



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

Heidi Kjeldsen & Nor Mohammed Ali

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA10

Bedre livskvalitet for rusavhengige

Better quality of life for those struggling with substance
addiction

Antall ord: 11 319

Bachelor i tannpleie, Bata2013

Våren 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

”Det er umulig ikke å kommunisere.

Hvor mye vi enn anstrenger oss,
så er det umulig å melde seg ut av kommunikasjon med andre.

Dette kjennetegner mennesket.

Det går ikke an å oppføre seg på en måte
som ikke vil bli tolket og forstått på bestemte måter av andre”

Inger Ulleberg

Sammendrag

Det blir stadig flere rusavhengige i Norge, men allikevel ser vi tannpleiere denne pasientgruppen sjeldent. I tillegg viser det seg at det er mange rusavhengige pasienter som ikke møter opp til timer på klinikken. Vi undret oss over hvorfor det var slik, og fant raskt ut at mangel på kommunikasjon var en av årsakene. Formålet med oppgaven er å beskrive tiltak som gjør tannpleieren mer involvert i tannbehandlingen av rusavhengige pasienter, slik at sykdomsforebygging også blir en del av behandlingen de rusavhengige mottar fra den offentlige tannhelsetjenesten. Forebyggende behandling kan spille en viktig rolle i oppnåelsen av en bedre livskvalitet. Derfor har vi valgt følgende tittel på oppgaven vår: ”Bedre livskvalitet for rusavhengige”.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensninger og begrepsforklaringer.....	6
1.4 Formålet med oppgaven.....	7
1.5 Disposisjon.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteratursøk.....	8
2.2 Presentasjon av vitenskapelige artikler.....	9
2.3 Kildekritikk.....	14
3.0 Teori.....	16
3.1 Rusavhengighet.....	16
3.2 Tannpleierens rolle.....	19
3.2.1 Salutogenese, empowerment og health literacy.....	20
3.2.2 Kommunikasjon og veiledning.....	21
3.3 Sense of Coherence.....	23
4.0 Drøfting.....	26
4.1 Hvordan kommunisere og veilede.....	26
4.2 Folkehelsetiltak.....	31
4.3 Tiltak på klinikken.....	33
5.0 Konklusjon.....	38
Litteraturliste.....	39
Vedlegg 1.....	44

1.0 Innledning

Mellom 2001 og 2003 ble det foretatt en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester (FUTT) til blant annet pasienter under rusmiddelomsorgen i Norge. I sluttrapporten kom det fram at nærmest samtlige av de rusavhengige hadde behov for tannbehandling i en eller annen form. I tillegg hadde over 90% behov for forebyggende behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Disse skrekresultatene ble starten på det som skulle bli et landsomfattende tilbud om gratis tannbehandling til pasienter under rusmiddelomsorgen. I den forbindelse ønsker vi å se på dagens situasjon, med fokus på hvordan ordningen fungerer for de rusavhengige, og hvilken rolle tannpleiere har i tannbehandling av rusavhengige pasienter. Vi vil ta utgangspunkt i dagens holdninger hos tannhelsepersonell, og se om det er mer som kan gjøres for å forbedre den orale helsen til rusavhengige pasienter. Ved at tannpleiere kommer sterkere inn i behandlingen av rusavhengige pasienter, og ved å innføre sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak, mener vi at livskvaliteten til rusavhengige kan bli betydelig bedre.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema vi tar for oss er et tema vi mener vi har lært lite om. Vi har hatt noen forelesninger om rusavhengige pasienter på skolen, men vi har aldri opplevd å få benytte oss av denne kunnskapen i praksis. Dette er fordi ingen av oss har hatt en rusavhengig pasient i behandlingsstolen i løpet av de 24 ukene vi har vært i praksis gjennom skolegangen. Det eneste forholdet vi hadde til rusavhengige pasienter, var at det var svært få av dem i timeboka, og de var kun oppført i timeboka til tannlegene. Vi har begge undret oss over hvorfor det skal være slik. Rusavhengige har lovfestet rettigheter til tannbehandling (Toven, Karlsen & Jansson, 2015), men hvorfor får de ikke et like godt tilbud som andre prioriterte grupper? Hva er det som gjør at behandlingstilbudet til rusavhengige i så liten grad omhandler forebyggende behandling? Tannhelsetjenesteloven sier: ”Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for *hele* [egen kursivering] befolkningen.... Forebyggende tiltak prioriteres foran behandling” (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Vi stiller oss spørrende til hvorfor det ikke gjøres mer for å følge denne loven. Vi mener at tannpleiere burde kunne komme sterkere inn i behandlingen av rusavhengige, siden

en tannpleier innehar mye kunnskap om forebyggende og helsefremmende behandling.

1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Vi har valgt og skrive om rusavhengige og hvordan tannpleieren kan komme sterkere inn i behandlingen av disse pasientene. Vi ser at tannpleiere kan bidra til bedre behandling for rusavhengige, gjennom at de skal få et bredere tilbud med fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I tillegg vil vi ta for oss det tverrfaglige samarbeidet som må til for å lykkes i en slik behandlingssituasjon. Vi har valgt å ta for oss dette tema til tross for at ingen av oss har hatt en rusavhengig pasient i behandlingsstolen. Vi føler likevel at forståelsen og interessen for denne pasientgruppen er stor, og at den ble større etter undervisning og møte med rusavhengige pasienter på TAKO-senteret i Oslo i februar 2016. Vi har også fått en større forståelse for behandlingsbehovet hos disse pasientene. På bakgrunn av dette har vi kommet fram til følgende problemstilling:

Hvorfor bør tannpleiere inneha førstelinjerollen ved behandling av rusavhengige pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten?

1.3 Avgrensninger og begrepsforklaringer

For å besvare vår problemstilling har vi valgt å se på dagens situasjon når det gjelder tannbehandling for rusavhengige pasienter, og hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen. Vi har valgt å begrense oppgaven til at den kun omhandler pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR), dermed er det denne pasientgruppen vi snakker om når vi bruker begrepet ”rusavhengig pasient”. Videre har vi valgt å ta for oss ”Sense of Coherence (SOC)” og ”Health Literacy (HL)” som to teorier vi mener er viktige å benytte seg av i behandlingen av rusavhengige pasienter. Vi leste om flere teorier og fant fort ut at det er mye og sette seg inn i. Vi ser fordeler ved å bruke flere av teoriene men valgte å ta for oss ”Sense of Coherence” og ”Health Literacy”, og dermed utelate blant annet ”Self-Determination Theory (SDT)”. Vi nevner Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) og Tannhelsetjenesteloven (1983) i flere av kapitlene, men vi kommer ikke til å utdype innholdet i disse lovene. Med begrepet ”førstelinjerolle” mener vi at de rusavhengige pasientene skal få en time hos en tannpleier første gangen vedkommende er på klinikken. I tillegg ligger det i begrepet at det er tannpleieren som er ansvarlig for regelmessige tannhelsekontroller.

1.4 Formålet med oppgaven

Gjennom å finne svaret på problemstillingen vår, ønsker vi at tannpleieren kan komme sterkere inn i behandlingen av rusavhengige pasienter. Vi vil at det skal bli mer fokus på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, i tillegg til at det blir mer fokus på rusavhengige som pasientgruppe. Vi mener også at det tverrfaglige og tverrprofesjonelle samarbeidet kan bli styrket i framtiden, slik at rusavhengige pasienter får bedre behandlingstilbud. Samtidig ønsker vi å vise viktigheten av kommunikasjon i tannbehandlingssituasjoner. Vi mener at problemstillingen vår kan være med på å belyse disse temaene, og vi håper at bacheloroppgaven vår kan bidra til at vi blir mer bevisste ovenfor denne pasientgruppen i framtiden. I tillegg tror vi at bacheloroppgaven vår kan bidra til at rusavhengige pasienter kan få en bedre oral helserelatert livskvalitet, noe som er hovedmålet med oppgaven.

1.5 Disposisjon

Vi har delt inn oppgaven vår i fem hovedkapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I innledningen presenterer vi problemstillingen vår, og bakgrunnen for hvorfor vi valgte akkurat dette tema. I metodekapittelet beskriver vi seks forskningsartikler vi har benyttet i drøftingen av vår problemstilling, i tillegg til at vi beskriver litteratursøkene og kildekritikken. Teorikapittelet starter med grunnleggende teori om pasientgruppen og hvilke orale utfordringer de rusavhengige pasientene opplever. Videre tar vi for oss hva en tannpleier kan bidra med i behandlingssituasjoner av disse pasientene. Vi tar også for oss motiverende intervju og løsningsfokuset tilnærming, som gode veiledningsmetoder, og avslutter teorikapittelet med ”Sense of Coherence”, som danner grunnlaget for drøftingen vår. I drøftetekapittelet skal vi i hovedsak drøfte hvordan en tannpleier kan bidra med sin kunnskap om god kommunikasjon og forebygging i behandlingssituasjoner med rusavhengige pasienter. I tillegg drøfter vi flere tiltak, som vi mener er gjennomførbare og fordelaktige for rusavhengige pasienter, og deres oral helse og livskvalitet. Avslutningsvis har vi en konklusjon, som avslutter oppgaven og svarer på problemstillingen vår.

2.0 Metode

Olav Dalland refererer til Vilhelm Auberts definisjon på metode i sin bok ”Metode og oppgaveskriving”. Aubert definerer det på følgende måte: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111). Videre skiller han mellom kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Forskjellen mellom disse er at kvantitativ forskningsmetode baserer seg på målbare enheter, mens kvalitativ forskningsmetode ikke er målbart. Kvalitativ forskningsmetode går mer inn i dybden på et begrenset område, der hensikten er å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle med tall (Dalland, 2012). Bacheloroppgaven vår er en fordypningsoppgave basert på eksisterende forskning. Dette betyr at oppgaven vår baserer seg i hovedsak på forskningsartikler som har benyttet kvalitative forskningsmetoder. For å besvare problemstillingen vår, har vi brukt pensumlitteratur og fag – og forskningsartikler. Vi har også tatt for oss lover og regler som sikrer pasientgruppen de rettigheter de har krav på innenfor tannhelsetjenesten. Vi har forholdt oss til Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for oppgaveskriving, og derfor har vi brukt American Psychological Association (APA) som mal for referansebehandling. Videre har vi en beskrivelse på litteratursøkene vi har gjort, der vi beskriver hvorfor, hvordan og hvilket grunnlag vi har for valget av litteratur. Vi presenterer også resultatene av seks vitenskapelige artikler.

2.1 Litteratursøk

For å drøfte problemstillingen vår på best mulig måte har vi benyttet oss av pensumlitteratur fra hele tannpleierstudiet, i tillegg til selvvalgt litteratur. Blant referansene våre har vi blant annet Dalland med ”Metode og oppgaveskriving for studenter”, Ivarsson og Sjögren med ”MI - motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården”, Mæland med ”Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis”, Blich og Aandahl med ”God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling”, og Pasient- og brukerrettighetsloven og Tannhelsetjenesteloven, fra pensumlitteraturen. I hovedsak har vi brukt selvvalgt litteratur, siden vi mener det er lite pensumlitteratur som er

relevant i forhold til rusavhengige pasienter og denne pasientgruppens livskvalitet tilknyttet oral helse.

Gjennomgående i litteratursøket vårt har vi brukt SveMed+ for å finne MeSH-termer vi kunne benytte oss av som søkeord i andre databaser. Blant alle databasene vi har søkt i kan vi nevne SveMed+, Ovid MEDLINE, PubMed, Cinahl og Cochrane Library som de mest benyttede databasene. Vi har i tillegg søkt direkte på relevante nettsider som eksempelvis Helsedirektoratet, den norske tannlegeforenings tidende, SIRUS og tannhelsetjenestens kompetansesenter for de forskjellige delene av Norge. Ved å kombinere forskjellige MeSH-termer har vi etter hvert funnet ut av hvilke kombinasjoner som gir de beste resultatene (se vedlegg 1). Etter søket er gjort og begrensningene er bestemt har vi ofte endt opp med mange treff. Da har vi sett på overskriftene, og videre lest abstraktene og resultatene i artiklene. På denne måten har vi valgt ut artiklene vi synes hadde mest relevant innhold i forhold til vår problemstilling.

2.2 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Test of Antonovsky's postulate: High sense of coherence helps people avoid negative life events (2015), av Jacek Hochwälder, fra Psychological Reports. Vi benyttet oss av databasen Ovid MEDLINE og brukte MeSH-termene "Sense of coherence" og "life change events" for å finne denne artikkelen (se figur 1). Da endte vi opp med 81 treff. For å begrense søket til kun den nyeste publiserte forskningen, endret vi søket til å resultere i artikler fra 2014 til 2016. Dette endte med sju treff, og vi valgte ut treff nummer to. Artikkelen utforsker om en økt sense of coherence kan bidra til færre kontrollerbare negative livshendelser. Den konkluderer med at det er en tydelig sammenheng mellom sense of coherence og kontrollerbare negative livshendelser. Resultatet av testen viser at personer som får en økt sense of coherence også vil oppleve færre kontrollerbare negative livshendelser, i tillegg til at sense of coherence ikke har noen effekt på ukontrollerbare negative livshendelser. Denne artikkelen tar ikke for seg rusavhengighet som en negativ livshendelse. Til tross for dette mener vi at forskningen som ble gjort er overførbart til å gjelde rusavhengighet, og at artikkelen derfor er høyst relevant i forhold til vår problemstilling.

#↑	Searches	Results
1	MeSH-term: sense of coherence	1 462
2	MeSH-term: life change events	20 415
3	1 AND 2	81
4	limit 3 to yr="2014 - 2016"	7

Figur 1: Tabellen viser søkehistorikken i Ovid MEDLINE for å finne artikkelen ”Test of Antonovsky’s postulate: High sense of coherence helps people avoid negative life events”.

Tannbehandlingstilbud til og tannhelseforhold hos rusmiddelmissbrukere og personer med kvalifiseringsstønad fra NAV (2015), av Hilde Vogt Toven, Line Schrøder Karlsen og Henrik Jansson, fra Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst. Rapporten fra denne undersøkelsen fant vi direkte inne i nettsidene til Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst. Vi gikk inn på siden for tannhelsepersonell, og videre inn på ”forskning og utvikling”, og fant en egen side for tannhelse for rusavhengige. Undersøkelsen var et oppdrag fra Helsedirektoratet og den har bidratt til kartlegging av betydningen gratis tannbehandling har for rusavhengiges selvfølelse og livskvalitet. I tillegg viser rapporten hvilken oppfatning tannleger har kontra de rusavhengige i en tannbehandlingssituasjon. Forskningsrapporten påpeker også tydelig at det er kommunikasjonsutfordringer i disse situasjonene slik tilbudet blir gjennomført per dags dato. Resultatet viser til at det er et stort tannbehandlingsbehov hos rusavhengige pasienter, og at blant annet forebyggende tannhelsearbeid ofte er nærmest fraværende i behandlingen av denne pasientgruppen. Rapporten tar også for seg at det er for dårlige behandlingsrutiner og behandlingsoversikt over de rusavhengige, og at det koster staten mye i reparativ behandling per pasient hvert år. Vi mener rapporten fra denne forskningen er høyst relevant i forhold til vår problemstilling. Den tar for seg problemer rundt dagens ordning av tannbehandlingstilbud til rusavhengige, og viser samtidig til at det er for lite fokus på sykdomsforebyggende og helsefremmende behandling.

Drug users: oral health-related attitudes and behaviours (2005), av P. G. Robinson, S Acquah og B. Gibson, fra *British Dental Journal*. Vi søkte i databasen Ovid MEDLINE og brukte MeSH-termene ”attitude to health”, ”oral health” og ”substance abuse” for å finne denne artikkelen (se figur 2). Vi endte opp med fem treff, der vi valgte treff nummer tre. Artikkelen tar utgangspunkt i rusavhengige i rehabilitering, og hvordan disse opplever utfordringer med helsen og den orale helsen i forhold til rusbruken. Resultatet av denne undersøkelsen var at de rusavhengige så stor sammenheng mellom generell helse og oral helse. De pekte også på rusavhengighet både som en direkte og indirekte årsak til dårlig tannhelse. I tillegg oppga de at blant annet frykt for tannbehandling, og evnen til selvmedisinering var to av grunnene til at de unngikk å oppsøke tannlege. Vi synes denne artikkelen er relevant i forhold til vår problemstilling fordi den tar for seg de orale problemene hos rusavhengige, og hva rusavhengige ser på som hovedproblemet for uteblivelse av timer på tannklinikk. Selv om denne artikkelen tar utgangspunkt i rusavhengige i England, synes vi dette er overførbart til Norge og rusavhengige pasienter vi har her, blant annet fordi England har et helsesystem som likner det norske.

#↑	Searches	Results
1	MeSH-term: oral health	20 043
2	MeSH-term: substance abuse	41 397
3	1 AND 2	38
4	MeSH-term: attitude to health	168 740
5	3 AND 4	5

Figur 2: Tabellen viser søkehistorikken i Ovid MEDLINE for å finne artikkelen ”Drug users: Oral health-related attitudes and behaviours”.

Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo (2010), skrevet av Helena O. Haugbo, Kari Storhaug og Tiril Willumsen, fra *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*. Vi søkte i databasen SveMed+ og benyttet oss av MeSH-termene ”oral health” og ”substance-related disorders” for å finne denne forskningsartikkelen. Da fikk vi 11 treff, og valgte derfor bare og se på de som hadde fulltekst tilgjengelig på nettsiden. Dette endte opp med fire treff, der vi valgte ut den første. Artikkelen tar for seg pasienter med dobbeltdiagnosen ”rus og psykiatri”, og

ser på hvilke utfordringer de rusavhengige pasientene møter i forhold til tannhelseproblematikk og tannbehandling. Den tar også for seg viktigheten av et tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid. Resultatet av undersøkelsen var at det er stort tannbehandlingsbehov hos rusavhengige pasienter, der karies var det største problemet. Forventningene til tannbehandlingen varierte ut ifra hvor langt i rehabiliteringen vedkommende hadde kommet, men alle uttrykte at tannbehandlingen hadde bidratt til noe positivt for rehabiliteringen generelt. I tillegg fortalte de at bedre oral helse hadde bidratt til økt selvtillit og gjort dem bedre i stand til å få et sosialt liv og en fast jobb. Denne artikkelen mener vi er veldig relevant for oss i drøfting av problemstillingen vår, siden den viser til at rusavhengige i større grad kan nyttiggjøre seg av et bedre tannbehandlingstilbud.

Health literacy and substance use in young Swiss men (2013), skrevet av Petra Dermota, Jen Wang, Michelle Dey, Gerhard Gmel, Joseph Studer og Meichun Mohler-Kuo, fra International Journal of Public Health. Vi benyttet oss av databasen Ovid MEDLINE og søkte med MeSH-termene "health literacy" og "substance-related disorders" for å finne denne forskningsartikkelen (se figur 3). Dette søket endte med 15 treff, der vi valgte ut treff nummer fem. Artikkelen ser på betydningen av health literacy (HL), og ser på sammenhengen mellom health literacy og rusavhengighet hos unge menn i Sveits. Studien tok utgangspunkt i 11 930 menn i alderen 17 til 26 år, og så på tre forskjellige avhengighetsdannende stoffer; alkohol, tobakk og cannabis. Resultatet av denne studien viser til at unge menn i Sveits med høyere utdanning og jobb, også hadde en bedre forståelse for helseinformasjon. I tillegg viser studien at unge menn i byer har høyere forståelse for helseinformasjon enn unge menn som bodde på landsbygda. Det kom også fram at alder hadde en innvirkning på forståelsen og oppfattelsen av helseinformasjonen, men at dette kan skyldes at de yngste som deltok i studien ikke hadde fått muligheten til å ta videre utdanning enda. Vi mener denne artikkelen er relevant i forhold til vår oppgave, siden den ser på sammenhengen mellom rusavhengighet og health literacy.

#↑	Searches	Results
1	MeSH-term: health literacy	4 247
2	MeSH-term: substance-related disorders	83 796
3	1 AND 2	15

Figur 3: Tabellen viser søkehistorikken i Ovid MEDLINE for å finne artikkelen "Health literacy and substance use in young Swiss men".

Does oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35 – 47 years of age in Norway (2012), skrevet av Kari Elisabeth Dahl, Nina J. Wang og Kerstin Öhrn, fra *International Journal of Dental Hygiene*. Vi brukte databasen Ovid MEDLINE og søkte med MeSH-termene "oral health", "quality of life", "adult" og "Norway" for å finne denne artikkelen (se figur 4). Dette endte i åtte treff, og vi valgte ut treff nummer fire. Denne artikkelen tar for seg sammenhengen mellom livskvalitet og oral helse hos voksne personer mellom 35 og 47 år i Norge. Resultatene av studien viser at det er en tydelig sammenheng mellom oral helse og livskvalitet. De elementene som hyppigst ble rapportert å påvirke den orale helsen, enten positivt eller negativt, var tygging, biting, spising, å smile og å le, føle seg komfortabel med seg selv og utseende. Resultatene viser også at kun 1% av deltakerne rapporterte at den orale helsen ikke hadde noen som helst påvirkning på livet og helsen generelt. Vi valgte denne artikkelen fordi den tar for seg viktigheten av å opprettholde en god oral helse, og ser på oral helse som en viktig faktor for trivsel i hverdagen. Studien har tatt utgangspunkt i friske og vanlige nordmenn, så rusavhengige er ikke en del av denne studien. Vi mener likevel at denne artikkelen er av relevans i forhold til problemstillingen vår, siden den påpeker den sterke forbindelsen mellom livskvalitet og oral helse hos mennesker. Vi mener den er aktuell for alle mennesker, uavhengig av diagnoser og syndromer.

#↑	Searches	Results
1	MeSH-term: oral health	20 186
2	MeSH-term: quality of life	210 553
3	MeSH-term: adult	4 653 322
4	1 AND 2 AND 3	851
5	MeSH-term: Norway	42 555
6	4 AND 5	8

Figur 4: Tabellen viser søkehistorikken i Ovid MEDLINE for å finne artikkelen ”Does oral health matter in people’s daily life? Oral health-related quality of life in adults 35 – 47 years of age in Norway”.

2.3 Kildekritikk

I Følge Dalland (2012) er kildekritikk en metode som brukes for å avgjøre om innholdet i en kilde er korrekt, troverdig og relevant. For å finne ut om en kilde er relevant har vi brukt problemstillingen vår som et utgangspunkt. Gjennom litteratursøket har vi vurdert hvor artiklene er publisert og hvem forfatterne av artiklene er, slik at de artiklene vi velger og bruke er troverdige. Vi har i hovedsak valgt ut artikler som er fagfellevurdert, i tillegg til at alle artiklene følger IMRAD-prinsippet. IMRAD-prinsippet bygger på at artikler inneholder en innledning, metode, resultat, abstrakt og diskusjon. Vi mener at det bidrar til å gi oppgaven vår mer troverdighet, gyldighet og pålitelighet. Videre har vi valgt å benytte oss i hovedsak av primærlitteratur. På den måten kan ikke den originale informasjonen mistolkes gjennom andre kilder. I tillegg har vi forsøkt å anvende så ny forskning som mulig, slik at innholdet fremdeles er relevant i forhold til dagens situasjon, men vi har også benyttet noen litt eldre kilder. Dette gjorde vi fordi det ble henvist til disse kildene i nyere publiserte artikler, og dermed valgte vi å gå rett til primærkilden. Vi har også valgt å benytte oss av noen lover og forskrifter i oppgaven vår, siden vi synes det var relevant i forhold til problemstillingen. Dalland (2012) skriver videre at emner det finnes lite litteratur om, blir det stilt færre krav til i forhold til emner som er grundig og omfattende kartlagt. Derfor har vi benyttet noen artikler som ikke direkte omhandler emnet vi tar for oss. I disse tilfellene har vi vurdert om tema er overførbart til å gjelde emnet vårt. Vi ønsker hele tiden å finne kilder som sier noe om tannpleierens rolle innfor forskjellige emner, men vi har funnet svært lite om dette.

Det har bidratt til at mye av litteraturen vi bruker ikke omhandler tannpleierens rolle. Her har vi, som nevnt over, benyttet kilder som vi mener er overførbare til å gjelde tannpleieryrket også. Vi stiller oss også ydmyke til at det finnes mer forskning innenfor dette emnet, som vi ikke har funnet. Vi ser også en svakhet i at vi har fokusert på å finne artikler med relevans i forhold til vår vinkling av problemstillingen, og dermed kan det tenkes at vi ikke har drøftet alle sidene ved dette emnet.

3.0 Teori

3.1 Rusavhengighet

Rusavhengighet er når en person ruser seg til tross for de store konsekvensene dette kan medføre. Det som kjennetegner en rusavhengig person, er at vedkommende kjenner en trang til å ruse seg og ikke lenger kan kontrollere inntaket (Kjos & Aas, 2008). I følge World Health Organization (WHO) sin internasjonale klassifisering av sykdommer og lidelser, kalt ICD - 10 systemet, havner rusavhengighet under avhengighetssyndrom. WHO (s.a.) definerer det slik:

En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f eks opiater) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer.

Rusavhengige som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en relativt stor gruppe. Dette er de pasientene som tidligere har brukt illegale opiater, som inkluderer blant annet heroin. LAR, tidligere kalt metadonassistert rehabilitering (MAR), defineres slik: ”Legemiddelassistert rehabilitering er tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vanedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp” (Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering, 2009). I samme forskrift omtales det at formålet med LAR er å øke livskvaliteten for opiatavhengige pasienter, redusere skadene av avhengigheten og redusere faren for dødsfall. Heroin og andre opiater er ofte raskt avhengighetsskapende, og virker dempende på kroppen. Det kan føre til pustebesvær, pupillene vil trekke seg sammen, og huden blir kald, blek, blå og fuktig. Døden kan inntre som følge av overdose, da brukeren puster for sjeldent. I tillegg til død kan heroinavhengige få mange alvorlige skader på grunn av eksempelvis manglende ivaretagelse av egen helse (Hole, 2014). Heroin gir en følelse av velbehag, nedsatt selvkritisk følelse og likegyldighet. Det er også svært vanlig med

psykiske lidelser hos rusavhengige. Dette kalles ofte for dobbeltdiagnose, siden pasientene da har et avhengighetssyndrom og samtidig en psykisk lidelse. I følge Lohne og Buseth (2006) har to tredeler av rusavhengige en psykisk lidelse. Det å ha en psykisk lidelse, i tillegg til å være rusavhengig, kan bidra til at daglige gjøremål blir vanskeligere, og egenomsorgen ofte blir sterkt redusert. Studier viser at pasienter med dobbeltdiagnose oftere har dårligere tannhelse enn ”normalbefolkningen”. I tillegg viser studier at rusavhengige oftere har høy forekomst av karies, noe som beviser den nedprioriterte egenomsorgen tydelig (Haugbo, Storhaug & Willumsen, 2010). Dersom den rusavhengige ikke får dosen sin vil kroppen reagere med abstinenser, som kan forekomme i form av blant annet kvalme, feber, hodepine og skjjelving. I tillegg er det vanlig med psykiske reaksjoner som uro, angst, irritabilitet og søvnløshet (Kjos & Aas, 2008).

Rusavhengige pasienter har ofte betydelig mer redusert tannstatus og oral helse enn ”normalbefolkningen”. Undersøkelser og forskning viser til at forekomsten av karies er så høy hos denne pasientgruppen, at det kan føre til tannløshet. Dette er fordi rusmidler har bivirkninger på tenner og generelt ellers i munnhulen (Haugbo et al., 2010). I tillegg kan årsaken til den høye kariesaktiviteten være en kombinasjon av xerostomi, nedprioritert oralt renhold og karbohydratrikt kosthold (Robinson, Acquah & Gibson, 2005). Metadon, som brukes i rehabiliteringen av opiatavhengighet, har mange av de samme effektene på tennene som illegale opiater. Derfor opplever ofte rusavhengige i rehabilitering også disse store skadene i munnhulen (Borg, Ericson & Zimmerman, 2000). 93% av rusavhengige som får tilbud om gratis tannbehandling, oppgir at det har stor betydning for dem å motta dette tilbudet. Dette er ikke bare på grunn av smertelindringen, men også fordi det sees på som en viktig del av rehabiliteringsfasen etter at pasienten er rusfri. De rusavhengige pasientene føler at et akseptabelt smil, og et smertefritt og fungerende tannsett gir økt selvtillit, som igjen gjør det lettere for vedkommende å integrere seg i samfunnet og å skaffe seg en jobb. Større verdighet og forbedring av helsen generelt er også to gode konsekvenser de rusavhengige opplever, ved å oppnå en bedre oral helse (Toven et al., 2015).

I Norge har alle 19 fylkeskommunene tilbud om gratis tannbehandling til rusavhengige i institusjon, rusavhengige i kommunal rusomsorg, personer i substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet, og rusavhengige under LAR. I tillegg

tilbyr sju av fylkeskommunene, Aust-Agder, Buskerud, Hedmark, Hordaland, Oslo, Rogaland og Østfold, et lavterskeltilbud i enkelte kommuner innenfor disse fylkene. Med lavterskeltilbud menes at det er kort vei til hjelp for de rusavhengige pasientene (Toven et al., 2015). Av behandling som gjennomføres er det oftest akutt tannbehandling, undersøkelse og fyllingsterapi. I etterkant av tannbehandlingen er det relativt få fylkeskommuner som oppgir at de har gode nok rutiner på å få de rusavhengige inn til oppfølging og forebyggende behandling hos tannpleier. I kun sju av nitten fylkeskommuner blir det oppgitt at personer som får behandling under LAR, får tilbud om ny time til forebyggende behandling på klinikken, etter at den reparative behandlingen er utført (Toven et al., 2015). Av alle rusavhengige som ble undersøkt eller behandlet ved tannklinikker i 2013, var en femdel av dem i Hedmark og Oppland. I pasientkostnader utgjør dette i overkant av ti millioner kr. Ut ifra hva klinikkene har oppgitt selv av informasjon, er tallene noe usikre og det antas at antall pasienter og pasientkostnader er høyere enn det som ble oppgitt. Ut ifra tallene som er hentet inn fra hele landet, blir gjennomsnittskostnaden på hver enkelt rusavhengig pasient kr 8 053 pr år (Toven et al., 2015).

Orale forhold har stor sammenheng med helserelatert livskvalitet. Dette er noe rusavhengige også føler sterkt på. Svært mange opplever at dårlig oral helse påvirker matinntak, stressnivå, usikkerhet, irritasjon, og at de til tider ikke kan fungere normalt i hverdagen. Så mye som en fjerdedel sliter eller har slitt med matinntak på grunn av smerter ved tygging av mat (Toven et al., 2015). Helsedirektoratet definerer akseptabel oral helse slik: "[At brukeren] ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, har tilfredsstillende tyggefunksjon, og kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene" (Blich & Aandahl, 2011, s. 17). Med tanke på denne statistikken over oral helse hos rusavhengige pasienter og akseptabel oral helse etter helsedirektoratets definisjon, faller de fleste av de rusavhengige pasientene utenfor kategorien god oral helse. Uavhengig om en pasient havner innenfor eller utenfor definisjonen for akseptabel oral helse, har den orale helsen stor betydning for livskvaliteten. En studie viser at den orale helsen har stor betydning for flere faktorer som påvirker livskvaliteten. Kun 1% rapporterte i denne studien at oral helse hadde ingen betydning for den generelle helsen. Over 90% av deltakerne oppga at oral helse har stor påvirkning på å føle seg komfortabel, smiling, spising og utseende (Dahl, Wang & Öhrn, 2012).

3.2 Tannpleierens rolle

Fra 2003 ble tannpleierutdanningen en treårig bachelor-utdanning. Utdanningen gir kompetanse innenfor blant annet kliniske ferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). En tannpleier må ha flere fokus samtidig. Dette innebærer sykdomsforebygging, helsefremming, veiledning og behandling. I utgangspunktet er det viktig at tannpleieren har et helsefremmende perspektiv der pasienten står i fokus, og at pasienten føler seg likeverdig. Empowerment og salutogenese har derfor sterk innflytelse på tannpleierfaget (Norsk Tannpleierforening [NTpF], 2014). Tannpleierens arbeidsoppgaver innebærer klinisk og røntgenologisk undersøkelse av tenner, gingiva, slimhinner og periodontium, diagnostisering av karies og periodontitt, veilede og instruere pasientene, og å henvise til allmenntannlege eller spesialisttannlege ved behov. Arbeidsoppgavene til en tannpleier inkluderer også å kartlegge helseatferd, utvikle og initiere helsefremmende og sykdomsforebyggende prosjekter, og lede folkehelsearbeid i befolkningen. Dette betyr at en tannpleier skal utføre folkehelseiltak, som innebærer helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Hansen, Dahl & Halvari, 2013). En henvisning fra en tannpleier til en tannlege, er en del av det tverrfaglige samarbeidet på klinikken. Dette er viktig for at pasienten skal få den behandlingen vedkommende har krav på. Tverrfaglig samarbeid vil si at flere forskjellige profesjoner innenfor samme fagfelt, med ulik kompetanse og ferdigheter, jobber sammen om å gi pasienten en helhetlig og kunnskapsbasert behandling (Willumsen, 2009).

Regjeringen ønsker å utjevne de sosiale forskjellene i samfunnet. Dette gjelder også for tannhelsetjenester, der målet er likeverdig tilgjengelighet. Regjeringen anser pasienter som av ulike årsaker unngår å oppsøke tannhelsetjenester, som den største utfordringen. De mener at oppsøkende tilbud og lavterskeltilbud må vurderes. Videre sier regjeringen at ettersom behovet for nødvendig reparativ behandling har endret seg, må det bli en bedre fordeling mellom tannpleiere og tannleger. De ønsker at tannpleiere i økende grad skal ivareta førstelinjerollen ved klinikkene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). En undersøkelse utført av Abelsen (2008) kom det fram at tannleger bruker i gjennomsnitt 40% av arbeidstiden på arbeidsoppgaver en tannpleier er kvalifisert til å utføre. Dette er en lite kostnadseffektiv måte å drive tannhelsetjenester på. Ved å la tannpleiere få overta mange av disse

arbeidsoppgavene, kan kostnadseffektiviteten økes, samtidig som pasientene fremdeles får tannbehandling utført av kvalifisert tannhelsepersonell (Abelsen, 2008).

3.2.1 Salutogenese, empowerment og health literacy

Salutogenese er å ha fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende forhold. Dette sentrale begrepet innen helsefremmende arbeid har blitt brukt siden 1987 (Hansen et al., 2013). Det er det motsatte av patogenese, som fokuserer på de sykdomsfremkallende faktorene (Mæland, 2012). Begrepet salutogenese ble utviklet av Aaron Antonovsky og la grunnlaget for Antonovskys "sense of coherence" (Antonovsky, 2012). Antonovskys teoretiske modell om salutogenese tar utgangspunkt i et perspektiv som vektlegger velvære og helse under ett. Han mener det er viktig at vi føler en "sammenheng i tilværelsene" som bidrar til en mening med livet, for at vi skal holde oss friske (Hansen et al., 2013). Antonovskys begrep om "sammenhengen i tilværelsene" blir videre forklart under kapittelet om "sense of coherence".

Empowerment er et begrep som blir mye brukt innenfor fagfelt som har utgangspunkt i salutogenese. Begrepet betyr at vi skal ha innflytelse på forhold som berører helsen vår, slik at vi har mer makt og kontroll over beslutninger som tas i forhold til helsen. Empowerment skal bidra til at både enkeltindivid og større grupper skal ha både innvirkning og kontroll over de forhold som påvirker helsen sin. Den eneste måten vi kan få større kontroll over en situasjonen, er ved å få mer kunnskap om situasjonen, og om konsekvenser av handlinger som berører helsen. På den måten kan vi bidra til beslutninger som skal tas, og selvbildet og mestringsfølelsen kan øke (Mæland, 2012). I folkehelseperspektivet kan vi se på empowerment som en strategi. Denne strategien kan bidra til at hvert enkelt individ har muligheten til å definere sin egen situasjon og problemer, og finne løsninger i fellesskap med andre (Hansen et al, 2013). I de fleste sammenhenger er det ikke nok med kunnskapsformidling alene, men satt i sammenheng med forståelsen en person trenger ovenfor informasjonen, vil det utgjøre en stor forskjell. Innenfor helse kalles dette for "health literacy".

Health literacy (HL) er et begrep som fremdeles er relativt ukjent for mange i det dagligdagse språket. Nielsen-Bohlman definerer det slik: "I hvilken grad enkeltpersoner har kapasitet til å innhente, bearbeide og forstå grunnleggende

helseinformasjon og tjenester som trengs for å ta riktige beslutninger for helsen” (Nielsen-Bohlman, 2004, s. 32, egen oversettelse). Enkelt kan det forklares med forståelsen en person har ovenfor helseinformasjon. Sammen med alder, økonomi, utdanningsnivå og etnisitet, er health literacy en av de viktigste indikatorene på en persons helsestatus (Lytton, 2013).

3.2.2 Kommunikasjon og veiledning

Som nevnt over er veiledning og kommunikasjon sentralt i tannpleiefaget. Veiledningen tannpleiere gir, går i liten grad ut på å gi råd, men fremmer heller pasientens egne meninger og ivaretar pasientens autonomi (Hansen et al., 2013). På den måten handler vi i samsvar med vår plikt i forhold til pasientenes autonomi som beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). En veiledning er en form for hjelp, der den ene parten er veileder og den andre blir veiledet. For å oppnå en god og nyttig veiledning må det være vilje, motivasjon og frivillighet fra pasientens side. Begge parter i en veiledning vil alltid gå inn i en samtale med forventninger. For at veiledningen skal være nyttig, må begge parter være klar over sine egne og den andre partens forventninger. På den måten kan misforståelser unngås og det blir bedre kommunikasjon mellom partene (Struijk, 1989). Hensikten med en veiledning er at pasientens mestringskompetanse skal styrkes. For å oppnå dette er det viktig at samtalen baseres på humanistiske verdier, som likeverdighet, respekt og ansvar. Tannhelsepersonell er i stand til å yte kvalifisert veiledning. Kvalifisert veiledning innebærer en faglig og formell kontekst, med klare mål og at tannpleieren har kompetanse innen veiledning og faget (Tveiten, 2013). For å oppnå en vellykket veiledningssamtale er det viktig at tannpleiere innehar kunnskap om hva god kommunikasjon er, og hvordan det gjennomføres. Ulleberg (2014) mener at ordbruk, ordsammensetning, kroppsspråk, tonefall, blikk, pauser og håndbevegelser er viktige komponenter i kommunikasjon med andre mennesker. Uansett hva vi sier eller unngår og si, kommuniserer vi med andre. ”Det er umulig ikke å kommunisere” (Ulleberg, 2014, s. 20).

Toven et al. (2015) kom fram til at det som gjør tannbehandling vanskelig å gjennomføre for ruspasienter er at de kjenner frykt, redsel og angst for behandlingssituasjonen, i tillegg til at de har dårlig økonomi og lite motivasjon. På tilsvarende spørsmål til tannlegene var de vanligste årsakene til vanskeligheter med

tannbehandling at de rusavhengige ofte har urealistiske forventninger og at de har lang reisevei. Dette viser tydelig at det er miskommunikasjon mellom behandler og pasient. For å unngå dårlig kommunikasjon mellom disse to partene, og for å oppnå en god veiledningssamtale, er det viktig å basere seg på empowerment og salutogenese. Som begrunnet ovenfor er empowerment og salutogenese sentrale begreper innen kommunikasjon for tannpleiere. Det finnes mange forskjellige kommunikasjonsmetoder og modeller vi kan benytte oss av i veiledningssituasjoner, men her velger vi å trekke fram motiverende intervju (MI) og løsningsfokusert tilnærming (LØFT). Dette gjør vi fordi vi mener at det positive synet LØFT har, i tillegg til motivasjonen MI kan gi, er gode bidragsyttere til forbedring av den orale helsen til rusavhengige.

Motiverende intervju (MI) er en motivasjonsmetode. Motivasjonsmetoden går ut på at det blir stilt åpne spørsmål som skal få pasienten til å reflektere rundt hans eller hennes situasjon. Hensikten er å få pasienten til å føle at det er han eller hun som er i fokus, få pasienten til å tenke over handlinger og vaner, og at pasienten er åpen for forandring ved å vekke vedkommende sin indre motivasjon. På denne måten har vi fått pasienten til å ønske en endring og utføre endringen ut ifra pasientens indre motivasjon, som blir pasientens drivkraft fremover (Ivarsson & Sjögren, 2013).

Løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er en arbeidsmetode og et verktøy som brukes mye innen veiledning. Det blir fokusert på løsninger og muligheter, og på pasienten sine ressurser til å gjennomføre en behandling, istedenfor å fokusere på problemet eller diagnosen. Ved å benytte denne veiledningsmodellen vil pasienten selv kunne finne fram til løsninger i endringsprosessen. På denne måten vil det alltid være en positiv vinkling på et problem. Ved hele tiden å fokusere på målet eller fremtidsønsket vil det være mulig å få det positive utgangspunktet til å vokse, slik at målet blir mer synlig for vedkommende etter hvert i prosessen. Denne veiledningsmåten vil øke pasientens evne til å forstå sin egen situasjon, og kan derfor være et nyttig verktøy for vedkommende til å binde sammen tanke og handling. Stegene i de løsningsorienterte samtalene består av problembeskrivelse, målformulering, se på unntak og ressurser, sette delmål, og til slutt tilbakemelding. Endringsfokusert rådgivning bygger på mange av de samme prinsippene som løsningsfokusert tilnærming, der troen på iboende ressurser til å endre egen adferd er

en sentral tankegang. Det vektlegges endringspotensial hos pasienten, og veileders oppgave blir å legge til rette for dette endringspotensialet. Dette kan være et nyttig verktøy i startfasen av den løsningsfokuserede tilnærmingen, siden endringsfokuseret rådgivning arbeider med å skape motivasjon og bryte ned vedkommendes endringsmotstand (Kvarme, 2007).

3.3 Sense of Coherence

Begrepet "sense of coherence (SOC)" er et konsept som først ble brukt av Aaron Antonovsky i 1979. På norsk kan det oversettes med "opplevelse av sammenheng". Antonovsky (2012, s. 41) forklarer det slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at

- (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige,
- (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og
- (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

Ideen bak sense of coherence er at de som har høy SOC vil oppfatte livet som håndterbart og meningsfylt, mens de som har lav SOC oppfatter livet som mer kaotisk, uhåndterlig og meningsløst. Personer med høy SOC har oftere mer kunnskap og er mer rasjonelle, slik at eksempelvis en konflikt kan unngås. Antonovskys teori var dermed at personer med høy SOC ville være bedre i stand til å forhindre at negative livshendelser ville skje. Hochwälder (2015) tok utgangspunkt i Antonovskys teori, og utformet to hypoteser han satte på prøve; (1) de med høy sense of coherence vil oppleve færre kontrollerbare, negative livshendelser enn de med lav sense of coherence, og (2) det vil ikke være noen sammenheng mellom høy og lav sense of coherence og ukontrollerbare, negative livshendelser. Denne studien testet SOC-nivå, med velutprøvde og troverdige metoder, på 1012 kvinnelige sykepleiere, og fordelte dem jevnt i grupper med høy, middels og lav sense of coherence. Alle som deltok var over 30 år, siden Antonovsky mener at det er først etter fylte 30 år at sense of coherence blir stabilt. I tillegg kunne ingen av deltagerne ha opplevd noen negative livshendelser det siste året, for at dette ikke skulle ha en påvirkning på resultatet. 15 måneder etter at SOC-nivå ble testet og kartlagt, fikk alle deltagerne en rekke spørsmål om de hadde opplevd forskjellige negative livshendelser det siste halvannet året. I listen av de negative livshendelsene var det både kontrollerbare og

ukontrollerbare livshendelser. De ukontrollerbare livshendelsene bestod i hovedsak av alvorlig sykdom og død hos et familiemedlem eller nær venn. De kontrollerbare livshendelsene bestod blant annet av skilsmisse, langvarige konflikter, mobbing, seksuelt misbruk og økonomiske problemer. Resultatene viste at i gjennomsnitt 0,41 av deltagerne med lav SOC, 0,22 av deltagerne med middels SOC og 0,16 av deltagerne med høy SOC, opplevde kontrollerbare negative livshendelser.

	Lav SOC Antall deltagere: 322	Middels SOC Antall deltagere: 348	Høy SOC Antall deltagere: 342
Ukontrollerbare negative livshendelser	0,62	0,64	0,60
Kontrollerbare negative livshendelser	0,41	0,22	0,16

Figur 5: Egendefinert fra Hochwälder, 2015

Ut ifra resultatene kan vi se at det er svært liten forskjell på de ukontrollerbare livshendelsene relatert til SOC-nivå hos deltagerne (se figur 5). I tillegg kommer det veldig tydelig fram i resultatene at det er en tydelig sammenheng mellom SOC-nivå og kontrollerbare, negative livshendelser. Det betyr at begge hypotesene til Hochwälder ble bekreftet i denne studien (Hochwälder, 2015). For å konkludere resultatene fra studien enda tydeligere kan vi si at alle som får en økt opplevelse av sammenheng, vil kunne være bedre i stand til å hindre negative livshendelser i å skje, og dermed oppnå en bedre helse. Langeland (2007) gjorde en liknende studie der hun så på betydningen samtalegrupper hadde på sense of coherence hos hjemmeboende pasienter med forskjellige psykiske helseproblemer. Samtalegruppene bygget på en salutogen tilnærming. Studien kom fram til at pasientene som opplevde en høyere grad av omsorg, sosial støtte og integrasjon fikk en økt livskvalitet og scoret høyere på testen som målte SOC-nivå. Konklusjonen i studien ble at et behandlingsopplegg må tilpasses pasienten, og at det må bygge på et positivt helsebegrep, vektlegge pasientens egne ressurser og fremme selvforståelsen. Det er viktig å finne et

balansepunkt mellom å lytte til pasientenes problemer og å ha oppmerksomhet rettet mot å styrke pasientenes egne mestringsevner (Langeland, 2007).

4.0 Drøfting

En tannpleier må kunne jobbe sykdomsforebyggende og helsefremmende, og samtidig veilede og behandle. For at dette skal være mulig må kommunikasjon være et arbeidsverktøy som brukes for å nå frem til pasientene. Av egen erfaring vet vi at kommunikasjon er nøkkelen til trygghet og forståelse i de fleste situasjoner. Mangel på god kommunikasjon i en behandlingssituasjon kan føre til misforståelser og utrygghet fra pasientenes side. Vi vil derfor drøfte problemstillingen vår med fokus på kommunikasjon. I kapittel 4.1 "hvordan kommunisere og veilede", tar vi for oss hvordan god kommunikasjon mellom en tannbehandler og en pasient burde være i en behandlingssituasjon. Vi tar derfor utgangspunkt i at uansett setting, om det skulle være på klinikk eller ute i arbeid med et utadrettet folkehelseiltak, skal vi benytte god kommunikasjon og veiledning som beskrevet i kapittel 4.1. Dermed kommer vi ikke til å komme med konkrete eksempler i tiltakskapitlene våre, på hvordan god kommunikasjon skal foregå.

4.1 Hvordan kommunisere og veilede

Professor Björn Klinge (2010) forteller i boken sin om viktigheten oral helse har for livskvaliteten og selvfølelsen. Han forteller om flere anledninger der han brukte en falsk protese, med manglende tenner, rotrester, plakk og tannstein, oppå sine egne tenner, for å fremprovosere reaksjoner hos andre. Han skriver at folk rygget unna med grimaser i ansiktet som tydelig viste hvor ekle de synes tennene hans var. Videre skriver han om hvor tungt det er for personer som mottar dømmende blikk daglig på grunn av dårlig oral helse (Klinge, 2010). En persons utseende har ofte mye og si for hvordan andre oppfatter vedkommende. Det finnes mange tilfeller der en persons holdning ovenfor et annet menneske har endret seg, nettopp på grunn av at utseende har forandret seg. En uteligger som får stelt tennene sine, kan plutselig se at folk tørr å møte blikket hans. En tidligere rusavhengig kan få seg en jobb og et sosialt liv, fordi vedkommende har fått hjelp av tannhelsepersonell til å oppnå et akseptabelt smil. Dette viser tydelig hvor viktig tenner og oral helse er for livskvalitet og selvfølelse. Det viser også viktigheten av kommunikasjon og relasjon mellom mennesker, og hvor vidt begrepet om kommunikasjon strekker seg. Kommunikasjon er ikke bare ordene vi sier til hverandre, men hele settingen rundt en samtale. Alt fra å håndhilse og et

smil, til blikkontakt og holdning, kan regnes som kommunikasjon (Ulleberg, 2014). Hvis vi tenker over det, er det ingenting vi foretar oss som ikke kan regnes som kommunikasjon. Om du lar være å si noe, eller om du tror du er passiv i en samtale, betyr ikke det at du ikke kommuniserer. Stillhet kan oppfattes og tolkes av andre, i like stor grad som ord og grimaser. Nettopp dette gjør at kommunikasjon kan være så simpelt, og samtidig være så komplisert.

Alle ser verden på sin subjektive måte, det er ikke mulig å se verden objektivt. Mennesket kommer alltid til å tolke og oppfatte ting, og skape egne inntrykk av en opplevelse. Dette ligger i vår natur som mennesker. Det samme gjelder relasjonen til andre. En samtale vil alltid bli tolket på like mange måter som det er deltagere i samtalen. Det er dette som gjør hvert enkelt individ til en særegen person (Ulleberg, 2014). Ved at vi trekker fram karakteristiske trekk ved en person, som eksempelvis avhengighet, forfengelighet eller uansvarlighet, sier vi mer om oss selv enn den andre personen. Hvis alt vi ser i en rusavhengig pasient er selve rusavhengigheten, vil vi selv ofte fremstå som eksempelvis fordomsfulle. Når vi sier at vedkommende er rusavhengig, er det *forholdet* vi har til dem og ikke selve pasienten, vi karakteriserer. Dette viser tydelig at vi har gjort en vurdering, og det er vår tolkning vi gir uttrykk for. Det er nettopp dette kommunikasjon bygger på.

Studien til Toven et al. (2015) viser at behandlende tannleger har en tanke om hvorfor tannbehandling er vanskelig å gjennomføre på rusavhengige pasienter. Gjennom svarene de rusavhengige oppga kan vi tydelig se at de mener det er noe helt annet som er opphavet til de krevende og anstrengende tannbehandlingstimene. Dette viser tydelig at det ikke har vært god nok kommunikasjon mellom behandlerne og pasientene. Vi mener ikke at det er den ene eller den andre parten som er skyld i dette. Vi ønsker bare å påpeke at hovedproblemet med vanskelige tannbehandlingstimer, ofte er lite eller dårlig kommunikasjon. For å kunne kommunisere på en nyttig måte må vi vite hva kommunikasjon er, og forskjellen på god og dårlig kommunikasjon. Det finnes mange kommunikasjonsteorier, og ofte blir det gjort et forsøk på og forenkle begrepet. Felles for de fleste er at de bygger på humanistiske grunnverdier, som eksempelvis ”den gyldne regel”; du skal være mot andre slik du vil andre skal være mot deg. Kjeldsen (2013) beskriver kommunikasjon på en forenklet måte ved at han ser på de fem hovedelementene i kommunikasjon; avsender, budskap, mottaker,

kanal og effekt. Dette er en veldig vanlig måte å se på kommunikasjon på. På en annen side har vi Ulleberg (2014), som forsøker å gjøre det motsatte. Hun legger til et nytt perspektiv. Dette perspektivet er vår subjektive mening om situasjoner eller gjenstander. Hun mener at vi ikke har et forhold til selve gjenstanden, men at vi har et forhold til vår *idé* om gjenstanden. Vi tolker og oppfatter alt rundt oss, og det er dermed ikke mulig å være objektiv. Vi mener dette er høyst relevant i forhold til en veiledningstime på klinikken. Alt vi sier vil bli tolket av pasienten, og vi må derfor være veldig tydelig i hva vi sier, slik at budskapet ikke forsvinner blant uforståelige og tvetydige ord og holdninger. I alle kommunikasjonssettinger med andre mennesker er det viktig at alt av kommunikasjon henger sammen. Hvis vi har en forutsatt og negativ holdning til rusavhengige, vil dette ofte fort speile gjennom i ordvalg og kroppsholdning. Det hjelper ikke og smile, hvis øynene våre avslører at vi synes pasienten er ekkel. Dette kan igjen være med på ytterligere redsel og usikkerhet fra pasientens side. Det er lett å forstå at det er vanskelig å forholde seg til en person du merker har en nærmest fiendtlig holdning til deg selv. Det er også vanskelig å finne tillitt i en slik situasjon, og pasienten ender ofte opp med og ikke stole på personen som skal utføre tannbehandlingen på vedkommende. Robinson et al. (2005) skriver om rusavhengige som ofte foretrekker og behandle seg selv ved smerter i tenner og slimhinner i munnen, istedenfor å gå til tannlegen. Det blir begrunnet med at de har blitt møtt med fordommer og stigmatisering fra tannbehandlere tidligere. For oss er dette en forståelig påstand. Vi hadde heller ikke følt oss ”høye i hatten” om vår verste egenskap tydelig ble dratt fram i møte med andre. Om vi fikk et stempel i panna som satte oss i én bås, med tilsvarende personer med liknende egenskaper, ville heller ikke vi fått tillit til vedkommende, med et stort ansvar ovenfor oss. Vi mener det å sette seg selv i skoene til andre, ofte kan være til stor hjelp for å føle ekte medmenneskelighet ovenfor pasientene sine. I Rusavhengiges tilfelle er det få som ønsker å leve med uhelse, og bli styrt av en avhengighet. Da er det vårt ansvar, som tannpleiere, å bidra til at de rusavhengige også kan få en bedre livskvalitet og en bedre hverdag.

Gjennom å benytte oss av Antonovskys konsept om sense of coherence, i tillegg til health literacy, kan vi gjøre pasienter i bedre stand til å gjenoppbygge en god livskvalitet (Hochwälder, 2015). På mange måter er health literacy veldig likt sense of coherence. Den store forskjellen er at health literacy kun går ut på helseinformasjonsforståelsen, mens sense of coherence omhandler selve

kunnskapsformidlingen. Sett i et tannbehandlingperspektiv betyr dette at ved at det gis god veiledning, og ved å ha empowerment som en grunnleggende byggestein i samtalen, vil pasienter kunne forstå seg bedre på forhold som påvirker sin egen helse og tannhelse, og konsekvenser av negativ påvirkning. På den måten kan de bli i stand til å ivareta helsen sin og ta gode valg som ikke svekker helsen. For å oppnå en høyere SOC, må en tannpleier kunne gi god veiledning, som er bygget på god kommunikasjon. Gode verktøy som kan brukes for å oppnå en god veiledning er motiverende intervju (MI) og løsningsfokusert tilnærming (LØFT). Som nevnt ovenfor er det ikke nok for mange av pasientene på en klinikk å få informasjon, og deretter utføre en endring. Det krever mye av en pasient å skulle oppfatte og forstå hva som faktisk blir sagt i en tannbehandlingssituasjon. Ofte er det vanskelig og skjønne informasjonen i seg selv, i tillegg til at redsel for tannbehandling kan bidra til at pasienten ikke oppfatter informasjonen. Health literacy bygger på akkurat dette med at pasienten skal forstå helseinformasjonen som blir gitt (Lytton, 2013). Uten å bygge en veiledningssamtale på begrepet om health literacy, er det liten vits å utføre veiledningen i det hele tatt. Om pasienten ikke forstår hva vi snakker om, er det ingen vits at vi snakker. I studien til Dermota et al. (2013) tok de for seg rusavhengige unge menn i Sveits, og så på sammenhengen mellom rusavhengighet og health literacy. Studien kom fram til at svært mange benyttet seg av internett, tv, magasiner og andre medier, for å få mer informasjon om helse og / eller forskjellige effekter av forskjellige rusmidler. På en skala fra 1 til 4, der 1 er at de forstod svært lite av informasjonen og 4 er at de forstod svært mye av informasjonen, ble gjennomsnittresultatene 3,12. Dette viser at uavhengig av alder, bosted, yrke og utdanningsnivå, mener de fleste at informasjon om helse i medier og på nett er enkel å forstå (Dermota et al., 2013). Vi tenker at det er fordi dette er nøye gjennomtenkt informasjon. Det er tatt i betraktning at utdanning og forhåndskunnskaper ikke skal ha noe å si for om informasjonen er forståelig eller ikke. Dette burde tannhelsepersonell tenke litt over når det skal gis informasjon til pasientene. Det må alltid legges på et nivå som pasientene forstår. Det kan heller ikke gis for mye informasjon på en gang, da dette ofte resulterer i at pasienten husker enda mindre av hva som blir sagt. Vi må alltid sikre oss at informasjonen blir oppfattet av pasienten, og ikke bare at informasjonen er gitt.

”[God] veiledning vektlegger at svaret er hos fokuspersonen” (Tveiten, 2013, s. 26). Som nevnt tidligere er det fokuspersonen, altså pasienten i dette tilfellet, sin mestringskompetanse som skal styrkes. Dette er fordi pasienten sitter på svaret selv, og fordi en god veileder opprettholder pasientens autonomi. MI kan være et nyttig verktøy i en slik veiledningssituasjon. Denne metoden bygger på å stille åpne spørsmål som får pasienten selv til å reflektere over sin situasjonen (Ivarsson & Sjögren, 2013). Dette kan være med på å gi pasienten mer motivasjon til å fortsette en behandling, eller til å få til en endring innen eksempelvis munnhygiene. MI vil også være med på å likestille pasienten og tannpleieren, slik at pasienten føler seg mer likeverdig og ikke ser på tannpleieren som en overordnet person. Grunnprinsippet om at MI bygger på å stille åpne spørsmål, burde være en del av en hver veiledningssamtale. Vi mener dette fordi et åpent spørsmål alltid vil få pasienten til å reflektere selv. Ved å spørre om pasienten har pusset tennene to ganger om dagen, trenger pasienten kun og svare ja eller nei. Ved at vi omformulerer oss, og spør hvordan det går med munnhygiene til pasienten, må vedkommende sette i gang tankene for å kunne svare oss. Struijk (1989) skriver om viktigheten av vilje, motivasjon og frivillighet, i veiledningssituasjoner. MI bidrar til å opprettholde alt dette, gjennom at fokuset ligger på pasienten og at det er pasienten selv som er ansvarlig for å endre vaner, slik at helsen og tannhelsen blir bedre. Et annet verktøy som bidrar til å motivere pasientene er LØFT. LØFT bygger på et positivt utgangspunkt, der det gjelder å se framover mot et konkret mål. Det går også an og bare sette delmål, om det skulle være vanskelig for en pasient å se den lange veien fram til det endelige målet (Kvarme, 2007). Gjennom denne positive holdningen vil det kunne være lettere for pasientene å finne den motivasjonen de trenger for å få en bedre livskvalitet. Oral helse har, som nevnt tidligere, mye og si for den generelle helsen hos folk. Pasienter som sier de er fornøyde med sin orale helse, er ofte de samme som har lite problemer med karies. Dette gjenspeiler seg også i at de generelt er mer fornøyde med livet og helsen. Studien til Dahl et al. (2012) viste at over 90 % av voksne mennesker i Norge ser en sammenheng mellom livskvalitet og evnen til å spise, tygge, smile og omgås med andre. Resultatene viser at minimum 50% av deltagerne mente at oral helse hadde en påvirkning på alle faktorene, utenom vekt. I et klinisk perspektiv betyr dette at funksjon og estetikk kan være gode

motivasjonsfaktorer for å fullføre en tannbehandling eller for å følge rådene som blir gitt av tannhelsepersonell.

Struijk (1989) nevner at fokuspersonen må ha et reelt engasjement for at veiledningen skal være nyttig. Uten dette engasjementet vil verdien av en veiledning ofte forsvinne. Noen ganger kan det være vanskelig for en pasient å finne en indre eller ytre motivasjon til å skape en endring. Da kan det være nyttig for en tannpleier å ta i bruk endringsfokusert tilnærming, der det vektlegges endringspotensiale hos pasienten (Kvarme, 2007). Tannpleiere kan bruke endringsfokusert rådgivning ved å legge til rette for at pasienten skal se de iboende ressursene vedkommende har, og hjelpe pasienten til å finne en eller flere motivasjonsfaktorer. I tillegg kan det være med på å fremme selvforståelsen, noe som er utrolig viktig i en endringsfokusert veiledningssamtale. Dette kan hjelpe til med å bryte ned motstanden pasienten har til endring, og dermed skape rom for motivasjon. Løsningsfokusert tilnærming, endringsfokusert rådgivning og motiverende intervju, er alle viktige metoder for å oppnå en bedre SOC hos pasienten. Studier viser at ved å gjøre behandlingsopplegg individualisert, der det bygges på pasientens egne ressurser, og ved å ha et positivt helsebegrep, kan pasienters SOC øke betydelig (Langeland, 2007). Salutogenese er også en sterk faktor inne i veiledningssituasjonen, og en tannpleiers yrke bygger i sterk grad på salutogenese. Dermed er det veldig naturlig for en tannpleier å ha en løsningsfokusert tilnærming, som bygger på en motiverende samtale, i veiledningssamtaler med pasienter.

4.2 Folkehelseiltak

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid tar utgangspunktet i helsen og ikke sykdommen. Innenfor tannhelse går dette ut på å fremme det som hindrer skade på tennene før skadene oppstår. Siden det er en stor andel uteblivelse av timene hos rusavhengige pasienter, ønsker vi å iverksette et tiltak med mål om å strekke ut en hjelpende hånd til denne pasientgruppen. Substitusjonslegemidler er sterkt avhengighetsskapende (Helsedirektoratet, 2010), noe som fører til at pasienter under LAR er avhengige av å motta sin daglige dose med metadon. Vi mener at et tverrprofesjonelt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og ansatte ved LAR, vil komme de rusavhengige pasientene til gode. Samtidig tenker vi at det ikke vil være tilstrekkelig med et godt samarbeid med de ansatte i LAR for å få rusavhengige

pasienter til å møte opp på tannklinikken. Derfor vil vi, i samarbeid med ansatte i LAR, legge til rette for et møte eller en temadag, mellom en tannpleier og de rusavhengige. Vi trenger hjelp av de ansatte i LAR for å nå ut til de rusavhengige, i tillegg til at vi trenger et sted å ha møtet. Et foretrukket sted vil være et sted der de rusavhengige kan føle seg rolige, og at de er i trygge omgivelser. Dette er viktig for oss, for at de rusavhengige skal føle at de har kontroll over situasjonen.

Målet med dette forebyggende tiltaket er todelt, men med ett fokusområde. På én side vil de rusavhengige få økt kunnskap om oral helse, og på den andre siden bygger vi en relasjon mellom tannhelsepersonell og rusavhengige. Hovedfokuset vil ligge på å bruke kommunikasjon til å gjøre frykten ovenfor tannbehandling mindre for de rusavhengige pasientene, slik at det skal bli lettere for dem å møte opp til avtalte timer på tannklinikken. I tillegg vil vi gjøre alle oppmerksomme på retten de har til gratis tannbehandling, og påpeke fordeler tannbehandling har for helsen og livskvaliteten. Vi håper at et slikt møte kan samle en gruppe LAR-pasienter, slik at det blir en samtale mellom tannpleieren og de rusavhengige, og ikke en forelesning der tannpleieren vifter med pekefingeren. I tillegg åpner det for at de rusavhengige kanskje føler støtte i hverandre, siden de er i samme situasjon. På den måten blir det forhåpentligvis en tryggere opplevelse for dem.

Innholdet i disse møtene vil i hovedsak bygge på kostholdsveiledning, og tannhygieneinstruksjon og bruk av fluortannkrem. Vi vet at rusavhengige pasienter spiser mye karbohydratrik mat, og har dermed høy risiko for utvikling av karies (Haugbo et al., 2010). Derfor mener vi at de vil ha god nytte av både kostholdsveiledning og tannhygieneinstruksjon. Vi ønsker å basere kostholdsveiledningen på Helsedirektoratets anbefalinger om et sunt kosthold (Helsedirektoratet, 2016), og følger hygieneinstruksjonen som vi har lært gjennom tannpleierstudiet. Vi skal øke deres kunnskap om oral helse og gi de den informasjonen de trenger for å opprettholde en akseptabel oral helse. Samtidig forsøker vi å motivere dem til å oppnå en bedre oral hygiene. Som nevnt ovenfor håper vi at disse møtene blir samtaler og dialoger mellom tannpleieren og de rusavhengige pasientene. Det er derfor viktig at kommunikasjonen mellom tannpleieren og de rusavhengige er basert på respekt og likeverdighet (Klinge, 2010), slik at ingen skal føle seg undertrykket. Ved å basere oss på prinsippene om god

kommunikasjon og veiledning, som beskrevet i forrige kapittel, håper vi at de rusavhengige får en god relasjon til det lokale tannhelsepersonellet. Vi mener denne relasjonsbyggingen er viktig, både for å hindre flere uteblivelse av tannbehandlingstimer på klinikken, og for å starte bearbeidelsen av tannbehandlingsfrykt allerede ved det første møtet med dem. Forskning viser til at det er oftest hos tannpleieren at uteblivelsene av timene skjer (Haugbo et al., 2010). Derfor mener vi at relasjonsbyggingen er ekstra viktig, i tillegg til at de rusavhengige vil få mer innsikt i hvor avgjørende sykdomsforebyggende arbeid kan være for å opprettholde en god oral helse. Gjennom relasjonsbyggingen vil tannpleieren kunne vinne tillit hos den rusavhengige pasienten. For å videreføre denne tilliten til klinikken og behandlingsstolen, vil vi at de rusavhengige pasientene kommer til tannpleieren første gang de er på klinikken. På den måten møter de et vennlig og kjent fjes første gang de er der. Dette er et tiltak vi beskriver nærmere i neste kapittel, ”tiltak på klinikken”.

4.3 Tiltak på klinikken

Som utdypet tidligere er det dessverre slik at rusavhengige pasienter er kjent for å ikke møte til avtalte timer på klinikken. Grunnene til dette kan være forskjellige, men årsaken som gjentar seg oftest, er redsel for behandling (Haugbo et al., 2010). Rusavhengige pasienter med angst for tannbehandling ser ofte ikke forskjellen mellom tannlege og tannpleier. Dermed kan det tenkes at tannpleieren kan være en viktig del av behandlingen av denne redselen. Som beskrevet i forrige kapittel om folkehelseiltaket vi vil gjennomføre, oppnår tannpleieren tillit hos de rusavhengige, i tillegg til at tannpleieren får en god relasjon. Ved at tannpleieren er den første den rusavhengige pasienten møter når vedkommende kommer på klinikken, vil være med på å gi en trygghetsfølelse. Denne første timen bør være kort. Vi tenker at 30 minutter, med forutsigbar og smertefri behandling, er lange nok tannbehandlingstimer i første omgang. Vi ønsker å gjennomføre det på denne måten for at pasienten ikke skal oppleve lange, slitsomme timer hver eneste gang vedkommende kommer til klinikken. Hensikten med denne første timen er at tannpleieren kan gjennomføre en undersøkelse, og ha en samtale med pasienten om eventuell videre behandling vedkommende trenger. Om reparativ behandling hos tannlege er aktuelt, ønsker vi også at tannpleieren kan introdusere pasienten for tannlegen som skal behandle vedkommende. På den måten kan tannpleieren bli et mellomledd, og videreføre

tilliten vedkommende har fått fra den rusavhengige pasienten, slik at pasienten også kan føle tillit til tannlegen. Gjennom dette ufarlige første møtet får pasienten en introduksjon for instrumenter og maskiner tannhelsepersonell benytter seg av. Hvis pasienten er veldig engstelig og redd, og trenger omfattende behandling hos tannlege, tenker vi at tannpleieren kan utføre eksempelvis profesjonell tannrengjøring (PTR) eller pusse gamle fyllinger. På den måten blir pasienten utsatt for stimuli som kan minne om det tannlegen skal utføre, men uten smerter som eksempelvis en rotfylling kan medføre.

Vi ønsker ikke at pasienten skal bli skremt av at noe skjer uventet, derfor er det viktig at tannpleieren forklarer alt som skal skje før han eller hun utfører det. Vi har erfart tidligere at eksempelvis tørrlegging, ved bruk av treveissprøyte, kan være nok til at noen pasienter skvetter opp av behandlingsstolen, og ikke ønsker å fullføre behandlingen. Videre tenker vi det er viktig at pasienten føler at vedkommende har kontroll over situasjonen, ellers kan det gjøre pasienten enda mer utrygg på tannhelsepersonell og tannbehandlingssituasjoner. Ved at behandleren og pasienten avtaler på forhånd hvor lenge av gangen de skal holde på med roterende instrumenter, eller ved at pasienten rekker opp en hånd når tannpleieren skal stoppe, føler pasienten at han eller hun har mer kontroll over situasjonen. Å gjøre pasienten deltagende i behandlingen, er også viktig. Ved at det hele tiden er god kommunikasjon mellom behandler og pasient, som beskrevet under kapittelet om ”hvordan kommunisere og veilede”, sikrer det også at pasienten føler tillit og trygghet i en ellers så ubehagelig situasjon. Grunnen til at vi ser på slike små, konkrete tiltak som viktige for en vellykket tilvenning og behandling, er fordi forskning viser at rusavhengige pasienter tidligere har følt at de ikke blir hørt når de er til behandling (Robinson et al., 2005). Derfor mener vi at god kommunikasjon er likeså viktig som selve undersøkelsen og behandlingen, for at det skal være større sannsynlighet for at de rusavhengige pasientene kommer tilbake ved neste tannbehandlingstid.

En ulempe med en slik tilrettelagt behandling, der pasienten får bestemme veldig mye av behandlingen selv, er at pasienten vil bli vandt til denne spesielt tilrettelagte behandlingsmetoden. Det er ikke sikkert andre behandlere utfører det på samme måte. FUTT-prosjektet viste tydelig at det er mulig å nå rusavhengige, og pasienter med psykiske lidelser, gjennom spesielt tilrettelagt behandling. Dette inkluderte blant

annet et utvidet samarbeid med andre kommunale tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Vi mener derfor at det burde bli en fast prosedyre på klinikker, slik at pasientene behandles likt av alle behandlerne ved den samme klinikken, og for at jobben med tilvenning ikke skal være bortkastet tid. For å få til en slik fast behandlingsprosedyre som utføres på en hel klinikk, er det viktig med godt tverrfaglig samarbeid med resten av tannhelseteamet og ledelsen på klinikken. I tillegg må det bli en del av nasjonale planer, lover eller rammer for tannbehandling, slik at pasientene er sikret den samme gode behandlingen, uavhengig av bosted i landet. Tilbudet om lavterskelbehandling er fremdeles ikke så veldig utbredt i Norge. Toven et al. (2015) kom fram til at kun sju av nitten fylkeskommuner i Norge tilbyr lavterskelbehandling. Og dette gjelder kun noen enkelte kommuner innenfor disse fylkene. For å handle mer i tråd med regjeringens ønske om et landsdekkende lavterskeltilbud til pasienter som av ulike årsaker ikke greier å ivareta egen tannhelse, deriblant rusavhengige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), må dette også bli en del av nasjonale rammer for tannbehandling av rusavhengige.

Videre vil vi at rusavhengige pasienter skal bli satt opp hos tannpleier igjen, etter behandling hos tannlege er utført. På den måten forsvinner ikke pasienten ut av systemet, og pasienten får tilgang på veiledning med en tannpleier på forebygging og helsefremming, og hvor viktig dette er for selvfølelsen og livskvaliteten. Denne timen hos tannpleier for forebyggende behandling, må diskuteres på forhånd mellom tannpleier og pasient. Dette er for at pasienten skal få et innblikk i viktigheten av den forebyggende behandlingen, slik at det ikke blir nok en ”ikke-møtt” i timeboka til tannpleieren. Ved denne timen vil det også bli mer tid til å motivere pasienten til å fortsette behandlingen. Dahl et al. (2012) konkluderte i sin studie med at oral helse har mye og si for livskvaliteten, og vi mener dette kan bidra til at den rusavhengige pasienten ser viktigheten av forebyggende behandling. Gjennom å motivere pasienten kan gamle vaner brytes, og byttes ut med sunne vaner, som eksempelvis daglig tannpuss med fluortannkrem.

Fordelen med slike små og konkrete tiltak, som beskrevet ovenfor i dette kapittelet, er at pasienten skal få en positiv opplevelse på tannklinikken. Vi ønsker at pasienten skal kunne se på tannhelsepersonell som en ressurs, som kan bidra til å få en bedre livskvalitet og et bedre sosialt liv. Samtidig vil vi kanskje kunne bidra til at pasientens

syn om at ”tannlegen er farlig” bli endret, og dermed at det i framtiden ikke skal være en forhåndsopfatning om at det er skummelt å gå til tannlegen.

Fallgruvene ved alle disse forskjellige tiltakene er mange, og innebærer eksempelvis at det krever mye tid fra tannpleiere. Det er derfor viktig at tiden til en tannpleier blir fordelt etter prioriteringsgruppene, der rusavhengige pasienter havner nest sist (Tannhelsetjenesteloven, 1983). En annen fare rundt denne tilrettelagte behandlingen er at det kreves mye energi. En tannpleier må gi mye av seg selv, for å behandle denne gruppen med pasienter. Slik situasjonen er i dag, er det ofte at timene hos tannpleier blir sett på som mindre viktige, og det ender med flere ”ikke møtt” i timeboka (Haugbo et al., 2010). Vi regner med at det har vært gjort forsøk på å hindre uteblivelse av timer blant rusavhengige pasienter i fortiden også, men vi mener at folkehelseiltaket, som vi beskrev i kapittelet med samme navn, bidrar til økt forståelse blant rusavhengige om viktigheten av forebyggende og helsefremmende behandling. På den måten håper vi å se en endring i holdningen rusavhengige pasienter har til arbeidsoppgavene til en tannpleier.

Selv om fallgruvene er mange finnes det også store fordeler ved alle små og store tiltak vi har beskrevet ovenfor. Det er ikke bare pasienten som vil dra nytte av mer forebyggende og helsefremmende behandling. Staten betaler store summer hvert år til reparativ behandling hos rusavhengige pasienter. Årsaken til dette er fordi de rusavhengige pasientene ønsker smertelindrende behandling. Dette koster samfunnet en formue, og kunne vært unngått med forebyggende tiltak. Derfor vil det være mer lønnsomt for staten å investere mer i forebyggende folkehelsearbeid, siden statistikken viser til at gjennomsnittskostnadene per rusavhengig pasient som får reparativ behandling er kr 8 053 (Toven et al., 2015). Dersom tiltakene vi har beskrevet ovenfor fungerer i praksis, vil det bli mindre behov for store reparative behandlinger i framtiden, og kostnaden staten utbetaler til tannbehandling av rusavhengige hvert år, kan kuttes betydelig. En annen fordel, mener vi, er at tannpleiere vil i større grad følge sin plikt, ved å gi bedre behandlingstilbud til rusavhengige pasienter. Tannpleiere er, som nevnt tidligere i oppgaven, pliktig i å gi rusavhengige pasienter tannbehandling. Ved å fokusere på forebyggende og helsefremmende arbeid, vil tannpleieren følge det som danner grunnsteinene i tannbehandling for tannpleiere. Denne behandlingen skal ytes til alle pasientgrupper,

og dermed ser vi på det som ytterst viktig at ruspasienter får et større tilbud om helsefremmende og forebyggende behandling på tannklinikk, og gjennom utadrettet folkehelseiltak. Videre vil dette føre til økt livskvalitet hos rusavhengige, noe som er det mest betydningsfulle resultatet av disse tiltakene. Ingen av tiltakene ville vært nødvendig eller betydningsfulle, hvis det ikke var for at det resulterte i en bedre hverdag for rusavhengige.

5.0 Konklusjon

Tannpleierens hovedoppgave går ut på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Store deler av utdannelsen til å bli tannpleier bygger på god veiledning gjennom god kommunikasjon med pasientene. Forskning viser at det er nettopp mangel på kommunikasjon som er hovedgrunnen til vanskelige og utfordrende tannbehandlinger med rusavhengige pasienter. Vi mener derfor, med bakgrunn i tiltakene beskrevet i oppgaven, at tannpleiere burde være i førstelinjerollen ved behandling av rusavhengige pasienter. Videre stiller vi oss undrende til hvorfor tannpleiere, med denne bakgrunnen og kompetansen etter en treårig bachelorutdannelse med fokus på forebygging, ikke har fått en større rolle og andre arbeidsoppgaver i den offentlige tannhelsetjenesten.

Litteraturliste

*Abelsen, B. (2008). Arbeidsdelingen mellom tannleger og tannpleiere i Norge. *Norsk Tannlegeforenings Tidende*, 118(15), 976-982. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/asset/2008/P08-15-976-82.pdf>

*Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Blich, C. C. & Aandahl, L. S. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/485/God-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten-en-veileder-i-bruk-av-faglig-skjonn-ved-nodvendig-tannbehandling-IS-1589.pdf>

*Borg, A.-C., Ericson, D. & Zimmerman, M. (2000). *Missbruk: syns det i munnen?* Stockholm: Gothia Forlåg.

*Dahl, K. E., Wang, N. J. & Öhrn, K. (2012). Does oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35 – 47 years of age in Norway. *International Journal of Dental Hygiene*, 10(1), 15-21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00533.x>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Dermota, P., Wang, J., Dey, M., Gmel, G., Studer, J. & Mohler-Kuo, M. (2013). Health literacy and substance use in young Swiss men. *International Journal of Public Health*, 58(6), 939-948. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-013-0487-9>

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering, FOR-2009-12-18-1641. §3-5. (2013)

Hansen, B., Dahl, K. E. & Halvari, A. E. M. (2013). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Lokalisert på http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

*Haugbo, H. O., Storhaug, K. & Willumsen, T. (2010). Rusavhengighet, psykiatri og oral helse: Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. *Norsk Tannlegeforenings Tidende*, 120(13), 912-917. Lokalisert på <http://www.tannlegetidende.no/asset/2010/P10-13-912-7.pdf>

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

*Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. (Rundskriv IS-1701/2010). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/100/IS-1701-Legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

*Helsedirektoratet. (2016). *Kostråd fra helsedirektoratet*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet>

*Hochwälder, J. (2015) Test of Antonovsky's postulate: high sense of coherence helps people avoid negative life events. *Psychological Reports*, 116(2), 363-376. <http://dx.doi.org/10.2466/15.PR0.116k23w3>

*Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ivarsson, B. H. & Sjögren, K. (2013). *MI - motiverande samtal: Praktisk handbok för tandvården*. Stockholm: Gothia.

*Kjeldsen, J. E. (2013). Retorisk dannelse: Hva du ikke visste du burde vite om verdens eldste kommunikasjonslære. *Norsk Medietidsskrift*, 20(1), 71-80. Lokalisert på <https://www.idunn.no/>

*Kjos, S. A. & Aas, E. W. (2008). *Helt alminnelig galskap: En oppslagsbok over psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal.

*Klinge, B. (2010). *Munnen: Tänder, kropp och själ*. Stockholm: Karolinska Intitutet Univeristy Press.

*Kvarme, L. G. (2007). Løsningsfokuset tilnærming. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 220-237). Oslo: Akribe.

*Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Bergen: Universitetet i Bergen.

*Lohne, P. & Buseth, T. (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(6), 563-573. Lokalisert på <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/563-573.pdf>

*Lytton, M. (2013). Health literacy: An opinionated perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(6), 35-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.006>

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington D.C.: National Academies Press.

Norsk Tannpleierforening. (2014). *Om tannpleieren*. Lokalisert på <http://www.ntpf.no/om-tannpleieren-mainmenu-28>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

*Robinson, P. G., Acquah, S. & Gibson, B. (2005). Drug users: Oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, 198(4), 219 – 224.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.4812090>

*Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001 – 2003*. (Futt-prosjekt, samlerapport). Lokalisert på: <http://evalueringsportalen.no/evaluering/forsoksordning-med-utvidet-fylkeskommunalt-tilbud-om-tannhelsetjenester-2001-2003-futt-prosjektet-samlerapport/forsoksordning-med-utvidet-fylkeskommunalt-tilbud-om-tannhelsetjenester-futt-prosjektet-1231.pdf/@@inline>

*Struijk, B. (1989). *Veiledning: Noen perspektiver*. Volda: Møre og Romsdal Distriktshøgskule.

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. (2014).

*Toven, H. V., Karlsen, L. S. & Jansson, H. (2015). *Tannbehandlingstilbud til og tannhelseforhold hos rusmiddelmissbrukere og personer med kvalifiseringsstønad fra NAV*. Lokalisert på: <http://www.tkost.no/getfile.php/3102593.2008.vsudpsaxuq/Sluttrapport+for+utredning+soppdrag+tannhelse+og+rus+2015.pdf>

*Tveiten, S. (2013). *Veiledning: Mer enn bare ord*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning: En innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori - med historier fra veiledningspraksis*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

*World Health Organization. (s.a.) *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer.* Lokalisert på <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>

Vedlegg 1

Tittel / arbeidstittel på oppgaven:			
Bedre livskvalitet for rusavhengige			
Problemstilling:			
Hvorfor bør tannpleiere inneha førstelinjerollen ved behandling av rusavhengige pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten?			
P	I	C	O
Pasient/problem det dreier seg om	Tiltak (intervention) som skal iverksettes	Sammenligning (comparison) med andre tiltak	Ønsket utfall (outcome)
Rusavhengige Rusmisbrukere Rusmiddelmissbrukere	Tannhelse Munnhelse Oral helse	Tannbehandling Kommunikasjon Forebyggende behandling	Økt livskvalitet Tannpleierrollen Tverrprofesjonelt samarbeid
Substance-related disorders Substance abuse Opioid-related disorders	Oral health Attitude to health Oral hygiene	Dental restoration Communication Preventive medicine Health literacy Sense of coherence	Dental hygienist Quality of life Interprofessional relations