

Julie Otelie Stai Hess

Tannpleieres erfaringer med kommunikasjon for å bedre tannhelsevaner hos ungdom

En intervjustudie blant tannpleiere i Trøndelag

Mastergradavhandling

Antall ord: 18865

2023

Fakultet for
helse- og sosialvitenskap

Institutt for
helse-, sosial- og velferdsfag

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 4
3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2023 Julie Otelie Stai Hess

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien ser på hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdommer, og om de bruker motiverende intervju. Helsedirektoratet anbefaler at tannhelsepersonell bruker motiverende intervju for å endre tannhelseatferd hos ungdom. Det finnes lite forskning på hvordan tannpleierne opplever kommunikasjonen med ungdomspasienter for å endre helsevaner. Dette temaet ble valgt fordi det er viktig å vite hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdom. God kommunikasjon er en forutsetning for god relasjon mellom tannpleier og ungdom, og et viktig verktøy for å endre ungdommers tannhelsevaner.

Problemstillingen for denne studien: *“Hvordan kommuniserer tannpleiere med ungdom for å bedre tannhelsevaner”.*

Metode: En intervjustudie med en fenomenologisk tilnærming ble valgt som metode. Utvalget i denne studien består av ti tannpleiere som jobber i offentlig sektor, i Trøndelag fylkeskommune. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet i intervjuene. Intervjuene ble analysert med tematisk analyse.

Teori: Jeg har valgt selvbestemmelsesteorien som utgangspunkt for denne masteroppgaven. Selvbestemmelsesteorien belyser sentrale faktorer som kan bidra til atferdsendring og motivasjon, og kan dermed kan gi god støtte til tolkning av studiens resultater.

Resultat: Flere av tannpleierne forteller at de ikke bruker noen faste teknikker i kommunikasjonen med ungdom. Motiverende intervju blir omtalt som en stor og kompleks teknikk. Tannpleierne er opptatt av å være hyggelig og snill i møte med ungdom. De ønsker å ikke virke dømmende. Å la være å gi råd er noe flere tannpleiere forteller er viktig. Flere tannpleiere forteller at de ikke har hatt noen opplæring i kommunikasjon eller motiverende intervju etter at de begynte å jobbe som tannpleier. Det blir nevnt at det hadde vært fint med mere repetisjon og påminnelser i hvordan man skal kommunisere med ungdom.

Konklusjon: Det er behov for å implementere motiverende intervju i fylkeskommunen og å bruke tid på å styrke tannpleierne i å bruke motiverende intervju i møte med ungdom. Foreldre kan være en viktig ressurs i å støtte ungdom til å bedre tannhelsevaner.

Abstract

Background: This study looks at how dental hygienists communicate with adolescents, and whether they use motivational interviewing. The Norwegian Directorate of Health recommends that dental health personnel use motivational interviewing to change dental health behavior in young people. There is little research on how the dental hygienists experience communicating with young patients in order to change health habits. This topic was chosen because it is important to know how dental hygienists communicate with young people. Good communication skills is a prerequisite for a good relationship between dental hygienists and young people, and an important tool for changing their dental health habits.

The problem statement for this study: "How do dental hygienists communicate with adolescents to improve their dental health habits".

Theory: I have chosen the self-determination theory as a starting point for this master's thesis. The self-determination theory sheds light on key factors that can contribute to behavioral change and motivation and can thus provide good support for interpreting the study's results

Method: An interview study with a phenomenological approach was chosen as the method. The sample in this study consists of ten dental hygienists who work in the public sector, in Trøndelag county municipality. A semi-structured interview guide was used in the interviews. The interviews were analyzed using thematic analysis.

Result: Several of the dental hygienists say that they do not use any specific techniques in communication with adolescent and several do not regularly use motivational interviews. Motivational interviewing is referred to as a large and complex technique. The dental hygienists are keen to be pleasant and kind when meeting young people, trying not to provide statements. Trying not to give advice is something several dental hygienists say is important. Several dental hygienists say that they have had no training in communication or motivational interviewing after they started working as dental hygienists. It is mentioned that it would have been nice to have more repetition and reminders of how to communicate with young people.

Conclusion: There is a need to implement motivational interviewing in the county council and to spend time strengthening the dental hygienists in using motivational interviewing in meetings with young people. Parents can be an important resource in supporting young people to improve dental health habits.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract | 3 |
| Innhold | 4 |
| Forord | 7 |
| 1 Innledning | 8 |
| 1.1 #Care4YoungTeeth<3 | 8 |
| 1.1.1 Bakgrunn og utfordringsbildet | 8 |
| 1.2 Motiverende intervju | 9 |
| 1.2.1 Lytte | 11 |
| 1.2.2 Fire verdier | 12 |
| 1.2.3 Samtykke til informasjon | 12 |
| 1.2.4 Ambivalens | 13 |
| 1.2.5 <i>Studier med motiverende intervju</i> | 13 |
| 1.3 Ungdom | 15 |
| 1.4 Helsefremmede arbeid | 16 |
| 1.4.1 Helseforståelse | 16 |
| 1.4.2 Helsekompetanse | 16 |
| 1.4.3 Sosiale determinanter og sosial ulikhet | 17 |
| 1.4.4 Empowerment | 17 |
| 1.4.5 Å skape helse er et felles ansvar | 18 |
| 1.4.6 Sammenheng mellom prosjektet Care4YoungTeeth<3, motiverende intervju og helsefremmende arbeid | 19 |
| 1.5 Studiens problemstilling | 19 |
| 2 Teoretisk rammeverk: Selvbestemmelsesteorien | 20 |
| 2.1 Tre viktige begreper i SDT | 21 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.2 | Hvordan gi autonomistøtte | 21 |
| 2.3 | Relevant forskning på SDT | 22 |
| 3 | Metode | 24 |
| 3.1 | Kvalitativ metode og fenomenologi | 24 |
| 3.2 | Utvalg og rekruttering | 24 |
| 3.3 | Forberedelser | 25 |
| 3.3.1 | Informasjonsskriv | 25 |
| 3.3.2 | Intervjuguide | 25 |
| 3.4 | Gjennomføring av intervjuene | 26 |
| 3.5 | Analyse | 28 |
| 3.5.1 | Analysemetode | 28 |
| 3.6 | Kvalitet i forskningen | 30 |
| 3.6.1 | Forskerens for forståelse | 30 |
| 3.6.2 | Reliabilitet | 31 |
| 3.6.3 | Validitet | 31 |
| 3.6.4 | Overførbarhet | 31 |
| 3.7 | Forskningsetikk | 32 |
| 3.7.1 | Personvern | 32 |
| 3.7.2 | Frivillig deltakelse | 32 |
| 3.7.3 | Anonymisering og taushetsplikt | 32 |
| 3.7.4 | Fordeler og ulemper med å delta i studien | 33 |
| 4 | Resultater | 34 |
| 4.1 | Kommunikasjon | 34 |
| 4.1.1 | Teknikker i kommunikasjonen med ungdom | 34 |
| 4.1.2 | Relasjonell kompetanse | 36 |
| 4.1.3 | Hjelpemidler | 37 |
| 4.1.4 | Formidling av negative konsekvenser | 37 |
| 4.1.5 | Foreldrene med inn på undersøkelsen | 38 |
| 4.2 | Motiverende intervju | 39 |
| 4.2.1 | Barrierer med motiverende intervju | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.2.2 | Elementer av motiverende intervju | 39 |
| 4.2.3 | Fordeler med motiverende intervju | 40 |
| 4.2.4 | Opplæring i kommunikasjon | 40 |
| 4.3 | Tid og stress påvirker kommunikasjonen | 41 |
| 4.3.1 | Tid til forberedelse | 41 |
| 4.3.2 | Tid når ungdommen er i stolen | 42 |
| 4.3.3 | Lettere å komme med råd under stress | 43 |
| 5 | Diskusjon | 44 |
| 5.1 | SDT og MI | 44 |
| 5.2 | Mer fokus på kommunikasjon og MI i organisasjonen | 47 |
| 5.3 | Råd og skremsel for å endre vaner | 48 |
| 5.4 | Foreldrenes påvirkning | 51 |
| 5.5 | Tid til forberedelse og kommunikasjon | 52 |
| 5.6 | Tannpleierne må løfte blikket | 53 |
| 5.7 | Metodiske betraktninger | 54 |
| 5.7.1 | Ulemper med nærhet til forskningsfeltet | 55 |
| 5.7.2 | Fordeler med nærhet til forskningsfeltet | 55 |
| 6 | Konklusjon | 56 |
| 6.1 | Tannpleiernes kommunikasjon med ungdommer | 56 |
| 6.2 | Fylkeskommunens rolle | 56 |
| 6.3 | Veien videre | 57 |
| | Referanser/litteraturliste | 58 |
| | Vedlegg | 71 |

Forord

Mine fire og et halvt år som student ved USN er over. Det har vært en hektisk høst og jeg ser frem til roligere tider. Jeg synes studiet helsefremmende arbeid har vært lærerikt og det har gitt meg mer innsikt og større forståelse. Jeg er takknemlig for at helsedirektoratet har gjort det mulig for tannpleiere i full jobb å ta masterutdanning.

Jeg vil takke alle tannpleierne som sa ja til å stille til intervju og gjorde at jeg fikk svar til denne masteroppgaven. Dere sitter med viktig kunnskap. Takk til min dyktige veileder Tone Langjordet Johnsen ved USN. Du svarer raskt på e-post og kommer med gode, konstruktive tilbakemeldinger. Takk til #Care4YoungTeeth<3 ved Marikken Høiseth for at jeg fikk være med i prosjektet. Takk til Kari Sand for svar på spørsmål og gode tips. Det har vært spennende å få se litt av din jobbhverdag. Takk til Bjørn Gustavsen som har tatt seg tid til å lese igjennom oppgaven og kommet med tilbakemeldinger, selv om han har liten interesse for dette temaet. Min datter Otelie, du gir livsglede i en hektisk skriveperiode. Takk til min samboer Sivert for støtte og for at du har tatt med deg Otelie på helgeturer sånn at jeg har kunnet jobbe med masteroppgaven. Og takk til mamma Siv for alle gangene du har vært barnevakt.

Trondheim, 15.11.2023

Julie Otelie Stai Hess

1 Innledning

1.1 #Care4YoungTeeth<3

Denne masteroppgaven er en del av #Care4YoungTeeth<3 som er et pågående forskningsprosjekt i regi av SINTEF og Kompetansesenteret Tannhelse Midt (Galåen, 2021). Prosjektet ledes av Marikken Høiseth. Det er totalt 11 samarbeidspartnere i #Care4YoungTeeth<3, blant annet NTNU, Trøndelag Fylkeskommune, Universitetet i Tromsø og Norges Arktiske Universitet (SINTEF, 2021). #Care4YoungTeeth<3 har en varighet fra 2021 til 2025 (SINTEF, 2021) og har mottatt 16 millioner i bidrag fra Norges forskningsråd (Galåen, 2021).

1.1.1 Bakgrunn og utfordringsbildet

#Care4YoungTeeth<3 ønsker å finne ut mer om tannhelsen til ungdommer, hvilke vaner ungdom har, og hvilken innfallsvinkel som fungerer best for å endre ungdoms tannhelsevaner (Norges forskningsråd, u.å.). Av alle 18åringer som ble undersøkt i 2022 var det 67,7% som hadde opplevd å ha hull (karies) i tennene. I 2022 hadde 5,4 prosent av alle 18 åringer hatt 9 hull eller mer (Helsedirektoratet, 2023). Karies er sykdom som kan følge hele livsløpet, fra man er barn, til ungdomsårene og over i voksen alder (Peres et al., 2019, s. 249). Selv om tannhelsen er generelt god i Norge, er det viktig å forebygge hos de individene som har problemer med karies (Helsedirektoratet, 2023). Et annet helseproblem som tennene kan bli rammet av er syreskader. Studier viser at flere unge får syreskader enn tidligere, og de har generelt lite kunnskap om syreskader (UIO, 2020). Økt tendens til syreskader hos ungdom skyldes at de drikker mer drikke som inneholder syre, som for eksempel brus (Tulek, 2020, s.14-15; UIO, 2020). Sykdommer i munnen er et stort problem fordi det er en belastning for enkeltindividet og en økonomisk belastning for samfunnet (Peres et al., 2019, s. 249). For enkeltindividet kan det gå ut over muligheten til å spise, smile og le. De kan oppleve smerte, ubehag eller være flau over sitt eget smil (Peres et al., 2019, s. 249). Tannbehandling kan ikke løse problemene med karies og syreskader, det trengs en annen tilnærming til for å forhindre sykdom i munnen (Peres et al., 2019, s. 250). Halvari et al. (2012a) skriver at det har vært lite forskning på pasienters motivasjon til å følge programmer for forebygging av orale

helseutfordringer (s. 2). Det er også manglende kunnskap om hva som er den beste metoden for tannpleiere å hjelpe ungdom til å ta vare på tennene (Norges forskningsråd, u.å). Etter søk på PubMed fant jeg lite forskning på hvordan tannpleiere opplever å kommunisere med ungdom. Med søkeordene *dental hygienist AND communication AND adolescence AND experience* kommer det opp bare tre studier fra de siste 10 årene hvor alle studiene ser på ungdommers erfaring. #Care4YoungTeeth<3 ønsker å finne nye løsninger for å hjelpe ungdom til å ta bedre vare på tennene sine (Norges forskningsråd, u.å). Løsningene kan være digitale verktøy eller for eksempel nye tannhelseprodukter (Norges forskningsråd, u.å). Det er også viktig å vite hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdom. God kommunikasjon er en forutsetning for god relasjon mellom tannpleier og ungdom, og et viktig verktøy for å endre ungdommers tannhelsevaner (SNL, 2022).

1.2 Motiverende intervju

Denne masteroppgaven omhandler tannpleieres erfaringer med kommunikasjon i konsultasjoner med ungdom, inkludert bruk av motiverende intervju (MI). Helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell bruker MI i møte med pasienter for å endre helseatferd (Helsedirektoratet, 2017). Det er en sterk anbefaling i tannhelsepersonell sine retningslinjer å bruke MI som metode for å endre uheldig atferd hos barn, ungdom og foresatte (Helsedirektoratet, 2022). Det betyr at tannhelsepersonell bør bruke denne metoden i møte med ungdom i samtaler for å endre atferd (Helsedirektoratet, 2022).

Et biomedisinsk syn på helse er det dominerende synet blant helsearbeidere i den vestlige verden (Wills, 2016, s. 5). Det vil si at behandleren forteller pasienten ut ifra et biomedisinsk perspektiv hva som er pasientens problem (Rubak et al., 2005, s. 306). Ved et biomedisinsk syn på helse er det helsepersonellet som vet best hva som trengs av behandling; behandleren har et medisinsk ståsted. Å ha god helse vil i et biomedisinsk syn si at man ikke har noen sykdom (Gjernes, 2004, s. 146-149). Synet på helse er begrenset i den biomedisinske modell, da den utelukker betydningen av sosiale, kulturelle, og miljømessige forhold (Wills, 2016, s. 13). I denne modellen har enkeltpersoner ansvaret for sin egen helse (Wills, 2016, s. 8; Green et al., 2015, s. 24) og det er behandleren som har makten (Wills, 2016, s. 7). Behandleren gir råd ut ifra problemet, uten å inkludere pasientens perspektiv på saken (Rubak et al., 2005, s.

306). Årsaksforklaringene om sykdom som vi har fått gjennom biomedisinsk forskning er viktig i det helsefremmende arbeidet, men det er en ubalanse i maktperspektivet som man ikke ønsker å ha med seg videre (Green et al., 2015, s. 25). Denne modellen fungerer dårlig ved behandling av karies, fordi karies er en livsstilssykdom, hvor atferdsendring er viktig for å redusere risiko for sykdom og ikke behandling med fyllinger (Johnsen et al., 2019, s. 13).

MI er en teknikk der pasienten står i fokus og målet er å øke den indre motivasjonen til pasienten (Lussier & Richard, 2007, s. 1895). MI er en kompleks samtalemetode og det trengs mye trening over tid for å kunne benytte MI på en god måte (Miller & Rollnick, 2009, s. 131). En behandler kan trene på å bruk MI ved å øve sammen med en eller flere kollegaer. Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har flere filmer om MI som helsepersonell kan lære av. Tilknyttet hver film har Folkehelseinstituttet et skjema der helsepersonell kan reflektere og trene på MI (Helsedirektoratet, 2017; FHI, 2018). Ved bruk av MI skal behandleren unngå å gi uoppfordrede råd, lede eller advare (Prescott, 2020, s. 2).

MI ble utviklet av psykologene Miller og Rollnick for å behandle pasienter som sliter med alkoholisme og rusmisbruk (Lussier & Richard, 2007, s. 1895). Pasientens perspektiver, verdier, interesser og bekymringer er viktig i en pasientfokusert tilnærming som MI er (Bischof et al., 2021, s. 111; Miller, 2004, s.1). MI fremmer pasientens autonomi og deltakelse (Lussier & Richard, 2007, s. 1895). Uansett hva pasienten strir med så skal ikke behandleren dømme pasienten. Ved å unngå dette kan pasienten bli trygg på behandleren og ikke føle at hen må forsvare seg (Barth et al., 2013, s. 19). I stedet for å fokusere på pasientens mangler fokuserer man på pasientens egne oppfatninger og motivasjoner (Miller, 2004, s. 1). Når man bruker MI som metode har helsepersonell fokus på samtalen (Barth et al., 2013, s. 15). Man ønsker gjennom MI å få pasientens argumenter og grunner for endring. Dette krever at behandleren lytter til pasientens oppfatninger. Når MI fungerer bra forteller pasienten selv om argumenter for forandring, og behandleren gjentar det som ble sagt av pasienten (Miller, 2004). Pasienten og behandleren er samarbeidende partnere. MI anerkjenner at pasientene har ekspertise om seg selv. De vet hva som fungerer best for dem og dette utjevner maktforholdet mellom behandleren og pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 42-43).

Sammen med pasienten må behandleren utforske hvor mye kunnskap og hvilke holdninger pasienten har. Behandleren legger bort ordet *jeg*, dette hører hjemme i en ekspertrolle, og er mer opptatt av ordet *du* (Barth et al., 2013, s. 45- 46). Ved å fokusere på ordet *du* og heller spørre “*hva tenker du?*”, så setter behandler seg litt tilbake og har fokus på pasienten (Barth et al., 2013, s. 45- 46). Åpne spørsmål er også sentralt MI (Miller & Rollnick, 2016, s. 94). Ved å stille et åpent spørsmål får ikke pasienten mulighet til å svare ja, nei eller vet ikke (Barth et al., 2013, s. 47-48). *Hva, hvorfor, hvordan, og på hvilken måte* er eksempler på ord som kan brukes i starten av et åpent spørsmål (Barth et al., 2013, s. 47-48). Et eksempel på et åpent spørsmål er: “*hva tenker du om å pusse tennene på morgenen også?*” (Barth et al., 2013, s. 47-48). Åpne spørsmål kan skape engasjement, mulighet for pasienten å utforske og man kan få fram mer informasjon på kort tid (Miller & Rollnick, 2016, s. 94- 95). Selv om åpne spørsmål har flere fordeler, bør man ikke komme med mange åpne spørsmål rett etter hverandre. Det er bedre å komme med refleksjon etterpå (Miller & Rollnick, 2016, s. 95). En oppsummering sammenfatter det pasienten har sagt (Miller & Rollnick, 2016, s. 104). Behandleren kan bruke oppsummering for å avslutte et tema for så å gå videre til et annet tema (Barth et al., 2013, s. 56). Det er viktig å gi pasienten bekreftelse underveis, slik at pasienten føler seg sett og anerkjent (Barth et al., 2013, s. 53). Nedenfor kommer andre viktige momenter i MI som er *lytting, fire verdier, samtykke til informasjon, og ambivalens*. Det blir til slutt presentert noen studier som belyser nytteverdien av MI.

1.2.1 Lytte

Å lytte står sentralt i MI (Miller & Rollnick, 2016, s. 79). Å gi tilbakemelding med en påstand i stedet for et spørsmål kaller Miller og Rollnick (2016) for refleksiv lytting (s. 83). I stedet for å stille et spørsmål tilbake i en samtale, kommer behandleren med en påstand (Miller & Rollnick, 2016, s. 83). Et eksempel kan være:

Pasient: Jeg liker ikke å bruke tanntråd, det blør så mye da.

Behandler: Det minner deg altså om et sår som blør.

Pasient: Nei, det handler mer om at det er ekkelt. Jeg liker heller å føle meg ren i munnen.

Miller og Rollnick (2016) mener at det ikke har noe å si om påstanden behandleren kommer med ikke stemmer, da pasienten ofte vil fortsette å snakke selv om behandleren kommer med feil påstand (s. 87). Behandleren gjetter hva pasienten ville ha sagt ved å komme med en

påstand. Dette kan føre til at pasienten utforsker mer og det er mindre sjanse for at pasienten vil gå i forsvar (Miller & Rollnick, 2016, s. 83-85). Det er altså ikke behov for å stille spørsmål for å vise forståelse i MI (Miller & Rollnick, 2016, s. 87).

1.2.2 Fire verdier

Det er fire verdier som er viktig i MI (Helsedirektoratet, 2017). Det er partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling (Miller og Rollnick, 2016, s. 42). *Partnerskap* betyr at behandleren alene ikke kan skape en endring. Behandleren og pasienten er samarbeidende partnere som må samarbeide for å nå målet. Pasienten vet mest om sitt eget liv. MI skjer ikke ved at behandleren lurer pasienten til endring (Miller og Rollnick, 2016, s. 42-43). Miller og Rollnick (2016) skriver at det er pasienten selv som skal stå for det meste av snakkingen. Behandleren på sin side skal sørge for at det oppstår et positivt samspill (Miller & Rollnick, 2016, s. 42). *Aksept* handler om at pasienten skal føle seg godtatt og forstått av behandleren (Miller og Rollnick, 2016, s. 43). Det er viktig at behandleren viser empati, bekrefter pasienten og respekterer pasientens autonomi (Miller & Rollnick, 2016, s. 45). Miller og Rollnick (2016) legger vekt på at det må være spesifikk empati som behandleren viser til pasienten (s.45). Det er ikke det samme som generell sympati, hvor man synes synd på pasienten. Spesifikk empati betinger at behandleren evner å sette seg inn i hva pasienten føler (Miller & Rollnick, 2016, s. 45- 46). *Medfølelse* er den tredje viktige verdien i MI. Det handler om å bidra til pasientens beste gjennom å prioritere pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 47). *Fremkalling* handler om at behandleren må være åpen og nysgjerrig og dermed framskaffe det pasienten har i seg for å skape endring (Miller & Rollnick, 2016, s. 47-48).

1.2.3 Samtykke til informasjon

I MI skal man ikke gi informasjon uten at pasienten har gitt sitt samtykke (Britt et al., 2003, s. 194), bl.a. fordi slik uoppfordret informasjon kan oppleves negativt for pasienten (Miller & Rollnick, 2016, s. 179). Å gi informasjon alene er en vanlig kommunikasjonsstrategi, men det er ofte ikke nok for å påvirke pasienter til å endre atferd (Lussier & Richard, 2007, s. 1896). I MI må man først spørre pasienten om lov før man gir informasjon eller opplæring (Barth et al., 2013, s. 82). En måte å spørre på kan være: «*Er det greit at jeg forteller deg litt om syreskader?*». Ved å spørre om lov først viser man at det er pasienten som bestemmer, og det

kan styrke pasientens autonomi (Barth et al., 2013, s. 82-84). Når man gir informasjon er det opp til pasienten om hen ønsker å følge den informasjonen som er gitt (Barth et al., 2013, s. 127). Miller og Rollnick (2016) mener pasienten vil være mer positiv til å høre på det du har å si, hvis du spør om lov først (s. 172). Det er også viktig å utforske før man gir informasjon, ettersom pasienten sitter på mye av informasjon fra før (Miller & Rollnick, 2016, s. 172). Et eksempel kan være: «*Kan du fortelle litt hva du vet om hull i tennene?*». På denne måten slipper tannpleieren å bruke tid på å informere om noe som pasienten allerede vet (Miller og Rollnick, 2016, 172).

1.2.4 Ambivalens

I en endringsprosess er det vanlig for pasienten å oppleve ambivalens. Ved ambivalens kan man ha to forskjellige motivasjoner som ikke passer helt sammen (Miller & Rollnick, 2016, s. 189). En pasient som har fått høre av en tannpleier at det er lurt å bruke tanntråd fordi hen blør fra tannkjøttet, kan føle seg motivert til å bruke tanntråd fordi hen synes det er ekkelt å blø. Når kvelden kommer kan ungdommen føle seg for trøtt til å bruke tanntråd, og motivasjonen for å legge seg blir større (Barth et al., 2013. S. 20). Det er ambivalens når pasienten har motivasjon til endring, mens motivasjonen til å fortsette som før også er til stede (Barth et al., 2013. S. 20). Ambivalens trenger ikke å være negativt og ambivalens regnes som en naturlig del av motivasjon (Barth et al., 2013, s. 21). Hvis ungdommen er ambivalent betyr det at det er håp for at pasienten vil ta gode valg som fremmer tannhelsen (Barth et al., 2023, s. 21).

1.2.5 Studier med motiverende intervju

Nedenfor presenteres studier med motiverende intervju, og her finner man at motiverende intervju blant annet kan redusere plakk. Å registrere plakk er noe tannhelsepersonell kan gjøre og man bruker vanligvis en registrering med en score fra en til fire. Med en score på en kan man ikke se noe synlig belegg, mens på score fire er det mye belegg (Gimmestad, 2006, s. 269). Å få redusert plakkskore er positivt ettersom det å fjerne plakk er viktig for å forebygge sykdom i munnen (Soldo et al., 2020, s. 103). Plakk må være til stede i munnen for utvikling av karies og tannkjøtt sykdommen periodontitt (Soldo et al., 2020, 103). Det er derfor ønskelig at ungdom tilstreber en så god munnhygiene som mulig (Soldo et al., 2020, s. 103).

Studier med bruk av MI viser positive resultater i helsesektoren, deriblant i tannhelsesektoren (Bischof et al., 2021; Wu et al., 2017). I en studie fra Ulliana et al. (2021) fant forskerne at der hvor det var brukt MI i møte med ungdom hadde ungdommene økt kunnskap og redusert plakkskore en måned etter MI-intervensjonen, sammenlignet med kontrollgruppen (s. 3103-3105). En systematisk oversikt og metaanalyse så på effekten av MI for å forebygge tidlig karies hos barn (Early childhood caries, ECC), (Jahanshahi et al., 2022, s. 162). De fant at MI kan forhindre ECC hos barn, og hvis barna blir fulgt opp av tannhelsepersonell i minst tre år vil det være effektivt (Jahanshahi et al., 2022, s. 161). En annen studie, som ikke var en del av studiene som ble sett på i den systematiske oversikten, fant også at MI kan forbedre atferden til mødre med barn som har høy risiko for å utvikle karies (Weinstein & Harrison, 2006). I en studie fra Kapoor et al., (2019) ble 100 barn med kariesrisiko i alderen 6- 10 år fordelt i to grupper (s. 193). I den ene gruppen fikk foreldrene tradisjonell tannhelseopplæring mens i den andre gruppen fikk foreldrene en MI-økt. De fikk også se en film om kariesprosessen. Funnene viser at MI-intervensjonen ga mer positive endringer i tannhelse hos barn med kariesrisiko enn tradisjonell opplæring (Kapoor et al., 2019, s. 192-196). Arrow et al., (2023) fant derimot i sin studie at tre MI-økter over seks måneder ikke reduserte kariesforekomsten hos småbarn, men foreldrene fikk forbedret sin holdning til barnas orale hygiene (s. 1- 8).

I en randomisert kontrollert studie med fant forskerne at MI var effektivt for å forbedre ungdommers tannhelse (Wu et al., 2017, s. 585). I denne studien var det to tannpleiere som ga intervensjonene til ungdommene. Tannpleierne ble tett fulgt opp av en psykolog, en atferds forsker og et medlem av et MI-nettverk (Wu et al., 2017, s. 587). Ungdom som hadde fått MI-intervensjonen hadde mindre økning av karies enn de som hadde fått standard opplæring (Wu et al., 2017, s. 590). En annen randomisert kontrollert studie, har blitt utført ved institutt for kjeveortopedi ved Hospital Odontològic Universitat de Barcelona (Rigau-Gay et al., 2020, s. 2363). Her ble ungdommer og unge voksne i alderen 12-25 år rekruttert til studien, totalt 130 personer. Resultatene viste at MI sammen med ordinær tannhelseopplæring reduserte plakk hos de med tannregulering, sammenlignet med kontrollgruppen som bare mottok ordinær tannhelseopplæring. Denne forbedringen gjaldt også 6 måneder etter avsluttet opplæring (Rigau-Gay et al., 2020, s. 3263- 2370).

1.3 Ungdom

Ungdom er i tillegg til tannpleiere en viktig del av denne studien. Det er ikke et tydelig skille mellom når en person går fra å være barn til å bli en ungdom (SNL, 2021), men WHO definerer ungdom som mennesker i alderen fra 10 til 19 år (WHO, u.å.). De er da i fasen mellom barn og voksen alder (WHO, u.å.). Ungdom er generelt sett en relativt frisk del av befolkningen, og risiko for dødelighet er lav i denne perioden (Lomba et al., 2016, s. 27; Klepp et al., 2017, s. 20). Generelt i Norge har ungdommer god helse, både fysisk og psykisk (Dyvi, 2017, s. 313), men endringer som finner sted i ungdomstiden, kan påvirke ungdommers risiko for sykdommer senere (Lomba et al., 2016, s. 27). Vaner fra ungdomsårene blir ofte med i voksenlivet, men ungdom er mottakelig for ny kunnskap (Bjørnsen & Nøst, 2022, s. 120).

Det er mye som skjer i ungdomstiden. Ungdommer opplever kroppslige forandringer gjennom puberteten (Reichelt & Rank, 2017, s. 1649) og de gjennomgår også kognitiv, sosial og emosjonell utvikling (Cousins & Goodyer, 2015, s. 546; Reichelt & Rank, 2017, s. 1649). Studier har vist at hjernen fortsetter å modnes fram til vi er ca. 25 år (Syvertsen, 2022, s. 7). Selv om ungdom kan prate på en voksen måte, kan de ha vanskeligheter med å forstå abstrakt tenkning. De kan blant annet ha vanskeligheter med å forstå at et valg de tar når de er ungdommer kan gi konsekvenser når de blir eldre (Rajka, 2012, s. 136). I møte med ungdom er det derfor viktig at tannpleiere husker på at ungdom ikke forstår informasjon på samme måte som voksne (Rajka, 2012, s. 136).

Ungdommer tar dessuten mer risiko og er mer impulsive enn voksne, og de er tilbøyelige til å foretrekke beslutninger som gir belønning med en gang (Blakemore & Robbins, 2012, s. 1184). Gjennom ungdomsperioden begynner de å ta mer uavhengige valg (Reichelt & Rank, 2017, s. 1649), ofte med et ønske om å ta egne beslutninger og bestemme over egen atferd, uten kontroll fra voksne (Wu et al., 2022, s. 586). I noen tilfeller vil ungdommen kunne motsette seg en endring, kun fordi den er foreslått av en voksenperson. God kommunikasjon med fokus på veiledning fremfor rådgivning er derfor viktig i møte med ungdom.

Oral helse er en viktig del av den generelle helsen, blant annet kan personer med dårlig oral helse ha større sannsynlighet for å få hjerteproblemer, demens og diabetes (Evensen, 2021). I

tillegg vet man at dårlig oral helse kan påvirker menneskers selvfølelse, sosiale relasjoner og livskvalitet (Evensen, 2021). Det viser seg at ungdom som har god oral helse i ungdomstiden, vil ha større sannsynlighet for å ha god oral helse i voksen alder (Mumin et al., 2021, s. 678). Tidlig innsats er viktig for at ungdommer skal opprettholde god oral helse i voksen alder (Mumin et al., 2021, s. 678).

1.4 Helsefremmede arbeid

1.4.1 Helseforståelse

Helsebegrepet kan ha mange definisjoner (Wills, 2016, s. 2). I helsefremmende arbeid er synet på helse positivt; man ser på helse som noe annet enn bare fravær av sykdom (WHO, 1986). Det kan for eksempel innebære at en person som har en medisinsk diagnose kan føle at hen har god helse, mens en person uten en diagnose kan føle at hen ikke har god helse fordi hen føler seg alene og adskilt fra andre mennesker (Wills, 2016, s. 10). Ottawa-Chartret blir sett på som et sentralt dokument for helsefremmende arbeid (Potvin & Jones, 2011, s. 244). Dette dokumentet fikk verden se etter den første internasjonale konferansen i helsefremming i Ottawa i 1986 (WHO, 1986). Aron Antonovsky sin teori om salutogenese forklarer helse på et kontinuum, hvor uhelse og helse befinner seg på hver sin ende (Lindström & Eriksson, 2015, s. 7). Salutogenese er viktig del av helsefremmende arbeid og har et positivt syn på helse, som vil si at det er viktig å se på de faktorer som bidrar til god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s.17). Helsefremmende arbeid fokuserer i hovedsak ikke på å forebygge sykdom til utsatte grupper, men på å skape helse til hele befolkningen (Wills, 2016, s. 63). Helse blir sett på som en rett mennesker har og som er et viktig mål for samfunnet (Green et al., 2015, s. 12). I en helsefremmende tilnærming tenker man at individuelle og strukturelle faktorer er viktig (Bunton & Macdonald, 2002, s. 10).

1.4.2 Helsekompetanse

Helsekompetanse sees på som nødvendig for å kunne ta gode valg for sin egen tannhelse (Green et al., 2015, s. 146). Helsekompetanse er en ferdighet hvor individer kan forstå og ta i bruk informasjon om egen helse, og denne ferdigheten kan brukes til å forbedre eller opprettholde helsen (WHO, 2021). Eksempler på helsekompetanse er å forstå

pakningsvedlegget på medisiner, tannhelsebrosjyrer, samtykkeskjemaer og annet (Stein et al., 2015, s. 4). Generelt har mennesker med høy utdanning og høy lønn bedre helsekompetanse enn andre mennesker (Green et al., 2015, s. 146).

1.4.3 Sosiale determinanter og sosial ulikhet

Faktorer som kan påvirke helsen til mennesker kalles sosiale determinanter (Wills, 2016, s. 19). Et eksempel er det yrkesmessige arbeidet, for eksempel om det er fysisk tungt, medfører mye stress, nattarbeid, eller om det er støy eller helseskadelige kjemikalier til stede. Boforhold, miljøet rundt, tilgang til fasiliteter, økonomi og levestandard er andre faktorer som kan påvirke helsen (Wills, 2016, s. 19; Stami, 2021).

Å redusere helseforskjellene blant befolkningen er en viktig del av det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986). Penger og materiell påvirker helsen (Green et al., 2015, s. 110). Det finnes mye forskning på sosioøkonomisk status og helse. Det er sammenheng mellom dårligere helse og lavere sosioøkonomisk status (Wills, 106, s. 21). Dette gjelder også for sosial ulikhet i tannhelse (Sabbah et al., 2009, 351). Blant befolkningen i Norge er det funnet at personer med lavere sosioøkonomisk status har større sannsynlighet for å rapportere om dårlig oral helse (Lyshol et al., 2022, s. 8). #Care4YoungTeeth<3 ønsker å finne løsninger for ungdommer, dette gjelder for alle ungdommer, uavhengig av hvilken sosioøkonomisk bakgrunn ungdommene og deres familie har (Norges forskningsråd, u.å).

1.4.4 Empowerment

Et vesentlig begrep i helsefremmende arbeid er empowerment (Tveiten, 2020, s. 33). WHO definerer empowerment i sin ordbok på påfølgende måte; “empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health” (WHO, 2021). Det er viktig at ungdommer kan ta valg selv og at de opplever å ha kontroll over sin egen tannhelse (WHO, 2021; Dugani et al., 2017). For å ha mulighet til å ta egne valg, altså å være empowered, trenger man kunnskap og informasjon (Wills, 2016, s. 62; Dugani et al., 2017s. 2). Å være empowered ses på som nødvendig for å få god helse (Green et al., 2015, s. 6). Empowerment kan ses i sammenheng med enkeltpersoner, men også samfunnet (Wills,

2016, s. 62). Pasienten er en aktiv deltager og har mulighet til å medvirke i sin behandling (Tveiten, 2020, s. 33-42). Det er pasienten som kjenner seg selv best, mens helsepersonellet er med på å gi kunnskap til pasienten (Tveiten, 2020, s. 41- 42). Helsepersonell må legge bort makten og lytte til pasientens kompetanse og verdier (Tveiten, 2020, s. 48- 49). I denne masteroppgaven er empowerment viktig fordi tannpleieren skal støtte, motivere og gi kunnskap til ungdommen slik at de selv kan ta egne valg for sin tannhelse (Wills, 2016, s. 62; Dugani et al., 2017, s. 2).

1.4.5 Å skape helse er et felles ansvar

I Ottawa-Chartret står det at helsefremming er et samarbeid mellom myndigheter, samfunnet, enkeltpersoner, helsepersonell og institusjoner (WHO, 1986), og helsefremmende arbeid kan forklares med denne formelen: “Health promotion= health education x healthy public policy” (Green et al., 2005, s. 12). I motsetning til forebyggende arbeid hvor man fokuserer på å hindre sykdom (Aglén et al., 2018, s. 4), er fokuset i helsefremmende arbeid på å legge til rette for gode og sunne valg (Green et al., 2005, s. 12). Helsefremmende opplæring (HE) handler om å gi informasjon om helse, hvilke risikofaktorer som finnes for å utvikle sykdom, og motivere mennesker til å gjøre endringer som er til det beste for helsen (Wills, 2016, s. 61). For å skape gode samfunn som er til det beste for helsen er hensiktsmessig politikk nødvendig (Wills, 2016, s. 101). Regjeringen må legge til rette for dette og alle sektorene må samarbeide om å skape god helse (Green et al., 2015, s. 263- 264). Å legge til rette for at mennesker kan ta utdanning, sørge for at alle har tilgang til helsesektoren, utjevne sosial ulikhet gjennom skatter og avgifter, er eksempler på politikk som er viktig for å skape god helse (Wills, 2016, s. 101; Green et al., 2015, s. 265). Å skape gode barnehager og skoler er viktig for god helse, i tillegg til godt bomiljø og grønt arealer som mennesker kan utfolde seg i (Tveiten, 2020, s. 26). Landbrukspolitikk, transportpolitikk, tiltak for miljøet som søppelhåndtering er også eksempler hvor man gjennom politikk kan skape bedre helse (Bunton & Macdonald, 2002, 10). I 2023 gjorde regjeringen slik at flere unge får støtte til tannbehandling, de utvidet støtten til de mellom 19 år til 24 år, som kun betaler 25 prosent av den opprinnelige prisen (Kaste, 2023). Dette kan være med på å utjevne tannhelseforskjeller, ettersom det kan være dyrt å oppsøke tannklinikken (Kaste, 2023). Et annet eksempel på politikk som kan bedre tannhelsen er å innføre sukkeravgift igjen, denne avgiften ble fjernet i 2021 (FHI, 2023; Den norsk tannlegeforening, 2021). Det som derimot ikke bedrer tannhelsen

er selvbetjente kasser i butikken, man kjøper mer usunn mat når ingen ser hva man handler (Folkestad, 2019). I helsefremmende arbeid har samfunnet et ansvar for å skape helse, det er ikke bare enkeltpersoner selv som har ansvaret (WHO, 1986). Å skape helse er et felles ansvar hvor enkeltpersoner, institusjoner, helsepersonell, samfunnsgrupper og myndigheter er aktiv part (WHO, 1986).

1.4.6 Sammenheng mellom prosjektet Care4YoungTeeth<3, motiverende intervju og helsefremmende arbeid

Prosjektet #Care4YoungTeeth<3 har flere likhetstrekk med helsefremmende arbeid. Gjennom forskningen i #Care4YoungTeeth<3 ønsker man å finne ut hvordan man kan hjelpe ungdommen til å skape god tannhelse (Norges forskningsråd, u.å). I likhet med helsefremmende arbeid har man i prosjektet et positivt syn på tannhelsen (Norges forskningsråd, u.å; Lindström & Eriksson, 2015, s. 17; WHO, 1986). Forskningen fokuserer ikke på hva som gir sykdom (WHO, 1986). Ved bruk av MI kan man styrke ungdommen til å ta vare på egen tannhelse (Wu et al., 2022, s. 585), som er en viktig del av det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986)

1.5 Studiens problemstilling

På bakgrunn av overnevnte har jeg valgt følgende problemstilling:

“Hvordan kommuniserer tannpleiere med ungdom for å bedre tannhelsevaner”.

2 Teoretisk rammeverk: Selvbestemmelsesteorien

Jeg har valgt selvbestemmelsesteorien (SDT) som teoretisk rammeverk for denne studien. SDT er en teori som belyser sentrale faktorer som kan bidra til atferdsendring og motivasjon og dermed kan gi god støtte til tolkning av studiens resultater. SDT er en teori som er utviklet av psykologene Edward L. Deci og Richard M. Ryan (Ryan & Deci, 2017, s. 7). SDT handler om motivasjonsprosesser (Ten Cate et al., 2011, s. 961). SDT skiller ikke mellom høy eller lav motivasjon, men om et menneske er ytre eller indre motivert (Ryan & Deci, 2017, s. 14). SDT antar at mennesker er naturlig sosiale, fysisk aktive og nysgjerrig i utgangspunktet (Ryan & Deci, 2017, s. 4). Ved indre motivasjon utfører man en handling av egen interesse, nysgjerrighet eller nytelse (Ten cate et al., 2011, s. 962). Dersom man er indre motivert utfører man en handling frivillig og det kommer fra en selv (Ryan & Deci, 2017, s. 10). Å ha mulighet til å ta valg, få positive tilbakemeldinger og annerkjennelse, kan støtte indre motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 12). Å føle seg trygg er også viktig for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 10). Høy grad av indre motivasjon er assosiert med bedre læring og bedre forståelse enn høy grad av ytre motivasjon (Ten Cate et al., 2011, s. 962). En motsetning til indre motivasjon er ytre motivasjon. Hvis man blir belønnet, får tidsfrister, blir overvåket eller mottar negative tilbakemeldinger kan dette bidra til ytre motivasjon. Disse faktorene kan imidlertid svekke indre motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 14). Et eksempel på ytre motivasjon er hvis man får penger for å utføre en aktivitet (Ten Cate et al., 2011, s. 963). Man blir altså motivert av andre grunner enn selve atferden (Gagné & Deci 2005, s. 333-336). Ved ytre motivasjon kan man bli presset eller tvunget til å gjøre noe man ikke finner noe verdi i (Ryan & Deci, 2017, s. 14). Forskning på SDT er gjennomført på mange områder, blant annet innen utdanning og helse (Ten Cate et al., 2011, s. 961). SDT kan for eksempel fremme atferdsendring for personer som røyker, eller bidra til å øke fysisk aktivitet hos mennesker (Flannery, 2017, s. 155). Det er også gjort forskning på autonomistøtte i forbindelse med besøk på tannklinikken (Halvari et al., 2019; Halvari et al., 2013).

2.1 Tre viktige begreper i SDT

Autonomi, kompetanse og tilhørighet er tre viktige begreper i SDT (Ryan & Deci, 2017, s. 10). Disse begrepene presenteres som grunnleggende for at mennesket skal fungere best mulig. Det er også når disse behovene er dekt at det er mer sannsynlig at en person vil engasjere seg i egenmotivert atferd, altså bli indre motivert (Ryan & Deci, 2017, s. 10; Flannery, 2017, s. 155).

Autonomi er når en person gjør noe fordi hen har lyst til det eller fordi hen tenker at det er nyttig å gjøre, ikke fordi noen andre mener at man bør gjøre det, (Ten Cate et al., 2011, s. 963). *Autonomistøtte* er når man støtter en persons initiativ og vilje (Deci & Ryan, 2012, s. 3).

Kompetanse innebærer å ha tilstrekkelig informasjon og ferdigheter til å kunne gjennomføre en atferd (Flannery, 2017, s. 156). Mennesker trenger å føle at de mestrer miljøet sitt og er effektive (Gagné, et al., 2022, s. 378). Ved å produsere ønskede resultater kan man oppleve mestring (Wang et al., 2019). Behovet for kompetanse handler ikke om oppnådd kompetanse eller evne i seg selv, men å oppleve å ha selvtillit og effekt av det man gjør (Ten Cate et al., 2011, s. 963).

Tilhørighet handler om personlig relasjon og trygghet (Flannery, 2017, s. 156). Det handler om å føle seg knyttet til andre, ha en følelse av omsorg og at man blir tatt vare på av andre mennesker (Ten Cate et al., 2011, s. 963). Det er viktig å ha en følelse av at man er en del av et felleskap. Man må ikke være medlem av en gruppe eller familie for å føle på tilhørighet. Det er viktig å føle seg verdsatt og akseptert av andre (Ten Cate et al., 2011, s. 963).

2.2 Hvordan gi autonomistøtte

For å støtte pasientens autonomi er det viktig at helsepersonell viser respekt, oppmuntrer til utforskning og egne valg (Deci & Ryan, 2012, s. 2). Helsepersonellet må støtte pasientens valg og unngå å kontrollere pasienten (Deci & Ryan, 2012, s. 2). Helsepersonell må samtidig sikre at pasienten har nok informasjon om sin helse og om de helsemessige konsekvenser av sin atferd og sine valg. Gjennom informasjon kan pasientene ta informerte valg om hvordan

de vil leve livet sitt (Deci & Ryan, 2012, s. 2). Det er viktig at helsepersonell respekterer valget til pasienten og deres evne til å ta beslutninger. Helsepersonell må derfor unngå å skremme pasienten med informasjon, eller bruke informasjonen til å presse pasienten (Deci & Ryan, 2012, s. 2). Hvis tannpleieren presser pasienten kan pasienten bli ytre motivert fordi pasienten vil unngå å få kritikk av tannpleieren (Halvari et al., 2012a, s. 5; Deci & Ryan, 2012, s. 2). Helsepersonell må lytte til pasienten sine problemer, stille spørsmål til pasienten om hva som er målet og komme med forslag til endringer uten å være kontrollerende (Halvari et al., 2012b, s. 787).

Å vise og demonstrere hvordan man pusser tenner og at pasienten får prøve etterpå med positive tilbakemeldinger fra tannpleier og/ eller ny veiledning, kan være med på å styrke kompetansen til pasienten (Halvari et al., 2012b, s. 779).

2.3 Relevant forskning på SDT

I en studie med Aleksejūniene et al (2022) fant forskere at når ungdommer fikk tannopplæring med SDT-veiledning ble tannhelsen mer forbedret sammenlignet med ungdommer som hadde fått undervisning en gang (s. 5507- 5511). Denne endringen var gjeldende kun på kort sikt (Aleksejūniene et al., 2022, s. 5509). I studien av Aleksejūniene et al (2022) gjennomførte tannpersonell innfarging av plakk på første time og viste ungdommen hvor det ligger plakk (s. 5508). Ungdommene viste tannhelsepersonellet hvordan de pusset tennene, og fikk etterpå veiledning til riktig pusseteknikk av tannhelsepersonell. Ungdommene ble deretter bedt om å sette seg et mål for å bedre tannhelse rutiner hjemme. Ungdommene deltok på tre slike økter med tannhelsepersonell. Målene ble gjennomgått sammen med en tannlege på økt en og to, og justert dersom de var uoppnåelige. På den siste økten ble det også gjennomført plakkinnfarging og eventuell veiledning, slik at ungdommen fikk tilbakemelding på hvorvidt tannhygiene var blitt bedre. Til slutt ble ungdommene spurt om hvordan de planlegger å opprettholde god oral hygiene (Aleksejūniene et al., 2022, s. 5508).

I en studie av Halvari et al. (2010) ble studenter ved universitetet i Oslo og studenter ved politihøgskolen i Oslo kontaktet med forespørsel om å delta i en undersøkelse. Deltagerne var studenter på forskjellige studieretninger (s. 19- 23). Deltagerne svarte på et spørreskjema hvor det blant annet ble spurt om egen tannhelse og klinikkoppmøte. De fikk også spørsmål om de

opplevde autonomistøtte og opplevde kontroll sist de var på tannklinikken (Halvari et al., 2010, s. 20). Resultatene viste at autonomistøtte var positivt relatert til autonom motivasjon og kompetanse (Halvari et al., 2010, s. 29). Når pasientene har autonom motivasjon tar de valg fordi de vil det selv og ikke fordi de blir tvunget til å gjøre det (Deci & Ryan, 2000, s. 237). Autonom motivasjon var videre positivt assosiert med oral egenomsorg og oppmøte på klinikken (Halvari et al., 2010, s. 31). En annen studie fra Halvari et al., (2013) fant at autonomistøttende tannhelsepersonell var positivt assosiert med pasientens tilfredshet med behandlingen (s. 275).

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode og fenomenologi

Det er valgt kvalitativt intervju med en fenomenologisk tilnærming som metode for å bedre forstå hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdom for å endre helsevaner. Gjennom en fenomenologisk tilnærming er man ute etter å finne ut og forklare hvordan tannpleierne opplever sin jobbhverdag (Johannessen et al., 2015, s. 82). Man kan for eksempel få dagligdagse beskrivelser fra tannpleierne om hvordan de opplever det (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 30). Det gir innsikt og forståelse i hvordan tannpleiernes jobbhverdag er i møte med ungdom, og mulighet til å tolke det datamaterialet som blir samlet inn (Thagaard, 2018, s. 19). Et viktig ord i fenomenologi er *mening* (Johannessen et al., 2015, s. 82). Gjennom denne studien ønsker man å finne mening, det vil si å finne en dypere mening bak det tannpleierne har sagt (Johannessen et al., 2015, s. 82; Thagaard, 2018, s. 36). Det er tannpleierne selv som skaper den opplevde virkeligheten, og det er viktig å få beskrevet og forstå det, før det kan lages en teori eller forklaring (Johannessen et al., 2015, s. 83; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 30). Ved å intervju tannpleiere får forskerne direkte kontakt med de som studeres og innsyn i deres perspektiv. De ulike synspunkter kan man så nøste i for å få ytterligere innsikt (Thagaard, 2018, s. 19).

Med en fenomenologisk tilnærming ønsker en å beskrive de innsamlede resultater så korrekt som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Resultatene blir derfor ikke analysert eller forklart i resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45), slik at eksisterende kunnskap man allerede besitter blir satt til side (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 75).

3.2 Utvalg og rekruttering

Inklusjonskriteriene til studien var tannpleiere som jobber direkte mot ungdom. Utvalget består av ti tannpleiere i den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag. Disse ble valgt fordi de har erfaring som er relevant til problemstillingen (Skilbrei, 2021, s. 122). For å rekruttere til studien ble fylkestannlegen i Trøndelag kontaktet med forespørsel om e-postadresser til alle tannpleiere i Trøndelag. I kvalitative studier kan man være avhengig av å få hjelp fra andre for

å få oversikt over og nå informantene (Skilbrei, 2021, s. 125). Jeg fikk tilgang til e-postadressen til alle offentlig ansatte tannpleiere i Trøndelag og sendte e-post til de tannpleiere som ikke hadde fått forespørsel om å delta i prosjektet #Care4YoungTeeth<3 fra før. Her hadde jeg på forhånd avtalt med forskerne i prosjektet om hvilke tannpleiere jeg kunne kontakte. Totalt takket ti tannpleiere i den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag ja til å delta i min studie, hvorav åtte av ti informanter ble rekruttert ved bruk av e-post mens to av informantene allerede var rekruttert av forskere fra #Care4YoungTeeth<3. Til sammen ble det sendt ut e-post til 12 tannpleiere, med forespørsel om å bli intervjuet i forbindelse med masteroppgaven, men det var fire tannpleiere som ikke besvarte henvendelsen. For seks tannpleiere var det 10 år eller mer siden de gikk på tannpleierstudiet. For resten av tannpleierne var det 2 år, 6 år og 7 år siden de var ferdig utdannet. En av tannpleierne ble ikke spurt om hvor lenge det var siden hen var ferdig utdannet. Dette ble avglemt av forskerne.

3.3 Forberedelser

3.3.1 Informasjonsskriv

Før intervjuene fikk tannpleierne tilsendt et informasjonsskriv (se vedlegg 1) om forskningsprosjektet #Care4YoungTeeth<3 på e-post (Skilbrei, 2021, s. 152). Her ble de gitt informasjon om prosjektet, hva det innebærer å delta, at det er frivillig å delta, samt hvilke rettigheter de har som forskningsdeltagere, og hva som skjer med data som blir samlet inn. På informasjonsskrivet sto kontaktinformasjon til masterstudent og leder av prosjektet #Care4YoungTeeth<3, slik at tannpleierne kunne ta kontakt hvis de hadde noen spørsmål. Samtykkeerklæring var inkludert i informasjonsskrivet. Her skrev tannpleierne under på at de ville stille til intervju, at de hadde forstått informasjon om prosjektet, at det var greit at det ville bli tatt lydopptak.

3.3.2 Intervjuguide

Før man begynner å intervju er det viktig å være godt forberedt (Jacobsen, 2022, s. 172). Det finnes ingen konkret mal på hvordan man utfører et intervju, (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 34), men det er fordelaktig å benytte en intervjuguide i møte med informantene (Tjora, 2021,

s. 167). Det var på forhånd laget en intervjuguide av forskere i prosjektet #Care4YoungTeeth<3. Intervjuguiden besto av åtte åpne spørsmål (se vedlegg 2). Disse spørsmålene handlet om forberedelser før tannpleierne henter ungdom inn på kontoret, og hvordan tannpleieren gir informasjon til ungdom. Det ble også spurt om de bruker noen faste kommunikasjonsteknikker i møte med ungdom, og om de har fått noen opplæring i noen teknikker for å jobbe helsefremmende. Tannpleierne fikk spørsmål om de kunne tenkt seg andre måter å jobbe helsefremmende på, og om det noen ganger er behov for å justere informasjonen de gir. Gode spørsmål i intervjuguiden er viktig for å samle inn data (Skilbrei, 2021, s. 154). Spørsmålene i intervjuguiden begynte med hvordan, hva, har du, kunne du tenkt deg. Dette var åpne spørsmål som førte til at tannpleierne kunne komme med sine historier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 157). Intervjuguiden ble brukt i alle intervjuene og bidro til å skape en struktur i intervjuene, og det medvirket til at viktige tema som var ønskelig å belyse ble tatt opp (Tjora, 2021, s. 167; Jacobsen, 2022, s. 167). Intervjuguiden var laget semistrukturert, det vil si at man ikke må slavisk følge rekkefølgen på spørsmålene, og at formuleringen av spørsmålene kan være forskjellig i de ulike intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156- 157). Bruken av semistrukturert intervjuguide gjorde intervjuet mer fleksibelt, og det bidro til at tannpleierne kunne fortelle om sine erfaringer uten at det ble stilt for lukkede spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357).

3.4 Gjennomføring av intervjuene

To av intervjuene var allerede gjennomført av forskere fra #Care4YoungTeeth<3 da jeg skulle begynne med intervju. Disse to tannpleierne ble intervjuet etter at forskerne hadde observert tannpleierne mens de hadde undersøkelse med en ungdomspasient. Jeg gjennomførte selv åtte intervjuer. På fire av disse intervjuene var også en forsker fra SINTEF til stede og stilte spørsmål sammen med meg. Det var fint å være to intervjuere ettersom jeg ikke hadde mye erfaring med å gjennomføre intervju. Dette gjorde at jeg kunne stille spørsmål fra intervjuguiden, mens den erfarne forskeren kunne komme med oppfølgingsspørsmål. For meg var det lærerikt å se hvordan den erfarne forskeren brukte kroppsspråket sitt, hvordan hun kom med positive tilbakemeldinger og måten hun stilte spørsmålene på (Tjora, 2021, s. 167). Det var opprinnelig tenkt at intervjuene skulle gjennomføres ansikt til ansikt med hver enkelt tannpleier, på tannpleierens arbeidsplass. Dette var for å oppnå en fysisk nærhet og med forventning om at samtalen ville flyte lettere hvis forsker og tannpleier var i samme rom

(Jacobsen, 2022, s. 163). Tilfeldigvis ble det første intervjuet gjennomført på Teams, fordi det passet bedre for tannpleieren å ha det på Teams denne dagen. Dette fungerte fint, og det gjorde at jeg kunne spørre tannpleiere som var lengre unna i geografisk avstand om de ville intervjues (Thagaard, 2018, s.13). Sju av ti intervju ble gjennomført på Teams.

Opptaksfunksjonen i Teams ble brukt for å ta opp video og lyd av intervjuene. Forskeren fra SINTEF fortalte at det var greit å ta opp i Teams siden det er innenfor i SINTEFs personvern vurdering, så lenge det ikke inneholder sensitive opplysninger. Forskeren fra SINTEF gjorde derfor opptak i Teams. Det siste intervjuet ble holdt fysisk fordi dette passet denne tannpleieren. For de intervjuene som ble gjennomført på Teams satt tannpleierne på kontoret sitt på tannklinikken, med et kamera på PC. Tannklinikken er et fint sted for intervju fordi det er et naturlig sted for tannpleieren. Ved å velge et sted som er naturlig for tannpleieren kan man unngå kunstige svar (Jacobsen, 2022, s. 168). Både under Teams-intervjuene og intervjuet med fysisk oppmøte var det lite avbrytelser. Ett unntak var i et intervju hvor telefonen ringte flere ganger, og det ble litt forstyrrende.

I starten av intervjuet fikk tannpleierne informasjon om hvem forskerne var og informasjon om prosjektet #Care4YoungTeeth<3 og masteroppgaven (Jacobsen, 2022, s. 172). På forhånd av intervjuet hadde tannpleierne fått tilsendt samtykkeskjema på e-post og flere hadde signert dette på forhånd. Det ble også spurt om tannpleierne hadde noen spørsmål til samtykkeskjemaet på starten av intervjuet. Det ble informert om opptak av intervjuet og spurt om dette var greit for tannpleieren. Etter at forskerne hadde presentert formålet med masteroppgaven og #Care4YoungTeeth<3 fikk tannpleierne presentere seg selv. De nevnte hvor de jobbet og tidligere arbeidsforhold, hvor mange år de hadde yrkesaktive, og hvor de hadde utdannet seg (Thagaard, 2018, s. 101). Disse spørsmålene kan være med på å gjøre intervjusituasjonen mindre formell og det er enkle spørsmål for tannpleieren å svare på (Tjora, 2021, s. 159). Det er også nyttig for forskerne å vite hvor lenge de har jobbet (Tjora, 2021, s. 159). Et intervju kan ligne en vanlig samtale, men har ettersom det er et profesjonelt intervju har det et formål. I dette tilfellet var formålet å få svar på problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Jeg hadde på forhånd bestemt meg å ta notater under intervjuene, men jeg opplevde at det var forstyrrende for meg selv. Jeg skrev derfor bare ned viktige ord eller spørsmål jeg måtte huske å stille mens informanten snakket. Å lytte til hva tannpleierne hadde å si var viktig under intervjuet og det ble også stilt oppfølgings spørsmål som ikke var med i intervjuguiden. Dette kan igjen gi nyttig kunnskap som ikke ville kommet med dersom

man ikke hadde stilt slike oppfølgingsspørsmål (Jacobsen, 2022, s. 173-175). For eksempel hvis en tannpleier kom inn på et tema som var interessant, men ikke fortalte mer om det, så ble det spurt om tannpleieren kunne fortelle litt mer om det (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 171; Jacobsen, 2022, s. 175). Oppfølgingsspørsmål kan også gjøre det lettere å for intervjueren å skjønne hva tannpleieren mener når materialet skal analyseres (Skilbrei, 2021, s. 155). Det var også viktig å skape tillitt i starten av intervjuet og forskerne prøvde å være oppmerksom på kroppsspråket, vise oppmerksomhet og respekt til tannpleieren (Jacobsen 2022, s. 172; Thagaard, 2018, s. 101). Ved at tannpleieren har tiltro til forskeren kan dette gjøre at tannpleieren føler seg trygg og ønsker å dele sin livsverden med forskerne (Thagaard, 2018, s. 99). På slutten av intervjuet ble tannpleierne spurt om de hadde mer de ville legge til som de synes var viktig (Thagaard, 2018, s. 101). Alle ble takket for å ha stilt opp til intervju og de fikk informasjon om at de kunne ta kontakt på e-post hvis de hadde noen spørsmål senere (Tjora, 2021, s. 161).

3.5 Analyse

3.5.1 Analysemetode

En seks-trinns tematisk analyse ble brukt som metode for å analysere dataene etter intervjuene og svare på problemstillingen. Denne metoden brukes for å finne temaer i data, hvor hvert tema representerer en mening som gjentar seg i datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Denne metoden krever litt forhåndskunnskap, men er lett å lære og er fleksibel (Braun & Clarke, 2006, s. 94-97).

Trinn 1 handler om å bli godt kjent med datamaterialet man har samlet inn. Dette starter allerede ved transkribering. To av intervjuene som forskere fra #Care4YoungTeeth<3 hadde gjennomført var ferdig transkribert. De åtte resterende intervjuene ble transkribert av masterstudent etter at de var gjennomført. Det var overraskende hvor lang tid det tok å transkribere en time med opptak. På det første intervjuet ble det prøvd direkte transkripsjon via Teams. Det tok like lang tid å rette feil fra transkriberingen som å utføre transkriberingen selv. Jeg valgte derfor å transkribere opptakene selv. Alt som ble sagt i intervjuene ble skrevet ned i et Word-dokument (Thagaard, 2018, s. 204). Å transkribere krevde at opptaket måtte settes på pause flere ganger og det ble også hoppet fram og tilbake i opptaket for å tid til å

skrive ned alt som ble sagt. Totalt satt jeg igjen med 112 sider transkripsjon etter ti intervju. Det blir lettere å analysere et intervju når man har intervjuet i skriftlig form, transkribert (Thagaard, 2018, s. 204). Ved å transkribere opptaket selv kommer man som forsker tettere på materialet (Skilbrei, 2021, s. 173). Materialet ble lest igjennom flere ganger før analysen startet, og det ble tatt notater under lesing (Braun & Clarke, 2006, s. 87).

Trinn 2 handler om å finne koder. Her finner forskeren noe som er interessant ut ifra dataene og samler de i grupper. Koder og tema skiller seg fra hverandre ettersom tema er bredere (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Koding ble utført manuelt i Word, ved å skrive kommentarer i tekstene (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Eksempler på koder jeg har funnet er: samtaleteknikk, MI, fleksibilitet, henter ungdom fra venterommet, verktøy, forberedelser, relasjon er viktig, tid, vanskelig å nå inn til ungdom, ungdom uten motivasjon, stiller åpne spørsmål, opplæring i kommunikasjon, kommunikasjon på klinikken, foreldre med inn på timen, forskjell i kommunikasjonen til de med og uten hull, forskjell i kommunikasjonen til en 12 åring og 18 åring, andre måter å jobbe helsefremmende på, tolk, setter opp kortere innkallingsintervall, syreskader. Til sammen fant jeg ca. 56 koder i trinn 2.

Trinn 3 er å finne tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89-90). Etter å ha funnet koder, så ble kodene sortert videre i forskjellige temaer. Først fant jeg 12 forskjellige temaer. Disse temaene var: *teknikker i møte med ungdom, prøve å unngå å gi for mye råd, stress påvirker kommunikasjonen, åpne spørsmål, informasjon mens ungdommen gaper, informasjon om tannhelsen, konsekvenser av dårlig tannhelse, MI, henter pasienten inn på venterommet, tid, opplæring i kommunikasjon, andre aktørers innvirkning på helsefremmende arbeid*. Det ble vurdert om forskjellige koder kunne slås sammen og konklusjonen var at flere koder kunne komme i et tema. Noen av kodene ble det ikke funnet plass til under et tema, de var ikke relevante for problemstillingen og ble derfor ikke tatt med videre (Braun & Clarke, 2006, s. 89-90). En kode som ikke ble med videre var *tolk*. Flere av tannpleierne nevnte at kommunikasjonen med ungdom kunne være vanskelig med oppmøtetolk eller med telefontolk. Jeg valgte å ikke ha med denne koden videre da jeg ville fokusere på tannpleierens *egen* kommunikasjon med ungdom.

I **Trinn 4** ser man igjennom temaene. Temaer som egentlig ikke er tema, ble utelukket (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Etter en ny gjennomgang reduserte jeg resultatdelen til sju temaer i

min analyse. Disse temaene var: *forberedelser, tid, foreldre med inn på undersøkelsen, samtaleteknikk, MI, opplæring i kommunikasjon og andre måter å jobbe helsefremmende på*. Deretter utelukket jeg temaer som *foreldre med inn på undersøkelsen, opplæring i kommunikasjon og tid*. Disse ble flyttet som subgrupper under temaene samtaleteknikk og MI. Temaet *samtaleteknikk* fikk navnet *kommunikasjon* da det passet bedre med subgruppene under. I tillegg utelukket jeg teamet *andre måter å jobbe helsefremmende på* da dette temaet ikke svarte på problemstillingen min. Under denne fasen leser man igjennom alle utdragene fra hvert tema og ser etter sammenhenger. Etter denne fasen har man en formening om hvordan temaene vil se ut (Braun & Clarke, 2006, s. 91).

I **Trinn 5** starter prosessen med å gi navn til temaene. Under denne prosessen ble også temaene definert og avgrenset mer (Braun & Clarke, 2006, s. 92-93). Etter flere runder med grundig vurdering av temaene og meningen i disse satt jeg til igjen med tre temaer: *kommunikasjon, motiverende intervju og tid og stress påvirker kommunikasjonen*. Flere av temaene jeg fant i trinn 3 ble gjort om til undertemaer. Til sammen var det 12 undertemaer i de tre temaene.

I **Trinn 6** skriver jeg masteroppgaven og funnene blir presentert (Braun & Clarke, 2006, s. 92).

3.6 Kvalitet i forskningen

3.6.1 Forskerens forforståelse

Denne studien handler om tannpleiers erfaring i møte med ungdom. Dette temaet er kjent for meg fra før, som har jobbet som tannpleier i offentlig sektor i seks år. Jeg er også kjent med MI fra jobben som tannpleier, men SDT var ukjent for meg før jeg begynte med videre studier. Jeg har tilknytning til forskningsfeltet fordi jeg jobber som tannpleier i Trøndelag fylkeskommune. Det ble tatt et bevisst valg om å ikke rekruttere tannpleiere på samme tannklinikk som masterstudent, da disse ble litt for nærme.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om man kan stole på forskningen som er blitt gjort. Leseren av masteroppgaven skal være trygg på at resultatene ikke kommer av en feil (Skilbrei, 2021, s. 88). Resultatdelen i masteroppgaven er derfor uten fortolkninger. Tolkningene kommer i diskusjonsdelen. Thagaard (2018) skriver at dersom det er flere forskere med i et prosjekt er det en fordel for reliabiliteten (s. 188). I flere av intervjuene var vi to forskere til stede. Man kan styrke reliabiliteten til masteroppgaven ved å forklare grundig hva man har gjort i metodekapitlet (Johannessen et al., 2015, s. 320). Å gjennomføre en studie gjentatte ganger vil også styrke reliabiliteten, men dette ble ikke gjort i dette prosjektet grunnet tidsavgrensning på masteroppgavefaget (Johannessen et al., 2015, s. 229).

3.6.3 Validitet

Validitet går på hvorvidt funnene fra masteroppgaven er gyldige og relevante for problemstillingen til forskningen (Skilbrei, 2021, s. 88). Det handler om tolkning og om funnene i resultatdelen er pålitelige og riktige (Thagaard, 2018, s. 189; Jacobsen, 2022, s. 240). Stemmer funnene i masteroppgaven om tannpleieres erfaringer i møte med ungdommen med virkeligheten til en tannpleier? Et spørsmål man kan stille seg er om man ville fått andre svar fra tannpleierne som ikke svarte på e-post i rekrutteringsprosessen (Jacobsen, 2022, s. 241). Et annet spørsmål er om kildene forteller det de virkelig mener. Tannpleierne som er intervjuet i masteroppgaven er førstehåndskilder; de beskriver opplevelser som de har opplevd. Man har ofte større tiltro til mennesker som har opplevd det selv, enn mennesker som forteller noe andre har opplevd (Jacobsen, 2022, s. 241). Hvis resultatene i masteroppgaven stemmer overens med annen forskning, kan dette kalles validering (Jacobsen, 2022, s. 249). Dette vil bli belyst i diskusjonsdelen. Man kan også validere ved å spørre andre fagfolk (Jacobsen, 2022, s. 249).

3.6.4 Overførbarhet

Overførbarhet handler om man kan knytte funnene fra masteroppgaven til andre tannpleiere som ikke har blitt intervjuet (Jacobsen, 2022, s. 255). Jo flere tannpleiere man intervjuer jo større er sjansen for at man kan overføre funnene (Jacobsen, 2022, s. 256). Tannpleierne i

masteroppgaven representerer et typisk utvalg, det vil si at det er samlet inn data fra tannpleiere som kan være representative for flere tannklinikker (Jacobsen, 2022, s. 256). Tannpleierne i masteroppgaven var spredt i alder og hadde ulik arbeidserfaring. Dataene som blir samlet inn kan være gjenkjennelig for andre tannpleiere, i tillegg er dataene unike for de tannpleierne som var med i studien (Skilbrei, 2021, s. 89). Dataene som er samlet inn kan si noe om hvordan tannpleiere opplever situasjon i møte med ungdommer (Skilbrei, 2021, s. 89).

3.7 Forskningsetikk

3.7.1 Personvern

Ettersom denne masteroppgaven skal behandle personopplysninger var det nødvendig å søke til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (sikt, u.å.). I min forskning har jeg opplysninger om personer som gjør at man kan identifisere vedkommende, for eksempel gjennom stemme, navn eller alder (sikt, u.å.). I noen av intervjuene begynte også noen av tannpleierne å fortelle hvor de bodde og om antall barn de hadde. Opptak fra disse intervjuene er lagret på et sikkert område hos SINTEF. Forskere fra prosjektet #Care4YoungTeeth sendte inn meldeskjema til NSD sommeren 2021 og fikk det godkjent i september 2021 (se vedlegg 3). I januar 2023 ble det meldt inn til NSD at masterstudent var blitt tilknyttet prosjektet (se vedlegg 4).

3.7.2 Frivillig deltakelse

Som nevnt tidligere fikk tannpleierne et informasjonsskriv tilsendt på forhånd. Her står det at det er frivillig å delta og at tannpleierne kan trekke seg. Det står skrevet i samtykkeskjemaet at de ikke trenger å oppgi noen grunn til å trekke seg. Deltakerne har rett til å trekke seg så lenge de kan identifiseres i datamaterialet. De kan imidlertid ikke trekke seg etter at materialet er anonymisert, er utgitt, eller er blitt benyttet i analyser (Tjora, 2021, s. 54).

3.7.3 Anonymisering og taushetsplikt

Det er viktig at tannpleierne som er med i studien kan føle seg trygge på at de ikke kan gjenkjennes ut fra resultatdelen i denne masteroppgaven. Anonymisering er derfor nødvendig

og skal beskytte tannpleierne (Tjora, 2021, s. 190; Kvale & Brinchmann, 2015, s. 106), de skal ikke oppleve at det er noen belastninger eller risiko i ettertid ved å delta i denne studien (Schmid, 2023, s. 260). Anonymitet i denne studien sikres ved at det ikke skal være mulig å kjenne igjen tannpleierne ved å lese resultatdelen (Thagaard, 2011, s. 25). Hvilke tannklinikker tannpleierne tilhører er ikke oppgitt i masteroppgaven, dette er for å sikre anonymitet (Schmid, 2023, s. 265). Opptakene av intervjuene ble lagret på en sikker mappe hos SINTEF som bare deltakende personer i prosjektet har tilgang til.

3.7.4 Fordeler og ulemper med å delta i studien

En av fordelene med å delta i studien, sett fra tannpleiernes ståsted, er at de fikk snakke om sin hverdag i møte med ungdom og at de hadde noen som var interesserte i å høre på (Thagaard, 2011, s. 26). De fikk muligheten til å belyse tema som er viktig for deres jobbhverdag. En mulig ulempe med å delta i intervjuet var at de måtte sette av tid til intervjuet, som kunne vare opp til en time.

4 Resultater

De viktigste funnene fra denne masteroppgaven er at flere tannpleiere ikke bruker noen spesiell kommunikasjonsteknikk i møte med ungdom, men at de prøver å unngå å gi råd. MI blir sett på som vanskelig og det er lite fokus fra ledelsen på hvordan man skal kommunisere med ungdomspasienter. Tannpleierne opplever i varierende grad å ha nok tid til forberedelsene før de tar inn ungdommen og nok tid når pasienten er i stolen. Nedenfor presenteres resultatene med tre hovedtema. Temaene *kommunikasjon*, *motiverende intervju*, og *tid og stress påvirker kommunikasjonen* blir ytterligere belyst, sammen med sine undertemaer.

4.1 Kommunikasjon

4.1.1 Teknikker i kommunikasjonen med ungdom

Flere informanter nevner at de ikke har noen spesiell teknikk i samtale med ungdom. Det blir sagt at flere teknikker blandes i samtalen. Tannpleierne forteller at de prøver å få praten til å gå. De spør om hvilke rutiner og mål ungdommen har, hvordan det går med tennene, og hvor ofte tennene pusses. Det blir nevnt at det er viktig å sette oppnåelige mål. Hvis det ikke er oppnåelig med daglig bruk av tanntråd, vil ikke ungdommen begynne med det fordi det er uoppnåelig. I slike tilfeller blir det nevnt at man kan man sette et mål om å bruke tanntråd en gang i uka.

Det blir uttalt at man ikke skal være masete i møte med ungdom og ikke gjenta det samme om og om igjen. Å ikke overlesse med råd eller informasjon er noe flere nevner som viktig. Det blir sagt at hvis det er for mye råd blir det uoverkommelig for pasienten; det kan gjøre at ungdommen kanskje ikke husker noe av det som tannpleieren har sagt. Tannpleierne sier at de prøver å få det viktigste på plass først, som er tannpuss to ganger daglig. Dette gjør de fordi det kan gjøre det mer overkommelig for pasientene og gir de da mulighet til å kjenne mestring. Det blir sagt at det å respektere pasientens valg, å ikke overstyre dem kan være vanskelig. Flere tannpleiere ytret at de prøver å få ungdommen til å tenke selv.

Ungdommen får informasjon om hva tannpleierne finner i munnen deres. Det gis uttrykk for at det er viktig at ungdommen har informasjon om hvorfor ting skjer i munnen og at de vet hva som er lurt å gjøre med det. På slutten av undersøkelsen kan tannpleierne spørre om pasienten husker hva som har blitt nevnt. Da repeterer ungdommen hva som har blitt sagt. De ønsker ikke å påføre ungdommen skam hvis de har hull, men informerer ungdommen om det. Det blir nevnt å prøve å legge fram alternativer til pasienten. Noen sier at de kan snakke litt for mye under en undersøkelse. Noen få tannpleiere nevner at de har lært om SDT og prøver å bruke det i tilnærmingen med pasienter.

Enkelte tannpleiere unngår å gi informasjon mens pasienten ligger og gaper. Det ser de ikke hensikten med og de opplever ikke at pasientene er så mottakelige da. De prater heller før og etter undersøkelsen. En tannpleier forteller at hen bruker å informere litt underveis, også mens hen undersøker pasienten. Hen er klar over at det er vanskelig å svare når hen har hendene i munnen deres, men prøver å ta det rolig og tar ut hendene hvis hen forventer et svar. Tannpleieren opplever det som grei måte og gjøre det på fordi da rekker hen å få informert om alt på den tiden som er oppsatt.

Nedenfor vises to sitater hvor tannpleieren uttrykker at det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til pasienten og pasientens erfaringer. I eksempl to blir det lagt vekt på å stille spørsmål som gir pasienten mulighet til å reflektere over egne vaner.

«Jeg tenker at det er viktig at man hører på pasienten og tilpasser seg etter den. At jeg ikke hever meg over den fordi jeg kan bedre enn deg på et vis.»

«Også prøver jeg jo at de selv kan prøve å finne ... Tenke litt og reflektere over hva de gjør selv da. Og sine tannhelsevaner ... For eksempel å spørre om hva de synes om, hvis de sier at de pusser en gang om dagen. Så spør jeg, hva synes du om det? Er det greit eller?»

4.1.2 Relasjonell kompetanse

Tannpleierne nevner at det er viktig å være hyggelig og snakke med ungdommen om ting de liker. Flere tannpleiere nevner at det er viktig å være snill. De ønsker ikke å være streng eller sint. Det blir sagt at hvis man er streng, kan man få motvilje av pasienten.

Å bygge en relasjon blir nevnt som viktig. Å vise pasienten at man er her for hen og at det kan være med på å gi pasienten kontroll over situasjonene nevnes som viktig. Det blir også sagt at i relasjonsbygging viser man pasienten at de skal være trygge og at det skjer på deres premisser. Ungdommen skal vite at tannpleieren ikke er her for å fortelle hva de skal gjøre eller hvordan de skal gjøre det.

Tannpleierne sier at det er viktig å møte pasientene på venterommet som man møter andre mennesker. Informantene roper opp navnet og hilser på ungdommen. De er opptatt av å være vennlige og høflige. Tannpleierne smiler og gir ofte en kommentar på hvordan ungdommen ser ut hvis de for eksempel har på en fin t-skjorte. Flere av informantene spør når de henter ungdommen på venterommet om hvordan pasienten har det. Flere sier at de prøver å se på kroppsspråket til pasienten når de henter vedkommende på venterommet. Er det en åpen eller lukket person? Virker de nervøse? Flere prøver å se på ikke-verbale tegn.

En tannpleier nevner at hen er glad for at hen henter pasienten på venterommet selv. Tannpleieren forteller at tannlegene ikke gjør det selv; det er tannhelsesekretæren som henter pasienten for dem. En tannpleier nevner at samspillet starter allerede når man henter pasienten på venterommet. Under er tre sitater som viser at tannpleierne tenker det er viktig å være hyggelig med en ungdomspasient for å skape god relasjon.

«Jeg tror at hvis man begynner å skal hakke på ungdommer eller møte de veldig strengt i en fase hvor man skal bygge tillit, så er ikke det så veldig bra for at de skal lytte til meg og stole på meg og tro på det jeg sier.»

«Jeg tenker det er viktig å møte de på en hyggelig og trivelig måte, som gjør at de føler seg ønsket og velkommen på klinikken da. At de kanskje får et bilde av at vi er

her for å hjelpe de og ikke for å hakke på de på en måte, bestemme over de og ja, men at vi er her for deres beste.»

«Målet mitt er ikke at jeg må se tenner, jeg skal bygge relasjon. Det er en grunn til at det er tre oppstarts dager i barnehagen. Det er det samme med ungdommer.»

4.1.3 Hjelpemidler

Av hjelpemidler tannpleierne bruker for å forklare ungdommen om deres tannhelse og som brukes for å gi ungdommen kompetanse nevner de:

- Visning av bilder inne på kontoret eller på internett for å forklare ungdommen om deres tannhelse, for eksempel bilder av ulike grader av tannslitasje.
- Visning av bilde av sukkerklokka. Ved å forklare sukkerklokka kan man snakke om at det er viktig å pusse tennene, hva man kan spise, og at man ikke bør spise for ofte.
- Bruk av dataprogram som viser ulike orale sykdommer.
- Bruk av speil som viser ulike ting i pasientens munn, hvor pasienten selv kan følge med i speilet. For eksempel vise pasienten hvor det er plakk i munnen, eller hvilken tann som har syreskade.
- Innfarging av bakteriebelegg for å vise hvor det er belegg, og hvilken tann som har syreskade.
- Demonstrasjon av pusseteknikk i pasientens munn og på tannmodell, både med elektrisk og vanlig tannbørste, samt bruk av tanntråd.
- Visning og forklaring av røntgenbilder, for eksempel før og etter dannelsen av hull.

4.1.4 Formidling av negative konsekvenser

En tannpleier forteller at hen ikke prøver å snakke så mye til ungdommen om konsekvenser av dårlig tannhelse når de blir voksne. Hen synes det fungerer dårlig å fokusere på det og det gjør det vanskelig for ungdommen å relatere seg til det. Tannpleieren fokuserer heller på umiddelbare konsekvenser av tanntannhelsevaner. Tannpleieren nevner dårlig ånde og gule tenner som eksempel. Dette begrunnes på følgende måte:

«... Det er jo sånn at ungdommer er jo ikke ferdig utviklet oppi hjernen ...»

En annen tannpleier har mer fokus på langtidskonsekvenser, som den økonomiske byrden av dårlig tannhelse. Tannpleieren forteller ungdommen at hullet og fyllingen vil koste ungdommen mange penger senere. Det at ungdommen skal ha tennene til de blir gamle ble også nevnt som en konsekvens, med ønske om at ungdommen skal tenke over hva de gjør med tennene nå.

4.1.5 Foreldrene med inn på undersøkelsen

Det blir sagt at foreldrene kan være en god ressurs og motivere ungdommen, og foreldrene kan være engasjerte. Flere sier at det er vanlig at ungdom har med foreldrene inn på kontoret til tannpleieren når ungdommen skal undersøkes. Flere tannpleiere synes det er lettere å snakke med ungdommen når foreldrene ikke er til stede. Tannpleierne føler at de ikke helt når inn til ungdommen hvis foreldrene er med inn på undersøkelsen. Ungdommen kan se bort på foreldrene og forvente at foreldrene skal svare for dem. Foreldrene kan ta over og snakke for ungdommen. En tannpleier forklarer at det kan skje at tannpleieren og forelderen sitter og snakker over pasienten:

«...den pårørende spør om noe. Da blir det sånn at vi har en samtale, gjerne på hver vår side av hodet til pasienten. Du ser at pasienten soner ut. Det er liksom, den her samtalen er jeg ikke med på. Så ligger de bare i en sånn stol veldig rart imellom oss to som prater.»

En tannpleier sier at hen ønsker helst at ungdommen kommer alene fra 14-årsalder. Ungdommen får lov til å ha med foreldrene inn på kontoret hvis de ønsker det. Det blir sagt at foreldrene har en påvirkning på livsstilen til ungdommen. Hvis foreldrene ikke var med på time blir det ytret at man kan ringe de etterpå for å opplyse om ungdommens tannhelse. Å opplyse foreldrene nevnes å være viktig fordi:

“Hvis foreldrene drikker mye brus hjemme, så gjør ungdommen det også”.

4.2 Motiverende intervju

4.2.1 Barrierer med motiverende intervju

Flere av tannpleierne bruker ikke MI fast i samtale med ungdomspasienter. MI blir beskrevet som en stor og kompleks teknikk. Majoriteten av tannpleiere sier at det er vanskelig med MI hvis ungdommen ikke sier så mye. Det er vanskelig hvis ungdommen trekker på skuldrene og sier at det har de ikke tenkt på. Det blir også stilt spørsmål om hvor mye man skal presse på med MI hvis man ikke kommer igjennom til pasienten. Hvorfor MI ikke blir brukt fast i møte med ungdom beskriver en tannpleier slik:

«Sitte å hale ting ut av folk, jeg er ikke noe god på det rett og slett. Sitte å fiske og fiske og fiske, jeg blir litt sånn frustrert når jeg ikke får noe ut av dem. Så jeg skulle vært flinkere med det (MI). Har jo hørt at det er måten man skal gjøre det på.»

Det er viktig å få noe tilbake av ungdommene som de kan jobbe videre med. Hvis ikke går samtalen trått. Hvis man ikke får noe ut av samtalen så er det fort gjort at man kommer med råd og blir en gammel «kjerring» som sitter og maser. Det funker ikke. Det er ønsket om at ungdommene skal komme opp med løsningen selv. Selv om ungdommen ikke sier så mye under timen så har man kanskje sådd et lite frø. Ungdommen kan gå ut fra kontoret og ha fått med seg noen tanker hjem. Det blir sagt at ved MI skal man spørre om pasienten ønsker informasjon. Man kan føle seg litt låst i MI. Det blir nevnt at MI tar tid.

4.2.2 Elementer av motiverende intervju

Flere som ikke nevner at de bruker MI som metode ved spørsmål om teknikker, kan likevel bruke elementer av MI. Å prøve å få ungdommen til å tenke litt før de svarer blir nevnt. Hvis det er syreskader så kan man vise ungdommen tanna som har syreskade og spørre rundt hva ungdommen drikker av syrlig drikke og hvor ofte ungdommen drikker det. Dette gjør at ungdommen blir litt mer bevisste og de kan ha en samtale rundt det. Flere sier at de prøver å stille åpne spørsmål til pasienten. Det kan komme mye informasjon ut av åpne spørsmål. For eksempel om pasienten kjenner noen ting eller hvordan pasienten har hatt det siden sist. Det

blir også nevnt å snakke med ungdommen om det som er viktig for dem, for å finne ut hva ungdommen er mottakelig for.

«Så innimellom så spør jeg hva er viktig for deg da, med munn og tennene dine. Eller hva som er viktig med munn og tennene for deg. Ja. For å få en liten sånn pekepinn.»

4.2.3 Fordeler med motiverende intervju

En tannpleier sier at hen har blitt veldig glad i MI. Hen synes den fungerer veldig bra hvis de har kommet i en god flyt. Hen liker godt å høre på ungdommen forteller hva de skal/bør gjøre. Tannpleieren spør alltid ungdommen om rutiner for tannpuss. De fleste pusser tennene på kvelden, så da ber hen dem om å fortelle litt hva som er årsaken til at de ikke pusser om morgenen. Hen forteller at hen prøver å speile ungdommen hele tiden. Spør om de har tenkt på og om det er ting de kan gjøre annerledes. Hen har et håp om at det blir lettere for ungdommen å gjennomføre løsningen når de har kommet med ideen selv og fått støtte fra tannpleieren. Dette kan gi eierskap til endringen. Hen sier:

«Prøver å hente fram ideene hos dem. Sånn at det er de som foreslår at jeg kunne jo ha gjort sånn og sånn. Det var en god ide ja! Men hvis du sliter med tannpuss med kveldene da, hva kan du gjøre for å endre det da? For å huske på det? Nei, alarm på telefonen for eksempel. Det var jo veldig lurt, det kan du jo. Prøve å få de til å komme med forslagene.»

4.2.4 Opplæring i kommunikasjon

Det er i varierende grad tannpleierne opplever at de har fått opplæring i kommunikasjon og MI. Flere tannpleiere sier at de ikke har hatt noen opplæring i kommunikasjon eller MI etter at de startet å jobbe. De tannpleiere som har jobbet lengre enn 10 år forteller at de har hatt kurs i MI mens Sør-Trøndelag var eget fylke. Det var et intenst kurs med mye opplæring og kursing i måten å snakke med pasienter på. Det blir sagt at det var litt uvant i starten med MI, men man blir bedre på å formulere seg med trening. De lærte litt i dybden om MI på det kurset. De tannpleierne som var på det kurset synes det var bra og at det var mye fokus på MI

i fylket i tiden etter kurset. De husker ikke helt når dette kurset var, det kan ha vært for over ti år siden. Den gangen var også journallinjene laget slik at man kunne fylle inn MI-Tobakk eller MI-syreskader. Det er ikke ferdigutfylte linjer med MI lengre. Det gjorde det lettere å huske på å bruke MI når man kunne trykke på det i journalen. Slike ferdigutfylte linjer med MI fins ikke lengre i journalen.

Det nevnes at det burde vært mer kurs om kommunikasjon og at det hadde vært fint med repetisjon og påminnelse i hvordan man skal kommunisere med pasienter. En tannpleier sier at det ikke er så mye fokus på kommunikasjon på klinikken, men at klinikklederen stoler på at de ansatte kommuniserer godt med pasientene. Det nevnes at man kunne vært flinkere til å snakke om samtaleteknikker på klinikken. En annen sier at de har et godt samspill på klinikken og at det hender at de diskuterer hvordan man kan nå inn til pasienten.

De tannpleierne som ble ferdig utdannet i løpet av de siste 10 år har lært noe om MI på studiet. Det gis uttrykk for at det er ønskelig med mer kunnskap om MI. Det blir sagt at det er lite fokus på å bruke MI i fylket. Det blir fortalt at det står i retningslinjene til tannhelsepersonell at det er en sterk føring å bruke MI, det kommer fram at det burde ha vært fokus på MI på alle fagdager og kurs. Behandlingsteama tar stor plass på fagdager for tannhelsepersonell. Man lærer seg noen teknikker når man har mange års erfaring klinisk, og denne erfaringen blir sett på som viktig i kommunikasjonen med ungdom.

4.3 Tid og stress påvirker kommunikasjonen

4.3.1 Tid til forberedelse

Det var varierende i hvor stor grad tannpleierne opplever at de har nok tid til å forberede seg før de tar inn en ungdomspasient på kontoret. Noen av tannpleierne svarer at det er nok tid mellom hver pasient og at de rekker å lese over journalen. Det er viktig med forberedelsen før man tar inn en pasient. En av informantene som synes det er nok tid til forberedelse forteller at tannklinikken ligger på et lite sted. Det gjør at tannpleieren vet hvem pasientene er før de blir hentet inn. Informanten opplever å komme fra en liten plass som en fordel. Å ha nok tid til forberedelse beskriver en tannpleier slik:

«Det er ikke bare en person med tenner. Jeg må jo ha noe kjøtt på benet.»

Noen ganger blir det litt knapt med tid til å forberede seg å lese seg opp i journalen før man tar inn pasienter. Det blir nevnt at det skulle vært bedre tid til forberedelse. Det blir sagt at antallet pasienter man har inn i løpet av en dag er målbart, mens tiden til forberedelser blir ikke målt. Det blir nevnt at hvis det er dårlig tid, så må man bare ta inn pasienten uten å lese over journalen. Det kan oppleves stressende, men går bedre når pasienten er inne på kontoret. En informant som sier at det ikke alltid er tid til å lese ordentlig igjennom journalen, leser alltid de siste setningene før pasienten hentes inn. Man får fort et inntrykk ved å lese undersøkelseslinjene, se på navnet til pasienten og raskt se på røntgenbilder. Ved å se raskt på tidligere røntgenbilder kan man få mye informasjon om pasientens tannhelse røntgenbilde. Forberedelsene skjer altså mye hurtigere hvis det er dårlig tid.

4.3.2 Tid når ungdommen er i stolen

Noen av tannpleieren opplever å ha for lite tid til undersøkelsen. Hvis man bruker fem minutter ekstra på alle pasienter så rekker man ikke lunsj. Det oppleves stressende hvis man ikke har nok tid til å prate med pasienten. De fleste sier at de stort sett har satt av 30 minutter til ungdomspasienter og disse minuttene inkluderer hygiene, journalskriving, skanning av røntgenbilder i tillegg til en undersøkelse med helsefremmende del. En tannpleier sier at hen tar seg god tid til å gjennomføre helsefremmende opplæring med ungdom. Hen setter opp 40 minutter på undersøkelsene. Hen snakker om at det er en standard at man skal ha 30 minutter og at noen tannpleiere har 20 minutter på en undersøkelse. Det synes hen er helt sykt. På den tiden får man nesten bare skannet røntgenbilder sier hen. Hen synes det er viktig å med det helsefremmende perspektiver med fokus på det som gir helse. Hen ønsker seg alt fra 40- 50 minutter på undersøkelsen. Flere av tannpleierne setter opp en ny time til de ungdommene som de er bekymret for.

Det tar ekstra tid hvis ungdommen stenger seg inne og er vanskelig å kommunisere med. Tannpleiere bruker ekstra tid hvis det er dårlig renhold og om man må vise og instruere. Andre tannpleiere sier at de opplever stort sett å ha nok tid under undersøkelsen. De får snakket med pasienten og gitt informasjon og opplæring i løpet av den tiden. Hvis det blir for

liten tid setter de opp en ny time. De fleste tannpleierne opplever at de har fleksibilitet til å sette opp ny time til pasientene da de styrer timeboka selv. En tannpleier sier at på noen pasienter bruker hen å sette opp litt lenger tid til, hvis hen ser i journalen at pasienten trenger det. En grunn til at de velger å sette opp ny time kan være hvis pasienten har dårlig tannhygiene.

4.3.3 Lettere å komme med råd under stress

Hvis man er småstresset, kan man bli opphengt i å gi ut mest mulig informasjon til pasienten. Det er fort gjort at man kommer med mange råd til pasienten i stedet for å bruke MI. Man ramser opp at pasienten må pusse to ganger daglig og bruke tanntråd. Det blir gitt mye informasjon, selv om man vet at ungdommen ikke sitter igjen med så mye hvis det for mye informasjon. De fleste ungdommer vet fra før at de bør pusse to ganger om dagen. Dette beskrives på følgende måte:

«For stort sett så vet jo alle at de bør pusse 2 ganger om dagen kanskje. Og stort sett. Og de vet at de ikke bør spise godteri hver dag, mange i hvert fall. Og da hvis de hvert fall er fullstendig klar over det så er det ikke poeng å begynne å gi de mer dårlig samvittighet for det de ikke eventuelt gjør, men heller spørre de, vil du ha mer informasjon om det.»

En tannpleier forklarer det slik om hva som skal til for å fokusere på veiledning:

«Tid! Masse tid. Og mere ansatte som tannpleiere, sånn at vi faktisk kan få muligheten til å gjøre det her. Nå er vi veldig lite ressurser, med lite ressurser på veldig mange mennesker. Og et veldig høyt ansvar. Både egentlig fra arbeidsgiver, men og fra disse politiske føringene vi sitter med. Så det er ganske mye du skal. Du skal forebygge angst, du skal gjøre MI, du skal undersøke, du skal veilede, og det er jo ikke rart man blir stresset. Du har veldig mye ansvar for veldig mange mennesker i løpet av en dag. Også er du et menneske selv i tillegg.»

5 Diskusjon

Denne studien viser at flere tannpleiere ikke bruker noen spesielle kommunikasjonsteknikker i møte med ungdom. Elementer av MI, som åpne spørsmål kan bli brukt. Det var viktig for tannpleierne å være hyggelig med ungdommen og de ønsket at ungdommen skal vite at tannpleierne er der for å hjelpe de. Hvis ungdommen hadde med foreldrene inn på timen var det flere tannpleiere som opplevde at det var vanskelig å kommunisere med ungdommen. Tannpleierne brukte flere hjelpemidler når de skulle vise og forklare ungdommen både i munnen og utenfor munnen. Tannpleierne hadde hatt lite opplæring i kommunikasjon på arbeidsplassen i nyere tid. Dårlig tid kunne påvirke kommunikasjonen og det ble lettere å komme med råd ved dårlig tid, i stedet for å stille åpne spørsmål. I første del av diskusjonen vil jeg se på SDT og MI og diskutere funn fra egen studie. Deretter vil jeg diskutere fokus på kommunikasjon og MI i organisasjonen og. Videre vil jeg diskutere råd og skremsel for å endre vaner, foreldrenes innvirkning på ungdommers tannhelse og tidsbruk. Helt til slutt i diskusjonsdelen vil jeg se på at det er viktig at tannpleiere er oppmerksomme på samfunnets påvirkning på tannhelsen og metodiske betraktninger.

5.1 SDT og MI

I motsetning til SDT er ikke MI en teori, men den er utviklet fra klinisk praksis (Foldal, 2020, s. 20). MI har blant annet blitt påvirket av SDT i tillegg til flere andre teorier (Foldal, 2020, s. 20). I Både SDT og MI er det viktig å ikke dømme pasienten (Deci & Ryan, 2012, s. 4). Tannpleierne i denne studien var tydelig på at de ikke ønsket at pasientene skulle få inntrykk av tannpleieren var der for å hakke på dem. Det er viktig for tannpleierne i denne studien å være støttende. Både i SDT og MI ønsker man at pasienten skal være autonome, og at behandleren lytter til hva pasienten sier (Deci & Ryan, 2012, s. 4). Å lytte til pasientene og høre på hva de ser på som et problem er viktig for å bygge oppunder pasientens autonomi (Halvari et al., 2012b, s. 787). Tannpleierne i denne studien forteller at de prøver å la ungdommen tenke litt selv og snakke om det som er viktig for dem. Flere av tannpleierne er opptatt av å stille åpne spørsmål. Å stille åpne spørsmål er viktig i MI (Miller & Rollnick, 2016, s. 61). Dette gir ungdommen mulighet til å fortelle om sine ønsker og synspunkter (Barth et al, 2021, s. 48). Ved å prøve å få ungdommen til å tenke selv legger tannpleieren til

rette for at ungdommen skal få personlig utvikling og at ungdommen har ressurser selv til å foreta en endring (Vansteenkiste et al., 2006, s. 66). Ved å gi ungdommen autonomistøtte er det viktig at man støtter ungdommen i de valgene de tar for sin egen tannhelse (Halvari et al., 2012b, s. 778). I SDT skal pasienten selv være opprinnelsen eller kilden til ens egen oppførsel, da er pasienten *autonom* (Deci & Ryan, 2002, s. 8). Et valg om hvordan de ønsker å leve livet og bruke ulike tannhelseprodukter skal være av fri vilje, ikke noe de føler seg presset av fra tannpleieren (Blaakman et al., 2022, s. 3). Det er viktig å huske at autonomi ikke er det samme som å være atskilt fra andre (Blaakman et al., 2022, s. 3). Pasienter som føler seg autonome vil ha større sannsynlighet for å legge større innsats og være mere utholdende i tannhelseatferden (Patrick & Williams, 2012, s. 2). Det er funnet sammenheng mellom opplevd autonomistøtte og redusert plakk (Halvari et al., 2019, s. 1421- 1433). Å støtte pasientens autonomi er i tråd med SDT og MI og empowerment-tenkningen i helsefremmende arbeid, hvor man tenker at pasienten skal kunne ta egne valg, og oppleve kontroll over helsen sin (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 66; WHO, 1986). Tannpleierne i studien ønsket å vise respekt ovenfor pasienten og være empatiske. Ved å lytte til ungdommen, anerkjenne følelsene, og ha et ønske om å forstå, så viser de empati (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 73). Empati er viktig i både SDT og MI (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 73).

Tilhørighet er viktig i SDT (Deci & Ryan, 2012). Denne studien viser at tannpleierne er opptatt av tilhørighet. Det å bygge en relasjon og vise pasientene at man er der for de er viktig for deltakerne. Tannpleieren ønsker at ungdommene skal føle seg velkommen. Det er også viktig at ungdommen kan kjenne at tannpleierne er der for å hjelpe de og ikke dra de ned. Det at tannpleierne er opptatt av tilhørighet og bygge relasjon kan være med på å gjøre pasienten i stand til å være åpen og dele sine tanker med tannpleieren (Ng et al., 2012). Ved å anerkjenne pasienten kan man skape tilhørighet til pasienten og dermed gi autonomistøtte til pasienten (Halvari et al., 2012b, s. 778). Å bygge tillitt og relasjon starter allerede når tannpleieren henter pasienten inn fra venterommet. Det er viktig at tannpleieren ser pasienten som noe mer enn en pasient med hull og syreskader. Tannpleieren må se, anerkjenne og gi bekreftelse til ungdomspasienten (Haugan, 2014, s. 207).

Tannpleierne i denne studien var opptatt av å utvikle ungdommens helsekompetanse.

Tannpleierne fortalte ungdommen om funn i munnen deres og ga informasjon om hva som

kan gjøres med det. Tannpleierne kunne vise i et speil hvor det lå plakk. Tannpleierne hadde også ulike hjelpemidler som kunne hjelpe de i å formidle kunnskap til ungdommen. For eksempel bilder av syreskader, dataprogram og forklare ut fra et røntgenbilde. Å gi informasjon og demonstrere til pasienten om for eksempel hvordan man skal pusse tennene kan styrke pasientens kompetanse (Halvari et al., 2012b, s. 779). Å legge en plan sammen med pasienten ut ifra pasientens ferdighetsnivå kan være med på styrke pasientens kompetanse (Patrick & William, 2012, s. 4). Dette blir nevnt i studien at tannpleierne spør pasienten om hva som er viktig for dem med tannhelsen. Ved å vite hva som er viktig for ungdommen kan man være med på å sette mål sammen med ungdommen (Patrick & William, 2012, s. 3). Denne studien fant at det var viktig å finne oppnåelige mål for ungdommen. For eksempel at det var bedre å bruke tanntråd en gang i uken enn ingen. Å gi pasientene tannhelsekompetanse kan være med på å sikre at pasienten er autonom, altså tar valg av fri vilje (Patrick & William, 2012). Gjennom kunnskap blir det enklere for pasienten å ta egne valg og ikke gjøre noe fordi at noen andre vil at de skal gjøre det (Patrick & William, 2012, s. 3).

En forskjell mellom SDT og MI er MI sitt syn på endring (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 76). I MI ønsker man at pasienten skal komme med ideen til endring (Ryan et al., 2011, s. 37). Hvis tannpleieren oppdager at ungdommen har karies, vil man ut ifra MI anta at pasienten ønsker å få hjelp til å endre seg (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 76). Her kan tannpleieren overse at ungdommen har andre oppfatninger og det kan komme motstand fra hen (Vansteenkiste & Sheldon, 2006, s. 76). Det er derfor viktig at tannpleieren lar ungdommen utforske sin ambivalens, ved at det er ungdommen selv som kommer opp med årsaken til endring, dette samsvarer med SDT hvor man ikke skal være dømmende og at man lar ungdommen ha kontroll (Patrick & Williams, 2012, s. 8-9). Det er allikevel viktig å huske på at tannpleieren ikke skal få pasienten til å gjøre slik som tannpleieren forventer, ungdommen må selv være motivert for endring og endring kan ikke påtvinges (Miller, 2009, s.131). For en ungdomspasient som ikke har lyst til å endre seg, for eksempel for ungdommen som trekker på skuldrene, kan endringsnakk i MI føles som tvang (Patrick & Williams, 2012, s. 10). En annen forskjell mellom MI og SDT er at SDT fokuserer på indre motivasjon, for eksempel at pasienten skal pusse tennene for sin egen skyld (Patrick & Williams, 2012, s. 8). Motsatt kan MI være med på å styrke ytre motivasjon (Patrick & Williams, 2012, s. 8). Ved å bruke

styrkene i MI og SDT kan tannpleierne være med på å bidra til å skape god tannhelse (Patrick & Williams, 2012).

Tannpleierne synes det var vanskelig når ungdommene ikke ga så mye av seg selv i samtalen. Det er ikke uvanlig at man som behandler får lyst til å gi opp når pasienten er i tvil om hen ønsker å endre seg (Barth et al., 2021, s. 15). Pasienter kan bare endre helsevaner hvis de selv ønsker det (Wills, 2016, s. 161). Det er allikevel viktig å vise ungdomspasienter som ikke gir så mye av seg selv respekt og forsøke å forstå deres verden (Wills, 2016, s. 159). Hvis tannpleierne informerer om noe som ungdomspasienten ikke synes er interessant eller noe ungdomspasienten føler at hen ikke har bruk for, kan det føre til frustrasjon hos begge (Barth et al., 2021, 128). Hvis pasienten ikke er motivert kan det være lurt å ta en pause i å utforske pasientens ønsker om endring og motivasjon (Barth et al., 2021, s. 191).

5.2 Mer fokus på kommunikasjon og MI i organisasjonen

Flere av tannpleierne fortalte at de ikke brukte noen spesielle teknikker i møte med ungdomspasientene. Tseng et al., (2020) finner også i sin studie at de fleste av tannhelsepersonell som var intervjuet ikke brukte anbefalte teknikker, som MI (s. 7). En av grunnene til at de ikke brukte det var at det ikke var påkrevd standard i deres klinikk (Tseng et al., 2020, s. 7). Det har mye å si at tannpleierne føler seg trygge i kommunikasjonen, fordi pasientene trenger en tannpleier som er profesjonell (Landsem, 2018, s. 2). Ettersom man vet at det å bare fortelle ungdom at de må huske å pusse tennene ikke er tilstrekkelig for at ungdommen skal gjøre det (Barth et al., s. 44), er det viktig at tannpleierne får støtte og opplæring i kommunikasjon som støtter pasientens autonomi. For at tannpleierne skal jobbe med å gi autonomistøtte til ungdomspasientene er det viktig at lederne i fylkeskommunen støtter tannpleierne i å jobbe på denne måten og ikke presser tannpleierne (Ryan & Deci, 2008, s. 191). Derfor er det lurt at det er fokus på kommunikasjon og jevnlig kurs om kommunikasjon i fylkeskommunen (Gorter, 2005, s. 91). Ut ifra det tannpleierne forteller kan det virke som det er lite fokus på kommunikasjon generelt og MI spesielt ute på klinikkene. Det er ikke noe krav fra ledelsen om at MI skal brukes. For å effektivt integrere MI er det viktig at metoden anerkjennes og verdsettes av tannhelsepersonell, pasienter og organisasjonen (Leske et al., 2021, s. 415).

Fylkeskommunen bør bruke tid på å implementere MI som en metode blant tannhelsepersonell i fylket ettersom flere sitter igjen med en følelse av å ikke kunne nok om det, og at de ikke har fått nok tid til å trene på det. Helsedirektoratet skriver også at det er viktig at tannhelsetjenesten legger til rette for MI ved å gi veiledning, opplæring og trening av sine ansatte (helsedirektoratet, 2022). Miller & Rollnick (2016) er tydelige på at det ikke er nok med et passivt kurs for å lære MI (s. 395). Et kurs eller seminar kan gi tannhelsepersonell basiskunnskap, men er ikke nok for å implementere MI i fylkeskommunen. De sammenligner å bli god i MI som å bli god på et instrument eller i en sport. Det trengs trening og en som gir tilbakemelding (Miller & Rollnick, 2016, s. 395- 408). For å bli god til å spille piano er det lurt å ha en pianolærer, likedan en trener for å bli god i friidrett. Tannhelsepersonell kan få veiledning av en coach som observerer en undersøkelse med for eksempel en ungdomspasient (Miller & Rollnick, 2016, s. 395- 408). Foldal et al., (2021) finner at den største barrieren for å ta i bruk MI i NAV var hvor mye trening og øving som var nødvendig for å mestre MI-ferdighetene (s. 792). Det er vanskelig for tannpleierne å ta i bruk MI naturlig bare ved lese retningslinjene til helsedirektoratet uten opplæring (Miller & Rollnick, 2009, s. 135-136). Det er lurt å ha med MI på fagdager slik som en tannpleier sa, men dette er bare begynnelsen for å gi tannhelsepersonell litt forståelse av temaet (Miller & Rollnick, 2016, s. 397). Tannhelsepersonell kan få veiledning i MI fra KORUS Bergen hvor de kan sende samtaler med en pasient til analyse (Helsedirektoratet, 2022). For å sikre kvalitet i tannhelsetjenesten er det viktig med god kommunikasjon mellom tannpleier og pasient (Tveiten, 2020, s. 81).

5.3 Råd og skremsel for å endre vaner

Man skulle tenke seg at det å få et eller flere hull skulle være nok motivasjon for en pasient til å endre sine vaner som til å for eksempel pusse to ganger om dagen og spise mindre søtt. Et vanlig spørsmål som helsearbeidere tenker over, er «hvorfor forandrer ikke folk seg?» (Miller, 2004, s. 2). Pasienter kan fortsette med usunn atferd til tross for at de tydelig vet hva de bør gjøre og hvordan de skal endre seg (Lomba et al., 2016, s. 28). I en studie med alkohol fant de at jo mer rådgiveren konfronterte pasientene, jo mer drakk pasientene ved 12 måneders kontroll (Miller, 2004, s. 3). Pasienter som har hatt dårlig tannhelse hele livet har vanskeligheter for å endre tannhelsevaner og vanskeligheter med å bli mer bevisst på viktigheten med god tannhelse (Soldo et al., 2020, s. 106). Vaner er noe som hører til

hverdagslivet til mennesker (Christiansen, 2020, s. 179-180). En vane om å ikke pusse tennene på morgenen kan være noe et menneske alltid har gjort og er derfor vanskelig å endre. Å ikke pusse tennene på morgenen kan være noe som går av seg selv, på autopilot, uten at personen tenker så mye over det (Christiansen, 2020, s. 179-180). Flere av tannpleierne var beviste på å ikke gi råd til pasienten. Dette er i samsvar med SDT hvor man ikke skal overstyre pasienten (Deci & Ryan, 2012, s. 2). Jo mer motstand pasienten uttrykker under samtale, jo mindre sannsynlig er det at den endrer atferd (Miller, 2004, s. 4). Flere tannpleiere i denne studien sa at det var fort gjort å bare gi råd. En tannpleier nevnte også at de fleste vet at de skal pusse to ganger om dagen og de vet at de bør spise mindre søtt. Barth et al., (2013) skriver at til og med barn vet at for mye sukker ikke er bra for tennene (s. 45). Derfor kan man anta at også ungdom er fullstendig klar over at man ikke bør spise godterier flere ganger om dagen. At tannpleieren snakker om fakta som er kjent fra før, for eksempel at det er viktig å pusse to ganger om dagen tilfører ikke noe nytt og har dermed liten påvirkning på motivasjonen til pasienten (Barth et al., s. 44). Det å gjenta informasjon som er kjent for pasienten kan føre til motstand hos pasienten (Barth et al., s. 44). Å forvente at pasientene skal følge de rådene en tannpleier gir kan fort gå over til å være kontrollerende (Deci & Ryan, 2012). Det er derfor viktig at tannpleierne ikke bare snakker om hva som bør gjøres, men heller legger til rette for læring (Green et al., 2015, s. 327). I teorien om SDT kan tannhelsepersonell gi anbefalinger eller råd, men disse må gis på en autonomistøttende måte (Deci & Ryan, 2012, s. 3). Et eksempel kan være: *«Jeg vil gjerne fortelle deg hva som er viktig for tannhelsen. Jeg forstår at det kan være enkelt å legge seg på kvelden i stedet for å pusse tennene. Om du ønsker å pusse tennene er ditt valg. Jeg tror det kan være nyttig for deg å ta en vurdering på om du ønsker å pusse tennene på kvelden. Jeg respekterer valget ditt»* (Deci & Ryan, 2012, s. 3). På denne måten styrker tannpleieren pasientens autonomi ved at tannpleieren forstår at det er vanskelig og samtidig respekterer pasients valg. Det er viktig at pasienten har troen på at det er deres valg og ikke tannpleieren som bestemmer (Deci & Ryan, 2012). Det er viktig å spørre pasienten om det er greit at man kommer med informasjon eller råd før man gir de (Miller & Rollnick, 2013, s. 181).

Det var litt varierende hvordan tannpleierne formidlet negative konsekvenser av tannhelse. Selv om flere av tannpleierne forteller at de ikke bruker noen spesielle teknikker i møte med ungdom er det viktig at de er bevisste på at å skremme, true eller bestikke ungdommen til å pusse tennene sine to ganger om dagen ikke vil gi ønskede resultater (Deci & Ryan, 2012, s.

2; Blaakman et al., 2022, s. 5). Økonomi ble nevnt som en konsekvens, at det ville bli dyrt som voksen når man har dårlig tannhelse. Å nevne økonomi kan gi resultater på kort sikt, men ungdommen blir ikke indre motivert av det (Blaakman et al., 2022, s. 5). Å skremme ungdommen med for eksempel at det kan bli dyrt å betale for fyllinger når de blir voksne eller hvis du ikke gjør sånn så får du hull i tennene, eller i verste fall miste tennene fungerer ikke. Å skremme er ikke en effektiv motivator for å endre vaner (Miller & Rollnick, s. 168). I resultatene ble det også nevnt å fokusere på umiddelbare konsekvenser av tannhelsevaner. Dette kan være hensiktsmessig, fordi ungdom kan ha vanskeligheter med å tenke på konsekvenser som er langt fram i tid (Syvertsen, 2022, s. 20). Å gi informasjon er en viktig oppgave for tannpleierne (Wills, 2016, s. 200). Pasientene trenger kompetanse om tenner for å ta gode valg for sin egen tannhelse, og med kunnskap kan det føre til at pasientene opplever mestring (Christiansen, 2020, s. 80). Det er likevel viktig at tannpleierne husker at det ikke bare er de som skal snakke når informasjon gis (Christiansen, 2020, s. 79). Det kan være vanskelig for pasienten å forstå det som tannpleieren formidler, det vil si at pasienten kan mangle helsekompetanse (Christiansen, 2020, s. 80). Christiansen (2020) skriver at flere helseinstitusjoner sender ut en E-læring til pasienten før pasienten kommer på time (s. 81). Da har pasienten fått viktig informasjon og kan stille spørsmål direkte til helsepersonell når de møter de (Christiansen, 2020, s. 81). Kanskje ville det vært lurt at tannpleiere sender ut e-læring med fokus på hvordan skape god tannhelse? På denne måten kunne ungdommen stilt spørsmål og vært en aktiv part i samtalen med tannpleieren når de er på tannklinikken. Det er også viktig at informasjonen er tilpasset pasienten og gjerne på et hverdagslig språk (Miller & Rollnick, 2013, 174). Tannpleierne bør unngå å bruke faguttrykk i møte med ungdomspasienten (Miller & Rollnick, 2013, s. 174). Det er altså viktig at tannpleierne tenker over hvordan de gir informasjon og at tannpleieren husker at pasienten er eksperten på seg selv (Miller & Rollnick, 2013, s. 174). Det er viktig at tannpleieren er nysgjerrig og lyttende til pasienten, slik at pasienten får den informasjonen den har behov for (Miller & Rollnick, 2013, s. 169). Det er viktig at tannpleierne ikke gir den samme informasjonen til alle ungdomspasientene, men tilpasser informasjonen til hver enkelt ungdomspasient (Christiansen, 2020, s. 97). I tillegg til tilpasset informasjon til pasienten kan man benytte mer generell informasjon som brosjyre eller E-læring. Det vil styrke pasienten at tannpleieren bruker flere metoder i kommunikasjonen med ungdom, og brosjyre eller E-læring kan være et nyttig supplement fordi pasientene husker bare halvparten av informasjonen som helsepersonell har gitt fem minutter etter konsultasjonen (Christiansen, 2020, s. 97; Wills,

2016, s. 205). Å lytte aktivt til pasienten er viktig for å lykkes i å gi veiledning og helseinformasjon til pasienten (Miller & Rollnick, 2012, s. 79). På denne måten får tannpleieren vite mer om hva ungdommen allerede kan om tannhelse og hva de allerede har prøvd hjemme (Miller & Rollnick, 2012, s. 79). For tannpleierne er det viktig å huske å bruke et positivt ladet språk i møte med ungdom og ikke bruke ord som gjør at pasienten føler at det tannpleieren sier er noe ungdommen må gjøre (Miller & Rollnick, 2013, s. 175). Derfor er det viktig at tannpleierne unngår ord som «må», «det kan du ikke», eller å si til pasienten at den ikke har noen valg (Miller & Rollnick, 2013, s. 175). For pasienten kan jo velge å pusse en gang om dagen. I en helsefremmende tilnærming er det betydningsfullt at tannpleierne hjelper ungdomspasienten til å finne svarene selv (Christiansen, 2020, s. 85). Dette kan tannpleieren hjelpe til med gjennom kommunikasjon og ved å stille spørsmål, i tillegg kan tannpleierne komme med informasjon der hvor det er nødvendig (Christiansen, 2020, s. 85). Tannpleieren må legge til rette for at ungdomspasienten kan utløse sine ressurser for å ta valg for tannhelsen sin (Christiansen, 2020, s. 85).

5.4 Foreldrenes påvirkning

Flere tannpleiere uttrykker at hvis foreldrene er med inn på timen kan det forstyrre interaksjonen mellom tannpleier og ungdom. Foreldrene har påvirkning på ungdommers tannhelse. Ungdommer som føler press fra foreldre om å bruke tanntråd har større sannsynlighet for å gjennomføre det (Åstrøm, 2019, s. 281). Press fra foreldrene styrker derimot ikke ungdommens autonomi og kan bidra til ytre motivasjon (Deci & Ryan, 2012). Foreldrene kan snakke med ungdommen hjemme om hvor viktig det er for helsen og livskvaliteten å pusse tennene to ganger daglig (Helsedirektoratet, 2022). Tannpleieren kan gjøre foreldrene oppmerksom på deres rolle til å påvirke ungdommen til å endre helsevaner (Åstrøm, 2019, s. 281). Vi kan ikke forvente at ungdomspasienten får med seg og husker alt tannpleieren sier (Christiansen, 2020, s. 80). Foreldre kan derfor være med på timen og få med seg informasjon og igjen gi denne informasjonen til ungdom ved et senere tidspunkt (Christiansen, 2020, s. 95). Det handler ikke bare om hva foreldrene sier, men også hva de gjør. Hvis flere personer i ungdommens miljø har en positiv tannhelseatferd, er sannsynligheten større for at ungdommen også vil gjøre det samme (Åstrøm, 2019, 283). Foreldrene har større mulighet til å påvirke om begge to har positiv tannhelseatferd (Åstrøm,

2019, 283). Det er derfor viktig at foreldrene eksempelvis er enige om “i vår familie pusser vi tennene to ganger og drikker brus på lørdag”. For at vaner skal endres er det viktig at hele familien er med på endringen. Det er ikke lett for en ungdom å drikke mindre brus, hvis brusen står lett tilgjengelig i kjøleskapet og foreldrene tar seg brus når de er tørste. Slik som tannpleieren i et intervju sa “drikker foreldrene brus hjemme, så gjør ungdommen det også”. Det kan derfor være lurt som det ble nevnt i resultatene å ringe foreldrene etter undersøkelsen ettersom de har påvirkning på ungdommens tannhelse. I retningslinjene for tannhelsetjenesten, “Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år”, står det at foreldre bør inkluderes der hvor barnet har stor risiko for å få hull (Helsedirektoratet, 2022). Det kan være lurt å involvere foreldrene så ungdommen ikke blir ansvarlig for sin egen tannhelseendring alene (Bonde et al., 2014, s. 451). I pasient- og brukerrettighetsloven står det at foreldre og ungdommen skal informeres hvis ungdommen er under 16 år. Foreldrene skal ikke informeres hvis ungdommen er mellom 12 og 16 år og har en god grunn som bør respekteres (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Å involvere foreldrene kan bedre resultatet til ungdommen (Bonde et al., 2014, s. 452), selv om det kan føles dumt at man ikke når inn til ungdommen når foreldrene er med og de er nysgjerrige og spør mange spørsmål. Foreldre kan derfor være viktige støttespillere for ungdommen både for å få med seg informasjon og videreformidle til ungdommen, men også for å redusere angst hos ungdommen ved en time på tannklinikken (Christiansen, 2020, s. 95).

5.5 Tid til forberedelse og kommunikasjon

Noen nevner at det ikke alltid er nok tid til å forberede seg før timen. Dette kan gå ut over kommunikasjonen. I denne studien ble det funnet at det å respektere pasientens valg, å ikke overstyre dem kan oppleves som vanskelig. En av grunnene til at behandlere ikke gir autonomistøtte kan være hvis de opplever et press (Ryan & Deci, 2008, s. 191). Det kan være tidspress. Det ble også nevnt av en tannpleier i studien at hen brukte å informere mens pasienten lå og gapte; på denne måten fikk hen formidlet alt på den tiden som er oppsatt. Dette kan bety at det er for lite tid avsatt til å jobbe med autonomstøtte. Det blir også nevnt stress over alt man skal rekke og mye ansvar.

MI tar mye tid, blir det sagt. En studie fra Hansen (2022) fant også at tannpleiere synes MI var tidkrevende (s. 8). Dette samsvarer med funnene til Curry-Chiu et al. (2015) i studien om tannpleieres erfaringer med MI. Tannpleierne i studien synes MI tok tid og ingen blir glade hvis man blir hengende bak resten av dagen fordi man brukte 30 minutter på å snakke om munnhelse til en pasient (Curry-Chiu et al., 2015). Resultatene til Hansen finner at det er fokus på penger i tannhelsesektoren som igjen kan gi tannpleierne følelse av tidsknapphet (Hansen, 2022, s. 8). Det at helsesektoren skal effektiviseres og spare penger er godt kjent (Kalveland, 2017, s. 1). Dette kan føre til at tannpleierne opplever stress i forbindelse med at det er travelt og de kan kjenne på dårlig samvittighet som igjen kan gå utover pasienten. Dette kan gjøre at tannpleieren ikke er oppmerksom på pasienten som går utover relasjonen og omsorgen til pasienten (Nydal et al., 2016, s. 68- 69). Tseng et al., (2020) fant også at tid var en av barrierene for å bruke MI (s. 10- 11). Det er mange pasienter i løpet av en dag og man har kanskje bare 5-10 minutter til å snakke med en pasient og prøve å motivere pasienten (Tseng et al., 2020, s. 7). På tannklinikken hvor det er begrenset med tid kan en kort MI-samtale under 20 minutter ha effekt (Rubak, et al, 2005, s. 308). Sannsynligheten for effekt økte etter flere møter med pasienten (Rubak, et al, 2005, s. 308). Det er derfor lurt å kalle inn ungdom med risiko for tannsykdom oftere enn ungdom uten risiko for tannsykdom (helsedirektoratet, 2022).

5.6 Tannpleierne må løfte blikket

Valgene ungdom tar og tannhelseproblemer, påvirkes ofte av det samfunnet vi lever i (Haugland, 2019, s. 341). Det vil derfor ikke være slik at alle tannhelseproblemer kan forebygges på det enkelte tannpleierkontoret (Haugland, 2017 s. 341). Helsepersonell kan ha for stor tro på at informasjon gjør all nytten (Barth et al., 2013, s. 128). Det er viktig at tannpleiere også vet om alle determinantene som kan påvirke tannhelsen. For eksempel hvor viktig politikk og utforming av nærmiljøet kan være for tannhelsen (Wills, 2016, s. 20). En tannpleier kan prøve å overtale en ungdomspasient til å spise sunnere, fordi dette vil gi mindre karies. Det er viktig å ha det helsefremmende synet på helse i bakhodet og det er kanskje ikke så lett for denne ungdommen å endre livstil alene (Wills, 2016, s.19). Informasjon som tannpleierne gir på tannklinikken er dessverre ikke nok for å endre vaner (Wills, 2016, s. 200). Reklame på TV, på TikTok og Instagram kan påvirker hvilke valg ungdommen tar

(Wills, 2016, s.19). Hvilke tannhelsesaker media velger å legge vekt på kan også påvirke tannhelsen til ungdommen, media spiller altså en viktig rolle i å forme samfunnets syn på tannhelse og skape oppmerksomhet mot tannhelse (Wills, 2016, s. 201-202). Selv om den digitale teknologien kan øke tilgjengeligheten av helseinformasjon og forbedre helsetilbud, er det også viktig å huske på at teknologien kan være med på å skape ulikhet i helse, hvis fokuset er på at enkeltpersoner skal klare å ha kontroll på helsen sin via nettet (Wills, 2016, s. 215). I tillegg kan pris påvirke valgene til ungdommen, for eksempel hvis sjokolade og boller er billigere enn grønnsaker og frukt, kan det være lettere for ungdommen å velge det usunne (Wills, 2016, s. 19). Tilgjengelighet spiller også en rolle i hvilket valg ungdommen tar, er det tilgang til sunne valg i kantina? Eller er brus og energidrikker lett tilgjengelig i kantina? (Wills, 2016, s. 19). Det kan være en ide at skolen satser på helsefremmende arbeid, herunder tannhelse i sin læreplan til elever på ungdomsskolen (Haugland, 2019, s. 341). Ungdomspasienter som kommer fra familier med lav inntekt, kan ha vanskeligheter for å endre vaner seg hvis familien lever med vanskeligheter med fattigdom og usikkerhet (Wills, 2016, s. 162). Ofte er det de pasientene som har økonomiske ressurser, helsekompetanse og sosial støtte som er mest tilbøyelig for å dra nytte av pasientsentrerte tilnærminger (Wills, 2016, s. 162).

5.7 Metodiske betraktninger

En fordel med designet var at det var at intervjuguiden var utformet semistrukturert. Hvis det ikke hadde vært stilt åpne spørsmål kunne dette medført at viktig informasjon ikke ble fortalt (Jacobsen, 2022, s. 173). Det ville styrket studiens *validitet* hvis en annen forsker hadde gått over med et kritisk blikk og sett igjennom min analyseprosess (Thagaard, 2021, s. 189). Det er bare jeg som har gjennomført analysene i denne masteroppgaven. I metodekapitlet har jeg forsøkt å beskrive utviklingen av data så konkret som mulig, dette for å styrke *reliabiliteten*. Å få en dypere forståelse av hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdom var målet med denne studien. Det kan være vanskelig å si om funnene i denne studien er *overførbar* til andre tannpleiere rundt om i landet, ettersom det er begrenset antall informanter fra et fylke som

har blitt undersøkt (Jacobsen, 2022, s. 255). Hvis denne studien blir gjentatt andre steder i landet, er sannsynligheten for at man kan si at det er overførbarhet større (Jacobsen, 2022, s. 258). Hvis tannpleiere som leser denne masteroppgaven kjenner seg igjen i funnene i resultatene kan dette knyttes til overførbarhet (Thagaard, 2021, s. 182).

5.7.1 Ulemper med nærhet til forskningsfeltet

Det at jeg selv er tannpleier som jobber i samme organisasjon som tannpleierne som er intervjuet i studien kan ha påvirket resultatene. Dette kan ha påvirket tannpleierne til å ikke ville fortelle akkurat hvordan de opplever det i møte med ungdom fordi de ønsker å opptre på en sosial riktig måte ovenfor meg som er en kollega. De kan være redd for hva jeg tenker om dem, slik at de heller framstiller seg selv på en annen måte (Jacobsen, 2022, s. 242). Det ble presisert i starten av intervjuene at det var viktig at tannpleierne beskrev så nøyaktig som mulig hvordan de føler og opplever, og ikke tar for gitt at jeg som selv er utdannet tannpleier forstår hva de mener. Det kunne ha påvirket resultatene hvis det hadde vært sånn at tannpleierne trodde at jeg var veldig interessert i MI og de kunne ha bekreftet mine synspunkter. Jeg har ikke tidligere fremmet noen tanker om MI til tannpleierne som er intervjuet.

5.7.2 Fordeler med nærhet til forskningsfeltet

På den annen side kan det at jeg er tannpleier fra før gjøre at tannpleierne lettere deler sin kunnskap med meg og at de opplever å ha tillitt til meg (Jacobsen, 2022, s. 59). En annen fordel er at jeg har kjennskap til språket som tannpleierne bruker og diagnoser de snakker om (Jacobsen, 2022, s. 59). Min erfaring som tannpleier har gjort at jeg kan kjenne meg igjen i ting som tannpleierne forteller, jeg kan også ubevisst utelukke ting i analysen som er åpenbare eller ting jeg ikke har noen erfaring med selv (Thagaard, 2018, s. 190). Å være nøytral var viktig under intervjuene og analysene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Selv om man skal tilstrebe å være så nøytral som mulig kan dette være vanskelig da det er forskeren som er det viktigste redskapet for å få informasjon og i analysene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Under intervjuene prøvde jeg å fremstå så objektiv som mulig og ikke komme med mine synspunkter.

6 Konklusjon

6.1 Tannpleiernes kommunikasjon med ungdommer

Denne studien undersøkte hvordan tannpleiere kommuniserer med ungdom for å endre deres tannhelsevaner og tannpleiernes erfaringer med det. Funnene i studien viser at flere tannpleiere ikke bruker noen spesiell teknikk i møte med ungdommer. Tannpleierne ønsker ikke å virke masete når de skal snakke med ungdom og prøver å unngå å komme med mange råd eller for mye informasjon. I møte med ungdommen ønsker tannpleierne å være hyggelige og bygge en relasjon. Tannpleierne bruker flere hjelpemidler i møte med ungdom, for eksempel et dataprogram som viser ulike orale sykdommer, viser tannpuss i munnen til pasienten eller på modell. Hensikten med å bruke hjelpemidlene er å øke pasientens helsekompetanse. Flere tannpleiere synes det er lettere å kommunisere med ungdommen hvis foreldrene ikke er med inn til undersøkelsen. Hvis foreldrene er med inn på undersøkelsen opplever de at det blir vanskeligere å nå inn til ungdommen. Ungdom kan da ha en forventning om at foreldrene skal svare på spørsmål som tannpleieren stiller. Studien finner at flere tannpleiere ikke bruker MI fast. Flere bruker elementer av MI. Det blir sagt at det er vanskelig med MI hvis ungdommen ikke sier så mye. Flere tannpleiere sier at det ikke har vært noen opplæring i kommunikasjon eller MI etter at de startet å jobbe. Det blir sagt at det burde være mer fokus og kurs om kommunikasjon med pasienter. Hvis tannpleierne opplever å være stresset er det lettere at de kommer med råd og prøver å gi ut mest mulig informasjon til pasienten. Det blir sagt at man ønsker nok tid til å fokusere på veiledning av pasienten.

6.2 Fylkeskommunens rolle

Ved å bruke styrkene i SDT og MI kan tannpleierne være med på å bidra til å skape god tannhelse hos ungdom. Videre er det lurt at fylkeskommunen legger vekt på MI og kommunikasjon og gir opplæring til tannpleierne slik at de kan føle seg trygge i å bruke det. Flere tannpleiere ønsker helst ikke å ha med foreldre inn på undersøkelsen, men det bør settes fokus på at foreldrene kan være en god ressurs. I tillegg er det viktig at tannpleierne er klar

over at all tannhelse ikke kan skapes på tannklinikken og at de vet om alle faktorene som kan skape helse, som for eksempel politiske føringer.

6.3 Veien videre

Resultatene fra denne studien viser at dersom tannpleierne skal bruke MI i sitt møte med ungdom så trengs det at organisasjonen har fokus på MI og at tannpleierne får opplæring i å bruke det. Videre forskning kunne studert tannpleierne etter at de hadde fått opplæring i MI og hvordan tannpleierne opplevde å kommunisere med ungdom etter opplæring. Å utføre en lignende studie med fokusgrupper kunne ha vært interessant hvor tannpleierne har mulighet til å diskutere og drøfte erfaringer med hverandre. Videre kunne denne studien blitt utført på tannpleiere i andre fylker for å se om det er noen forskjeller i fylkene.

Referanser/litteraturliste

- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien forskning*, 1-14, e-70809.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Aleksejūniene, J., Dziaugyte-Eyberdiyev, L., Rasteniene, R. & Brukiene, V. (2022). Self-determination theory guided oral self-care training for adolescents-A cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community.*, 30(6), 5506–5514. <https://doi.org/10.1111/hsc.13974>
- Arrow, P., Raheb, J. & McInnes, R. (2023). Motivational Interviewing and Childhood Caries: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 1-4, 4239. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054239>.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju : samtaler om endring* (213). Gyldendal akademisk.
- Bischof, G., Bischof, A. & Rumpf, H. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Ärzteblatt Internationa.*, 118(7), 109-115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Bjørnsen, H.N. & Nøst, T.H. (2022). Levevaner og helse. I G.A. Espnes & G. Smedslund (Red.), *Helsepsykologi og folkehelsekunnskap* (s. 120- 131). Gyldendal akademisk.
- Blaakman, S., Fagnano, M., Borrelli, B., Riekert, K. & Halterman, J. (2022). Self-Determination Theory and Preventive Medication Adherence: Motivational Considerations to Support Historically Marginalized Adolescents With Asthma. *Journal of Pediatric Health Care*, 36(6), 560-569.
<https://doi.org/0.1016/j.pedhc.2022.06.001>

- Blakemore, S.-J. & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience*, 15(9), 1184–1191. <https://doi.org/10.1038/nn.3177>
- Bonde, A. H., Bentsen, P. & Hindhede, A. L. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, 30(6), 448–455. <https://doi.org/10.1177/1059840514521240>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Britt, E., Blampied, N. M. & Hudson, S. M. (2003). Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist*, 38(3), 193-201. <https://doi.org/10.1080/00050060310001707207>
- Bunton, R. & Macdonald, G. (2002). *Health promotion : Disciplines, diversity, and development* (2 utg.). Routledge.
- Christiansen, B. (2020). *Helseveiledning* (2. utgave.). Gyldendal.
- Cousins, L. & Goodyer, I. M. (2015). Antidepressants and the adolescent brain. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 545–555. <https://doi.org/10.1177/0269881115573542>
- Curry-Chiu, M.E., Catley, D., Voelker, M.A. & Bray, K.K. (2015). Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study. *Journal of Dental Education*, 79(8), 897-906. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2015.79.8.tb05979.x>
- Deci, E.L. & Ryan, M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1-6, 24. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-24>

Den norske tannlegeforening. (2021, 8.juni). Svært skuffende at sukkeravgiften endres! <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2021-06-07-svaert-skuffende-at-sukkeravgiften-endres.html>

Dugani, S., Bhutta, Z. & Kisson, N. (2017). Empowering people for sustainable development: The Ottawa Charter and beyond. *Journal of Global Health*, 7(1), 1-4, 010308. <https://doi.org/10.1007/BF0340404>

Dyvi, E.B. (2017). Bare snakk? *Nor Tannlegeforen Tid*, 127, 313. <https://doi.org/10.56373/2017-4-1>

Evensen, K.B. (2021, 26.mai). Munnen er også en del av kroppen. Rogaland legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/rogaland/syd-vesten-artikler/2021/munnen-er-ogsaa-en-del-av-kroppen/>

FHI. (2023, 19.01). Ingen tydelig effekt på redusert grensehandel, selv om «sukkeravgiften» ble fjernet. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/ingen-tydelig-effekt-pa-reduisert-grensehandel-selv-om-sukkeravgiften-ble-fj/>

FHI. (2018, 06.november). *Ti filmer om motiverende samtaler – et utviklings- og opplæringstilbud*. FHI. <https://www.fhi.no/ku/forbedringsarbeid/pasientforlop/ti-filmer-om-motiverende-samtaler--et-utviklings--og-opplaringstilbud>

Flannery, M. (2017). Self-determination theory: Intrinsic motivation and behavioral change. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 155-157. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.155-156>

Foldal, V., Solbjør, M., Standal, M.I., Fors, E.A., Hagen, R., Bagøien, G., Johnsen, R., Hara, K.W., Fossen, H., Løchting, I., Eik, H., Grotle, M. & Aasdahl, L. (2021). Barriers and Facilitators for Implementing Motivational Interviewing as a Return to Work

- Intervention in a Norwegian Social Insurance Setting: A Mixed Methods Process Evaluation. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(4), 785-795.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10926-021-09964-9>
- Folkestad, S. (2019). *Vi kjøper mer usunn mat i selvbetjente kasser*. Forskning.no.
<https://www.forskning.no/norges-handelshoyskole-naeringsliv-partner/vi-kjoper-mer-usunn-mat-i-selvbetjente-kasser/1307641>
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gagné, M., Parker, S. K., Griffin, M. A., Dunlop, P. D., Knight, C., Klonek, F. E. & Parent-Rocheleau, X. (2022). Understanding and shaping the future of work with self-determination theory. *Nature Reviews Psychology*, 1(7), 378–392.
<https://doi.org/10.1038/s44159-022-00056-w>
- Galåen, T.E.E. (2021). Mottok 40 millioner fra Forskningsrådet. *Nor Tannlegeforen Tid*, 131(4), 398-402. <https://doi.org/10.56373/2021-4-10>
- Gimmestad, A.L. (2006). Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid*, 116(5), 268-273.
<https://doi.org/10.56373/2006-5-3>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(2), 143–165. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2004-02-03>
- Gorter, R. (2005). Work stress and burnout among dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(2), 88-92. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2005.00130.x>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion : Planning & strategies* (3 utg.). Sage.

- 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. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9154-0>
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Bjørnebekk, G. & Deci, E. L. (2012a). Motivation for Dental Home Care: Testing a Self-Determination Theory Model. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(1), 1–39. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00867>.
- Halvari, A.E.M., Halvari,H., Bjørnebekk,G. & Deci, E.L. (2012b). Self-Determined Motivational Predictors of Increases in Dental Behaviors, Decreases in Dental Plaque, and Improvement in Oral Health: A Randomized Clinical.(2012b). *Health Psychology*, 31(6), 777-788. <https://doi.org/10.1037/a0027062>
- Halvari, A., Halvari, H., Bjørnebekk, G. & Deci, E. (2013). Oral health and dental well-being: Testing a self-determination theory model. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(2), 275-292. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00996.x>
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2019). Autonomy-supportive dental treatment, oral health-related eudaimonic well-being and oral health: a randomized clinical trial. *Psychology & Health*, 34(12), 1421–1436. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1613546>
- Hansen, K.W. (2022). «Pasientene får en følelse av å bli mer sett og lyttet til»: En kvalitativ studie om tannpleieres erfaringer ved bruk av motiverende intervju (MI) [Masteroppgave]. Oslo Metropolitan University.
- Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I G. Haugan & T. Rannestad (Red), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1 utg, s. 199- 215). Cappelen damm.
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: En unik posisjon. I K-I. Klepp & L.E. Aarø (Red.), *Ungdom livsstil og helsefremmende arbeid* (4.utg., s. 330- 344). Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2017, 07.mars). *Motiverende intervju som metode: motiverende intervju (MI) er en anbefalt samtalemetode for å motivere til atferdsendring. Helsedirektoratet.*
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2022, 31.mars). Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

Helsedirektoratet. (2023, 22.juni). *Tannhelsetilstand og kariesforekomst blant 18-åringene.*
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/tannhelse/tannhelsetilstand-og-kariesforekomst-blant-18-%C3%A5ringer#omindikatoren>

Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Jahanshahi, R., Amanzadeh, S., Mirzaei, F. & Moghadam, S. (2022). Does Motivational Interviewing Prevent Early Childhood Caries? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Dentistry*, 23(1), 161-168.
<https://doi.org/10.30476/dentjods.2021.87985.1303>

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. Utgave). Abstrakt forlag.

Johnsen, J-A.K., Willumsen, T. & Bergdal, J. (2019). Grunnleggende psykologi. I T. Willumsen, L. Myran & J. Lein (Red.), *Odontologisk psykologi* (1 utg., s. 13-30). Gyldendal akademisk.

Kalveland, J. (2017). Helse taper budsjettkampen. *Tidsskr Nor Legeforen*, 6, 488-490.

- Kaste, A.M. (2023, 22.mai). Nå får flere støtte til tannbehandling. *Forskning.no*.
<https://www.forskning.no/helsepolitikk-samfunn-tenner/na-far-flere-stotte-til-tannbehandling/2198925>
- Kapoor, V., Gupta, A. & Arya, V. (2019). Behavioral changes after motivational interviewing versus traditional dental health education in parents of children with high caries risk: Results of a 1-year study. *Journal of Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry*, 37(2), 192-197. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.261332>
- Klepp, K-O., Stigen, O.T. & Aarø, L.E. (2017). Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge. I K-I. Klepp & L.E. Aarø (Red.), *Ungdom livsstil og helsefremmende arbeid* (4.utg., s.17- 37). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.,). Gyldendal akademisk.
- Landsem, I. P. (2018). Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen. *Sykepleien*, e-70266. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70266>
- Leske, A. M., Mustchin, C., Bhujel, N., Rajan, S. & Satur, J. (2021). Fidelity of motivational interviewing with families in high-caries-risk children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 49(5), 410–419. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12614>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Lomba, L., Kroll, T., Apóstolo, J., Gameiro, M. & Apóstolo, J. (2016). The use of motivational interviews by nurses to promote health behaviors in adolescents: a scoping review protocol. *JBISRIR*, 14(5), 27-37. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002564>
- Lussier, M.-T. & Richard, C. (2007). The motivational interview. *Canadian Family Physician*, 53(11), 1895–1896.

- Lyshol, H., Grøtvedt, L., Fagerhaug, T., Feuerherm, A., Jakhelln, G. & Sen, A. (2022). A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway. *Scientific Reports*, 12(1), 13721. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18055-5>
- Miller, W. R. (2004). Motivational Interviewing in Service to Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 18(3), 1–10.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140.
doi:10.1017/S1352465809005128
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. Fagbokforl.
- Mumin, N., Yusof, Z. Y. M., Marhazlinda, J. & Obaidellah, U. (2021). Motivators and barriers to oral hygiene self-care among adolescents in Malaysia: A qualitative study. *International Journal of Dental Hygiene*, 20(4), 678–688.
<https://doi.org/10.1111/idh.12556>
- Norges forskningsråd. (u.å). #Care4YoungTeeth<3.
<https://prosjektbanken.forskningsradet.no/en/project/FORISS/320362Kilde=FORISS&distribution=Ar&chart=bar&calcType=funding&Sprak=no&sortBy=date&sortOrder=desc&resultCount=30&offset=0&Fag.2=Maskinfag>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science : a Journal of the Association for Psychological Science*, 7(4), 325–340.
<https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 3, 68-70. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Patrick, H., & Williams, G. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-18>

Peres, M., Macpherson, L.M.D., Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R., Listl, S., Celeste, K.R., Guarnizo-Herreño, C.C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P. & Watt, R. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)

Potvin, L. & Jones, C. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 244-248. <https://doi.org/10.1007/BF03404041>

Prescott, D. S. (2020). Motivational Interviewing: as Easy as It Looks? *Current Psychiatry Reports*, 22(7), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01158-z>

Rajka, L.-G. K. (2012). Bare du ikke ligner læreren min! : tilrettelegging for læring hos ungdom som har kronisk sykdom. I A. Lerdal & M.S Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 131–160.). Gyldendal akademisk.

Reichelt, A. C. & Rank, M. M. (2017). The impact of junk foods on the adolescent brain. *Birth Defects Research*, 109(20), 1649–1658. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1173>

Rigau-Gay, M., Claver-Garrido, E., Benet, M., Lusilla-Palacios, P. & Ustrell-Torrent, J. (2020). Effectiveness of motivational interviewing to improve oral hygiene in orthodontic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14), 2362-2373. <https://doi-org.ezproxy2.usn.no/10.1177/1359105318793719>

- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Ryan, R. & Deci, E. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy. *Canadian Psychology = Psychologie Canadienne*, 49(3), 186-193.
<https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. & Deci, E. (2017). *Self-Determination Theory* (1. utg). New York: Guilford Publications.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M. & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.
<https://doi.org/10.1177/0011000009359313>
- Sabbah, W., Watt, R., Sheiham, A. & Tsakos, G. (2009). The role of cognitive ability in socio-economic inequalities in oral health. *Journal of Dental Research*, 88(4), 351-355. <https://doi.org/10.1177/0022034509334155>.
- Schmid, E. (2023). Anonymisering av kvalitative data: Utfordringer og eksempler fra skole- og utdanningsforskningen. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 107(3), 258-269.
<https://doi.org/10.18261/npt.107.3.6>
- Sintef. (2021, 19. August). #Care4YoungTeeth<3. Sintef.no.
<https://www.sintef.no/prosjekter/2021/care4youngteeth3/>
- Sikt. (u.å). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Sikt.
<https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Skilbrei, M. (2021). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1.utg.). Fagbokforlaget.

- Soldo, M., Matijević, J., Malčić Ivanišević, A., Čuković-Bagić, I., Marks, L., Nikolov Borić, D. & Jukić Krmek, S. (2020). Impact of oral hygiene instructions on plaque index in adolescents. *Central European Journal of Public Health.*, 28(2), 103-107.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a5066>
- Stami. (2021, 30.mars). Hva er kjemisk og biologisk arbeidsmiljø? <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/hva-er-kjemisk-og-biologisk-arbeidsmiljo/>
- Stein, L., Pettersen, K., Bergdahl, M. & Bergdahl, J. (2015). Development and validation of an instrument to assess oral health literacy in Norwegian adult dental patients. *Acta Odontol Scand*, 73(7), 530-538. <https://doi.org/10.3109/00016357.2015.1007477>
- Store norske leksikon. (2022, 18.november). *Pasientkommunikasjon*. SNL.
<https://sml.snl.no/pasientkommunikasjon>
- Store norske leksikon. (2021, 08. Februar). *Avgrensning mellom ungdom og voksne*. SNL.
<https://sml.snl.no/ungdom>
- Syvertsen, M. R. (2022). *Ungdomshjernen : vill og visjonær*. Bonnier norsk forlag.
- Ten Cate, T., Kusurkar, R. & Williams, G. (2011). How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE guide No. 59. *Medical Teacher.*, 33(12), 961-973.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.595435>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (4. Utg.) Gyldendal akademisk.
- Tseng, W., Pleasants, E., Ivey, S., Sokal-Gutierrez, K., Kumar, J., Hoefl, K., Horowitz, A.M., Ramos-Gomez, F., Sodhi, M., Liu, J. & Neuhauser, L. (2020). Barriers and facilitators

- to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in California. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010216>
- Tulek, A., Vieira, A.R., Weber, M.L, Bezamat, M., Deeley, K., Stenhagen, K.R., Sehic, A., Sovik, J.B.S. & Mulic, A. (2020). Aquaporins' Influence on Different Dental Erosive Wear Phenotypes in Humans. *Caries Research*, 54(2), 165-175.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulliana, S., Santoso, B., & Utami, U., Nurwanti, W. & Nurrochman, A. (2021). Brief Motivational Interviewing Counseling to Improve Oral Hygiene Behavior Among Adolescent. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences (PJMHS)*, 15(10), 3103-3108. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2115103103>
- Universitetet i Oslo. (2020, 28.september). Stadig flere barn og unge får irreversible syreskader. <https://www.odont.uio.no/iob/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2020/stadig-flere-barn-og-unge-far-irreversible-syreska.html>
- Vansteenkiste, M. & Sheldon, K. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 63-82. <https://doi.org/10.1348/014466505X3419>
- Wang, C. K. J., Liu, W. C., Kee, Y. H. & Chian, L. K. (2019). Competence, autonomy, and relatedness in the classroom: understanding students' motivational processes using the self-determination theory. *Heliyon*, 5(7), e01983–e01983. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01983>
- Weinstein, P., Harrison, R. & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *J Am Dent Assoc*, 137(6), 789-793. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0291>

Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4. Utg.). Elsevier.

World health organization. (u.å). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

World Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Wu, L., Lo, E. C. M., McGrath, C., Wong, M. C. M., Ho, S. M. Y. & Gao, X. (2022). Motivational interviewing for caries prevention in adolescents: a randomized controlled trial. *Clinical Oral Investigations*, 26(1), 585–594. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04037-w>

Åstrøm, A. N. (2019). Ungdoms tannhelseatferd: Et sosialpsykologisk perspektiv på forebyggende tannhelsearbeid. I K-I. Klepp & L.E Aarø (red), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (2. Utg., 271-286.). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Meldeskjema #Care4YoungTeeth<3

Vedlegg 4: Endringskjema masterstudent



INFORMASJONSSKRIV TIL TANNHELSEPERSONELL:

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET #CARE4YOUNGTEETH<3?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet #Care4YoungTeeth<3, der målet er å utvikle nye løsninger for å støtte og motivere ungdommer til gode tann- og munnhelsevaner. Som en del av #Care4YoungTeeth<3 blir det gjennomført et masterprosjekt ved USN – Universitetet i Sørøst-Norge. Denne forespørselen dreier seg om å delta i et intervju i dette masterprosjektet.

Barn og unges tannhelse har blitt mye bedre i løpet av de siste 30 årene. Likevel har en god del av norske 18-åringer hatt hull i tennene eller andre tann- eller munnproblemer som erosjon eller tannkjøttbetennelse. Slike problemer forverrer seg når barna blir tenåringer, dvs. i den perioden da de både får sine permanente tenner og begynner å ta over ansvaret for tannpuss, tanntråd og fluor selv uten hjelp av foreldrene.

Vi trenger å vite mer om hva tannhelsetjenesten eller andre kan gjøre for å hjelpe ungdommer til å ta vare på egen tann- og munnhelse. Vi tror at tannhelsepersonell er én av flere grupper som kan ha viktig kunnskap om hva som skal til. Siden du arbeider som tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten, vil vi gjerne snakke med deg for å få dine innspill.

HVA INNEBÆRER DET Å DELTA?

Hvis du blir med i studien, vil vi invitere deg til å delta i et intervju. Spørsmålene i intervjuet vil handle om hvordan du synes det er å gi informasjon til ungdom om tann- og munnhelse, om hvilke rutiner dere har ved klinikken der du arbeider når det gjelder det forebyggende tann- og munnhelsearbeidet blant ungdom, og hvilke muligheter du ser for deg at det kan være for å nå ungdom for å gjøre dem bedre i stand til å ta vare på egen tann- og munnhelse. Vi vil forespørre ca. 10 tannpleiere i Trøndelag om å delta på slike intervju.

Vi ønsker å gjøre lydopptak av intervjuet. Opptaket blir transkribert.

Intervjuet vil finne sted på et egnet lokale, for eksempel der du jobber. Det kan også gjennomføres digitalt dersom det passer best. Intervjuet tar ca. 1 time.

Resultatene fra intervjuene vil formidles i en masteroppgave ved USN – Universitetet i Sørøst-Norge, som gjennomføres av Julie Hess, tannpleier ved Risvollan tannklinikk i Trondheim. Resultatene vil også brukes i det overordna prosjektet «Care4YoungTeeth» som formidling i rapporter, vitenskapelige publikasjoner og fagpresentasjoner.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Hvis du blir med i studien, kan du bidra til at forskere og designere kan lage nye løsninger for å støtte og motivere ungdommer til gode tann- og munnhelsevaner. Å utvikle slike løsninger tar litt tid, så det er ikke sikkert at du får direkte nytte av de nye løsningene selv mens selv er foresatt til en ungdom.

Ulempen med å bli med i studien, er at du må bruke tid på å bli med på intervjuet (maks 2 timer).

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Lydfilene og andre persondata vil lagres trygt slik at ingen andre enn prosjektmedarbeiderne har tilgang.

Det er kun bestemte personer i prosjektgruppen som har adgang til listen over hvem som har deltatt, og kan finne tilbake til deltakeren. Det lages en kodeliste som knytter navnene til opplysningene deltakeren har gitt. Lydopptak, notater og bilder som kan identifisere deltakeren som informant, vil bli lagret på et sikret elektronisk prosjekttrom med tilgang kun for prosjektmedarbeidere eller i låst skap i kontorlandskap, der adgang er regulert med nøkkelkort.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. I all publisering og formidling vil enkeltdeltakere være anonymiserte.

Forskningsprosjektet #Care4YoungTeeth avsluttes 1.juni 2025. Personopplysninger blir arkivert hos Sikt– Kunnskapssektorens tjenesteleverandør etter dette, men vil uansett bli anonymisert eller slettet innen 31.mai 2030.

DINE RETTIGHETER

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Opplysningene som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt i hele prosjektperioden (2021 –2025). Eventuelle

utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra Sikt Personverntjenester (tidligere NSD) og andre relevante myndigheter. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Adgangen til å kreve retting, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, publisert eller er inngått i analyser. Du kan heller ikke få en kopi av materialet eller slette datamateriale der det inngår informasjon om andre, for eksempel lydopptaket.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

SINTEF, NTNU og Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt) har felles ansvar for å behandle personopplysninger i dette prosjektet. På oppdrag fra SINTEF, NTNU og TkMidt har Sikt Personverntjenester (tidligere NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Masterstudenten fra USN sin tilgang til personopplysninger er regulert i en taushets- og adferdserklæring.

HAR DU SPØRSMÅL?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: prosjektleder Marikken Høiseth på telefon 45199344 eller e-post marikken.hoiseth@sintef.no; masterstudent Julie Hess, e-post: julie.hess@trondelagfylke.no 95162308; eller SINTEFs personvernombud i Sikt Personverntjenester, Pernille Ekornrud Grøndal, e-post: pernille.grondal@sikt.no / tlf. 53 21 15 94.

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Sikt via nettsiden (<https://sikt.no/kontakt-oss>) eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Julie Hess

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet #Care4YoungTeeth<3 og masteroppgaven som er en del av dette, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju, at det blir gjort lydopptak av intervjuet, og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet over.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Vedlegg 2- intervjuguide

Intervjuguide til tannpleiere

Relaterte forsknings spørsmål:

1. Hvilke tilnærminger eller teknikker benytter tannhelsepersonell for å fremme oral helse/tannhelse hos ungdom?
2. Hva er opplevde fremmere og barrierer ved egen bruk av tilnærminger eller teknikker for å fremme oral helse/tannhelse hos ungdom?
 1. Hvordan forbereder du deg til en konsultasjon med en ungdom / med denne ungdommen? (Rekker du å forberede deg?)
 2. Hva er viktig når ungdommen blir hentet fra venterommet / kommer inn til konsultasjonen? (adressere ev. observasjoner fra konsultasjonen om første møte, hilsen etc.)
 3. Hvordan gjennomfører du tannhelsefremmende opplæring eller informasjon med ungdommen underveis i en konsultasjon? etc.)
 4. Bruker du ulike teknikker avhengig av pasientens tannhelse? Feks ulike teknikker avhengig av om pasienten har mer karieserfaring eller mindre karies?
 5. Har du noen faste teknikker du bruker? Har du hatt opplæring i noen teknikker for å drive med tannhelsefremmende opplæring/informasjon til ungdommer? Hvordan brukte du dette underveis i denne konsultasjonen? Hva var ev. vanskelig eller lett med å bruke denne teknikken i denne konsultasjonen? (mulig ekstra spørsmål: Motiverende intervju, henviser til Nasjonal retningslinjer)
 6. Hva kjennetegner en konsultasjon godt ev. mindre godt i en konsultasjon når det gjelder den tannhelsefremmende opplæringen/informasjonen til ungdommen?
 7. Kunne du ha tenkt deg andre måter å gjennomføre den tannhelsefremmende opplæringen/informasjonen på enn det du vanligvis gjør / enn det du gjorde i denne konsultasjonen? Hva skulle ev. til for å forbedre mulighetene til å gjennomføre denne delen av ditt arbeid?
 8. Er det i noen tilfeller behov for å justere informasjonen du gir til ulike pasienter?
 - a. Hva er årsaken til at du justerer? (evt bruker du enklere ord)
 - i. Opplever du dette ofte?
 - ii. ER det en spesiell gruppe pasienter du har erfaring med at dette gjelder?

Vedlegg 3- Meldeskjema #Care4YoungTeeth<3



[Meldeskjema / #Care4YoungTeeth<3 - SINTEF / Vurdering](#)

Vurdering av behandling av personopplysninger

| | | |
|-----------------------------|----------------|------------|
| Referansenummer | Vurderingstype | Dato |
| 346466 | Standard | 24.09.2021 |
| Tittel | | |
| #Care4YoungTeeth<3 - SINTEF | | |

Behandlingsansvarlig institusjon Stiftelsen SINTEF
/ SINTEF Digital

Felles behandlingsansvarlige institusjoner
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for arkitektur og design (AD) / Institutt for design Kompetansesenteret Tannhelse
Midt

Prosjektansvarlig Marikken
Høiseth

Prosjektperiode
16.08.2021 - 01.06.2025

Kategorier personopplysninger
Alminnelige Særlige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til
31.05.2030.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
BAKGRUNN

Denne delstudien er en del av et større overordnede prosjekt "#C4YT – Characteristics of adolescents affected by dental caries". Det vises til
meldeskjema med referansenummer 726897 (DPIA).

Innholdet i dette meldeskjemaet (ref. nr. 346466) vises i SINTEF sin protokoll (i Meldingsarkivet). Identiske meldeskjemaer er opprettet for felles
behandlingsansvarlige NTNU (ref. nr. 195022) og TkMidt (ref. nr. 349902).

VURDERING REK

REK har vurdert studien som utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde (REK midt, ref. nr. 246745, 21.06.2021).

VURDERING NSD

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert
i meldeskjemaet 24.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Datainnsamlingen tilknyttet utvalg 5 i meldeskjemaet vil gjennomføres anonymt og er dermed ikke vurdert av NSD.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og etnisk opprinnelse frem til 01.06.2025. Personopplysninger vil lagres videre ved NSD Arkiv frem til 31.05.2030, og deretter anonymiseres/slettes.

Prosjektet vil samle inn personopplysninger via gruppeintervju med lydopptak og notater (utvalg 1-4), og via personlig intervju og ikke-deltakende observasjon med lydopptak, videoopptak og notater (utvalg 6-8). Eventuelle bilder som tas vil ikke være personidentifiserende.

LOVLIG GRUNNLAG – Ungdom og foresatte (utvalg 1 og 2)

Utvalg 1 består av ungdom 11-20 år på ungdomsskole, videregående eller som del av arrangement for ungdommer. Utvalg 2 består av foresatte som har barn på ungdomsskole eller videregående skole.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Foresatte vil samtykke til behandlingen av personopplysninger om ungdommer 11-15 år. Ungdommer 16-17 år skal selv samtykke. Ut fra en helhetsvurdering av opplysningenes art og omfang, vurderer vi det slik at ungdommer 16-17 år har forutsetninger for å forstå hva deltagelse innebærer og kan samtykke til behandlingen av personopplysninger på selvstendig grunnlag. Alle ungdommene vil gi (forskningsetisk) samtykke til å delta.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes/foresattes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og etnisk opprinnelse vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes/foresattes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG – Tannhelsepersonell og ledere (utvalg 3 og 4)

Utvalg 3 og 4 består av tannhelsepersonell og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten. Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige opplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

LOVLIG GRUNNLAG – Ungdom og foresatte (utvalg 6 og 7)

Utvalg 6 og 7 består av ungdommer, og foresatte til ungdommer, som er på konsultasjon hos tannlege/tannpleier i utvalg 8.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Foresatte vil samtykke til behandlingen av personopplysninger om ungdommer 11-15 år. Ungdommer 16-17 år skal selv samtykke. Ut fra en helhetsvurdering av opplysningenes art og omfang, vurderer vi det slik at ungdommer 16-17 år har forutsetninger for å forstå hva deltagelse innebærer og kan samtykke til behandlingen av personopplysninger på selvstendig grunnlag. Alle ungdommene vil gi (forskningsetisk) samtykke til å delta.

Ungdommer og foreldre i utvalg 6 og 7 vil samtykke til at tannhelsepersonell oppgir relevante helseopplysninger om ungdommene, i forbindelse med konsultasjonen som blir observert, under personlig intervju (taushetsplikten oppheves).

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes/foresattes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes/foresattes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG – Tannhelsepersonell (utvalg 8)

Tannhelsepersonell på klinikker i Trøndelag fylke, som har konsultasjon med ungdom i utvalg 6.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Tannhelsepersonell vil samtykke til å bli omtalt av ungdom og foresatte i utvalg 6 og 7 under personlig intervju, i forbindelse med konsultasjonen som blir observert.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige opplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

LOVLIG GRUNNLAG - TREDJEPERSONER

Det tas høyde for at ungdommer og foresatte som deltar i prosjektet vil omtale tannhelsepersonell/ansatte ved tannhelseklinikken under intervju. Prosjektet vil oppfordre deltakerne til å ikke nevne navn eller oppgi identifiserende bakgrunnsopplysninger om tredjepersoner. Dersom slike opplysninger kommer frem vil de anonymiseres fortløpende.

Lovlig grunnlag for behandlingen av eventuelle personopplysninger om tredjepersoner er at den er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, samt for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 3 bokstav b.

Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art. 89 nr. 1.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at helsepersonell og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkelte pasienter eller foresatte, direkte eller indirekte, med mindre det er innhentet samtykke fra den enkelte til dette. Det er svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at informantene ikke identifiserer individer som ikke har samtykket til å bli omtalt. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Dere bør være forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen, og ved at prosjektet oppfyller kravet om nødvendige garantier
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - DELTAKERE

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte (og foresatte) vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert/foresatt tar kontakt om sine/ungdommens rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - TREDJEPERSONER

Det vurderes å innebære en uforholdsmessig stor innsats å gi informasjon til tredjepersoner, sett opp mot nytten av å motta informasjon om prosjektet, jf. personvernforordningen art. 14 nr. 5 bokstav b, ettersom eventuelle tredjepersonopplysninger vil anonymiseres fortløpende.

De registrerte har i utgangspunktet retten til innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og protest (art. 21), i den grad de kan identifiseres i datamaterialet. Hvorvidt den enkelte kan identifiseres i datamaterialet, og hvorvidt unntak fra rettigheter er aktuelt i dette prosjektet, må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Dersom de behandlingsansvarlige ikke er i stand til å identifisere den registrerte, og den registrerte ikke kan gi ytterligere opplysninger som muliggjør identifisering, vil rettighetene ikke gjelde i prosjektet, jf. art. 11 nr. 2.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

SINTEF, NTNU og TkMidt er felles behandlingsansvarlige. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26.

Sopra Steria, Garnes Data, og TSD ved UiO, vil være databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Eva J. B. Payne

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4- Endringsmelding sikt



19/10/2023, 08:28

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [#Care4YoungTeeth<3 - SINTEF](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

346466

Vurderingstype

Standard

Dato

30.01.2023

Tittel

#Care4YoungTeeth<3 - SINTEF

Behandlingsansvarlig institusjon

Stiftelsen SINTEF / SINTEF Digital

Felles behandlingsansvarlige institusjoner

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for arkitektur og design (AD) / Institutt for design
Kompetansesenteret Tannhelse Midt

Prosjektansvarlig

Marikken Høiseeth

Prosjektperiode

16.08.2021 - 01.06.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.05.2030.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringene registrert i meldeskjemaet.

En masterstudent fra USN har blitt tilknyttet prosjektet, og skal samle inn data fra tannpleiere. Studenten samler inn fra utvalg 8 og gjennomfører kun intervjuer. Nytt informasjonsskriv er lagt til.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Olav Rosness

Lykke til videre med prosjektet!