

“Tannlege på hjul” - En kvalitativ studie av frivillig helsearbeid

Jørgen Prytz Ritland, Kisho Maharajasingam og Kreshnik Nasufi



Veiledere

Ann Catrin Høyvik

Katrine Gahre Fjeld

Det Odontologiske Fakultet

Universitetet i Oslo

Institutt for klinisk odontologi

2024

Forord

En stor takk til våre veiledere Ann Catrin Høyvik og Katrine Gahre Fjeld som har gitt oss god veiledning underveis i prosjektet. Prosjektet Tannlege på hjul har vært et svært spennende og lærerikt prosjekt for oss å være med på. Vi vil dermed benytte anledningen til å takke alle frivillige som har gjort prosjektet mulig, samt Osloforskning for deres støtte.

Bakgrunnen vår for å fordype oss i dette temaet, prosjektet "Tannlege på hjul", har sitt utspring i tannhelsens betydning for den generelle helsen til enkeltpersoner. Dessverre er tilgangen til tannhelsetjenester ikke alltid enkelt tilgjengelig, spesielt for de som befinner seg i vanskelige livssituasjoner. Denne utfordringen forsterkes betydelig for rusmisbrukere, en stor og utsatt gruppe i den norske befolkningen, samt papirløse migranter som mangler rettigheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten.

Det som virkelig fanget vår interesse var konseptet med å ha en mobil tannklinikk som kunne flyttes rundt på, og slik være stasjonert på ulike lokalisasjoner for å hjelpe pasienter der de er. I andre deler av verden, slik som Sverige, Nederland og USA, finnes det allerede slike konsepter som har vist seg å være effektive, men vi ønsker også å kartlegge om dette er tilfellet i vårt samfunn. Et mobilt tilbud som har alt en moderne tannklinikk trenger virker spennende for oss, og utviklingspotensialet er enda større dersom det viser seg effektivt og bærekraftig.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Bakgrunn.....	6
Introduksjon.....	7
Prosjektbeskrivelse for Tannlege på hjul.....	7
Bilder av “Tannlege på hjul”-bobilten.....	9
Papirløse migranter.....	11
Lovverk og systemiske utfordringer.....	11
Helsetilbud til papirløse.....	12
Oral helse.....	14
Rettigheter.....	17
Studier på rusmisbrukere.....	17
Fraværet av studier for papirløse og rusmisbrukere.....	19
Studier på mobile tannklinikker.....	20
Frivillige.....	23
Mål og problemstilling.....	24
Metode og utvalg av studie.....	24
Analyse av dybdeintervjuer med frivillige og koding.....	25
Resultater, med diskusjon av resultatenes betydning.....	28
Systemiske Utfordringer med TPH-prosjektet og med Senter for papirløse migranter.....	29
Behov og utfordringer for behandling av gruppene.....	34
Utfordringer med selve behandlingen.....	38
Motivasjon med frivillighet.....	41
Tannlege på Hjul og presentasjon av resultater.....	44
Styrker og feilkilder.....	45
Sammenligning med andre studier.....	47
Samfunnsøkonomisk nytte.....	49
Konklusjon.....	52
Referanser.....	53
Appendix.....	59

Sammendrag

Innledning

Tannhelse er en viktig del av den generelle helsen til enhver. Dessverre er tilgangen til tannhelsetjenester ikke alltid like enkel, spesielt for de som befinner seg i vanskelige livssituasjoner og andre utfordringer. Dette problemet blir betydelig mer alvorlig for rusmisbrukere og papirløse migranter grunnet deres vanskelige omstendigheter, noe som igjen fører til orale helseutfordringer. Prosjektet "Tannlege på hjul" (TPH) har som formål å adressere dette problemet ved å tilby tannhelsetjenester til disse sårbare gruppene gjennom en mobil klinikk i Oslo. TPH søker å øke tilgjengeligheten til tannbehandling ved å plassere seg nærmere målgruppene, med håp om å redusere helseforskjellene og forbedre livskvaliteten for de som trenger det mest.

Målet for studien

Studiens formål er å undersøke erfaringene til frivillige helsearbeidere knyttet til TPH, samt å avdekke om prosjektet er et tilbud som bør inkorporeres permanent på bakgrunn av dette. Ved å intervju frivillige tannleger og sammenligne deres perspektiver med eksisterende forskning, søker studien å få innsikt i behandlingsbehovet til disse sårbare gruppene og hva som motiverer tannleger til å jobbe frivillig i dette prosjektet. Videre utforskes potensialet for å utvide konseptet for å inkludere flere utsatte grupper i samfunnet.

Metode

Studien tar i hovedsak i bruk kvalitative dybdeintervjuer med de frivillige tannlegene for å forstå deres syn på prosjektet og deres opplevelse av å jobbe frivillig i denne konteksten. Denne tilnærmingen gir mulighet til å utforske perspektiver og opplevelser knyttet til prosjektet. Gjennom en systematisk analyse av intervjudata søker studien å identifisere mønstre og temaer som belyser effektiviteten og potensialet til TPH-prosjektet.

Resultater og konklusjon

Studien belyser at både rusmisbrukere og papirløse migranter har betydelige behov for tannbehandling, men at tilgangen til slike helsetjenester er begrenset for disse gruppene.

Tannlege på hjul-prosjektet har potensial til å møte disse behovene ved å tilby tannhelsetjenester på en mer tilgjengelig måte. Imidlertid kreves det fortsatt innsats for å optimalisere prosjektet og sikre at det når ut til så mange som mulig i målgruppene. Videre forskning og evaluering er nødvendig for å vurdere langtidseffekter og bærekraften til TPH-prosjektet, samt for å identifisere potensielle forbedringer og utvidelser av konseptet. De frivillige er alle drevet av et ønske om å hjelpe mindre privilegerte individer. De henter inspirasjon fra pasienter som virkelig verdsetter den hjelpen de mottar, men påpeker at det fortsatt er en rekke utfordringer i oppstartsfasen av prosjektet som må adresseres. Samlet sett viser studien at frivillig innsats spiller en viktig rolle i å sikre tilgangen til tannbehandling for sårbare grupper, og at prosjekter som Tannlege på hjul kan være et verdifullt bidrag for å redusere helseforskjeller i samfunnet.

Forkortelser og definisjoner

DOT: Den offentlige tannhelsetjenesten.

TPH: Tannlege på hjul.

24Sju: Et døgnåpent helse- og velferdstilbud for de mest utsatte rusmiddelavhengige i Oslo.

Rusmisbrukere: “Brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser” (Bramness, 2022).

I denne oppgaven refererer vi til rusmisbrukere som individer som på grunn av sin rusmiddelbruk har falt utenfor samfunnets velferdsordninger. Det er mange som er rusmisbrukere, som også kan fungere ganske godt i samfunnet, men gruppen som dekkes av prosjektet TPH er mer spesifikt de som ikke gjør det.

Papirløs migrant: “En person som befinner seg i landet uten oppholdstillatelse” (Kirkens bymisjon, n.d.).

Bakgrunn

Vi synes det er frustrerende at et så økonomisk sterkt land som Norge skal ha innbyggere som ikke får den orale helsehjelpen de fortjener. TPH hadde kanskje ikke vært nødvendig dersom nødvendige tiltak fra staten var iverksatt. Dette prosjektet representerer dermed et unikt tiltak for behandling rettet mot å hjelpe de mest sårbare gruppene i vårt samfunn. Vi ønsker å utforske og forhåpentligvis kartlegge om et slikt innovativt tiltak kan ha en positiv innvirkning på folks liv og helse, spesielt de som ellers ville bli oversett av det tradisjonelle helsesystemet. I utgangspunktet skulle forskningen være mer omfattende og innebære brukergruppene og deres behandlingsbehov samt effektiviteten av TPH, men grunnet problemer med prosjektets gang (TPH) har vi måttet vinklet oppgaven mer mot frivillig arbeid og utfordringer med prosjektet ut fra dette.

Da vi startet på masterprosjektet var planen å intervjuer frivillige og pasienter som var involvert i TPH-prosjektet. Da prosjektet ikke gikk slik vi hadde sett for oss, og TPH ble ute av drift etter oppstart av masterprosjektet, fikk vi ikke muligheten til å hospitere. Dermed ble det heller ikke mulighet for å dele ut spørreskjema til pasientene og gjøre mer omfattende forskning. Fokuset på masteroppgaven ble nødt til å endres, og vi besluttet sammen med våre veiledere å vinkle oppgaven mot frivillighet og deres erfaringer i TPH. Vi har blant annet intervjuet to av de som har fulgt “Tannleger på hjul” tetttest i oppstartsfasen. Vi har også intervjuet andre frivillige som har bidratt med sin tannhelsekompetanse på “Senteret for papirløse migranter”.

Introduksjon

Prosjektbeskrivelse for Tannlege på hjul

Tannlege på hjul handler om å opprette et mobilt tannhelsetilbud for spesielt utsatte grupper i Oslo, derav rusmisbrukere og papirløse immigranter (Stiftelsen Dam, 2020). Målet er å bruke en egnet modell for behandling til å muliggjøre at slike grupper som nettopp ikke har tilbud, eller ikke kan nyttiggjøre seg tilbud, får tannbehandlingen de trenger. Prosjektet vil utføres i en bobil som er blitt omgjort til en mobil tannklinikk, der denne er bemannet av frivillige tannleger og tannpleiere.

Dette initiativet fokuserer på å tilby tannhelsetjenester direkte til målgruppene uten at de må forandre sin nåværende livssituasjon. Ved hjelp av en spesialtilpasset bobil, som fungerer som en mobil tannklinikk, vil et team av frivillige fagfolk kunne besøke steder som er tilgjengelige og praktiske for dem som trenger hjelp. Bobilen er utstyrt med moderne tannbehandlingsutstyr, inkludert røntgenmaskin og elektronisk pasientjournal, tilpasset det begrensede rommet.

I tråd med Kirkens Bymisjon sitt mål om å identifisere, lindre og endre, er dedikasjonen ikke bare knyttet til å tilby behandling, men også til å dokumentere behovet for slike tjenester og arbeide for forbedringer. Det er et nært samarbeid etablert med Odontologisk fakultet og Tannlegeforeningen. En dedikert prosjektgruppe sørger for at studenter, med nødvendige tillatelse, bidrar til datainnsamling som støtter prosjektets mål. Den innsamlede informasjonen blir brukt til å argumentere for økte tannhelsetjenester, samarbeid med Oslo kommune om prosjektets fremtid og påvirke endringer i den overordnede tannhelsetjenesten.

Tilbudet ble etablert på bakgrunn av at flere i disse målgrupper opplever utfordringer knyttet til tannhelsen. Individuer uten fast bosted og papirer opplever ofte mangel på tilgang til tannlegebehandling. For rusutsatte og andre sårbare personer kan det være utfordrende å ta initiativ til tannlegetjenester av ulike grunner. Noen opplever økonomiske hindringer og unngår byråkratisk støtte, mens andre føler engstelse for tannlegetjenester eller ønsker ikke å dele sin

bostedssituasjon. "Tannlege på Hjul" sin tilnærming sikter derfor mot å møte disse individene der de befinner seg. (*Tannlege På Hjul*, Kirkens Bymisjon, n.d)

Prosjektet er et samarbeid mellom flere parter, men driftes blant annet i samarbeid med Kirkens Bymisjon, helsesenteret for papirløse og 24SJU. Agendaen til prosjektet er nokså klart, da målet på sikt er at det skal kunne innlemmes i det kommunale helsetilbudet i Oslo og driftes av staten.

Kirkens Bymisjon ble grunnlagt i Kristiania den 22. januar 1855, med sitt sentrum midt i byen. En konstant tråd gjennom Kirkens Bymisjons historie har vært ønsket om å være nærværende for de mest sårbare i samfunnet, og å etablere tiltak som kjennetegnes av prinsippet om "hjelp til selvhjelp". I 1971 gjennomgikk organisasjonen en transformasjon fra medlemsorganisasjon til stiftelse. I dag utgjør den et nettverk av stiftelser som opererer i regioner spredt over hele landet. Det er en inkluderende og åpen ideell organisasjon som opererer i flere norske byer, og bistår de som møter utfordringer i hverdagen på ulike måter. Målet deres er at alle individer skal oppleve verdighet, likeverd og omsorg. (*Om oss, Kirkens Bymisjon*, n.d.).

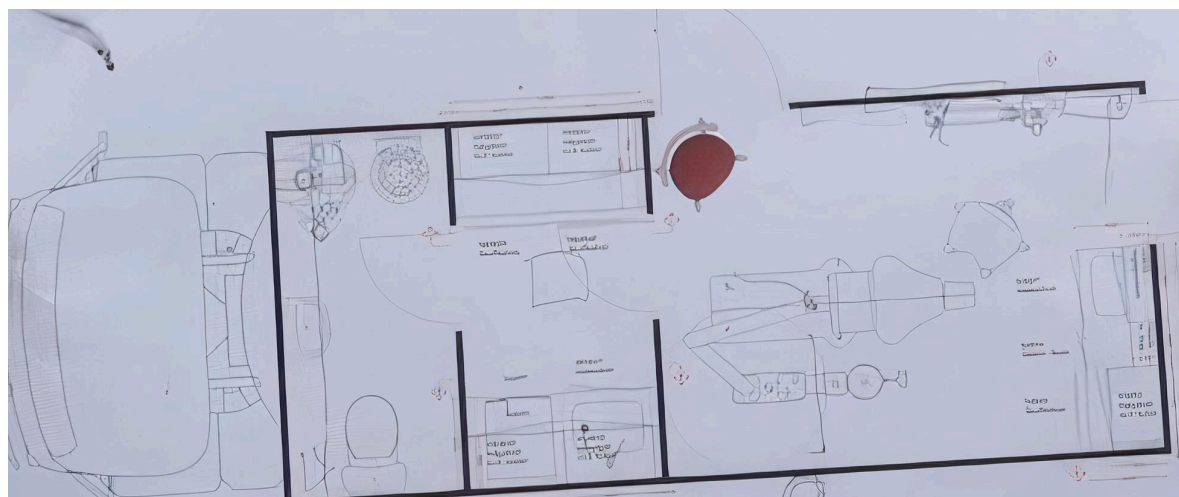
24SJU fokuseres på å støtte de mest sårbare rusavhengige i Oslos sentrum, spesielt de som sliter med helseutfordringer og sosial inkludering. Fra Tollbugata har de tilbudt hjelp døgnet rundt siden 2009, med en ambisjon om å tilby umiddelbar omsorg uten forutsetninger for endring. Inngangsdørene er enkle å trå inn, men tjenestene som tilbys er omfattende og tverrfaglige. 24SJU er en del av Kirkens Bymisjon, som har en lang historie med å støtte dem som er nærmest byens rand. Organisasjonen er forankret i troen på at alle har en dypere verdi enn det som først møter øyet. Mange rusavhengige opplever komplekse livssituasjoner, med både fysiske og psykiske utfordringer, i tillegg til sosiale problemer som fattigdom og kriminalitet. Det offentlige kan ikke alltid dekke alle behov, og 24sju ble derfor etablert som et umiddelbart tiltak for å nå de som falt utenfor det tradisjonelle hjelpesystemet. Siden starten har 24SJU fungert som et viktig supplement til de offentlige velferdstjenestene. (*Om Oss, Kirkens bymisjon*, n.d.)

Helsesenteret for migranter uten gyldig oppholdsstatus i Norge gir helsestøtte til dem som befinner seg i denne kategorien. Initiativet drives som et samarbeid mellom Kirkens Bymisjon, Oslo Stiftelse og Oslo Røde Kors. Målet er å veilede disse migrantene i helseanliggender, sikre

dem adgang til vanlige helseinstitusjoner, samt registrere og vurdere deres helsebehov. Tjenesten er tilgjengelig for spontane konsultasjoner to ganger i uken. Enkelte individer blir også henvist til spesialiserte tjenester, enten via frivillige organisasjoner eller det ordinære helsevesenet. I løpet av 2015 ble 908 personer registrert ved senteret, og siden starten har over 3 326 individer mottatt hjelp med over 15 000 individuelle konsultasjoner. Driften av senteret støttes av omtrent 175 frivillige med ulik helsefaglig bakgrunn, inkludert leger, tannleger, psykologer, og farmasøyter, samt rundt 40 frivillige tolker for telefonsamtaler. Videre er det en fast daglig leder og en fagperson med helseansvar i organisasjonen (*Helsesenteret for Papirløse Migranter*, LHL, n.d.). Helsesenteret for papirløse i Oslo har mottatt mobilt tannlegeutstyr. Siden juni 2015 har frivillige tannleger utført behandlinger der, mens røntgenundersøkelser og enkelte essensielle tannbehandlinger fortsatt gjennomføres på klinikker med mer avansert utstyr. (*Hjelp Til De Som Trenger Det Mest*, Tidende, 2017)

Bilder av “Tannlege på hjul”-bobilen

Bilde 1: *Viser oversikt over plassering av de ulike bestanddelene til den mobile klinikken i bobilen. Dette er hentet fra en video fra Kirkens Bymisjon sine nettsider der tidligere prosjektleder Wojoud holder denne tegningen under konstruksjonen av bilen. Det er ikke helt sikkert at det er slik plasseringen av bestanddelene i klinikken ble, men dette gir et bilde av hvordan klinikken kan se ut innvendig. Her ser vi behandlingsrom med unit og tannlegestol helt bakerst i bilen (til høyre på bildet) og inngang ved den røde sittestolen. Det midterste området er sterilrommet med vaskemaskin, autoklav og vask, mens toalettområdet ligger helt foran (til venstre på bildet) (Kirkens Bymisjon, n.d.).*



Bilde 2: Hvordan TPH-bilen ser ut utvendig. Førersete og passasjersele foran, stasjonert med tidligere prosjektleder Wojoud foran (Kirkens Bymisjon, n.d.).



Bilde 3: Bilde av teknikere som jobber med installasjon av en unit som skal brukes til pasientbehandling bak i bilen. Dette er under konstruksjon og montering av den mobile klinikken (Kirkens Bymisjon, n.d.).



Papirløse migranter

“En papirløs migrant i Norge kan defineres som en person som befinner seg i landet uten oppholdstillatelse” (Kirkens bymisjon, n.d.).

Det finnes flere måter en person kan få status kalt "papirløs". Mange individer som er i Norge uten gyldig status, har mottatt et endelig avslag på deres asylsøknader, men har likevel valgt å bli. Andre kan ha hatt gyldige dokumenter, som for eksempel et visum, men har valgt å forlenge sitt opphold utover den opprinnelige tillatelsens tidsramme. Dette fenomenet kan også berøre borgere fra EØS-land, som har rettigheter til å bevege seg fritt innen EØS-området i en bestemt tidsperiode. Etter denne perioden kan deres opphold også anses som ikke gyldig. Noen kan også arbeide uten nødvendige arbeidstillatelser. Individuelle forhold og administrative hindringer kan også bidra til å skape en slik situasjon, som eksempler der oppholdstillatelser ikke blir fornyet eller hvor noen mister deres statsborgerskap. Det er også tilfeller hvor barn blir født inn i en situasjon uten gyldig status.

Lovverk og systemiske utfordringer

Papirløse migranter i Norge har begrenset tilgang til helsehjelp, i samsvar med nasjonale regelverk som Helse- og omsorgstjenesteloven fra 2011, Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999, Smittevernloven fra 1994, og Spesialisthelsetjenesteloven fra 1999. Det er primært kommunene som har ansvaret for å tilby ulike helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i deres område. Dette inkluderer tilbud som fastlegeordningen, helsestasjoner og legevakt. I norsk helsevesen fungerer fastlegen som primærkontakt for individets helsebehov (Lønning & Laupstad, 2021).

I Norge har papirløse migranter ikke automatisk rett til gratis helsehjelp. Dette betyr at hvis de trenger behandling, kan de bli bedt om å betale for det. Hvis de ikke har mulighet til å betale, vil kostnadene ofte bli dekket av helseinstitusjonen eller den som gir behandlingen. Det er ikke tillatt å kreve penger på forhånd eller spørre om pasientens økonomi for akuttbehandling eller viktig medisinsk hjelp. Hvis noen søker asyl og får avslag, vil de likevel motta akuttbehandling som betales av staten i henhold til bestemte regler (Vang, 2022).

Helsetilbud til papirløse

Personer uten lovlig opphold, ofte kalt "papirløse", er ikke registrert i offisielle databaser og derfor vanskelig å tallfeste nøyaktig i et land som Norge. Disse personene kan ha ulike bakgrunner, inkludert de som har fått avslag på asylsøknaden sin eller de som aldri har søkt om offisielt opphold. I tillegg inkluderer denne gruppen også barn født i Norge av foreldre uten lovlig status. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) i Norge anslås det at i 2017 var det rundt 18 000 som lever i en slik situasjon i landet (Bollestad et al., 2017).

Siden åpningen i 2009 har Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo behandlet 4 985 individer. I 2020 konsulterte senteret 505 personer, hvorav 165 var førstegangspasienter. Året før, i 2019, var totalt antall pasienter 769, hvor 305 av dem var nye. Årlig har Helsesenteret sett en variasjon i antall nye barn som pasienter, med mellom fem og 17 barn i årene som har gått. Totalt har 161 barn mottatt behandling siden senterets etablering (Lønning & Laupstad, 2021).

Det er en allmenn oppfatning at hovedstaden har den største konsentrasjonen av papirløse migranter. Disse migrantene kommer fra en rekke forskjellige land både innenfor og utenfor Europa. De representerer en mangfoldig gruppe når det gjelder kjønn, alder, tro, seksuell orientering, funksjonshemninger og livssituasjoner (Lønning & Laupstad, 2021).

En betydelig andel av de som har utreiseplikt fra asylmottak ved utgangen av mai 2021 kom fra Eritrea, Iran og Etiopia. Disse landene er av spesiell interesse da Norge enten ikke har avtaler om retur, eller det har vært utfordrende å gjennomføre tvangsretur til disse landene (Lønning & Laupstad, 2021).

Helsesenteret i Oslo har registrert pasienter fra en imponerende liste over 121 forskjellige nasjoner siden deres oppstart. Disse nasjonene strekker seg over kontinenter, inkludert Afrika, Europa, Sentral-Asia og Midtøsten. I 2020 hadde pasientene en bakgrunn fra 45 nasjoner, mens tallet var over 60 i 2019. Interessant nok var over halvparten av de nye pasientene i 2019 EØS-borgere. En annen observasjon fra 2019 var at mange av pasientene ved Helsesenteret i Bergen kom fra land som Etiopia, Eritrea, Romania og Irak. Disse nasjonalitetene var også representert i 2020, i tillegg til Iran (Lønning & Laupstad, 2021).

Papirløse individer møter ofte utfordringer når det gjelder tilgang til grunnleggende tjenester og rettigheter, og debatten om hvordan man skal håndtere denne gruppen tar opp både praktiske og etiske spørsmål på nasjonalt og globalt nivå.

Ifølge Helsedirektoratet har alle barn opptil 18 år samme rett til helse- og omsorgstjenester som andre barn i Norge. De har dog ikke rett til å stå på fastlegeliste. Papirløse migranter over 18 år er det bare øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig man har rett på (Helsedirektoratet, 2019). Nødvendig helsehjelp er definert som behandling av helsetilstander som, dersom de forblir ubehandlet, vil føre til nært forestående død, sterkt nedsatt funksjonsevne, alvorlig skade eller sterke smerter. (*Helsetilbud Til Papirløse*, 2023) Uttrykket "nært forestående" innebærer at alvorlige, kroniske helseproblemer og tilstander som på lengre sikt, hvis de forblir ubehandlet, vil være dødelige eller føre til alvorlig skade eller sterke smerter, ikke inkluderes (Kirkens Bymisjon, n.d.).

Personer med psykiske lidelser som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har rett til psykisk helsevern. Gravide har rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel eller ved svangerskapsavbrudd. Alle har rett til gratis smittevernhjelp. (*Flyktninger - Helsetjenester Til Asylsøkere, Flyktninger Og Familiegjenforente - Veileder*, 2023) Disse bestemmelsene sikrer at selv de uten lovlig opphold har tilgang til akuttbehandling og nødvendig omsorg, spesielt i situasjoner med umiddelbar fare eller akutte helsebehov.

Det eksisterer andre visse helsetilbud for personer uten lovlig opphold, blant annet ved helsesentre for papirløse i Oslo og Bergen. I tillegg har potensielle ofre for menneskehandel i Oslo tilgang til Human Trafficking Support Oslo, som tilbyr utvidede tjenester for personer uten lovlig opphold i landet. Trondheim kommune har også et tilbud for disse pasientene, og tilsvarende tjenester er tilgjengelige for internerte på Trandum utlendingsinternat (*Helsebiblioteket*, 2023).

Til tross for tilgjengelige helsetjenester, eksisterer det flere hindringer for å oppnå tilgang, uavhengig av juridiske rettigheter. Ofre for menneskehandel kan stå overfor fysiske hindringer fra bakpersoner, manglende kunnskap eller tillit til tjenestene, lav helsekompetanse, samt møte geografiske og økonomiske barrierer. Å ha rett til helsetjenester alene garanterer ikke

nødvendigvis at potensielle ofre for menneskehandel vil oppsøke disse tjenestene (*Helsebiblioteket, 2023*).

I oktober 2023 mottok videre NTF et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor de ba om tilbakemelding på erfaringer med hvordan rettighetene til papirløse utøves. NTF har sendt et brev tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet som uttrykker bekymring over mangelen på tilgang til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold. De påpeker at dagens praksis medfører at denne gruppen ikke får nødvendig helsehjelp, noe som kan resultere i dårlige behandlingsresultater og økt lidelse. NTF understreker at tannleger har en yrkesetisk plikt til å gi helsehjelp basert på behov og at dagens situasjon ikke er forenlig med dette prinsippet. Videre peker de på konsekvensene av svekket tann- og munnhelse, både fysisk og psykisk, samt sosiale konsekvenser. De påpeker at dagens lovverk ikke sikrer papirløse tilgang til akutt tannhelsehjelp og at det mangler systemer for å ivareta denne gruppen. NTF anbefaler at papirløse sikres tilgang til nødvendig tannhelsehjelp gjennom DOT, og at lovverket oppdateres deretter. Hvis dette ikke er mulig, foreslår de å opprette et eget punkt i folketrygdens stønadsordning for å sikre økonomisk dekning av tannbehandling for denne gruppen. Til slutt understreker de behovet for tydeliggjøring av tannlegers plikt til å yte akutt hjelp til papirløse, selv om de ikke er blant de prioriterte gruppene etter gjeldende lovverk. Det er nå opp til myndighetene å handle for å sikre at alle, uavhengig av oppholdsstatus, får den nødvendige tannbehandlingen de trenger for å bevare sin helse og livskvalitet (*Den norske tannlegeforening, 2017*).

Oral helse

Papirløse migranter har et bredt spekter av orale problemer og alvorligheten varierer fra individ til individ. De vanligste orale utfordringene hos denne gruppen er karies, periodontitt, munnhulekreft, manglende tenner, malokklusjon og orofasiale traumer. (S. Suleymanova, 2016, s. 2). Fellesnevneren er at de fleste har flere behandlingsbehov når de kommer for å oppsøke hjelp. Den generelle orale helsestatusen hos denne delen av befolkningen er dårligere enn den generelle norske befolkning. I Suleymanova's avhandling om oral helse problematikk hos papirløse migranter kommer dette tydelig frem. Alle deltakerne i studiet mener selv de har dårlig oral helse og de fleste av dem uttrykte å ha opptil flere behandlingsbehov (S. Suleymanova, 2016, s. 39-43).

Dette kan det finnes flere grunner til. Språkproblemer, begrenset kjennskap til tannbehandling, vanskeligheter med å holde behandlingstider, og overdrevne uttrykk for smerte er blant de mest vanlige problemene med innvandrerpasienter (Widström, 1983). Språkvansker kan også gjøre det tungvint for dem å gjøre seg inneforstått med sine rettigheter. Dette kan føre til dårlig kommunikasjon med tannlegen, noe som kan øke terskelen for å oppsøke hjelp.

Studier på papirløse immigranter

Det er relativt få studier som har blitt gjort rundt oral helse hos papirløse immigranter. Det ble utført en studie i Ghent, Belgia, der det ble fra 2015 til 2017 gjennomført en tiltaksplan for å bedre tannhelsen til denne gruppen ved å involvere helsearbeidere. To lokale tannleger tilbød pro bono tannhelseundersøkelser, og i tillegg ble det arrangert spesialopplæring for sosialarbeidere i 2016 og 2017. Resultatene av undersøkelsen viste at mange av deltakerne hadde ubehandlede tannproblemer, inkludert karies og periodontal sykdom. En positiv trend var imidlertid at antallet manglende tannlegetimer gikk ned fra 2015 til 2017. Dette indikerer at tettere samarbeid mellom helsepersonell og helsearbeidere kan være en løsning for å forbedre tannhelsetjenesten for denne sårbare gruppen, selv om ytterligere studier er nødvendige (Lambert, 2018).

En annen studie undersøkte en hjemmebasert “munnhelseopplærings-intervensjon” for kinesiske, papirløse mødre i Storbritannia for å bedre deres spedbarns munnhelse. Av 36 rekrutterte mødre fikk 19 intensiv opplæring gjennom hjemmebesøk og telefonsamtaler det første året etter fødselen. Resultatene viste at mødre i intervensjonsgruppen hadde forbedret kunnskap og holdninger om spedbarns tannstell sammenlignet med kontrollgruppen ved 12 måneder. Dette indikerer at et kulturtilpasset hjemmebesøksprogram kan være effektivt for å fremme munnhelse blant denne gruppen (Yuan, 2019).

Rusmisbrukere

Rusmisbrukere eller rusmiddelavhengige er komplekse begreper med mange definisjoner. En fellesbetegnelse for slike individer er at de har rusmiddellidelser. Dette kjennetegnes av at; “brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser” (Bramness, 2022). Denne publikasjonen

fra FHI understreker videre at begrepet “misbruk” kan være noe stigmatiserende, men blir og har ofte blitt brukt. Man prøver i nyere tid å gå over til å si “skadelig bruk”, men for enkelhetens skyld holder vi oss til den betegnelsen som har blitt brukt mest til nå, det vil si rusmisbruker. Man skal poengtere at dette er en utsatt gruppe som ofte er multimorbide og har sammensatte behov, kombinert med lavere økonomi, enn den generelle befolkningen. Indirekte årsaker er dårlig kosthold med stort inntak av sukker samt mangel eller redusert tannstell. På grunn av sykdom, mangel på bopel og dårlig tilgjengelighet er dette en gruppe som er vanskelig å følge opp. Dermed blir det vanskeligere å gi dem det beste tannbehandlingstilbudet (Helvig et al., 2017).

Behandlingen som tilbys rusavhengige pasienter betegnes LAR (Legemiddellassistert rehabilitering). Målet med LAR er å gi pasientene gradvis reduserte doser av rusmidler, slik at de kan trappe ned og til slutt oppnå rusfrihet uten å oppleve abstinenssymptomer. Selv om oppmerksomheten rundt denne pasientgruppen har økt, fortsetter den å eksistere. Det er derfor essensielt at behandlere har erfaring med slike pasienter og er kjent med hva de kan forvente å se. Rusavhengige har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, forutsatt at de enten er under LAR i sammenhengende tre måneder, eller mottar spesifikke tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesten. Målet for tannbehandlingen er å sikre at pasienten unngår smerte, alvorlige lidelser, og opprettholder tilfredsstillende tyggefunksjon. Videre bør behandlingen muliggjøre sosial omgang og kommunikasjon uten at tannhelseproblemer blir en hindring (Tannbehandling for Pasienter Med Ruslidelser, 2019).

Historien til helsetilbudet for rusmisbrukere i Norge viser tidlige tiltak mot alkoholproblemer allerede på 1900-tallet, men det tok tid før lignende tilbud ble etablert for personer med narkotikaproblemer. Den første spesialklinikken for rusmisbrukere ble opprettet i 1961. Over tid økte antallet unge med narkotikaproblemer, og spesielle tiltak ble utviklet. Fra 1990-tallet ble fylkeskommunen ansvarlig for behandling av alkohol- og rusavhengige. Sykehusreformen i 2002 og rusreformen i 2004 førte til at ansvar for behandling av rusavhengige ble overført til de regionale helseforetakene, og pasientgruppen ble en del av spesialisthelsetjenesten (Skretting, 2018).

En viktig observasjon er at rusavhengige ofte har såkalte dobbeltdiagnoser, det vil si samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser (Haugbo et al., 2010). "Sykehustannhelseprosjektet" startet i 2006 og avdekket at mange rusavhengige også hadde psykiske lidelser. Over 50% av pasientene med rusavhengighet fikk minst én psykiatrisk diagnose. Dette underbygger behovet for helhetlig behandling, spesielt når det gjelder oral helse. Å bli tatt på alvor og få hjelp med den orale helsen kan være avgjørende for pasientenes vei tilbake til samfunnet. Dybdeintervjuer med ti pasienter involvert i prosjektet viste at de var fornøyde med behandlingen og betraktet god tannhelse som en viktig del av deres rehabiliteringsprosess (Haugbo et al., 2010).

Rettigheter

Gruppen med ruslidelser har sine rettigheter innenfor tannhelsehjelp og kan få hjelp med nødvendig tannhelsehjelp som pasienter i gruppe C (eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie). Det vil si dersom de er innlagt i institusjon eller har krav på hjemmesykepleie der varighet er ment å vare eller har vart i tre måneder eller mer (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg har rusavhengige rett på nødvendig tannhelsehjelp fra DOT dersom de:

- Er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- De mottar tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a-c og § 3-6 nr. 2 (Tannbehandling for Pasienter Med Ruslidelser, 2019).

Studier på rusmisbrukere

I en retrospektivt kohortstudie fra Tannlegetidende diskuteres om gratis tannhelsetilbud av rusmiddelavhengige fører til forventet effekt, med andre ord om dette tilbudet leder til en forbedring av deres munnhelse. Denne er gjennomført i Sør-Rogaland, og den omfatter 592 pasienter, der 56,7 gjennomførte den konserverende fasen (fase 2) av studien, og under halvparten av studiepopulasjonen gikk inn i fase 3 som var den protetiske rehabiliteringsfasen. De som klarte å gjennomføre fase 2 ble utgangspunkt for suksessraten til studiet. Pasienter som var under substitusjonsbehandling (LAR) viste høyere kariesinsidens enn pasienter i medisinsk rehabilitering (C). Videre viste studien signifikante forskjeller i kariesinsidens hos pasienter knyttet til hvilken type rusmiddel som ble brukt, hvor heroin, amfetamin, cannabis, ecstasy og alkohol var assosiert med høyere DMFT-index, det samme gjaldt pasienter som hadde infeksjoner som hepatitt C og HIV. Kariesforekomsten korresponderte med den tilsvarende

populasjonens funn i Oslo. Slik det fremkommer har rusmisbrukere et flertall orale problemer som kan ha en innvirkning på deres livskvalitet (Helvig et al., 2017).

I en annen pilotstudie fra Tannlegetidende ble 29 rusmiddelmissbrukere under DOT undersøkt på to ulike klinikker. Disse var under en statlig finansiert helseinstitusjon, i den kommunale rusomsorgen eller under LAR.. Undersøkelsen viste at rusmiddelmissbrukere i gjennomsnitt hadde 17 funksjonelle tenner, derav 2,7 tenner med karies og 11 tapte tenner. De rapporterte også redusert livskvalitet på grunn av orale forhold. Kostnadsoverslaget for de fleste rusmiddelmissbrukere var på under 10 000 kr. Årsaken til at denne pasientgruppen har dårlig tannhelse til tross for deres gratis tannhelsetilbud i Norge er vanskelig å kartlegge og kan videre være av mange forskjellige årsaker. Studien understreker at et kostnadsoverslag som er på under 10 000 kr for de fleste i studien til tross for mange tapte og kariøse tenner, tyder på at tannlegene planla nøktern behandling. Det vil si at selv om mer omfattende tannbehandling hadde vært ønskelig, så følte ikke misbrukerne at det var behov eller at de ikke mestret å gjennomgå så store tiltak. Tannlegene i studiet påpekte i tillegg at pasientene ikke klarer og ikke er i stand til å vedlikeholde omfattende behandling, og at de oppsøker behandling mest ved akutte behov og når de har vondt, ikke for å nødvendigvis for totalrehabilitering. Hovedbudskapet er at rusmisbrukere har dårlig tannhelse, samt at de opplever redusert livskvalitet grunnet dette. Det er begrenset med kunnskap nasjonalt og internasjonalt for tannhelsen til denne gruppen, dermed er det interessant å få til videre forskning på denne gruppen pasienter (Karlsen et al., 2017,).

En tredje retrospektiv kohortstudie fra Madrid så forsket de på hvorvidt orale helseplager stammer direkte fra livsstilen til rusmisbrukere. De direkte effektene av selve narkotikaen ble satt lite fokus på, men de direkte effektene av selve rusavhengigheten på den totale helsesituasjonen hos rusmisbrukeren. Det ble konstatert med at de fleste rusmisbrukerne i forsøket viste svært få tegn på å ha noen som helst oral hygiene. Kartlegging av DMT induserte svært dårlig dental helse. Salivatest viste reduserte salivasjonsnivåer fra kontrollgruppen, samtidig som de hadde svært økt kariesrisiko og candidiasis rate. Periodontal flora var dog ikke signifikant annerledes fra kontrollgruppe. Artikkelen konkluderer med at dårlig oral helse hos rusmisbrukere er mer relatert til livsstil enn selve rusmisbruket. Flere rusmiddel har antikolinerg virkning og vil slik

påvirke saliva negativt. Likevel ser man såpass dårlig hygiene og kosthold at dette sees på som en større negativ faktor stilt opp mot rusmiddel-bivirkningene (Mateos-Moreno et al., 2013).

Fraværet av studier for papirløse og rusmisbrukere

Vi har selv opplevd i litteratursøkingen at det har vært noe utfordrende å finne omfattende studier for de to fokusgruppene i prosjektet, der flere faktorer kan bidra til fraværet av studier om papirløse og rusmisbrukere i forskningslitteraturen. For det første utgjør tilgangen til disse populasjonene en betydelig utfordring grunnet deres marginale status i samfunnet, noe som gjør det vanskelig å samle nødvendige data. En systematisk oversiktsstudie “epidemiology of substance use among forced migrants: a global systematic review” ser på litteratur relatert til alkohol- og rusmisbruk hos migranter, og poengterer også denne mangelen på forskning og hva som bør forskes videre på. Det presiseres at ressursbegrensninger utgjør en betydelig faktor, da forskning på disse gruppene ofte er ressurskrevende både i form av tid og økonomi, noe som potensielt kan føre til færre gjennomførte studier. Stigmatisering og diskriminering av papirløse og rusmisbrukere påvirke deres vilje til å delta i forskning, noe som ytterligere begrenser tilgjengeligheten av data og informasjon fra disse populasjonene, ikke minst også språkbarrierer som stiller kommunikasjonsproblemer (Horyniak et al., 2016). Til slutt krever forskning på sårbare grupper, som papirløse og rusmisbrukere, strenge etiske retningslinjer for å sikre deltakernes velferd og unngå potensiell skade, og denne nødvendigheten kan begrense omfanget og typen forskning som kan gjennomføres. Vi har selv opplevd hvor strenge retningslinjene kan være da vi skulle sende søknad til REK for godkjenning av forhåndslagde spørreskjemaer som skulle bli brukt i forskningsprosjektet.

Mobile tannklinikker og forskningsdata

På lik linje som med papirløse og rusmisbrukere så finnes det ikke store mengder forskning rundt mobile tannklinikker, men kanskje mer grunnet dens sneverhet og hvor nytt konsept det er innen odontologien. Gjennom bruken av ulike vitenskapelige tidsskrifter har vi likevel gjort et systematisk søk og funnet flere interessante kilder som belyser dette temaet.

Studier på mobile tannklinikker

Et av studiene er Malone 2020, som tar sikte på å beskrive mobile helsetjenester i USA, inkludert pasienter, tjenester, organisatoriske strukturer og finansieringskilder. USA og Norge er to forskjellige land med ulik økonomisk og politisk infrastruktur, men det er mange fellesnevnerne mellom disse vestlige samfunnene. Det kan dermed være interessant å belyse slik forskning i lys av norske forhold. Mobile Health Map fungerer som en omfattende database for mobile klinikker i USA og har samlet data fra 811 klinikker i perioden 2007 til og med 2017. Disse er beskrevet som spesialiserte kjøretøyer som reiser til ulike områder for å tilby helsetjenester og bemannes av leger, sykepleiere, "samfunns-helsearbeidere" og andre helsepersonell, på mange måter slik som TPH. Disse tilbyr disse forskjellige tjenester, inkludert forebygging, tannbehandling og primærpleie, og har varierte forhold til faste helsesystemer, fra uavhengige til universitetstilknyttede.

Samlet sett gir denne studien innsikt i den viktige rollen som mobile klinikker spiller i å utvide tilgangen til helsetjenester i USA. Den understreker behovet for å opprettholde og forbedre tilgjengeligheten av disse ressursene for å møte de vedvarende utfordringene knyttet til helsetjenester til sårbare befolkningsgrupper. Studien viser at mobile klinikker spiller en avgjørende rolle i å sikre tilgang til helsetjenester for millioner av mennesker og fremme helsemessig rettferdighet, og at de bidrar til å overvinne vanlige hindringer for tilgang til helsetjenester, inkludert tid, geografi og tillit, og har vist forbedringer i helseutfall og reduksjon i kostnader i USA. Dette forteller hvordan mobile klinikker kan være både kostnadseffektive og hvordan de hjelper ressursvake medlemmer av samfunnet (Malone, 2020). Man skal være oppmerksom på at tilgangen på tannhelsetjenester i USA kan variere i stor grad av statlige og lokale lover.

Resultatet av dette studiet er at mobile klinikker gir et gjennomsnittlig antall på 3491 besøk årlig. Mer enn halvparten av deres pasienter er kvinner (55%) og etniske minoriteter (59%). Av de 146 klinikkene som rapporterte forsikringsdata, var 41% av pasientene uten forsikring, mens 44% hadde offentlig forsikring. De vanligste tjenestemodellene var primærpleie (41%) og forebygging (47%). Når det gjelder organisatoriske tilknytninger, varierer de fra uavhengige (33%) til tilknyttet universitet (24%), mens noen (29%) er en del av et sykehus- eller helsesystem. De

fleste mobile klinikker mottar økonomisk støtte fra filantropi (52%), mens litt mindre enn halvparten (45%) mottar føderale midler (Malone, 2020). I lys av norske forhold kan man kanskje vurdere lignende tiltak gjennom filantropi og statlig støtte til denne typen klinikker for å sikre tilgjengelighet av visse helsetjenester for enkelte ressurssvake medlemmer av samfunnet, slik som rusmisbrukere og papirløse migranter.

Mobil helsetjeneste-levering i henhold til dette prosjektet viser at dette er en innovativ modell for levering av helsetjenester som tilbyr et bredt spekter av tjenester til sårbare befolkningsgrupper. Klinikkene varierer i tjeneste-miks, pasientdemografi og forhold til det faste helsesystemet. Selv om tilgangen til omsorg har økt de siste årene gjennom "Affordable Care Act" i USA, fortsetter barrierene å eksistere, spesielt blant befolkninger som bor i ressursbegrensede områder. Mobile klinikker kan forbedre tilgangen ved å tjene som en vital forbindelse mellom samfunnet og kliniske fasiliteter (Malone, 2020).

En annen artikkel fra National library of medicine baserer seg i byen Bradford i England med tittelen "Sixteen years on the road: a mobile dental unit for vulnerable communities in Bradford": Denne diskuterer bruken av en mobil tannklinikk (MDU) i Bradford for å tilby tannbehandling til sårbare grupper, på mange måter slik som TPH her i Oslo. Denne såkalte "MDU-en", eid av Bradford Community Dental Service, har operert i 16 år og retter seg mot grupper som hjemløse, personer med rusmisbruk, asylsøkere og de med psykiske helseproblemer, og det blir stadig inkorporert nye utsatte grupper i prosjektet. MDU-en inneholder nødvendige fasiliteter for tannbehandling slik som røntgenapparat, tannlegestol, venterom, etc, og behandling går ut på alt fra undersøkelse og instruksjon av tannhelsevaner, til all behandling (konserverende, scaling, ekstraksjoner) (Marples & Wright, 2022).

Artikkelen peker på ulikheter i tilgangen til helsetjenester og hvordan MDU-en har bidratt til å nå ut til disse sårbare gruppene. Nøkkelområdene i artikkelen er at ulikheter i helseomsorgen eksisterer, spesielt blant lavere sosioøkonomiske grupper og sårbare grupper. Artikkelen konkluderer med at mobile tannklinikker muliggjør tannbehandling utenfor tradisjonelle kliniske omgivelser og gir signifikant tilgang og hjelp for grupper som ellers ikke søker hjelp. Prosjektet har vært verdifullt i å nå ulike befolkningsgrupper og tilby tilgjengelig tannbehandling til noen av

de mest sårbare i byen. Bruken av MDU-en har positive effekter på de sårbare samfunnene i Bradford, selv om tilbakemeldingene fra pasienter er begrenset (Marples & Wright, 2022).

Et tredje studie “Cost of providing a mobile dental service for dependent older people” kommer fra Zurich i Sveits og ser mer spesifikt på kostnadseffektivitet i forhold til det å bruke en mobil klinikk. Denne forskningen tar for seg utfordringene knyttet til tannhelsetjenester for eldre på langtidsinstitusjoner, og fokuserer på å beregne kostnadene ved å tilby en mobil tannklinikk (her betegnet som en MDC). Det er verdt å bemerke at “mobil tannklinikk” i denne forskningen går ut på at alt av tannlegeutstyr (stoler, instrumenter, etc) blir kjørt med en lastebil til institusjonen og blir der satt opp på et rom til all behandling av pasientene er ferdig, kontra det å ha behandling utført i en klinikk som er i bilen. Kostnadene inkluderer videre oppstartskapital, løpende driftskostnader og behandlingskostnader, der disse sammenlignes med universitetssykehus og private praksiser. Studien viser at oppstartskapitalen for en MDC i Sveits i 2020 var rundt 6,1 millioner kroner for “tannlege-modellen” og ca. 5,5 millioner kroner for “tannpleier-modellen”. Disse modellene handler om kostnader dersom det er tannpleiere eller tannleger som blir stasjonert i arbeidet, og viser at oppstartskostnader er billigere med å ansette tannpleiere (Spatzier et al., 2021).

Når det gjelder behandlingskostnader, viser studien at MDC gir potensielle kostnadsbesparelser for pasienter i slike omsorgsinstitusjoner sammenlignet med universitetssykehus og private praksiser. Det antas at investert kapital vil kunne tjenes inn igjen på 3 år med tannlege og 6 år med tannpleier dersom maksimalt antall pasienter blir behandlet hele året. Daglige driftskostnader for institusjonen som mottar denne tjenesten er beregnet til ca. 3600 kroner. Artikkelen diskuterer og understreker at en slik klinikk er fordelaktig for eldre med begrenset tilgang til omsorg, og samtidig peker den på at kostnadene ved oppstart og vedlikehold av tjenesten er nokså høye. Fremtidig utvikling av modellen ved bruk av tannhelsepersonell kan potensielt føre til kostnadsbesparelser, men med en mer begrenset rekkevidde av tjenester som tilbys. Studien understreker avslutningsmessig behovet for ytterligere forskning for å etablere effektive og kostnadseffektive løsninger for å forbedre levering av mobile helsetjenester for eldre. Resultatene er da kun basert på en spesifikk tjeneste i Zurich, for å kunne generalisere funnene til andre sammenhenger og land må dette utforskes ytterligere, konkluderer artikkelen

(Spatzier et al., 2021). Likevel er det interessant å se hva slags kostnader som kan komme av en slik mobil klinikk i et vestlig land til sammenligning med Norge, selv om bruksområder og brukergruppe er forskjellig fra TPH.

Frivillige

Helsesenteret for papirløse migranter krever frivillig innsats fra en mangfoldig gruppe helsearbeidere med betydelig tverrfaglig ekspertise og erfaring innen helsehjelp både nasjonalt og internasjonalt. Blant de frivillige finnes det sykepleiere, inkludert de med spesialisering innen psykiatri, leger som dekker et bredt spekter av spesialiseringer som allmenntidisin, infeksjonssykdommer, onkologi, hematologi, oftalmologi, endokrinologi, gynekologi, nefrologi, ortopedi og psykiatri. Tannleger med kompetanse innen kjevekirurgi, bioingeniører, farmasøyter, spesialiserte psykologer, jordmødre, fysioterapeuter, tolker, brobyggere og miljøarbeidere, alle med nødvendig autorisasjon i Norge. *(For Frivillige, Kirkens Bymisjon, n.d.)*

For å kunne bidra som frivillig hos Kirkens Bymisjon, er det visse krav som må oppfylles. Først og fremst må man inneha en norsk helsepersonell-autorisasjon. Videre må man forplikte seg til å delta i minst én vakt per måned i løpet av ett år. Selv om erfaring fra både inn- og utland kan være nyttig, er det ikke et avgjørende kriterium. Det er også nødvendig å ha en følgevakt sammen med en annen frivillig med tilsvarende faglig bakgrunn. I tillegg må man delta på en obligatorisk introduksjonskveld som arrangeres flere ganger i året, samt levere en gyldig politiattest *(For Frivillige, Kirkens bymisjon, n.d.)*. Disse kriteriene sikrer at frivillige er kvalifiserte og trygge i sin tjeneste for Kirkens Bymisjon.

Mål og problemstilling

Målet med vårt masterprosjekt er å undersøke erfaringene til frivillige helsearbeidere som har vært knyttet til prosjektet “Tannleger på hjul” i Oslo. Med disse erfaringene ønsker vi å kunne komme fram til et svar på vår problemstilling. Vi har forhørt oss om motivasjonen bak frivilligheten, men også utfordringer med det å være frivillig, og ønsker å belyse og undersøke temaer som systemiske utfordringer og utfordringer i behandling av gruppene. Problemstilling blir som følger: *Er prosjektet “Tannlege på hjul” et tilbud som bør inkorporeres permanent på bakgrunn av de frivilliges erfaringer og bakgrunnsforskning?*

Metode og utvalg av studie

Denne studien tar en kvalitativ tilnærming i form av dybdeintervjuer og innholdsanalyse for å utforske erfaringene og perspektivene til deltakere knyttet til TPH- prosjektet og tilbudet av tannhelsetjenester til sårbare grupper, derav papirløse migranter og rusmisbrukere. Kvalitativ metode ble valgt for å få innsikt i kompleksiteten av deltakernes erfaringer i startfasen av prosjektet, og for å tillate en grundig forståelse av de temaene som diskuteres. Før studien ble det utført et systematisk litteratursøk gjennom bruken av vitenskapelige tidsskrifter, bibliografiske databaser og andre relevante nettsider. Dette ble gjort for å kartlegge tidligere forskning rundt de utsatte gruppene samt like konsepter som TPH i andre land til sammenligning.

Fremgangsmåte og materialer

Koordinator for frivillige helsearbeidere knyttet til TPH og Helsesenteret for papirløse migranter formidlet forespørsel om deltakelse i prosjektet til potensielle deltakere som hadde direkte erfaring med TPH-prosjektet og senteret for papirløse migranter. Deltakelsen var frivillig, og alle informanter ga sitt informerte samtykke før intervjuene ble gjennomført. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert tilnærming, hvor malen for intervjuer som var godkjent av REK, ble brukt som utgangspunkt for intervjuene. Noen av de viktigste temaene i guiden omhandlet frivillighet og deltakelsesgrad i prosjektet, samt erfaringer, behov av brukere og tilbudet, og potensialet for videre utvikling. Malen inneholdt også en rekke åpne spørsmål og

emner utifra emnene, slik at man kunne stille relevante spørsmål og åpnet for spontane samtaler av interesse med intervjuobjektene. Se appendix nr 2 for intervjuguiden.

Det ble tatt lydopptak av intervjuene for å sikre korrekt transkribering. Videre ble andre observasjoner og refleksjoner under intervjuene notert på en utskrift av intervjuguiden. Den kvalitative analysen av dataene ble utført gjennom systematisk tilnærming til å identifisere mønstre, temaer og sammenhenger i deltakernes svar. Dette involverer transkripsjon av lydopptak, koding av data og identifisering av sentrale temaer gjennom kvalitativ innholdsanalyse. Ved å bruke kvalitativ tilnærming og etiske retningslinjer for datainnsamling og analyse, sikrer vi integriteten og påliteligheten til forskningsresultatene samtidig som det respekterer deltakernes rettigheter og konfidensialitet.

Analyse av dybdeintervjuer med frivillige og koding

Intervjuene med alle de frivillige var fysisk, mens et av intervjuene er et lydopptak fra et offentlig intervju, der vi har fått informantens tillatelse til å bruke opptak av intervjuet i prosjektet. Opptakene ble videre transkribert og analysert hver for oss. Etter å ha lest gjennom intervjuene for å skaffe oss et overblikk, gikk vi hver for oss gjennom tekstene og tildelte koder basert på relevante følelser og temaer som fremkom. Disse kodene ble deretter sammenlignet mellom oss, hvor vi analyserte både likheter og forskjeller før vi etablerte kategorier. I november 2023 gjennomførte vi et felles møte med veiledere, hvor vi gjennomgikk kodingen. Basert på denne kodingen, identifiserte vi fire foreløpige hovedkategorier som vi ønsket å fokusere på. Disse kategoriene ble deretter presentert som resultater gjennom sitater fra intervjuobjektene. Alle forfatterne deltok i analysediskusjonene, og sammen konkluderte vi med følgende hovedkategorier:

1. Systemiske utfordringer med TPH-prosjektet og med Senter for papirløse migranter
2. Behov og utfordringer for behandling av gruppene
3. Utfordringer ved selve behandling
4. Motivasjon bak frivillighet

Tabell 1: Eksempler fra analysetrinn 2

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	kategori
“Det er ikke en helt vanlig tannklinikk hvor ting er klart, ja, det skal være, men vi må være forberedt på at det kan være temperaturvarsel, kanskje strøm ikke fungerer, så det kan hende at vi ikke får gjennomført vakta i dag.”	Uforutsigbart om unit vil fungere eller ikke, dermed også om vakt i det hele tatt gjennomføres	Systemiske utfordringer
“ Det er ikke så godt å planlegge alt, liksom. Du vet jo ikke hva som kommer inn døra, så det blir bare sånn ta det på sparket, og så vi gjør det så godt vi kan liksom. Også er det 3 kvarter på alle. Omtrent det uansett.”	Vanskelig å stille forberedt og det er tidsbegrensning for selve behandling.	Utfordringer med selve behandlingen

Etiske vurderinger

Å intervju frivillige helsearbeidere reiser noen etiske hensyn, men ikke mange. Det er først og fremst nødvendig å tydeliggjøre formålet med studien, deltakernes rolle og konfidensialiteten rundt informasjonen de bidrar med fra deres erfaringer. Deltakelsen er frivillig og uten negative konsekvenser ved tilbaketrekking av objektene. Integritet og personvern er også avgjørende, der identitet og sensitive data skal behandles konfidensielt. Emosjonelle og psykologiske belastninger må også vurderes og tas hensyn til. Maktubalanser må håndteres, spesielt der vi som

forskere er i en maktposisjon ovenfor intervjuobjektene. Det er essensielt at deltakerne føler seg trygge og frie til å uttrykke seg om deres erfaringer under forskningen. Resultatene må gagne både frivillige og samfunnet, og presenteres rettferdig og respektfullt, med tilbakeføring av resultater og hensyn til deltakernes synspunkter og erfaringer.

Det ble videre sendt inn en søknad til Regional Etisk Komité (REK) for godkjenning av forskningsprotokollen og de etiske retningslinjene. Dette var for å sikre at studien var i samsvar med de etiske retningslinjene og respekterte deltakernes rettigheter og integritet. I utgangspunktet skulle forskningsprosjektet også ha en kvanitativ del med innsamling av data rundt behandlingsbehovet til brukergruppene, der det var planlagt å intervju brukerne av TPH, samt å gjøre kliniske tannhelseundersøkelser. Prosjektet ble videre rettet mot intervjuer av frivillige helsearbeidere. Prosjektet ble godkjent av REK den 21.12.2022 referansenummer 520426 se appendix nr. 1 (Regional Etisk Komité, 2022).

Resultater, med diskusjon av resultatenes betydning

I studien fikk vi med fire deltakere, som har vært med på dybdeintervjuer. Tre av deltakerne har jobbet som frivillige tannleger, den siste har jobbet som koordinator for prosjektet TPH. To av deltakerne har jobbet på senter for papirløse migranter, mens de to andre har jobbet på TPH. Gjennom disse intervjuene har vi blitt kjent med ulike personligheter, men deler felles menneskesyn. De forteller blant annet om takknemlige pasienter.

Informant 2: “Stort sett er folk som er takknemlige å liksom bare ber til gud når de går ut av døra liksom. Nesten litt rørt noen ganger. Det er litt annen verden enn å bare sitte på et vanlig tannlegekontor på Majorstuen.”

Men de forteller også om triste opplevelser. Det kommer tydelig frem at de møter helt andre behandlingsbehov enn ellers i arbeidslivet. Det er personer i alle mulige slags livssituasjoner som kommer fra alle verdens kriker og kroker. De frivillige får sjelden gjort mer enn bare akuttbehandling, spesielt gjelder dette på Senter for papirløse migranter. De frivillige har også ofte problemer med å kommunisere med pasientene.

Informant 3: “De er fra overalt i hele verden. De har ikke sett tannlege på mange år eller noen gang. Aldri kanskje. De har veldig vondt. Kan ofte ikke Norsk.”

At det eksisterer systemiske utfordringer ved både TPH og Senter for papirløse migranter, var det ikke tvil om. De frivillige vi har snakket med er alle enige om at rusmisbrukere og papirløse migranter ikke får den hjelpen de burde hatt. Tilbudet er rett og slett for dårlig. Det er en felles holdning at dette feltet burde ha hatt en plass i statsbudsjettet. Ut fra disse intervjuene, har vi videre kommet frem til at de frivillige helsearbeidernes ytringer kan beskrives hensiktsmessig på bakgrunn av de tidligere fastsatte kategoriene.

Systemiske utfordringer med TPH-prosjektet og med Senter for papirløse migranter

Etter å ha intervjuet frivillige, drar vi likheter mellom erfaringer de har gjort seg opp. Og det faktum at det eksisterer systemiske utfordringer, er noe samtlige er enige om. Informant 1 har hatt en sentral rolle i TPH prosjektet. Hun forteller åpenhertig om utfordringene som stod i kø under oppstarten av prosjektet:

Informant 1, som har hatt en koordinator-stilling for prosjektet TPH. Dette gjør at hun har førstehånds erfaringer fra hvordan klinikken fungerte i praksis. Hun forteller om flere problemer og utfordringer de har støtt på i oppstartsfasen.

Informant 1: *“Men husk også at vi hadde en del tekniske problemer på klinikken, selv om den er helt ny og fungerende, så plutselig fungerte ikke varmen inne i lastebilen, og vi har allerede planlagt hvor lenge vaktene skal vare. Og da kommer jeg og frivillige til en klinikk som er i pluss 2 grader, så vi fryste inne, det var så kaldt. Jeg måtte avslutte og beklage og bare sende pasienter hjem fordi de ville hjem.”*

Å starte opp den første mobile tannklinikken i Norge er en utfordring i seg selv. Men å starte opp en slik klinikk midt på vinteren, skulle vise seg å være et enda større problem. Klinikken var helt avhengig av tilgang på 3-fase strøm eller aggregat for å få varme i behandlingsrommet og utstyret.

Informant 1: *“Det er trangt. Ja, ikke sant? Hvordan skal vi være ute da? Hvordan kan vi ta imot pasienter? I tillegg til de andre frivillige slik som sjåfør, miljøarbeider, osv. Og da fant vi ut at vi kan være i nærheten til en kaffe for eksempel, og det funket ganske perfekt fordi vi hadde en kafé som var åpent til klokken 10.00. Og der satt vi.”*

Informant 4 har jobbet som frivillig tannlege for TPH. Han fikk også merke på utfordringene under oppstarten av et slikt unikt prosjekt.

Informant 4: *“Ja, men den var jo koblet til strøm der, men så funkete ikke klimaanlegg og det var jo -15 ute og da inni da er det samme greie det var jo helt umulig å skrive journaler, for det var altså så kaldt og pasient hadde jakke på. ”*

Klinikken er svært plasseffektiv, og dette er fordelaktig for en mobil tannklinikk. Det betyr også at det ikke er plass for de som venter på behandling. Her var TPH løsningsorienterte og brukte en kafé i nærheten. Man kan jo tenke seg at dette på sikt ikke hadde vært en ideell løsning, da det tas opp plass på Kaféen av pasienter. Dette er noe som med tid mest sannsynlig ville fått sanksjoner.

Det kommer av Informant 1 klart frem at det var noen kompetansemangler hos personellet som driver TPH. Et tydelig eksempel er når det var brukt aggregat til å drive klinikken:

Informant 1: *“Torsdag kommer og vi prøver å starte aggregatet, det starter ikke. Det er et eller annet brent. Og hva skjedde da når aggregatet var i full drift, man skulle ha luken åpnet, ikke lukket. Det kunne ha sprengt. Det skjedde ikke, men det kunne ha skjedd. Ikke sant, så sanne ting. Plutselig så står vi der uten at tannlegestolen fungerer uten steril fungerer, uten noen ting, ikke er varme heller. Og da snakker vi om "november, i fjor.”*

Informant 4 fortalte også om problemer med energiforsyningen til lastebilen. Han måtte til og med stenge klinikken før tiden på grunn av bråk fra aggregatet.

Informant 4: *“Det gikk, men vi måtte jo avslutte litt før da vi egentlig jobbet 5 til 8, men så måtte vi avslutte rundt klokka 19.00 for det bråkte noe voldsomt. Inne var det ikke så ille, men ute var det litt på grensa.”*

Dette blir med andre ord en form for systemisk svikt. Da det tydeligvis ikke var ansatt noen med god nok kompetanse på drift av mobil tannklinikk. Dette fremkommer i flere situasjoner:

Informant 1: *“Så det vi gjør er at vi fester røntgen til stolen og ettersom aggregatet var fikset, og vi skulle teste den. Så begynte røntgen og stolen da. De er festet strøm var tilbake, så de begynte å dras mot hverandre og alt begynte å knuses. Mens jeg sto der og hun frivillige begynte å skrike”*

Informant 1: *“ Og vi var ganske heldig fordi røntgen ble ikke ødelagt. For turbin var litt ødelagt. Bordet var litt ødelagt, men ikke selve funksjonen, og hele vasken var ødelagt, men den kunne vi bytte”*

Informant 4: *” Ordnet system på det der, ikke sant? Nå i det siste, så ordner vi sjekk siden rørleggere måtte bytte rør ikke sant? Og sjekke at det her fungerer da enn så lenge hele lastebilen har koblet til strøm. For nå var det jo det temperaturen har toppene på pluss 5 grader og så -15, ikke sant? Vann fryser jo selvfølgelig, og is er jo større.”*

Det har vært mye uforutsigbarhet i oppstartsfasen, og dette er noe de frivillige har fått kjenne på. Når vi spør hvorfor noen av de frivillige faller fra, forteller informanten.

Informant 1: *“Det er ikke en helt vanlig tannklinikk hvor ting er klart, ja, det skal være, men vi må være forberedt på at det kan være temperaturvarsel, kanskje strøm ikke fungerer, så det kan hende at vi ikke får gjennomført vakta i dag.”*

“Hva er grunnene når de sier dette orker jeg ikke? Hva tror du er?”

Informant 1: *“Ting går ikke som planlagt.”*

Intervjuer: *“Ja altså det du tenker er at det er de tekniske utfordringene som stopper.”*

Informant 1: *“Ja, det er det tekniske, og det er uforutsigbarheten. Fordi det er en del uforutsigbarhet i det prosjektet her. Eller det var, nå er det litt bedre, tenker jeg. Det er veldig mye teknisk bare.”*

Et av de største problemene er det tekniske. Prosjektet drives hovedsakelig basert på frivillighet, man kan dermed ikke forvente å få tak i en tech-spesialist. Men det hadde virkelig hjulpet. Man kunne kanskje unngått noen av de uheldige hendelsene som fant sted under oppstartsfasen.

Informant 4 stiller spørsmål til om lastebilen i det hele tatt burde vært aktiv så tidlig som den var. Han viser tydelige eksempler på at forberedelsene til pasientbehandling nesten ikke var tilstede.

Informant 4: *“Sjekk at selve stolen fungerer før man begynner med det der. Det fungerte ikke, ikke sant? Vi prøvde å ta det, vi kunne ikke åpne røntgensysteme. og vi manglet passord. Da passer vi greide å åpne det vi greier å skrive noe da det ble jo sånn er ikke sant? Ja, det digitale resten er jo hele stolen da. Det fungerte ikke. Det var ikke nok strøm. Og hvor var speilet? Og så altså det. Klinikken var ikke i gang før vi begynte med det der, ikke sant?”*

Informant 1: *“Ja, du kan kjøre den lastebilen og parkere den på gården eller hvor som helst, så lenge man har trefasestrøm”*

Man må ha tilgang på trefasestrøm. Dette er noe som man ikke har tilgang til overalt, dermed forsvinner noe av mobiliteten til klinikken.

Prosjektet startet med pasientbehandling november 2022. På spørsmål om hvor mange pasienter som er behandlet der, svarer informantene.

Informant 1:

“Det var kanskje 10 eller 11 stykk. Ja jeg skrev det ned. Jeg har statistikk mellom 8-11 stykk.”

“Utfordringen er at det er kun åpent i en viss periode. Så hvis du skal ta imot pasienter, så kan du ikke ta mer enn 4 eller 5 fordi vi er åpent fra 17:00 til 21:00.”

Dette gir et godt bilde på problemet med slike frivillige tiltak. Da frivillige tannleger, tannhelsesekretærer og sjåfører etc. bare kan stille opp på kveldstid siden de som regel har jobb på dagtid. Dette gjør at tidsrommet er begrenset for når pasientene kan motta behandling.

De andre informantene vi har snakket med, har jobbet som frivillige på Senteret for papirløse migranter. Felles for dem er at de jobber der frivillig en kveld i måneden. De forteller om systemiske utfordringer som rammer arbeidet der.

Informant 2: *“Men liksom helsesenteret har ikke noe særlig penger. Men det er klart, det går jo litt på prioritering og sånt, og det er klart Tannlege på Hjul var jo et veldig godt initiativ. Også har jeg tenkt litt på det her med er det er her man skal bruke pengene på en måte.”*

Helsesenteret har altså lite penger og Informant 2 ville nok helst sett at midlene som gikk til TPH, skulle blitt brukt på helsesenteret.

Informant 2: *“Alt er frivillig liksom passer på det så hvis det er noe som ikke kan så har de ikke tannlege da. Det er jo folk som kommer ganske langt altså. Helt fra langt ned i Vestfold og tatt toget, og setter himmel og jord i bevegelse liksom for å komme seg til tannlegen da.”*

Intervjuer: *“Og så er dere ikke så mange her. Du når du jobber 1 gang i måneden, hva skjer hvis du er syk?”*

Informant 3: *“Da er det ikke noe Tannleger.”*

Intervjuer: *“Hva skjer da med pasienten?”*

Informant 3: *Da må de vente til neste gang det er en Tannlege der. Eller så, ja de får smertestillende på senteret. Eller antibiotika hvis det trengs. Eller så må de ta å behandle seg selv.”*

Tilbudet er bare åpent en kveld i uken. Og slik informant 2 og 3 beskriver det, hender det at den frivillige ikke kan stille. Dette er en uheldig situasjon når pasienter kommer langveisfra med sterke smerter. Informant 3 viser også til et eksempel på hvor langt pasienter kan være villige til å gå.

Informant 3: *“Vel, det var en episode i sommer hvor det var, han klarte ikke å vente lenger. Jeg tror han fikk låne en tang av helsesenteret. Slik at han da kunne trekke tanna si på helsesenteret”*

Slike hendelser kan være farlige, og i et land som Norge burde dette vært unngått. Dessverre har papirløse migranter svært begrensede rettigheter. Og det er nettopp disse begrensningene som gjør at vi ser slike desperate handlinger som informant 3 nevner. Pasientgruppen har som regel også dårlig økonomi som følge av de begrensede rettighetene:

Intervjuer: *“Også er det kanskje lett å tenke at dette er folk som aldri kunne ha betalt for tjenesten. Er det det alltid?”*

Informant 3: *“Ehh nei, de har ikke lov til å jobbe for eksempel. De har ikke lov til å ha bankkort. De har ikke lov til å ha bankkonto. De har jo ikke.. de kan ikke søke på NAV sosialen for eksempel. Det er .. nei de har jo ikke penger.”*

Vi ser at Informant 2 og Informant 3 , som begge jobber som frivillige på senter for papirløse migranter møter på flere av de samme systemiske utfordringene.

Behov og utfordringer for behandling av gruppene

Behandlingsbehovet som møter våre frivillige er litt forskjellig, men det er ofte et stort behandlingsbehov. Dette er pasienter med en helt annen hverdag enn mannen i gata. Når vi spør spesifikt om hva som møter dem i praksis, svarer dem følgende:

Informant 1:

“Det var mest akutt.”

“det var også en del som hadde karies.”

“det var en del ekstraksjoner ja”

“Synlig karies foran.”

“De kommer med smerter, hevelser”

Informant 2:

“Det er altså de papirløse, og der er det jo alle varianter, altså du har romenere, du har folk fra Palestina, kanskje som har vært i Norge i 15 år, ikke sant? Uten å få papirer. Så det er et stor spekter, men det er ganske stort behandlingsbehov da. Det er jo primært akuttbehandling, altså sånn vondter og sårne ting, ikke så mye oppbygning. Så det er ikke noe protetikk liksom.”

“Det er som regel vondt. Noen har litt blandet behov, ber om regulering, liksom det. Det har liksom ikke helt likt, men de aller fleste har jo reelle plager.”

“Ja, det er mye endo, kons,ex, det jeg har skrevet her ja.”

“Hmmm. Ja, det kan det også være kirurgi, altså fjerning av visdomstann.”

Informant 3:

“De har kjempevondt.”

“Det er akuttbehandling. Det er kun akuttbehandling. Det er ikke noe annet. Det er kun for å bli smertefri rett og slett.”

Informant 4:

“Det var massevis av karies.”

“Ja, det er vel mer akutte ting og trekke tenner. Komplikasjoner etter trekking av tenner som alveolitt og så videre. Ja, småting. Det er jo sånne skarpe tenner som jeg nevnte i sted, ikke sant? Så at man sliper og legger noe sånne småting og når det er hevelser at man drenerer. Altså hygiene. Det fungerer jo ikke helt i det miljøet der da.”

Det går altså for det meste i akuttbehandling. Både ved TPH og Senter for papirløse migranter har behandlingsbehovet hovedsakelig vært konserverende behandling eller ekstraksjoner. Som informant 2 sier, kan selvfølgelig behandlingsbehovet variere veldig fra pasient til pasient. Fellesnevneren her er at pasientene kommer med smerter, og de kommer akutt. Men hvorfor kommer de først når det er akutt? Informant 2 har en teori på dette.

Informant 2: *“Ja, det vil jeg si og jeg tror nok det er litt der de kommer fra, at de går til en handling når de har vondt. Det er jo litt ettersom hvor de kommer fra, selvfølgelig. Men det er vel de som oppsøker det stedet, de er jo ressursvake i utgangspunktet.”*

Det kan altså være kulturelt betinget, at man ikke oppsøker helsehjelp med mindre man har smerter. Men det er sannsynligvis i dette tilfellet også mangel på rettigheter og økonomisk kapital som gjør at pasientene først dukker opp når smertene er som verst.

Selve behandlingen av pasientene har sine utfordringer. Å behandle en pasient med sterke smerter, kan være utfordrende nok. Men de frivillige støter på noen helt banale utfordringer. For eksempel har det vist seg svært vanskelig å få henvist pasienter til oral kirurg eller spesialisthelsetjeneste etter oppdagelse av tumorer og cyster.

Informant 2:

“Så det er jo så forskjellige, grei blanding av helsetjenester; Så driver vi og prøver å få, for det er noen som trenger mer behandling, kanskje det er en sånn som opereres ut eller en cyste som plutselig dukker opp et sted, og da må vi må jobbe litt for å få det inn på Ullevål for eksempel. Det har jo vært litt i media og sånn kreftbehandling.”

“Oppdages på helsesenteret ja, men å liksom få rettigheter til behandling da. Det har vel måtte gi seg litt etterhvert, men tror det har vært litt sånn kamp her da er inntrykket. De jobber jo veldig imot politikerne. De fikk vel på et tidspunkt Oslo kommune til å gjøre en del av behandlingen da det var korona. Blant annet.”

Informant 1 synes også at TPH burde hatt en oral kirurg tilgjengelig for å kunne drive forsvarlig tannbehandling:

Informant 1:

“Ikke sant, så det er ikke bare å trekke ut en tann. Det er den oppfølgingen, så jeg kom også med en del anbefalinger til videre. Hvis det er en kirurg som er spesialist som kan på en måte kunne vært tilgjengelig til tannlege på hjul, så hadde det vært perfekt.”

“Vi har opplevd at en pasient har slitt med funksjon etter ekstraksjon lenge.”

“En kom med vondt i tannen og hevelse. Han har slitt med det lenge. Og så kom han igjen og igjen. Og han hadde også en del infeksjon funksjon til beinet hans så han måtte følges opp.”

De har alle opplevd utfordringer med å ha disse pasientgruppene i stolen. Som nevnt er ofte pasientene preget av mye stress og uro. Noen har kanskje holdt seg unna tannlegen på grunn av frykt. Informant 1 fortalte oss om engstelige pasienter som ankom klinikken.

Informant 1:

“De hadde angst”

“Fordi når de sitter i tannlegestolen, så er de ganske utrygge”

“Du så jo at pasienten slet. Psykisk, ikke sant.”

Dette er jo utfordringer alle tannleger støter på. Men mye tyder på at man må være ekstra obs med disse pasientgruppene. Det er heller ikke alle pasienter som klarer å uttrykke seg. Dette på grunn av manglende språkferdigheter hos pasienten.

Informant 2:

“Og så er det jo litt det her med kommunikasjon er jo kan være litt krevende, og det er ikke alltid de har med seg pårørende holdt jeg på å si. De har med seg egen tolk, så da blir det jo litt sånn fingerspråk og Google translate hvis de kan lese liksom og sånn. Så det kan være litt utfordrende.”

“Noen kan litt Norsk, det er nesten verre, for da begynner de å si ting, altså begynner de å si noen ting, og så blir det bare fingerspråk, og så gjør man bare noe.”

Informant 4: *“Det er litt språkproblemer også ikke sant, noen snakker Norsk, noen snakker ikke Norsk, noen snakker engelsk, noen snakker ikke hverken språk som alle andre har, ikke sant? De har jo eget morsmål og da blir det litt tegn.”*

Det nevnes også en annen utfordring; klinikkene har begrenset kapasitet og arbeidskraft. Driften er basert på frivillighet og har dermed begrenset åpningstid utenfor de frivilliges normale arbeidstid. I motsetning til næringslivet er det ikke gitt at det kommer noen vikar dersom en frivillig er bortreist eller syk.

Informant 3:

Intervjuer: *“Hvordan er pågangen til dere for å få denne tannhelsehjelpen?”*

Informant 3: *“Den er stor, veldig, veldig stor. Det er lange ventelister. Det er jo bare hver onsdag kveld det er tannlege der.”*

Informant 2: *“Alt er frivillig liksom passer på det så hvis det er noe som ikke kan så har de ikke tannlege da. Det er jo folk som kommer ganske langt altså. Helt fra langt ned i Vestfold og tatt toget, og setter himmel og jord i bevegelse liksom for å komme seg til tannlegen da.”*

Det vil si at det bare er hver onsdag kveld at det er tannlege på Senter for papirløse migranter. Og som Informant 2 forteller, er det ikke gitt at en annen av de frivillige er villig til å ta på seg en vakt på kort varsel.

Kort oppsummert har disse gruppene et bredt spekter av behandlingsbehov. Det er nok av arbeid på disse vaktene de frivillige tar på seg. De frivillige støter også på noen av de samme utfordringene som en vanlig allmenn tannlege, men også noen helt andre utfordringer.

Utfordringer med selve behandlingen

Arbeidsplassene som nevnes i denne oppgaven er ikke som tannlegekontor ellers. Spesielt TPH skiller seg veldig fra en ordinær klinikk. Den er satt sammen på en nøye gjennomtenkt måte slik at man har alt nødvendig utstyr for å drive god tannbehandling. Informant 1 forteller om utfordringer rundt et slikt trangt tannlegekontor på fire hjul.

Informant 1:

“En annen erfaring var at alle ikke alle kan være inne i klinikken på engang. Den er jo på 6 meter.”

“Det er trangt. Ja, ikke sant? Hvordan skal vi være ute da? Hvordan kan vi ta imot pasienter? I tillegg til de andre frivillige slik som sjåfør, miljøarbeider, osv.”

En frivillig tannlege ved TPH reagerte også på at det var vanskelig å finne frem utstyr under selve behandlingen.

Informant 4: *“Jo, man kjøpte inn en del utstyr, men problemet var at alt ble putta i en stor sekk også vær så god jobb. Så du vet jo ikke hvor ting er da, ikke sant? Det ble jo det. Det er en lastebil og vi måtte lete her. Pasient sitter i stolen og hvor er hva, hvor er bedøvelse hvor?”*

Det er hovedsakelig allmenntannleger som jobber som frivillige ved disse klinikkene. Dette fører selvfølgelig til visse begrensninger, spesielt ved vanskelige kasus. Informant 1 forteller om hendelser der tannlegen ikke er komfortabel med å utføre behandling.

Informant 1:

“De som jobber der av tannlegene er også ganske flinke, men noen tør ikke å trekke tanna da. Hvis det er en vanskelig stilling, eller om det er risiko for at den knekker, hva skjer da?”

“Fordi erfaringsmessig, så ser jeg de fleste har behov for kirurgi eller ex, og så kommer den infeksjon i etterkant”

Informant 3: *“De har kjempevondt. Kan ofte ikke Norsk.”*

Ved store smerter hos pasienten og “vanskelig stilling” på tannen kan det være vanskelig for den frivillige tannlegen. Spesielt når tannlegen ikke har mulighet til å henvise til oralkirurg. Uten sikkerheten av at noen kan hjelpe deg dersom ting går galt, er det naturlig at man unngår behandling der man føler seg ukomfortabel.

Og når du mottar pasienter med et omfattende behandlingsbehov, ønsker man som behandler å legge en behandlingsplan som strekker seg over en viss tid. Problemet med disse begrensede åpningstidene er at du bare har et visst tidsrom for å behandle pasienten. Og ofte kommer pasienten aldri tilbake.

Informant 2: *“Det er ikke så godt å planlegge alt, liksom. Du vet jo ikke hva som kommer inn døra, så det blir bare sånn ta det på sparket, og så vi gjør det så godt vi kan liksom. Også er det 3 kvarter på alle. Omtrent det uansett.”*

Det er også enkelte typer behandling som de frivillige ikke får tilbudt sine pasienter. Det er økonomiske begrensninger hos slike frivillighetsbaserte prosjekter. Utstyret de har er ofte donert utstyr fra operative tannklinikker. Informant 2 føler mye på at han gjerne skulle gjort mer for pasientene. Han ergrer seg over at økonomien på Senter for papirløse migranter står i veien for å kunne gi pasientene sine tilfredsstillende bittfunksjon.

Informant 2:

Intervjuer: *“Men hva med det? Altså sitter du igjen med liksom ønske om å kunne gjort mer?”*

Informant 2: *“Ja altså det er masse. Man kan jo gjøre mye mer selvfølgelig, og du får ikke gjort noe protetikkk for eksempel. Altså bygge opp igjen. Det hjelper jo ikke kanskje så mye. Så det er en liten vei å gå. Det er klart, det er jo et økonomisk spørsmål finansielt. Noen må betale teknikktreningen liksom. Det har de ikke penger til.”*

Intervjuer: *“Men hvordan? Altså hvis du har en tannløs pasient da og det er ikke å få hjelp privat, altså går de bare uten tenner da?”*

Informant 2: *“De gjør nok det. Det har kanskje vært noe unntak hvor de har hjulpet de, men altså tannteknisk.”*

“Jeg savner jo den biten, at du ikke kan at det er veldig begrenset hva du får gjort. Altså det er jo litt akuttbehandling, ikke sant? Så det går litt på finansieringen egentlig til å rehabilitere bittfunksjon, ikke Sant ja. Det er egentlig det som kanskje mangler, eller så er det jo kanskje mer sånn småting som utstyr til endo liksom. Det kan man alltid klare å skrape sammen og så det er jo det kontoret i ferd med å liksom etablere seg som et fullverdig sånn kontor. Men det går mer på den finansielle biten av det at de det begrenser seg i hva man kan tilby da.”

Det som også er litt synd med dette tilbudet, er at pasientene ikke nødvendigvis alltid møter. Når disse frivillige stiller opp og bruker fritiden sin på å hjelpe mennesker i vanskelige situasjoner, er det synd at de som får time ikke møter. Dette går på bekostning av andre aktuelle pasienter som har behov for tannlegebehandling.

Intervjuer: *“Hva får du med oppmøte og sånt?”*

Informant 2: *“Ja, det er litt sånn blanda. Noen kommer, og det er hvis de har vondt nok, så kommer de uansett.”*

Intervjuer: *“Ja, hadde du kanskje sagt fifty fifty prosent på om de kommer?”*

Informant 2: *“Litt mer kanskje. Nei, de fleste som trenger behandling kommer liksom. Ja.”*

Uforutsigbarhet preger jobbhverdagen både hos TPH og Senter for papirløse migranter. Det er ikke alltid pasienter møter, og de som kommer har “vondt nok” og derav ofte utfordrende å behandle.

Motivasjon med frivillighet

Så lurte vi også på hva det er som motiverer de frivillige. Tannleger har jo et rykte på seg å motiveres av pengene. Men som frivillig, har du ingen økonomisk gevinst. Så vi spurte alle våre informanter om hva det er som gjør at de velger å jobbe uten betaling. Her er noen av svarene vi fikk:

Informant 1:

“Det er et godt spørsmål. Jeg har vært aktiv og har jobbet frivillig siden jeg var ganske ung. Men det som fikk meg til å være engasjert var at jeg opplevde frivilligheten. Jeg får brukt min stemme på en annen måte som ikke nødvendigvis er tilknyttet familie, hjemme eller jobb. Du har jo ulike roller. Men det å være frivillig gjør at du har en helt annen rolle, du får bruke din kompetanse, hvem du er, din stemme. Og da opplevde jeg da jeg var kanskje 12-13 år, så var jeg på ungdomsskole, og det var en overgang for meg. Og der så begynte en frivillig organisasjon å jobbe med ungdommer, og skulle bygge en av Jemens første barnsparlament. I barnsparlamentet skulle vi ha kommisjon for kvinners rettigheter, for de som har utviklingsutfordringer og så videre, og i den prosessen, så måtte du på en måte jobbe for å bli hørt. Det er ingen betalte penger, men det var da jeg var engasjert på skolen. «Ja dere kan stemme på meg, jeg kan gjøre ditt og datt». Jeg fikk oppleve at mye kunne gjøres på skyggen til systemet som eksisterer i dag. Det er skygge, men det er ikke skygge heller. Du kan gjøre veldig mye, du kan bidra til folk.”

“Hva er forskjellen mellom meg og en papirløs migrant? Et personnummer? Ikke noe annet. Og det har ødelagt livet deres virkelig. Et nummer. Og jeg var flyktning selv, så jeg vet hvordan det er, hadde jeg ikke fått godkjent personnummer, hvor skulle jeg ha vært i dag? Så jeg kan bidra, og det er derfor jeg gjør det. Det skal ikke være glemt. Det er der mitt personlige engasjement kommer. Så det er muligheter her, så jeg har vært ganske aktiv siden jeg var ung, i Jemen, i Norge, overalt. Den stemmen er viktig, og det er det folk ikke forstår kanskje, det er det jeg prøver å si til alle, din stemme er viktig uansett hva du gjør. Tannhelse, tannhelsesekretær, miljøarbeider, sjåfør, sykepleier. Hva som helst, det er viktig.”

“Mennesker er gode inni dem, og det bare fordi det kommer et tidspunkt hvor du tenker ok. Det her gidder jeg ikke mer. Det er veldig vanskelig, men når folk kommer inn og har troen og prøver og gir ikke opp, det er det de frivillige har gjort. Hvordan mennesker er og hvor bra vi vil ha det for hverandre uansett. Det overrasket meg hver gang. Og det bygger på positiviteten, vi er egentlig gode, mennesker er gode egentlig.”

Informant 2:

“Jeg tror det var noen som hadde et foredrag for kona mi på noe Oslo-tannlegeforening sin månedlig greie, og så sa hun at dette er noe for deg.”

“Men min motivasjon er ikke så veldig religiøs egentlig. Det er bare rett og slett å bidra litt til noen som kanskje ikke har det så greit, så det var vel egentlig sånn hovedmotivasjonen min. Litt sånn man føler at man bidrar med ulandshjelp, men lokalt hvis du skjønner.”

“Altså jeg jobber jo alene, jobber på singel tannklinikk. Er old school, sånn sett. Så lite grann sosialt valg å være med, i hvert fall litt mer kollegaer på en måte. Mm, så det var kanskje et element? Også var det jo litt annen pasientgruppe enn det jeg har, selv om jeg føler at jeg har sånn ganske greit tverrsnitt av befolkningen. Så er det jo enda litt mer ekte tannbehandling på en måte når du kommer dit. Så det var jo litt det kanskje? Sånn for min egen del så føler jeg at man bidrar litt. Det er litt sånn dugnad. Så er ikke jeg så veldig politisk engasjert, men det er klart at dette er jo noe som er menneskerettighets sak? Tankesett rundt. Kanskje at man bør ha krav på helsehjelp liksom så man skal kjempe en kamp for å få det i Norge.”

Informant 3: *“Jeg hadde lyst til å bidra. Hadde litt overskudd. Jeg hadde lyst til å jobbe med andre pasient-typer enn det jeg jobbet med i privatpraksis. Jeg hadde lyst til å bidra ja.”*

Informant 4:

“Nei, det er bare for å ha noe å gjøre.”

“At ja, at man bidrar til Kirkens Bymisjon, så har vi jo det.”

“Ja nei, det her er jo mest for å hjelpe de som allerede er kjørt. Rus, og papirløse migranter.”

“Skal man si den indre ro til å hjelpe da, eller liksom at man skal føle man får hjulpet. At man føler seg bedre når man har hjulpet noen da, ikke sant?”

Et ønske om å bidra til vanskeligstilte pasientgrupper står sterkt hos informantene våre. De synes også det er positivt å bidra til samfunnet, og å gi noe tilbake. Det er nesten som å gi penger til veldedighet, bare at man bidrar i førstelinjen. De deltar i en slags dugnad for storsamfunnet, slik Informant 2 så fint sier det. Men det er også de flotte opplevelsene de frivillige har opplevd, som er med på å motivere dem videre i den viktige jobben de gjør. De møter pasienter som virkelig er takknemlige for hjelpen de får, og mange legger ikke skjul på sin takknemlighet. Det er lite som gleder en tannlege mer enn fornøyde pasienter.

Informant 2: *“Stort sett er folk er takknemlige og liksom bare ber til Gud når de går ut av døra liksom. Nesten litt rørt noen ganger. Det er litt annen verden enn å bare sitte på et vanlig tannlegekontor på Majorstuen.”*

Informant 3: *“Det er når de blir så glad at det er en tannlege der. Og når de faktisk ikke har vondt. Ja, de er veldig takknemlige. Veldig takknemlige, og det gir jo masse.”*

Informant 4: *“Pasientene ble litt fornøyd med at det problemet ble løst. Det var veldig bra”*

Vi hørte også hvilke egenskaper man typisk ser hos de frivillige. Selve ønsket om å jobbe som frivillig er vel den første og mest åpenbare egenskapen. Men også det faktum at det er en spennende erfaring for frivillige, der de føler at kompetansen deres kan brukes til noe godt.

Informant 2: *“Du må ville være frivillig for det første. Gjøre ting som man ikke vil tjene penger på. Det er jo ikke alltid man gidder det å bruke fritida si, men det er en kveld i uka da, så det er en kveld i måneden. Sånn grovt Beregna. Ikke i sommerferien så mye, men ja. Ikke så veldig stort bidrag, men det er litt. Så det. Det har jeg vært med.”*

Informant 3: *“Og da spør jeg hva deres motivasjon er, fordi å jobbe som frivillig og motivere også de frivillige, er noe helt annet enn å motivere vanlige ansatte, ikke sant? Så de fleste sier at de synes at dette er et veldig spennende prosjekt. Det er noe nytt og innovativt, men de ønsker å bidra og oppleve at deres kompetanse kan bli brukt for andre.”*

Gjennom disse intervjuene, har vi fått innsikt i hvordan hverdagen til en frivillig ser ut. Vi har fått høre rørende historier, og blitt godt kjent med dem.

Diskusjon

Basert på den innsamlede informasjonen fra intervjuene med frivillige tannleger og den teoretiske bakgrunnen, kan man videre diskutere tilgangen på tannhelsehjelp blant de sårbare gruppene og hvorvidt TPH bidrar til å øke denne tilgangen. Disse intervjuene kastet lys over en rekke utfordringer knyttet til tilgangen på tannhelsehjelp, samtidig som de gir innsikt i hva som motiverer frivillige til å jobbe med disse gruppene. Det var enkelte forskjellige erfaringer mellom intervjuobjektene, men også mange likheter knyttet til problematikken med prosjektet. I dette kapittelet skal vi på bakgrunn av dybdeintervjuene og bakenforeliggende forskning diskutere effektiviteten, utfordringer og muligheter for å videreutvikle prosjektet, for å så konkludere om TPH bør inkorporeres permanent. Vi deler diskusjonsdelen i tre deler; oppsummering av de viktigste funnene, etterfulgt av styrker og svakheter med prosjektet, for å så avslutte med sammenlikning av resultatene med tidligere relevant forskning innen temaet.

Tannlege på Hjul og presentasjon av resultater

I dybdeintervjuene adresseres temaer knyttet til urettferdighet og mangel på tilstrekkelig helsehjelp for visse grupper. Både Senter for papirløse migranter og TPH er initiativer som tar sikte på å bekjempe denne urettferdigheten. I vår studie kommer det frem at behandlingsbehovet til pasientgruppene hovedsakelig består av ekstraksjoner og konserverende behandling. Dette er behandlinger som følger av karies. Både bakgrunnsteorien om papirløse migranter (S. Suleymanova, 2016, s. 2) og om rusmisbrukere (Karlsen et al., 2017) samsvarer med funnene våre. Ellers ser vi at TPH ikke er i nærheten av å yte samme nytte og effektivitet som liknende prosjekter. Vi ser i Malone's studie i USA at deres mobile klinikker har et gjennomsnittlig besøkstall på 3491 besøk årlig (Malone, 2020), som er et mye høyere antall enn det Informant 1 oppgir; "Det var kanskje 10-11 stykker".

Det kan observeres at prosjektet TPH har møtt flere utfordringer i etableringsfasen. Til tross for disse utfordringene har personer i sårbare situasjoner fått nødvendig assistanse. Klinikken har fungert effektivt innenfor den begrensede perioden den har vært operativ. Pasientenes behandlingsbehov ved TPH og Senter for papirløse migranter er omfattende, med mange pasienter som oppsøker klinikken på grunn av smerte. Begge initiativene er fullstendig

avhengige av frivillige tannleger for å møte dette behovet og det observeres en positiv rekruttering av frivillige, noe som gir gunstige fremtidsutsikter for slike frivillige initiativer.

Styrker og feilkilder

I denne kvalitative studien har bruk av dybdeintervjuer gitt en nyansert forståelse av ulike perspektiver knyttet til prosjektet. En av styrkene ved denne tilnærmingen er at den egner seg til å fange opp dybden og refleksjoner i deltakernes opplevelser, men også deres meninger om prosjektets fremtid (Fangen, 2022). Dette gir et beskrivende datagrunnlag som kan gi innsikt i hvordan prosjektet erfares av de som er direkte involvert i det. Denne tilnærmingen har gitt rom for å utforske en rekke synspunkter som bidrar til en dypere forståelse av “Tannlege på hjul” og dens utfordringer. På denne måten kan man kartlegge hvorvidt prosjektet er nødvendig og burde føres videre.

Det må understrekes at prosjektets hindringer underveis har ledet til konsekvenser for datainnsamlingen og forskningens validitet. En av svakhetene ved studiet som kommer som en følge av dette, er det lave antallet dybdeintervjuer på. Fasiten er fire gjennomførte dybdeintervjuer. Utvalget er med andre ord lite, og de som ble intervjuet var utelukkende individer som jobbet i prosjektene. Tematikken i prosjektet er selvsagt snevert, men det hadde vært ideelt å ha med flere deltakere, og gjerne i flere forskjellige roller. Et lite og spesifikt utvalg av mennesker gir lite randomisering, og utsetter resultatene for andre ukjente variabler (utdanning, bakgrunn, etc). Dette begrenser studiens overførbarhet og generaliseringsevne, og gjør det utfordrende å trekke generelle konklusjoner om hvorvidt TPH har en positiv effekt på det norske samfunn. Den totale påliteligheten og validiteten til studiet reduseres.

Skjevheten i utvalget er også viktig å forklare. Det er en mulighet for at kun de mest engasjerte deltakerne har blitt inkludert i intervjuene. Det er med å påvirke gyldigheten av funnene. For eksempel, kan deres tanker om prosjektet fremkomme som bedre enn det i realiteten er da de er veldig investerte i prosjektet. Det motsatte kan også være tilfellet, der de har støtt på mange hindringer i prosjektets gang, og at dette igjen påvirker deres syn på prosjektet i negativt forstand. Brukerne av prosjektet, nemlig de papirløse migrantene og rusmisbrukere, har vi dessverre ingen uttalelser fra. De kan ha synes at all behandling og oppfølging har vært svært

bra, eller mindre bra, dette har vi med andre ord ikke datamateriale til å støtte. Ved å kun fokusere på de frivillige eller ansatte som er involvert i prosjektet er det risiko for å overse eller underrepresentere pasientenes perspektiver og behov, som er et meget viktig aspekt i TPH.

Det må videre tas hensyn til at prosjektet er i en oppstartsfase, noe som ytterligere kompliserer tolkningen av resultatene. I denne tidlige fasen av prosjektet kan det være begrenset innsikt i dets potensielle effektivitet, da det fortsatt er under utvikling og implementering. Resultatdelen belyser mange utfordringer i prosjektets gang, alt fra transport, personell og prosjektets infrastruktur. Det kunne potensielt vært mer relevant, i et samfunnsnyttig perspektiv, å utføre forskningen når prosjektet hadde vært fullt i gang, men det er likevel interessant å belyse slike utfordringer. Likevel, vil dette gjøre det mer utfordrende å konkludere med hensyn til prosjektets levedyktighet basert på de innsamlede dataene alene. Samlet sett gir dette kvalitative studiet verdifull innsikt i deltakernes oppfatninger og erfaringer knyttet til prosjektet. Men vi må også erkjenne begrensningene i studiet, spesielt når det gjelder representativitet, utvalgsstørrelse og den tidlige fasen av prosjektet.

Selv om kvalitativ forskning gir en dypere forståelse av deltakernes opplevelser og perspektiver, så kan man være mer utsatt for subjektivitet og bias sammenlignet med kvantitative metoder. Dette skyldes den mer åpne og tolkningsbaserte tilnærmingen som brukes i kvalitativ forskning, der våre egne tolkninger og forståelse kan påvirke både datainnsamling og analyseprosessen (kodingen). Et eksempel på dette er at intervjuene med de frivillige var utført i form av deltakende intervjuer. Vi som intervjuere hadde en rolle på å samtidig delta i dialogen og observere, noe som kan lede til enkelte utfordringer. Dersom vi som intervjuere blir for involvert med deltakerne eller for vennlige, kan man risikere å spore av slik at forskningsresultatene svekkes. Er man på lik måte distansert og mer “kald”, kan dette føre til dårligere flyt i samtalen eller at intervjuobjektene ikke tør å uttrykke det de ønsker (Fangen, 2022). Vi forsøkte å forholde oss objektive til intervjuobjektene, men også vennlige nok til å tilrettelegge for flyt i samtalen. Dette er selvsagt utfordrende å kartlegge og måle, men det er viktig å være oppmerksom på. Vi hadde tross alt bare ett intervju med hver deltaker, og på denne måten kan man argumentere for at man ikke hadde tid til å bygge altfor nære relasjoner med dem, samtidig som vi hadde en god dialog. Forskningen er også utsatt for bias, der vår tidligere relasjon til prosjektet indirekte eller

direkte kan ha innflytelse på intervjuets innhold og retning. En måte å løse dette på, kunne ha vært blinding. Men dette blir i utgangspunktet ikke hensiktsmessig. Det er viktig å være bevisst på forskerens rolle og eventuelle forutinntatte holdninger som kan påvirke resultatene.

Slik som tidligere nevnt egner kvalitativ forskningsmetode seg til å beskrive komplekse sosiale fenomener og relasjoner, samt å utforske deltakernes perspektiver på en grundig måte. Gjennom dybdeintervjuer har vi vært i stand til å utforske følelser, motiver og opplevelser på en mer detaljert måte enn hva kvantitative metoder vanligvis tillater. Dette bidrar til en rikere forståelse av de underliggende dynamikkene og kontekstene som påvirker deltakernes opplevelser. Til tross for de nevnte svakhetene, representerer denne studien et verdifullt bidrag til litteraturen om frivillighet og samfunnsengasjement. Gjennom en grundig utforskning av deltakernes perspektiver og erfaringer, gir studien innsikt i motivasjonen bak frivillig innsats og de potensielle utfordringene og mulighetene som følger med slike initiativer. Ved å anerkjenne både styrkene og begrensningene ved denne forskningsmetoden, kan videre forskning og prosjektutvikling dra nytte av denne innsikten. For slik å bedre informere fremtidige prosjekter og tiltak.

Sammenligning med andre studier

Vi kan sammenligne TPH prosjektet med lignende studier fra andre land. Dette er studier vi har referert til tidligere i masteroppgaven. Dette omfatter blant annet en studie om mobile helsetjenester i USA (Malone 2020). Vi har også sett på en artikkel fra Bradford i England som fokuserer på en mobil tannklinikk (MDU) som har betjent spesifikke grupper som hjemløse, rusmisbrukere og asylsøkere i over 16 år (J., 2022). Samt studien fra Zurich, Sveits, som fokuserer på kostnadseffektiviteten av mobile tannhelsetjenester rettet mot eldre på langtidsinstitusjoner i Zurich. (Spatzier et al., 2021)

Prosjektet TPH er rettet mot å tilby frivillige tannhelsetjenester til rusmisbrukere og papirløse immigranter. Der det er rettet et spesifikt fokus på å tilby tannbehandling utenfor tradisjonelle kliniske miljøer. Finansieringen er sannsynligvis avhengig av frivillige bidrag og donasjoner, og prosjektets geografiske dekning kan være begrenset.

Ved sammenlikning viser disse tilnærmingene ulike strategier for å imøtekomme behovene til sårbare befolkningsgrupper gjennom mobile helsetjenester. For eksempel tar de i Malone-studien sikte på å tilby et bredt spekter av helsetjenester, inkludert primær pleie og forebygging, mens de i TPH fokuserer spesifikt på tannhelsetjenester. Organisatoriske strukturer og finansieringskilder varierer også mellom studiene, fra offentlig støtte til frivillig innsats. For eksempel kan noen av de andre prosjektene motta støtte fra filantropi og offentlige midler, mens TPH prosjektet i dag er avhengig av støtte i form av donasjoner fra næringslivet. Til tross for disse forskjellene har alle tilnærmingene som mål å forbedre tilgangen til helsetjenester for de mest sårbare i samfunnet. Slik demonstrerer de verdien av mobile helsetjenester som en forbindelse mellom samfunnet og tradisjonelle helsetjenester.

Alle prosjektene, inkludert TPH, retter seg mot sårbare befolkningsgrupper med begrenset tilgang til helsetjenester. Dette inkluderer rusmisbrukere, papirløse immigranter og andre marginaliserte grupper. Hovedmålet med både TPH prosjektet og de andre studiene, er å bedre tilbudet av helsetjenester for sårbare grupper. Ved å benytte mobile helsetjenester, kan disse prosjektene nå mennesker som ellers kanskje ikke ville ha oppsøkt helsetjenester på grunn av faktorer som økonomi, geografi eller stigma.

Disse studiene kan være relevante for TPH prosjektet ved å tilby innsikt i ulike tilnærminger til mobil levering av helsetjenester, hvordan disse kan tilpasses ulike målgrupper og geografiske områder. For eksempel kan erfaringer fra de andre prosjektene være til god hjelp når organisatoriske beslutninger skal tas. Slik beslutninger kan blant annet dreie seg om finansieringsstrategier og hvilke tjenester man ønsker å tilby i prosjektet.

Samtidig kan forskjellene mellom prosjektene bidra til å identifisere unike utfordringer knyttet til tannhelsetjenester for sårbare grupper, og hvordan disse kan håndteres bedre i TPH. Disse studiene gir et mangfoldig perspektiv på mobil levering av helsetjenester. På denne måten kan de bidra til å forberede TPH prosjektet, slik at det bedre vil kunne møte behovene til sårbare befolkningsgrupper innen tannhelse.

Studien i Ghent, Belgia, tilbød pro bono tannhelseundersøkelser. Dette resulterte i at antall manglende tannlegetimer hos papirløse migranter gikk ned (Lambert, 2018). I denne studien involverte de samfunnshelsearbeidere og arrangerte spesialopplæring for sosialarbeidere. Informant 3 beskrev at ventelisten var veldig lang. Det kan diskuteres om det burde innføres et tettere samarbeid mellom helsepersonell og samfunnshelsearbeidere. Dette kan gi en avlastning for tannlegene og samtidig føre til at flere individer får hjelp. En ulempe er at kvaliteten på helsehjelpen kan synke.

Kohortstudien fra Madrid konkluderte med at rusavhengige pasienter viste tegn til dårlig munnhelse og en markant økning i tannproblemer. Problemene gjaldt primært karies og periodontal sykdom. De hadde høy risiko for karies, og tilstedeværelsen av candidiasis indikerte deres generelt dårlige helsetilstand. Den dårlige tilstanden til rusmiddelbrukeres tenner og munnhelse var i større grad knyttet til livsstil enn selve narkotikamisbruket (Mateos-Moreno et al., 2013).

Derfor kan man ikke nødvendigvis si at rusmisbrukere har dårligere tannhelse på grunn av narkotikamisbruk. Det er i størst grad livsstilen til disse pasientene som spiller inn. Dermed har rusomsorg en svært viktig rolle i å forebygge oral sykdom. På denne måten har helsefagarbeidere en enormt viktig rolle ved å skape trygge rammer og en bedre livsstil for rusmisbrukerne. Vi stiller derfor spørsmål ved hvorfor det ikke var et tettere samarbeid mellom tannleger og helsefagarbeidere.

Samfunnsøkonomisk nytte

Informant 2 diskuterer mulighetene for at den økonomiske innsatsen som ble lagt inn i tannlege på hjul kunne ha blitt utnyttet på en annen måte. *“Men liksom helsesenteret har ikke noe særlig penger. Men det er klart, det går jo litt på prioritering og sånt, og det er klart Tannlege på Hjul var jo et veldig godt initiativ. Også har jeg tenkt litt på det her med - er det er her man skal bruke pengene på en måte?”*.

Pengene kunne ha blitt brukt til å forbedre eller utvide tilbudet som allerede finnes. Med tilstrekkelig finansiering kan helsesenteret opprette dedikerte tannklinikker eller utvide

eksisterende tannhelsetjenester. Dette kan inkludere å ansette tannleger, tannpleiere og tannhelsespesialister som kan gi grundig behandling og forebyggende omsorg for papirløse migranter og rusmisbrukere.

Informant 3 beskriver: *“Det er akutt behandling. Det er kun akuttbehandling. Det er ikke noe annet. Det er kun for å bli smertefri rett og slett.”*

Tilgang til mer økonomiske midler kan tillate innkjøp av moderne utstyr og teknologi. Dette kan omfatte utstyr for røntgenundersøkelser, rens, rotfyllinger, proteser og andre tannbehandlinger som er nødvendige for å sikre god munnhelse blant papirløse migranter og rusmisbrukere. Dette kan bidra til å gjøre det enklere å gi mer forebyggende behandling og bedre oppfølging. Økte midler kan brukes til å gi opplæring og sertifisering til tannhelsepersonell som er spesielt rettet mot å håndtere behovene til utsatte pasientgrupper. Dette kan inkludere opplæring i kulturell sensitivitet, kommunikasjon på flere språk og forståelse av de unike utfordringene som denne populasjonen står overfor når det gjelder tannhelse.

Økte ressurser kan også bidra til å styrke samarbeidet mellom helsesenteret og lokale tannhelsetjenester, inkludert private tannklinikker, frivillige organisasjoner og tannhelseinstitusjoner. Dette samarbeidet kan bidra til å utvide tilgangen til tannhelsetjenester for disse gruppene og sikre at de får den nødvendige omsorgen.

Fordelen med å fokusere ressursene på tannlege på hjul er at dette prosjektet tilbyr fleksible løsninger som kan tilpasses ulike lokalsamfunn og individuelle behov. Dette er spesielt viktig for disse gruppene ettersom de kan bo spredt eller ha begrenset mobilitet på grunn av sin juridiske status. Ved å være til stede i lokalsamfunnet kan TPH bidra til å øke bevisstheten om viktigheten av tannhelse og forebyggende tiltak blant gruppene. Dette kan føre til bedre tannhelse og redusere behovet for akutt behandling på lang sikt.

Samlet sett gir begge tilnærminger verdifull helsehjelp til papirløse migranter og rusmisbrukere. Mens ressurser til et dedikert helsesenter kunne tilbudt en mer omfattende helsetjeneste, gir TPH et økt tilgjengelighet og tilpasset omsorg. En kombinasjon av begge tilnærminger ville kanskje vært ideell for å sikre omfattende og tilgjengelig tannhelsehjelp for denne befolkningen.

Selv om TPH kan øke tilgjengeligheten ved å bringe tannhelsetjenester nærmere pasientene, er de også begrenset av hvor lastebilen kan stå. Dette kan være på grunn av behovet for strømforsyning til utstyret, tilgang til vann og avløp, samt krav om tillatelser og parkeringsreguleringer. Dette kan begrense muligheten til å nå ut til alle områder der det er behov. Selv om den er mer mobil enn en vanlig tannklinikk, ville det ideelle være om den kunne være plassert hvor som helst uavhengig av infrastruktur og andre begrensninger. Spesielt i en by som Oslo kan dette være utfordrende.

Finansiering av tannhelsetjenester, spesielt for papirløse immigranter, kan være mer komplekst når man ser det fra det politiske aspektet. Argumenter om rettferdighet og samfunnsansvar kan føre til bekymring for de økonomiske konsekvensene av å tilby helsetjenester til en gruppe som ikke bidrar direkte gjennom skattesystemet. Spørsmål om bærekraft og fordeling av offentlige ressurser kan komplisere politiske beslutninger om hvordan man skal håndtere tilgangen til tannhelsetjenester for papirløse immigranter. Diskusjonen om papirløse immigranter som ikke betaler skatt, men heller ikke får lov til å betale skatt, reiser flere komplekse problemstillinger.

På den andre siden kan nektet tilgang til offentlige tjenester som tannhelsehjelp sees som et brudd på prinsippet om universell tilgang til helse, som er nedfelt i internasjonale menneskerettighetsavtaler (FN, 2021). Å begrense tilgangen til tannhelsetjenester utelukkende basert på juridisk status kan føre til økt risiko for sykdom og redusert livskvalitet. Samlet sett krever denne diskusjonen en avveining mellom prinsipper om rettferdighet, menneskerettigheter og økonomiske realiteter. Dette for å finne balansen mellom å sikre grunnleggende rettigheter og ivareta samfunnets behov og ressurser.

Konklusjon

Basert på analysen av dataene og den gjennomgatte forskningen, er det vanskelig å trekke en konklusjon for problemstillingen om TPH er et tilbud som bør inkorporeres permanent på bakgrunn av de frivilliges erfaringer og bakgrunnsforskning. Det er betydelige begrensninger knyttet til antall intervjuer og bredden i deltakergruppen, noe som har begrenset muligheten til å generalisere funnene og trekke klare konklusjoner. Til tross for disse begrensningene har studien likevel gitt verdifull innsikt i de utfordringene og mulighetene som ligger i frivillig tannbehandling for utsatte grupper.

Det er tydelig at frivillig innsats spiller en avgjørende rolle for å sikre at sårbare grupper får nødvendig tannbehandling, derav papirløse og rusmisbrukere. De frivillige tannlegene bidrar til å fylle et gap i det offentlige helsevesenet og gir nødvendig behandling til pasienter som ellers ville stått uten tilgang til helsetjenester. Pasienter som videre kommer til de frivillige instansene, kommer stort sett med smerter og et akutt behandlingsbehov. For de frivillige tannlegene, går behandling for det meste i ekstraksjoner av tenner og noe konserverende behandling. Det er lite rom for protetisk rehabilitering. De største utfordringene som blir nevnt av de frivillige er mangelen på utstyr og kommunikasjon med pasientene, og oppstartsproblemer med prosjektet. Noen stiller også spørsmål ved hvorfor man må ha frivillige for å utøve denne helsehjelpen, da dette ansvaret burde ligge hos storsamfunnet. Deres motivasjoner er å bistå hjelp til de andre mindre heldige i samfunnet, samt å bruke deres stemme. De gir uttrykk for misnøye i statens håndtering av minoritetsgrupper, men har likevel et positivt syn på at det er mye positivt arbeid som kan gjøres utenfor statlig dekke i form av deres frivillige arbeid.

Prosjektet reiser med andre ord et spørsmål rundt statens ansvar for å tilby grundig og tilgjengelig helsehjelp til alle grupper mennesker, uavhengig av deres sosioøkonomiske status eller juridiske status. Det er også tydelig at prosjektet har potensial for videreutvikling og forbedring. Gjennom en grundigere evaluering av pasientenes behov og erfaringer, samt en mer omfattende analyse av de frivilliges opplevelser og motivasjon, kan prosjektet optimaliseres for å bedre møte målgruppens behov. Videre forskning er nødvendig for å utforske disse områdene mer grundig og for å kunne gi klare anbefalinger for fremtidige tiltak. På tross av begrensningene

ved studien og prosjektet, er det tydelig at prosjektet “Tannlege på Hjul” har et potensial for å bidra til å adressere ulikheter i tilgangen til tannhelsetjenester i sammenligning med andre like prosjekter i andre land. Med riktig støtte og videre forskning kan prosjektet utvikles til å bli en verdifull ressurs for sårbare grupper i samfunnet og bidra til å fremme helse- og sosial rettferdighet for alle.

Referanser

Bramness, J. G. (2022, June 15). *Rusmiddellidelser - FHI*. Folkehelseinstituttet. Innhentet 4.

Januar 2024, fra

<https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=#rusmiddellidelser>

Den norske tannlegeforening. (2017, November 9). *Tannlegeforeningen bekymret for manglende helsehjelp for papirløse*. tannlegeforeningen.no. Innhentet 9. Mars 2024, fra

https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2024-02-26-tannlegeforeningen-bekymret-for-manglende-helsehjelp-for-papirlose.html?fbclid=IwAR0sSZnZ5j4U-LIpp9ritMWmN1BZkF5QMv11AhBIplrDlr_EL1Tz7AXQOMQ

Fakta om papirløse migranter. (n.d.). Kirkens Bymisjon. Innhentet 19. Desember, 2023, fra

<https://kirkensbymisjon.no/artikler/fakta-papirlose-migranter/>

Fangen, K. (2022, September 6). *Kvalitativ metode | Forskningsetikk*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Innhentet 15. April, 2024, fra

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Flyktninger - Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente - veileder. (2023).

Helsebiblioteket. Innhentet 17. Desember, 2023, fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/helsetjenester-asylsokere#of-re-for-menneskehandel-rett-og-tilgang-til-helsetjenester>

For frivillige. (n.d.). Kirkens Bymisjon. Innhentet 13. Mars, 2024, fra

<https://kirkensbymisjon.no/helsesenteret/for-frivillige/>

Haugbo, H., Storhaug, K., & Willumsen, T. (2010). Rusavhengighet, psykiatri og oral helse.

Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. *Tannlege Tidende*, 120(13), 912-917.

https://www.tannlegetidende.no/journal/2010/13/dntt-405058/Rusavhengighet,_psykiatri_og_oral_helse._Rapport_fra_et_sykehusprosjekt_i_Oslo

Helsedirektoratet. (2019, 10 28). *Tannbehandling til pasienter i gruppe C.* Helsedirektoratet.

Innhentet 4. Januar, 2024, fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-til-pasienter-i-gruppe-c>

Helsesenteret for papirløse migranter. (n.d.). LHL. Innhentet 9. Januar, 2024, fra

<https://www.lhl.no/lhl-internasjonalt/partnere/helsesenteret-for-papirlose-migranter/>

Helsetilbud til papirløse. (2023, October 30). Flyktning.net. Innhentet 17. Desember, 2023, fra

<https://flyktning.net/index.php/reisen/avslag/helsetilbud-til-papirlose#resources>

Helvig, J. n., Jensdottir, T., & Storesund, T. (2017). Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige ført til forventet effekt? *Tannlege Tidende*, 11(127), 774-780.
https://www.tannlegetidende.no/journal/2017/9/d2e837/Har_gratis_tannhelsetilbud_til_rusmiddelavhengige_f%C3%B8rt_til_forventet_effekt

Hjelp til de som trenger det mest. (2017, 13. Januar). Den norske tannlegeforenings Tidende.

Innhentet 4. Mars, 2024, fra

https://www.tannlegetidende.no/journal/2017/1/d2e3237/Hjelp_til_de_som_trenger_det_mest

Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016, Juli 13).

Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review.

PLOS. Innhentet 11. Januar, 2024, fra

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159134>

Marples, C., & Wright, J. (2022, September 23). *Sixteen years on the road: a mobile dental unit for vulnerable communities in Bradford.* NCBI. Innhentet 3. Januar, 2024, fra

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9510527/>

Karlsen, L. S., Wang, N., Jansson, H., & Ansteinsson, V. (2017). Tannhelse og oral helse-relatert livskvalitet hos et utvalg rusmiddelbrukere i Norge. *TannlegeTidende*, 127(4), 316-321.

https://www.tannlegetidende.no/journal/2017/4/d2e110/Tannhelse_og_oral_helsereelatert_livskvalitet_hos_et_utvalg_rusmiddelbrukere_i_Norge

Kirkens bymisjon. (n.d.). *Fakta om papirløse migranter*. Kirkens Bymisjon. Innhentet 13. Desember, 2023, fra <https://kirkensbymisjon.no/artikler/fakta-papirlose-migranter/>

Kirkens Bymisjon. (n.d.). *Tannlege på hjul - Gratis tannhelsetjenester til utsatte grupper i Oslo*. Kirkens Bymisjon. Innhentet 11. Januar, 2024, fra <https://kirkensbymisjon.no/tannlege-pa-hjul/>

Kirkens bymisjon. (n.d.). *24sju - Døgnåpent tilbud for de mest utsatte rusavhengige i Oslo*. Kirkens Bymisjon. Innhentet 18. Desember, 2023, fra <https://kirkensbymisjon.no/24sju/>

Lambert, M. (2018, 14. Desember). *Dental Attendance in Undocumented Immigrants before and after the Implementation of a Personal Assistance Program: A Cross-Sectional Observational Study*. PubMed. Innhentet 19. Desember, 2023, fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30558160/>

Lønning, M. N., & Laupstad, I. (2021, September 6). *Helserettigheter for «papirløse»*. Røde Kors. Innhentet 9. Januar, 2024, fra https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/rapport_helserettigheter-for-papirlose_sept2021.pdf

Malone, N. C. (2020, Mars 20). *Mobile health clinics in the United States*. *BMC - part of springer nature*, 9. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-1135-7>

Mateos-Moreno, M. V., Del-Río-Highsmith, J., Riobóo-García, R., Solá-Ruiz, M.-F., & Celemín-Viñuela, A. (2013, Juli 1). *Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study*. PubMed. Innhentet 16. April, 2024, fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23722124/>

Mejalli, W. (2022). *Oppstartsmøte Tannleger på Hjul*. Senter for papirløse migranter.

Om oss. (n.d.). Kirkens Bymisjon. Innhentet 9. Januar, 2024, fra <https://kirkensbymisjon.no/om-oss/>

Om oss. (n.d.). Kirkens Bymisjon. Innhentet 9. Januar, 2024, fra <https://kirkensbymisjon.no/24sju/om-oss/>

Regional Etisk Komité. (2022). *Prosjektsøknad: Vurdering av søknaden utsettes*.

Skretting, A. (2018, september 18.). *Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. fhi.no. Innhentet 9 Januar, 2024, fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/>

Spatzier, H., Stillhart, A., Hillebrecht, A.-L., McKenna, G., & Srinivasan, M. (2021, Januar 20). *Cost of providing a mobile dental service for dependent older people*. Wikipedia. Innhentet 11. Januar, 2024, fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12533>

Tannbehandling for pasienter med ruslidelser. (2019, oktober 28.). Helsedirektoratet. Innhentet 5. September, 2023, fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-for-pasienter-med-ruslidelser>

Tannlege på hjul. (n.d.). Kirkens Bymisjon. Innhentet 9. Januar, 2024, fra

<https://kirkensbymisjon.no/artikler/tannlege-pa-hjul/>

Vang, C. (2022, August 30). *Kirkens Bymisjon Rapport.* Kirkens Bymisjon. Innhentet 19. Desember, 2023, fra

<https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2018/06/21105336/Kartlegging-kommunale-helsetjenester-papirlose-migranter.pdf>

Widström, E. (1983). *Dentists' experiences of immigrants as patients.* PubMed. Innhentet 17.

Desember, 2023, fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3868831/>

Yuan, S. (2019, January 19). *Evaluating an Oral Health Education Intervention in Chinese*

Undocumented Migrant Mothers of Infants in Northern Ireland. PubMed. Innhentet 19.

Desember, 2023, fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30669476/>

Fangen, K. (2022, September 6). *Kvalitativ metode | Forskningsetikk.* De nasjonale forskningsetiske komiteene. Innhentet April 15, 2024, fra

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Bollestad, O. V., Eide, R. A., & Bekkevold, G. J. (2017, April 25). *Dokument 8:106 S*

(2016-2017). Stortinget.no. Innhentet April 28, 2024, fra

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-106s/?all=true>

FN. (2021, April 09). *Internasjonal dag for universelle helsetjenester*. Innhentet April 28, 2024, fra

<https://fn.no/om-fn/fn-dager-kalender/kalender/internasjonaldag-for-universelle-helsetjenester>

Appendix

Appendix består av følgende elementer og nummerering.

- **Nr. 1:** Godkjenningen fra REK.

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst B	Hanne Johansen Pekovic	22845501	21.12.2022	520426

Ann Catrin Høyvik

Prosjektsøknad: Tannlege på hjul: Orale helseutfordringer hos papirløse migranter og mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet

Søknadsnummer: 520426

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo

Prosjektsøknad godkjennes

Søkers beskrivelse

Forskningsstudien er knyttet til tannhelsetilbudet "Tannlege på hjul", som er et prosjektbasert tilbud rettet mot to sårbare grupper i Oslo; papirløse migranter og personer med alvorlig rusmiddelavhengighet. I forbindelse med at representanter fra disse gruppene mottar tannbehandling gjennom tilbudet, er det ønskelig å kartlegge deres munnhelse og tannbehandlingsbehov. Videre er det ønskelig å få innsikt eventuelle hindringer for å benytte seg av andre eksisterende tannhelsetilbud i de overnevnte gruppene, samt å utforske i hvilken grad "Tannlege på hjul" når fram til målgruppene. Det planegges kliniske orale undersøkelser samt intervjuer av pasienter i målgruppene, samt dybdeintervjuer med frivillige helsearbeidere.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet 26.10.2022. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 10.

REKs vurdering

Vi viser til tilbakemelding i ovennevnte forskningsprosjekt mottatt 01.12.2022. Tilbakemeldingen er behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst B på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningslovens § 10.

Saksgang

REK sør-øst B

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Søknad om forhåndsgodkjenning ble behandlet av komiteen i møte 26.10.2022. Det ble besluttet å utsette vedtak i saken.

Følgende inngikk i komiteens vurdering jf. brev av 16.11.2022:

«Koblingsnøkkel

Det fremstår uklart av søknaden hvorvidt det skal opprettes en koblingsnøkkel i prosjektet. Komiteen mener at dette skal opprettes, og stiller krav om dette. Dette slik at deltaker beholder sine rettigheter (eks. retting og sletting) ved deltakelse i prosjektet, og at det er mulig å re-kontakte dem ved behov. Siden forskningsprosjektet er uavhengig av «Tann på hjul»-klinikken, så må det beskrives en prosedyre for oppbevaring av koblingsnøkkel og datamateriale som er tilknyttet forskningsansvarlig institusjon (UiO). For papirløse migranter som ikke har personnummer, eller annen direkte identifiserbar informasjon, så må det utformes en prosedyre for sikker identifisering av enkelt deltakere som kan benyttes dersom de ønsker å benytte seg av sine rettigheter.

Tolk

Ett av eksklusjonskriteriene i prosjektet er at aktuell deltaker ikke har felles språk med prosjektmedarbeider og/eller tilgang på tolk. Forskning skal i utgangspunktet være åpen og inkluderende, og «personer i sårbare situasjoner skal inkluderes i forskning så fremt det ikke er sterke vitenskapelige eller etiske grunner som taler mot» (jf. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>). Når det skal inkluderes papirløse migranter i prosjektet så mener komiteen at det må tas høyde for at en stor del av disse ikke vil snakke godt norsk eller engelsk, og at det bør tilrettelegges for deltakelse i prosjektet ved at det tilbys tolk. Komiteen ber derfor om at dere revurderer dette eksklusjonskriteriet, eventuelt gir en bedre begrunnelse for hvorfor dette kriteriet er valgt og en vurdering av hvordan dette vil kunne påvirke resultater og funn.

Beredskap

Siden det skal stilles sensitive spørsmål om tidligere traumer så må det utformes en beredskap. Selv om spørsmålene kun stilles som ja/nei spørsmål, så kan dette oppleves re-traumatiserende for deltaker, og vekke minner som de kanskje har prøvd å fortrenge. Siden deltaker skal forespørres om deltakelse ved oppmøte på klinikken, så må også beredskapen kunne tilbys på stedet. Prosjektgruppen er ansvarlig for å vurdere og utforme beredskapen i prosjektet iht. prosjektets omfang og deltakers velferd iht. bakgrunn og deltakelse i prosjektet.»

Komiteen mente også at språket i informasjonsskrivene til brukerne burde forenkles betraktelig, og hadde i tillegg spesifikke merknader til skrivene.

Tilbakemelding

Prosjektleder sendte tilbakemelding mottatt 01.12.2022. Vedlagt tilbakemeldingen var en revidert protokoll (versjon 2, datert 01.12.22), revidert informasjons- og samtykkeskriv (versjon 2) til frivillige, papirløse migranter og rusmisbrukere, og en revidert versjon av spørreskjemaet TPH (versjon 2, datert 23.11.22). Det var også vedlagt intervjuguider og klinisk registreringsskjema uten markerte endringer.

Prosjektleder oppgir at de er enige om at det skal opprettes koblingsnøkkel, og dette skal gjøres. Det skal også bli benyttet tolk, ved at frivillige tolker tilknyttet Helsecenter for papirløse migranter (HPM) vil benyttes der det er aktuelt. Protokollen og informasjons- og samtykkeskriv er revidert for begge disse presiseringene.

Vedrørende beredskap oppgir prosjektleder:

«I utgangspunktet er det vanlig å stille spørsmål om negative livshendelser i enhver utredning av tannbehandlingsangst. Dette er noe de fleste tannleger er utdannet til å gjøre. Vi har likevel tatt komiteens kommentarer til etterretning. I spørreskjemaet har vi tatt bort direkte spørsmål til fordel for en mer åpen formulering. Det opplyses nå også om dette i informasjonsskrivet. Beredskap er avklart med virksomhetsledere ved HPM (Helsecenteret for papirløse migranter) og 24SJU, som kjenner alle pasientene som blir sendt til prosjektet. Se også endringer i protokoll.»

Videre beskrives det i protokollen at aktuelle deltakere på forhånd vil motta informasjon om at det vil stilles sensitive spørsmål i prosjektet, slik at de kan velge å takke nei til deltakelse. Spørsmålene vil bli stilt av helsepersonell som er utdannet til å stille slike spørsmål og håndtere eventuelle reaksjoner. Ved eventuelle reaksjoner og behov for støtte vil papirløse migranter kunne henvises til Helsecenteret for papirløse migranter (HPM) og rusavhengige vil kunne henvises til 24SJU (Et døgnåpent tilbud for de mest utsatte rusavhengige i Oslo, del av Kirkens Bymisjons gatenære tilbud).

Angående betenkingstid så oppgir prosjektleder at i realiteten så vil de aller fleste få tildelt time gjennom HPM eller 24SJU, og vil ved tildeling av time motta informasjon om forskningsprosjektet og at de kan bli forespurt om å delta.

Vedrørende informasjonsprosessen oppgir prosjektleder at *«Vi har forsøkt å forenkle språket i samtykkeskjemaene, og de har vært til gjennomarbeiding og godkjenning ved henholdsvis 24SJU og HPM. I informasjonsskrivet til papirløse migranter har vi bevisst valgt å beholde uttrykket 'oral helse' som er et mer internasjonalt uttrykk. Vi mener også å ha fulgt opp ønske om tydeliggjøring av frivillighet.»*

Informasjonsskrivet er ellers revidert for komiteens merknader.

Ny vurdering

Komiteens leder har vurdert tilbakemeldingen, og mener prosjektleder har svart utfyllende og godt på komiteens spørsmål. Det vurderes som positivt at man i prosjektet har tilknyttet seg HPM og 24SJU som kjenner brukergruppene, og at disse har bidratt i tilpasningen av informasjonsskrivene og vil kunne bidra dersom deltaker får behov for videre støtte eller oppfølging som følge av deltakelse i prosjektet. Informasjonsskrivet er revidert i henhold til komiteens merknader. Siden det likevel fortsatt kan være vanskelig å forstå omfanget av hva deltakelse i forskning innebærer generelt, og skrivene for papirløse migranter vil oversettes av tolk, så forutsettes det at det gis god muntlig informasjon til utvalgte og at personer som skal bidra i rekrutteringsprosessen gis tilstrekkelig opplæring.

Etter en helhetsvurdering av tilbakemeldingen mener komiteens leder at prosjektet er nyttig og vil være forsvarlig å gjennomføres gitt at det gis god muntlig informasjon, og prosjektet godkjennes derfor med denne forutsetningen.

Vedtak

REK har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av prosjektet. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, protokoll og tilbakemelding, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Godkjenningen gjelder til 30.09.2027.

Etter prosjektslutt skal opplysningene oppbevares i fem år for dokumentasjonshensyn. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata skal således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlig for at opplysningene oppbevares aidentifisert i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil.

Etter disse fem årene skal data slettes eller anonymiseres. Vi gjør oppmerksom på at anonymisering kan være mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiserings-teknikker.

Vi gjør oppmerksom på at det også må foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalene senest 6 måneder etter sluttdato 30.09.2027, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
Professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Hanne Johansen Pekovic
Seniorrådgiver, REK sør-øst B

Kopi til:

Universitetet i Oslo
Katrine Gahre Fjeld

- **Nr. 2:** Intervjuguiden brukt i dybdeintervjuene.

INTERVJUGUIDE (FRIVILLIGE)

Hovedmål med intervjuet er å avdekke hvilke erfaringer frivillige har med TPH, hva som er motivasjonen for å være frivillig, hvordan de oppfatter behovet til brukerne, og hva de tenker om TPH som et tilbud videre.

BAKGRUNNSINFORMASJON:

Utdanning/yrke, kjønn, alder (ca), rolle og tid i TPH, hvor ofte er du frivillig...

MOTIVASJON FOR Å VÆRE FRIVILLIG:

Kan du fortelle litt om deg selv og din rolle i TPH?

Eksempelspørsmål:

- Kan du fortelle litt om hvorfor du gjør dette? (Hvordan ble du rekruttert, har du gjort annet frivillig arbeid tidligere eller samtidig? Har du fått kurs eller spesiell opplæring?)
- Hva føler du at du får ut av dette? Fordeler / ulemper.
- Hva tenker du om andre frivillige i TPH? Har de samme motivasjon som deg?
- Tror du at du ville hatt en annen opplevelse eller erfaring om du hadde fått betalt for innsatsen du gjør?

ERFARINGER.

Kan du fortelle om hvordan det er å være frivillig i TPH og hva som kreves

Eksempelspørsmål:

- Hvilke forventninger hadde du da du begynte? Har de blitt innfridd?
- Hvordan har du blitt mottatt som frivillig i TPH?
- Har du opplevd noen spesielt gode situasjoner – eller spesielt negative opplevelser?
- Har du opplevd noe som har overrasket deg?
- Hva er det viktigste du gjør i TPH?
- Får du brukt dine kunnskaper og ferdigheter på ønsket måte som frivillig?
- Opplever du at du fikk nok kunnskap under utdannelsen din til å jobbe som frivillig?

-Får du brukt noe av det du erfarer/lærer som frivillig i TPU i annet arbeid eller på andre måter i livet?

-Er det noen ulemper med å være frivillig?

-Er det noen ganger du har tenkt til å slutte med dette?

-Hvorfor fortsetter du?

-Hvor lenge tenker du at du vil være frivillig i TPU?

-Er det positivt å være assosiert med å være frivillig i organisasjonen?

-Opplever du at det er belastende å være frivillig?

-Finnes det støtte eller noen å snakke med i organisasjonen for deg hvis du har behov for ekstra oppfølging?

BEHOV:

Hva tenker du om tannhelsesituasjonen til brukerne? Eksempelspørsmål:

-Hva er de mest vanlige problemene de kommer med?

Er tilbudet nødvendig? Eksempelspørsmål:

-Kunne de fått hjelpen annet sted? Hvorfor / hvorfor ikke?

Er det tilstrekkelig?

-Klarer TPH å hjelpe brukerne med det de kommer for?

FRAMTIDIG TANNHELSETILBUD:

Hva kreves for å etablere et fast tannhelsetilbud i form av TPH og hvordan kan det utvikles videre

Eksempelspørsmål:

-Hva tror du frivillig arbeid som dette betyr for samfunnet?

-Har du noen tanker om hvordan TPH brukes på andre områder?

-Har du noen tanker om hvordan TPH kan bli bedre?

-Er det noe du savner ved organisasjonen?

-Har du noen tanker om hva som er viktig for å rekruttere flere frivillige?

TILSLUTT

- Er det noe av det jeg/vi har spurt om som du ønsker å utdype?
- Er det noe du vil legge til som jeg/vi bør vite?
- hvordan synes du det var å snakke med meg/oss i dag?
- Har du snakket om dette med noen andre før?

Eksempler på oppfølgingsspørsmål til bruk under alle punktene:

- Kan du fortelle meg mer om...?
- Har du flere eksempler på dette...?
- Kan du huske en gang når...?
- Kan du beskrive, så detaljert som mulig, hvordan... var for deg?
- Er... en riktig beskrivelse av det du akkurat har fortalt meg?
- Jeg vil gjerne være sikker på at jeg har forstått deg riktig. Mente du at...?

- **Nr. 3:** Informasjonsskriv (samtykkeskjema).

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Orale helseutfordringer hos to utsatte grupper i Oslo: Papirløse migranter og mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å utforske hvordan et tilbud som ”Tannleger på hjul” kan bidra til bedre oral helse hos rusmisbrukere og papirløse migranter. Selv om Norge er langt fremme i utviklingen av et velfungerende helsevesen, er det visse grupper som havner utenfor. Rusmisbrukere og papirløse migranter er blant disse. Mange av disse menneskene har utfordringer, som gjør det vanskelig å prioritere og å følge opp oral helse. Økonomien er ofte dårlig, som gjør at terskelen for å oppsøke tannlege blir høyere. Papirløse migranter har heller ikke den samme retten til helsehjelp som personer med lovlig opphold i Norge. Prosjektet «Tannlege på hjul» ønsker å gi et tilbud om gratis tannhelsehjelp som forhåpentligvis bidrar til bedre oral helse blant rusmiddelavhengige og blant papirløse migranter.

Studien er en del av mastergradarbeidet til en gruppe tannlegestudenter ved Universitetet i Oslo: Jørgen Prytz Ritland, Kisho Maharajasingam og Kreshnik Nasufi. Veiledere for prosjektet er Ann Catrin Høyvik, universitetslektor PhD ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Katrine Gahre Fjeld, spesialtannlege PhD ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hva innebærer studien?

Prosjektet som helhet går ut på å kartlegge munnhelse og orale behandlingsbehov blant papirløse migranter og mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet, samt å utforske om tilbudet «Tannlege på hjul» når fram til mennesker i målgruppene.

Vi ønsker å gjøre et dybdeintervju med deg i egenskap av frivillig helsearbeider i prosjektet. Tema for intervjuet vil være dine personlige erfaringer; hva er motivasjonen for å være frivillig, hvordan oppfatter du behovet til brukerne og hva tenker du om «Tannlege på hjul» som et tilbud videre. Intervjuet vil ta 30-45 minutter.

Mulige fordeler og ulemper

Ved å delta i denne studien vil dine erfaringer forhåpentligvis gjøre det enklere for papirløse migranter og rusmiddelavhengige å motta tannhelsehjelp. Skulle prosjektet vise seg å bli vellykket vil det kunne bidra til fremtidig støtte for tilsvarende prosjekter, som kan hjelpe flere mennesker i sårbare situasjoner. Ut over tidsbruken er det ingen direkte ulemper for deg med å delta.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Dine personlige opplysninger slik som navn og fødselsnummer vil bli avidentifisert. En kode knytter personopplysningene om deg til opplysningene du gir i intervjuet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til koden og som kan finne tilbake til deg. Alle som får innsyn har taushetsplikt. Som studiedeltaker har du rett til å få informasjon om resultatet av studien.

Forskningsdataene vil ikke bli lagret i journalsystemet til «Tannlege på hjul», men på en datamaskin sikret med passord ved Universitetet i Oslo. Databehandlingsansvarlig er Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, ved administrerende direktør.

Orale helseutfordringer hos to utsatte grupper i Oslo: Papirløse migranter og mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet – versjon 2

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har rett til protest, samt å få utlevert egne opplysninger innen 30 dager. Dersom du vil trekke deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger dersom dette skjer før analysering og publisering av materialet. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og personvernombudet ved Universitet i Oslo: personvernombud@uio.no

Dersom du senere har spørsmål til studien, eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte prosjektleder Ann Catrin Høyvik på telefon 970 770 17.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)