
Hvorfor gør de ikke hvad vi siger?

Indsigter fra anvendt adfærdsforskning

PELLE GULDBORG HANSEN, JOHANNES SCHULDT-JENSEN &
ANDREAS RATHMANN JENSEN

Summary

Why don't they do as we say?

Insights from applied behavioral science

Good dental practice is as much about behaviour as technical treatments and expertise. Most importantly, successful dental practice requires trivial compliance from the patients, but this is often obstructed in complex ways by patients themselves. In this article, we outline the classical approach to behaviour change and argue that interventions should be rooted in proper diagnoses of non-compliance, rather than in the rationality-based assumptions of this framework. We then argue by illustration for the relevancy of behavioural sciences in dental practice and identify three specific, experimental insights from the behavioural sciences that may easily be applied and tested. The three examples illustrate the habit of flossing regularly, how to reduce no-shows in patient treatments by introducing proper commitment devices, and how experiments on retrospective pain experience may relate to retention.

Keywords: Behavioural science, dental practice, nudge, cognitive biases, norms, habits, motivation, peak-end rule

Introduktion

Tandlægepraksis handler mest om tænder – eller gør det? Hvis alle patienter børstede deres tænder grundigt, brugte tandtråd hver dag og ellers fulgte de gode forebyggende råd og instruktioner, der gives, ville praksis se en del anderledes ud. Hvis de dertil altid dukkede op til deres regelmæssige eftersyn og betalte deres regninger til tiden, ville praksis være en del lettere at administrere. Men sådan er det ikke (1). Patienter i tandlægepraksis har, som i alle andre aspekter af deres liv, svært ved at udføre selv de tilsyneladende mest enkle handlinger, også når disse er i deres egen, såvel som klinikkens interesse. Dette kan være frustrerende for alle og leder ofte til formynderiske pegefingre, mærkbare tiltag i form af bøder for udeblivelse og opgivelse af patienter.

Sammenlignet med de faglige diagnoser, der ellers stilles på tandklinikker synes “diagnoserne” bag sådanne adfærdsbehandlinger eller tiltag dog yderst sparsomt underbygget. Mangler patienterne virkelig mere information for at forstå, hvorfor man skal bruge tandtråd? Mangler de virkelig yderligere incitamenter for at dukke op (eller huske at aflyse)? Er patienter virkelig uden for pædagogisk rækkevidde?

På en række andre områder har anvendt adfærdsforskning konstateret, at sådanne traditionelle tiltag svækkes eller direkte fejler, hvis de ikke baseres på en forståelse af de mange psykologiske faktorer, der påvirker os i praksis, selvom de ikke burde betyde noget i princippet (2). Efter i anden sammenhæng at have arbejdet med tandlægepraksis er vores indtryk, at dette også er tilfældet her. Tandlægepraksis handler i lige så høj grad om menneskelig adfærd og psykologi, som det handler om tænder – og informeret diagnosticering af de faktorer, der påvirker patienternes adfærd u hensigtsmæssigt, kan forbedre de tiltag, som mange klinikker foretager for at sikre patienterne en god og professionel behandling.

I denne korte artikel giver vi således først en kort baggrund og herefter tre bud på, hvordan anvendt adfærdsforskning ikke blot

kan hjælpe praksis med at forstå patienternes adfærd bedre, men også med at forandre adfærden – til alles bedste.

Den klassiske interventionsstige og anvendt adfærdsforskning

At forebyggelse og behandling handler lige så meget om adfærd og psykologi som om tænder er vel nok velkendt for de fleste. Men her tænker man nok først og fremmest på specielle tilfælde som “tandlægeskræk” og lignende. Reelt set er det dog de langt mere trivielle problemer som uregelmæssig tandbørstning, manglende brug af tandtråd, afbud og udeblivelse, der belaster praksis såvel som giver dårligere sundhed for den almene patient (1).

Tiltagene til at håndtere disse trivielle problemer er ligeledes velkendte. De bevæger sig fra information og oplysning i konsultationen, over postkort og sms-påmindelser på telefonen til notifikation om, at patientjournalen arkiveres lodret, og sidst, men ikke mindst inkasso. Der er med andre ord tale om virkemidler, der falder på den klassiske interventionsstige (3):

5. Elimination af valg
4. Negative incitamenter
3. Positive incitamenter
2. Holdningspåvirkning
1. Information

Interventionsstigen opsummerer en måde at tænke på acceptabiliteten og berettigelsen af sundhedsfremmende tiltag. Det mindst invasive trin er at videregive information, mens det mest invasive trin består i at eliminere valgmuligheder for individer, befolkningen som helhed, eller specifikke industrier. Generelt set er det sådan, at jo højere et trin på stigen der benyttes, desto stærkere skal begrundelsen være. En mere invasiv strategi er som regel kun acceptabel,

hvis der er en klar indikation af, at denne leder til den ønskede effekt, og hvis denne kan mere end opveje det eventuelle tab af frihed, den medfører. Som i mange andre praksisser kan tiltag i tandlægepraksis til at påvirke patienters adfærd ordnes på denne stige. Råd om tandhygiejne hører fx under 1, mens et rykkergebyr for udebleven betaling eller udeblivelse fra aftale hører under 4.

Men interventionsstigen opsummerer ikke blot acceptabiliteten af sundhedsfremmende tiltag. Den bygger også på en velkendt forståelse af mennesket og de faktorer, der former menneskelig adfærd og beslutninger. Grunden til, at interventionsstigen forekommer acceptabel såvel som berettiget, er nemlig dens grund-sæt af antagelser, der fremstiller menneskelig adfærd og handling som i bund og grund fornuftsstyret. Foretager du ikke en handling eller adfærd x, er det mest nærlæggende at antage, at grunden er, at du ikke "ved bedre" (bruger du ikke tandtråd, er det fordi du ikke ved, hvorfor du bør gøre det). Givet denne "diagnose" er medicinen ligetil: *information*. Foretager du stadig ikke x, på trods af information, må det skyldes at du ikke har forstået, hvordan x står i relation til dine holdninger og ønsker. Når dette sker, søges sundhedseffekterne af x forankret i dine "højere-ordens" *holdninger* og ønsker, med ambitionen om at du vil udlede den ønskede holdningsforandring og herefter ændre adfærd (du vil gerne være attraktiv; sukker ødelægger tænderne; ødelagte tænder gør dig mindre attraktiv; ergo: du skal undgå sukker). Foretager du ikke adfærd x, på trods af at information og de rette holdninger er til stede, så er den nærlæggende diagnose naturligvis, at x undlades, fordi du ikke synes, det kan betale sig (motivation). I det tilfælde er man til tider begrænset til at appellere til din økonomiske fornuft (man kan trods alt ikke give økonomiske incitament for brug af tandtråd) eller yderligere offentlige tilskud, mens der er andre situationer, hvor konsekvenserne for andre synes at gøre direkte incitamentsstyring acceptabel, berettiget og mulig ("tilskud til særlige grupper" eller "gebyr" ved udeblivelse). I sidste ende kan en manglende handling og adfærd x med negative konsekvenser for andre også føre til den diagnose, at du er uden for

“pædagogisk rækkevidde”, hvilket kan legitimere decideret elimination af valg i form af udelukkelse fra klinikken og juridisk opfølgning (inkasso).

Fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv er det mest interessante ved disse velkendte tiltag for håndtering af de problemer, der relaterer sig til menneskelig adfærd og psykologi, dog at “behandlingen” sjældent synes at tage udgangspunkt i en reel *diagnose* af problemerne. Er information, overtalelse, incitamentstyring, og udelukkelse virkelig de bedste tiltag til at håndtere den menneskelige faktor i forebyggelse og behandling? Er patienternes adfærd virkelig så fornuftsbaseret, som interventionsstigen antager?

De sidste 40 års adfærdsforskning (adfærdsøkonomi, kognitiv- og socialpsykologi, og kognitiv design) har på en række anvendte områder vist, at dette ikke er tilfældet (2,4). I stedet afviger vores beslutninger og adfærd ofte fra vores rationelle selvbillede og påvirkes i praksis af en lang række psykologiske faktorer og vaner, som i princippet ikke burde betyde noget. Særligt gælder det, at vi benytter mentale genveje og indlejrede vaner, når vi navigerer i en stadig mere kompleks verden, hvilket betyder, at vores gode intentioner ikke nødvendigvis omsættes til handling, eller at vores handlinger let kan ramme forbi målet.

Det er fx velkendt, at mange danskere ikke er registrerede som organdonorer, på trods af de har et udtalt ønske om at være det (5), – og det er på trods af, at det er lettere at registrere sig end at benytte tandtråd hver dag. Ligeledes er det velkendt, at selv negative incitamenter har deres begrænsninger, og sågar til tider kan føre til såkaldte boomerangeffekter (6), hvor folk fx udebliver, fordi de kan betale sig fra det.

Med andre ord udgør interventionsstigen i et adfærdsvidenskabeligt perspektiv et utilstrækkeligt eller misvisende diagnostisk værktøj, når vi skal forstå menneskers adfærd. Som i anden praksis betyder manglende kendskab til de rette variable, at det er svært at diagnosticere såvel som at behandle korrekt. I det følgende skal vi se på tre eksempler.

Vaner, eller hvorfor det er så svært at bruge tandtråd

Som det første eksempel har vi valgt at fokusere på spørgsmålet om, hvorfor folk har så svært ved at benytte tandtråd regelmæssigt. Dette er reelt set et spørgsmål om vaner. Gode vaner betyder alt, når det kommer til tandpleje. Børster man tænder to gange dagligt og benytter tandtråd, burde der være gode chancer for effektiv forebyggelse af caries. Men mens de fleste mennesker nogenlunde formår at børste tænder dagligt, kniber det gevaldigt med tandtråden (7).

I et adfærdsvidenskabeligt perspektiv skal forklaringen findes i, at vaner forudsætter, at en række elementer, der i princippet ikke burde betyde noget, er til stede; elementer, der muliggør, at handlinger kan huskes på, udføres og afsluttes uden videre omtanke. På et introducerende niveau taler man om, at følgende tre elementer skal være til stede, før en vane kan etableres: *aftrækker*, *rutinefeedback*, og *succesfeedback*, se fx (8,9).

For tandbørstning har de fleste voksne mennesker indarbejdet vanen som en del af morgenrutinen, lige før man går ud ad døren, samt aftenrutinen lige før man går i seng, hvor en kombination af *eksterne aftrækkere* (fx synet at tandbørsten i tandkruset) og *interne aftrækkere* (fx associationer mellem dårlig ånde eller belægning på tænderne og tandbørstning) minder én om handlingen. Den stabile tilstedeværelse af disse aftrækkere er essentiel for etableringen og fastholdelsen af vanen (er man på hotel, kan forandringer i rutiner og eksterne aftrækkere fx let føre til, at man glemmer handlingen), omend de ikke garanterer succes (er man på vej stresset ud ad døren, kan man vælge at ignorere aftrækkerne).

Mens aftrækkere minder os om handlinger og sætter dem i gang, er *rutinefeedback* forudsætningen for, at vi perifert kan registrere, at en aktivitet fungerer som forventet, hvorved opmærksomhed på processen bliver overflødig. I biler indsætter man i dag kunstig kliklyd, når man blinker af, netop til dette formål. Noget lignende gælder for håndvask og tandbørstning, hvor den hovedsagelige funktion af skumproducerende ingredienser i håndsæbe og tand-

pasta er at udløse den nødvendige rutinefeedback. Vigtigheden af rutinefeedback afsløres, så snart man fjerner den, da det medfører, at opmærksomhed fokuseres på, om handlingen fungerer (fx hvis blinklyset ikke klikker, eller når folk benytter Zendium), at handlingen evt. afbrydes og genstartes (fx hvis en "procesbar" går i stå, når man downloader en side på nettet), og at vanen har sværere ved at etableres og fastholdes.

Sidst kræver etableringen af en vane en *succesfeedback*, der udgør det "stop" signal, der gør det muligt for os automatisk at afslutte og gå videre til den næste handling i en rutine eller at fokusere på nye komplekse handlinger. I tandbørstningen udgøres dette *succesfeedback* fx af skum der vokser i munden, så man må spytte ud, og af, at den kortvarige myntesmag, som tandpastaen afgiver, begynder at blive for markant. Betydningen af disse stopsignaler kan let opleves, ved at man som voksen prøver at børste tænder med en mild børnetandpasta. Her mangler den gennemtrængende myntesmag og den overdrevne skumproduktion ofte grundet kemisk hensyntagen, hvilket betyder, at man finder det svært at afslutte tandbørstningen automatisk.

Adfærdsvidenskaben forklarer dog ikke blot de vigtige forudsætninger for tandbørstning – stabile morgen- og aftenrutiner, skum i tandpasta, og mynteånde, m.m. Den giver også en forklaring på, hvorfor vi mennesker har utroligt svært ved at tillægge os en vane med regelmæssigt at benytte tandtråd. For når det kommer til tandtråd, hvad er de vanemæssige paralleller til de velkendte eksterne og interne aftrækkere, man finder ved tandbørstning? Tandtråd er som regel ikke designet til at stå i fx tandkrus, og ej heller associeret med stærke interne aftrækkere som belægning og dårlig ånde. Dernæst kommer fraværet af rutinefeedback. Hvad er parallellen til tandpastaens skummen? Ingen. Sidst, men ikke mindst mangler elementerne af *succesfeedback*. Når vi børster tænder, afstedkommer det en frisk smag i munden. Men hvad associeres som *succesfeedback*, når det kommer til tandtråd? Intet.

Med andre ord er det i et adfærdsvidenskabeligt perspektiv ikke overraskende, at vi har yderst svært ved at tillægge os regelmæs-

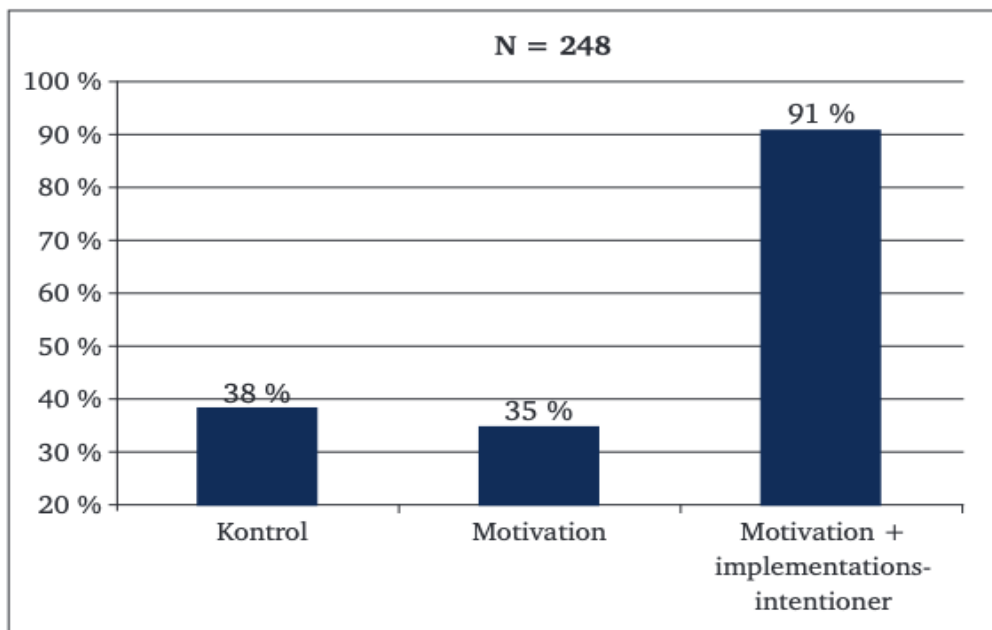
sig brug af tandtråd. Ingen af de nødvendige forudsætninger for at etablere en stabil vane er nemlig til stede. I dette perspektiv angår diagnosen på problemet således ikke manglende motivation eller information hos patienten, men derimod et problem hvor forudsætningerne ikke er til stede i designet. Derfor bør rådgivning fokusere på at kompensere for dette ved konkret at besvare spørgsmålene "Præcis hvornår, dvs. i forbindelse med hvilken handling, skal jeg benytte tandtråd? Hvordan kan jeg registrere, at jeg gør det korrekt? Og hvad viser mig, at jeg skal stoppe?"

For at illustrere potentialet i at behandle på en sådan diagnose kan vi tage den største udfordring, nemlig den at få folk til at tage fat i tandtråden i første omgang. Præcis I hvilken situation i forbindelse med hvilken aftrækker, skal man benytte tandtråd? Det principielle standardsvar er selvfølgelig, at der ikke er ét bestemt tidspunkt, man skal tage fat i tandtråden – det vigtige er, at man gør det. Men dette svar ignorerer det praktiske psykologiske behov for eksterne og interne aftrækkere i forbindelse med udførelsen af vanebaserede handlinger.

Vigtigheden af at anerkende dette kan illustreres i forbindelse med et amerikansk eksperiment omhandlende motion og *implementerings-intentioner* (10). Her blev 248 studerende tilfældigt fordelt i tre forsøgsgrupper. I den første gruppe blev deltagerne enkeltvis bedt om at læse de tre første afsnit i en roman. I den anden gruppe blev deltagerne enkeltvis bedt om at læse en kort pamflet om motions fysiologisk og psykologisk godgørende egenskaber. I den tredje gruppe blev deltagerne bedt om at læse den samme motivationspamflet, men blev efterfølgende også bedt om at udfylde en seddel om, I hvilken specifik kontekst (*hvornår*) de ville udføre, *hvilken* type motion. Da man efter 14 dage spurgte deltagerne om, hvem der havde motioneret mindst én gang forudgående uge, kunne man konstatere på baggrund af selvrapport, at det var tilfældet i 38 % i den første gruppe, 35 % i den anden, og 91 % i den tredje gruppe (Fig. 1), som var den gruppe, der havde benyttet sig af implementeringsintentioner, der knyttede handlingen til en kontekstuel faktor. Denne indsigt er blot ét

testbart bud på, hvordan man kunne inddrage adfærdsindsigter i tandlægepraksis.

Figur 1. Procent af gruppen som fik motioneret mindst én gang inden for den foregående uge.



Uregelmæssige handlinger og reduktion af udeblivelser

Bag det næste eksempel ligger anerkendelsen af, at mens gode vaner er essentielle for god tandpleje, er det ikke alle handlinger forbundet med tandpleje, der kan sættes på autopilot. Dette kan bl.a. skyldes, at de er for komplekse, eller at de kun skal foretages sjældent. Det er fx tilfældet, når det drejer sig om at komme til aftalen hos tandlægen (1), da det som regel kun sker et par gange om året. For at kunne arbejde med udeblivelser i tandplejen må man derfor se nærmere på, hvordan man kan understøtte *uregelmæssige handlinger*.

Da vaner er automatiserede handlinger, betyder det, at de understøttende elementer for vaner går igen for handlinger, inklusive

uregelmæssige handlinger. For eksempel spiller særligt eksterne aftrækkere i handlingskonteksten en central rolle i forbindelse med uregelmæssige handlinger. Det er også derfor, at man i forbindelse med at træffe aftale samt udeblive fra disse har stillet den åbenlyse diagnose *forglemmelse* og herefter, og med stor succes, har arbejdet med fysiske og elektroniske påmindelser som eksterne aftrækkere.

I et randomiseret felteksperiment studerede man således effekten af postkort-påmindelser i forbindelse med forebyggende tandpleje (11). Studiet dokumenterede en stærk effekt, hvor påmindelser mere end fordoblede patienters tilbøjelighed til at træffe aftale inden for den første måned efter at have modtaget denne. Dertil fandt man, at det ikke havde nogen effekt, hvorvidt påmindelsen var neutral eller inkluderede de gode grunde til at gå til tandlægen, samt at udsættelsen for påmindelser gentagne gange hverken svækkede eller styrkede deres effekt.

Uregelmæssige handlinger kommer dog i sagens natur ofte på tværs af hverdagens andre vaner og rutinemæssige gøremål. Det betyder, at uregelmæssige handlinger på trods af gode intentioner og årsager, ofte bliver nedprioriteret. Dette gælder særligt, hvis handlingerne omhandler ubehageligheder og anstrengelser, eller hvis handlingen kan udskydes, uden at dette umiddelbart underminerer målet. Dertil kommer, at uregelmæssige handlinger, grundet at de ikke er familiære, let kan strande, hvis de forekommer uden klare specifikationer. Det betyder at uregelmæssige handlinger kræver yderligere understøttende elementer end dem der er beskrevet i forbindelse med vaner. Med andre ord, det er én ting at huske patienter på at træffe aftale om en behandling; det er en anden ting at få dem til at dukke op til den aftalte tid.

Dette ses mere generelt ved, at udeblivelser er et udbredt og omfattende problem i ethvert sundhedssystem. I England koster det sundhedssystemet i omegnen af 700 millioner pund om året, at patienter ikke møder op til deres aftaler (12), og i Danmark, hvor man står med et lignende problem, har det siden 2004 været muligt for regioner at indføre bøder, når patienter ikke møder op til deres aftalte tid. Anvendelsen af denne type bøder varierer fra felt

til felt (13,14), men evidensen peger på, at sådanne tiltag let kan få negative konsekvenser.

Adfærdsforskning peger nemlig på, at indførelsen af negative økonomiske incitamenter ikke nødvendigvis medfører en større motivation hos individer for at dukke op til aftaler. Det tilføjer også en ny symbolsk dimension, hvor individer som en sideeffekt – i hvert fald for en periode, mens systemet normaliserer – let føler sig mistænkeliggjort i udgangspunktet, samt – uafhængigt af normalisering – kan komme til at opleve, at de bliver uretmæssigt straffet, såfremt de ikke formår at dukke op til aftalen. Det er åbenlyst, at sådanne effekter ikke er videre gode for de sociale relationer. Der til kan tilføjes af økonomiske incitamenter medføre en såkaldt permanent boomerangeffekt, hvor individer begynder at forholde sig instrumentelt i stedet for symbolsk til det tilførte incitament. I et berømt eksperiment med at udstede bøder til forældre, der hentede deres børn for sent i daginstitutioner, endte forældre med at forholde sig til disse bøder som om der var tale om en “ekstra pris” for børnepasning, hvilket i sidste ende fik problemet til at eksplodere (6).

Dette betyder naturligvis ikke, at bøder er virkningsløse. Det viser blot, at for at bøder skal have den tilsigtede effekt, skal de være så tilstrækkeligt store, at de mærkes, hvilket som regel hverken er hensigtsmæssigt for relationer eller retfærdigt set i forhold til indkomst. Der er med andre ord tale om en kontant mistænkeliggørelse, der skal udgøre en så reel trussel, at patienten faktisk føler sig truet.

Hvis man i stedet antager, at det langsigtede incitament og at en vis motivation er til stede i udgangspunktet – som det må antages i forbindelse med tandpleje – kan der i et adfærdsperspektiv være andre grunde til, at patienter ikke dukker op til deres aftalte tid hos tandlægen end manglende motivation og ligegyldighed. Foruden den åbenlyse diagnose *forglemmelse*, er det nemlig gennemgående for mennesker, at mens vi har det let ved at træffe aftaler i fremtiden, så har vi det langt sværere ved at leve op til dem, når de nærmer sig.

Dette skyldes i første omgang noget der kaldes *her-og-nu bias*,

der refererer til det velkendte psykologiske fænomen, at nærværende handlinger og ting vægtes tungere end handlinger og ting, der lægger ude i fremtiden. En fremtidig aftale, der ikke synes særlig besværlig ved indgåelsen, bliver således hurtigt et problem, der står i vejen for vores mange andre gøremål og planer, efterhånden som den kommer tættere på.

I forbindelse med udeblivelser leder dette til en anden psykologisk komponent kaldet *kognitiv dissonans*. Kognitiv dissonans er en psykologisk effekt af mentalt ubehag, der opstår, når vi oplever, at vi har indbyrdes modstridende holdninger, eller gensidigt udelukkende ønsker. For eksempel at vi nærmer os en aftale hos tandlægen, samtidig med at vi er bagud på arbejde, solen skinner, eller at vi frygter vi har et hul og skal bores. Leon Festinger var pioner vedr. teorien om kognitiv dissonans, og særligt identificerede han to reaktioner på fænomenet (15):

1. Idet oplevelsen af kognitiv dissonans er ubehagelig, motiveres personen til at forsøge at reducere denne dissonans.
2. Når dissonans opleves, vil personen, foruden at forsøge at reducere den, aktivt undgå situationer og information, der muligvis vil forstærke denne dissonans.

Med andre ord så oplever mange patienter sandsynligvis, at en aftale, der var let at indgå, bliver problematisk, efterhånden som den nærmer sig (her-og-nu bias). Efterhånden som dette sker, forsøger kunden eller patienten at reducere dissonans (A), hvilket ikke blot kan ske ved, at man beslutter sig for at dukke op til aftalen, men også ved at man "opfinder" en god grund til, at man faktisk ikke behøver at dukke op til aftalen, eller at man faktisk ikke havde en aftale, eller at det er helt o.k. ikke at dukke op til sin aftale, eller lignende. Heraf følger naturligvis ikke, at patienten undlader at melde afbud, men givet (B) følger det, at bare tanken om aftalen skaber dissonans, hvorfor patienten i lang tid prøver at skubbe tanken ud af hovedet – hvilket sandsynligvis er kilden til mange af de afbud, der meldes alt for sent.

Denne diagnose er ikke blot et alternativ til manglende motivation og ligegyldighed, den åbner også op for en adfærdstilgang, der sigter på at styrke den intrinsiske motivation for at overholde aftaler, fremfor at tilføje ekstrinsisk motivation i form af incitamenter.

Et engelsk studie fra 2011 (12) viser på smukkeste vis, hvordan en sådan tilgang til problemet kan påvirke antallet af aftaler, som patienter udebliver fra (såkaldte "*did not attends*" eller DNA's) hos deres læge, og som sandsynligvis kan overføres direkte til tandlægepraksis.

Forsøget blev kørt i samarbejde med to lægecentre med hhv. 7.000 og 3.200 patientaftaler hver måned. I eksperimentet bad receptionisterne patienterne om verbalt at gentage tid og data for deres aftale, inden de afsluttede opkaldet. Den efterfølgende måned var antallet af DNA's faldet med 3,5 % (Fig. 2).

Næste trin af interventionen bestod i, at man bad tilbagevendende patienter (eksempelvis patienter med diabetes) om selv at skrive tid og dato for deres næste aftale ned på et aftalekort; en opgave sygeplejerskerne tidligere havde varetaget. Evidens fra adfærdsforskningen peger nemlig på, at når man forpligter sig til en handling, virker forpligtelsen mere effektivt, hvis man selv skriver den ned. Denne intervention ledte til en reduktion i DNA's på hele 18 % sammenlignet med det månedlige gennemsnit for de sidste seks måneder (Fig. 2).

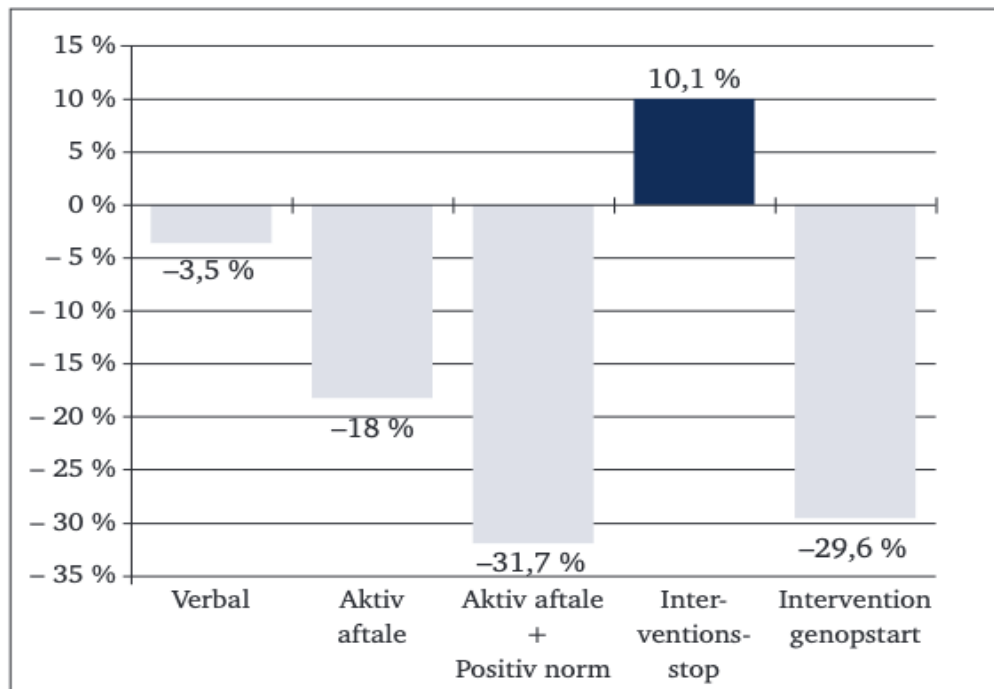
Den sidste del af interventionen kobledes denne med sociale normer, og måden hvorpå de kommunikeres. En traditionel tilgang til problemer med uhensigtsmæssig adfærd er at informere om, at mange opfører sig på en uhensigtsmæssig måde for at vise størrelsen af problemet, i håb om at dette vil medføre reduktion i den uønskede adfærd. Dette har dog som regel en modsatrettet virkning: når folk bliver informeret om, at mange opfører sig på en uønsket måde, begynder flere at udvise samme uønskede adfærd (16). På baggrund af denne viden erstattede man plakater med information om antallet af DNA's med plakater der fortalte, at langt de fleste *huskede at dukke op* til deres aftaler. Denne intervention sammenlagt med de verbale og skrevne forpligtelser reducerede

HVORFOR GØR DE IKKE HVAD VI SIGER?

DNA's med 31,7 % sammenlignet med de sidste 12 måneders gennemsnit (se Fig. 2).

For at forsøge at sikre at faldet i DNA's rent faktisk skyldtes interventionerne, holdt man en måneds pause fra interventionerne, og så i denne måned en stigning på 10,1 % i DNA's, relativt til perioden før eksperimentet startede, som udgjorde *baseline*. Da man måneden efter genoptog interventionerne faldt DNA's igen – med 29,6 % relativt til *baseline* (se Fig. 2).

Figur 2. Procentforskelle i fremmøde sammenlignet med gennemsnittet for pre-intervention.



Denne indsigt fra adfærdsforskningen udgør vores andet eksempel på en indsigt, der synes let at overføre og teste i tandlægepraksis.

Smertefulde behandlinger og *peak-end*-reglen

I forbindelse med det tredje eksempel kan vi konstatere, at i modsætning til massører og frisører har tandlæger og tandplejere truk-

ket det uheldige lod, at det at påføre kunden smerte ofte er en integreret del af behandlingen. En anden oplagt forklaring på udeblivelser hos tandlægen er således tandlægeskræk. Ifølge Dansk Selskab for Odontofobi anslås det, at 40 % af den voksne, danske befolkning lider af tandbehandlingsangst, og 10 % i en sådan grad, at de undgår at gå til tandlæge. Mens ikke alle kan pege på specifikke ting, de er bange for i forbindelse med tandbehandlingen, er tanken om påført smerte forståeligt nok en central komponent af tandlægeskræk for mange mennesker.

Den ene af forfatterne til denne artikel har da også en vis tandlægeangst, da han igennem livet har fået boret en del huller hos tandlægen. Alligevel siger han aldrig ja til bedøvelse, hvilket gør oplevelsen af smerte til en hovedkomponent af besøget. Når flere huller har skullet bores, har han typisk oplevet at blive stillet spørgsmålet om, hvilket hul der skulle bores først – det lille og mindst smertefulde, eller det store og mest smertefulde. Hertil har diverse tandlæger som regel anbefalet, at man starter med det lille for "lissom at varme op". Det sidste eksempel på en indsigt fra adfærdsforskningen med potentiel værdi for tandlægepraksis omhandler, hvorfor dette råd meget vel kan være uhensigtsmæssigt, i forhold til sandsynligheden for at patienten kommer igen, såvel som hvordan patienten efterfølgende relaterer sig til tandlægepraksis.

Intuitivt synes oplevelsen af smerte forbundet med fx boring af huller, at være en funktion af to variable: *varighed* og *intensitet*. Ønsker man at forbedre patientens smerteoplevelse – pågående såvel som retrospektive – giver dette umiddelbar anledning til den strategi, at gøre hvad man kan for at minimere begge så meget som muligt. Tilføjer man idéen om, at smerte er noget man kan "varme op til" så følger det at man skal bore det lille hul først, så det store, og så, naturligvis, stoppe så hurtigt som muligt.

En række eksperimenter udført af Daniel Kahneman og kolleger (17-20) har dog vist, at varighed af smerte ikke er en central parameter for retrospektiv smerteoplevelse (*varighedsforsømmelse*), når denne er forbundet med en afgrænset begivenhed. I stedet er den retrospektive smerteoplevelse en funktion af det mest intense

moment (*peak*) og den oplevede følelse i afslutningen af forløbet (*end*). Dette betegnes derfor også som *peak-end-reglen* (21).

I et af disse eksperimenter (20) blev koloskopipatienter tilfældigt tilskrevet en af to grupper. Kontrolgruppen gennemgik standardproceduren for denne smertefulde undersøgelse, mens man forlængede proceduren med tre minutters ubehagelig, men dog ikke smertefuld, behandling for interventionsgruppen. Da forskerne efterfølgende bad deltagerne evaluere deres retrospektive smerteoplevelse, viste det sig, at patienterne fra interventionsgruppen evaluerede deres oplevelse som mindre ubehagelig end patienterne fra kontrolgruppen. Dertil kom, at patienterne i interventionsgruppen var langt mere tilbøjelige til at vende tilbage til efterfølgende undersøgelser.

Peak-end-reglen for retrospektive oplevelser er blevet underbygget for en række andre domæner, herunder ferieafholdelse, butiksoplevelser, valg af produkter, m.m. Den retrospektive smerteoplevelse udgør naturligvis kun én faktor – og en dynamisk én af slagsen – af de mange faktorer, der har indflydelse på tandlægeangst, udeblivelser, service-oplevelse m.m. Dette svækker dog ikke den konklusion, at en lang række faktorer, der i princippet ikke burde have nogen betydning, i praksis kan være afgørende for et behandlingsforløb. De fleste tandlæger trækker som regel let på smilebåndet, når voksne patienter efterspørger æsken med forskelligt legetøj, man frit kan vælge mellem efter endt behandling (den positive effekt af variable belønninger er en anden veldokumenteret effekt i adfærdsforskningen), men det bør give anledning til seriøs eftertanke. Præcis hvad der skal sættes i stedet for legetøjsæsken hos voksne, og præcis hvilken effekt behandlingsprocedurer baseret på *peak-end-reglen* kan have, er os ukendte. Men ligesom de andre to indsigter synes det oplagt at undersøge nærmere i tandlægepraksis.

LITTERATUR

1. Schou L. The relevance of behavioral sciences in dental practice. *Int Dent J* 2000; 324-32.
2. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press; 2008.
3. Nuffield Council on Bioethics. *Public Health: Ethical Issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007 Nov. 225 p.
4. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. Macmillan; 2011.
5. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse vedr. befolkningens holdning til organdonation (besøgt 14. September 2014) https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/behandling-og-rettigheder/organdonation/~/_media/FAC993CF0BEC416AAD9B4FCD36DD13DF.ashx
6. Gneezy U, Rustichini A. A Fine is a price. *J Legal Stud* 2000;1:1-17.
7. Jyllandsposten. Danskerne glemmer tandtråden. (Besøgt 13. August 2014) <http://jyllands-posten.dk/livsstil/sundhed/ECE6922920/danskerne-glemmer-tandtraden/>
8. Chaiken S, Trope Y (eds.). *Dual-process theories in social psychology*. Guilford Press; 1999.
9. Eyal N. *Hooked: How to build habit-forming products*. Portfolio; 2014.
10. Milne S, Orbell S, Sheeran P. Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *Br J Health Psychol* 2012;7: 163-84.
11. Altmann S, Traxler C. *Nudges at the Dentist*. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. 2012; (6699).
12. Martin, SJ, Bassi S, Dunbar-Rees R. Commitments, norms and custard creams – a social influence approach to reducing did not attends (DNAs). *JRSM* 2012;105:101-4.
13. DR. Nu vanker der bøder til patienter der ikke møder op. (Besøgt 13. August 2014) <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2012/04/11/092319.htm>
14. Politiken. Tandlæger vil straffe pjækkeri. (Besøgt 13. august 2014) <http://politiken.dk/forbrugogliv/livsstil/familieliv/ECE884151/tandlaeger-vil-straffe-pjaekkeri/>

HVORFOR GØR DE IKKE HVAD VI SIGER?

-
15. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
 16. Cialdini, RB. Crafting normative messages to protect the environment. *Curr Dir Psychol Sci* 2003; 12:105-9.
 17. Fredrickson BL, Kahneman D. Duration neglect in retrospective evaluations of affective episodes. *JPers Soc Psychol* 1993; 65: 45-55.
 18. Kahneman D, Fredrickson, BL, Schreiber, CA, Redelmeier, DA. When more pain is preferred to less: Adding a better end. *Psychol Sci* 1993;4:401-5.
 19. Redelmeier DA, Kahneman D. Patients' memories of painful medical treatments: Real-time and retrospective evaluations of two minimally invasive procedures. *Pain* 1996;66:3-8.
 20. Redelmeier D, Katz J, Kahneman D. Memories of colonoscopy: A randomized trial. *Pain* 2003; 104:187-94.
 21. Kahneman D, Tversky A. Evaluation by Moments: Past and Future. In: *Choices, Values and Frames*. New York: Cambridge University Press; 1999.