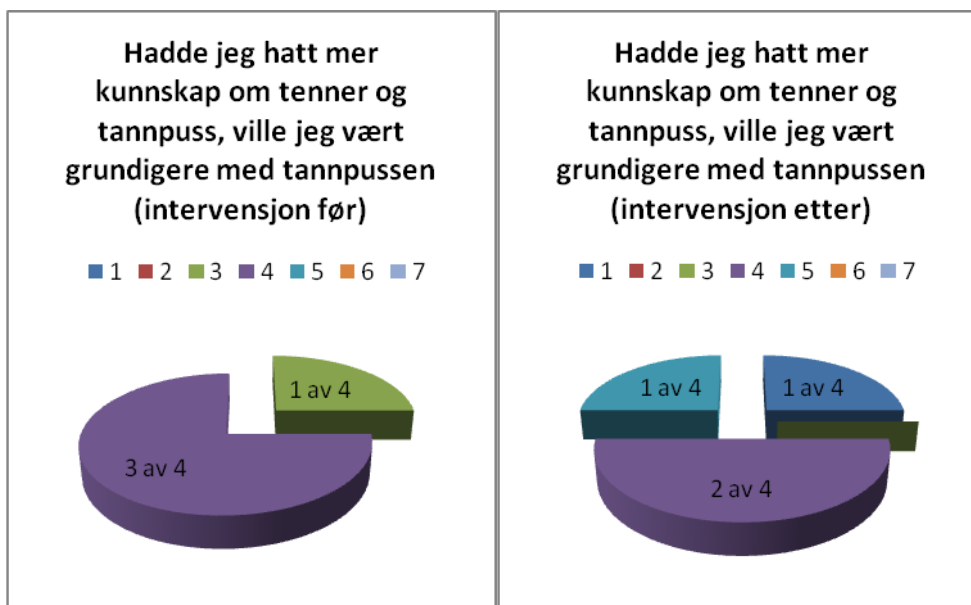


Gjennomsnitt: 6

Median: 6

Vi ser at ingen av de spurte synes de kan sette en 7'er på sin egen tannhelse, men at de legger seg på 4, 5 og 6. Gjennomsnittsverdien har økt noe på etter-skjemaet hos intervensjonsgruppen. Som nevnt tidligere, ser vi på det som positivt at pasienten selv vurderer sin egen tannhelse. Vi ønsker at pasienten skal inneha nok kunnskap til og selv å kunne vurdere om de gjør god nok innsats ved tannpussen. Dersom vi sammenligner med plakk- og blødningsindeksene, ser vi at pasientene i intervensjonsgruppen har betydelig mindre dentalt plakk og gingival blødning etter konsultasjon 1, og kan derav antyde at tannhelsen er blitt bedre. Grunnen til at verdiene for dette spørsmålet ikke har økt mye, kan være at ungdommene i starten på 1.konsultasjon ikke hadde den nødvendige kunnskapen til å kunne vurdere sin egen tannhelse, men i etterkant kanskje oppdager at de nå er på det nivået de trodde de var tidligere.

Spørsmål 5

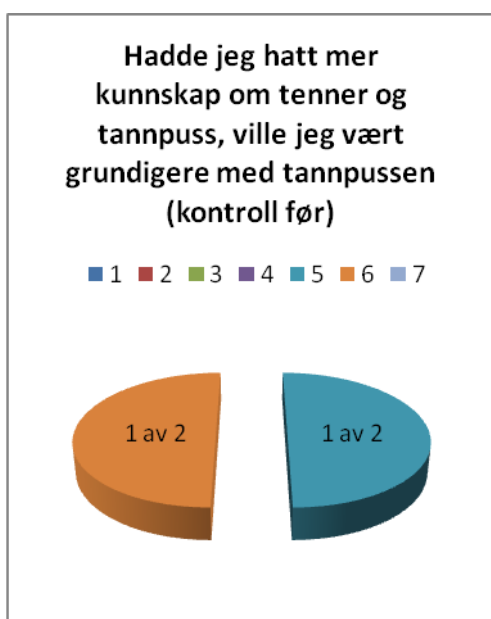


Gjennomsnitt: 3,75

Median: 4

Gjennomsnitt: 3,5

Median: 4

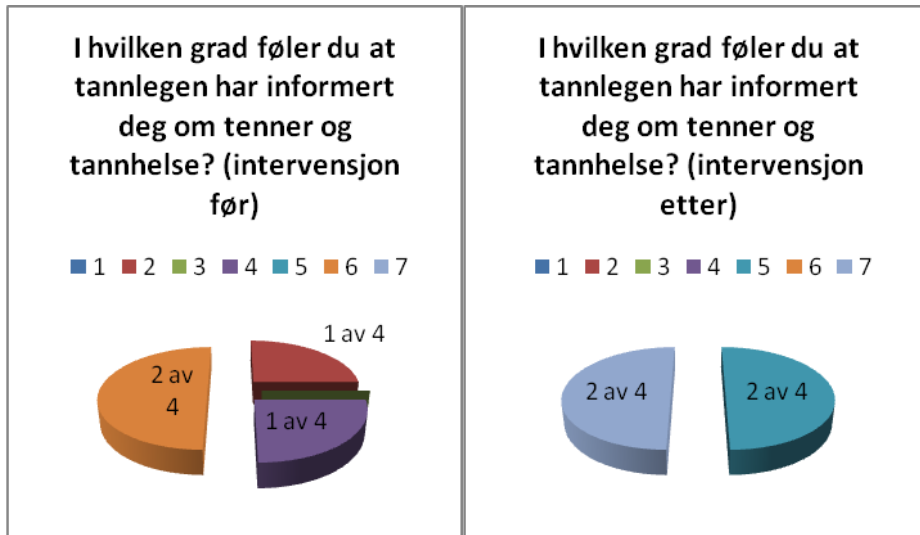


Gjennomsnitt: 5,5

Median: 5,5

At gjennomsnittsverdiene her har gått noe ned, kan bety at ungdommene har fått mer kunnskap og føler at de kan mye mer om tenner og tannpuss etter 1.konsultasjon.

Spørsmål 6

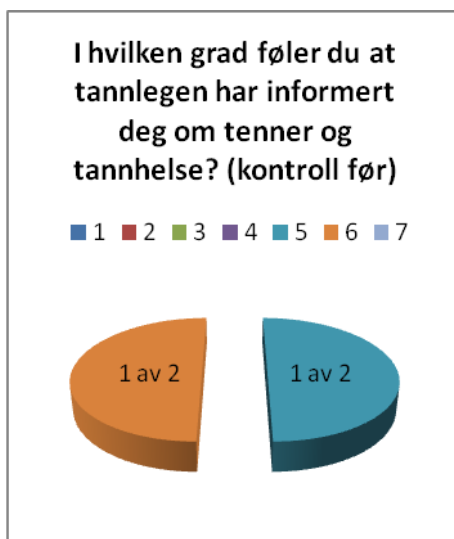


Gjennomsnitt: 4,5

Gjennomsnitt: 6,0

Median: 5

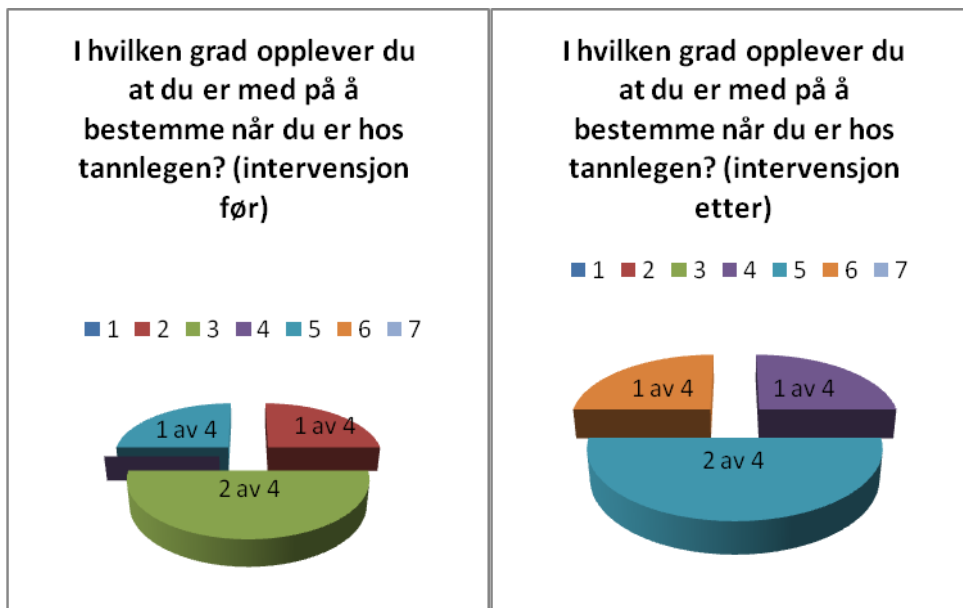
Median: 6



Gjennomsnitt: 5,5 Median: 5,5

Vi ser her en sterk økning fra 4,5 til 6,0 på gjennomsnittsverdien, og ser av det at ungdommene føler de har fått mer informasjon om tenner og tannhelse under 1.konsultasjon enn hva de har fått tidligere. Vi ser jo at informasjonen sannsynligvis ligger friskt i minnet fra 1.konsultasjonen for tre måneder siden, og at ungdommene kan ha glemt å ha mottatt informasjon ved tidligere besøk hos tannlegen. Allikevel ser vi at ved 1.konsultasjon svarte en av de spurte 2, og på 2.konsultasjon svarte alle de spurte 5 eller 7. Det er interessant å se en slik økning, og kan fortelle oss noe om viktigheten av å gi god informasjon som ivaretar pasientens autonomi, pasienten sin kompetanse og relasjon til tannhelsearbeider. Det optimale vil være at pasienten føler at han/hun får tilstrekkelig med informasjon og samtidig følger tannlegen sine råd over tid. Ved å få til dette i ungdomsårene, vil det kunne være med på å forebygge dårlig oral helse.

Spørsmål 7



Gjennomsnitt: 3,25

Gjennomsnitt: 5,0

Median: 3

Median: 5

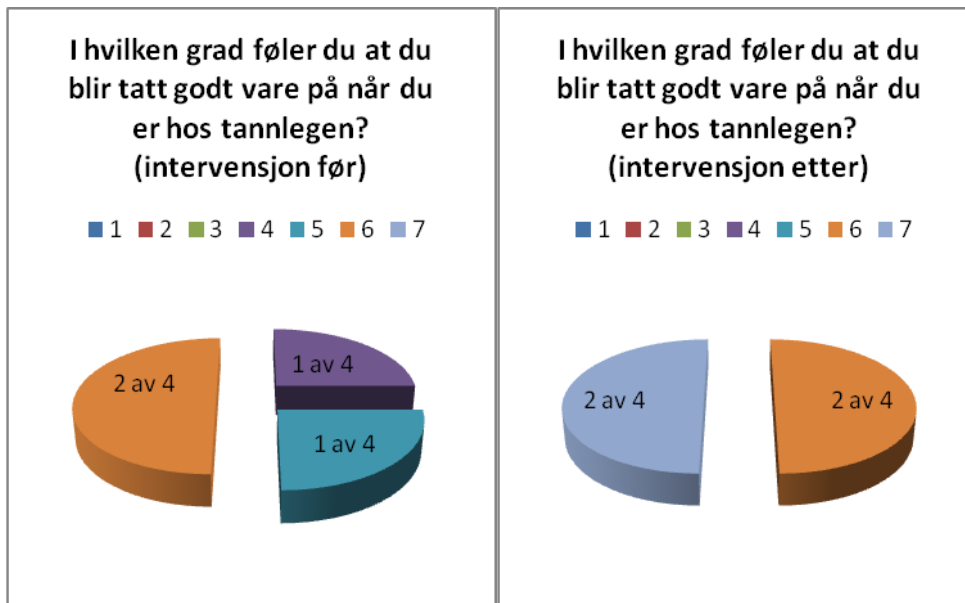


Gjennomsnitt: 6

Median: 6

Selvbestemmelse/autonomi er viktig for motivasjon og etterlevelse i alle situasjoner. Vi ser at ungdommene føler de har mer kontroll og bestemmer mer hos tannlegen etter 1.konsultasjon. Det virker som de har fått med seg budskapet om at det er de selv som må bestemme og ta et ansvar dersom de ønsker en bedre tannhelse eller opprettholde allerede eksisterende god tannhelse.

Spørsmål 8



Gjennomsnitt: 5,25

Gjennomsnitt: 6,5

Median: 5,5

Median: 6,5

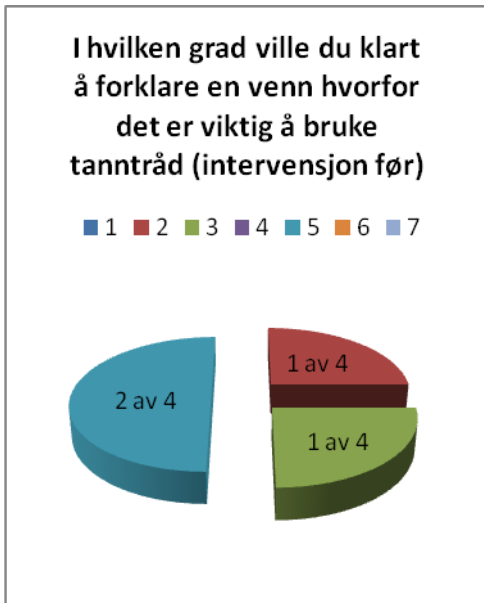


Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

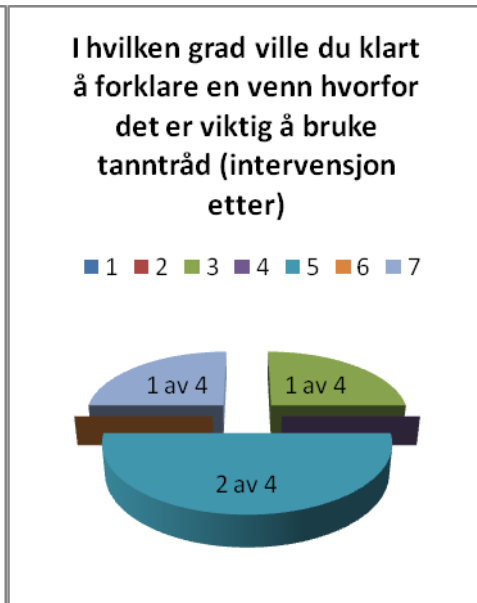
Det ser ut til at ungdommene generelt sett føler seg godt tatt vare på hos tannlegen, noe mer etter 1.konsultasjon. Relasjonen mellom pasient og behandler er viktig for selve opplevelsen av å være hos tannlegen, men også for etterlevelse av råd vi som tannhelsearbeidere gir.

Spørsmål 9



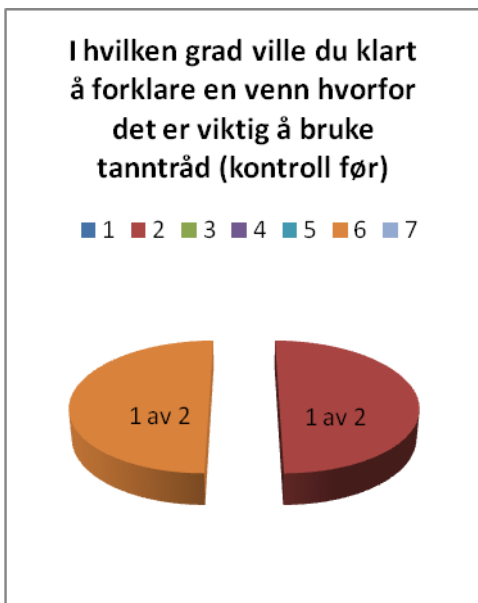
Gjennomsnitt:3,75

Median:4



Gjennomsnitt: 5,0

Median: 5

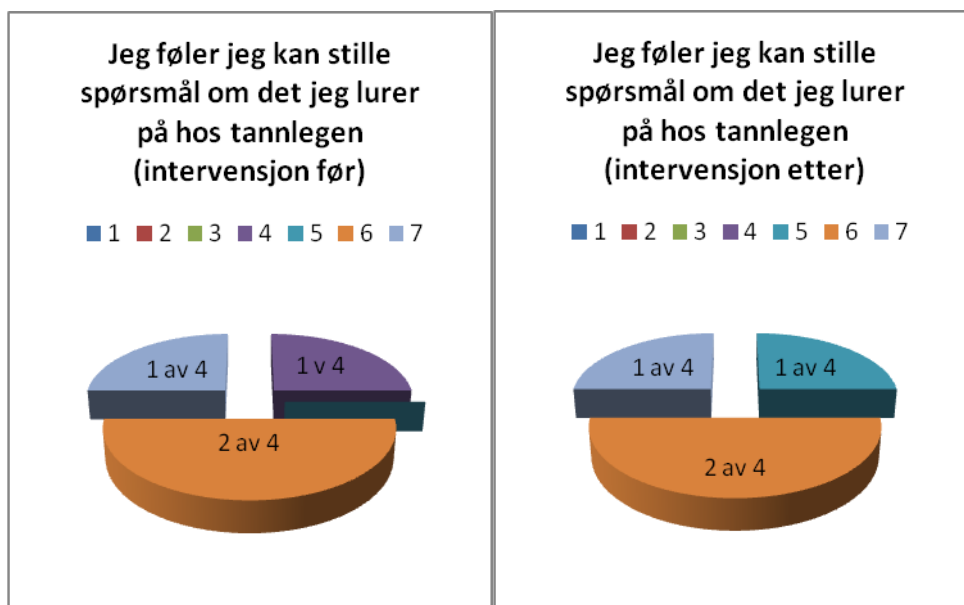


Gjennomsnitt: 4

Median:4

Her ser vi at kunnskapen har økt betraktelig hos intervensjonsgruppen, at det etter 1.konsultasjon er flere som føler seg kompatible til å kunne lære bort kunnskapen de har tilegnet seg på en bedre og mer riktig måte. Kan også tyde på at selvfølelsen angående vurdering av tannhelse er blitt bedre.

Spørsmål 10

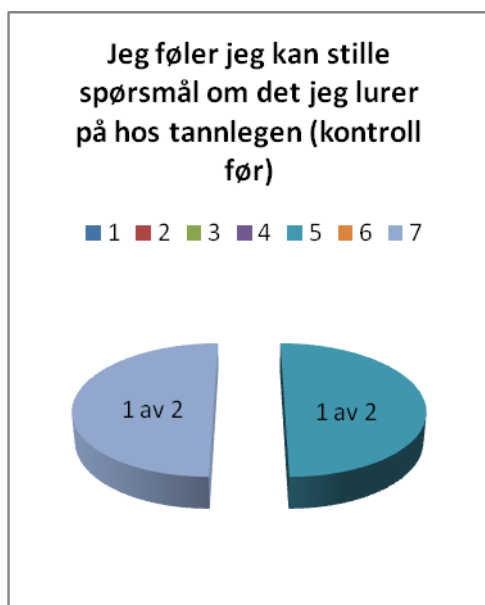


Gjennomsnitt: 5,75

Gjennomsnitt: 6,0

Median: 6

Median: 6

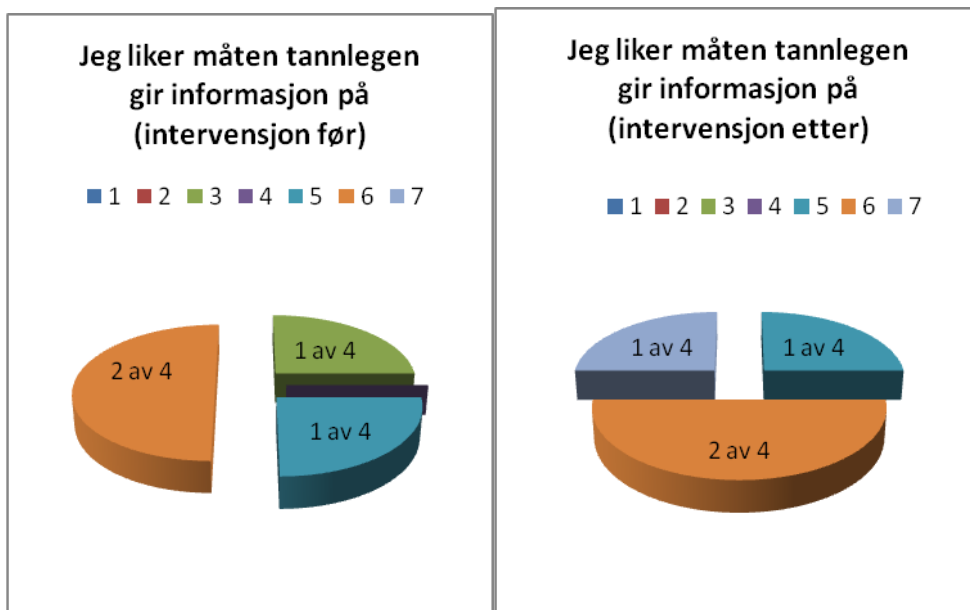


Gjennomsnitt: 6

Median: 6

Her har vi en liten endring, dog i positiv retning. Vi ser at de fleste ungdommene føler de kan spørre om det de lurert på hos tannlegen, både før og etter 1.konsultasjon, noe som tyder på en god relasjon mellom pasient og behandler.

Spørsmål 11

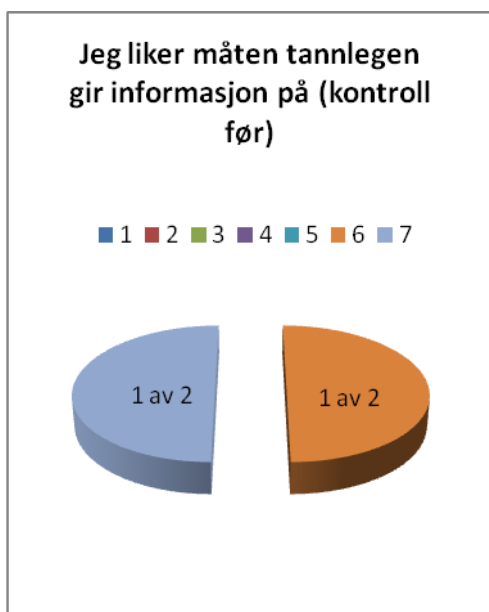


Gjennomsnitt: 5

Gjennomsnitt: 6,0

Median: 5,5

Median: 6

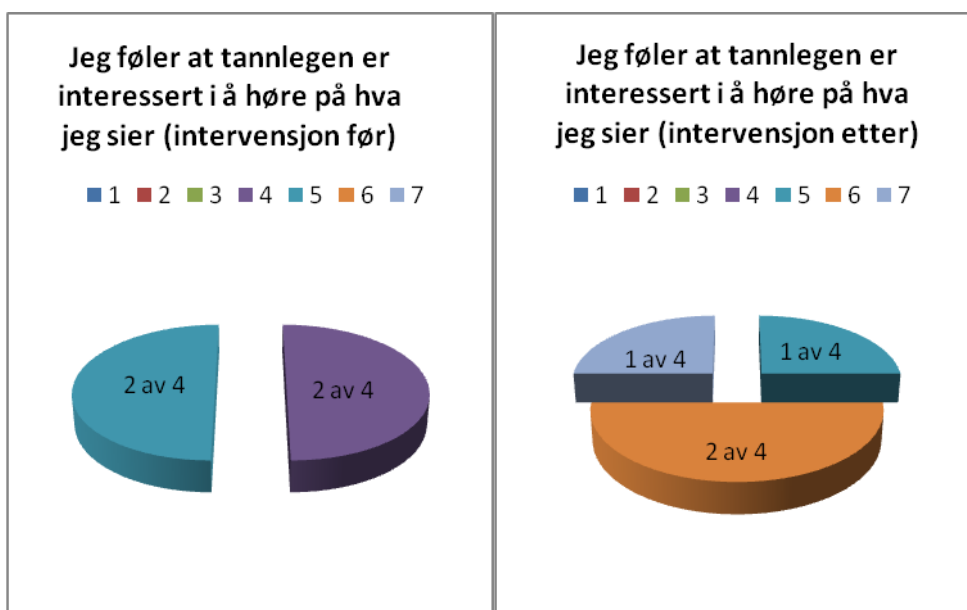


Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

Ungdommene liker noe bedre måten informasjonen ble gitt på av oss, enn hva de tidligere har opplevd. Likevel ser vi at det at det scores høyt både ved 1. og 2. konsultasjon, noe som er gledelig med tanke på at måten informasjonen blir gitt på hos tannlegen generelt oppleves som god. Samtidig skal det nevnes at pasientene ikke hadde noen forutsetning til å sammenligne tidligere gitt informasjon hos tannlegen med den de fikk ved bruk av SDT 1.konsultasjon.

Spørsmål 12

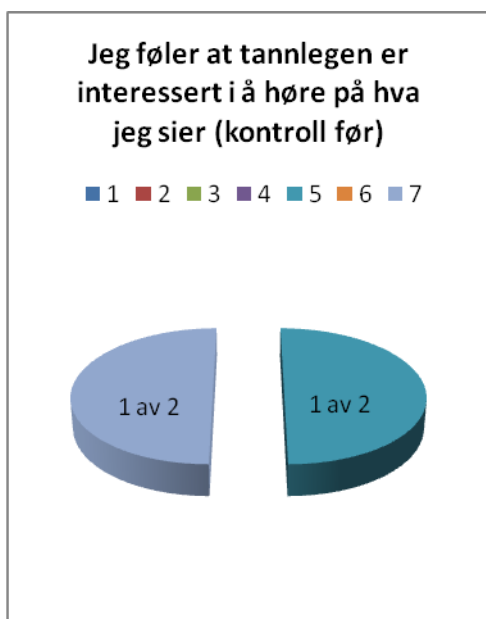


Gjennomsnitt:4,5

Gjennomsnitt: 6,0

Median:4,5

Median: 6

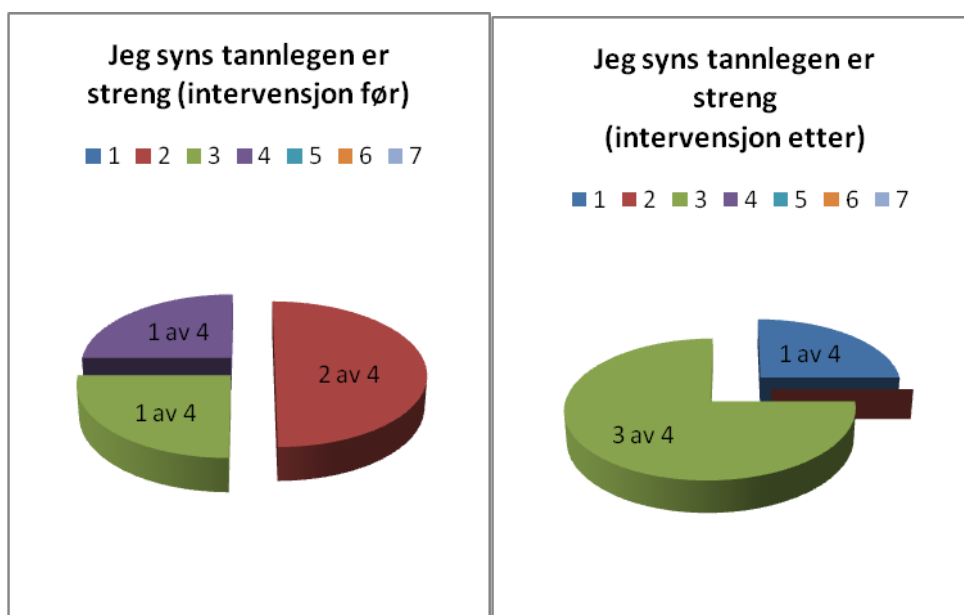


Gjennomsnitt: 6

Median:6

Vi ser at gjennomsnittsverdien har økt en og en halv tallverdi fra 1. til 2.konsultasjon. Ungdommene føler altså de er blitt hørt og at vi var interesserte i å høre deres meninger og valg. Relasjonen mellom pasient og behandler vil derfor kunne bli bedre og følelsen av selvbestemmelse øke.

Spørsmål 13

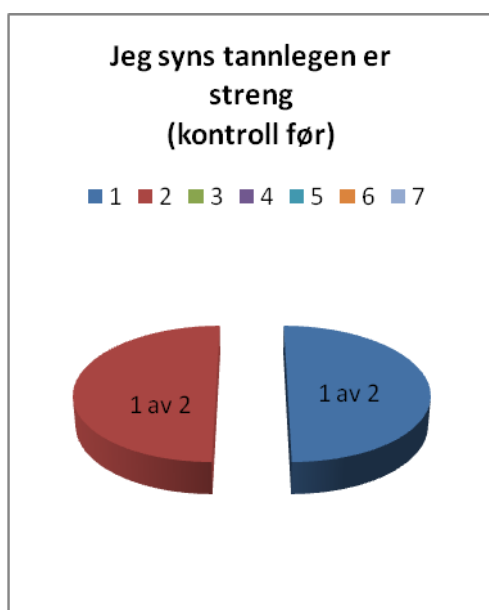


Gjennomsnitt: 2,75

Gjennomsnitt: 2,5

Median: 2,5

Median: 3

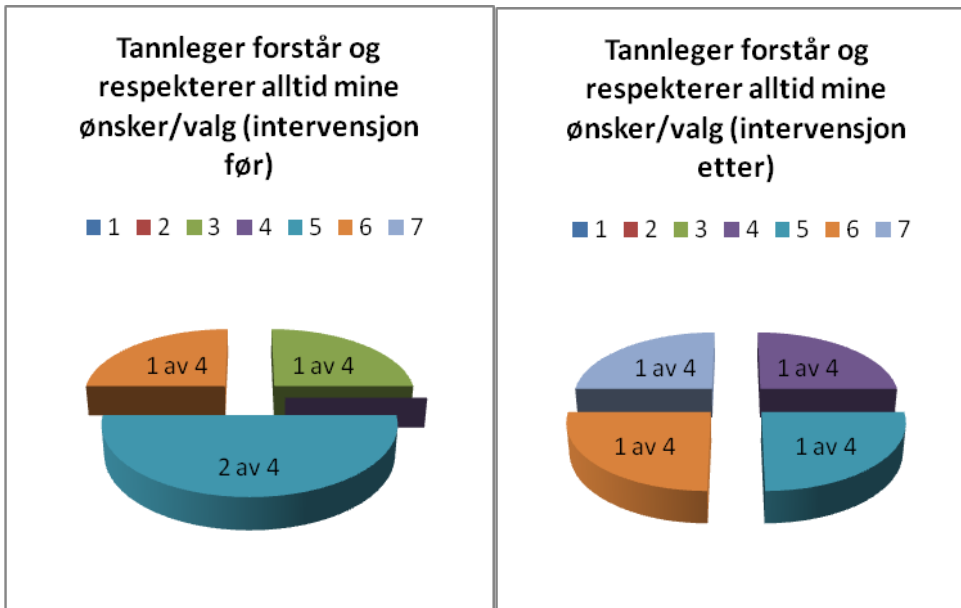


Gjennomsnitt: 1,5

Median: 1,5

Her ser vi en liten nedgang i gjennomsnittsverdien i intervensjonsgruppen. De kan synes at pasientene opplever tannlegen som litt mindre streng. Det kan godt tenkes at pasientene svarer på generelt grunnlag, og inkluderer alle tannlegebesøk vedkommende har hatt i løpet av livet. Vi føler også her for å understreke at forskjellen på gjennomsnittsverdien er minimal, og kan skyldes tilfeldigheter.

Spørsmål 14

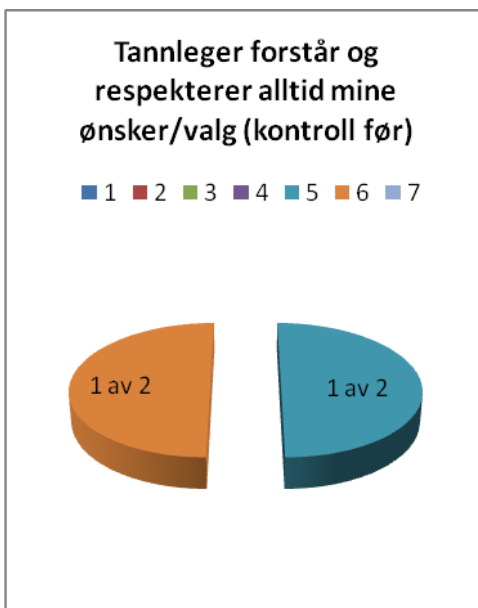


Gjennomsnitt: 4,75

Gjennomsnitt: 5,5

Median: 5

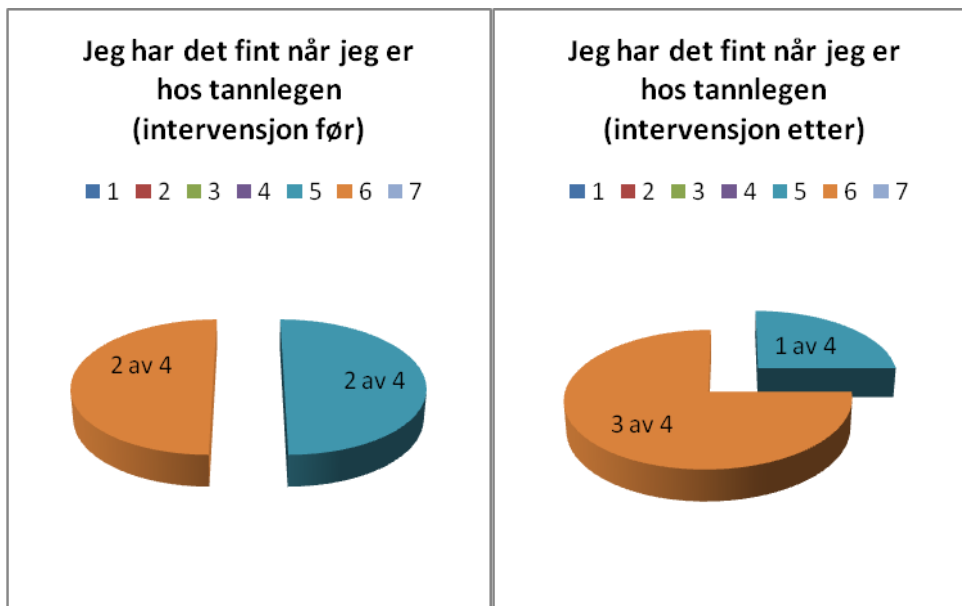
Median: 5,5



Gjennomsnitt: 5,5 Median: 5,5

En problemstilling er hvor mye et barn/ungdom skal få bestemme over hva som skal gjøres hos tannlegen. Vi som behandlere har ikke lov å tvinge, men vi ser ofte at foreldre nærmest tvinger barna til å utføre behandlingen. Det er svært få barn/ungdom som har lyst til å bore i tenner eller få bedøvelse, men vår jobb blir da å gi barna kunnskapen de trenger for å forstå at de må velge å gjøre behandlingen fordi det er nødvendig. Ut fra disse tallene ser det ut til at pasientene har fått noe mer kunnskap til å kunne gjøre en selvstendig bestemmelse basert på kunnskap og fornuft.

Spørsmål 15

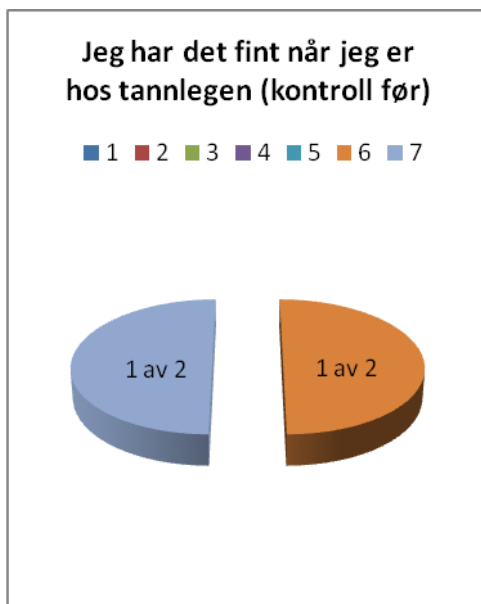


Gjennomsnitt:5,5

Median:5,5

Gjennomsnitt: 5,75

Median: 6

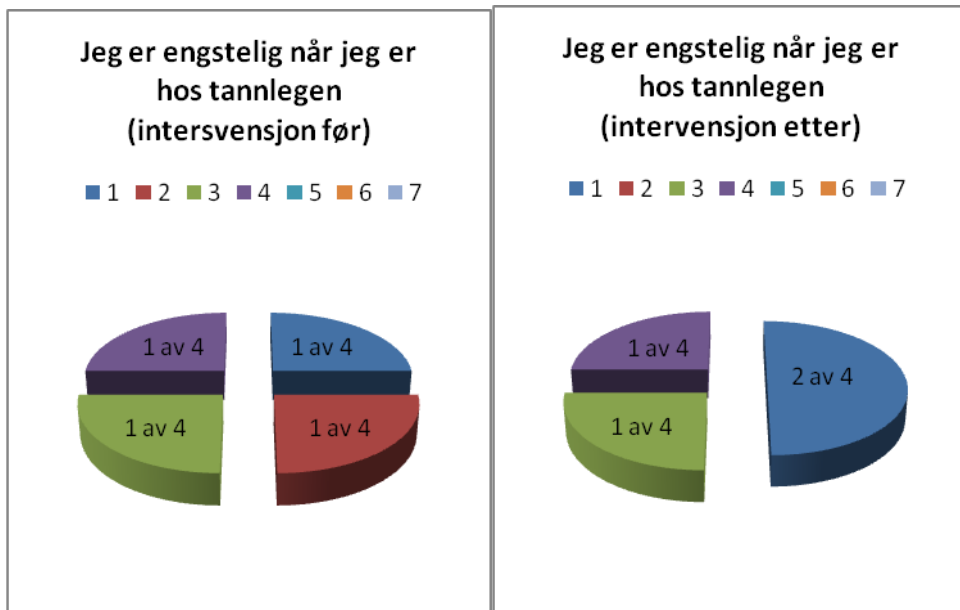


Gjennomsnitt: 5,5

Median:5,5

Her svarer ungdommene så å si det samme før og etter 1.konsultasjon, dog en liten økning, de fleste har det fint hos tannlegen, om ikke helt topp. Noe som heller ikke kan forventes, da tannlegen er et sted mange forbinder med ubehag og smerter. En del ungdom gruer seg nok i forkant av en undersøkelse.

Spørsmål 16

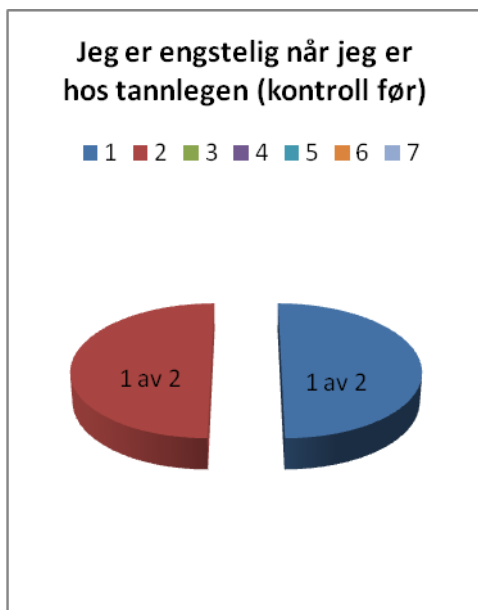


Gjennomsnitt: 2,5

Median: 2,5

Gjennomsnitt: 2,25

Median: 2

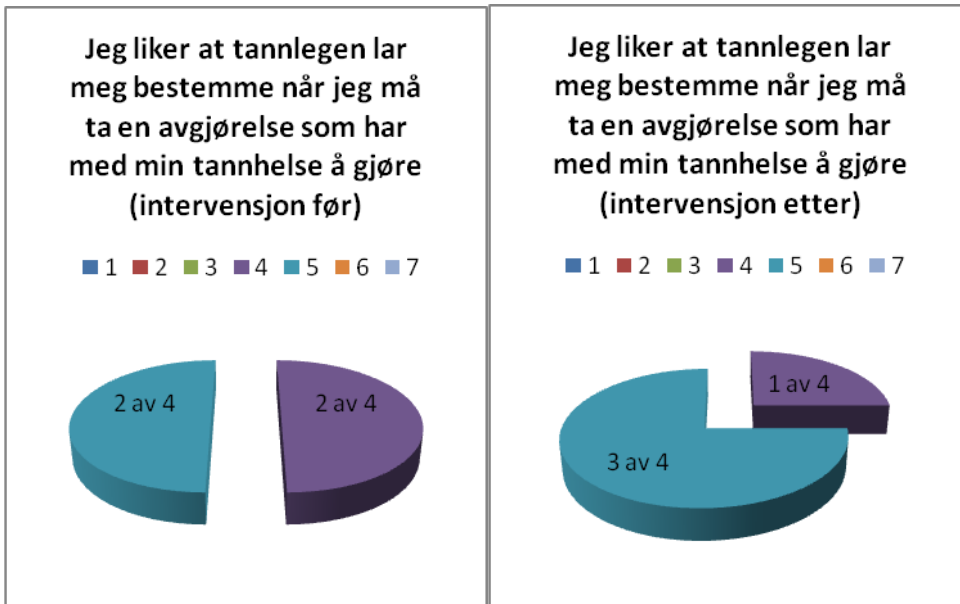


Gjennomsnitt: 1,5

Median: 1,5

De aller fleste har det fint hos tannlegen. Vi ser her en liten nedgang fra første og andre møte. Det er gledelig om vi har fått en til å føle det mindre ubehagelig å gå til tannlegen. Kontrollgruppen er minimalt engstelig for å gå til tannlegen.

Spørsmål 17



Gjennomsnitt: 4,5

Median:4,5

Gjennomsnitt: 4,75

Median: 5



Gjennomsnitt: 5

Median:5

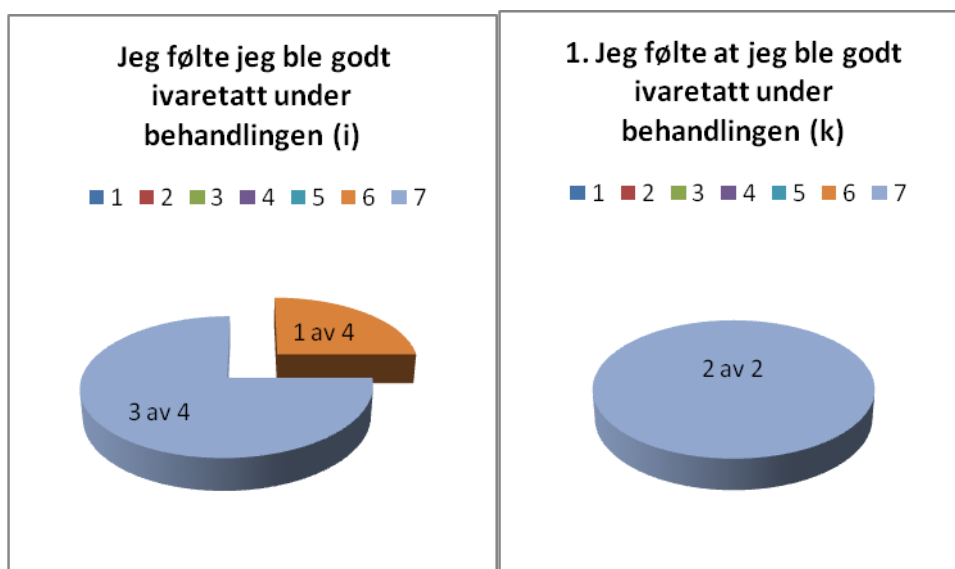
Ungdommene svarer litt over middels at de liker å være med på å bestemme hos tannlegen. Mange føler kanskje de ikke har gode nok kunnskaper til å ta en egen avgjørelse, eller helst ikke vil tenke på det – og ønsker da at en objektiv fagperson tar valget. På 2.konsultasjon ser det ut til at ungdommene setter litt mer pris på å få være med å bestemme, og en kan kanskje trekke ut fra det at de er blitt mer kunnskapsrike og føler seg mer kompatible til å ta en egen avgjørelse.

4.2 Evalueringsskjema

For å få en umiddelbar tilbakemelding på hvordan vi ble opplevd av pasientene, valgte vi å utforme et spørreskjemasom omhandlet dagens konsultasjon. Vi leverte ut dette i slutten av 1.konsultasjon på samme premisser som forrige spørreskjema; at spørreskjemaet ikke var noe vi skulle diskutere, verken i dag eller neste konsultasjon, og at de skulle brette det sammen og legge det i en postkasse sammen med de andre spørreskjemaene for at det skulle være anonym besvarelse.

Vi ønsket å få en tilbakemelding på vår opptreden, og om våre metoder for å gi informasjon og instruksjon ble oppfattet som nyttige. Vi har her holdt intervensjonsgruppen og kontrollgruppen hver for seg, i og med at de fikk ulike 1.konsultasjoner.

Spørsmål 1



Gjennomsnitt: 6,75

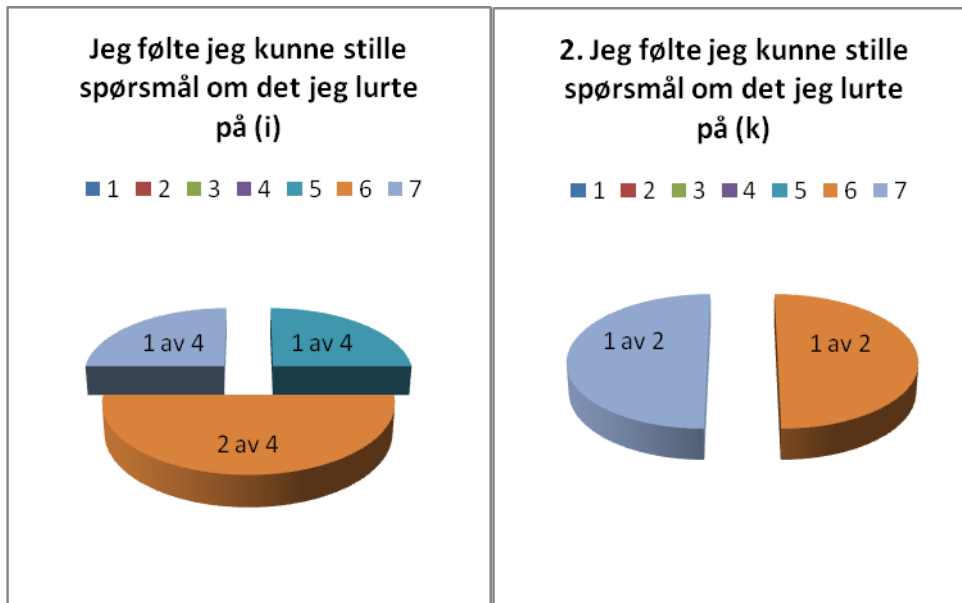
Gjennomsnitt: 7

Median: 7

Median: 7

Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen sier at de er blitt godt ivaretatt, kun en av de spurte velger å svare 6 av 7 istedenfor 7 av 7. Her kan være at kontrollgruppen svarer positivt etter konsultasjonen nettopp fordi de ikke har forventninger om noe "mer" eller noe annet, de har ikke sammenlikningsgrunnlag.

Spørsmål 2



Gjennomsnitt: 6,0

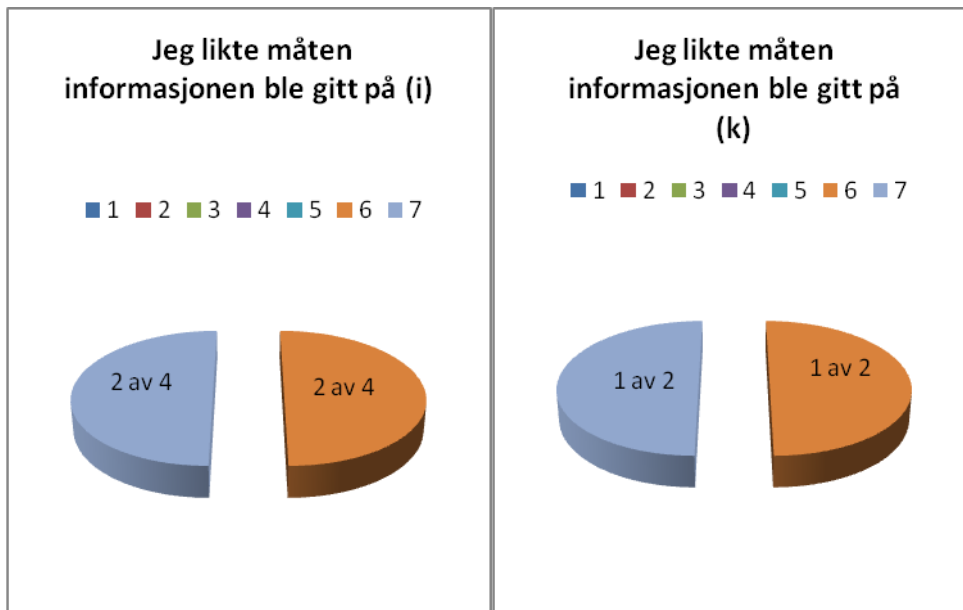
Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6

Median: 6,5

Her ser vi også at de fleste følte de kunne spørre om det de lurte på, uavhengig hvilken gruppe de tilhørte.

Spørsmål 3



Gjennomsnitt: 6,5

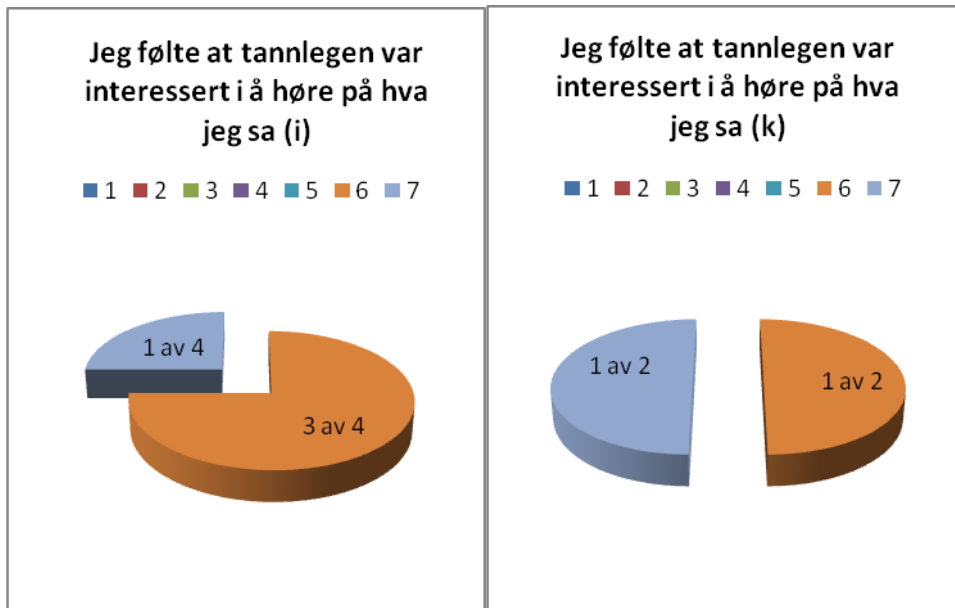
Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

Median: 6,5

Måten informasjonen ble gitt på ble godt tatt imot, ingen har svart under 6 av 7 på dette spørsmålet. Tankevekkende er det jo at også kontrollgruppen scorer oss høyt her, selv om de fikk en mye mindre inngående informasjon. Et moment her vil kunne være at kontrollgruppen er "vant" til at det er slik informasjonen blir gitt og har dermed ingen sammenligningsgrunnlag, de svarer derfor at de er fornøyde.

Spørsmål 4



Gjennomsnitt: 6,25

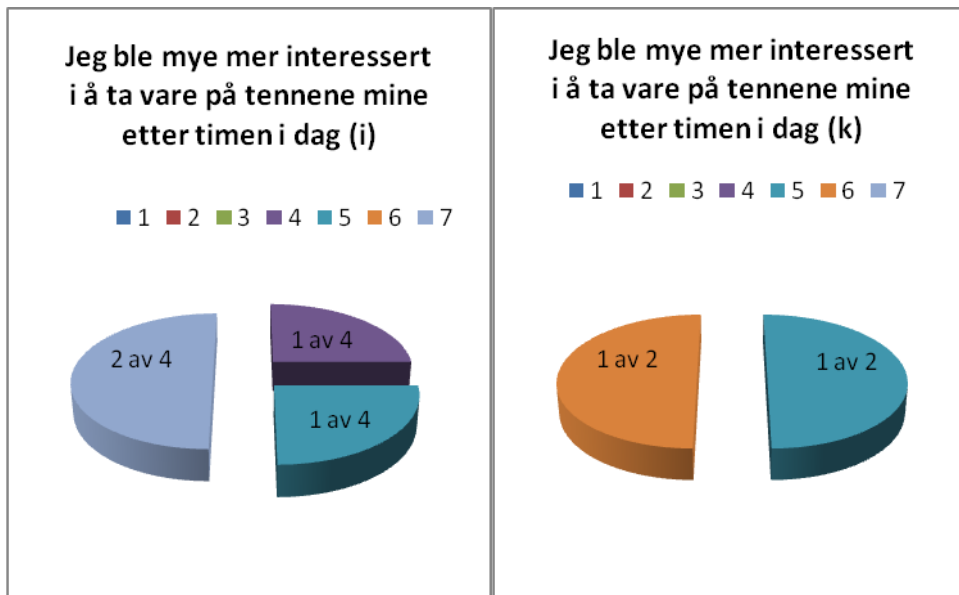
Median: 6

Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

Ungdommene føler at de ble lyttet til, noe som er svært viktig i å bygge opp en god relasjon til pasienten.

Spørsmål 5



Gjennomsnitt: 5,75

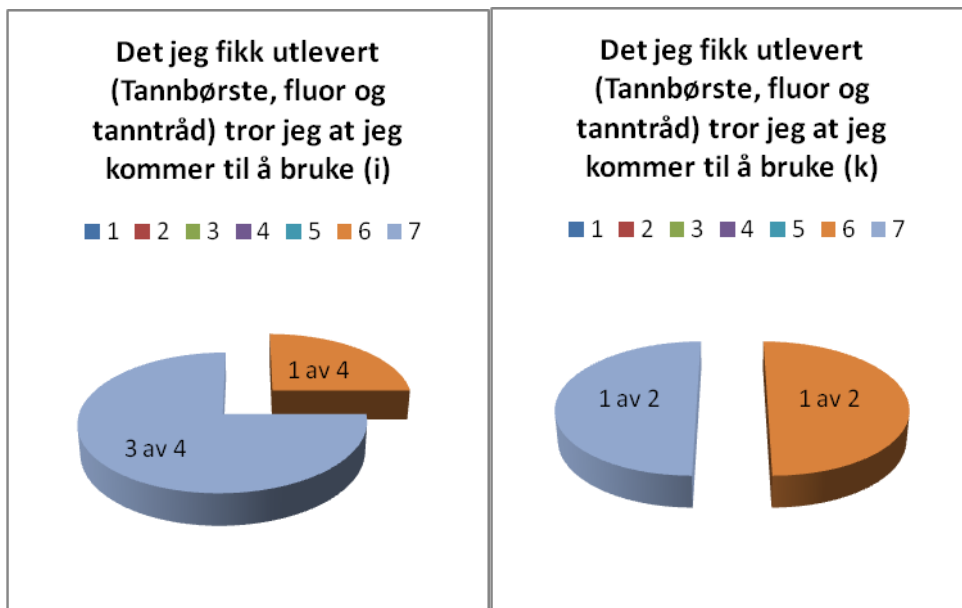
Median: 6

Gjennomsnitt: 5,5

Median: 5,5

Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen svarte at de ble noe mer interessert i å ta vare på tennene etter dagens konsultasjon, og gjennomsnittet er noe høyere på intervensjonsgruppen som forventet. Vi kunne ha ønsket oss en enda større forskjell her, men vi ser at i intervensjonsgruppen er halvparten helt enige i dette (7 av 7), samtidig som det er ingen i kontrollgruppen som har svart 7 av 7 på dette spørsmålet.

Spørsmål 6



Gjennomsnitt: 6,75

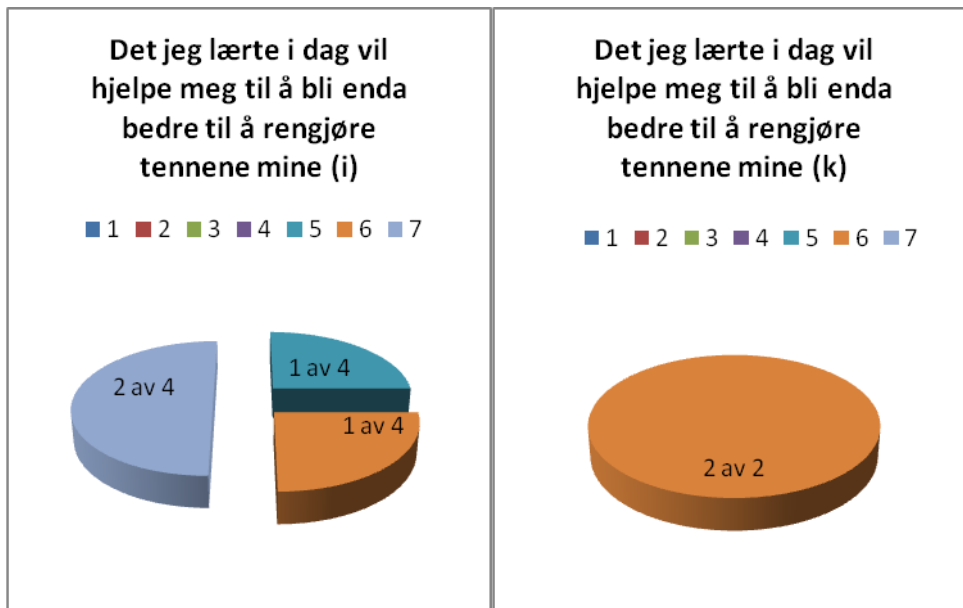
Median: 7

Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6,5

Det er gledelig at alle ungdommene uavhengig av om de tilhører intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen ønsker å benytte hygienemateriellet de fikk utlevert. Vi ser at flest i intervensjonsgruppen svarer 7 av 7 på dette spørsmålet.

Spørsmål 7



Gjennomsnitt: 6,25

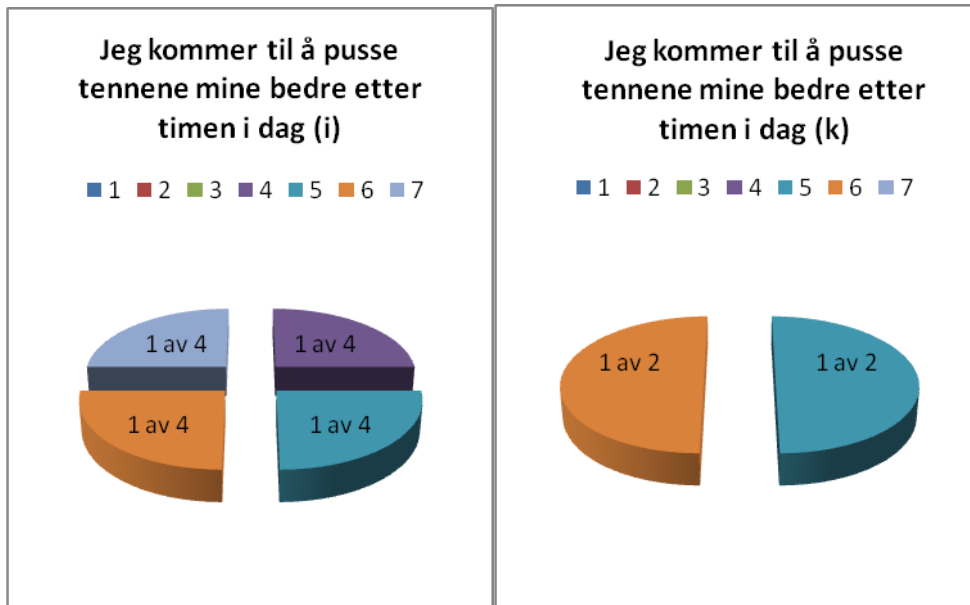
Median: 6,5

Gjennomsnitt: 6,0

Median: 6

Det er tankevekkende at intervensjonsgruppen og kontrollgruppen er såpass like her. En grunn kan være at noen i intervensjonsgruppen allerede kunne mye om renhold av tenner (vi vet for eksempel at den ene ungdommens mor var tannhelsesekretær), en annen at de i kontrollgruppen følte de lærte mye til tross for at de fikk mye mindre informasjon og instruksjon enn intervensjonsgruppen. Her kan ulik bakgrunn og ulikt kunnskapsnivå gi et annerledes svar enn vi kanskje hadde forventet.

Spørsmål 8



Gjennomsnitt: 5,5

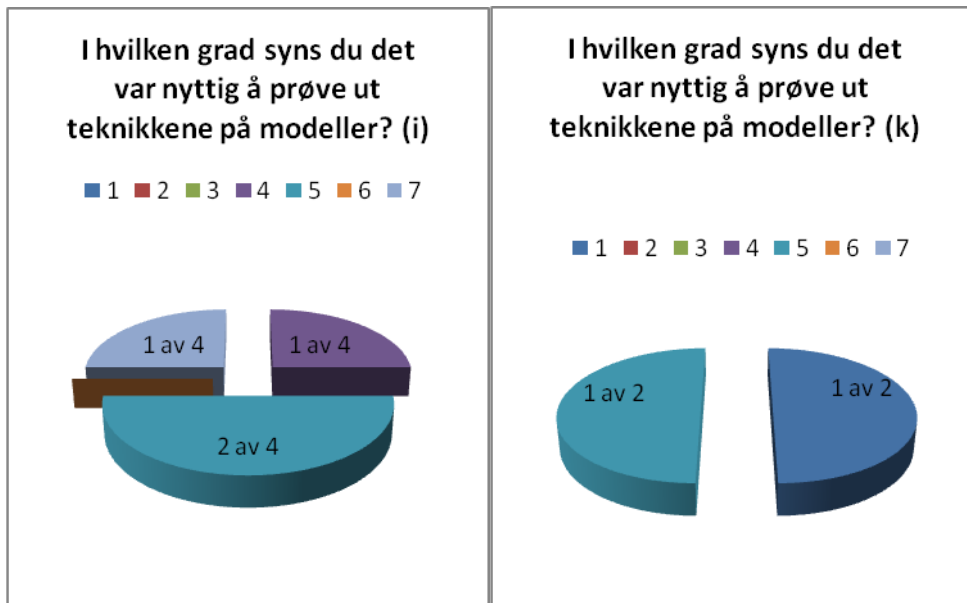
Median: 5,5

Gjennomsnitt: 5,5

Median: 5,5

Vi ser her at intervensjonsgruppen og kontrollgruppen er identiske på gjennomsnittsverdier og median. Som på spørsmål 7 vil ulik bakgrunn og kunnskapsnivå kunne innvirke her, og om det virkelig vil være like god tannpuss i kontrollgruppen som i intervensjonsgruppen vil vises ved 2.konsultasjon. Ungdommene har i løpet av 1.konsultasjon også tilegnet seg noe ulikt kunnskapsnivå, noe som også kan tenkes at gjør at kontrollgruppen vurderer det til at de kommer til å rengjøre tennene bedre enn de faktisk kommer til å gjøre.

Spørsmål 9



Gjennomsnitt: 5,25

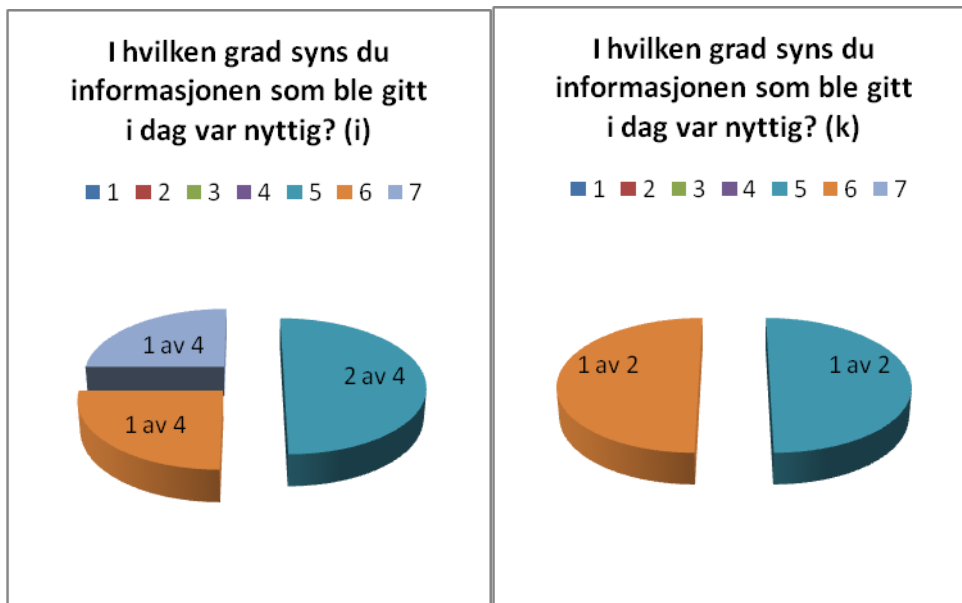
Gjennomsnitt: 3,0

Median: 5

Median: 3

Intervensjonsgruppen fikk selv prøve ut teknikker på modell, kontrollgruppen ble kun så vidt vist på modell. Derfor er det som forventet at kontrollgruppen scorer oss dårligere på dette spørsmålet enn intervensjonsgruppen. En i kontrollgruppen synes derimot dette fortjener en 5'er, og synes nok at det da var nyttig også å se på at vi brukte modellene. Vi ser at det kan være noe uheldig å stille dette spørsmålet til kontrollgruppen, i og med at de ikke prøvde ut teknikkene selv på modellene. Vi kunne kanskje ha konkretisert spørsmålet ved å spørre: "I hvilken grad syns du det var nyttig og *selv* å prøve ut teknikkene på modeller?". Et slikt spørsmål kan jo gjøre at pasienten i kontrollgruppen blir litt usikker, og lurer på hvorfor de ikke har fått prøvd dette. Vi kan jo også tenke oss at dette spørsmålet kan "avsløre" om pasienten har lest grundig spørsmålene, eller svarer mer eller mindre på autopilot.

Spørsmål 10



Gjennomsnitt: 5,75

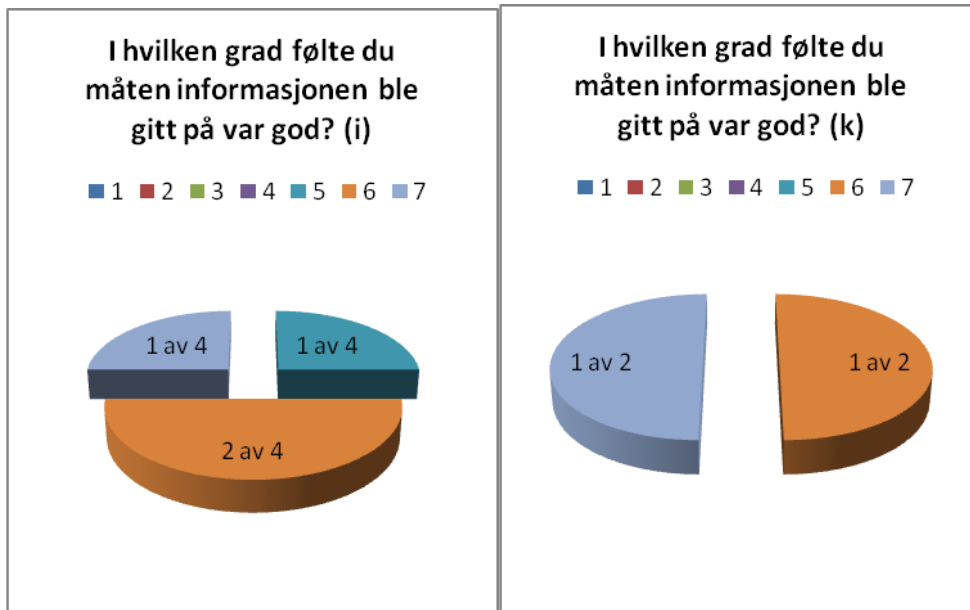
Median: 5,5

Gjennomsnitt: 5,5

Median: 5,5

Her ser vi også en ganske lik fordeling mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, noe vi vurderer som samme grunn som på spørsmål 7 og 8, at ulik bakgrunn og ulikt kunnskapsnivå vil spille inn her.

Spørsmål 11



Gjennomsnitt: 6,0

Gjennomsnitt: 6,5

Median: 6

Median: 6,5

Her ser vi faktisk at kontrollgruppen er mer fornøyd med måten informasjonen ble gitt på. Vi må ta høyde for at noen i intervensjonsgruppen kanskje synes det rett og slett ble for mye informasjon, eller at noen i kontrollgruppen synes de ble informert på en god måte i forhold til tidligere. Vi må også ta høyde for at måten tidligere tannleger har informert ungdommene på vil være vurderingsgrunnlaget deres for hvordan de vurderer oss. Dette spørsmålet er svært likt spørsmål 3, der intervensjonsgruppen og kontrollgruppen hadde identiske gjennomsnittsverdier og medianer.

4.3 Plakk- og gingivalindekser

Vi bestemte oss for å registrere gingivalindeks(gingival blødning ved lett provokasjon på flatenivå) og plakkindeks(sonderbart plakk på flatenivå) som mål på tannhelse.

Registreringene ble utført på konsultasjon 1 og 2, og vi registrerte antall flater med og uten dentalt plakk og gingival blødning. Antall flater har vi regnet om til prosent ved å ta utgangspunkt i fire flater per tann og regnet med fra 1. til 7.tann i tannrekken.

For å kunne gi pasienten en tilbakemelding på om tannhelsen hadde blitt bedre, og eventuelt kunne hjelpe pasienten videre ved 2.konsultasjon, valgte vi og ikke anonymisere disse registreringene ved 1.konsultasjon. Her har vi selvfølgelig anonymisert resultatene.

Det var kun de fire ungdommene i intervensjonsgruppen som møtte opp til 2.konsultasjon, de to ungdommene i kontrollgruppen uteble, og vi fikk dem ikke inn til en andre konsultasjon. Dette er jo interessant i seg selv, da de to i kontrollgruppen kanskje ikke følte de fikk så mye ut av 1.konsultasjonen at de så det som lite interessant å komme tilbake.

Dette er resultatene av registreringene av plakkindeks og gingivalindeks under 1.konsultasjon(før) og under 2.konsultasjon(etter):

Pasient 1(i)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	59 %	30 %	-29 %
<i>Gingivalindeks</i>	24 %	21 %	-3 %

Pasient 2(i)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	33 %	15 %	-18 %
<i>Gingivalindeks</i>	31 %	9 %	- 22 %

Pasient 3(i)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	41 %	16 %	-25 %
<i>Gingivalindeks</i>	31 %	6 %	-25 %

Pasient 4(i)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	74 %	26 %	-48 %
<i>Gingivalindeks</i>	40 %	29 %	-11 %

Pasient 5(k)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	40 %	Ikke møtt	
<i>Gingivalindeks</i>	29 %		

Pasient 6(k)	Før	Etter	Endring
<i>Plakkindeks</i>	56 %	Ikke møtt	
<i>Gingivalindeks</i>	17 %		

Vi ønsket å ta med registreringene for kontrollgruppen ved 1.konsultasjon, for å vise at intervensjonsgruppen og kontrollgruppen hadde et noenlunde likt utgangspunkt. Dessverre fikk vi ikke inn kontrollgruppen til 2.konsultasjon, og dermed ikke noe resultat å sammenlikne med.

Som vi ser av resultatene, har samtlige av ungdommene i intervensjonsgruppen færre tannflater med dentalt plakk og gingival blødning ved 2. konsultasjon.

Nedgangen i plakk kan indikere at ungdommene har rengjort tennene godt før de kom inn til 2.konsultasjon, nedgangen prosentvis sier lite om pasienten har fulgt opp med god plakkfjerning daglig over en lengre periode. Nedgangen i gingival blødning viser at pasientene har foretatt god plakkfjerning over lengre tid, da den underliggende årsaken til blødningen, nemlig plakket, er borte.

Pasient 1 har minst nedgang i gingival blødning, noe som kan tyde på at denne ungdommen ikke har opprettholdt renholdsregimet hele perioden, men har pusset tennene bedre foran denne konsultasjonen enn forrige.

Pasient 3 har derimot lik nedgang i plakk- og gingivalindeks, noe som kan tyde på at denne ungdommen har opprettholdt renholdsregimet over en lengre periode.

5 Diskusjon

For å kunne måle grad av autonomi, relasjon og kompetanse, valgte vi å utarbeide spørreskjemaet vi leverte ut i starten av 1.konsultasjon, og før 2.konsultasjon. Det er ikke lett å måle dette, men sammen med våre veiledere fant vi ut at godt utarbeidete spørreskjemaer ville kunne gi oss en pekepinn i om pasientene følte seg mer eller mindre autonome, hadde mer eller mindre kompetanse og følte en større eller mindre relasjon til behandler ved å sammenlikne før- og etter besvarelsene. Samtidig ville registrering av plakk- og gingivalindekser kunne vise om pasientene to-tre måneder etter 1.konsultasjon fremdeles fulgte opp de råd og anbefalinger de ble presentert for.

I følge SDT skulle pasientene etter en slik konsultasjon ha en følelse av å være mer autonome, ha en bedre relasjon til behandler, og inneha en større kompetanse angående tenner og tannhelse. Vi kunne da forvente at pasientene ved besvarelse av spørreskjema ved 2.konsultasjon, ville score spørsmålene i retning av større grad av autonomi, relasjon og kompetanse, samt at internaliseringen av dette ville gi en nedgang i plakk- og gingivalindeks på grunn av en indre motivasjon til å endre vaner med tanke på tannhelse i en positiv retning.

Det vi ser av våre resultater fra spørreskjemaet etter 2.konsultasjon, er en endring i positiv retning på så å si alle områder. Vi ser blant annet at det å unngå hull er blitt en mye viktigere faktor for ungdommene. Grunnen til dette tror vi er at ungdommene er blitt mer kunnskapsrike om tenner og tannhelse, og at de etter å ha blitt forklart på egne røntgenbilder og klart å relatere dette til seg selv, har fått en større forståelse for hvorfor en atferdsendring er nødvendig. Det at ungdommene ble opplyst om at ved å rengjøre tennene grundig kan de også stanse begynnende hull, tror vi gjør at ungdommene forstår at dette faktisk er noe de selv kan ta tak i. De scorer også spørsmålet om de får dårlig samvittighet dersom de ikke rengjør tennene høyere, noe som kan tilskrives et høyere kunnskapsnivå og at de nå er mer bevisste på hva dårlig renhold av tennene kan føre til.

Videre ser vi at ungdommene i en mye større grad føler de er med på å bestemme når de er hos tannlegen ved 2.konsultasjon, noe som tyder på at de føler seg mer autonome og ansvarlige for egen tannhelse. Relasjonen mellom ungdommene og behandlerne har også en positiv kurve, ungdommene scorer spørsmålene om de føler seg godt ivaretatt og om tannlegen virker interessert i å høre hva de sier, betraktelig høyere enn ved 1.konsultasjon.

På spørsmålet om i hvilken grad de synes tannlegen er streng, svarer ungdommene at de synes tannlegene er litt strengere ved besvarelsen på 2.konsultasjon enn på 1.konsultasjon. Vi ønsker selvfølgelig ikke å fremstå som strenge, og tar selvfølgelig selvkritikk om vi ble opplevd som mer strenge enn tidligere tannhelsepersonell. Det kan jo tenkes at ungdommene reagerte litt på at vi var to behandlere i stedet for vanligvis en, eller at intervensjonsgruppen opplevde at det ble gitt mye mer informasjon enn det som de hadde opplevd tidligere.

Registrering av plakk- og gingivalindeks ved 1. og 2. konsultasjon valgte vi for å kunne se om ungdommene etterlevde våre råd om børsting og rengjøring av tennene. Vi antar at de fleste pasienter prøver å børste tennene så godt de kan før et tannlegebesøk, og at vi ved å registrere plakkindeks da kan få et inntrykk av hvor pasienten har problemer med å få rengjort tennene selv ved optimal innsats. Dette trenger ikke si noe særlig om hvordan pasienten pusser tennene i det daglige. Gingivalindeksen vil derimot kunne si noe om hvordan pasienten vanligvis rengjør tennene, og hvor det eventuelt slurves eller hvor pasienten har vanskelig for å gjøre det rent.

Våre resultater viser nedgang i både plakk- og gingivalindeks hos samtlige pasienter i intervensjonsgruppen. Hos tre av ungdommene ser vi en stor nedgang både på plakk- og gingivalindeks, noe som tyder på en opprettholdelse av det nye renholdsregimet over lengre tid. Dette støttes også av tidligere forskning (57) som har vist en positiv nedgang i plakk- og gingivalindeks ved bruk av SDT. Ser vi derimot på pasient 1, ser vi en svak nedgang i gingivalindeks, men stor nedgang i plakkindeks. Dette kan tyde på at denne ungdommen ikke har klart å opprettholde atferdsendringen over lengre tid. Når vi ser på den store nedgangen i plakkindeks hos denne pasienten, tyder det på at pasienten klarer å pusse tennene bedre, men sannsynligvis ikke har blitt tilstrekkelig nok indre motivert til å kunne internalisere atferdsendringen over tid. Dette viser jo igjen at en modell sannsynligvis ikke kan brukes på alle pasienter, men må justeres og tilpasses den enkelte. Dessverre har vi ikke en kontrollgruppe å sammenligne resultatene med, i og med at de i kontrollgruppen ikke møtte ved 2. konsultasjon.

Det som kunne optimalisert denne modellen vi har brukt i utprøvelsen, ville være å ha en ekstra konsultasjon med ungdommene i intervensjonsgruppen noen uker etter 1. konsultasjon. På denne konsultasjonen kunne vi ha oppklart eventuelle misforståelser, optimalisert børsteteknikk dersom det trengtes og ikke minst samtale med ungdommene og svart på spørsmål de eventuelt skulle brenne inne med. På 1. konsultasjon ville kanskje informasjon og instruksjonen være for fersk for ungdommene til å kunne stille de rette spørsmålene, og på 2. konsultasjon tre måneder senere var kanskje det de i utgangspunktet lurte på glemt. Grunnen til at vi valgte bort dette, var rett og slett at klinikken vi var på ikke hadde kapasitet til å ta imot oss flere dager. En løsning på dette kunne være å be ungdommene komme til oss på Tannlegehøgskolen, men at det kunne bli vanskelig for ungdommene å komme til Tannlegehøgskolen på en skoledag. Vi så også på at muligheten for at flere av ungdommene falt fra, at flere falt av dess flere konsultasjoner vi skulle ha.

Den umiddelbare evalueringen vi fikk fra spørsmålene på evalueringsskjemaet, var veldig fin. Vi fikk et inntrykk av å ha blitt opplevd bra blant ungdommene, de scorer oss høyt på blant annet at de ble godt tatt vare på og at måten informasjonen ble gitt på var god. Det mest iøynefallende ved evalueringen, var at også kontrollgruppen var veldig fornøyd med både informasjonen de fikk og at de trodde de ville rengjøre tennene bedre etter 1. konsultasjon. Noe av dette tror vi kan tilskrives ulike kunnskapsnivå og ulik bakgrunn, for eksempel kan det

være at de som tilfeldigvis havnet i kontrollgruppen følte vi informerte mye mer enn de tidligere hadde opplevd selv om de fikk mye mindre inngående informasjon og instruksjon enn intervensjonsgruppen. Vi vet jo lite om hva ungdommene tidligere har opplevd hos tannlegen, og hvilken grad av informasjon og instruksjon som tidligere er blitt gitt. Selv om det ble opplyst om at vi ikke skulle gjennomgå noen av spørreskjemaene, og at alle besvarelser var anonyme, kan det jo tenkes at ungdommene allikevel svarte det de trodde vi "ønsket". Dette er en feilkilde som er vanskelig å fjerne helt, vi gav både skriftlig og muntlig informasjon om at vi ønsket mest mulig ærlige svar, og at ingen svar var riktige eller gale.

Hvilke forventninger pasienten har til konsultasjonen hos tannlegen, kan også spille inn på hvilke resultater vi får fra spørreskjemaene. Vi har et inntrykk av at pasientene er mer opptatt av sykdom enn av helse, og at pasienten ofte blir overrasket over hvor mye de selv kan spille inn på sin egen tannhelse, og på forebygging av sykdom. SDT ser ut til å ha mye til felles med strategier som inkluderer både å hindre sykdomsutvikling og promotere helse(58), der identifisering av forventninger og fastsetting av mål/behov, samt utvikling av kunnskap og kompetanse utføres i samarbeid med fagpersonell.

Vi er fullstendig klare over at de resultatene vi har presentert, ikke kan presenteres som statistisk signifikante, av flere grunner. For det første har vi et svært begrenset utvalg, og vi ser av dette at en enkelt besvarelse gir et stort utslag, noe vi kunne ha unngått ved å ha et større utvalg. I utgangspunktet ønsket vi fire ungdommer i hver gruppe, men på grunn av noe frafall og ikke-møtt, endte vi med fire ungdommer i intervensjonsgruppen og to ungdommer i kontrollgruppen.

Det er også svært ugunstig at de to fra kontrollgruppen uteble ved 2.konsultasjon, så vi fikk ingen sammenligning i etterkant mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Vi synes det er interessant at det var akkurat de to fra kontrollgruppen som ikke møtte til 2.konsultasjon. En mulig grunn for dette kan jo være at de ikke følte de hadde fått noe særlig ut av 1.konsultasjon, og derfor ikke så noen grunn til å møte til 2.konsultasjon eller det kan være helt tilfeldig at det var akkurat disse to som uteble. Vi prøvde å få tak i disse pasientene for å avtale ny time, men dette lot seg ikke gjøre. Vi ønsket heller ikke å mase for mye på disse pasientene for å få de til å komme til en ny konsultasjon, da de selvfølgelig stod i sin fulle rett til å trekke seg fra utprøvingen på ethvert tidspunkt.

Som tidligere nevnt under kapitel 3.3, er autonomi og informert samtykke viktige begreper som all helsepersonell burde kjenne til. All behandling skal være basert på autonomi og informert samtykke. Ved bruken av SDT, ligger alle forutsetninger til rette for å oppfylle kravet om informert samtykke og autonomi. Adekvat informasjon er viktig for å kunne ta autonome valg, en pasient som ikke har fått informasjon, vil heller ikke kunne være i stand til å ta et valg om den saken det gjelder. For SDT er kompetanse, relasjon og autonomi helt sentralt, dette gjenspeiler seg i pasientrettighetsloven som sier at pasienten har rett til informasjon og rett til å ta valg rundt egen tannhelse. Vi som helsepersonell må legge alle

forutsetningene godt til rette for å kunne imøtekomme loven og pasientenes rettigheter. Vi mener at SDT er med på å gi pasientene et godt grunnlag for å kunne ta valg rundt egen helse.

6 Oppsummering/konklusjon

I innledningen presenterte vi denne problemstillingen: " Vil økt fokus på motivasjon gjøre etterlevelsen av oralt renhold bedre?". Vi føler at vår utprøving av SDT viser oss i retning av å kunne svare ubetinget "Ja!" på dette spørsmålet. Resultatene av spørreskjemaene gir oss en indikasjon på at ungdommene er blitt mer autonome, de føler seg mer kunnskapsrike og har fått en bedre relasjon til tannlegen. Alt dette er byggesteiner til at ungdommene blir indre motivert, at de bruker kunnskapen de har tilegnet seg til å forstå og selv ønske å gjøre en atferdsendring.

Vi føler det er en klar pekepinn i retning av at ungdommenes følelse av autonomi, kompetanse og relasjon til oss som behandlere er blitt forsterket etter disse konsultasjonene. Det kunne selvfølgelig vært interessant å følge disse ungdommene videre, og se de eventuelle langtidsvirkningene av prosjektet. Interessant kunne det også være å utvide antallet ungdommer, for å se om resultatene ville blitt noenlunde like, samt for å kunne sammenligne en intervensjonsgruppe mot kontrollgruppen.

Som tidligere nevnt, er dette selvsagt ingen studie der vi kan trekke statistisk signifikante resultater eller generalisere. Vi tannhelsepersonell og annet helsepersonell burde alltid tenke årsaksrettet, vi skal for eksempel ikke bare reparere et kariesangrep, vi skal behandle årsaken til at problemet har oppstått. Det vi mener denne utprøvingen viser, er at dette kan være en av flere mulige veier å gå for å tenke årsaksrettet behandling og forebygging. Fokuset blant tannhelsepersonell er blitt mer og mer rettet mot nettopp dette, og ungdomstiden antar vi er en viktig tid å presentere dette, da egne vaner etableres. Og hvis gode vaner vil kunne bli tatt med videre inn i voksen alder, har vi oppnådd noe viktig.

I en behandlingssituasjon har vi som behandlere i følge Lov om pasientrettigheter kapittel 3 paragraf 3-2, plikt til å informere pasienten om "*...den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.*" (44) Vårt inntrykk er at få pasienter vet hva som er til det beste for egen oral tannhelse. Vi har også inntrykk av at pasienten synes det er fint å ta vare på egen helse når de skjønner alvoret av dårlig oralt renhold. En pasient som ikke har fått tilstrekkelig informasjon, vil ikke kunne fatte en bestemmelse. Det hviler derfor at stort ansvar på oss som tannhelsepersonell når vi skal formidle et budskap. Vi må tenke på både formen og innholdet når vi formidler noe. Det ville vært samfunnsmessig økonomisk gunstig og det ville vært gunstig for pasientens helse om vi kunne bruke en modell som fungerte i forhold til å få pasienten til å følge våre råd og anbefalinger.

7 Referanser

1. e.g. Lepper, M. K., Greene, D., & Nisbett, R. (1973). Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: A test of the "overjustification" hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 129–137.
2. Deci, E. L., & Ryan, R. (Eds.), (2002). Handbook of self-determination research. Rochester, NY: University of Rochester Press
3. Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
4. Deci & Ryan 2010
5. Ryan, R. M. & Deci E. L. (2000) Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- 6./7. Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., Williams, G. C. (2008) Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
8. http://www.duo.uio.no/publ/pfi/2007/56168/Selvbestemmelse_og_opdragelse%5b1%5d.pdf s.26
9. Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27, 17–34.
10. Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105–115.
11. Amabile, T. M., DeJong, W., & Lepper, M. (1976). Effects of externally imposed deadlines on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 92–98.
12. <http://no.wikipedia.org/wiki/Kompetanse>
13. Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., Williams, G. C. (2008) Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
14. Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105–115.
15. Vallerand, R. J., & Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport Psychology*, 6, 94–102.
16. Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., Williams, G. C. (2008) Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
17. Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.

18. Fortier, M. S., Sweet, S. N., O'Sullivan, T. L., & Williams, G. C. (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 741-757.
19. Münster Halvari, A. E., & Halvari, H. (2006). Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*, 30, 294-305.
20. http://snl.no/sml_artikkel/internalisering, Store Norske Leksikon
21. Deci, Eghrari, Patrick og Leone 1994, Facilitating Internalization: The Self-Determination Theory Perspective, 1-2
22. <http://www.psych.rochester.edu/SDT/theory.php#FormalTheory>
23. http://en.wikipedia.org/wiki/Self-determination_theory#Causality_orientations
24. Deci, Edward L. (1995): Self-Determined Motivation and Educational Achievement. *Advances in Motivation*. Kapittel 13. Scandinavian University Press
25. Target Article -The "What" and "why" of goal pursuits:Human Needs and the Self-Determination of Behavior", (Deci & Ryan 2000), s.229
26. Target Article -The "What" and "why" of goal pursuits:Human Needs and the Self-Determination of Behavior", (Deci & Ryan 2000), s.262
27. ANNE ELISABETH MÜNSTER DAHL. MOTIVASJON OG TANNHELSEATFERD. En empirisk oppgave. Hovedoppgave i pedagogikk, Våren 2000
28. Target Article -The "What" and "why" of goal pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior", (Deci & Ryan 2000), s.236
29. Deci og Ryan (1985:136)
30. Target Article -The "What" and "why" of goal pursuits:Human Needs and the Self-Determination of Behavior", (Deci & Ryan 2000), s.236
31. Target Article -The "What" and "why" of goal pursuits:Human Needs and the Self-Determination of Behavior", (Deci & Ryan 2000), s.236
32. Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997; Ryan, 1995
33. Anderson, Manoogian og Reznick, 1976
34. SDT; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000b)
35. Deci & Ryan, 2000
36. Black & Deci, 2000
37. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00325/IS-1589_God_klinisk_325159a.pdf
s. 14
38. Medisinsk etikk i vår tid, Knut Erik Tranøy 4. utgave s.31-32

39. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming, Tuytter, Førde og Solbakk. 3.opplag 2005. s. 111-115
40. ”Etikk i tannlegestolen”, forelesningsnotater fra Erik Skaret sin forelesning 09.09.09
41. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming, Tuytter, Førde og Solbakk. 3.opplag 2005. s. 107-110
42. Kuusela S, Honkala E, Rimpelä A. (1996): *Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years-- longitudinal prospective studies of Finnish adolescents*. Community DentHealth.
43. <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/>
44. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>
45. Kuusela S, Honkala E, Rimpelä A. (1996): *Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years-- longitudinal prospective studies of Finnish adolescents*. Community DentHealth.
46. Jacobsen Dag Ivar og Thorsvik Jan. (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*, 3. utgave. Fagboklaget.
- 47 Kaufmann, Geir, & Kaufmann, Astrid. (2003): *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3. utg. Ed.). Bergen: Fagbokforlag
48. Deci, Edward L. (1995): Self-Determined Motivation and Educational Achievement. *Advances in Motivation*. Kapittel 13. Scandinavian University Press
49. Forelesningene til Erik skaret 9.sem 15.3.2011
50. Skaret et al.1999
51. Logan et al 1991; Milgrom et al. 1992; Moore et al. 1996; Nuttall et al. 2001; Rouse and Hamilton 1990; Skaret et al. 2000
52. Eli, I. (1993). Dental anxiety: A cause for possible misdiagnosis of tooth vitality.
53. Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance. Anne E. Münster Halvari • Hallgeir Halvari • Gunnar Bjørnebekk • Edward L. Deci s. 18
54. Baumeister, R., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation.
55. DeCharms, R. (1968). Personal causation: The internal affective determinants of behavior. New York: Academic Press.
56. White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297–333.
57. Dahl, A. E. M. (2000). *Motivasjon og tannhelseatferd. En empirisk oppgave*. Universitetet i Oslo.
58. WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Genève: WHO/RPR/HEP/95.1

VEDLEGG 1

Informasjon om undersøkelse i forbindelse med masteroppgave ved Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo.

Tannhelsetjenesten Oslo FK, Tøyen tannklinikk skal samarbeide med to tannlegestudenter som går på det siste året ved Det Odontologiske Fakultet, UiO, de skriver en masteroppgave omhandlende unge menneskers motivasjon til egen tannhelse. I den anledning skal de gjøre en liten undersøkelse blant ungdom i alderen 14-15 år, der de skal anvende en ny type kommunikasjonsform.

De som deltar i undersøkelsen må møte 2 ganger, med ca tre måneders mellomrom. Første møte vil bli i forbindelse med den vanlige undersøkelsen, og deltakerne vil da få informasjon om videre tidspunkt de skal møte på.

På disse møtene vil ingen behandling utover kontroll av tennenes tilstand, instruksjon og informasjon, bli gitt. Eventuelt behandlingsbehov utover dette vil følges opp av tannlegen på klinikken. Alle opplysninger vil bli behandlet anonymt.

Dersom du ikke ønsker å delta på denne undersøkelsen, eller at timen ikke passer, ber vi deg kontakte tannklinikken og si fra **snarest**, og da få utdelt ny time til ordinær kontroll. Dersom timen ikke passer, men du allikevel ønsker å delta på undersøkelsen, ber vi deg oppgi dette når du kontakter klinikken.

Dersom tannklinikken ikke hører noe fra deg, regner vi med at du møter til timen og ønsker å delta på undersøkelsen.

På forhånd, takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Klinikksjef Patricia Bendixen,

Tøyen tannklinikk.