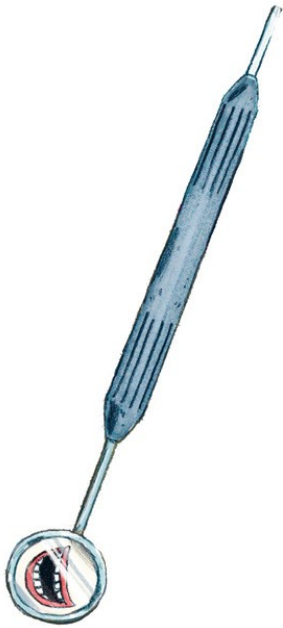


# Tannverk i tillegg



ILLUSTRASJON Åshild Irgens

Tannhelse er ein viktig faktor for generell helse, livskvalitet og velvære. Ein litteraturgjennomgang viser eit behov for meir kunnskap om korleis ein kan sikra reell tilgang til tannbehandling for pasientar med alvorlege psykiske lidingar.

## TEKST

**Jofrid Bjørkvik**

**Diana Henriquez**

**PUBLISERT 3. mai 2017**

Langvarig psykisk lidning er forbunde med ei rekkje tilleggsbelastningar fysisk og sosialt. Ei av desse vanlege, men ofte oversette tilleggsbelastningane er redusert tannhelse. Tannverk i tillegg gir ikkje berre smerte og ubehag, men blir for mange også eit hinder når det gjeld å kunna smila, eta og snakka saman med andre.

Hjå personar med alvorlege eller langvarige psykiske lidingar har forskning konsekvent funne auka førekomst av somatisk sjukdom, kortare livslengd grunna somatisk sjukdom og redusert livskvalitet (De Hert, et al., 2011). Det er også dokumentert svekka tannhelse og underforbruk av tannhelsetenester (Dickerson, McNary, Brown, Kreyenbuhl, Goldberg, & Dixon, 2003; Sheiham, 2005). Ein oversiktsartikkel om alvorlege psykiske lidingar (APL) og fysisk helse viser til 12 studiar som dokumenterer dårleg tannhelse og store tannbehandlingsbehov (De Hert, et al., 2011). Eit komplekst samspel av faktorar skapar barrierar og vanskeleggjer tilgang og bruk av tannhelsetenester for denne gruppa. Forskarar finn tilstanden alarmerande og tar til

orde for tiltak som kan sikra reell tilgang på og kvalitet i helsetenestene for personar med alvorlege psykiske lidningar (De Hert, et al., 2011; Thornicroft, 2011).

Denne teksten vil utforska moglege barrierar personar med APL møter på i høve det å oppretthalda ei god tannhelse. Teksten byggjer på litteraturgjennomgang, men også på erfaringar frå arbeidet vårt i TOO-teamet ved Stord tannklinikk. TOO står for tortur, overgrep og odontofobi (tannbehandlingsangst), og teamet blei oppretta våren 2013 som del av ei større satsing frå Helsedirektoratet med tanke på å tilby tilrettelagde tannhelsetenester til utsette grupper. Personar med alvorlege og langvarige psykiske lidningar er ikkje eksplisitt nemnde i målgruppa, men har i praksis kome inn grunna betydeleg overlapp med anten kriteriet erfaring med vald eller overgrep, eller innslag av odontofobi. Me vil også kort presentera eit forskingsprosjekt som er under planlegging i Sunnhordland med utgangspunkt i dei utfordringane som er nemnde her.

## **Bakgrunn**

Tannhelse er ein viktig faktor for generell helse, livskvalitet og velvære, og påverkar personens høve til å kunna eta, snakka og vera saman med andre utan sjenanse (Wide-Boman, Lundgren, & Carlsson, 2010). Det er eit uttalt mål frå norske styresmakter at alle skal ha rett til god tannhelse, og utsette grupper har difor rett på gratis behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Personar som har alvorlige psykiske lidningar kan få denne retten, med eit tilleggskriterium at ein anten er innlagt minimum tre månader eller har oppfølging av psykisk helseteneste (heimesjukepleie) kvar veke i minimum tre månader.

**«Forskingslitteraturen peikar på at personar med alvorlege psykiske lidningar blir diskriminert og stigmatisert ikkje berre i samfunnet generelt, men også i helsevesenet»**

I Noreg har altså mange personar med psykiske lidningar tilbod om gratis tannbehandling. Me manglar systematisk kunnskap om i kva grad dei dette gjeld, er kjent med og gjer seg nytte av retten dei har. Erfaringane våre frå TOO-teamet tyder på at mange i denne målgruppa har tannhelseproblem og av ulike grunnar strevar med å nytta seg av tilboda i tannhelsetenesta. Eit prosjekt som vart gjennomført i tre fylke i 2001–2003 dokumenterte, i tråd med våre usystematiske observasjonar, betydelege udekka behandlingsbehov i gruppa (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Det kan altså vera grunn til å anta at det ikkje er nok å etablere tilbod og økonomiske støtteordningar for å sikra reell tilgang for sårbare grupper. Ein treng kunnskap og kompetanse for å skjønna kva barrierar som eksisterer, og kva endringar som må til for at behandlingstilboda skal opplevast som reelt tilgjengelege og relevante.

## Utfordringar og barrierar

Kva er det då som hindrar personar med alvorlege psykiske lidingar i å få den tannbehandlinga dei har bruk for og rett på? Me vil i det vidare utforska ulike barrierar som kan vanskeleggjera tannbehandling, med utgangspunkt i forskingslitteraturen. Her vil me trekkja fram nokre studiar som eksplisitt har sett på bruk av tannhelsetenester i denne pasientgruppa, men også nytta perspektiv frå studiar som ser på barrierar og hindringar for personar med ALP i møte med somatisk helsevesen generelt.

### Barrierar assosiert med tenesteytar

Forskingslitteraturen peikar på at personar med alvorlege psykiske lidingar blir diskriminert og stigmatisert ikkje berre i samfunnet generelt, men også i helsevesenet (Cunningham, Peters, & Mannings, 2013; De Hert, et al., 2011). Til dømes blir det frå fleire hald påpeika at fagfolk innan psykisk helsevern unnlèt å ta på alvor at pasientane også har ei fysisk helse, inkludert tannhelse (Cunningham, Peters & Mannings, 2013; De Hert, et al., 2011). Det handlar mellom anna om at presenterte symptom blir oppfatta som assosierte med den psykiske lidinga, såkalla diagnostisk tilsløring (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008). I tråd med dette fenomenet opplever pasienten å ikkje bli trudd og tatt på alvor, og går dermed glipp av nødvendig medisinsk oppfølging og behandling. Når det gjeld tannbehandling, peikar De Hert, Cohen et al. (2011) på at fagfolk innan psykisk helsevern overser både behandlingsbehov og verdien av førebyggjande tiltak.

De Hert og medarbeidarar (2011) tar til orde for systematiske tiltak som sikrar førebygging og behandling av tannsjukdom ut frå pasientane sine særlege behov, og legg eit stort ansvar på tilsette i psykisk helsevern. Ei stor utfordring, ifølgje desse forfattarane, er å finna fram til tannlegar som ikkje stigmatiserer pasientar som har psykiske vanskar og lidingar.

### «Her kan ein hevda at teieplikta er til hinder for eit potensielt viktig helsetiltak»

Me manglar kunnskap om korleis pasientar med langvarige psykiske vanskar og lidingar opplever møtet med tannlegen. Men kvalitative studiar av erfaringar med behandling av tannbehandlingsangst indikerer at tannlegens person og væremåte, og relasjonen mellom pasient og behandlar, blir vektlagt som sentralt i høve det å meistra tannbehandling (Abrahamsson, Berggren, Hallberg, & Carlsson, 2002; Bjørkvik, 2016). Abrahamson og medarbeidarar (2002) fant for eksempel at tannbehandlingsangstens kjernetema var eksistensiell trussel som var assosiert med tannbehandlingssituasjonen, individuell sårbarhet og tannlegen som lite støttande. Det handlar mellom anna om å kjenna seg forstått og respektert, å bli tatt på alvor av ein person som bokstaveleg talt står over deg, og som brukar instrument i munnen din.

## **Barrierar assosiert med personen og sjukdomen**

I tillegg til stigmatisering og diskriminering frå andre står personar med alvorlege psykiske lidningar i fare for sjølvstigmatisering (Corrigan, Larson, & Rüsh, 2009). Dette er eit fenomen som utviklar seg i forlenginga av stigmatisering utanfrå, og inneber ei haldning der personen internaliserer andre sine negative haldningar og ser på seg sjølv som mindreverdige. Corrigan og medarbeidarar (2009) skildrar på bakgrunn av sjølvdiskrimineringsmodellen ein «kvifor prøva»-effekt: Kvifor skal eg starta med dette når eg aldri kan klara det likevel? Overført til tannhelsetenesta kan denne effekten bidra til å unngå undersøking og behandling, noko som i neste omgang kan forsterke stigmatiseringa utanfrå.

I tillegg til dei psykologiske faktorane som er nemnt her, vil psykisk sjukdom og lidning også kunna vera assosiert med fleire andre faktorar som kan utgjera hindringar for tannhelse og tannbehandling. De Hert og medarbeidarar (2011) viser til dømes til biverknader av medisinar, energitap, impulsivitet, angst eller vanskar med struktur. Og vi kan leggja til at for mange i denne gruppa vil tannhelse av ulike årsaker oppfattast som lite viktig.

## **Barrierar assosiert med organisering av tenestene**

Helsevesenet har i seinare år gjennomgått store endringar med meir spesialisering og nedbygging av store institusjonar som tidlegare tilbød langtidsbehandling. Cunningham, Peters & Mannix (2013) viser til at utviklinga samtidig har ført til auka fragmentering av tenestene, der ansvar for velferd og livskvalitet har smuldra opp. Innan psykisk helsevern har ein sett ei vektlegging av målretta, strukturerte og dels manualiserte behandlingar ut frå diagnose og problemområde. Dette har medført risiko for svekka heilskapleg tilnærming. Nedbygginga av institusjonane har opna for meir valfridom og eit breiare spekter av tilbod i kommunane, men overlèt også fleire initiativ til personen sjølv. Risikoen aukar for at personen sine behov fell mellom ulike stolar og unngår å bli fanga opp.

Når det gjeld personar som har oppfølging i kommunal psykisk helseteneste, og som har rett på gratis tannhelseteneste, er det ingen automatikk i at desse får tilbod om undersøking. Teieplikta hindrar kommunen i å informera om kven som til ei kvar tid har rett på gratis tannbehandling, og ein er såleis avhengig av at pasienten sjølv eller deira pårørande tar kontakt med tannklinikken. Her kan ein hevda at teieplikta er til hinder for eit potensielt viktig helsetiltak. Samtidig er personvernet djupt forankra i menneskerettane, og for nokre kan det opplevast som krenkande eller stigmatiserande å bli identifisert som prioritert gruppe i tannhelsetenesta. God informasjon til den einskilde frå tenesteytar i kommunen, gjerne i kombinasjon med gode rutinar for samarbeid mellom kommunen og tannklinikken som kan bidra til å senka terskelen for kontakt, vil her vera ein nøkkel.

## **Konklusjon**

Litteraturen peikar på utfordringar og moglege barrierar knytt til tenesteytarar, systemet og personen sjølv som er meint å ha nytte av tenesta. Sett på spissen ser me pasienten blir utsett for eit fragmentert system med tenesteytarar som kan opplevast som autoritære og dominerande, og som med sin veremåte kan bidra til å forsterka pasienten si oppleving av mindreverd og passivitet i møte med tenesta (Corrigan et al., 2009). Alternativet er, ifølgje Corrigan og medarbeidarar (2009), eit perspektivskifte i retning av recoveryorientert praksis (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Recovery står for betringsprosess og inneber eit skifte frå patologi til ei forståing av at menneske med psykiske helsevanskar kan skapa seg eit meiningsfullt og tilfredstillande liv ut frå eigne verdiar, med eller utan psykiske symptom som kan komma og gå. Recoveryorienterte helsetenester er pasientsentrerte tenester. Dette inneber at ein må forstå og endra på maktforhold slik at det er brukaren si forståing og ekspertise som har forrang, ikkje fagpersonen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

### **Trong for kunnskap**

For personar med langvarige og alvorlege psykiske lidingar er det trong for meir kunnskap om misforholdet som synest å vera mellom *behandlingsbehov* på den eine sida og aktuell *bruk* av behandlingstilboda på den andre sida. Det er også nødvendig å søka kunnskap om korleis ein kan redusera hindringar og sikra *reell* tilgang til nødvendig tannbehandling til denne gruppa.

For å få kunnskap om kva som må til for at tannhelsetenesta skal opplevast som tilgjengeleg og relevant, er tett samarbeid med brukargrupper heilt sentralt. I regi av Tannhelsetenesta kompetansesenter Vest, Hordaland er det under planlegging eit forskingsprosjekt i Sunnhordland som tar sikte på å søka ny kunnskap på dette feltet. Dette prosjektet har to hovudmål: 1) å undersøka bruk av tannhelsetenester, sjølvopplevd tannhelse og tannstatus hjå personar med langvarige psykiske vanskar som har bistand frå psykisk helseteneste i ein kommune, og 2) å tilby tannbehandling til denne gruppa menneske i samarbeid med gruppa sjølv og med tilsette i psykisk helseteneste i kommunen. Prosjektet blir gjennomført som eit samarbeid mellom Stord tannklinikk, Stord kommune (psykisk helse) og lokallaget av Mental Helse, og det vil i samband med prosjektet også bli undersøkt i kva grad samarbeid på tvers av tenestene kan bidra til å gjera tannklinikken meir tilgjengeleg for pasientane. ✕

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 5, 2017, side 450-453*

#### **TEKST**

**Jofrid Bjørkvik**

KONTAKT: jofrid.bjorkvik@hfk.no

**Diana Henriquez**

+ **Vis referanser**

## Referansar

- Abrahamsson, K.H., Berggren, U., Hallberg, L., & Carlsson, S.G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Journal of Oral Rehabilitation*, *29*, 188-196.
- Bjørkvik, J. (2016). Tannlegen og pasienten: en oppfølgingsstudie av pasienter som har fått behandling for odontofobi. *Journal of Oral Rehabilitation*, *43*, 126, 350-4.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha). Rapport nr. 4, 2013. Lasta ned frå <http://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf> (21.03.16)
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., & Rüsh, N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices. *Journal of Community Psychology*, *37*, 75-81.
- Cunningham, C., Peters, K., & Mannix, J. (2013). Physical health inequities in people with severe mental illness: Identifying initiatives for practice change. *Journal of Mental Health*, *22*, 855-862.
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndetei, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H-J, Gautam, S., Detraux, J., & Correll, C.U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 52-77.
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, J., Ndetei, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 10, 52-77.
- Dickerson, F.B., McNary, S.W., Brown, C.H., Kreyenbuhl, J., Goldberg, R.W., & Dixon, L.B. (2003). Somatic health care utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Journal of Community Psychology*, *31*, 560-570.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Stortingsmelding 35, 2006-2007  
Lastet ned fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id47511...>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Journal of Mental Health*, *17*, 169-171.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, *83*, 644.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, Futt-prosjektet. IS-1230 og IS-1231.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Journal of Mental Health*, *20*, 441-442.
- Wide-Boman, U., Lundgren, J., Berggren, U., & Carlsson, S.G. (2010). Psychosocial and dental factors in the maintenance of severe dental fear. *Journal of Oral Rehabilitation*, *37*, 121-127.