



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Victoria Martinsen og Mia Siren Grøndahl

Bacheloroppgave

Drop-out – Hva kan tannhelsetjenesten gjøre?

Drop-out – What can dental health services do?

Antall ord: 11324

Bachelor i tannpleie

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Sammendrag

Formålet med denne fordypningsoppgaven er å finne tiltak som kan fremme unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. Oppgaven er litteraturstudie som bygger på tidligere forskning og litteratur. Tittelen på vår oppgave er ”Drop-out – Hva kan tannhelsetjenesten gjøre?” (”Drop-out – What can dental health services do? ”). Mange unge voksne benytter seg ikke av tannhelsetjenesten, og begrunner dette med høye kostnader, odontofobi, frykt, dårlig kommunikasjon med tannhelsepersonellet og at tilgjengeligheten til tannklinikkene ikke er optimal. På bakgrunn av dette har vi drøftet tiltak som bygger på årsakene, og funnet ut at self-determination theory kan brukes som et verktøy i arbeidet med å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Redegjørelse for førforståelse	5
1.3 Presentasjon, avgrensing og presisering av problemstilling	6
1.4 Redegjørelse for begreper	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2 Metode	9
2.1 Om søket	9
2.2 Kildekritikk	10
2.3 Forskningsartikler	10
2.4 Etske vurderinger	12
3 Teori	13
3.1 Benyttelse av tannhelsetjenesten	13
3.2 Årsaker til drop-out	13
3.2.1 Kjønn	14
3.2.2 Sosioøkonomisk posisjon	14
3.2.3 Lov om tannhelsetjenester	15
3.2.4 Kostnader	15
3.2.5 Odontofobi og frykt	17
3.2.6 Tilgjengelighet	18
3.2.7 Kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid	18
3.3 Self-determination theory	19
3.3.1 SDT – Minit teorier	19
3.3.2 Motivasjon	20
3.3.3 Retningslinjer for SDT	21
4 Drøfting	23
4.1 Kjønn og sosioøkonomisk posisjon	23
4.2 Lov om tannhelsetjenester	24
4.3 Kostnader	25
4.4 Odontofobi og frykt	27
4.5 Tilgjengelighet	29
4.6 Kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid	30

4.7 SDT	32
5 Konklusjon	35
6 Referanseliste.....	36
Vedlegg 1	

1 Innledning

I denne fordypningsoppgaven har vi valgt emnet tannpleie for voksne, med fokus på unge voksne. Vi ønsker å se på unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. De er i en overgangsfase hvor de ikke lenger har krav på et kostnadsfritt tannhelsetilbud, og mange dropper ut. Formålet med oppgaven er å finne ut hvilke tiltak som kan iverksettes for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi ønsker å lære mer om hvordan tannhelsepersonell kan bidra til regelmessig bruk av tannhelsetjenesten. I løpet av tannpleierstudiet har vi møtt mange unge voksne på høgskolen og privat som forteller at de ikke har vært i kontakt tannhelsetjenesten på flere år. De mener årsakene til dette er avsluttet tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten, flytting eller at de ikke har råd. På bakgrunn av dette ønsker vi mer kunnskap om hvordan tannhelsetjenesten kan bidra til at unge voksne bruker tannhelsetjenesten regelmessig. Vi vil fokusere på aldersgruppen 18 til 25 år, da vi anser dette som en utsatt gruppe i forhold til drop-out. Det er mange unge voksne som flytter hjemmefra når de er 18 år, og dette er det siste året de har et kostnadsfritt tilbud hos den offentlige tannhelsetjenesten. Frem til fylte 21 år betaler de 25 % av kostnaden selv. Etter dette må unge voksne betale full pris og finne seg en ny tannklinikk hvis den offentlige tanntannhelsetjenesten ikke har kapasitet til å fortsette den faste innkallingen.

Dette opptar oss da tannpleiere har et ansvar i det forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeidet i befolkningen. Vi anser derfor dette som et viktig tema i tannpleiefaget. Temaet er valgt på bakgrunn av vår personlige oppfatning og erfaringer om at unge voksne ikke benytter seg av tannhelsetjenesten regelmessig, noe forskningen til Holst, Grytten og Skau (2005) bekrefter. Vi mener tannpleiere er i en unik posisjon til å motivere unge voksne til regelmessig bruk av tannhelsetjenesten. På bakgrunn av dette vil Self-determination theory være relevant for vår fordypningsoppgave.

1.2 Redegjørelse for førforståelse

Vi har lite kunnskap om unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. Sammenlignet med andre tannhelserelaterte emner, finnes det lite litteratur og forskning om hvordan tannhelsetjenesten kan bidra til at unge voksne går til regelmessig undersøkelse, og ved

behov får nødvendig tannbehandling. På bakgrunn av forskningen til Holst et al., (2005), som viser at mange unge voksne ikke benytter seg av tannhelsetjenesten, ønsker vi å finne ut hva tannhelsetjenesten kan gjøre for å endre dette.

I Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013) står det at tannhelsetjenesten skal ha regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbud. De skal arbeide forebyggende og fremme tannhelsen til befolkningen. Tannhelsepersonell skal også veilede og gi råd for å øke kunnskapen om tannhelse. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2007) er det mange 19-20 åringer som ikke benytter seg av det offentlige tannhelsetilbudet. De mener årsaken til dette kan være at denne aldersgruppen flytter fra hjemstedet sitt for å studere eller arbeide. På bakgrunn av dette mener de at det må vurderes om rettighetene til 19 og 20 åringene må endres, dessverre til et dårligere tilbud på grunn av at andre helsetjenester kun dekkes ut fylte 19 år. I forhold til dette mener vi at tannhelsetjenesten må iverksette tiltak slik at unge voksne selv ser viktigheten av regelmessig bruk av tannhelsetjenesten.

1.3 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

En av tannpleierens oppgaver er å veilede befolkningen til å ivareta sin orale helse. Mange unge voksne benytter seg ikke av tannhelsetjenesten, noe som over tid kan få store konsekvenser for den orale helsen. På bakgrunn av dette, og vår manglende kunnskap om emnet, har vi valgt å se på hva som er årsaken til at unge voksne dropper ut av tannhelsetjenesten, og hvilke tiltak tannhelsetjenesten kan iverksette. Vi har derfor valgt denne problemstillingen:

Hvilke tiltak kan tannhelsetjenesten gjøre for å få 18-25 åringer til å benytte seg av tannhelsetjenesten?

Formålet med fordypningsoppgaven og problemstillingen er å finne gode tiltak som kan fremme unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. For å finne tiltak som vil ha effekt, vil vi se på innvirkende faktorer og årsaker til drop-out. Tiltakene vil derfor omhandle loven, kostnader, odontofobi, frykt, tilgjengelighet, kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid. I tillegg til dette ønsker vi å undersøke hvordan self-determination theory kan brukes som et verktøy for å fremme unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. Dette er en

motivasjonsteori som har fokus på indre og ytre motivasjon, og hvordan kompetanse, mellommenneskelig relasjon og autonomi kan påvirke individets motivasjon. Kompetanse, relasjon og autonomi er viktige verktøy i arbeidet med å motivere denne aldersgruppen til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig.

1.4 Redegjørelse for begreper

18-25 åringer

Vi har tatt for oss aldersgruppen 18-25 år. I denne oppgaven vil vi bruke begrepene *18-25 åringer* og *unge voksne* som betegnelse på vår aktuelle aldersgruppe.

Tannhelsetjenesten

Vi bruker ordet tannhelsetjenesten for både den offentlige og private tannhelsetjenesten.

Tannhelsepersonell

Vi bruker ordet tannhelsepersonell som en fellesbetegnelse for tannpleiere og tannleger, samt andre som eventuelt er i kontakt med pasienten på tannklinikken.

Drop-out

Med drop-out menes frafall fra tannhelsetjenesten. Dette begrepet brukes dersom pasienten ikke har benyttet seg av tannhelsetjenesten i løpet av de to siste årene.

Self-determination theory

Self-determination theory, står for selvbestemmelsesteori. Vi vil i denne oppgaven bruke forkortelsen SDT.

1.5 Oppgavens disposisjon

I denne fordypningsoppgaven skal vi finne tiltak som kan bidra til at flere unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten. Tiltakene bygger på forskningsartikler og litteratur som sier noe om dette emnet. Vi har en metodedel hvor vi beskriver hva metode er og hvilken metode vi bruker i denne fordypningsoppgaven. Søket etter relevante forskningsartikler beskrives. De valgte forskningsartiklene beskrives hver for seg med hvilken søkemotor eller database som er brukt i søket, aktuelle søkeord og kort hva de handler om. Annen aktuell litteratur vil også bli belyst. Det vil være en kritisk vurdering av artiklene og etiske

vurderinger. I teoridelen ser vi på de ulike årsakene til drop-out og beskriver SDT. I drøftingen vil det være ulike tiltak som bygger på årsakene vi har beskrevet i teorien. Vi vil drøfte de ulike tiltakene opp mot årsakene til drop-out, for så drøfte hvordan SDT kan brukes som et verktøy for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig. Til slutt kommer det en konklusjon.

2 Metode

Metode er et redskap som brukes for å samle inn informasjon og tilegne ny kunnskap om et emne. Det finnes to metoder, kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ metode brukes for å samle inn målbare data, altså tall. Disse tallene kan brukes i tabeller og statistiske sammenhenger. Kvalitativ metode brukes for å samle inn data om følelser, meninger og erfaringer. Kvalitative data er ikke målbare, men brukes for å få frem en forståelse av en situasjon (Dalland, 2012).

Vår fordypningsoppgave bygger på tidligere forskning og litteratur, og er derfor en litteraturstudie. For å belyse problemstillingen vår har vi valgt ut både norsk- og engelskspråklige forskningsartikler som er fagfellevurdert. Forskningsartiklene, som blir beskrevet senere i metoddelen, danner grunnlaget i oppgaven og vil besvare problemstillingen vår. I tillegg har vi brukt pensumlitteratur og annen selvvalgt litteratur. Aktuell pensumlitteratur for å besvare problemstillingen er ”Förebyggande tandvård” av Widenheim, Renvert og Birkhed (1997) og ”Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk” av Eide og Eide (2007). Annen selvvalgt litteratur er ”Handbook of Self-Determination Research” skrevet av Deci og Ryan (2002) og ”Sosial epidemiologi – Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt” av Mæland, Elstad, Næss og Westin (2009). Andre aktuelle bøker, artikler og rapporter vil også bli brukt, men i mindre grad. Litteraturen vi har brukt er på minst 400 sider og inkluderer forskningsartiklene. Disse markeres * i litteraturlisten.

Vi bruker American Psychological Association, altså APA-standard, for å referere til og anerkjenne forfatterne av forskningsartiklene og litteraturen vi bruker i vår fordypningsoppgave. På denne måten kan leserne se hva som er vårt bidrag og hva som er hentet fra andre forfattere.

2.1 Om søket

For å finne forskning som besvarer vår problemstilling har vi brukt søkemotorene Oria og Googlescholar, samt databasene Medline, PubMed, SweMed og Helsebiblioteket. I tillegg har vi søkt i Tannlegetidende. Vi fant relevante forskningsartikler på Oria, Pubmed og Tannlegetidende. Vi brukte PICO-skjema, og søkte med både norske og engelske søkeord. De engelske søkeordene ga flest treff, men det var kun et lite utvalg forskningsartikler som

kunne besvare vår problemstilling. Søkeordene vi har brukt er *young adults, adult, adolescent, 18-25 year old, 20 year old, dental health, oral health, dental care, dental services, checkup, drop-out, utilization, Norway* og *self-determination theory*. Disse ordene bygger på norske søkeord, som vi også har brukt i søket, men uten hell. I tillegg har vi brukt MeSH-termer, Medical Subject Headings, som vil si nærliggende emneord og synonymer ut i fra våre søkeord. For å kombinere søkeordene, har vi brukt enten AND eller OR, og noen steder begge deler. Databasene og søkeordene som ga oss relevante treff står under hver enkelt av de utvalgte forskningsartiklene.

2.2 Kildekritikk

I dette fordypningsarbeidet skal tidligere forskning besvare vår problemstilling. Derfor er det svært viktig at vi har valgt forskningsartikler som er reliable og valide (Dalland, 2012). Reliabel betyr pålitelig, altså er forskningen utført nøyaktig og eventuelle avvik skal være nevnt. Forskningens validitet handler om gyldighet. Det betyr at resultatet av forskningen skal svare på emnet som undersøkes. Ekspertene på fagområdet skal vurdere og godkjenne forskningsartiklene. En fagfelleverdert forskningsartikkel skal inneholde innledning, metode, resultat, diskusjon og kildehenvisninger. Vi har valgt fagfelleverderte forskningsartikler, noe som sikrer kvaliteten på vår besvarelse (Dalland, 2012). Det finnes lite forskning om emnet vårt, noe som har ført til at vi har brukt forskningsartikler som går tilbake til 2001. I noen av forskningsartiklene er det ikke nøyaktig samme aldersgruppe som vi har brukt i vår oppgave. Til tross for eldre artikler og utvidete aldersgrupper, anser vi forskningsartiklene som relevante, da forskningen sier noe om vårt emne.

2.3 Forskningsartikler

”The Persuasive Power of Oral Health Promotion Messages: A Theory of Planned Behavior Approach of Dental Checkups Among Young Adults” (2013). Forskningsartikkelen er skrevet av Christina N. Anderson, Seth M. Noar og Brandi D. Rogers. Vi søkte i databasen PubMed, og brukte søkeordene *Dental checkup, oral health* og *young adults*. Vi fikk opp 11 treff, hvor en forskningsartikkel var aktuell. Den var nummer 6 på listen. I forskningen har de brukt kvantitativ metode. De sendte ut spørreskjemaer til 907 studenter på to ulike universiteter i Midwestern, hvor gjennomsnittsalderen var 19 år. Det ble utført to undersøkelser, som handler om innvirkende faktorer på bruk av tannhelsetjenesten blant 18-25 åringer. Forskingen har fokus på faktorer som kommunikasjon, tilfredshet, odontofobi,

tidligere rutiner for undersøkelse, kostnader, tilgjengelighet og om de har blitt motivert til å følge opp sin tannhelse.

”Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study” (2003). Artikkelen er skrevet av Erik Skaret, Magne Raadal, Gerd Kvale og Einar Berg. Vi søkte i databasen PubMed, og brukte søkeordene *dental services, Norway* og *young adults*. Søket ga 58 treff, og denne forskningsartikkelen var nummer 42 på listen. Forskingen ble utført med spørreskjemaer, og metoden er derfor kvantitativ. 968 18 åringer fra Akershus og Hordaland svarte på spørreskjemaene. Ved fylte 23 år svarte 666 av de samme respondentene på samme spørreskjema på nytt. Formålet med forskningen var å finne ut hvilke faktorer som virket inn på bruk av tannhelsetjenesten ved 18- og 23 års alder. De fant ut at faktorer som kjønn, odontofobi, glemte avtaler, negative tanker om tannlegen og tidligere ikke møtt til avtale, påvirket bruken av tannhelsetjenesten.

”Self-Determined Motivational Predictor of Increases in Dental Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A randomized Clinical Trial” (2012). Artikkelen er skrevet av Anne E. Münster Halvari, Hallgeir Halvari, Gunnar Bjørnebekk og Edward L. Deci. Vi brukte søkemotoren Oria, og søkeordene *self-determination theory* og *oral health*. For å avgrense søket valgte vi å se på engelskspråklige forskningsartikler som er utgitt de siste 10 årene. Vi fikk opp 128 treff, og denne forskningsartikkelen var nummer 3 på listen. Det er brukt kvantitativ forskningsmetode, og det er også gjort kliniske undersøkelser på deltagerne. Det var 141 studenter i Oslo som deltok i undersøkelsen. Deltagerne ble undersøkt klinisk for gingivitt og plakk, og de ble stilt spørsmål. Hensikten var å finne ut om veiledning til økt kompetanse om tannhelse på en autonomistøttende måte, kunne øke motivasjonen for endring i tannhelseatferd.

”Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes” (2001). Forskningsartikkelen er skrevet av Flemming Scheutz og Jens Heidmann. Vi søkte i søkemotoren Oria, og brukte søkeordene *utilization, dental services* og *20 year old*. Vi fikk opp 70 treff, og artikkelen vi valgte kom opp som nummer 2. Det ble brukt kvantitativ metode i forskningen. 464 dansker i alderen 20-34 år ble intervjuet. Intervjuene foregikk ved hjemmebesøk eller via telefon. Målet med forskningen var å finne ut hvilke faktorer som har innvirkning på 20-34 åringers bruk av tannhelsetjenesten.

”Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen” (2004).

Forskningsartikkelen er skrevet av Jostein Grytten, Dorthe Holst og Irene Skau. Vi søkte i Tannlegetidende med søkeordet *drop-out*. Forskningsartikkelen kom opp som nummer 7 på listen. I forskningen har de brukt kvantitativ metode. Det ble sendt ut spørreskjemaer til voksne over 20 år, og 2471 personer svarte. Deltakerne ble valgt ut i fra alder, kjønn og bosted, og det var lik fordeling i forhold til bostedsregion og kommunestørrelse. Målet med studien var å finne ut hvor tilfredse den voksne befolkningen er med tannhelsetjenesten. Det var fokus på ventetid, tilgjengelighet, kostnader, kommunikasjon, tannlegebesøket og tannbehandling.

”Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004” (2005).

Forskningsartikkelen er skrevet av Dorthe Holst, Jostein Grytten og Irene Skau. Vi fant forskningsartikkelen i referanselisten til ”Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen” (2004), som også er skrevet av Grytten, Holst og Skau. Forsknningen har tatt utgangspunkt i de samme dataene som ble samlet inn i den overstående artikkelen, altså er samme metode brukt. Forskningsartikkelen gir en oversikt over når deltagerne i undersøkelsen sist var hos tannlege, og hvilke faktorer som har påvirket dette. Det er fokus på kjønn, alder, utdanning, økonomi, bostedsregion og tannstatus.

2.4 Etiske vurderinger

Målet med vår fordypningsoppgave er at tannhelsetjenesten skal kunne ta i bruk tiltakene vi kommer frem til. Vi ønsker at tiltakene skal være et verktøy for å veilede unge voksne til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Dette er kunnskap vi selv ønsker å bruke når vi skal jobbe som tannpleiere. Oppgaven har et helsefremmende og forebyggende mål, da oral helse ikke bare handler munnhulen, men også om hvordan den orale helsen virker inn på generell helse og livskvalitet. Tiltakene vil kunne rettes mot andre, både i ulike aldersgrupper og ved ulike behov. Det vil si at annet helsepersonell, ungdom, foreldre og voksne også vil kunne ha nytte av oppgaven. Vi ønsker at vår oppgave skal øke fokuset på den utsatte gruppen, og at tannhelsetjenesten og unge voksne skal se behovet for endring i tannhelseatferd. Tiltakene i oppgaven skal bidra til å skape en positiv endring av unge voksnes bruk av tannhelsetjenesten. Målet er at endringen i atferden skal vare livet ut.

3 Teori

3.1 Benyttelse av tannhelsetjenesten

I forskningsartikkelen ”Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004” (Holst, Grytten & Skau, 2005) kommer det frem at bruk av tannhelsetjenesten varierer ut i fra alder, kjønn og sosioøkonomisk posisjon. Barn og unge inntil 20 år blir innkalt til tannhelsetjenesten regelmessig. Etter fylte 21 år må de finne seg en annen tannklinikk og bestille time selv. Den regelmessige bruken av tannhelsetjenesten varierer ut i fra behov. Bruk av tannhelsetjenesten regnes som regelmessig selv om vi kun går hvert andre år. Forskningen deres viser også at unge voksne i alderen 21-29 år går sjeldnere til tannlegen enn andre voksne. Av de unge voksne var det 59 % som hadde vært hos tannlegen det siste året og 76 % i løpet av de siste to årene. Det vil si at 24 % av de unge voksne i alderen 21-29 år ikke har vært hos tannlegen i løpet av de siste to årene (Holst et al., 2005). Dette er et høyt antall unge voksne, noe som viser viktigheten av å komme med tiltak for å få unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig.

Nedregård og Olsen (2014) gjennomførte en undersøkelse blant studenter i alderen 18-34 år, hvor de ønsket å finne ut hvor ofte studentene var hos tannlegen. Resultatet viste at 65 % var hos tannlegen minst hvert andre år. De undersøkte de ulike aldersgruppene, og fant ut at de yngste studentene var mer regelmessig hos tannlegen enn de eldre studentene. Hvis vi sammenligner undersøkelsen til Nedregård og Olsen (2014) med undersøkelsen til Holst et al. (2005), kan vi se at bruken av tannhelsetjenesten blant 18-25 åringer har minsket fra 2005 til 2014. Aldersgruppene som er undersøkt av Holst et al. (2005) og Nedregård og Olsen (2014) er ikke nøyaktig samme aldersgruppe som vi fordypet oss i. Vi anser likevel prosentandelene som relevante, da 18-25 åringer er innenfor aldersgruppene i undersøkelsene. Vi må også ta hensyn til at disse undersøkelsene har fokus på tannlegebesøk, og ikke nevner tannpleiere. Dette kan føre til noen feilmarginer. Samtidig kan det hende at deltagerne i undersøkelsene ikke vet forskjellen på tannpleier og tannlege, og antar at de har vært hos tannlege, selv om de kanskje har vært hos tannpleier.

3.2 Årsaker til drop-out

Hvor tilfredse befolkningen er med tannhelsetjenesten kan gi oss informasjon om pasientens atferd i forhold til tannhelse og hvor ofte de benytter seg av tannhelsetjenesten. Det kan være flere ulike årsaker til at unge voksne ikke bruker tannhelsetjenesten regelmessig, og årsakene

kan være sammensatte. Mange unge voksne opplever at de ikke lenger får fast innkalling fra den offentlige tannhelsetjenesten etter de har fylt 21 år. Når pasientene er 19 år må de betale 25 % av kostnaden selv, og etter fylte 21 år må de betale hele kostnaden selv (Holst et al., 2005). Skaret, Raadal, Kvale & Berg (2003) skriver at "... adult dental avoidance might be caused by a complex pattern of experiences, cognitions, attitudes and motivation". Altså kan drop-out være forårsaket av flere sammensatte årsaker, som blant annet tidligere erfaringer, tanker, oppfatninger, holdninger og motivasjon.

I alderen 18-25 år flytter mange hjemmefra og noen vet ikke hvilken tannklinikk de bør oppsøke. Tidligere erfaringer med tannhelsetjenesten og odontofobi eller frykt for tannbehandling kan være viktige årsaker. Dårlig økonomi og en antagelse om at tannhelsen er god, kan også være årsaker til drop-out (Grytten, Holst & Skau, 2004).

3.2.1 Kjønn

Menn og kvinner benytter seg ulikt av tannhelsetjenesten. I forskningsartikkelen "Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study" (2003) ble det undersøkt bruk av tannhelsetjenester hos 18 åringer, for så å undersøke det samme når de var fylt 23 år. Resultatet viste at det blant 23 åringene var 47, 2 % av mennene som hadde vært til undersøkelse eller behandling det siste året, og 57, 5 % av kvinnene. I løpet av de siste 1-2 årene var prosentandelen for menn 27, 9, og for kvinner 24, 3. Dette viser en forskjell på kvinner og menn i bruk av tannhelsetjenesten. En årsak til dette kan være at menn ikke ser viktigheten av å ivareta tannhelsen ved å gå til regelmessige undersøkelser, og at kvinner generelt er mer interessert i sin egen helse, og dermed går oftere til undersøkelser (Skaret et al., 2003). Forskningen til Holst et al. (2005) bekrefter også at menn benytter seg sjeldnere av tannhelsetjenesten enn kvinner.

3.2.2 Sosioøkonomisk posisjon

Sosioøkonomisk posisjon påvirker den generelle helsen og tannhelsen. Med sosioøkonomisk posisjon menes ulikheter i yrke, utdanning og inntekt i befolkningen (Strand & Næss, 2009). Vi har i denne oppgaven valgt å utelukke yrke, da mange unge voksne i aldersgruppen 18-25 år går på skole. Ifølge Holst et al. (2005) er det liten forskjell på hvordan de med høy og lav utdanning benytter seg av tannhelsetjenesten. De har gruppert hele den voksne befolkningen etter grunnskole, videregående skole og universitet eller høyskole. Resultatene fra forskningen viser at benyttelsen av tannhelsetjenesten øker noe med utdanningsnivå, men

denne differansen er som sagt liten. Årsinntekt har større innvirkning på bruken av tannhelsetjenesten enn utdanningsnivå. Blant de som har en inntekt på under 200 000 kr i året, er det 68 % som har benyttet seg av tannhelsetjenesten det siste året, og 80 % de siste 2 årene. Blant de som tjener over 1 000 000 kr i året, var prosentandelen 90 det siste året og 95 i løpet av de siste 2 årene (Holst et al., 2005).

3.2.3 Lov om tannhelsetjenester

Tannhelsetjenesteloven (1983) § 1-3 sier noe om hvem som har krav på undersøkelse og behandling hos den offentlige tannhelsetjenesten. De som har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten er rangert i ulike prioriterte grupper. Gruppe A er barn og unge opp til 18 år, B er psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, C er eldre, langtidssyke og uføre i og utenfor institusjon, D er ungdom i alderen 19-20 år og gruppe E velges av fylkeskommunen, ut i fra hvilke behov det er i hvert enkelt fylke. For eksempel kan gruppe E være rusmisbrukere. Unge voksne i alderen 19-20 år må betale 25 % av full pris selv. Hvis tannklinikken fortsatt har ledig kapasitet etter de prioriterte gruppene, kan også voksne betalende pasienter få undersøkelse og behandling. I forhold til den aktuelle aldersgruppen i vår problemstilling, vil det si at kun de i alderen 18-20 år har rett på oppfølging hos den offentlige tannhelsetjenesten. De i alderen 21-25 år må ofte bytte over til en privat tannklinikk for å få undersøkelse og behandling (Tannhelsetjenesteloven, 1983).

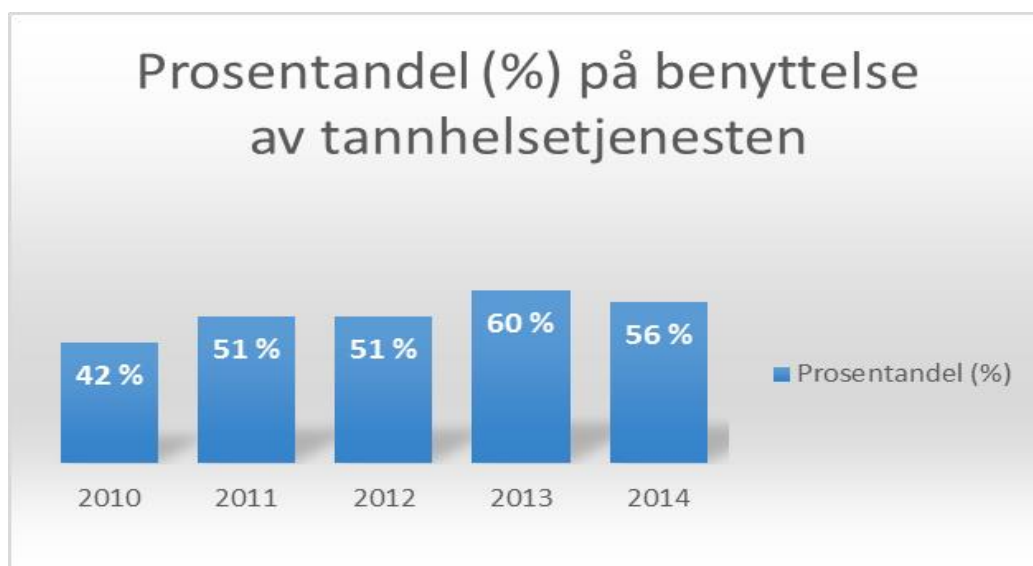
3.2.4 Kostnader

Etter fylte 19 år, betaler 19 og 20 åringer 25 % av kostnaden, og hele beløpet selv når de er over 21 år (Tannhelsetjenesteloven, 1983), noe som kan ha innvirkning på benyttelsen av tannhelsetjenesten. Dette kan være en kostnad mange unge voksne ikke ønsker å prioritere, eller at de ikke har økonomi til å betale kostnaden (Holst et al., 2005). I forskningsartikkelen ”Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen” (2004) er det fokus på hvor fornøyde den voksne befolkningen er med tannhelsetjenesten. Resultatet viste at unge voksne i alderen 21-29 år er minst fornøyde med kostandene til undersøkelse og behandling sett i forhold til de andre aldersgruppene. Deltagerne i undersøkelsen skulle rangere tilfredsheten med tannhelsetjenesten fra 1 til 6, hvor 1 var minst fornøyd og 6 var mest fornøyd. Aldersgruppen 21-29 år rangerte tilfredsheten med kostnaden til 3,5, mens de over 60 år rangerte tilfredsheten med 5,0. Dette utgjør en forskjell på 30 %, og viser at unge voksne tydelig er mindre fornøyde med kostnaden enn de eldre (Grytten et al., 2004).

I forskningsartikkelen ”Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes” (2001) har Scheutz og Heidmann forsket på hvilke faktorer som gjør at unge voksne dansker i alderen 20-34 år ikke benytter seg av tannhelsetjenesten. Resultatet viste at kostnadene var en av hovedårsakene til drop-out. Dette er en undersøkelse gjort i Danmark, hvor de har et annet trykkesystem enn i Norge. I Danmark er tannhelsetilbudet gratis frem til fylte 19 år. 19-25 åringer betaler 35 %, mens de som er over 26 år betaler 60 % av kostanden. Til tross for at danskene har bedre økonomiske støtteordninger for tannbehandling enn nordmenn, skriver Scheutz og Heidmann at ”economic incentives such as increasing subsidies would most likely be ineffective in reaching the overall goal” (2001, s. 207). Det vil si at den økonomiske støtten alene trolig ikke kan bidra til at alle unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten.

Studenter er en utsatt gruppe i forhold til drop-out. En del studenter er innenfor aldersgruppen i vår oppgave, og som nevnt, er det mange i denne alderen som ikke benytter seg av tannhelsetjenesten, og kostnaden er ifølge Nedregård & Olsen (2014) en viktig årsak til dette. Studenter har gjerne lav inntekt, og tannhelsen blir hos mange nedprioritert. Flere av de store studentsamskipnadene i landet tilbyr studentene en helserefusjon, noe som også innebærer refusjon for tannbehandling og undersøkelse. Dette tilbudet varierer for de ulike studentsamskipnadene. Det også noen private tannklinikker som tilbyr studenter rabatt på undersøkelse og behandling. Studentsamskipnaden i Oslo (2015) skriver på sine sider om både tannhelserefusjon og billigere undersøkelser hos privat tannlege i nærheten, samt om tilbud på undersøkelse og behandling hos studenter på Det odontologiske fakultet i Oslo. Dette gir unge voksne en mulighet til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig til en lavere kostnad.

I Nord-Trøndelag fylke ble det vedtatt å ha en prøveordning som fører til at unge voksne i alderen 19-20 år får gratis tannbehandling i stedet for å betale 25 % av kostnaden selv. Prøveordningen skulle vare fra 2011 til 2014. Dette ble vedtatt av fylkestinget i 2010 (Nord-Trøndelag fylkeskommune, 2007-2011). Denne prøveordningen førte til at flere i denne aldersgruppen benyttet seg av tannhelsetjenesten. I 2008 var det 43 % som benyttet seg av tannhelsetjenesten, mens i 2014 var det 56 %. Dette viser en forskjell på 13 %, noe som viser at slike vedtak har positiv virkning. I 2013 var det 60 % som benyttet seg av tannhelsetjenesten, men det er usikkert hvorfor denne andelen sank noe i 2014 (Nord-Trøndelag fylkeskommune, 2014).



Tabell 1. Statistikk – bruk av tannhelsetjenesten av 19-20 åringer i Nord-Trøndelag. Nord-Trøndelag fylkeskommune (2014).

3.2.5 Odontofobi og frykt

Odontofobi og frykt er ifølge Skaret et al., (2003) en av de viktigste årsakene til at mange unge voksne ikke benytter seg av tannhelsetjenesten. Odontofobi er en diagnose som omtales som en spesifikk fobi (Kvale, Klingberg, Moore & Tuutti, 2003; Raadal & Skaret, 2013). Odontofobien skaper en umiddelbar fryktreaksjon ved tannbehandling. Frykten er så ekstrem at pasienten kan få en fryktreaksjon bare ved tanken på tannbehandling, og derfor unngår å bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Pasienten vet at frykten er irrasjonell, altså at tannbehandling ikke er så ille som de frykter. Odontofobi og frykt for tannbehandling er to forskjellige ting. Frykt for tannbehandling er mildere enn odontofobi, da frykt er en følelse og odontofobi en lidelse. Frykt er en reaksjon som kan komme av redsel for fare, noe ukjent eller smerte. Dette kan føre til at pasienten får symptomer som hjertebank, svette, negative tanker og blir handlingslammet av frykten (Kvale et al., 2003; Hakeberg & Lundgren, 2013). Ifølge Skaret et al., (2003) er odontofobi og frykt en av de viktigste årsakene til drop-out, spesielt blant kvinner. Resultatet av forskningen deres viste at 56 % av 18 år gamle kvinner droppet ut av tannhelsetjenesten på grunn av odontofobi, og 31 % på grunn av frykt. Blant mennene var det 15 % som ikke brukte tannhelsetjenesten på grunn av odontofobi, og ingen som droppet ut å på grunn av frykt. Dårlige erfaringer med tannhelsetjenesten kan føre til frykt eller odontofobi og at regelmessig bruk av tannhelsetjenesten unngås (Skaret et al., 2003; Willumsen, Haukebø & Raadal, 2013). Anderson, Noar og Rogers (2013) skriver at

det er mer sannsynlig at de som har gode erfaringer fra tidligere møter med tannhelsetjenesten, benytter seg av tannhelsetjenesten igjen.

3.2.6 Tilgjengelighet

God tilgjengelighet er viktig for at unge voksne skal kunne bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Med tilgjengelighet menes i denne sammenheng ventetid for å få time, at det er enkelt å få kontakt med tannklinikken, lett å komme seg til dit og at pasienten har en fast tannklinikk å forholde seg til (Skaret et al., 2003). Ifølge Grytten et al. (2004) synes unge voksne i alderen 21-29 år at tilgjengeligheten bra, men ikke optimal. Denne aldersgruppen er mindre fornøyde enn de eldre aldersgruppene. Skaret et al., (2003) skriver at:

The high proportion of subjects that reported not to have a dentist to go to, and who found it difficult to get a dental appointment that was convenient, may indicate that more flexible opening hours in dental clinics may be important for subjects in this transitional period from public to private dental care. (s. 381).

Altså mener de at et utvidet åpningstilbud på tannklinikkene kan være viktig for å få flere til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Spesielt blant unge voksne som er i overgangsfasen fra den offentlige tannhelsetjenesten til den private. De mener dette på bakgrunn av resultatene i forskningen, som viste at 18, 2 % av 23 åringene synes det var vanskelig å få en time hos tannhelsetjenesten som passet. Flere unge voksne hadde heller ingen fast tannklinikk å bruke (Skaret et al., 2003).

3.2.7 Kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid

God kommunikasjon er viktig for å skape en fortrolig relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell. Kommunikasjonen virker inn på pasientens tanker, holdninger og atferd, samt tilfredsheten med tannhelsetjenesten (Eide & Eide, 2007). Grytten et al. (2004) undersøkte hvor fornøyde pasientene var med tannlegens evne til å lytte og snakke et lett forståelig språk. Resultatet av forskningen viste at unge voksne var mer fornøyde med tannlegens evne til å snakke forståelig enn de var med tannlegens evne til å lytte.

Ifølge Eide og Eide (2007) innebærer god kommunikasjon mellom pasient og tannhelsepersonell, at tannhelsepersonellet tar seg tid til å se pasienten og lytte til dens behov. I forskningsartikkelen ”The Persuasive Power of Oral Health Promotion Messages: A

Theory of Planned Behavior Approach of Dental Checkups Among Young Adults” (2013) fant Anderson et al. ut at tannhelsepersonell kan oppmuntre unge voksne til å bruke tannhelsetjenesten gjennom ulike former for kommunikasjon. Det skal være en åpen dialog, hvor tannhelsepersonell og pasient skal være på samme nivå, slik at pasienten føler seg forstått og lyttet til. Enveiskommunikasjon fra tannhelsepersonellets side vil hemme relasjonen til pasienten. Tannhelsepersonellet bør stille åpne og bekreftende spørsmål, for å forsikre seg om at pasienten har forstått veiledningen som gis. God kommunikasjon er viktig for å utvikle relasjon og kompetanse, som gjør at pasienten opprettholder en god tannhelse og fortsetter å benytte seg av tannhelsetjenesten (Widenheim, Renvert & Birkhed, 1997; Eide & Eide, 2007; Halvari, Halvari, Bjørnebekk & Deci, 2012). Gjennom å utvikle en god relasjon får pasienten et godt inntrykk av tannhelsetjenesten, noe som er viktig for videre oppfølging. Den offentlige tannhelsetjenesten jobber utadrettet ved å oppsøke og veilede blant annet elever på skoler om tannhelse og tannhelsetjenesten. Dette er et arbeid som er viktig for å få unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig, spesielt med tanke på antall unge voksne som dropper ut.

3.3 Self-determination theory

Self-determination theory [SDT] betyr selvbestemmelsesteori. Arbeidet med teorien startet på 1970-tallet og på midten av '80-tallet ble teorien tydelig beskrevet. Likevel er det først de siste 15 årene at det virkelig har blitt forsket på SDT (Deci & Ryan, 2008). SDT er en motivasjonsteori som handler om å veilede individer til å utvikle indre motivasjon og autonomi. Målet med SDT er altså at individet skal veiledes til å få en god mellommenneskelig relasjon, kompetanse og autonomi for å skape endring gjennom indre motivasjon (Deci & Ryan, 2002). Tanken med SDT i denne oppgaven er at tannhelsepersonell skal benytte denne motivasjonsteorien i arbeidet med å veilede unge voksne til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Vi bruker derfor et pasientperspektiv i beskrivelsen av denne teorien.

3.3.1 SDT – Miniteorier

SDT kan ifølge Deci og Ryan (2002) deles inn i flere miniteorier, i dette tilfellet fire:

1. Cognitive evaluation theory: Denne teorien handler om hvordan ytre påvirkning, som for eksempel belønning eller straff, kan påvirke den indre motivasjonen. Når en pasient som er indre motivert blir påvirket av slike ytre faktorer, som for eksempel

straff, blir den indre motivasjonen påvirket på en negativ måte. Men hvis pasienten får belønning kan den indre motivasjonen styrkes.

2. Organismic integration theory: Teorien tar for seg hvordan pasienten tar imot informasjon og verdier, og gjør det om til sitt eget. Dette er internaliseringsprosessen. For å gjøre informasjon eller verdier til sitt eget er det viktig at pasienten ikke føler press fra tannhelsepersonellet, men at det får en følelse av at det har et valg og selvbestemmelse. På denne måten kan informasjon og verdier integreres i individet.
3. Causality orientations theory: Teorien beskriver hvordan pasienter reagerer ulikt. Alle pasienter har behov for individuell oppfølging der det legges vekt på dens autonomi.
4. Basic need theory: Denne teorien tar for seg hvordan pasientens grunnleggende behov henger sammen med velvære. De grunnleggende behovene må være tilfredsstillt for at pasienten skal føle velvære. Hvis behovene ikke er tilfredsstillt vil det få negative konsekvenser for pasientens velvære (Deci & Ryan, 2002).

3.3.2 Motivasjon

Motivasjon styrer pasientens atferd og er derfor avgjørende for hvordan pasienten handler. Det finnes to former for motivasjon, indre og ytre. Den indre motivasjonen styres av pasientens verdier og interesser, mens den ytre motivasjonen styres av ytre faktorer som belønning, straff eller andres forventninger og meninger. Dersom pasienten ikke er motivert, likegyldig og uinteressert i å bruke tannhelsetjenesten, kalles det amotivasjon. Mennesker er naturlig motiverte til å integrere og internalisere handlinger som er nødvendige for å kunne fungere effektivt, selv om handlingen ikke nødvendigvis er interessant. For eksempel det å benytte seg av tannhelsetjenesten – det er ikke nødvendigvis interessant, men god tannhelse er viktig for å unngå smerte, noe som igjen virker inn på evnen til å fungere effektivt. For at internaliseringsprosessen skal fungere optimalt må autonomi, kompetanse og mellommenneskelig relasjon være tilstede, og alle disse behovene må bli ivaretatt. Desto bedre disse behovene er tilfredsstillt, desto flere utfordringer takler individet (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008; Wold & Samdal, 2009).

Individet kan integrere fire ulike typer ytre motivasjon: Ytre regulering, introjisert, identifisering og integrert regulering. Disse ytre formene for motivasjon bygges gradvis

oppover til at pasienten tar en selvstendig beslutning. Hvis pasienten ikke utvikler motivasjonen videre, vil ikke atferden endres i en positiv retning. Ved ytre regulering styres atferden ut fra et ønske om belønning eller for å unngå straff. Et eksempel på dette er at pasienten benytter seg av tannhelsetjenesten fordi det forventes av menneskene og samfunnet rundt pasienten. Denne atferden er ikke selvstendig og ytre regulering sees på som den minst selvbestemte formen for ytre motivasjon. Når den ytre motivasjonen er introjisert styres pasienten ut i fra stolthet, skyldfølelse og skam. Motivasjonen er kontrollert og pasienten anser atferden som sin egen, men motivasjonen er ikke selvstendig. Ved identifisering har pasienten akseptert verdien av atferden, og ser at den er viktig. Pasienten ønsker derfor å utføre handlingen. Integrert regulering vil si at pasienten styrer sin atferd selv og tar ansvar. Handlingen er viktig for pasienten, og det trenger derfor ikke belønning for sin atferd. Dette er den mest selvbestemte formen for ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008).

I motsetning til disse fire typene ytre motivasjon, har vi indre regulering. Pasienten ser på gleden ved å ha gjennomført handlingen som belønning. Dette er en autonom regulering, der pasienten er selvbestemt og handler ut i fra det som anses som mest hensiktsmessig og ønskelig (Deci & Ryan, 2000). Autonomi handler om retten til selvbestemmelse, og er viktig for pasientens motivasjon (Lingås, 2008). Autonom motivasjon kan deles i tre: Indre motivasjon, integrert ytre motivasjon og identifisert ytre motivasjon. Ved indre motivasjon får pasienten størst opplevelse av selvbestemmelse. Integrert ytre motivasjon og identifisert ytre motivasjon har oppstått på bakgrunn av kravene fra samfunnet eller kulturen rundt pasienten, og ikke av egen interesse. For eksempel benytter barn og unge opptil 18 år seg av tannhelsetjenesten fordi det er et ytre krav og noe som forventes, og det er ikke nødvendigvis av indre motivasjon. Denne handlingen blir etter hvert integrert og pasienten identifiserer seg med handlingen, og den blir en del av verdisystemet. Når handlingen har blitt en del av pasientens verdisystem utføres den frivillig, det vil si selvbestemt. Når handlingen er selvbestemt, anser pasienten den som viktig og den vil derfor utføres oftere (Deci & Ryan, 2000; Vallerand & Ratelle, 2002).

3.3.3 Retningslinjer for SDT

Når tannhelsetjenesten tar i bruk SDT for å motivere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten, er det flere hensyn og retningslinjer som må følges. I forskningsartikkelen ”Self-Determined Motivational Predictors of Increases in Dental

Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A Randomized Clinical Trial” (2012) fant Halvari et al. ut at veiledning til økt kompetanse på en autonomi-støttende måte kan skape endringer i tannhelseatferd. For å veilede pasienten til å skape endring er det viktig at tannhelsepersonellet er empatiske. Det vil si at de har en evne til å sette seg inn i pasientens situasjon. Pasienten skal være i fokus og dens behov skal bli sett. Tannhelsepersonellet skal lytte, gi positive tilbakemeldinger og oppmuntre til selvstendig refleksjon. På denne måten skapes et godt samarbeid mellom pasient og tannhelsepersonell. Det er viktig at tannhelsepersonellet tydelig forklarer hvorfor en endring er viktig slik at pasienten får økt kunnskap. Pasienten skal få ulike forslag på hvordan målet kan nåes, uten at tannhelsepersonellet virker kontrollerende. Ord som må, bør og skal unngås, da det er pasienten som skal velge om endring er ønskelig, og eventuelt bestemme hvordan endringen skal skje. På denne måten kan den indre motivasjonen utvikles gjennom kompetanse, autonomi og relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell (Halvari et al., 2012).

4 Drøfting

For å få flere unge voksne i alderen 18 til 25 år til å benytte seg av tannhelsetjenesten, må det iverksettes tiltak. Disse tiltakene tar utgangspunkt i de innvirkende faktorene og årsakene til drop-out, som kjønn, sosioøkonomisk posisjon, loven, kostnader, odontofobi, frykt, tilgjengelighet, kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid (Grytten et al., 2004; Holst et al., 2005). SDT kan være et godt verktøy for å skape motivasjon hos unge voksne slik at de benytter seg av tannhelsetjenesten. Vi vil derfor drøfte SDT opp mot de andre tiltakene slik at vi kan finne ut hvordan SDT kan brukes til å motivere unge voksne til regelmessig bruk av tannhelsetjenesten. Vi mener SDT er et viktig bidrag for å øke motivasjonen til unge voksne, fordi pasientens atferd styres av motivasjonen. Det vil derfor være av stor betydning at unge voksne blir motivert til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig. Gjennom god relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell, autonomi og kompetanse tror vi at bruken av tannhelsetjenester kan øke for aldersgruppen 18-25 år, noe vi kommer tilbake til senere i drøftingen. Ifølge Halvari et al., (2012) kan autonomi og økt kompetanse føre til langvarige endringer i helseatferd, noe som er målet med vår oppgave.

4.1 Kjønn og sosioøkonomisk posisjon

Kvinner bruker tannhelsetjenesten mer enn menn – men hvorfor er det slik? Ifølge forskningsartikkelen ”Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study” (2003) er kvinner generelt flinkere til å bruke helsetjenester enn menn. Det kan ha noe med interesse for helse å gjøre, fordi en del kvinner er mer opptatt av helse enn menn. En viktig grunn til at menn ikke kommer til tannklinikken, er at de rett og slett glemmer timen. Dette kan tyde på manglende interesse og at tannhelsen ikke er så høyt prioritert. Tannhelsepersonellet bør derfor ha ekstra fokus på menns tannhelseatferd, slik at de blir interessert og motivert til å ta vare på egen tannhelse. På denne måten kan motivasjonen til å bruke tannhelsetjenesten øke (Skaret et al., 2003).

Inntekt og utdanning virker inn på bruken av tannhelsetjenesten. Dette kan ha med økonomi å gjøre, da resultatene i forskningsartikkelen ”Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge 2004” (2005) viste en tydelig forskjell på de som tjente mest og minst. Altså var det flere av de med høy inntekt som brukte tannhelsetjenesten regelmessig enn de med lavere inntekt. Utdanningsnivå viste kun en liten forskjell på bruk av tannhelsetjenesten, noe som er rart da økt utdanning kan henge sammen med kunnskap og

evnen til å tilegne seg kunnskap. På en annen side kan utdanning og inntekt henge sammen, og kanskje har de med høy inntekt og utdanning bedre forutsetninger til å bruke tannhelsetjenesten (Holst et al., 2005; Wold & Samdal, 2009).

4.2 Lov om tannhelsetjenester

Et tiltak kan være at den offentlige tannhelsetjenesten utvider gruppe D, som er for 19 og 20 åringer, slik at den også blir gjeldende for de mellom 21 og 25 år. Denne aldersgruppen vil da betale 25 % av kostnaden selv. På denne måten blir denne aldersgruppen en av de prioriterte gruppene, de får lengre oppfølging fra den offentlige tannhelsetjenesten og lavere kostnader.

Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr 19 og 20 åringer et tannhelsetilbud hvor de kun betaler 25 % av kostnaden (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Dette er et godt tiltak for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten og for at denne aldersgruppen skal få en gradvis overgang fra gratis tannbehandling til full betaling – men hva når de blir 21 år og må finne seg en ny tannklinikk og betale full pris? I denne overgangsperioden har mange unge voksne dårlig økonomi, og flere flytter til et nytt sted hvor de ikke har oversikt over aktuelle tannklinikker, noe som kan føre til drop-out (Nedregård & Olsen, 2014).

Ved å utvide gruppe D, til å være for aldersgruppen 19-25 år, vil flere unge voksne ha en fast tannklinikk lengre. Unge voksne vil da ha et tilbud hvor de betaler 25 % av kostnaden. Utfordringen med dette kan være at en del unge voksne fortsatt vil falle fra på grunn av flytting. Effekten av tilbudet, altså hvor mange unge voksne som benytter seg av tilbudet, må derfor vurderes opp mot kostnaden ved å ha et slikt tilbud.

I Danmark er det et annet trygdesystem, noe som gjør at unge voksne etter fylte 19 år betaler 35 % av kostnaden selv. Denne rabatten varer til fylte 26 år. På den ene siden er dette tiltaket positivt med tanke på at unge voksne får rabatt lenger enn i Norge, noe som kan føre til at flere unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten regelmessig. På en annen side vil 19 og 20 åringer betale mer med dette trygdesystemet enn de allerede gjør i Norge i dag.

Spørsmålet er hvor store konsekvenser det vil få for 19 og 20 åringers bruk av tannhelsetjenesten hvis de må betale 10 % mer enn de allerede gjør, og hvor stor effekt det vil ha med økt rabatt frem til fylte 26 år. Dette vil måtte vurderes nøye opp mot hverandre. I

Forskningsartikkelen ”Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes” (2001), konkluderte Scheutz og Heidmann med at lavere kostnader trolig ikke vil føre til at alle unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten. Altså vil det ha liten betydning om unge voksne betaler 25 % eller 35 % av kostnaden. Det er derfor ikke sikkert at et tiltak om bedre støtteordninger vil få alle unge voksne til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig, og en endring i loven vil derfor kanskje ikke ha full effekt (Scheutz & Heidmann, 2001).

4.3 Kostnader

På bakgrunn av at så mange unge voksne er misfornøyde med kostnadene for tannbehandling, og sier at det er grunnen til at de ikke benytter seg av tannhelsetjenesten, kan tiltak for å gjøre kostnadene lavere for denne gruppen være aktuelt. Et tiltak er å gjøre unge voksne studenter mer bevisste på hvilke støtteordninger og studenttilbud som finnes der de studerer. Flere av de større studentsamskipnadene i Norge skriver på sine nettsider at de har støtteordninger og studenttilbud som dekker deler av tannhelseutgiftene. I Danmark har de et trygdesystem som gjør at 19 til 25 åringer, kun betaler 35 % av kostnaden. Dette er et system som også kan fungere i Norge, og kan muligens være et tiltak som fører til at flere unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten.

Resultatet av forskningen til Scheutz og Heidmann (2001) viste at unge voksne synes det er dyrt å benytte seg av tannhelsetjenesten, og oppgir dette som en av hovedårsakene til drop-out. Det kan derfor tyde på at en endring som fører til lavere kostnader for unge voksne, kan bidra til at flere prioriterer eller får råd til jevnlig undersøkelse og eventuell behandling. I aldersgruppen 18-25 år er det mange som går på skole eller har en lavt lønnet jobb, noe som fører til dårlig økonomi. Lavere kostnad på undersøkelse og behandling, kan gjøre at noen velger å prioritere tannhelsen foran andre ting, men på en annen side – vil de som allerede ikke prioriterer dette, endre sin atferd ved en lavere kostnad? Vedtaket om gratis tannbehandling for 19 og 20 åringer som ble gjort i Nord-Trøndelag, førte til at 13 % flere benyttet seg av tannhelsetjenesten (Nord-Trøndelag fylkeskommune, 2014). Men ifølge Skaret et al., (2003) vil de som ikke benyttet seg av tannhelsetjenesten i en alder av 18 år, heller ikke gjøre det når de er 23 år. 18 åringer har gratis tannbehandling, og det faktum at de likevel ikke bruker tannhelsetjenesten tyder på at lavere kostnader i seg selv ikke vil ha full effekt. Blant de som tidligere ikke har hatt god nok økonomi til å prioritere tannbehandling,

kan en endring i kostnaden ha en positiv virkning. På en annen side, er det ifølge forskningsartikkelen ”Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen” (2004) ikke sikkert at en lavere kostnad vil ha full effekt på bruken av tannhelsetjenesten. Dette gjelder blant annet hvis pasienten antar at sin tannhelse er god, eller i motsatt fall, forventer at det er et stort behandlingsbehov, noe som fører til at kostnadene likevel kan bli høye (Grytten et al., 2004).

Ifølge Studentsamskipnaden i Oslo (2015) finnes det flere støtteordninger og studenttilbud til tannbehandling for studenter. Dette er ordninger som kan føre til at flere benytter seg av tannhelsetjenesten, da flere får råd til tannbehandling. Dette tiltaket er bra, men på en annen side, hjelper ikke slike tiltak hvis studentene ikke vet hvilke støtteordninger og studenttilbud som finnes. Det er også ulikheter i hvor gode støtteordninger og studenttilbud som finnes på de forskjellige studentstedene.

Tidligere drøftet vi hvilken innvirkning lavere kostnader kan ha på bruken av tannhelsetjenesten. Vedtaket om å gi 19 og 20 åringer gratis tannbehandling i Nord-Trøndelag fylke ga gode resultater, da flere i denne alderen benyttet seg av tannhelsetjenesten enn tidligere (Nord-Trøndelag fylkeskommune, 2014) – men hva med de som fortsatt ikke valgte å benytte seg av tannhelsetjenesten? I SDT er det, som beskrevet tidligere, en form for motivasjon som kalles identifisert ytre motivasjon. Denne formen for motivasjon handler i denne sammenheng, om at pasienten ser at det er viktig å bruke tannhelsetjenesten regelmessig – men hvordan kan tannhelsepersonell få unge voksne til å se viktigheten av dette? Vi vet at unge voksne mener at kostnader er en av de viktigste årsakene til drop-out, likevel kan det hende at økt kompetanse om viktigheten av god tannhelse kan føre til at flere unge voksne prioriterer bruk av tannhelsetjenesten til tross for kostnaden (Halvari et al., 2012). I forhold til tiltaket om støtteordninger og studenttilbud for tannbehandling, er det som nevnt tidligere viktig med mer informasjon. Markedsføring via internett og oppslagsverk med tekst og bilder av fine smil kan være en god motivasjonsfaktor (Anderson et al., 2013). Et smil med fine tenner kan sees som en slags belønning, og noe som for noen kan være god nok grunn til å oppsøke tannhelsetjenesten på eget initiativ. Denne typen motivasjon kalles ytre regulering (Deci & Ryan, 2000), men vil denne type motivasjon være nok for å få unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig resten av livet? Dette vil trolig ikke være god nok motivasjon over tid, men hvis det gjør at de kommer til tannklinikken en gang, kan det skapes en god relasjon mellom

pasient og tannhelsepersonell. Dette kan være viktig for videre utvikling av pasientens motivasjon. Det positive med at pasienten selv tar initiativ til det første besøket, er at pasienten opplever autonomi, ved at det er dens eget valg og ikke noe de har blitt presset til (Halvari et al., 2012).

4.4 Odontofobi og frykt

For å få unge voksne med odontofobi eller frykt for tannbehandling til å benytte seg av tannhelsetjenesten, er et tiltak at kommunikasjon og relasjon mellom partene er i fokus. Pasienten skal føle kontroll og selvbestemmelse på tannklinikken for at de skal få en god opplevelse. Det er derfor viktig at tannhelsepersonell vet hvordan de skal gå fram for å nå frem til pasienten. Dette kan gjøres med bruk av SDT, som vi kommer tilbake til senere i teksten.

Odontofobi og frykt er viktige årsaker til drop-out, og det bør derfor være fokus på dette for å få flere unge voksne, spesielt kvinner, til å benytte seg av tannhelsetjenesten (Scheutz & Heidmann, 2001). Odontofobi og frykt kan komme av dårlige erfaringer ved tidligere tannbehandling, og en god relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell kan derfor være avgjørende for om pasienten benytter seg av tannhelsetjenesten regelmessig (Anderson et al., 2013; Haukebø & Vika, 2013). Kommunikasjon og tillit er viktig i denne sammenhengen – men hva skjer når pasienten er over 20 år, og ikke lenger har rett på tannbehandling hos sin faste tannklinikk? På den ene siden kan dette være en utfordring hvis samarbeidet mellom tannhelsepersonellet og pasienten har vært bra. På en annen side, hvis samarbeidet har vært dårlig, kan det ha en positiv virkning å bytte tannklinikk. Det kan være vanskelig for en pasient med odontofobi eller frykt å skape en ny relasjon til tannhelsepersonell, samt føle kontroll og autonomi på en ny tannklinikk, men ved god kommunikasjon kan dette fungere (Anderson et al., 2013; Lundgren & Boman, 2013). Utfordringen vil trolig være om pasienten på eget initiativ tar kontakt med en ny tannklinikk.

Kan SDT få unge voksne med odontofobi og frykt til å benytte seg av tannhelsetjenesten? For å få flere unge voksne med odontofobi og frykt til å bruke tannhelsetjenesten, mener Halvari et al. (2010) at det er viktig at pasienten får økt kompetanse og at tannhelsepersonellet støtter pasientens autonomi. For å øke kompetansen til pasienten må pasienten føle at sin rett til autonomi blir ivaretatt, men dette kan være vanskelig. På den ene

siden skal tannhelsepersonellet prøve å øke kompetansen til pasienten slik at pasienten forstår viktigheten, men på en annen side skal dette gjøres på pasientens premisser, slik at autonomien blir ivaretatt. Utfordringen med dette kan være at tannhelsepersonellet virker kontrollerende og at pasienten ikke føler at sin rett til selvbestemmelse blir ivaretatt. Derfor bør tannhelsepersonellet unngå ord som skal, bør og må. Hvis ikke kan dette føre til at pasienten mister sin tillit, og at relasjonen til tannhelsepersonellet blir dårligere. Det positive med å forsøke å øke kompetansen uten å være kontrollerende og la pasientens autonomi bli ivaretatt, er at det kan bygges en god relasjon og at tillitten mellom pasienten og tannhelsepersonellet fører til at odontofobien eller frykten forbedres. Men dette må gjøres på en måte hvor tannhelsepersonellet er empatiske, lytter til hva pasienten ønsker, gir tydelige anbefalinger og valg, slik at pasienten kan reflektere rundt hva de ønsker ut fra informasjonen de har fått og ta en selvstendig beslutning (Halvari et al., 2012; Lundgren & Boman, 2013).

Når pasienten med odontofobi eller frykt har fylt 21 år og må bytte tannklinikk, er det viktig at den offentlige tannklinikken på forhånd har snakket med pasienten om dette, slik at pasienten blir motivert til å benytte seg av tannhelsetjenesten til tross for odontofobien eller frykten. Tannhelsepersonell kan ikke forvente at unge voksne med odontofobi eller frykt skal være indre motiverte til å benytte seg av tannhelsetjenesten (Halvari et al., 2010). Likevel vil det være viktig å forsøke å få de til å utvikle en form for motivasjon. Kanskje kan det hjelpe å øke motivasjonen gjennom å gi kunnskap om at regelmessige besøk på tannklinikken kan føre til at eventuelle behandlingsbehov kan bli mindre. Hvis pasienten anser denne grunnen som motiverende, kan vi se på dette som en form for ytre motivasjon, i form av belønning eller straff. Altså vil regelmessige undersøkelser føre til mindre behandling, som kan sees som en form for belønning, og det å ikke gå til undersøkelse kan øke behandlingsbehovet, og dermed bli en form for straff for pasienten. På den ene siden vil denne ytre motivasjonen kanskje ha en positiv virkning, men på en annen side vil den ikke nødvendigvis vare livet ut, noe som er negativt. Derfor kan det være avgjørende at tannhelsepersonellet tar seg tid til å øke kompetansen til pasienten videre, slik at den ytre motivasjon etter hvert kan utvikles til å bli integrert. Når motivasjonen er integrert, vil det i denne sammenheng si at pasienten selv bestemmer seg for å bruke tannhelsetjenesten og at denne handlingen anses som viktig (Deci & Ryan, 2002).

4.5 Tilgjengelighet

Den offentlige tannhelsetjenesten bør iverksette et tiltak hvor de informerer unge voksne om kapasitet til å fortsette den faste innkallingen eller om de må kontakte en ny tannklinikk etter fylte 21 år. Dersom de må kontakte en ny tannklinikk, vil et godt tiltak være at tannklinikken gir en oversikt over aktuelle private tannklinikker i nærområdet. Vi tror at et godt samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste med fokus på unge voksne kan fremme benyttelsen av tannhelsetjenesten. Et annet tiltak er at tannklinikkene har ledige timer etter skole eller arbeidstid slik at det blir enklere å benytte seg av tannhelsetjenesten.

Unge voksne synes ikke at tilgjengeligheten til tannklinikkene er optimal (Grytten et al., 2004), noe som kan komme av at de har gått til den offentlige tannhelsetjenesten fast i mange år, ikke vet hvilken tannklinikk de bør benytte eller hvilke åpningstider de har. I denne sammenheng vil det være behov for informasjon om aktuelle tannklinikker i overgangsfasen hvor de må bytte tannklinikk. På den ene siden bør den offentlige tannhelsetjenesten informere unge voksne pasienter før overgangsfasen. På denne måten vet unge voksne hvilke tannklinikker som er tilgjengelige. På en annen side vil ikke dette tiltaket fungere hvis pasienten skal flytte fra sitt hjemsted. Da vil pasienten selv måtte ta initiativ til å finne en tannklinikk på det nye bostedet. Et godt samarbeid mellom den offentlige og den private tannhelsetjenesten i overgangsfasen, kan også fremme bruken av tannhelsetjenesten for unge voksne etter fylte 21 år (Scheutz & Heidmann, 2001). Men, også her vil tiltaket kun fange opp noen få, da mange unge voksne flytter til et nytt sted. Åpningstidene på tannklinikken kan også være en utfordring, da det kan være vanskelig å finne en time som passer i forhold til jobb eller studier. Ved å utvide åpningstiden kan det hende at flere unge voksne tar seg tid til tannbehandling, men på en annen side er det ikke sikkert at det vil ha full effekt, da det kan være flere årsaker til drop-out (Grytten et al., 2004; Scheutz & Heidmann, 2001).

Hvordan kan SDT være et verktøy for å få unge voksne som synes tilgjengeligheten er for dårlig til å bruke tannhelsetjenesten? Flere unge voksne synes ventetiden for å få time er for lang, at det kan være vanskelig å få tak i tannhelsepersonellet via telefon, at muligheten for akutt hjelp er for dårlig og at den fysiske tilgjengeligheten til tannklinikken er problematisk (Grytten et al., 2004). Dette kan ha en negativ innvirkning på bruk av tannhelsetjenesten, og

det er derfor noe tannhelsepersonell bør få mer kunnskap om. Hvis tannhelsepersonellet får mer kunnskap om dette kan de bruke denne kompetansen positivt ved å prioritere å ta i mot de unge voksne som har tatt en selvbestemt beslutning om å ta i bruk tannhelsetjenesten. Dette kan ha stor betydning for de unges motivasjon, spesielt hvis vi ser på unge voksne som egentlig ikke er spesielt motiverte til å bruke tid og penger på tannhelsen sin. Har de unge voksne først tatt initiativ til å kontakte tannklinikken bør tilgjengeligheten være god. Altså at tannhelsepersonellet tar telefonen og setter opp en time i relativt nær fremtid. På denne måten kan motivasjonen til de unge voksne ivaretas, og det skapes en god relasjon mellom pasienten og tannhelsepersonellet med en gang. Dersom pasientens forventinger til å få en time i nær fremtid ikke imøtekommes, kan pasienten glemme timen, miste motivasjonen og kanskje tar det lang tid før pasienten tar en selvbestemt beslutning om å kontakte tannhelsetjenesten igjen. Dette kan føre til at pasienten får et dårlig inntrykk av tannhelsetjenesten og relasjonen til tannhelsepersonellet blir svekket (Anderson et al., 2013; Halvari et al., 2012; Skaret et al., 2003).

4.6 Kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid

Kommunikasjon er et betydningsfullt tiltak. Tannhelsepersonellet bør ta seg tid til å lytte til pasientens behov og forsikre seg om at pasienten har forstått. På denne måten kan det utvikles et godt samarbeid, en god relasjon og pasienten kan få mer kunnskap om viktigheten av å bruke tannhelsetjenesten regelmessig. Hvis denne oppfølgingen starter mens pasienten er ung og fortsatt har rettigheter hos den offentlige tannhelsetjenesten, tror vi at pasienten er bedre rustet til å ivareta sin tannhelse. Pasienten vil da få mer kunnskap til å se viktigheten av å benytte seg av tannhelsetjenesten i voksen alder og forhåpentligvis livet ut. Et utadrettet tiltak er at de ulike tannklinikkene, både offentlige og private, gjør seg mer synlig der de unge voksne er. For eksempel at tannklinikkene i nærområdet reklamerer for seg selv på videregående skole, høyskole og universitet.

Kommunikasjon er ifølge forskningsartikkelen ”The Persuasive Power of Oral Health Promotion Messages: A Theory of Planned Behavior Approach of Dental Checkups Among Young Adults” (2013) en viktig faktor i arbeidet med å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten regelmessig. Kommunikasjon kan brukes som et verktøy for å oppmuntre unge voksne til endring i tannhelseatferd (Anderson et al., 2013). Ved god kommunikasjon mellom pasient og tannhelsepersonell skapes det en relasjon som kan være

avgjørende for pasientens videre bruk av tannhelsetjenesten – men hva når pasienten er fylt 21 år og ikke lenger kan benytte seg av den offentlige tannhelsetjenesten? Det kan være enklere for pasienten å kontakte en ny tannklinikk hvis de tidligere erfaringene med tannhelsepersonell er gode. Hvis kommunikasjonen tidligere har vært dårlig, og pasienten ikke har følt at tannhelsepersonellet har tatt seg tid, lyttet og forstått, kan det føre til at pasienten får et negativt inntrykk av tannhelsepersonell generelt (Grytten et al., 2004). Dette kan føre til drop-out. En god relasjon mellom tannhelsepersonell og pasient henger sammen med hvordan partene mestrer å samarbeide. Ved et godt samarbeid kan det være enklere for tannhelsepersonellet å gi pasienten en god oppfølging, noe som kan være avgjørende i forhold til unge voksne videre bruk av tannhelsetjenesten. Med oppfølging tenker vi på regelmessig besøk på tannklinikken, økt kunnskap og informasjon om aktuelle tannklinikker pasienten kan kontakte etter fylte 21 år (Halvari et al., 2012). Ifølge Widenheim et al. (1997) skal tannhelsepersonell informere pasientene slik at de får mer kunnskap. De mener at dette er viktig for at pasientene skal kunne ta vare på sin egen tannhelse. I tillegg vil kunnskap om tannhelse føre til økt motivasjon til god tannhelseatferd. Halvari et al. (2012) mener også at kunnskap om tannhelse er viktig for endring i tannhelseatferd, men god veiledning og informasjon er ikke nok, det er også nødvendig at tannhelsepersonellet ivaretar pasientens autonomi.

Ved at pasienten har regelmessige besøk på tannklinikken gjennom hele oppveksten, hvor de får informasjon og kunnskap, kan det dannes gode vaner. Dette kan danne et godt grunnlag for videre bruk av tannhelsetjenesten. Utfordringen med dette kan være at en del unge voksne ikke har vært interesserte og motiverte til å ta i mot informasjon og kunnskap i ung alder. Dette kan føre til at de likevel ikke velger å bruke tannhelsetjenesten. For å unngå denne utfordringen, vil det være viktig at tannhelsepersonellet er opptatt av å motivere de unge voksne mens de fortsatt har krav på tannbehandling hos den offentlige tannhelsetjenesten. Altså at prosessen med å motivere starter i en tidlig fase og at tannhelsepersonellet har fokus på overgangsfasen mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste (Scheutz & Heidmann, 2001). Arbeidet med å veilede og motivere kan også gå via utadrettet arbeid, som for eksempel ved å gå inn i skolene og veilede. På den ene siden er de unge voksne på videregående skole i en god alder i forhold til det utadrettede arbeidet, da det nærmer seg tiden hvor de må bytte til en annen tannklinikk. På en annen side er det ikke alle som går på videregående skole, noe som gjør at ikke alle får den viktige veiledningen. Dette er noe tannhelsepersonellet bør tenke på, og derfor bør vurdere om de

heller skal gå inn i 10. klasse, hvor de vil treffe alle. Det negative med å gå inn i 10. klasse er at det for ungdommene kan virke uinteressant, da det fortsatt er flere år til de må bytte tannklinikk. Det vil i tillegg likevel være viktig å jobbe utadrettet på videregående skole, men dette må vurderes og veies opp mot hverandre i forhold til kapasitet.

4.7 SDT

Vårt mest betydningsfulle tiltak for å få unge voksne i alderen 18-25 år til å benytte seg av tannhelsetjenesten er SDT. Ved å bruke denne motivasjonsteorien, tror vi at unge voksne kan motiveres til å selv velge og ta gode beslutninger om å benytte seg av tannhelsetjenesten. Vi tror at dette tiltaket kan brukes i de fleste årsakene til drop-out, gjennom at SDT har fokus på økt kompetanse, mellommenneskelig relasjon og autonomi, da Skaret et al. (2003) mener at "... adult dental avoidance might be caused by a complex pattern of experiences, cognitions, attitudes and motivation". Dette tyder på at motivasjon kan være nøkkelen til økt bruk av tannhelsetjenesten blant unge voksne.

SDT sine miniteorier sier noe om hvordan individet påvirkes, tilegner seg informasjon, reagerer og hvordan de grunnleggende behovene henger sammen med velvære (Deci & Ryan, 2002). Hvordan kan tannhelsepersonell bruke dette for å få flere unge til å benytte seg av tannhelsetjenesten? Cognitive evaluation theory handler om hvordan ytre påvirkning har innvirkning på den indre motivasjonen. Hvordan kan tannhelsepersonellet ivareta pasientens indre motivasjon? Hvis pasienten mottar kritikk, vil den anse det som en form for straff, noe som kan ødelegge den indre motivasjonen. Hvis tannhelsepersonellet i stedet har fokus på oppmuntring og ros under veiledning vil det styrke den indre motivasjonen, noe som kan føre til at den indre motivasjonen for videre bruk av tannhelsetjenesten blir forsterket. Organismic integration theory handler om internaliseringsprosessen. Hva har denne å si for bruken av tannhelsetjenesten? På den ene siden er det viktig at tannhelsepersonellet veileder og gir informasjon til pasienten, slik at pasienten selv ser viktigheten av å bruke tannhelsetjenesten regelmessig og kan integrere dette som sin egen verdi. På en annen side skal ikke veiledningen og informasjonen bli presset på pasienten, da det vil føre til at pasienten føler seg kontrollert og at autonomien ikke blir ivaretatt. Dette kan ha negativ innvirkning på pasientens bruk av tannhelsetjenesten, da en handling som ikke er selvvalgt trolig ikke vil integreres hos pasienten. Causality orientations theory vil i denne sammenheng si at pasientene har behov for individuell oppfølging. Hvordan kan

tannhelsepersonellet se den enkelte pasients behov? Det er viktig at alle pasienter får en individuell oppfølging for å føle seg sett, og at autonomien til pasienten blir vektlagt. Utfordringen med dette er å mestre å inkludere og motivere pasienten uten at pasienten føler seg kontrollert og irtettesatt. Det er store ulikheter i hvordan pasientene reagerer, noe som gjør at tannhelsepersonellet må la pasienten ta valg selv ut fra anbefalinger for å ivareta pasientens autonomi. Basic need theory handler om hvordan de grunnleggende behovene henger sammen med velvære. Hvordan kan tannhelsepersonellet få pasienten til å se dette? God tannhelse kan for mange være viktig for å føle velvære noe som igjen er viktig for livskvaliteten, men er dette noe unge voksne tenker over hvis de antar at tannhelsen er god? Kanskje kan kunnskap om dette være en viktig motivasjonsfaktor for å få unge voksne til å bruke tannhelsetjenesten (Deci & Ryan, 2002; Halvari et al., 2012; Sheldon, 2002; Wold & Samdal, 2009).

Kompetanse, relasjon og autonomi er viktige faktorer i bruken av SDT. Det er disse faktorene teorien bygger på, og det er derfor viktig at tannhelsepersonell bruker dette i arbeidet med å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten. Hvordan kan kompetanse, relasjon og autonomi knyttes opp mot årsakene til drop-out? Ifølge Halvari et al. (2012) er det viktig å gi kompetanse om tannhelse på en måte som ivaretar pasientens autonomi, for å fremme tannhelseatferd. Dette kan relateres til vår oppgave som er å finne ut hva som kan gjøres for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten. Likevel er det ikke nok å øke kompetansen og fremme pasientens autonomi, en god relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell er også viktig. Disse tre faktorene avhenger av hverandre for at denne motivasjonsteorien skal fungere optimalt (Deci & Ryan, 2002) – men hvordan kan tannhelsepersonellet bruke kompetanse, relasjon og autonomi for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten?

Tidligere drøftet vi SDT opp mot årsaker til drop-out, som kostnader, odontofobi og frykt, tilgjengelighet, kommunikasjon, oppfølging og utadrettet arbeid. Kan kompetanse, relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell og autonomi gjøre at disse årsakene ikke er i fokus hos de unge voksne? Økt kompetanse kan være avgjørende for om de unge voksne benytter seg av tannhelsetjenesten (Halvari et al., 2012). Med kompetanse menes i denne sammenheng kunnskap om hvorfor det er viktig å ivareta tannhelsen for å føle velvære og derav ha god livskvalitet livet ut, men denne kompetansen må internaliseres hos de unge voksne for at de skal bli motiverte (Deci & Ryan, 2002). På den ene siden vil det være viktig med god

informasjon og veiledning fra tidlig alder, altså mens de fortsatt har krav på oppfølging hos den offentlige tannhelsetjenesten. På en annen side er det svært viktig at tannhelsepersonellet informerer og veileder på en måte som gjør at pasientens autonomi blir ivaretatt.

Autonomien blir ivaretatt hvis tannhelsepersonellet handler ut fra pasientens premisser.

Dette kan være utfordrende, da pasientene har ulike behov som må ivaretas og pasienten kan lett føle seg kontrollert. Fordelen med å ivareta pasientens autonomi er at det vil styrke selvfølelsen, mestringsfølelsen og motivasjonen (Halvari et al., 2012). Her vil det være viktig med empowerment. Empowerment kan sees som en nødvendig prosess for å styrke pasientens evne til å ta kontroll over eget liv. Det betyr i forhold til vår oppgave, at pasientene selv skal bestemme om de ønsker å bruke tannhelsetjenesten, og at tannhelsepersonellets oppgave er styrke pasientens kompetanse, selvtillit og autonomi. På denne måten skal pasienten selv være i stand til å ta gode valg i forhold til tannhelseatferd (Eide & Eide, 2007). Kanskje kan tannhelsepersonellets utfordring med å ivareta de ulike pasientenes behov og autonomi bli mindre hvis det bygges en god relasjon på et tidlig tidspunkt? En god relasjon mellom pasient og tannhelsepersonell kan være avgjørende på bruken av tannhelsetjenesten. Ifølge forskningsartikkelen ”Self-Determined Motivational Predictor of Increases in Dental Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A randomized Clinical Trial” (2012) skal pasienten føle seg sett, lyttet til og inkludert i det som foregår, samt få ta egne avgjørelser. På denne måten blir både relasjonen og autonomien ivaretatt, samt at det vil være mulig å øke pasientens kompetanse om viktigheten av god tannhelse (Halvari et al., 2012). Når relasjonen mellom pasient og tannhelsepersonell er god, autonomien ivaretatt og kompetansen er til stede hos pasienten, kan det være et godt grunnlag for motivasjonen og for videre bruk av tannhelsetjenesten til tross for at pasienten må bytte tannklinikk, høye kostnader, odontofobi, frykt og dårlig tilgjengelighet.

5 Konklusjon

Mange unge voksne i alderen 18-25 år benytter seg ikke av tannhelsetjenesten. De er i en alder hvor de må begynne å betale deler av eller hele kostnaden selv, og hvor de etter fylte 21 år ofte må bytte til en annen tannklinikk, da de ikke lenger har rettigheter hos den offentlige tannhelsetjenesten. Unge voksne begrunner drop-out med høye kostnader, odontofobi, frykt, dårlig kommunikasjon og tilgjengelighet. Vi kom frem til flere tiltak på bakgrunn av disse årsakene. Disse vil ha en viss positiv effekt, men de vil ikke få alle unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten. For eksempel vil lavere kostnader få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten, men ikke alle. Derfor mener vi at tannhelsepersonell bør se på tiltakene vi har kommet frem til og vurdere å ta de i bruk. For å få alle i alderen 18-25 år til å bruke tannhelsetjenesten regelmessig, bør tannhelsepersonell bruke SDT for å motivere unge voksne gjennom økt kompetanse, mellommenneskelig relasjon og autonomi. Altså mener vi at SDT kan være et betydningsfullt tiltak for å få flere unge voksne til å benytte seg av tannhelsetjenesten. SDT er et godt verktøy, men det bør forskes mer på hvordan tannhelsetjenesten konkret kan bruke denne teorien til å fremme bruk av tannhelsetjenesten, og hvor god effekt den har i praksis.

6 Referanseliste

- * Anderson, C. N., Noar, S. M. & Rogers, B. D. (2013). The Persuasive Power of Oral Health Promotion Messages: A Theory of Planned Behavior Approach to Dental Checkups Among Young Adults. *Health Communication*, 28(3), 304-313. (10 sider).
<http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2012.684275>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- * Deci, E. L. & Ryan, R. M. (Red.) (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuit: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. (42 sider). http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- * Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.) *Handbook of Self-Determination Research*, (s. 3-33). Rochester, NY: The University of Rochester Press (30 sider).
- * Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychological*, 49(3), 182-185. (4 sider).
<http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>
- * Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (131 sider)
- * Grytten, J., Holst, D. & Skau, I. (2004). Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen. *Den norske tannlegeforeningens tidende*, 114(12), 622-626. (5 sider).
 Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/i/2004/12/dntt-111900>
- * Hakeberg, M. & Lundgren, J. (2013). Symptoms, Clinical Characteristics and Consequences. I L-G. Öst, & E. Skaret (Red.) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s.3-19). West Sussex: John Wiley & sons, Ltd (16 sider).

* Halvari, A. E. M., Halvari, H., Bjørnebekk, G. & Deci, E. L. (2010). Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance. *Motivation and Emotion* 34(1), 15-33. (18 sider).
<http://dx.doi.org/10.1007/s11031-010-9154-0>

* Halvari, A. E. M., Halvari, H., Bjørnebekk, G. & Deci, E. L. (2012). Self-Determined Motivational Predictors of Increases in Dental Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A randomized Clinical Trial. *Health Psychology*, 31(6), 777-788. (11 sider). <http://dx.doi.org/10.1037/a0027062>

* Haukebø, K. & Vika, M. (2013). Assessment of Dental Phobia and Anxiety. I L-G. Öst, & E. Skaret (Red.) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 33-44). West Sussex: John Wiley & sons, Ltd (11 sider).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006-2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. (St.meld. nr. 35, 2006-2007). Oslo: Departementet.

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. (Meld.St. 34, 2012-2013). (1 side). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q>

* Holst, D., Grytten, J. & Skau, I. (2005). Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge 2004. *Den norske tannlegeforeningens tidende*, 115(4), 212-216. (5 sider). Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/asset/2005/P05-04-212-6.pdf>

* Kvale, G., Klingberg, G., Moore, R. & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekke og hvordan kan den diagnostiseres? *Norsk tannlegeforening tidende*, 113(1), 6-11. (6 sider). Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/i/2003/1/dntt-47381>

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal forlag AS

* Lundgren, J. & Boman, U.W. (2013). Multimodal Cognitive Behavioural Treatment. I L-G. Öst, & E. Skaret (Red.) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 111-118). West Sussex: John Wiley & sons, Ltd (8 sider).

* Nedregård, T. & Olsen, R. (2014). *Studentenes helse*. (3 sider). Lokalisert på http://www.vtbergen.no/wp-content/uploads/2013/10/VT0614_6214_SHoT2014.pdf

Nord-Trøndelag fylkeskommune. (2007-2011). *Med blikket mot framtida*. Lokalisert på <http://www.ntfk.no/bibliotek/saker/2007/FT/Den%20politiske%20plattformen.pdf>

* Nord-Trøndelag fylkeskommune. (2014). *Årsmelding – Årsberetning 2014*. (6 sider). Lokalisert på <http://www.ntfk.no/Documents/11Vedlegg%20Årsberetning%20og%20årsmelding%202014.pdf>

* Raadal, M. & Skaret, E. (2013). Background Description and Epidemiology. I L-G. Öst, & E. Skaret (Red.) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s.21-31). West Sussex: John Wiley & sons, Ltd (10 sider).

* Scheutz, F. & Heidmann, J. (2001). Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta odontologica Scandinavica*, 59(4), 201-208. (8 sider). <http://dx.doi.org/10.1080/00016350152509201>

* Sheldon, K. M. (2002). The Self-Concordance Model of Healthy Goal Striving: When Personal Goals Correctly Represent the Person. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.) *Handbook of Self-Determination Research*, (s. 65-86). Rochester, NY: The University of Rochester Press (21 sider).

* Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G. & Berg, E. (2003). *Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study*. *European Journal of Oral Sciences*, 111(5), 377-382. (6 sider). <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0722.2003.00072.x>

* Strand, B. H. & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.) *Sosial Epidemiologi – Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1. utg., s. 59-79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (20 sider).

Studentsamskipnaden i Oslo. (2015). *Tannlegetilbudet i SiO*. Lokalisert på http://www.sio.no/wps/portal!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gDfwNvJ0dTP0NXAYNDA38TM3cDKADKRwLlcQBHA2y6Tdf1o8mbIOSJsRu36fh1h4P8it92sDxuv_1

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. § 1-3. (2015).

* Vallerand, R. J. & Ratelle, C. F. (2002). Intrinsic and Extrinsic Motivation: A Hierarchical Model. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.) *Handbook of Self-Determination Research*, (s. 37-63). Rochester, NY: The University of Rochester Press (27 sider).

Widenheim, J., Renvert, S. & Birkhed, D. (1997). *Förebyggande tandvård*. Stockholm: Gothia Förlag

* Willumsen, T., Haukebø, K. & Raadal, M. (2013). Aetiology of Dental Phobia. I L-G. Öst, & E. Skaret (Red.) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 45-61). West Sussex: John Wiley & sons, Ltd (16 sider).

* Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.) *Sosial Epidemiologi – Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1. utg., s. 83-95). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (8 sider).

Vedlegg 1

PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren: Drop-out – Hva kan tannhelsetjenesten gjøre?			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: <i>Hvilke tiltak kan tannhelsetjenesten gjøre for å få 18-25 åringer til å benytte seg av tannhelsetjenesten?</i>			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input checked="" type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Unge voksne i alderen 18-25 år har høyt frafall fra tannhelsetjenesten.	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Økonomi. Self-determination theory. Kommunikasjon. Endring i loven. Tannhelsetjenesten synliggjøres.	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: Tannhelsetjenesten	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: Hindre drop-out
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Young adults 18-25 years old 20 year old	Oral health Self-determination theory	Dental services Norway	Drop-out Utilization Dental checkup