

Masteroppgave i odontologi
Det odontologiske fakultet
Universitetet i Oslo
2020

Den rusavhengige hos tannlegen

Med fire gode råd til tannhelsepersonell

*En oppgave basert på enkle litteratursøk, kliniske erfaringer, og nettsøk innen
praktisk/kliniske virksomheter*

Stud. odont Nikeeta Senthurvasan
Stud. odont May Iren Sundsli

Veiledere:
Professor Tiril Willumsen
Anne Rønneberg



Innholdsfortegnelse:

Innholdsfortegnelse

Forord	3
<i>Mål med oppgaven</i>	3
<i>Oppgavens oppbygging og metode</i>	3
Del 1	4
<i>Litteraturgjennomgang</i>	4
Sammenhengen mellom tannhelse og rusavhengighet.....	6
Del 2	9
<i>Intervju med Ralf Husebø</i>	9
Enkel tematisk analyse	10
Essensen av intervjuet.....	13
Del 3: Fire gode råd til tannhelsepersonell	14
<i>Råd 1: Gi rusavhengige pasienter nødvendig og verdig tannbehandling</i>	14
Spesielle tiltak og vurderinger ved behandlingsplanlegging hos pasienter med rusavhengighet.....	16
<i>Råd 2: Ha kunnskap om ulike rusmidler</i>	17
Cannabis.....	17
Amfetamin.....	19
Kokain.....	21
Heroin	24
Alkohol	26
<i>Råd 3: Ha oppdatert kunnskap om tannhelsetilbud til rusavhengig</i>	27
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	29
<i>Andre tilbud gjennom private aktører</i>	32
Fyrlyset	32
Gatehospitalet.....	33
Den åpne dør.....	34
Bosatt.....	35
Heimen	35
Fagerborg	36
FaBo	36
Jobben	37
Feltpleien	38
Andre fritidstilbud:.....	39
Tilbud utenfor Oslo	39
Maritastiftelsen.....	41
<i>Konklusjon</i>	42
<i>Kilder</i>	43
Intervju med Ralf Husebø	48

Forord

I dagens samfunn er det mange som sliter med ulik grad av avhengighet til rusmidler. Dette er et økende problem, både for samfunnet, helsetjenesten og selve individet (Gjersing, 2018);(Skogen, 2014). Det finnes lite forskning og litteratur rundt tannhelsen til rusavhengige per dags dato. I boken «*Helsehjelp til personer med rusproblemer*» skrevet av Stian Biong og Siri Ytrehus (Biong & Ytrehus, 2018) blir det formidlet kunnskap og forståelse om helsehjelp ved rusmiddelproblemer. Det er verdt å kommentere at boken har fravær av tannhelseaspektet, noe vi finner problematisk da tannhelse er av stor betydning for pasienter med rusproblemer. Dette ønsker vi dermed å undersøke videre med denne oppgaven.

Mål med oppgaven

Hovedmålet med oppgaven er å lage en oversikt over viktige fokusområder når man får en rusavhengig pasient i stolen. Gjennom litteratursøk og samtale med en erfaren tannlege ønsker vi å samle kunnskap om tilrettelagte kommunikasjonsprinsipper, slik at ruspasienter kan få et positivt møte med tannhelsetjenesten. For å gjøre tannlegen forberedt på potensielle akutsituasjoner fokuseres det på hvordan rusmidler påvirker helsen til pasienten generelt og hvordan rusmidler spesifikt påvirker munnhelsen. Ved å samle informasjon om hvilke rettigheter og tilbud en rusmiddelavhengig har til tannpleie, kan vi sikre adekvat helsehjelp til denne gruppen. Vi har også inkludert andre aktører med støtte fra staten som bidrar med gode tilbud for økt rusomsorg.

Oppgavens oppbygging og metode

Oppgaven består av tre deler. I den første delen gjøres et enkelt litteratursøk i søkebasen Pubmed og et søk i Den Norske tannlegeforenings Tidende. Vi brukte søkeord relatert til rusavhengighet generelt og rusavhengighet kombinert med oral helse.

Den andre delen av oppgaven er et intervju med en erfaren tannlege. Ralf Husebø har lang erfaring med å behandle mennesker med rusavhengighet i et lavterskeltilbud, og har vært omtalt i artikler vedrørende dette. Hele intervjuet ble grundig gjennomlest og transkribert. Utsagnene ble deretter kategorisert i tre kategorier.

Den siste delen av oppgaven er utarbeidelse av fire gode råd til tannhelsepersonell bygget på del 1, del 2 og relevant litteratur.

Del 1

Litteraturgjennomgang

I følge Folkehelseinstituttet var det i 2018 286 narkotikautløste dødsfall i Norge. Dette er 40 personer mer enn året før, og innebærer litt flere kvinner enn menn (Gjersing, 2018). Det vil være flest dødsfall rundt byene i de mest folkerike fylkene, for eksempel Oslo, Akershus og Trøndelag. Med folketalljusterte rater var det i 2018 imidlertid Telemark som hadde den høyeste overdoseraten per 100 000 innbygger (Gjersing, 2018). 82 % av dødsfallene var knyttet til opioider. Overdoser på morfin, kodein og oxycodon var de hyppigste dødsårsakene, etterfulgt av heroin. 14 % av narkotikautløste dødsfall var assosiert med metadonbruk, også kjent som en type LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Det er ikke dokumentert om opioidene ble forskrevet av lege eller kjøpt illegalt (Gjersing, 2018).

En undersøkelse fra 2014 gjennomført i 201 kommuner viser i gjennomsnitt 7,5 rusmisbrukere per 1000 innbygger (Helvig, 2017). Folkehelseinstituttet anslår at mellom hver femte til hver tiende nordmann vil få en rusrelatert lidelse i løpet av livet (Andresen, 2017).

Først og fremst – hva er en rusavhengig pasient? Dette er en pasient med et rusmiddelbruk som har en ødeleggende effekt på livssituasjon og livsførsel. Rusproblematikk diagnostiseres både i diganosesystemet ICD-10 og i DSM-IV . Det finnes to definisjoner på rusdiagnoser av substanser. Den ene skiller mellom avhengighet og skadelig bruk. Den andre skiller mellom avhengighet og misbruk.

(Helsedirektoratet, 2011). Avhengighet er en tilstand etter gjentatt stoffbruk der atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener har utviklet seg (Helsedirektoratet, 2011). Diagnosen «avhengighet» kan stilles dersom tre eller flere av følgende kriterier er oppfylt:

- Bruker har sterk lyst/følelse av tvang til å innta substansen
- Manglende kontroll av substansinntak
- Fysisk abstinensstilstand når substansbruken er opphørt/reduert
- Utvikling av toleranse
- Likegyldighet i forhold til viktige livsområder
- Opprettholder substansbruker til tross for erfarte, skadelig konsekvenser

(Helsedirektoratet, 2011)

I 2018 ble det sagt at hele 17% av Norges befolkning har et bekymringsverdig høyt alkoholforbruk. 10 000 av de innlagte i spesialisthelsetjenesten i 2014 hadde alkohol som hovedproblem (Biong & Ytrehus, 2018). Antall personer som injiserer narkotika er derimot anslått å ligge mellom 7200 - 10 100. I sum har vi dermed en nokså stor gruppe mennesker som er avhengig av et tverrfaglig samarbeid, der helsetjenesten samarbeider på tvers av hverandre (Biong & Ytrehus, 2018).

De fleste rusmiddelavhengige gjør bortimot det meste for å få tak i det aktuelle stoffet de er avhengig av, noe som ofte fører til at de nedprioriterer sin egen helse (Skogen, 2014). Dette fører til at vedkommende kan få påfallende problemer med selve kroppen, psyken og den orale helsen. Denne pasientgruppen har ofte vanskelige bakgrunnshistorier og spesielle omstendigheter som muligens ble en inngangsport til rusmiddelbruken. Rusmiddelproblemer kan medføre relasjons- og familieproblemer, økt dødelighet, redusert livskvalitet, sykefravær og uførepensjon (Biong & Ytrehus, 2018). Rusavhengighet er både en stor belastning for enkeltpersonene som er involvert, men også for samfunnet. Konsekvensene for enkeltpersonene kan være at avhengigheten fører til brudd i nære relasjoner, som videre kan gi konsekvenser; deriblant ensomhet, mangel på trygghet og smertefulle høytider (Biong & Ytrehus, 2018). Å være nærmeste pårørende til en person med rusavhengighet vil kunne innebære mye sorg og smerte (Eriksson, 2018). Familier kan gå i oppløsning, traumer og psykiske lidelser kan bli videreførte, da dette gjerne går i arv fra voksne til barn. Psykiske lidelser assosiert med rusavhengighet er krevende for helsevesenet, men også belastende for velferdsstaten, da denne pasientgruppen ofte er utenfor arbeidslivet (Eriksson, 2018);(Hammer, 2014).

Det har skjedd en satsing på rusfeltet de siste årene. Fra 2016 til 2020 har det kommet en opptrappingsplan som gir personer med rusmiddelproblemer bedre tilbud og tjenester (Biong & Ytrehus, 2018). Målet er at alle med rusavhengighet skal møte et tilgjengelig, helhetlig og variert tjenesteapparat. Utfordringen er som nevnt tidligere en pasientgruppe med flere differensialdiagnoser. Rusmiddelavhengigheten gir ofte andre utfordringer, både somatiske og psykiske, og krever da et godt samarbeid på tvers av helsesektoren (Biong & Ytrehus, 2018). Vi ønsker å belyse nettopp dette temaet, for å gi tannhelsepersonell og andre helsefagarbeidere en større kompetanse til å ta imot nettopp denne pasientgruppen.

Verdens helseorganisasjon definerer begrepet *helse* som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom» (WHO, 2020). Professor Peter Hjorths definerer derimot begrepet som: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav» (Paulsen, 2017). Helse blir dermed definert som en følelse av det å mestre og fungere i hverdagen. Helse er ikke et mål i seg selv, men en ressurs for å kunne fungere (Mæland, 2010). Denne definisjonen viser også til flere aspekter. Det handler ikke om hvordan helsesektoren først og fremst kan gi deg helse, men der blant annet utdanning og arbeid kan gi deg en *følelse* av god helse. Vi må dermed behandle årsaken til problemet, og ikke bare problemet i seg selv (Biong & Ytrehus, 2018).

Sammenhengen mellom tannhelse og rusavhengighet

Studier har vist at pasienter avhengige av rus har mer tannsykdom i forhold til andre (Almaas, 2017); (Baghaie, Kisely, Forbes, Sawyer, & Siskind, 2017). Hvorfor er det slik? I Sør-Rogaland ble det gjort en undersøkelse over en periode på syv år, der man sjekket effekten av gratis tannhelse for rusavhengige (Helvig, 2017). Pasienten måtte ha vært under rehabilitering i minimum tre måneder for å kunne delta. Studien ble utført av én tannlege, og selve pasientbehandlingen ble delt opp i tre faser:

1. Anamnese og journalopptak, samt opplæring av egenomsorg og eventuell akuttbehandling.
 2. Konserverende behandling: Ekstraksjon av rotrester, rotfyllinger, langtidsprovisorium, fyllingsterapi, og behandling av grav periodontitt.
 3. Protetisk behandling
- (Helvig, 2017)

Kunnskapen om tannhelse blant rusmiddelavhengige er liten, og munnhelsen blir ofte forsømt, noe som gir store konsekvenser (Helvig, 2017). Det er en sammensatt etiologi og vi mangler kunnskap og forskning på hvordan de ulike rusmidlene *direkte* påvirker tennene og munnhulen (Helvig, 2017). Det er derimot evidens for faktorer som kan påvirke tannhelsen indirekte, for eksempel dårlig munnhygiene i kombinasjon med mangelfullt kosthold med høyt inntak av karbohydrater. De fleste i denne pasientgruppen vil ha generell dårlig helsestatus, med hyppig inntak av rusmidler som ofte fører til hyposalivasjon. Som en kompensasjon for dette velges ofte sukker- og kullsyreholdige leskedrikker (Helvig, 2017). Mange personer med en rusmiddelavhengighet har en oppvekst preget av misbruk og overgrep (Vigander, 2018). Studier viser en signifikant sammenheng mellom tannbehandlingsangst og tidligere overgrepshistorier (Willumsen, 2004). Tannbehandlingsangst, også kalt odontofobi, kan komme av at tannbehandlingssituasjonen assosieres med den tidligere traumatiske hendelsen. Kombinasjon av uforutsigbarhet, tap av kontroll og at selve behandlingen foregår i munnhulen er faktorer som vedkommende kan oppleve problematiske (Nupen, 2018).

Som nevnt tidligere, vil mennesker som er avhengige av rusmidler være et alvorlig samfunnsproblem. Dette fører ofte til redusert levealder, spesielt ved samtidige psykiske lidelser, noe man ofte ser (Helvig, 2017). Artikkelen kaller dette ROP-lidelser; rusmiddel og psykiske lidelser (Helvig, 2017). Dette er pasienter med en dobbeldiagnose (rus og psykiatri). I tillegg har mange av dem flere somatiske diagnoser, trippel- eller multiple diagnoser. Igjen belyses det hvor viktig det er at helsesystemet samarbeider på tvers av hverandre, for å møte *hele* pasientens problemstilling.

Resultatet av mer statlig støtte, i følge denne studien:

- Bedre livskvalitet og sosial inkludering
- 56 % av de rusavhengige som var med i studiet fullførte den konserverende delen
- Høy kariesaktivitet. DMFT = 18.
- Behandlingen av denne pasientgruppen kunne føre til desillusjonering for den utøvende tannlegen, hevder tannlegen i forsøket selv. Desillusjonering betyr at forventninger ikke blir møtt, noe som fører til skuffelse.
- Vanskelig å si om dette tilbudet over 7 år virkelig ga forventet effekt.

(Helvig, 2017)

En metaanalyse gjennomført av Baghaie og kollegaer (2017) sammenlikner den orale helsen blant personer som misbruker rusmidler og personer som ikke gjør det. I følge artikkelen finnes det lite evidens for direkte sammenheng mellom tannsykdommer og bruk av rusmidler, til tross for veldig høy grad av xerostomi og en livsstil som indirekte påvirker tannhelsen (Baghaie et al., 2017). Studien hadde tatt for seg den orale helsen til pasienter med rusmisbruk de siste 35 årene. Oral helse definert utifra karies og periodontal sykdom, ved å bruke DMFT og DMFS, samt lommedybdemåling. Resultatet fra denne artikkelen viste også en tydelig sammenheng mellom pasientene som brukte rusmidler og økt forekomst av tann- og tannkjøtt sykdom. Både DMFT og DMFS var vesentlig høyere blant disse pasientene. De hadde også flere aktive karieslesjoner, men likevel færre restaureringer, noe som kan være indikasjon på redusert tilgang til tannpleie. En annen årsak til dette kan være at denne pasientgruppen ikke benytter seg av gjeldende tilbud og heller kun tar kontakt ved akutte smerter (Baghaie et al., 2017).

I en annen artikkel fra 2013 hevder Shekarchizadeh og kollegaer at rusmisbruk er assosiert med en rekke alvorlige sykdommer i munnhulen, deriblant karies, periodontitt, dysplasi av mukosa, xerostomi, bruxisme, abrasjonsskader og tap av tenner (Shekarchizadeh, Khami, Mohebbi, Ekhtiari, & Virtanen, 2013). Artikkelen påpeker videre at god oral helse og oppfølging har direkte positiv effekt på veien til rusfrihet, blant annet når det gjelder smertekontroll, reduksjon av stigmatisering og HIV-smitte. Internasjonale helsevesener tilbyr tjenester for rusavhengige, men de fleste mangler gode informasjonsplattformer angående oral helse og profylakse. Barrierer mot oral helsefremming blant rusavhengige gir vanskeligheter med å få tilgang til rusavhengige som målpopulasjon og mangel på hensiktsmessige omgivelser. Det er samtidig begrenset samarbeid mellom tannhelsepersonell og generell helsesektor som arbeider innen rusomsorg (Shekarchizadeh et al., 2013).

I 2017 ble det gjennomført et forskningsprosjekt av Line Schrøder Karlsen ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst. Formålet var å kartlegge tannhelse og livskvalitet hos rusavhengige. Dette var den første norske studien som undersøkte sammenhengen mellom rusmisbrukernes munnhelse og livskvalitet. Det foreligger få nasjonale studier vedrørende dette temaet (Almaas, 2017). Over en to ukers periode ble studien gjennomført ved to tannklinikker: én offentlig og én privat henholdsvis i Telemark og Hedmark. Totalt var det 29 rusavhengige som deltok. Kartleggingen i forskningsprosjektet innebar en klinisk undersøkelse og spørreundersøkelse som

ble besvart av tannleger og rusavhengige. Spørreundersøkelsen ble besvart i løpet av klinikkbesøket og omfattet blant annet rusvaner, tannbørstevaner, egen opplevelse av generell helse og tannhelse, samt livskvaliten knyttet til tannhelse (Almaas, 2017).

Karlsen påpeker i den forbindelse, at denne pasientgruppen er kompleks og hver av dem er ulike med sammensatte behov. De har generell dårlig helse, psykiske utfordringer og flere sykdommer som opptrer samtidig (Almaas, 2017). Undersøkelsen viser at denne pasientgruppen også kan være utfordrende å følge opp, blant annet på grunn av utilgjengelighet, mangel på bopel og sykdom. Likevel påpeker Karlsen at det er fullt mulig å gjennomføre slike typer studier med denne pasientgruppen, slik dette prosjektet er et bevis på (Almaas, 2017).

Resultatene fra forskningsprosjektet viser at de rusavhengige som deltok hadde i gjennomsnitt 17 av 32 funksjonelle tenner (Almaas, 2017). Av de 17 tennene, hadde 2,7 karies. De rusavhengige hadde i snitt mistet 11 tenner. Når dette ble sammenliknet med den øvrige befolkningen i samme aldersgruppe, var det i gjennomsnitt 0,6 tenner som hadde karies og det var mistet 1,3 tenner. Det er for lite evidens til å bekrefte en empirisk sammenheng, da studien kun omfatter 29 deltagere. Likevel kan tallene i forskningen være en indikasjon på økt kariesforekomst blant rusmiddelavhengige (Almaas, 2017). Undersøkelse av slimhinner, vurdering av eventuelle syreskader og tannkjøtt sykdom ble imidlertid ikke undersøkt i studiet.

Karlsen formidler videre i artikkelen at de rusavhengige kontakter tannlegen oftest ved behov for akutt hjelp, som kan innebære tyggevansker, fraktureringer eller sterke smerter. Ved slike tilfeller er det viktig å ikke belaste pasienten for mye ved å planlegge omfattende tannbehandling, selv om det er indikasjon for dette. Dette kan ha sammenheng med at pasienten selv ikke ser behovet av behandlingen eller mestrer å gjennomføre en slik omfattende behandling (Almaas, 2017).

Del 2

Intervju med Ralf Husebø

På bakgrunn av litteratursøket ønsket vi å intervju en tannlege som har jobbet mye med rusavhengige. Målet var å kunne supplere funn fra litteratursøket med kliniske erfaringer vedrørende tannbehandling av rusmisbrukere.

Ralph Husebø fikk i 2006 en artikkel skrevet om seg og sitt samarbeid med Funkishuset i Den Norske Tannlege Tidende. På bakgrunn av artikkelen valgte vi å invitere ham som en svært erfaren tannlege innen rusavhengige. Han aksepterte invitasjonen og samtykket til intervju og opptak / transkribering. Intervjuet ble foretatt med ham og oss to masterstudenter tilstede.

Intervjuet fant sted ved det Odontologiske fakultet i Geitmyrsveien. Det ble stilt ulike spørsmål relatert til samarbeidet, som var utarbeidet på forhånd. Intervjuet ble tatt opp på lydopptak og transkribert. Det ble ikke spurt om person- og helseopplysninger eller andre direkte- eller indirekte identifiserbare opplysninger. Lydopptaket ble slettet umiddelbart etter transkribering.

Hele intervjuet ligger vedlagt bakerst i oppgaven.

Ralf Husebø er en tannlege som i over 5 år hadde et samarbeid med Funkishuset i Sandnes, et hus som gir lavterskel helse -og omsorgstilbud for rusavhengige over 18 år. Funkishuset er åpent tre dager i uken og gir mange gode tilbud til mennesker avhengig av rus. I september 2005 fikk Funkishuset 250 000 kr fra Sosial- og helsedirektoratet for å kunne tilby tannbehandling (Dyvi, 2006).

Nedenfor er det gjennomført en svært enkel tematisk analyse der vi har forsøkt å framheve de viktigste utsagnene fra intervjuet. Disse er organisert inn etter tre hovedelementer: 1)

Identifisering av kjennetegn ved denne pasientgruppen 2) **Barrierer** for tannbehandling i pasientgruppen og 3) **Tiltak** om hva man burde huske på/gjøre dersom man har en rusavhengig pasient i tannlegestolen:

Enkel tematisk analyse

Kategorier	Utsagn
Identifisering	<p>a. «Lavterskel innebærer de rusmisbrukerne som ikke er i noen form for avvenningstiltak - de som bor på gaten, de som har UFD (uten fastboende adresse), de som alltid møter i ruset tilstand. De pasientene som ofte kom var ofte ruset i behandlingstiden»</p> <p>b. «Var du i LAR, PUT (psykiatrisk ungdomstyps behandling og er en del av rusavvenningstiltaket for de yngste) eller annen rusavvenningstiltak så hadde du krav på offentlig behandling under gruppe E»</p> <p>c. «De som havner utenfor gruppe E og ikke har krav på gratis tannbehandling, får behandling i Funkishuset».</p> <p>d. «...masse buccal karies»</p>

	<p>e. «...alt fra aktive rusmisbrukere som ikke har hull, med kjempefine tenner til personer som hadde hull i hver eneste tann – vist stor variasjon innad i pasientgruppen»</p> <p>f. «...nedprioriterer tenner»</p> <p>g. «...har ikke fast bosted»</p> <p>h. «...eier ikke vanlig tannbørste»</p> <p>i. «...underernært pasientgruppe»</p> <p>j. «...dårlig økonomi»</p> <p>k. «...lav sosioøkonomisk status»</p> <p>l. «Selvmedisinert seg på grunn av psykiske lidelser»</p> <p>m. «Rusmisbrukere er generelt sett vanlige mennesker som har hatt uflaks på ulike områder av livet»</p> <p>n. «...ekstremt takknemlige pasienter»</p> <p>o. «Når det gjelder de pasientene som får nødvendig tannbehandling dekket av staten, finnes det en nasjonal veileder fra 2011 som fremdeles gjelder.»</p> <p>p. «Ruspasienter kan maskeres blant «vanlige» pasienter, da det har kommet frem at flere mennesker ruser seg daglig i diverse jobbmiljø»</p> <p>q. «Det er ikke nødvendigvis en så vanskelig pasientgruppe å behandle og man kan utvikle mange verdifulle ferdigheter med en slik pasientgruppe».</p>
<p>Barrierer</p>	<p>a. «...røyk, som er viktig å informere om med tanke på tilheling»</p> <p>b. «De som venter på venterommet for lenge, forsvinner fordi de klarer ikke holde fokus»</p> <p>c. «Det oppstår ofte en problemstilling der pasienten definerer et problem, som ikke nødvendigvis er det første nødvendige å gjøre for tannlegen»</p> <p>d. «Billig kariogent kosthold med raske karbohydrater»</p> <p>e. «Rusmisbrukere bedre ivaretatt nå enn før, ... men hovedproblemet er at pasientene selv ikke følger opp. De tar kontakt ved akutt behov, men ellers klarer de ikke å møte til timene etterpå»</p> <p>f. «...pengestøtten fra NAV varierer fra sted til sted, da definisjonen av nødvendig behandling varierer utifra hver enkelt NAV tannlege».</p> <p>g. «Pasienter med begrenset økonomi kan søke til NAV om tannbehandling. ... hvilke faktorer NAV tar hensyn til i forhold til pasientens økonomi kan variere. Noen steder regnes barnetrygd som inntekt. ... en slik søknadsprosess kan ta svært lang tid»</p> <p>h. «En rusavhengig sliter med å holde fokus og forholde seg til et tidsperspektiv»</p> <p>i. «... svært mange tannleger velger å ikke ta inn NAV pasienter fordi det rett og slett er for mye styr, papirarbeid og hodebry».</p> <p>j. «DOT har ikke nok kapasitet»</p> <p>k. «Privat sektor kan ikke konkurrere med offentlige takster på grunn av reduserte driftsfordeler»</p> <p>l. «Pasienten vil prøve å få deg til å skrive resept på sterke smertestillende legemidler, og det må man være forberedt på»</p> <p>m. «De fleste pasientene røyker, har infeksjoner, generell dårlig helse og svekket evne til å ta vare på seg selv.»</p>

	<ul style="list-style-type: none"> n. «Mange av tannlegene er usikre, mest på hvordan man skal behandle disse pasientene» o. «...tannlegene er bekymret over hva de andre pasientene vil tenke hvis de møter disse pasientene på tannlegekontoret» p. «...ofte ikke-møtt hos denne pasientgruppen». q. «...redusert evne til å følge opp» r. «...vanskelig med dialog med tanke på at pasienten ofte er ruset» s. «...dårlig hygiene» t. «Aktiv rus er en risikofaktor, da vi ikke vet hvordan det kan interagere med tilheling, anestesi og eventuelt andre medikamenter.» u. «Svært sukkerholdig mat og drikkeinntak « v. «Høy grad av munntørrehet blant disse pasientene» w. «Bruk av anestesi kan være litt «skummelt» med tanke på at man ikke vet hvordan det kan reagere med de ulike rusmidlene» x. «De fleste blander ulike typer rusmidler, f.eks at de fleste bruker tobakk og alkohol i tillegg til noe sterkere» y. «Pasienter på amfetamin kan ofte bli litt aggressive»
<p>Tiltak</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. «...nytter ikke stille mange krav - du må bare ta de som de kommer og ta det derfra. Selv om de er rusmisbrukere og er ruset når de kommer, så må du behandle de som voksne ansvarlige mennesker» b. «...møt dem som voksne mennesker og respekter dem» c. «...informere godt og stole på at pasienten klarer å følge anbefalingen som er gitt» d. «Ha såkalte drop-in pasienter – der de fikk sårstell og hjelp til å søke seg inn i rusavvenningstiltak» e. «...det ble ordnet slik at en og en ble tatt med til tannlegen for å unngå for lang venting på venterommet». f. «Spørre pasienten hva som plager dem per dags dato. Noen smerter?». g. «Unngå midlertidig behandling, heller mer effektiv behandling» h. «...når det først legges fylling i en tann, så burde man behandle mest mulig i tilhørende kvadrant» i. «Gi god informasjon om at det ikke er rusen som hovedsakelig skader tennene. Avklare at tennene ikke råtner fra innsiden» j. «Informere om egenhygiene og viktigheten av dette – fluor, kosthold og regelmessig tannpuss» k. «...det viktigste du gjør er å behandle dem som vanlige folk og se dem i øynene, ta de på skuldrene, hilse med hånda og spør hvordan de har det» l. «Se HELE pasienten» m. «Pasientene fra Funkishuset blir fulgt opp til tannlegekontoret» n. «Fylkeskommuner har ordninger med visse private tannklinikker på grunn av manglende kapasitet hos DOT» o. «Rutinemessig spørres det i helseskjema om pasienten bruker medisiner og/eller rusmidler» p. «God informasjon og dialog med pasienten er helt essensielt. De må forstå forløpet i behandlingen»

- | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>q. «Skriv ikke ut medisiner til denne pasientgrupper. Kun Ibux og Paracetamol, noe de sjeldent vil ha fordi det er altfor svakt».</p> <p>r. «... gjorde sjeldent faste avtaler med disse pasientene, men tok heller de pasientene som var tilstede på Funkishuset»</p> <p>s. «Vi må starte med det som trengs først, bli kvitt sykdom, infeksjoner, abscesser, karies, periodontitt osv. Mange av dem vil gjerne ha faste tenner og derfor er god kommunikasjon og informasjon viktig for å gi dem et realistisk bilde av tannsituasjonen sin, og de ulike risikofaktorene hver av dem bærer med seg»</p> <p>t. «Vær realistisk og begynn med det som er enklest. La pasienten føle at du tar vedkommende på alvor, som f.eks å ta det pasienten plages med først»</p> <p>u. «...på grunn av dårlig hygiene og røyk, behandles det sjeldent med implantat hos disse pasientene»</p> <p>v. «...informasjon og godkjenning fra pasient er nødvendig. Husk å skrive alt inn i journalen».</p> <p>w. «Lurt med en ekstra person i rommet, slik at det ikke blir dine ord mot pasientens...dette spesielt ved sedasjon, da pasienten kan oppleve hallusinasjoner»</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Essensen av intervjuet

Et viktig element å ta med fra intervjuet er at denne pasientgruppen ikke nødvendigvis er krevende å behandle, og at det er en unik mulighet til å utvikle verdifulle ferdigheter for deg som kliniker. Husebø påpeker også at blant rusavhengige er det stor variasjon av personlighetstyper, slik som for resten av befolkningen. Denne gruppen har ofte lav sosioøkonomisk status og manglende bopel, i kombinasjon med somatiske og psykiske helseutfordringer. Disse elementene er viktige å ta i betraktning for å innlede et vellykket møte med pasienten.

De mest utpregede barrierene for tannbehandling i denne pasientgruppen er manglende evne til egenomsorg, sporadisk oppmøte og feilberegninger av tidsperspektivet på behandlingen. De fleste pasientene røyker, har infeksjoner og generell dårlig helse. Lite og begrenset kunnskap om munnhygiene, kost og fluor kan føre til betydelige misforståelser og et alvorlig sykdomsbilde. Det er samtidig manglende kunnskap blant tannhelsepersonell om hvordan man håndterer slike pasienter. Husebø har foreslått flere gode tiltak i behandlingsprosessen, gitt disse barrierene. Møt pasienten med respekt og vær realistisk ved valg av behandling. Start med den mest nødvendige behandlingen, etter at du har gitt tydelig informasjon og vist at du har forstått pasientens

perspektiv. Pasient kan ofte være ruset under seansen og derfor vil en detaljert journal være viktig, samt ekstra personell i behandlingsrommet.

For å identifisere og overkomme barrierene hos en ruspasient er det viktig å møte vedkommende på en god måte og å inneha nødvendig kunnskap om de rusmidlene pasienten er avhengig av.

Del 3: Fire gode råd til tannhelsepersonell

Råd 1: Gi rusavhengige pasienter nødvendig og verdig tannbehandling

En rusavhengig pasient er i «som folk flest». De fleste kommer med en grad av forventning, bekymring og en tilnærming til timen basert på tidligere opplevelser. Det har innen feltet blitt økende fokus på å se *hele* pasienten, og ikke bare begi seg ut på de tekniske behandlingsbehovene som vi ofte ser først. Denne tilnærmingen blir enda mer aktuell med en slik pasientgruppe. Vi kan dermed trekke inn prinsippet «Fire gode vaner», en utarbeidet modell fra Diakonhjemmet, som igjen bygger på den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanentes modell «Four habits» (Fakultet, 2016). Denne kan være hensiktsmessig å implementere i konsultasjonen med en rusavhengig. Dette gir oss anledning til å realitetsorientere pasienten og sørger for at avstanden mellom forventning og resultat blir så liten som mulig:

1. Invester i begynnelsen

- a. Håndhils og se pasienten i øynene
- b. Vis pasienten hvor vedkommede skal sitte
- c. Lytt aktivt til pasienten
- d. Vis at du hører etter og ta pasienten på alvor
- e. Få frem hensikten til hvorfor pasienten er der og hvilke behov pasienten har
- f. Følg opp tidligere behandling: «sist gjorde vi ... og nå skal vi ...»
- g. Still åpne spørsmål
- h. Planlegg og forklar hva som kommer til å skje videre i den aktuelle timen

2. Ta pasientens perspektiv

- a. Få tak i hvordan pasienten vurderer tilstanden. Still åpne spørsmål, for eksempel:
«Har du selv tenkt på hva som er galt?»

«Hva tror du er årsaken til dette?»

«Hvordan plager dette deg?»

«Er det noe ved plagene som bekymrer deg?»
- b. Få klargjort pasientens forventninger, både for den enkelte timen, men også det endelige resultatet
- c. Med tanke på at denne pasientgruppen ofte nedprioriterer tannbehandling, er det svært viktig å få avklart hvor mye tid disse pasientene ser for seg å bruke på behandling
- d. Få fram betydningen av plagene for pasientens dagligliv og velvære, enten det dreier seg om smerte, funksjon eller estetikk. Ved å stille disse spørsmålene skaper vi tillit ved å vise interesse for flere aspekter ved pasientens liv
- e. La pasienten føle at du tar vedkommende på alvor
- f. Start med det pasienten plages mest med
- g. Ha forståelse for at pasienten muligens kan være under påvirkning

3. Vis empati

- a. Vær åpen for pasientens følelser
- b. Vis at du ønsker å forstå hvordan pasienten har det
- c. Vis at man har evnen til å la seg berøre
- d. Se og hør etter det emosjonelle budskapet – vis pasienten at du er tilstede. Ofte kommer det emosjonelle budskapet skjult, enten som små hint eller bare gjennom kroppsspråket
- e. Behandle pasienten med respekt. Anerkjenn pasientens følelser. Ved å møte pasienten med respekt skaper man en plattform der man enklere kan bygge en relasjon basert på gjensidig tillit og forståelse. Dette er et nødvendig grunnlag for at pasienten skal føle seg sett og hørt, og bidrar til at vedkommende anerkjenner tannlegens informasjon og anbefalinger
- f. Vis forståelse for pasientens bakgrunnshistorie og negative assosiasjoner rundt behandling i munnhulen
- g. NURS-prinsippet: name it, understand, respect, support

4. Invester i avslutningen

- a. Gi pasienten god innsikt i hva som er gjort
- b. Sørg for å ikke ha uavklarte spørsmål eller bekymringer
- c. Oppsummer: gi en god oversikt over hvilke diagnoser vedkommende har og hvilken behandling som eventuelt har blitt gjort
- d. Gi pasienten muligheten til å stille spørsmål
- e. Legg en plan videre sammen med pasienten. Husk å være realistisk, da slike pasienter er uforutsigbare i forhold til oppfølging

Spesielle tiltak og vurderinger ved behandlingsplanlegging hos pasienter med rusavhengighet

- Vanskelig med planlegging av en systematisk behandling på grunn av uforutsigbarhet.
- Unngå midlertidige løsninger som innebærer at pasient må komme tilbake til klinikken. Når smertene er tatt hånd om, er det sjeldent at pasienten kommer tilbake.
- Denne pasientgruppen har ofte et annet fokus og prioriterer ofte ikke tannbehandling
- Planlegge når på dagen pasienten innkalles, i henhold til dagsform og røykevaner
- Ofte "ikke-møtt" med denne pasientgruppen.
- Vanskelig med dialog med tanke på at pasienten ofte er ruset
- Ved traumeutsatte pasienter bør man være ekstra varsom. Ingen brå bevelger, snakke med rolig og trygg stemme. Unngå instrumenter bak i svelget, og informer om alt du skal gjøre på forhånd.
- Generell dårlig hygiene
- Aktiv rus er en risikofaktor, da vi ikke vet hvordan det kan interagere med tilheling, anestesi og eventuelt andre medikamenter
- Høyt inntak av sukkerholdig mat og drikke
- Høy grad av hyposalivasjon

De «Fire gode vaner» er hensiktsmessig å ha med seg ved enhver konsultasjon. Pasientens generelle helse med sykdommer, medisiner, tidligere behandling og dagsform må kartlegges. Er pasienten under påvirkning av rusmidler ved oppmøte? Hvordan kan dette eventuelt påvirke behandlingssituasjonen?

Råd 2: Ha kunnskap om ulike rusmidler

Cannabis

Cannabis er betegnelsen på stoffer som utvinnes fra underarten av planten «hamp», også kalt «Cannabis sativa» (Bramness, 2019).

Planten kan i prinsippet dyrkes hvor som helst, men trives best i varmere strøk, og er spesielt utbredt i Mellom-Amerika, Nord-Afrika og Asia. Noen produkter som fremstilles av denne planten er hasj, hasjølje, marihuana og andre cannabispreparater (Bramness, 2019).



(Bramness, 2019)

Sammensetning:

Av de 400 sammensetningene cannabis består av, er det kun 80 av dem som er cannabinoider. Flere av disse virker hallusinogent og kan derfor gi hallusinasjoner. De ligner mye på hverandre i kjemisk struktur, og er ofte svært fettløselige, noe som gir dem stor affinitet til fettvev og skilles da sakte ut av organismen. Det kan ta opptil 70 dager ved store og langvarige inntak før utskillelse er fullstendig. Ved enkeltinntak av rusmiddelet, forkortes utskillelsen. Det man skal være oppmerksom på spesielt med dette rusmiddelet, er sammensetningen som virker *psykoaktivt*. De cannabinoidene som virker mest psykoaktivt, er mer kjent som **THC** (delta-9-tetrahydrocannabinol) og **CBD** (cannabidiol) (Bramness, 2019).

Administrering:

Røyking:

Cannabis administreres hovedsakelig i form av røyking. Sammensetningen av innholdet kan enten være tørkede blader alene (marihuana) eller blandet med tobakk (hasj). Den vanligste typen er kombinasjonen av både marihuana og tobakk (Bramness, 2019).

Oralt:

Cannabis kan også administreres oralt, gjennom tygging. Avhengig av typen, kan det blandes inn i mange ulike produkter, deriblant sjokolade, sukkertøy, kaker osv. I den sammenheng vil dette indirekte kunne føre til karies, da rusmiddelet er fremstilt i kariogen kost. Cannabis kan også inntas oralt i form av væske (Bramness, 2019).

Virkning:

Virkingen av cannabis er som andre rusmidler sterkt avhengig av brukerens personlighet, rusdose, forventningene man har og miljøet man er i. Rusen forsterker ofte sansene, spesielt luktesansen, smakssansen og responsen på musikk. Effektene på humøret kan variere fra at man blir avslappet til at man blir pratsom, der latteranfallet ikke er uvanlig. Cannabis kan binde seg til vaniloide-reseptorer, også kjent som smertereseptorer, som dermed vil kunne maskere smerte. Mange opplever seg også mindre kritiske, og mer åpne og sosiale. Bivirkninger involverer økt puls, røde øyne, tørr munn og økt matlyst (Bramness, 2019).

Viktig i forbindelse med oral munnhygiene og tenner:

Cannabis gir **munntørhet** og **økt matlyst**. Denne kombinasjonen gir økt risiko for tannsykdom. Saliva er svært kariesforebyggende, og en viktig faktor for å forhindre tannsykdom. Saliva har mange funksjoner; den virker smørende, bryter ned fett, stivelse, bufrer syre med bikarbonat og inneholder blant annet fluor som er remineraliserende. Dermed vil regelmessig bruk av cannabis medføre til munntørhet som igjen vil virke kariesfremmende. Hyppige matinntak kombinert med mangel på saliva vil kunne medføre til hyppigere pH-fall som igjen vil medføre til skade på tennene.(Bramness, 2019)

Amfetamin



(Rieger, 2019)

Amfetamin er et syntetisk fremstilt stoff, og er klassifisert under «amfetaminer» sammen med metamfetamin. Disse er umulig å se forskjellen på uten kjemisk analyse, og forekommer i pulverform. Begge er salter, i form av sulfater. De er nært beslektet av ecstasystoffene; MDMA, MDA, PMMA og MDEA (Kjøll, 2019).

Inntak:

Inhalasjon:

I USA og Sørøst-Asia inntar man metamfetamin i ren form, så kalt krystallinsk form. Denne har lavt smeltepunkt, og blir dermed varmet opp og inhalert. Da er det dampen som inhaleres. Denne metoden er bedre kjent som «crystal meth» (Kjøll, 2019).

Sniffet/injisert:

Inntak av amfetamin og metamfetamin i pulverform blir sniffet eller injisert. Ved sniffing kommer virkningen med en gang. Dette gjelder også ved injisering, som er en mer typisk administringsmåte for vanebrukere. Ved inntak per-oralt vil virkningen ta litt lengre tid, og være litt svakere (Kjøll, 2019).

Virkning:

Amfetaminer virker stimulerende. Det stimulerer kroppens sentralnervesystem og gir en oppkvikkende effekt. Virkningsmessig har amfetaminer nokså lik virkning som ritalin, et

medikament brukt mot ADHD og narkolepsi. Rusmiddelet øker også nivået av katekolaminer; adrenalin, noradrenalin og dopamin, i synapser innenfor og utenfor sentralnervesystemet. Dette skjer ved at de hemmer reopptak og stimulerer utskillelse av katekolaminene (Kjøll, 2019). **Man skal av den grunn være svært forsiktig med å bruke adrenalinholdig lokalanestesi.** Skal man behandle en rusaktiv pasient, er det krav om at pasienten ikke skal ha brukt amfetaminer de siste to dagene.

Varigheten av stoffet er ofte mellom 3-6 t. Økt dopamin forklarer den kliniske virkningen til amfetamin som inkluderer økt våkenhet, selvfølelse, energi, pratsomhet og nervøsitet. Nedsatt appetitt og søvnbehov. Stoffet gir også en form for rusfølelse med hevet stemningsleie og man blir mindre kritisk. Sammentrekning av blodkar, forhøyet puls og blodtrykksstigning kan også forekomme (Kjøll, 2019).

Bivirkninger: økt konsentrasjon av katekolaminer kan gi skader i nervesystemet. Psykose kan også forekomme etter flere dagers bruk. Nedsatt impuls kontroll og økt aggresjon kan ofte føre til mer bruk av vold. I høyere doser er det fare for hjerneblødning, arytmier og hypertermi (Kjøll, 2019).

Bruk:

Blir i veldig liten grad brukt ved ekstrem søvntrang, narkolepsi, og ved noen tilfeller av ADHD. Amfetaminer blir først og fremst brukt som rusmiddel, og er det mest brukte illegale stoffet etter cannabis i Norge (Kjøll, 2019).

Viktig i forbindelse med oral munnhygiene og tenner

Langvarig bruk kan gi store følger i munnen, som følge av nedsatt spyttsekresjon (hyposalivasjon). Bruksisme (tanngnissing) og kjevesperre er også en nokså vanlig følge. I tillegg til at tannhygiene ofte nedprioritert under påvirkningen, noe som også selvfølgelig får konsekvenser. (Kjøll, 2019)

Kokain



(Lein, 2010)

Stoffet brukes vanligvis som rusmiddel og utvinnes fra blader på buskplanten *Erythroxylon Coca* som stammer fra Sør-Amerika. Kokain i pulverform er også kjent under gatenavn som coke, cola, brus, snø eller pudder (Aardal, 2018).

Sammensetning:

Kokain er et nitrogenholdig organisk molekyl, også kjent som et alkaloid og har en farmakologisk virkning på menneskekroppen (Aardal, 2018).

Administrering:

Sniffing: Stoffet distribueres hovedsakelig i pulverform.

Injisering: gjennom sprøyte

Røyking

Oralt: blande pulveret med mat eller drikke.

(Aardal, 2018)

Virkning:

Kokainets oppkvikkende og sultdempende effekter har lenge vært kjente virkninger av stoffet. I medisinsk sammenheng ble stoffet brukt som lokalbedøvelse fram til mer effektive metoder ble funnet opp. Kokain kan brukes på ulike måter for å fremprovosere energi og gi en følelse av

velvære, samtidig som at behovet for mat og søvn blir borte. Stoffet har hurtig innsettende effekt. Det gir en kraftig rusfølelse som vanligvis varer mellom 15-60 minutter. Kroppen reagerer på kokain med høyere blodtrykk, der doseringen og administreringen av stoffet er proporsjonalt med pulshastigheten. Faren for hjerteinfarkt og hjerneslag øker ved kokaininntak da det fører til at diameteren på blodårene reduseres og blodtrykket øker (Aardal, 2018).

Stoffet kan være sterkt vanedannende. Kokain stimulerer sentralnervesystemet og er et av de sterkeste avhengighetskapende stoffene vi kjenner til. For å dempe de negative virkningene av kokainet er det vanlig å benytte seg av alkohol eller beroligende medikamenter. Blandingsmisbruk er negativt da det igjen kan føre til avhengighet av andre rusmidler (Aardal, 2018).

Symptomer helsepersonell kan være på utkikk etter:

Vi skiller mellom symptomer som er synlige når pasienten er under påvirkning og symptomer som tyder på nylig eller regelmessig bruk av kokain. Dersom pasienten er påvirket av kokain under konsultasjonen, vil pasienten kunne ha: forstørrede pupiller, røde øyne, økt energinivå, og høy puls. Pasienten kan være uvanlig pratsom, høyløst og/eller aggressiv. Svetting og skjelving kan også forekomme. Symptomer på nylig eller regelmessig bruk av kokain kan være: hyppig neseblod, evt rennende nese, endret atferd - særlig ved økt rastløshet, aggressivitet og nervøsitet. Nedstemthet og utmattelse kan også forekomme, særlig hvis rusmisbruket har foregått over en lengre periode eller hvis rusen er på vei ut av kroppen (Aardal, 2018). Andre typiske symptomer på at pasienten er påvirket av kokain er bortforklaringer og løgner, særlig tilknyttet pengebruk. Enkeltvis behøver ikke noen av disse symptomene å indikere noe, men dersom flere av disse er til stede er sjansen for at pasienten misbruker kokain stor. Det er verdt å bemerke seg at de ulike symptomene som oppstår på grunn av kokainmisbruk kan variere sterkt fra pasient til pasient, og noen av de nevnte symptomene ovenfor kan også være symptomer fra andre rusmidler enn kokain (Aardal, 2018).

Dersom kokain kombineres med andre rusmidler eller legemidler, kan kokain få en annen effekt. Hvis for eksempel kokain kombineres med alkohol, kan vedkommende lettere få hodepine og kvalme. Ved denne kombinasjonen kan pasienten føle seg mer opplagt og mindre full, og risikoen for aggressiv atferd kan øke. Alkohol i kombinasjon med kokain kan være en stor belastning for hjertet og kar og kan potensielt forårsake leverskade. Kombinasjonen kan også medføre midlertidig

hukommelsestap, og kan i utgangspunktet være en utløsende faktor for en rekke psykiske problemer (Eriksson, 2019). (Eriksson, 2019)

Kokain i kombinasjon med legemidler:

Legemidler som er aktuelle for oss tannleger å ta i betraktning når det er snakk om kombinasjoner med kokain, er benzodiazepiner. Per i dag kjenner vi ikke til noen interaksjoner mellom bruk av benzodiazepiner og kokain. Det er likevel hensiktsmessig å vise varsomhet, da det er usikkert hva slags uforutsigbare virkninger som kan oppstå. Det er teorier om at den dempende effekten av benzodiazepiner kan minske den stimulerende effekten av kokain, noe som kan forårsake uforutsigbare og potensielt alvorlige bivirkninger (Eriksson, 2019).

Stoffmisbrukere uttrykker høy grad av angst for tannbehandling og har lavere smerteterskel enn andre pasientgrupper. En annen faktor som kompliserer dette er forhøyet toleranse for sedativa og lokalanestetika. Dette medfører til høyere doseringer enn nødvendig, noe som igjen øker faren for bivirkninger og komplikasjoner. Amfetamin, ecstasy og kokain er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet og har økt risiko for farlige komplikasjoner, spesielt i kombinasjon med adrenalinholdig lokalanestesi (Nilsen, 2000).

Vanlig lokalbedøvelse som benyttes av tannlegen kan potensielt være direkte farlig for visse typer rusmisbrukere. Årsaken er at bedøvelsesvæsken inneholder en form for kunstig kokain. Rusmisbrukere som selv inntar kokain eller amfetamin vanlig, risikerer en forsterkende effekt; bedøvelsen kan reagere med stoffer pasienten allerede har i blodet. Resultatet kan være ubehag, besvimelse eller i verste fall døden som et resultat av en overbelastning på hjertet (Eilertsen, 2003).

Heroin



(Coghlan, 2018)

Heroin er et opiat som skaper sterk eufori og er svært avhengighetsskapende. Heroin er et prodrug som omdannes til 6-monoacetylmorfin (6-MAM) og morfin i leveren, etter administrering. Effekten av de aktive metabolittene av heroin på opioid-reseptorene (μ -, κ - og δ) i sentralnervesystemet og tarm tilsvarer effekten av morfin. Acetylgruppene i molekylstrukturen av heroin gjør heroin mer fettløselig enn morfin, og det transporteres dermed langt mer effektivt over blodhjernebarrieren, slik at virkningen oppnås raskere og kraftigere i forhold til morfin (Wikipedia, 2020).

Administrasjon:

- Injisering
- Røyking

Virkning:

Binding av 6-MAM og morfin til opioidreseptorer i sentralnervesystemet gir analgesi, eufori, sedasjon, demping av hosterefleks og respirasjon. Overdosedødsfall skyldes som regel respirasjonshemming. I tarmen bidrar heroin til obstipasjon. Andre vanlige bivirkninger av heroinbruk er sløvhets, konsentrasjonsvansker, elveblest (kløe, rødhet), urinretensjon, ødemer

(vannansamlinger i kroppen), kvalme, langvarig oppkast, skjelvinger, dyspepsi («sur mage»), hjertearytmier som bradykardi, muskelsvakhet og lavt blodtrykk (Wikipedia, 2020).

I forbindelse med tannhelse:

Heroinmisbruk vil medføre regelmessige oppkastepisoder og sure oppstøt, som ofte kan medføre etseskader. Dentale erosjoner er en prosess som fører til et irreversibelt, progressivt tap av dentalt hårdvev der syren ikke stammer fra bakterier. Dette vil bidra til at emaljeoverflaten og etter hvert dentinoverflaten på tennene etses bort og tennene vil være mye mer mottakelig for skader. For eksempel i form av karieslesjoner som senere kan gi mer behandlingskrevende patologi (Vanberg, 2016).

Artikkel i Den norske tannlegeforenings Tidende:

Norge har et høyt antall injiserende heroinmisbrukere og mange overdosedødsfall sammenliknet med andre land. Primært ser man en sterk injiseringskultur i Norge, i motsetning til mange andre vestlige land hvor det foretrekkes røyking og sniffing.

Det er utført en del studier blant rusmisbrukere og deres oppfatning av egen tannhelse og tannhygiene generelt. Blant dem finnes undersøkelser som ble utført ved to lavterskeltilbud i Oslo. Begge disse tilbudene har en 18 års aldersgrense og var primært prioritert for de med adresse i Oslo. Formålet med studien var å utforske tannstatus, tannhelsevaner og egne oppfatninger om tannhelse hos en gruppe injiserende heroinmisbrukere i Oslo. Seksti aktive rusmisbrukere (47 menn og 13 kvinner, mellom 22-63 år) fra et lavterskeltilbud i Oslo ble intervjuet og en enkel oral undersøkelse ble utført. Gjennomsnittsalderen for første injisering var 23,1 år. Femtifem prosent av deltakerne opplyste om daglig tannpuss der gjennomsnittstiden fra siste tannlegebesøk var 4,6 år (Vanberg, 2016).

Smerter var den viktigste årsaken til tannlegebesøk. Av disse var det ca. 60 % som rapporterte problematikk omkring munntørhet. Det ble også rapportert økt rusinntak for tannsmertelindring. Tannstatus blant undersøkelsesindividene varierte: 43 % av individene hadde flere enn 20 funksjonelle tenner mens 16 % ikke hadde noen funksjonelle tenner. Det ble avdekket en del forskjellige teorier om rusmisbruk og tannhelse hos individene. Den mest utbredte teorien er

askorbinsyreteorien: troen på at syren fra oppløsningsmiddelet for heroin følger blodbanene og løser opp tennene innenfra. Studien indikerer at injiserende heroinmisbrukere er en variert pasientgruppe. Det er essensielt med god kommunikasjon for å kunne gi individuelt tilpasset tilnærming til tannbehandling. Ønsket om faste tenner var stort blant pasientene og det ble vurdert av dette var et viktig steg i rehabilitering hos pasientene. Det anses derfor nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å øke forståelsen av sammenhengen mellom rusmisbruk, tannhelseadferd, tannhelse, og mulige tannbehandlingsalternativer (Vanberg, 2016).

Alkohol



(Terapivakten, 2018)

Øl, vin og brennevin består av et rusgivende stoff kalt *etanol*. Effekten av etanol er først og fremst sløvende og demper sentralnervesystemet, men ved lavt inntak har det en oppkvikkende effekt (Eriksson, 2017).

Hvordan påvirker alkohol tannhelsen:

Alkohol virker dehydrerende og kan medføre til xerostomi. Personer med økt konsum av alkohok, kan derfor oppleve både tannråte og infeksjoner i tannkjøttet (Andreassen, 2014).

Alkohol øker risikoen for oral cancer og risikoen mangedobles dersom røyking og alkohol kombineres. Mens røyking alene kan øke kreftrisikoen med en faktor på 4, vil kombinasjonen av røyking og høyt alkoholforbruk øke risikoen opptil 15 ganger. I en studie fra USA fastslo man at

røyking kombinert med bruk av alkohol var årsaken til tre fjerdedeler av de ondartede svulstene i munnhule og svelg. Alkoholen i seg selv nedsetter munnslimhinnens barriere-egenskaper slik at de karsinogene effektene av tobakk øker (Kreftforeningen, 2016).

Etanol i kombinasjon med legemidler:

Det anbefales å ikke kombinere alkohol mens du er på benzodiazepiner. Alkohol og benzodiazepiner forsterker hverandres dempende virkning. Både alkohol og benzodiazepiner brytes ned i leveren, og konkurrerer om det samme bindingssetet. Av den grunn vil etanolet nedbrytes saktere, noe som kan føre til en for høy konsentrasjon av stoffet i blodet. Som konsekvens av dette kan det oppstå bivirkninger som orienteringsproblemer, trøtthet og alvorlige pusteproblemer. Det kan også føre til koma og død. På lang sikt øker sjansen for hukommelsestap, toleranse og avhengighet (Eriksson, 2017).

Etanol i forbindelse med oral helse:

Rusmisbrukere har ofte samtidige psykiske lidelser. Pasienter med psykiske lidelser kan være ekstra følsomme for tannbehandling. Når disse pasientene får orale problemer, vil deres psykiske tilstand ofte komplisere den orale problematikken (Dyvi, 2012).

Oppsummering:

I utgangspunktet kan sannsynligvis all misbruk føre til problemer med tennene. Årsaken til dette er at mange overser tannhygiene ved misbruk av rusmidler. I slike tilfeller er det ikke nødvendigvis stoffene i seg selv som er hovedårsaken, men heller at tannhygiene ikke er prioritert. Når det gjelder stoffene i seg selv, kan sentralstimulerende stoffer som amfetamin og kokain virke direkte etsende på tennene. Alkohol er ofte sukkerholdig, og kan derfor være direkte skadelig. Andre stimulerende substanser som blant annet røyking, mye koffeindriking og ulovlige rusmidler som methamphetamine eller ecstasy kan forårsake bruxisme (Dyvi, 2012).

Råd 3: Ha oppdatert kunnskap om tannhelsetilbud til rusavhengig

I 2005 ble det vedtatt i Stortingets budsjett at rusmisbrukere skulle få gratis nødvendig tannhelsebehandling gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Denne ordningen er

gyldig for personer i helseinstitusjoner som er statlig finansiert, i kommunal rusomsorg og personer i LAR (Røynesdal, 2006).

Bakgrunnen for ordningen med gratis tannhelsetilbud til rusmisbrukere var et resultat av en forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud, FUTT-prosjektet. Tilbud om gratis eller subsidierte tannhelsetjenester ble gitt til personer med kommunale hjemmetjenester, personer som pleies av pårørende, personer i rusmiddelomsorgen og personer under lov om psykisk helsevern (S.-o. helsedirektoratet, 2004). Forsøksordningen belyste at personer som mottar andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie, viste seg å ha et enormt stort tannbehandlingsbehov. Ordningen var et ledd i regjeringens samlede satsing på tiltak for rusmisbrukere (Røynesdal, 2006).

Gjennomføring av vedtaket med iverksetting av tannhelsetilbudet krever forberedelser innad i de ulike fylkeskommunene. Dette inkluderer kartlegging av antall personer med behov for tannbehandling, etablering av et samarbeid med helse- og sosialtjenesten i de ulike kommunene, eventuelt en inngåelse av avtaler med private behandlere (tannleger/tannpleiere som jobber i privat sektor) og kompetansetiltak for helsepersonell som skal til for tannhelsehjelpen som tilbys. Fylkeskommunene ble dermed oppfordret til et faglig samarbeid med relevante kompetansemiljøer innenfor rusfeltet (Røynesdal, 2006).

I forsøksordningen var målgruppen personer i rusmiddelomsorgen. I den nye ordningen ble dette avgrenset til å være rusmisbrukere under *kommunal rusomsorg*, definert som hjelp fra kommunen i henhold til kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven. Departementet har ved iverksettingen av tilbudet på landsbasis, fastsatt personer som mottar tjenester etter sosialtjenestelovens §4-2 bokstav A-D, jf § 4-3 i sosialtjenesteloven for den aktuelle målgruppen: «Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav a-d, jf § 4-3 i sosialtjenesteloven» (Røynesdal, 2006).

« Departementet har lagt til grunn i sine kostnadsberegninger for budsjettvedtaket, at tjenestene skal ytes vederlagsfritt. Prinsippene i § 2 i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten skal legges til grunn så langt det er mulig. Dette innebærer at rusmisbrukere som mottar de nevnte tjenester i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal gis

vederlagsfrie tannhelsetjenester. Eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider skal inkluderes, og tilbudet skal gis så lenge tjenestene vedvarer» (Røynesdal, 2006).

Det forventes at de ulike fylkeskommunene sørger for at det gis et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til målgruppen. Omfanget av tannhelsetilbudet skal baseres på en individuell vurdering av den enkeltes behov. Behandlingen som gjennomføres skal følge den standard som fylket legger til grunn for nødvendig tannhelsehjelp til de prioriterte grupper etter lov om tannhelsetjenesten (Røynesdal, 2006).

For å sikre at Stortingets bevilgningsvedtak ble fulgt opp, oppfordret departementet fylkeskommunene om å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme gruppen i tannhelsetjenestelovens § 1-3, gruppe E, noe som er tilfellet i dag. «Rusmiddelavhengige som mottar kommunale tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 5 og 6, på grunn av sitt rusmisbruk, i mer enn 3 måneder får tilbud om gratis nødvendig behandling på offentlig tannklinikk, eller hos privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen» (Røynesdal, 2006).

Råd 4: Ha oppdatert kunnskap om behandlingstilbud og hjelp for rusavhengige

(Helsedirektoratet, 2018)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Disse legemidlene er morfinlignende preparater som skal erstatte heroin eller morfin, kalles også

substitusjonsbehandling. De brukes til

behandling av opioidavhengighet, og har en rekke forskningsbaserte virkninger:

- redusere pasientens bruk av opioider
- redusere skadene bruken medfører
- redusere dødeligheten/overdose



- forbedrer livskvaliteten
- reduserer risikoen for smittsomme sykdommer

(Helsedirektoratet, 2018)

Legemiddelassistert rehabilitering er et tilbud som ble utformet i 1998. I 2010 kom forskriften om LAR og helsedirektoratet ga ut en nasjonal retningslinje for LAR ved opioidavhengighet. I 2013 kom helsedirektoratets veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (Helsedirektoratet, 2018).

Et samarbeid

Primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber alle sammen for å gi et helhetlig rehabiliteringstilbud, der LAR er en av mange faktorer til å få pasienten rusfri og samfunnsfungerende. Det er dermed et tverrfaglig tilbud der helsepersonell og andre aktører må samarbeide (Helsedirektoratet, 2018).

Behandlingen kombineres ofte med psykososial rehabilitering, og gir da en bedre effekt.

Hovedformålet med LAR er å gi vedkommende en mulighet til å gradvis forbedre sitt mestrings- og funksjonsnivå, med litt hjelp og under riktige rammer. Da dette medikamentet også er et opioid, er stoffet mye verdt og kan bli solgt på illegalt. Det er dermed strenge regelverk rundt utleveringen av dette medikamentet, og det er ikke det primære tiltaket som settes i gang ved behandling av en rusavhengig (Helsedirektoratet, 2018). Avgjørelsen skjer etter nøye evaluering av hver enkelt pasient, der en eventuelt finner ut at LAR er det mest egnede og forsvarlige behandlingstilbudet. Beslutningen tas av spesialisthelsetjenesten. Det er også de som kan avvikle behandlingstilbudet ved senere anledning. Når pasienten er stabil kan det medisinske ansvaret bli gitt videre til kommunens allmennlege, altså primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018).

Selv om LAR ofte ikke er førstevalget ved behandling av rusavhengighet, finner vi også unntak; såkalt «lavterskel-LAR». LASSO-prosjektet og gatehospitalet i Oslo er aktører som kan tilby nettopp dette. I situasjoner for å forhindre fremtidig overdosering eller som en midlertidig løsning for å

stabilisere pasienten under en avklaring på mer «permanent» behandling kan en slik lavterskel-LAR være hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2018).

Proessen:

Oppsøk kommunal helse- eller sosialtjeneste som tar undersøkelser og henviser videre.

Sykehistorie, kliniske undersøkelser og diverse andre undersøkelser er med på å dokumentere om vedkommende har en opioidavhengighet.

Dokumentasjonen blir prosessert av TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Faktorer som påvirker:

- Tidligere behandlingserfaring
- Avhengighetens varighet
- Alder
- Pasientens eget ønske

(Helsedirektoratet, 2018)

Nedenfor er litt informasjon om de ulike substitusjonsmedikamentene som tilbys i Norge:

Suboxone

(Buprenorfin + Nalokson, som er et syntetisk morfinlignende virkende stoff.)

- Mindre risiko for misbruk som igjen fører til mindre fare for pasientens eget liv og menneskene rundt.
- Førstevalg .

(Helsedirektoratet, 2018)

Metadon

I tillegg til at LAR skal virke mot avhengigheten av sterke illegale stoff, skal det også omfatte sosial, økonomisk og yrkesrettet rehabilitering. Pasienten har vist seg å bli værende lengre i behandlingen sammenliknet med buprenorfin. Internasjonalt er dette det mest kostnadseffektive legemiddelet (Helsedirektoratet, 2018).

Subutex (Buprenorfin)

Virkningsprofil; tryggere enn metadon, lavere risiko for overdose.

LAR er for de fleste en langvarig behandling som vil kunne vare hele livet. Behandlingsinnsatsen må tilpasses den enkeltes ønsker og behov og vil variere avhengig av dette. Pasientens motivasjon og egeninnsats i behandlinga er viktig (Helsedirektoratet, 2018).

Det skal være sterke argumenter for å terminere substitusjonsbehandling, da dette har påvist økt dødelighet. De pasientene som selv ønsker å slutte får dermed tett oppfølging, med tilbud om fornyet behandlingsavtale ved eventuelt tilbakefall eller lignende (Helsedirektoratet, 2018).

LAR kan også bli gitt som en «nedtrappingsfase» ved spesielle tilfeller, eller på sykehus og i overdosetilfeller som en mer øyeblikkelig hjelp (Helsedirektoratet, 2018).

Andre tilbud gjennom private aktører

Frelsesarmeen er første aktør vi skal skrive om i den sammenheng. De har et stort fokus på å hjelpe mennesker med rusavhengighet, og har spesielt i Oslo et bredt utvalg tilbud som legger til rette for at mennesker skal kunne bli rusfri, men primært for å gi forbedret helse, livskvalitet og mestring. Ikke bare finnes det flere bolig-muligheter, men også steder for jobbtrening, samtale, veiledning, gratis mat og rusfrie fritidstilbud (Frelsesarmeen, 2020).

De ulike tilbudene i **OSLO** er listet opp nedenfor:

Fyrlyset

Dette er et kontaktsenter for rusavhengige over 18 år. Her tilbys det:

- Mat og drikke
- Dusj
- Klesutdeling
- Levere klær til frelsesarmeens vaskeri
- Frisørtilgang én gang i uken

- Tilgang til data og telefon
 - Andakt, forbønn, sang, med samtalegrupper etterpå
- (Midjord, 2020h)

Med hjelp av mange frivillige holdes Fyrlyset åpent fra: 09-14 alle ukedager og 11-13 på søndager. Sosionomer og miljøterapeuter blir brukt for råd, veiledning, men også til oppfølging av brukerne hos diverse instanser, undersøkelser og behandlere. Mange av de arbeidende besøker brukerne hjemme for å redusere ensomhet, og også på sykehus/institusjoner.

*NB: dette tilbudet finnes også i **Mandal** (Midjord, 2020h).*

Kontaktinfo:

Urtegata 16 A/C, Postboks 9207 Grønland, 0134 Oslo

Telefon: 23 03 66 80. fyrlyset.oslo@frelsesarmeen.no (Midjord, 2020h)

Gatehospitalet

Gatehospitalet er et tilbud for mennesker med tung rusavhengighet. Det finnes i både Oslo og **Bergen** og tilbyr tilrettelagt sykehusbehandling for mennesker som ikke blir ivaretatt av den primære helsetjenesten, eller som generelt har store, sammensatte somatiske problemer. Hospitalet blir finansiert fullstendig av Helsedirektoratet (Midjord, 2020i).

Her får rusbrukerne medisinsk døgnpleie dersom:

1. Langvarig sykdom som likevel ikke fyller kravene for innleggelse på sykehus
2. Kollapset helse, stor fysisk utmattelse eller underernæring
3. Før innleggelse for behandling hos tannlege, sykehus og lignende
4. Befinner seg i livets siste fase *

*Kun tilbud i Oslo

Grunner til innleggelse kan være alt fra kreft, nyresvikt, sår/abscesser, infeksjoner, HIV, hepatitt-C, nedsatt allmenntilstand og generell stor smerte.

Ved gatehospitalet er det tilgang til stor faglig kompetanse, alt fra vernepleiere, sykepleiere og leger, der mange har videreutdanning innenfor psykisk helse, rusproblematikk, kreftbehandling, diakoni og palliativ behandling (Midjord, 2020i).

Praktisk info dersom tilbudet er aktuelt:

2. Søknader sendes til et inntaksteam på Gatehospitalet per **epost/post** *
*ring alltid for å oppgi personlig data til søknad
3. Varighet på opphold vurderes individuelt, men er oftest mellom 2-3 uker
4. Avrusning, bruk av substitusjonsmedikamt, sovemedisiner og smertebehandling skjer på samme måte som på sykehus
5. Det er IKKE lov for vedkommende å bruke rusmidler under oppholdet! Det blir derfor tilbudt substitusjonsbehandling ved innleggelse
6. Vold og generelle trusler blir ikke akseptert
7. Skal pasienten utenfor bygget, skjer dette sammen med en ansatt
8. Besøk fra rusmiljøet er ikke lov, og alt annet besøk må avtales på forhånd

For informasjon/spørsmål for inntak ring inntaksteam eller avdelingsledere. Alle typer helsepersonell, da spesielt leger, kan ta kontakt med gatehospitalet ved spørsmål om innleggelse (Midjord, 2020i).

Mer informasjon om kapasiteten til Gatehospitalet i Oslo og Drammen, samt beskrivelse av fasilitetene finner du på hjemmesiden: <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/gatehospitalet>.

Kontaktinfo:

Borggata 2, 0650 Oslo

Telefon: 22 08 36 70

gatehospitalet@frelsesarmeen.no

(Midjord, 2020i)

Den åpne dør

Botilbud som også tilbyr helsefaglig oppfølging.

Dette tilbudet har over 23 boenheter for kvinner og menn. Her jobber blant annet sosionomer, sykepleiere og vernepleiere i et tverrfaglig samarbeid for å gi den optimale behandlingen til hver enkelt beboer. Målet er at den enkelte skal oppnå et mer optimalt funksjonsnivå ved å oppleve rusmestring og forbedret helsetilstand (Midjord, 2020d).

Den åpne dør gir også ut LAR til de det skulle være aktuelt for (Midjord, 2020d).

Kontaktinfo:

Schweigaards gate 70, 0656 Oslo

Telefon: 23 24 39 00

(Midjord, 2020d)

Bosatt

Botilbud med full rehabilitering.

Omfatter 30 bosteder, der 19 av dem har sin egen personalbase og de resterende er plassert i ordinære borettslag på Teisen og Grønland. Døgnbemannet (Midjord, 2020c).

NB: dette tilbudet er RUSFRITT, og gis til dem som har bevist at de mestrer livet uten rus.

Her samarbeides det med god dialog og diverse tiltak for å holde vedkommende rusfri og opprettholde en relativt selvstendig bosituasjon. Hver person får sin egen ansvarsgruppe, der vedkommende blir evaluert og fulgt opp regelmessig. Dette tiltaket krever egeninnsats (Midjord, 2020c).

Søknad skjer ved å søke gjennom offentlige papirer fra institusjonen man er i, til NAV. Derfra går papirene gjennom velferdsetaten før de når Frelsesarmeen for videre intervju og evaluering.

Kontaktinfo:

Heimdalsgt 27 A, 0561 Oslo

(Midjord, 2020c)

Heimen

Tilbud for rusavhengige med store rehabiliteringsbehov. Her tilbys det botrening og rusmestring til de over 18 år med adresse i Oslo (Midjord, 2020j).

Funksjonsevnen til den enkelte blir vurdert, og en tilrettelagt oppfølgingsavtale blir satt i gang.

- Døgnbemannet av et team med helserelatert yrkesbakgrunn
- 26 plasser
- Søknadsprosess lik «den åpne dør»

Kontaktinfo:

Heimdalsgata 27 A, 0561 Oslo

Telefon: 23 21 09 60

(Midjord, 2020j)

Fagerborg

Lavterskel korttids-botilbud for aktive rusbrukere over 18 år.

Institusjonen ligger på Fagerborg i Sporveisgata, og tilbyr 20 rom til både kvinner og menn.

Meningen er å gi stabilitet ift helse, hygiene og døgnrytme. Håpet er å motivere beboerne til å redusere inntak rusmidler, gi dem trygghet og gode samtaler (Midjord, 2020f).

Plass bestilles av sosialtjenesten i Oslo kommune, og er ment for å være et midlertidig stopp før overføring til mer adekvate tiltak innenfor kommunen.

Kontaktinfo:

Sporveisgata 33, 0354 Oslo

Telefon: 22 95 73 50

fagerborg@frelsesarmeen.no

(Midjord, 2020f)

FaBo

Dette er enda et tilbud om bolig som inkluderer oppfølging og tilrettelegging på et individuelt plan.

Tilbudet er aktuelt for dem med bakgrunn i rus, psykiske lidelser, lettere psykisk

utviklingshemming og kognitiv svikt som trenger hjelp til å mestre en bosituasjon (Midjord, 2020e).

Slik som tilbudene ovenfor må vedkommende være motivert, da dette er mer «hjelp til selvhjelp». Målet er at beboerne skal føle mestring i livet, med både bolig, relasjoner, rus, egen helse, økonomi, medisinbehandling, med mer.

- Leilighetene ligger sentral i Oslo og Asker
 - Henvisning skjer fra NAV til avdeling Oslo/Asker
- *Gå inn på hjemmesiden for å finne henvisningsskjema

Kontaktinfo:

FaBo Asker: Heljar Hykkerud

Telefon: 905 04 442

E-post: heljar.hykkerud@frelsesarmeen.no

FaBo Oslo: Stine de Wahl

Telefon: 413 49 925

E-post: stine.wahl@frelsesarmeen.no

(Midjord, 2020e)

Jobben

Her får tidligere og aktive rusbrukere et arbeidstreningstilbud (Frelsesarmeen, 2018).

Jobben gir fellesskap, tilhørighet, mestring og kan være et viktig sted for å komme seg ut av varig rusmisbruk. For noen er det å komme seg ut i arbeidslivet avgjørende for å bli rusfri. Her blir det servert frokost og lunsj, og tilbudet av arbeidsoppgaver er mange og varierer fra interesser, helse og dagsform. Målet er å fylle en nokså tom hverdag med mening, mestring, noen timer rusfri og noen ekstra kroner i lommen - noe som er motiverende for mange (Frelsesarmeen, 2018).

Det arrangeres også sesongbaserte aktivitetsdager og diverse marked der ting brukerne har laget blir solgt.

Dette tilbudet finnes i:

Oslo	Arups gate 5, Heimdalsgata 27 A, 0192 Oslo	Telefon: 23 69 19 83	www.jobben.no
Sandvika	Elias Smiths vei 10, 1338 Sandvika	Mobil: 479 70 139	
Mandal	Torjusheigata 1 A, 4514 Mandal	Telefon: 38 60 01 26	fyrlyset.mandal@frelsesarmeen.no
Lillehammer	Fossvegen 15b, 2609 Lillehammer	Mobil: 472 54 276	
Kongsvinger	Sofies gate 2, 2208 Kongsvinger		

Se åpningstidene på de forskjellige stedene her: <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/jobben>.

Feltpleien

Et lavterskel helse- og omsorgstilbud for rusavhengige over 18 år.

Befinner seg i samme hus som fyrlyset i Oslo. Man trenger ikke bestille time, og de ansatte har taushetsplikt (Midjord, 2020g).

Her kan du få hjelp til følgende:

- Vaksine mot hepatitt A + B
- Stivkrampe og influensavaksine
- Sårstell
- Råd og veiledning om helse og hjelp til å knytte kontakt med helsevesenet.
- Akupunktur
- Samtale

Åpningstider:

Mandag, onsdag og fredag: kl. 09.00-15.00.

Tirsdag og torsdag: kl. 09.00–15.30.

Lege er kun tilstede onsdag og fredag, kl. 12.30–15.00

Kontaktinfo:

Urtegata 16 A/C, Postboks 9207 Grønland, 0134 Oslo

Telefon: 22 67 43 45

feltpleien.oslo@frelsesarmeen.no

(Midjord, 2020g)

Andre fritidstilbud:

- Stedet (Aktivitetstilbud på Sagene) (Midjord, 2020l)
- Gatefotball (finnes i flere byer)

Tilbud utenfor Oslo

KVINNEHUSET

Et permanent botilbud for kvinner med rusproblemer. Befinner seg i **Bodø**.

Målet er å gi omsorg og støtte, slik at kvinnene kan få økt mestringsfølelse og livskvalitet. (Midjord, 2020k)

Kontaktinfo:

Prinsens gate 151 B, 8000 Bodø

Telefon: 75 52 39 90

Mobil: 474 82 359

kvinnehuset.bodo@frelsesarmeen.no

BO- OMSORGSSENTER BODØ

Lavterksel botilbud for personer tilhørende Bodø.

- 12 hybler + 2 kriseplasser

De som ønsker korttidsplass på hybel henvende seg tildelingskontoret, mens kriseplass har man mulighet for å få ved å møte opp utenfor døra etter stengetid.

Dette tilbudet har et samarbeid med et kontaktsenter på dagtid som tilbyr hårklipp, fotpleie og mat.(Midjord, 2020b)

Kontaktinfo:

Kongens gate 16, Postboks 118, 8001 Bodø

Telefon: 75 52 23 38

bodobo@frelsesarmeen.no

Organisasjonsnr: 979 997 000

STEDET VADSØ

Lavterskel møteplass for folk over 18 år som sliter/har slitt med rus (Midjord, 2020m).

Her tilbys det:

- Veiledning og samtaler
- Felles måltider
- Arbeidstrening: oppussing blant annet
- Diverse aktiviteter: bowling, fiske, strikking, utflukter

Åpningstider:

Mandag, onsdag, torsdag: kl 10.00-14.30

Onsdag kl 11.00-18.30 (Midjord, 2020m)

Kontaktinfo:

Havnegata 3, 9800 Vadsø

Organisasjonsnr: 918 989 633

BAKKEGATEN

Et bo- og omsorgssenter for rusavhengige over 18 år, i Bergen.

Inneholder 21 langtidsplasser, der man er avhengig av henvisning og garanti fra NAV/Bergen kommune. Gjelder ikke bare personer med rusbakgrunn, men generelt bostedsløse av andre grunner, for eksempel psykiske og/eller fysiske (Midjord, 2020a).

Tilbyr også akutt plasser.

Kontaktinfo:

Bakkegaten 7, Postboks 13, 5812 Bergen

Telefon: 55 30 22 80

bakkegaten@frelsesarmeen.no

Men også Fyrlyset i Mandal og gatehospitalet i Bergen finnes (Midjord, 2020a).

Maritastiftelsen

Vi har også andre aktører med i bildet, for eksempel Maritastiftelsen.

Maritastiftelsen er en selvstendig, kristen diakonal stiftelse som ble etablert i 1984 mot rusforebyggende arbeid (Jacobsen, 2020). I dag har stiftelsen flere prosjekter utenom rus, men hovedfokus er fortsatt å hjelpe mennesker i rus og andre som sliter med livskontrollerende problemer.

En av prosjektene er «Maritakafeen» som ble etablert i 1996. Dette er en kontaktkafé som ligger til ved Tollbugata 11, rett ved Oslo sentrum. Kafeen fungerer som en kontaktkafé for rusavhengige og kvinner i prostitusjon. (Jacobsen, 2020)

Konklusjon

Rusmiddelavhengige pasienter må anerkjennes og aksepteres på lik linje som andre pasientgrupper.

Målet må for tannhelsetjenesten være som for helsetjenester forøvrig: Personer med rusavhengighet skal møte et tilgjengelig, helhetlig og variert tjenesteapparat.

Tannhelsen blant rusavhengige er et emnefelt det finnes svært lite forskning på. Litteratursøket gjennomført i denne oppgaven støtter en klar sammenheng mellom rusmiddelbruk og svekket oral helse. Pasientens svekkede evne til egenomsorg er en viktig faktor å ta i betraktning, og er mer avgjørende enn substansens direkte påvirkning på tannsettet. En avhengighet kan være svært altoppslukende og kan gi likegyldighet på andre viktige livsområder. Et annet kriterium for avhengighetsdiagnosen er at vedkommende opprettholder substansbruken til tross for erfarte, skadelige konsekvenser. Utfra denne definisjonen kan vi forvente en nedprioritering av munnhygien, samt generell svekket egenomsorg blant rusavhengige.

Amfetamin og kokain er eksempel på sentralstimulerende stoff som virker direkte etsende på tennene. Alkohol er ofte sukkerholdig og vil av den grunn bidra til demineraliseringsprosessen som oppstår på tannens overflate i dannelsen av en karieslesjon. Røyking, rusmidler som inneholder koffein, og andre ulovlige rusmidler som metamfetamin og ecstasy kan bidra til bruxisme, som igjen kan medføre nedslitte tannoverflater.

Pasientgruppen er nødvendigvis ikke vanskelig å behandle, men krever visse forhåndsregler. Tannlegen må utforske om pasienten er under påvirkning da lokalanestesi kan interagere med visse rusmiddel. Det er også hensiktsmessig å unngå midlertidig arbeid, ha sekretær tilstede under behandlingen og ha en realistisk tilnærming til behandlingsvalg. God informasjon og avvikling av eventuell vranglære hos pasienten kan danne en bedre forståelse. Det mest essensielle er å møte pasienten med respekt og empati. Da kan man skape en tillitsbasert og god relasjon, og det er større sannsynlighet for et vellykket samarbeid i det videre behandlingsforløpet.

Rusmiddelavhengige pasienter er en kompleks pasientgruppe med en rekke sosiale, somatiske og psykiske helseutfordringer. For å kunne ivareta denne pasientgruppen på en hensiktsmessig måte

i tannhelsetjenesten, krever et bevisst forhold til hvordan pasienten blir møtt og behandlet. Det kreves kunnskap om de ulike utfordringene rusavhengige pasienter har med seg, kunnskap om de ulike rusmidlene, kunnskap om den oral helsen og kunnskap om tilrettelagte tilbud både inne tannhelse og mer generelt. Bakgrunnen for en verdig og medisinsk god behandling av rusavhengige krever en tverrfaglig tilnærming med innsats fra forskjellige sektorer.

Kilder

- Almaas, V. (2017). Rusmisbrukere sliter med tannhelsen til tross for gratis behandling. Retrieved from <https://forskning.no/tannhelsetjenestens-kompetansesentre-alkohol-og-narkotika-tenner/rusmisbrukere-sliter-med-tannhelsen-til-tross-for-gratis-behandling/349677>
- Andreassen, K. (2014, 2017). Det er ikke bare godteri og brus som skader tennene. Retrieved from <https://www.klikk.no/helse/doktoronline/tannhygiene/det-er-ikke-bare-godteri-og-brus-som-skader-tennene-2517499>
- Andresen, H. (2017). Rusmisbruk. Retrieved from <https://www.dagbladet.no/magasinet/rusmisbruk/67688683>
- Baghaie, H., Kisely, S., Forbes, M., Sawyer, E., & Siskind, D. J. (2017). A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction*, 112(5), 765-779. doi:10.1111/add.13754
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*: Cappelen Damm Akademisk.
- Bramness, J. G. (2019). Cannabis. Retrieved from <https://sml.snl.no/cannabis>
- Coghlan, A. (2018). Heroin users' brains hint at a new treatment for narcolepsy. Retrieved from https://www.newscientist.com/article/2172947-heroin-users-brains-hint-at-a-new-treatment-for-narcolepsy/?fbclid=IwAR0CGuAzb4G6QiUVWgGihov-3eO-MMih_WOfu3CvvumoFmXPYN4r1ci48l
- Dyvi, E. B. (2006). Rusavhengige får endelig tannbehandling. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 116(3). Retrieved from <https://www.tannlegetidende.no/asset/2006/P06-03-182-3.pdf>

- Dyvi, E. B. (2012). Når pasienten har psykiske problemer. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 122(10), 786-788. Retrieved from <https://www.tannlegetidende.no/i/2012/10/dnt-495878>
- Eilertsen, T. (2003, 2011). Livsfarlig for kokainmisbrukere. Retrieved from <https://www.aftenposten.no/norge/i/KMqaE/livsfarlig-for-kokainmisbrukere>
- Brurberg, S., Eriksson, K., Grønnerud, S., Sandum, S. (2017). Etanol. Retrieved from <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-alkohol/>
- Brurberg, S., Eriksson, K., Grønnerud, S., Sandum, S. (2018, 2018). Hvordan kan rusmisbruk være skadelig for samfunnet? Retrieved from <https://www.rustelefonen.no/2018/09/rusmisbruk-7/>
- Brurberg, S., Eriksson, K., Grønnerud, S., Sandum, S. (2019). Kokain i kombinasjon med andre rusmidler eller legemidler. Retrieved from <https://www.rustelefonen.no/fakta-om-kokain/kokain-kombinasjon-rusmidler-legemidler/>
- Fakultet, O. (2016). Fire gode vaner. Retrieved from <https://www.odont.uio.no/tjenester/Fire-gode-vaner/>
- Frelsesarmeen. (2018). Jobben. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/jobben>
- Frelsesarmeen. (2020). Rusomsorg. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg>
- Gjersing, L. (2018, 2019). Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2018. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2018/>
- Hammer, T. (2014, 2014). Rusmisbruk og arbeidsledighet. Retrieved from <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Prosjekter/Avsluttede/Rusmisbruk-og-arbeidsledighet>
- Helsedirektoratet. (2011, 2020). Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm>

- Helsedirektoratet. (2018, 20.12.2018). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Retrieved from https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar?fbclid=IwAR3GWoVKpquB9hG23XIOomvUezOP46XLU_AVeNv0IqWPgdqDsGF3io6bpdw
- helsedirektoratet, S.-o. (2004). FUTT-prosjektets sluttrapport. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 115(5). Retrieved from <https://www.tannlegetidende.no/asset/2005/P05-05-296.pdf>
- Helvig, J. I., Jensdottir, T., Storesund, T. (2017). Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige ført til forventet effekt? *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 127(9), 774-780. Retrieved from <https://www.tannlegetidende.no/i/2017/9/d2e837>
- Jacobsen, D. (2020). Maritakafeen - kontaktkafé. Retrieved from <https://marita.no/avdelinger/maritakafeen>
- Kjøll, B. (2019, 01.04.2019). Amfetamin. Retrieved from <https://sml.snl.no/amfetamin>
- Kreftforeningen. (2016). Alkohol og kreft. Retrieved from <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/>
- Lein, M. (2010). Kokain og plutselig dødsfall. Retrieved from <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/narkotiske-stoffer/kokain-og-plutselig-dodsfall/>
- Midjord, W. (2020a). Bakkegaten. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/bakkegaten>
- Midjord, W. (2020b). Bo- og omsorgssenter Bodø. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/bo-og-omsorgssenter>
- Midjord, W. (2020c). Bosatt. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/bosatt>
- Midjord, W. (2020d). Den åpne dør. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/den-apne-dor>
- Midjord, W. (2020e). FaBo. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/fabo>
- Midjord, W. (2020f). Fagerborg. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/fagerborg>

- Midjord, W. (2020g). Feltpleien i Oslo. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/feltpleien-i-oslo>
- Midjord, W. (2020h). Fyrlyset, Oslo. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/fyrlyset-oslo>
- Midjord, W. (2020i). Gatehospitalet. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/gatehospitalet>
- Midjord, W. (2020j). Heimen. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/heimen>
- Midjord, W. (2020k). Kvinnehuset. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/kvinnehuset>
- Midjord, W. (2020l). Stedet. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/stedet-sagene>
- Midjord, W. (2020m). Stedet Vadsø. Retrieved from <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/stedet-vadso>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3 ed.). Oslo Universitetsforlaget.
- Nilsen, H. A. (2000). Alle tannleger må være forberedt på pasienter som misbruker stoff. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 110. Retrieved from https://www.tannlegetidende.no/i/2000/17/chap14_0017idm73424
- Almaas, V., Holstad, C., Nupen, Å. (2018, 2018). Hjelp for tannlegeskrekk. Retrieved from <https://www.kognitiv.no/hjelp-for-tannlegeskrekk/>
- Brønstad, A., Hårberg, G., Nikolaisen, H., Paulsen, T. M. (2017). Hva er god helse? Retrieved from <https://ndla.no/nb/subjects/subject:24/topic:1:183730/topic:1:4013/>
- Rieger, F. (2019). Amfetamin. Retrieved from <https://www.lommelegen.no/rusmidler/artikkel/amfetamin/69117405>
- Røynesdal, K. (2006). *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006*. Retrieved from regjeringen.no:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rus/2006/0003/ddd/pdfv/272988-rundskriv_i-2_2006.pdf

Shekarchizadeh, H., Khami, M. R., Mohebbi, S. Z., Ekhtiari, H., & Virtanen, J. I. (2013). Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iranian journal of public health*, 42(9), 929-940. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060654>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453891/>

Hauge, L. J., Ostling, G. L., Reneflot, A., Skogen, J., Torvik, F. A. (2014, 2019). Rusbrukslidelser i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Terapivakten. (2018). Symptomer på alkoholisme. Retrieved from https://terapivakten.no/2018/07/06/symptomer-pa-alkoholisme/?fbclid=IwAR16WbUZQ1coOJZzeCp45AQiE-X5KPVDfxgbYOjakqMAMntXkrCX8Vuq_9w

Husby, I., Stykket, L., Vanberg, K., Willumsen, T., Young, A. (2016). Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 126(7), 528-534. Retrieved from <https://www.tannlegetidende.no/asset/2016/P16-07-528-34.pdf>

Vigander, E. (2018, 2018). Betre traumebehandling for ruspasientar. Retrieved from <https://helsebergen.no/nyheiter/betre-traumebehandling-for-ruspasientar>

WHO. (2020, 2020). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Wikipedia. (2020). Heroin. Retrieved from <https://en.wikipedia.org/wiki/Heroin>

Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. In *Community dentistry oral epidemiology* (Vol. 32, pp. 73-79).

Aardal, M. (2018). Kokabusk. Retrieved from <https://snl.no/kokabusk>

Intervju med Ralf Husebø

Vi kom over seg i en artikkel fra 2006 i Tidens tann som handlet om samarbeidet med funkishuset. Hvor lenge varte det samarbeidet?

Dette varte i 11 og 12 år.

Hva var det som gjorde at du fikk lyst til å si ja til det?

Dette var jeg ikke i tvil på. Jeg tenkte bare at dette var spennende og selvfølgelig en pasientgruppe jeg visste hadde behov. Jeg hadde to sekretærer den gangen, den ene sekretæren var veldig skeptisk. Hun var litt engstelig for det ukjente. Rusbruk er litt skummelt for mange. Hun mente også at vi kom til å miste pasienter. Tannlegene i Sandnes den gangen hadde i utgangspunktet nok å gjøre og når du i utgangspunktet har nok å gjøre, så orker du ikke en ny gruppe med pasienter som krever mye. For min del syns jeg bare det var veldig spennende og et fint avbrekk i hverdagen, gjøre noe helt nytt og noe annet.

Hvordan var samarbeidet? Tok du pasientene inn i din egen klinikk?

Funkishuset er en lavterskel institusjon og den eksisterer ennå. Lavterskel innebærer de rusmisbrukerne som ikke er i noen form for avvenningstiltak - de som bor på gaten, de som har UFD (uten fastboende adresse), de som alltid møter i ruset tilstand. De pasientene som ofte kom var ofte ruset i behandlingstiden.

Vi var litt tilbakeholdne når det gjaldt amfetamin (som ikke skulle tas innen de to siste døgnene før us) for det finnes veldig lite artikler på dette, ekstremt lite. Jeg lette før jeg begynte med det, og da var det skrevet at amfetamin kan krysereagere med lokalanestesi, og dette ønsker man jo å unngå. Jeg tok også prat med en anestesilege rundt det, men også inne på medisin er det beskrevet lite og lite artikler og forskning angående dette. Det er mer sånn synsing og «jeg tror» og så videre. Vi var derfor forsiktig med amfetamin og lokalbedøvelse. Men pasientene sa "ja det fikser jeg selv, jeg ordner anestesi selv" og tok noen ekstra tabletter. Det var heller mye heroin rus, mye blandingsrus med tabletter, mye kombinasjon og så videre. Det er ikke vanlig at de bare har en type rus - det er veldig sjeldent.

Visste du, når du takket ja, hvilke krav du skulle sette til disse pasientene?

Når det gjelder den gruppen der så må du bare ta de som de kommer. Hvis du skal behandle de, så nytter det ikke stille mange krav - du må bare ta de som de kommer og ta det derfra. Det er, selvom de er rusmisbrukere og er ruset når de kommer, viktig at du behandler dem som voksne ansvarlige mennesker. De er vant med å bli dårlig behandlet, for eksempel når de kom til oss så møtte vi de på samme måten som vi møtte våre egne pasienter - møtte de i døren og hilste på de - sekretærene gikk ut og hentet dem på venteværeselet og tok dem i hånden. Når det var første gangen tok vi dem ihvertfall i hånden og presenterte med navn.

De var vant med når de kom til tannlegen at de ble møtt av tannlegen med to-tre munnbind og to-tre hansker på grunn av smittefare. Det er ikke akkurat en veldig god måte å få relasjon på. De var veldig takknemlige når de ble møtt som voksne mennesker som respekterer de. Da gikk det egentlig veldig greit - når vi respekterte de, så respekterte de oss.

Hva ble sagt etter en vanlig behandlingsseanse?

Ekstraksjoner ble det gjort mye og da ble det sagt at de ikke skulle spise, skylle munnen på noen timer og det var stort sett greit. Det var mye verre hvis vi sa de ikke skulle røyke samme dag - det gikk aldri bra. Det var bare å glemme. Alt med måte - man må vite hvem man jobber med og forholder seg til. Vi sa det likevel. «Røyker du idag så øker sjansen for at du får en infeksjon i såret etter trekkingen, men det er ditt valg». Det er viktig å informere skikkelig og så må de ta det valget selv.

Var det samme type ordning i løpet av alle 11 årene?

Funkishuset hadde sett at det var stort behov for behandling på denne brukergruppen de hadde inne. Funkishuset hadde åpent mandag, onsdag og fredag og hadde da sykepleiere og veiledere inne på tilvenningstiltak og dette var med varme måltider kl12 hver dag. Da var det helt enkelt drop in der folk fikk sårstell, rene sprøyter og så videre og hjelp til å søke seg inn i rusavvenningstiltak. Da hadde de i funkishuset sett at det var veldig stort behov for tannbehandling. Var du i LAR, PUT (psykiatrisk ungdomstypsbehandling og er en del av rusavvenningstiltakene for de yngste) eller annen rusavvenningstiltak så hadde du krav på offentlig behandling under gruppe E. Disse ramlet da utenfor denne gruppen og så søkte funkishuset til helsedepartementet om tilsyn til behandlingen og fikk delvis nei og delvis ja. De styrket sin

bemanning for å si ja. Dette er veldig viktig fordi det krever litt oppfølging og denne oppfølgingen var det funkishuset som gjorde.

Ordningen da var at disse pasientene fikk tilbud om 3 timer 1 gang i uka - timeboken var preblokkert, hadde ingen andre pasienter, og så kunne funkishuset komme med de brukerne på huset som ville til tannlegen. Da plukket de bare brukere ut i starten og spurte "vi har tannlegetime nå, er det noen som vil gå til tannlegen?" og da tok de med seg de ned. Istedenfor å ta med seg 4-5 personer samtidig, så tok de med seg 1 for å slippe å sitte å vente på venterommet. Det som skjer hvis de venter på venterommet er at de forsvinner - de klarer ikke å holde fokus.

Fra funkishuset og ned til mitt kontor var det 200m å gå. Men hvis de sa til den ene brukeren at du har tannlegetime, det er bare å gå rett ned, så risikerte de at han ikke kom fram fordi de klarer ikke holde fokus. Det handler ikke om at de ikke vil eller ikke prioriterer, men de klarer ikke holde fokus. Derfor måtte funkishuset skaffe ressurser som kunne følge disse brukerne. Da fikk tannlegen også gjort mye mer, istedenfor å ikke ha masse ikke-møtt.

På disse pasientene ble det ofte 10 Fuji fyllinger på en halvtime - masse buccal karies. Jeg fulgte mine egne takster og ga en grei pris, selv om materialbruket skulle gitt større sum og prisen ble faktisk mye rimeligere enn hvis det hadde vært offentlige takster.

Når de kom så visste jeg aldri hva som kom. Da kommer det inn en pasient, noen av de hadde jeg hatt før, noen hadde jeg ikke hatt før og så bare spør jeg de hva er det som plager deg idag. Det er ofte et skjæringspunkt - en ting er hva som plager de, men en annen ting er hva jeg som tannlege tenker haster mer. Da kunne jeg si at jeg forstår at dette plager deg, men jeg syns dette haster mer og så kunne jeg ta en prat med de. Ofte endte vi med å gjøre det som plaget de mest.

På denne gruppen skal du unngå midlertidig behandling, du aner ikke om de kommer tilbake. Du må ta utgangspunktet i at den gangen du ser pasienten i stolen er muligens siste gang du ser vedkommede. Dette har igjen med at de ikke klarer å holde fokus, de klarer ikke holde avtaler og de overdoserer seg, blir syke, havner i fengsel og så videre. Midlertidig behandling bør du unngå. Noen ganger er det vanskelig og du trenger endo og da MÅ du gjøre en midlertidig behandling og stresse de med at de MÅ komme tilbake. De fleste gjorde det.

Lite midlertidig behandling - mye effektiv behandling. Når jeg først la fyllinger i en kvadrant, så la jeg fyllinger i hele kvadranter. Det er mange tenner ved siden av hverandre der behovet er stort. Du må begynne en plass og bare ta så mye du kan.

Bortsett fra det med midlertidig, var det noe annerledes med hvordan du la opp en behandlingsplan?

Det var ikke alltid at man endte opp med en behandlingsplan. Undesøkelsen gjør man alltid. Varierer veldig. Jeg hadde aktive rusbrukere som ikke hadde ett hull, kjempefine tenner, og så hadde jeg de som hadde hull i hver eneste tann. Spennet er stort, men veldig vanlig med mange hull. Og da blir det; hvor skal man begynne? Har du vondt en plass? Da begynte vi på den siden og tok den siden som var vondt. Hvis de ikke hadde vondt en plass, så var det bare å begynne.

Ikke bruk så lang tid på å legge en behandlingsplan, plote inn fyllinger og diagnoser og så videre, for da bruker du plutselig 20min av timen på det. Måten du dokumenterer på er å ta bilder og setter diagnose på ting og tang og så setter du igang.

Vanligvis er det ofte fokus på å gjøre minimale invasive behandlinger og forebygge - hva gjør du med disse pasientene?

Hygieneinstruks gjør du, men annen informasjon gir du når du borrer og skifter borr så får du gjerne litt tid og da kan du snakke litt og når du legger fyllingen kan du si litt og snakke om det å pusse tennene og kosthold. Alle tror at det er rusen som tar tennene, dette er en vanlig misforståelse - det er ingen rus som tar tennene (jo, vi vet jo at amfetamin etses bort alt, men hvor lenge har du den i munnen da - du kan ta den i flytende form, men den går ned). Det er ikke det som er skadelig, det er egen hygiene. Det handler dermed mer om en pasientgruppe som ikke tar vare på tennene sine fordi det er ikke det det er fokus på.

Det at de ikke tar vare på tennene sine handler om at de ikke tar vare på seg selv også - de har ikke fast bosted og har ikke vanlig tannbørste. Denne gruppen er nesten alltid underernært - de får i seg energi på den måten de gjør, dårlig økonomi og pengene skal gå til rus, så det blir ofte billige karbohydrater. Ofte når de kommer til behandling så har de med seg 1,5L med brus som består av sukker. Hele tiden går det i det - raske karbohydrater.

Du har også at rusen kan gi munntørrehet og sukkerbehov - indirekte grunner, men aldri direkte grunner. Det finnes ikke dokumentasjon på dette, men jeg tror ikke det fordi det sitter ikke ofte i

munnen. Veldig ofte setter de rusmiddelet i form av sprøyte for bedre effekt, og da er effekten hvertfall ikke i munnen.

Da handler det om å få de til å forstå det - få de til å forstå at det de gjør i hverdagen er det som betyr noe. Istedet for å smådrikke på den brusen, så kan de drikke alt om gangen og bli ferdig med den på en en time.

Det viktigste du gjør; behandle de som vanlige folk, ta dem i hånda, se dem i øynene, ta de på skulderen når de setter seg i stolen og spør hvordan går det med deg. Se HELE pasienten.

De fleste i denne gruppen er pasienter som har selvmedisinert seg på grunn av psykiske lidelser. Mangel på selvtillit, mangel på forståelse, mangel på det ene og det andre og da faller de skeivt ut. Viktig å huske på at rusmisbrukere også kan være vanlige mennesker som opplever noe tungt i livet som andre vanlige pasienter.

Ralf forteller om en millionær som havnet i en bilulykke og knakk ryggen. Han får smertestillende men dette er ikke nok og begynner med selvmedisinering. Når medisinerende lege finner ut av dette, tar de han vekk fra smertestillende som fører til mer selvmedisinering og i løpet av et halvt år har pasienten mistet hus, kone og bor på gaten. *Det er ikke bare de som har en dårlig oppvekst. Noen av disse rusmisbrukerne kan være oppegående folk med utdanning, med friske barn der en av tre barn havner skeis, mens to av dem går det bra med.*

Var du selv redd for å miste dine egne pasienter?

Nei, jeg tenkte aldri på det. Jeg tenker som tannlege så må du stå for det du holder på med på forskjellige måter. Du må behandle pasientene dine på en god måte - fra første kontakt i telefonen til venterommet til du er ferdig. Gjør du det så kommer pasientene tilbake. Tilbakemeldingene jeg fikk fra pasientene mine på at jeg tok imot disse pasientene var bare veldig bra.

Hva var grunnen til at du valgte å gå inn i dette samarbeidet?

Grunnen til at vi gikk inn i dette samarbeidet var fordi denne gruppen, rusmisbrukere, falt helt utenfor. De fikk ingen behandling. Utgangspunktet for funkishuset og helsedepartementet da de

bevilget disse pengene var å bedre behandlingstilbudet til nettopp denne gruppen. De fikk gradvis bedre behandlingstilbud, noe som etter hvert ble grunnen til at prosjektet ble avsluttet. Etter hvert ble det færre pasienter i denne gruppen som trengte behandling gjennom funkishuset, og flere ble fanget opp av andre tiltak. Vi klarte faktisk å ferdigbehandle flere pasienter i rusmiljøet, og nettopp på grunn av synkende pasientbehov trakk departementet midlene og støtten til funkishuset.

Hvordan er behandlingstilbudet for denne gruppen per dags dato?

Rusmisbrukere er bedre ivaretatt nå enn før, under DOT, selv om de ikke er under rehabilitering eller LAR. Så denne gruppen har fortsatt noen rettigheter til behandling, men hovedproblemet fortsatt blant disse pasientene er at de ikke følger opp. Dette har alltid vært hovedproblemet. De tar kontakt ved akutte behov, men ellers klarer de ikke å møte til timene etterpå.

Ralf sier mot slutten at det er trist dette samarbeidet ikke er tilstede lenger. Ikke bare fikk han gode relasjoner til pasientene, men de var så ekstremt takknemlige. I tillegg var kasusene alt fra A4, og det ble dermed en mer interessant dag rent faglig; andre problemstillinger, nedkarierte tannbuer, slikt man som tannlege i en større byer ikke ser så mye av.

Med tanke på at dette samarbeidet ble til på grunn av pengestøtte fra staten, lå det til grunn regler for hvilken type behandling pasientene kunne få?

Ved all behandling offentlig er det en veileder for nødvendig tannbehandling som gjelder, en nasjonal veileder fra 2011. Denne gjelder NAV-pasienter, og generelt alle de som får behandling dekket av staten. MEN denne har rom for tolkning. Vurderingen av hva som er nødvendig tannbehandling, blir gjort av forskjellige veiledende tannleger i de forskjellige kommunene, og vil da selvsagt variere fra NAV-kontor til NAV-kontor. Kanskje ikke så rart da en slik vurdering bygges på individuelle erfaringer og tolkninger den veiledende tannlegen har gjort tidligere.

De forskjellige NAV-kontorene legger forskjellige krav til grunn for hvor mye de ulike pasientene skal dekke selv. Det vil dermed variere fra kommune til kommune. Pasienter som ikke har råd til tannbehandling kan søke til NAV om støtte. Hvis pasienten for eksempel eier hus eller bil, så kan kanskje NAV mene at vedkommende ikke har krav på støtte.

Vi kan dermed ikke si at vi i Norge har et system som fører til lik behandling når det gjelder tenner.

Gangen i å søke til NAV om tannbehandling, for pasienter med begrenset økonomi:

- 1. Pasient kommer til tannlege; tannlege lager kostnadsoverslag som dokumenteres med bilder.*
- 2. Pas tar med seg dette + diagnoseutskrift til NAV*
- 3. NAV sender dette til veiledende tannlege og får svar*
- 4. SVAR: "Dette er i henhold til nødvendig tannbehandling" eller "dette er ikke nødvendig, den tannen bør du heller ekstrahere", og har da lagt denne behandlingen inn i nytt kostnadsoverslag.*
- 5. NAV får dette svaret, og foretar enn behovsprøving av pasientens økonomi. De vil da forholde seg til det som veiledende tannlege har sagt, og vil for eksempel kunne si: "Med et kostnadsoverslaget på 10 000 kr, bør pasienten klare dette på egen økonomi." Et annet svar kan være at de vil dekke 5 000 av de pengene, og at pasienten må dekke resten selv. Eller så dekker de alt. Dette er helt utifra hva de finner ut angående pasientens økonomi, og hvordan denne blir vurdert i hver enkelt kommune. Det er dermed mange faktorer som spiller inn i en slik prosess.*

Utfallet av en slik NAV-søknad avhenger svært mye av hva NAV-kontoret finner ut om pasientens økonomi, og hvordan denne blir vurdert i hver enkel kommune. Noen steder regnes for eksempel barnetrygd som inntekt. Det er dermed mange faktorer som spiller inn i en slik søknadsprosess.

Det som også er negativt er at en slik søknadsprosess ofte tar svært lang tid, noe som kan føre til at tannsituasjonen kan ha endret seg innen saken om pengestøtte er ferdigbehandlet.

I forhold til NAV og en rusbruker med 6 mnd behandlingstid - det er håpløst. En rusbruker kan ikke klare å holde fokus og forholde seg til et slikt tidsperspektiv. Om behandlingen derfor haster, må du ta en avgjørelse før saken blir behandlet. Man har lov å gjøre akuttbehandling før søknaden er behandlet, altså har du lov å gjøre en akutt-endodonti/rotfylling eller ekstraksjon.

Akuttbehandlingen har du da ikke søkt om, så da må du eventuelt sende en ekstra søknad for akuttbehandlingen i etterkant. Det er nok derfor svært mange tannleger velger å ikke ta inn NAV-pasienter, fordi det rett og slett er mye styr, papirarbeid og hodebry.

Er det noe i standard prosedyre ved journalopptak som kan avdekke et rusproblem hos pasienten?

Flere fylkeskommuner har en ordning der visse private tannklinikker kan behandle pasientgrupper som egentlig skal være under DOT, for eksempel pasienter som går på LAR, eller er under PUT - rett og slett fordi det ikke er nok kapasitet hos den offentlige tannhelsen. Dette skjer da på fylkeskommunens regning. Ralf selv var i denne avtalen, men måtte gå ut av den mye fordi privat sektor ikke kunne konkurrere med de offentlige takstene, på grunn av de store driftsfordelene de offentlige har. Det var i alle fall grunnen til at Ralf gikk ut av avtalen på den tiden. Kombinert med andre grunner selvsagt.

Alle tannleger har mest sannsynlig diverse ruspasienter blant sin liste av "vanlige" pasienter. Det har jo kommet frem at flere folk i diverse jobbmiljø ruser seg daglig. Når Husebø derfor går gjennom helseskjemaet har han til rutine å spørre om pasienten går på medisiner og/eller rusmidler. Er det en pasient han har hatt over flere år og opprettet en trygg relasjon med, bruker han selvsagt skjønn, men ellers spør han alle om dette. Ikke alle vil være ærlige når det kommer til svaret, men da har du som tannlege spurt. Du har ditt på det rene. Man kan jo ikke tvinge pasientene til å dele alt med oss helsepersonell. Lurt også å nevne at ulike rusmiddel kan interagere med bedøvelsen vi gir, derfor er det viktig at de er ærlige med oss, slik at det ikke oppstår en situasjon som kunne blitt unngått. Dessverre vet vi lite om slike interaksjoner, men fint at pasienten er klar over dette før behandling.

Hvilken type behandling ble gjort på pasientene i Funkishus-samarbeidet? Var det mer akuttbehandling eller var det store protetikkarbeid involvert også?

Det var alle typer behandling, men mest kompositt- og glassionomerfyllinger. Protese, krone og så videre krever oppfølging, det krever noe av pasienten. Du er avhengig av at pasienten møter opp til videre behandling.

Flere rusbrukere kom inn til Ralf med et ønske om nye tenner i begge kjevene, men da måtte de først bevise at de møtte opp til timene. De fleste behandlingsbehov tilgjengelige for pasientgruppen, om pasienten forstod alvoret og tidsperspektivet behandlingen krevde.

Sjelden pasienten kom inn tannløse. De fleste kom inn med rotrester og flere tenner som krevde ekstraksjon før videre behandling var aktuelt.

God informasjon og dialog med pasienten var helt essensielt. De måtte forstå forløpet. Husebø forklarte hvordan han først måtte rense opp og gjøre akuttbehandlingen primært - alt fra insidere og drenere abscesser, fjerne tenner som ikke var holdbare, rotfyllinger, ekskavere karies og legge fyllinger. Hvis pasienten dermed klarte og følge opp så kunne behandlingen gå videre. En protese tar jo flere uker og krever mange besøk.

Ved første behandling tok jeg undersøkelse og akuttbehandling, prøvde å få til en fylling eller to, slik at pasienten følte vi hadde gjort noe.

Dermed tok Husebø kontakt med funkishuset og sa ifra om at de gjerne kunne sette opp 60 min til denne pasienten neste gang han var inne. De hadde en liste, og når de så at denne pasienten var inne, så spurte de vedkommende om han/hun ville til tannlegen den dagen. De gjorde sjeldent faste avtaler og tok heller de folkene som var tilstede.

Hvilke forhåndsregler tok du når du behandlet denne pasientgruppen?

Denne pasientgruppen har jo psykiatri i tillegg. Det er nok en større grad av redde pasienter her i kombinasjon med at de har fått dårlig behandling tidligere."

Tannlegen gjorde det tydelig helt fra starten at han ikke ville skrive ut medisiner til denne gruppen pasienter, bortsett fra Ibux og Paracetamol, noe de sjeldent ville ha. Noe sterkere smertestillende måtte de eventuelt få av fastlegen. Han fikk også flere forespørsler om både premedisinering og narkose, men det måtte de klare seg uten, skulle de få behandling hos han.

"De prøver seg, og det må man være forberedt på." sier Husebø.

Mange kom også med ønsker om implantater. Husebø forklarte da at pasienten har et enormt behandlingsbehov, og at en behandling som innebar implantater såpass tidlig i behandlingsbildet ville vært feilbehandling.

Vi må starte med det som trengs først. Bli kvitt sykdom, infeksjoner, abscesser, karies, periodontitt og så videre. Mange av dem ville gjerne ha faste tenner, derfor er god kommunikasjon og informasjon viktig for å gi dem et realistisk bilde av tannsituasjonen sin, og de ulike risikofaktorene hver av dem bærer med seg.

Rusbrukere har mange risikofaktorer, med tanke på at de fleste røyker, har infeksjoner og har generell dårlig hygiene og evne til å ta vare på seg selv. Husebø satt ett implantat i løpet av dette samarbeidet, så en slik behandling på denne pasientgruppen er svært sjeldent. Dette var på en pasient som hadde fine nabotenner, god hygiene, ikke kariologiske eller periodontale problemer, så her var jo forholdene gode.

Tror du tannleger har et feilinntrykk av en slik pasientgruppe?

Ja, det tror jeg nok. Som jeg sa tidligere var det å ha disse pasientene et lyspunkt i arbeidsuka mi. Men jeg tror veldig mange tannleger føler de generelt har nok å gjøre på jobb, og at de ikke vil ta inn enda en pasientgruppe. Jeg tror også at mange er usikre, mest på hvordan de skal behandle pasientene. Hvilke hensyn skal jeg ta angående medisiner? Hvordan kommer de til å oppføre seg? Noen er sikkert også litt bekymret over hva de andre pasientene vil tenke hvis de møter slike pasienter på venterommet. Jeg derimot fikk bare gode tilbakemeldinger, og dette var ikke en faktor jeg var spesielt bekymret over i forkant. I tillegg er jo dette pasienter som ofte ikke møter, noe de færreste tannleger er store tilhengere av.

Hva tenker du angående bruk av anestesi? Er det noen rusmidler man skal være spesielt oppmerksomme på angående dette?

Det finnes lite dokumentasjon på dette. Spørsmålet er om man skal la vær å behandle på grunn av det? Man kan jo i teorien få en allergisk reaksjon på alle pasienter vi behandler. Det betyr jo ikke at vi ikke skal behandle. Skal være forberedt selvfølgelig. Ringe 113 om det skjer noe. Også viktig å ha en åpen dialog med pasienten. Jeg sa for eksempel "vi vet ikke hvordan dine rusmidler vil reagere med våre medikamenter, mulig det kan skje en kryssreaksjon." Informasjon og godkjenning fra pasient er nødvendig, og skriv alt inn i journalen.

Var det noen rusmiddel som pasientene var påvirket av, mer enn andre?

De fleste blandet ulike rusmidler. Flere amfetamin enn heroin. Nesten alle hasj, tobakk og alkohol. De på amfetamin eller steroider var ofte mer aggressive. Lurt og vite det på forhånd, slik at du har det i bakhodet. Men oftest er jo pasientene takknemlige for å bli behandlet.

Noen damer lot hendene vandre under behandlingen, derfor husk en ekstra person i rommet, slik at det ikke blir ditt ord mot pasientens. Under mange typer premedisinering kan pasienten få ulike hallusinasjoner. Derfor godt å ha et vitne til, skriv også dette inn i Opus.

Sånn til slutt – har du noen råd dersom vi skulle få denne pasientgruppen i tannlegestolen?

Da ville jeg fokusert på;

- Dette er vanlige mennesker som trenger en helt ordinær behandling. Møt de dermed som helt vanlige mennesker, med respekt.
- VÆR REALISTISK og begynn med det som er enkelt.
- Indikasjon for protetisk - og endobehandling bør være strengere, som for eksempel ekstra gode forhold.
- La pasienten føle at du tar vedkommende på alvor. Start for eksempel med det som pasienten plages mest med.
- Hovedforskjellen er nok pasientens evne til å følge opp. Og dette faktumet vil jo da også påvirke behandlingsplanleggingen. Sjekk dermed først om pasienten følger opp, før du går over til mer avansert behandling.
- Ruset når de kommer og ruset når de går, og dermed blir jo dialogen endret også. Man bør ha takhøyde og forståelse for dette.
- Pasienter med flere risikofaktorer;
 - Implantat sjelden – på grunn av dårlig hygiene. Mulig du får de til å opprettholde god hygiene de 6 månedene mens de er til behandling hos deg, men hva med etterpå?
 - Aktiv rus - aner ikke hvordan det påvirker for eksempel tilhelingen. Effekten av rus er det svært lite dokumentasjon på, men man må fortsatt regne det som en risikofaktor da vi ikke vet.
 - Avbestilling: møter ikke opp til timene. Bør derfor unngå midlertidig behandling, slik som IRM og trinnvis-ekskavering. Legg heller noe mer holdbart, slik som GIC/kompositt.
 - Munntørrhet med tanke på større konstruksjoner. Velger sjeldent broer til disse pasientene.
 - Kosthold: svært sukkerholdig mat/drikke. Ulike rusmidler som gjør deg svært sulten og sukkerlysten.
 - Røyker: reduserer tilheling med mer.

- *Det siste rådet er å ikke tro at det å behandle disse pasientene er så vanskelig! Det er ikke vanskelig. Man utvikler ferdigheter med ulike typer mennesker og mennesker man møter i ulike type sårbare situasjoner gjennom å arbeide som tannlege for rusmisbrukere.*

Det som er kjekt med tannlegeyrket er at du bygger relasjoner med pasientene. Alle pasientene vet hvor mange unger jeg har og hva jeg jobber med. Disse pasientene føler seg sett og det blir en veldig personlig relasjon. Det fører til at mine pasienter slapper av - de stresser ned i en veldig stresset situasjon som er det å sitte i en tannlegestol. Det er noe av sjarmen med yrket. Alltid starte med å se pasientene rett i øynene og spørre hvordan går det med deg.