

Orale helseutfordringer hos mennesker med psykoselidelser til behandling på DPS døgnbehandling

Line Løvberg

og

Oona Martine Østmo



Veiledere

Tiril Willumsen

Ann Catrin Høyvik

Masteroppgave ved Det odontologiske fakultet

Universitetet i Oslo

2021

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	6
Introduksjon	7
<i>Psykiske lidelser og oral helse</i>	7
<i>Schizofreni og oral helse</i>	9
<i>Psykiske lidelser og komorbiditet</i>	10
<i>Antipsykotika og oral helse</i>	11
<i>Livsstilsfaktorer</i>	14
<i>Manglende evne til å forstå omfanget av egen oral helse</i>	15
<i>Hvordan tilnærme seg i behandlingssituasjonen</i>	16
<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	18
<i>Oppfølging av pasientene</i>	18
<i>DPS</i>	20
<i>Målet med studien</i>	21
Metode	22
<i>Utvalg</i>	22
<i>Koronapandemiens begrensninger på masteroppgaven</i>	23
<i>Design og prosedyrer</i>	24
<i>Etiske problemstillinger</i>	26
Resultater	27
<i>Stemplet av psykiatrisk diagnose</i>	28
<i>Erfaringer hos tannlegen</i>	29
<i>Tungrodd/tungvint system</i>	31
<i>Psykoseproblematikk</i>	35
<i>Rettigheter</i>	38
Diskusjon	42
<i>Intro</i>	42
<i>Stemplet av psykiatrisk diagnose</i>	43
<i>Erfaringer hos tannlegen</i>	44
<i>Tungvint system</i>	45
<i>Psykoseproblematikk</i>	46
<i>Rettigheter</i>	47
<i>Styrker og svakheter</i>	48
Kliniske implikasjoner	49

<i>Hva må det forskes mer på?</i>	51
Konklusjon	52
Referanser	53
Appendix	56

Forord

I vår masteroppgave har vi valgt å skrive om orale helseutfordringer for mennesker med psykoselidelser og hvilke barrierer de møter for å oppnå god oral helse. Oppgaven er en kombinasjon av litteraturstudie og praktisk studie, da vi har gjennomført et eget intervju med mennesker med psykoselidelser og ansatte ved DPS avdeling Nydalen, i tillegg til å knytte disse funnene opp mot eksisterende litteratur. Vi vil rette en stor takk til våre veiledere Tiril Willumsen og Ann Catrin Høyvik for god rettleiding og gode råd! Vi vil også takke ansatte og brukere på DPS avdeling Nydalen for god hjelp til å kunne få gjennomført studien på best mulig måte.

Begrepstabell

ADL	Activities of daily living. Et scoringssystem som belyser funksjonstap.
Agranulocytose	Nærmest fullstendig mangel på granulocytter (en type hvite blodceller)
Antikonvulsiva	Krampestillende medikamenter
Antipsykotika	Medikamenter som brukes mot psykoser
Candidiasis	Soppinfeksjon
DMFT	Decayed, missed and filled teeth/skadede, manglende og fylte tenner. Dette er et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av sykdom.
DOT	Den offentlige tannhelsetjenesten
Dysfagi	Svelgeproblemer
DPS	Distriktpspsykiatrisk senter
Dysgesi	Smaksendringer
Glossitt	Tungebetennelse
Halitose	Dårlig ånde
Karies	Bakteriell sykdom i tenner
Leukopeni	Unormalt lavt antall hvite celler i blodet
NSAID	Ikke-steroid antiinflammatorisk middel
Odontofobi	Tannbehandlingsangst
Obstruktiv asfyksi	Kvelning ved lukking av munn, nese eller luftveier grunnet fremmedlegemer eller myke gjenstander
Orale ulcerasjoner	Munnhulesår
Periodontitt	Tannkjøttssykdom
Saliva/salivasjon	Spytt/spyttproduksjon
Sinusitt	Betennelse i bihulene
Stomatitt	Munnhulebetennelse
Tardive dyskinesier	Ufrivillige ansiktsbevegelser
TOO	Tortur, overgrep og odontofobi. Tilrettelagt tannbehandling for mennesker utsatt for tortur, overgrep eller som har odontofobi.
Tungeødem	Oppsvulming av tungen
Xerostomi	Munntørrhet

Sammendrag

Bakgrunn: Mennesker med psykoselidelser har nedsatt oral helse av ulike årsaker.

Det kan være grunner relatert til diagnosen, eller bivirkninger knyttet til medisiner.

Ofte har disse pasientene rettigheter til gratis tannbehandling innen DOT, HELFO eller gjennom TOO-tilbudet, noe de ofte ikke er informert om.

Målet med studien: Målet med studien var å utforske betydningen av oral helse, og hvilke barrierer som hindrer god oral helse hos mennesker med psykoselidelser.

Metode: For å kartlegge subjektive erfaringer knyttet til oral helse, ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med to ansatte ved DPS Nydalen og tre brukerrepresentanter. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide. Intervjuet ble analysert ved hjelp av prinsipper fra kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Analysen pekte på fem temaer som var av særlig betydning for informantene: 1) Stemplet at psykiatrisk diagnose, 2) Tidligere erfaringer hos tannlegen, 3) Systemet oppfattes som tunggrodd, 4) Psykoseproblematikk påvirker tannhelse og tannhelseatferd, og 5) Rettigheter til tannbehandling.

Brukerrepresentantene hadde ulike erfaringer fra tannlegebesøk, og oppsøkte kun tannlegen ved akuttbehov. De ansatte syntes organiseringen av tannhelsetjenester var vanskelig å forholde seg til, og hadde et ønske om et tettere samarbeid på tvers av helsesektorene.

Konklusjon: God munnhelse er av vesentlig betydning for ernæring, selvfølelse og den generelle helsen. Det er behov for økt fokus på oral helse hos personer med psykoselidelser både gjennom utvikling av tverrfaglig samarbeid og forskning, og gjennom utdanning og informasjon til helsepersonell som arbeider med denne gruppen.

Introduksjon

Psykiske lidelser og oral helse

Mennesker med psykiske lidelser, som psykoselidelser, kan ha et komplekst og sammensatt sykdomsbilde, og livet deres er i gjennomsnitt 20 år kortere sammenliknet med den resterende befolkningen (Wahlbeck et al, 2011). Det kan være traumer fra barndommen som mobbing, neglekt, vold, økonomisk status, ulike bakterier og medisiner som bidrar til deres tilstand. I og med at disse menneskene har flere sammensatte problemer, blir den orale helsen ofte nedprioritert. Det kan synes ut fra klinisk erfaring at det legges for liten vekt på opprettholdelsen av oral helse hos mennesker med disse psykiske problemene. I Norge, som ett av verdens rikeste land med best helseforsikring, er munnhulen fortsatt ikke sett på som en del av kroppen. Det er som skrevet i en utredning av Helsedirektoratet fra 2010: *“I dag er munnen fysisk, men ikke organisatorisk, en del av kroppen”* (Helsedirektoratet, 2014). Staten dekker tannbehandling opp til 18 år, deretter må voksne stort sett betale behandling av egen lomme (HELFO, 2019). Det er mange som faller ut av tannhelsesystemet av ulike årsaker etter at den offentlige innkallingen bortfaller. Det finnes tilbud til mange grupper av mennesker både innen DOT, HELFO-systemet og TOO (Helsedirektoratet, 2010), men det kan synes å være vanskelig å orientere seg om hva slags rettigheter den enkelte har. DPS er en kommunal institusjon, og pasienter som er innlagt i institusjon har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra DOT, ettersom pasientene regnes som gruppe C-pasienter i tannhelsetjenesteloven §1-3 første ledd bokstav c (Helsedirektoratet, 2019). Det er dog et krav om at institusjonsoppholdet må ha vart, eller er ment å vare, i minst tre måneder. Tilrettelagt tannbehandling gjennom TOO-tilbudet er et alternativ for dem som har vært utsatt for grov tortur, overgrep av seksuell karakter eller vold i nære relasjoner,

og/eller lider av odontofobi eller annen psykisk lidelse med innslag av odontofobi (Helsedirektoratet, 2019). Dersom disse kravene er innfridd, etter samtale og diagnostisk intervju/screening med en psykolog, vil pasienten få angst- eller annen psykologisk behandling, med påfølgende tannbehandlingstilbud slik at akseptabel tannhelse oppnås. Helsepersonell kan henvise pasienter til kompetansesenteret eller til Tverrfaglig behandlersteam TOO, dersom pasientene har vært utsatt for tortur, overgrep og/eller har odontofobi. Gruppe C-pasienter har, som skrevet over, rett til gratis tannbehandling gjennom DOT. Dersom pasientene faller inn under en av HELFOs 15 tilstander, som gir rett til refusjon på behandling, vil ikke dette gjelde da pasientene allerede mottar gratis tannbehandling gjennom DOT. Pasientene har ikke rett til begge deler. Det er viktig at mennesker i vanskelige/sårbare situasjoner vet om rettighetene sine gjennom disse tilbudene. Manglende evne til egenomsorg, og tannlegebesøk, som ikke blir prioritert før det er nødtilfelle, har vist seg å være tilfelle for mennesker med schizofreni (Gupta et al, 2016). Oral helse handler om mer enn bare tenner, og World Dental Federation lanserte i 2016 en ny definisjon på oral helse der målet er å plassere munnhulen som en integrert del av vår generelle helse: "Oral helse er mangesidig og inkluderer, men er ikke begrenset til, evnen til å snakke, smile, lukte, smake, berøre, tygge, svelge, formidle et spekter av følelser gjennom ansiktsuttrykk med selvtillit og fri for smerte, ubehag og/eller sykdom i det kraniofaciale kompleks." (Hauge et al, 2019). Personer med psykiske lidelser mangler som regel flere av disse elementene av oral helse. Karakteristika som uorganisert tale, presset tale og sakte tale, samt symptomer som xerostomi og emaljeerosjoner er typisk for de som lider av en psykiatrisk diagnose (Shah et al, 2017).

Schizofreni og oral helse

I Norge antas det å være rundt 10.000 personer i året under behandling av Schizofreni, og rundt 10% av alle uføretrygdede i Norge lider av denne diagnosen (Johannessen, 2002). Det er massive kostnader forbundet til schizofreni, og samfunnskostnadene knyttet til schizofrenipasienter er alene mer enn total kostnadene knyttet til kreftsykdommer og hjerte-og karsykdommer til sammen. Schizofreni er en diagnose som kan utarte seg forskjellig fra individ til individ. Typiske symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser. På fagspråket kalles disse positive symptomer (Helsenorge, 2019). Sykdommen kan også utarte seg til lange perioder hvor pasienten er følelsesmessig flat, apatisk, gledesløs, sosialt tilbaketrukket, har konsentrasjonsvansker og mangler ansiktsmimikk. Disse symptomene kalles negative symptomer (Johnstone et al, 1989). Selv om de negative symptomene ansees å være mindre dramatiske sammenliknet med de positive, er de negative i større grad årsaken til kronisk forstyrrelse og hindrer ofte rehabilitering av pasientene (Thomas et al, 1996). De negative symptomene har også stor innvirkning på pasientenes orale helse, fordi de svekker pasientenes ønske om, og evne til å utføre forebyggende tannhygieniske tiltak. Ut ifra disse beskrivelsene kan man forstå at personlig hygiene og tannpuss ikke er førsteprioritet i tunge perioder. Litteraturen bekrefter at det er en tydelig sammenheng mellom nedsatt oral helse og psykiske lidelser. Det er blitt gjort noen studier der tannhelsen til pasienter med schizofreni sammenlignes med tannhelsen til den generelle befolkningen, og basert på blant annet DMFT-score og antall manglende tenner, er konklusjonen en dårligere tannhelse hos pasientene med schizofreni (Gupta et al, 2016; Arnaiz et al, 2011; Tani et al, 2012). *Gupta et al* (2016) fant også høyere DMFT-score med økende alder og at den orale helsen forverres ved langvarig innleggelse

sammenlignet med polikliniske pasienter (Gupta et al, 2016). Det har blitt utført studier med hensikt å kartlegge kjønnsforskjeller med hensyn til DMFT-score, men det ble ikke funnet en signifikant sammenheng mellom kjønn, schizofrenidiagnose og nedsatt oral helse (Jovanovic et al, 2010). *Jovanovic et al (2010)* så på studier gjort over hele verden, og konkluderte med at denne sårbare gruppen har mer ekstraherte og kariøse tenner, mindre fyllinger, mer uttalte og alvorlige periodontale problemer, dårligere oral hygiene og er mer plaget med xerostomi sammenlignet med resten av befolkningen. Xerostomi er den mest uttalte bivirkningen ved bruk av antipsykotiske legemidler, som det er veldig vanlig at schizofrenipasienter står på (Gupta et al, 2016). Saliva har mange viktige og beskyttende egenskaper i det orale miljøet, slik at xerostomi kan gjøre munnhulen mer utsatt for oral patologi (Dawes et al, 2015).

Psykiske lidelser og komorbiditet

Komorbiditet, tilstedeværelse av én eller flere psykiske lidelser eller somatiske tilstander utover hoveddiagnosen, kan være hyppig forekommende hos pasienter med psykoselidelser som schizofreni (Helsedirektoratet, 2013). Hos pasienter med psykoselidelser er de vanligste komorbide tilstandene angstlidelser, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og rusmiddelmisbruk. Hos pasienter med tidlig diagnostisering av schizofreni er affektive lidelser, tvangslidelse (OCD), Aspergers syndrom og dissosiative tilstander de vanligste differensialdiagnosene. Pasientens schizofrenidiagnose kan bidra til å maskere den fysiske helsen, og eventuelle somatiske lidelser, fordi pasientens og helsepersonellens fokus er på psykoselidelsen. Det er en forutsetning at komorbide tilstander identifiseres og behandles for å redusere negativ innvirkning på pasientens behandlingsresultat og

prognose. Tannhelsepersonell spiller en viktig rolle ved å eliminere eventuell oral patologi, da komorbide tilstander også kan gi seg utslag i den orale helsen.

Antipsykotika og oral helse

Ulike antipsykotika som brukes i behandling av schizofreni, medfører ofte uheldige bivirkninger, som xerostomi (Gupta et al, 2016). Dette gjør at pasienter med schizofreni har høy kariesrisiko, særlig for rotkaries. Følgetilstander av xerostomi kan også være candidiasis og glossitt, som kan gi utfordringer med tale og svelging. På grunn av endring i det orale miljøet forårsaket av medikamentene, vil redusert salivasjon intensivere periodontal sykdom, i tillegg til kariesutvikling. Disse bivirkningene økte med varigheten av den psykiske lidelsen, fordi pasientene måtte gå på medisinene over en lengre periode (Hede, 1995). De vanligste medikamentene som brukes av pasienter med schizofreni er blant annet første- og annengenerasjons antipsykotika (Shah et al, 2017).

Tabell 1. Tabellen viser en oversikt over første- og annengenerasjons antipsykotika som ofte brukes av pasienter med psykoselidelser, og hyppigheten av ulike bivirkninger ved bruk av disse (Cockburn et al, 2017)

	Haloperidol	Chlorpromazine	Quetiapine	Clozapine	Olanzepine	Risperidone
Xerostomi	Vanlig	Vanlig	Veldig vanlig	Veldig vanlig	Veldig vanlig	Vanlig
Tardive dyskinesier	Vanlig	Vanlig	Vanlig		Vanlig	Vanlig
Økt salivasjon	Vanlig		Vanlig	Veldig vanlig	Vanlig	Vanlig

Stomatitt		Vanlig				Mindre vanlig
Dysfagi			Mindre vanlig	Mindre vanlig	Vanlig	Mindre vanlig
Tungeødem			Mindre vanlig		Vanlig	Mindre vanlig
Karies og tannpine			Vanlig		Vanlig	Mindre vanlig
Orale ulcerasjoner				Veldig vanlig		
Sinusitt					Vanlig	
Dysgesi						Mindre vanlig

I studien til *Cockburn et al (2017)* ble xerostomi som bivirkning innrapportert fra alle deltakerne som brukte antipsykotika og/eller antikonvulsiva. Tardive dyskinesier og økt salivasjon som bivirkning ble innrapportert hos henholdsvis 96% og 78% av deltakerne på de samme medikamentene. Disse bivirkningene påvirker pasientenes ernæringsmessige valg, og det er gjerne et økt inntak av mat- og drikkevarer som fremmer utvikling av karies og/eller erosjonsskader, særlig brus. Antipsykotiske legemidler kan indusere metabolske forstyrrelser som diabetes og fedme, som har vist seg å ha en negativ innvirkning på den orale helsen (Denis et al, 2020). Dermed får man en ond sirkel, der oral og systemisk patologi gjensidig påvirker hverandre negativt (Haugen et al, 2021). Det er viktig som tannhelsepersonell å vite om symptomene og bivirkningene ved bruk av antipsykotika, både i forhold til

behandling, men også med tanke på veiledning av pasientene med hensyn til kosthold og oralt renhold. I Helsedirektoratets retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, poengteres nødvendigheten av å informere pasienter som står på medikamenter med antikolinerg effekt, som antipsykotika, om viktigheten av å ha god tannhygiene (Helsedirektoratet; utredning, behandling og oppfølgingsrapport). I tillegg bør man informere annet helsepersonell, som omgås pasientene jevnlig, om ulike spyttstimulerende produkter som kan lindre bivirkningene knyttet til xerostomi. Det finnes flere alternative muligheter når det gjelder symptomatisk behandling av medikamentindusert xerostomi, og disse er listet opp i tabell 2 (Guggenheimer et al, 2003; Westlie og Hansen, 2006). Det er viktig å huske at symptomatisk behandling av xerostomi er individuell, og må derfor tilpasses den enkelte pasient.

Tabell 2. Tabellen viser en oversikt over palliative anbefalinger, alternative salivasubstitutter og kolinerge medikamenter som kan bidra til symptomatisk behandling av munntørrehet (Guggenheimer et al, 2003; Westlie og Hansen, 2006).

Palliative anbefalinger	Ikke-medikamentelle preparater som stimulerer spyttsekresjonen	Salivasubstitutter	Medikamentelle preparater som stimulerer spyttsekresjonen (kolinerge virkning)
Unngå alkohol og munnskyllevann som inneholder alkohol.	<ul style="list-style-type: none"> - Dekanin (kunstig saliva) - Salivin (pastiller) - Flux, Caroxin (tyggegummi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Saliva Orthana (spray) - Zendium (gel) - Proxident (spray) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pilocarpin - Civemeline

Bruke en luftfukter om natten.	<ul style="list-style-type: none"> - Xerodent (Sugetabletter) - Proxident (munnspray) 	<ul style="list-style-type: none"> - Biotene (gel, munnskyll eller tannkrem) - Youtel (tannkrem) - Si-ko (tannkrem) 	
--------------------------------	---	--	--

Atypiske bivirkninger ved bruk av konvensjonell antipsykotisk medisiner, er blitt diskutert (Friedlander et al, 2002). Dette er bivirkninger som uopphørlige spasmer i kjevemuskulaturen, som kan føre til løsning av proteser, mucosale sår og fatigue av tyggemuskulatur. Andre bivirkninger av antipsykotiske medikamenter er agranulocytose og leukopeni, som kan manifestere seg som soppinfeksjoner eller sår i munnslimhinnen. Nedsatt hosterefleks og økt risiko for død forbundet med obstruktiv asfyksi, blir også nevnt som alvorlige risikofaktorer forbundet med disse medikamentene. Et annet uventet funn, særlig relatert til medikamentet clozapine, var hypersalivasjon. Det kan bli så store mengder saliva at pasientene sikler på klærne sine, fordi de ikke klarer å kontrollere den overfløydige salivasjonen. Dette gjelder spesielt de to første ukene etter oppstart av clozapine.

Livsstilsfaktorer

Gupta et al (2016) fant i sin studie at 60% av de schizofrene deltakerne er storrøykere, og årsaken ble antatt å være relatert til den økte stimulerende effekten (Gupta et al, 2016). Røyking induserer frigjøring av dopamin i hjernen, stimulerer aktiviteten av, og hemmer nedbrytningen av hormonet. Studien inkluderte 250 schizofrene, og resultatene viste økt gingivalindeks, plakkindeks og dypere lommer

sammenlignet med resten av befolkningen. *Shah et al (2017)* fant i sin studie samme resultater angående økt fare for marginal periodontitt og munnhulekreft relatert til røyking (Shah et al, 2017). En studie i Serbia viste også høyere DMFT for pasientene som småspiste offerer og gikk sjeldnere til tannlegen (Jovanovic et al, 2010). Generelt blant schizofrene er det vist dårligere ernæringsstatus, parafunksjonelle uvaner som neglebiting og tanngnissing, lite fysisk aktivitet, økt rusmisbruk, sosial tilbaketrekking og økt selvmordstendens (Das Purkayastha et al, 2020).

Manglende evne til å forstå omfanget av egen oral helse

Det er bred enighet om at disse pasientene bør oppmuntres til regelmessige tannlegebesøk, for å opprettholde en god tannhelse (McCreadie et al, 2004). Disse pasientene har en tendens til å utebli fra undersøkelser, i tillegg til å ha vanskeligheter med å ivareta sin egen tannhelse. Dette er en uheldig kombinasjon. Ofte forstår heller ikke pasientene viktigheten av å ivareta munnhelsen, som en del av den generelle helsen. Manglende drivkraft for å opprettholde egenomsorg grunnet generelt dårlig helse, og manglende evne til å møte kostnadene ved behandling, er blitt diskutert som mulige årsaksfaktorer (Gupta et al, 2016). En undersøkelse gjort i Serbia på 372 psykiatriske pasienter viste at de har lavere motivasjon til å oppsøke tannlegen regelmessig, de pusset tenner for kort og forstod ikke hvordan dårlig tannhelse kunne påvirke den generelle helsen i negativ forstand. Disse pasientene har ofte lavere utdanning, som kan bidra til lavere forståelse av oral helse, i tillegg til lav inntekt som gjør det vanskeligere å prioritere tannlegebesøk utover akuttbehandling (Jovanovic et al, 2010). Et tettere samarbeid mellom psykisk helsepersonell og tannhelsepersonell anses som viktig for å eliminere barrierer

knyttet til tannlegebesøk, være seg psykososiale eller økonomiske (Kisely et al, 2016).

Hvordan tilnærme seg i behandlingssituasjonen

Manglende kunnskap rundt diagnosen schizofreni kan gjøre tannleger usikre i behandlingssituasjonen (Friedlander og Marder, 2002). Det er rapportert om manglende vilje fra tannleger til å behandle disse pasientene. De har lavere pasientkooperasjon, noe som gjør det vanskeligere å få til et godt samarbeid mellom behandler og pasient. Behandlingsbehovet er ofte stort, og derfor tidkrevende. I tillegg er det viktig for tannlegen å sette seg ekstra godt inn i pasientens anamnese, fordi antipsykotiske medisiner som pasienten står på, kan gi uønskede effekter i kombinasjon med lokalanestesi eller smertestillende. Det er ikke uvanlig at pasienter med psykiske lidelser bruker rusmidler. Narkotiske stoffer øker faren for svært uheldige reaksjoner som kan interagere med medisiner relatert til tannbehandling. Det er viktig å utøve forsiktighet ved forskriving av legemidler, og sette av god tid til pasienten. Hvis pasienten får tillit til tannlegen, kan tannlegen potensielt innhente mye relevant og ærlig informasjon knyttet til for eksempel bruk av rusmidler. Behandlingssituasjonen vil også kunne bli lettere å håndtere for begge parter. Tannhelsepersonell som har kjennskap til disse pasientgruppene, medisiner de står på og deres bivirkninger, vil generelt kunne føle seg tryggere under behandling av pasientene. Den svenske overtannlegen Inger Stenberg, som har jobbet mye med pasienter med psykisk sykdom, stiller det retoriske spørsmålet: "hvem er redd for hvem?", og sikter til pasient og behandler (Stenberg, 2012). For pasientene er det største problemet at behandleren er redd, og det viser seg at mange tannleger er usikre i kontakt med pasienter med psykiske problemer (Stenberg, 2011). Ved å ha

kunnskap om den psykisk syke pasientens symptomer, og hvordan pasienter opptrer i tannlegestolen, vil tannlegen på en bedre måte kunne gi god behandling. For psykisk syke pasienter er munnen et følsomt område. I tillegg har de ofte tannbehandlingsangst basert på sin psykiske sykdom. Ikke sjeldent føler de seg stigmatisert grunnet sin dårlige orale helse, som ofte skyldes medisiner, ugunstig kosthold og suboptimal oral hygiene. Det er derfor ekstra viktig at tannlegen viser omsorg overfor denne pasientgruppen. Det har vist seg at traumatiske hendelser som fysisk og/eller psykisk mishandling, mobbing eller seksuelle overgrep har en sammenheng med risikoen for å utvikle psykoselidelser senere (Helsedirektoratet, 2013). Spørsmål om traumer bør derfor inngå som en del av den grundige anamnesen og den helhetlige vurderingen av pasienten. Selvmord er et problem blant denne pasientgruppen, og regnes som den viktigste årsaksfaktoren for tidlig død. Helsedirektoratet viser til forskningsdata som tilsier at 15-25% av pasienter med schizofreni har forsøkt å ta selvmord i tiden før første behandlingskonsultasjon. Rapporten trekker frem flere risikofaktorer for selvmordsforsøk; unge menn, tidligere selvmordsforsøk, bruk av rusmidler, sosial isolasjon, psykosesyntomer, dårlig etterlevelse av behandling og dårlig kvalitet på behandlingen som tilbys pasienten. Derfor er det spesielt viktig å møte disse menneskene med respekt.

Tannhelsepersonell kan være med å påvirke pasientens fremtidsutsikter ved å gi en individuell og optimal behandling. Kunnskap om schizofreni, er som skrevet, viktig for å lykkes med behandling av disse pasientene (Stenberg, 2011). Dersom behandling av disse pasientene ikke lykkes, er det en risiko for at de ikke vil returnere til neste time.

Tverrfaglig samarbeid

Før behandlingsoppstart av pasienter med schizofreni bør tannlegen konsultere med pasientens psykiater, innhente informasjon knyttet til pasientenes nåværende psykologiske status, nåværende regime med psykotrope medikamenter, samt få pasientenes samtykke til behandling (Friedlander og Marder, 2002). I samme studie blir det også anbefalt at tannlegen ber om psykiaterens vurdering av pasientens evne til samtykkekompetanse, og søke psykiaterens mening knyttet til pasientens evne til å delta i behandlingsplanlegging. Dersom pasientene står på det nyere antipsykotikumet clozapine, må det tas blodprøver jevnlig for å kontrollere at antall hvite blodlegemer ikke er lavere enn 3000 per mm³ (Helsenorge, 2021; Friedlander og Marder, 2002). Tall lavere enn dette kan være tegn på benmargssuppresjon, og tannbehandling er kontraindisert for å unngå uønskede medikamentelle endringer. Et godt samarbeid med pasientens psykiater er viktig for å behandle denne pasientgruppen på en god måte. Når det gjelder de pasientene som opplever bruxisme som en medikamentell bivirkning, anbefales et multidisiplinært samarbeid mellom tannleger, leger og farmasøyer for å finne en god farmakologisk behandling for dette (Cockburn et al, 2020). Samme studie anbefaler også tannlegene å henvise pasienter med dysfagi-problematikk til lege for behandling med logoped og ernæringsfysiolog.

Oppfølging av pasientene

Ansatte som jobber med disse pasientgruppene ved institusjoner har etterspurt standard sjekklister for ytterligere å kunne hjelpe disse pasientene (Wey et al, 2016). De poengterer viktigheten av et godt samarbeid mellom tannhelsepersonell og annet helsepersonell, for å forbedre og prioritere forebyggende tiltak for å forhindre tanntap

hos pasientene. Blant tiltakene nevnes det å unngå godteri og tobakk, samt å lære korrekt tannbørsteteknikk. En annen studie foreslår at pasientene følges opp og henvises til tannhelsepersonell, som tilbyr behandling til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Kisely et al, 2016). Vurdering og oppfølging av psykotropiske medikamenter, som ikke har xerostomi som bivirkning, burde tilstrebes. Den samme studien skriver også at pasientene bør bli spurt om sin subjektive salivasjon. Det er av interesse å spørre pasientene om denne er redusert, eller om de har problemer med å svelge, snakke eller spise. Tilleggsspørsmål bør kartlegge eventuell tilstedeværelse av tørre og/eller sprukne lepper, halitose eller munnsår. Det er også viktig at tannlegen gjør en grundig klinisk vurdering av pasientenes slimhinner, samt en grundig spesiell anamnese (Okamoto et al, 2016). Tannlegen bør oppmuntres til å informere pasientens psykiater om de funn som er gjort knyttet opp mot eventuell polyfarmasi og xerostomi, og foreslå tiltak for å bedre pasientenes xerostomiproblematikk. Tannhelsepersonell vil i tillegg spille en viktig rolle i å motivere, rådføre og behandle pasientene. Profylaktisk behandling bør være det overordnede målet for disse pasientene (Friedlander og Marder, 2002). Dette innebærer god hygieneinstruksjon, som instruksjon i bruk av tannbørste og tanntråd. I tillegg kan bruk av visuelle plakater vise hvordan pasientene kan følge opp dette på egenhånd. Oppfølging av slike forebyggende tiltak forutsetter derimot at pasienten er motivert, noe som kan være en utfordring. Det er også en utfordring knyttet til motiverende intervju hos disse pasientene. Men, i *Almomani et al* (2009) sin studie, ble det funnet at varigheten av redusert mengde plakk på tennene varte lengre hos deltakerne som hadde fått korte økter med motiverende intervju (Almomani et al, 2009). Det foreslås også at pasientene får informasjon om kunstige salivasubstitutter og antimikrobielle produkter, som klorhexidinglukonat og fluoridmunnskyll

(Friedlander et al, 2016). Det er gjort mange studier som konkluderer med det samme; at det er vesentlig forverret tannhelse hos pasienter med psykoselidelser sammenlignet med en kontrollgruppe. Det er enighet om behov for forebyggende tiltak, et tettere tverrfaglig samarbeid og bedre informasjon. Tilbud i tannlegetjenesten for denne pasientgruppen varierer fra land til land, og det er ønskelig at pasienter og ansatte som jobber med denne pasientgruppen enkelt kan finne informasjon om pasientenes rettigheter, og hvor de kan søke hjelp med tanke på deres tannhelse. Som behandler ønsker man å se hele pasienten, og derfor er pasientens perspektiv og holdninger rundt oral helse og tannbehandling et viktig felt å belyse.

DPS

DPS er et landsdekkende spesialisthelsetilbud som også fastleger kan henvise pasienter til ved alvorlig sykdom (Oslo kommune). Hvilket DPS man tilhører er avhengig av hvilket sykehus man sogner til. DPS tilbyr behandling av blant annet psykoselidelser, stemningslidelser, krise/traumeproblematikk, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser (Oslo Universitetssykehus). Behandlingen innebærer samtaleterapi, gruppebehandling, miljøterapi og medikamentell behandling. DPS Nydalen kontaktet Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo med ønske om et samarbeid. De ansatte på DPS kunne informere om at pasienter med schizofreni har meget dårlig oral helse, noe flere studier kan bekrefte, og de ønsker mer fokus på nettopp denne problematikken. Noe av det de savner er blant annet standard sjekklister som kan være til hjelp for både pasienter og ansatte, samt til bedre informasjon og samarbeid på tvers av helsesektorer.

Det finnes altså ganske mye forskningsbasert/teoretisk kunnskap om oral helse, men det virker som om det er en kløft mellom forskning og praksis. Det er lite kunnskap

blant helsepersonell om at oral helse er viktig for mennesker med psykoselidelser, og at de som jobber med pasienter, som er innlagt for dette, er usikre på hvordan de skal gi gode råd om både egenomsorg og bruken av tannhelsetjenester.

Målet med studien

Målet med studien var å utforske betydningen av oral helse og hvilke barrierer som hindrer god oral helse hos mennesker med psykoselidelser.

Metode

Ansatte ved DPS avdeling Nydalen henvendte seg til Det Odontologiske fakultet ved UiO. DPS ønsket et tettere samarbeid angående forebygging av oral patologi hos mennesker med psykoselidelser, innlagt på deres institusjon. I samarbeid med ledelsen på DPS ble det vurdert at brukerrepresentanter med schizofreni og ansatte ville kunne utdype problemstillingen gjennom dialog i et fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervju ble vurdert å være den best egnede metoden for å teste ut vår målsetning, fordi det er en kvalitativ forskningsmetode som brukes til å innhente data om et spesifikt tema (Malterud, 2012). Intervjuet ble gjennomført med et utvalg av mennesker med ulike erfaringer. Dette for å skape en diskusjon som ga bedre innsikt, enn om det hadde vært individuelle intervju. Meningen var å utveksle erfaringer, stille spørsmål og snakke med hverandre, fremfor at alle spørsmålene kom fra én intervjuer. Fokusgruppeintervjuet ble styrt av en moderator som skulle sørge for at avsatt tid ble brukt hensiktsmessig med tanke på målsetningen for studien. Lyddoptak av gruppesamtalen med påfølgende transkribering var en viktig forutsetning for en forsvarlig analyse.

Utvalg

Deltagere i fokusgruppeintervjuet var brukerrepresentanter og ansatte tilknyttet Døgnbehandlingsseksjonen Nydalen DPS. Vi fant det nyttig å bruke dem og deres pasienter som informanter. Studien baserte seg på et fokusgruppeintervju med brukerrepresentanter med schizofreni og ansatte på DPS avdeling Nydalen.

Deltakere til fokusgruppene ble rekruttert av helsepersonell på DPS (Døgnbehandlingsseksjonen Nydalen DPS, post 1 (mennesker med psykoseprofil)).

Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju med fem deltakere, herunder tre

brukerrepresentanter og to ansatte. De ansatte ved DPS rekrutterte brukere muntlig, og ga beskjed til forskningsgruppen da de hadde et utvalg klart. De som takket ja til å delta mottok et skriftlig samtykkeskjema, som de måtte signere før det ble avtalt tid og sted for fokusgruppeintervjuet. Fokusgruppeintervjuet varte i ca én time, og deltakerne fikk mulighet til å trekke seg når som helst uten at det fikk noen konsekvenser for dem. Det ble tatt lydopptak under fokusgruppeintervjuet som ble gjennomført i lokalene til DPS avdeling Nydalen. Det var to ansatte, tre brukerrepresentanter, to forfattere og én veileder tilstede. Det ble tatt lydopptak, og lydfilene ble umiddelbart transkribert etter intervjuet. Data som kunne identifisere personer direkte eller indirekte ble utelatt. Samtykkeskjemaer med underskrifter oppbevares på en kryptert minnepinne adskilt fra transkripsjonene. Forfatterne hørte gjennom lydopptaket hver for seg, og noterte ned kategorier som gikk igjen. Etter en kvalitativ analyse ble disse kategoriene nøye sammenlignet av både forfattere og veiledere, som resulterte i fem hovedkategorier. Dataene vil bli presentert kategorisk, med bruk av anonymiserte sitater som illustrasjon.

Koronapandemiens begrensninger på masteroppgaven

I utgangspunktet var det planlagt to fokusgruppeintervjuer som begge skulle vare i ca 1-2 timer, med 6-10 deltakere fra to ulike poster på DPS. Post 1 er mennesker med psykoseprofil og post 2 er mennesker med affektiv profil, som depresjoner. Grunnet koronarestriksjoner ble det besluttet å fokusere kun på post 1 og et begrenset antall deltakere. Det var i tillegg planlagt å innhente tidligere brukerrepresentanter, som ikke var innlagt på nåværende tidspunkt, for å maksimere variasjonen med hensyn på diagnoser og erfaringer med orale problemer og tannbehandling. Dette ble heller ikke fullført på grunn av pandemiens restriksjoner. Under fokusgruppeintervjuet var

det avstandsregler på to meter mellom deltakerne, åpne vinduer og yttertøybekledning. Det kan ikke legges skjul på at disse faktorene kan ha påvirket dynamikken og åpenheten. Det ble en mindre intim setting enn først planlagt. Undervisning angående oral helse og munnhygieneinstruksjoner, satt i sammenheng med den generelle helsen, skulle inngå som en del av kvalitetssikringsprosjektet, men det kunne ikke gjennomføres grunnet strenge begrensninger med hensyn til avstandsregelen og antall mennesker som kunne være samlet.

Design og prosedyrer

I intervjuet ønsket vi å få frem subjektive erfaringer, og eventuelle barrierer eller utfordringer brukerne har med tannhelsetjenesten og tannlegebesøk. Vi ønsket å undersøke hvordan hverdagen med schizofreni påvirker den orale helsen og tannstell, samt kartlegge hvorvidt brukerne er bevisst sine rettigheter til tannbehandling i DOT, kunnskap om HELFO og TOO-tilbudet. Hensikten med intervjuet var å belyse de ovennevnte kategoriene for å potensielt kunne øke fokus på oral helse hos mennesker med psykoselidelser. Et økt fokus på, og økt kunnskap om disse pasientgruppene blant tannhelsepersonell, kan gjøre tannhelsepersonell bedre rustet til å imøtekomme denne pasientgruppen. Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide. Vi benyttet en tematisk guide med åpne spørsmål som hadde til hensikt å bringe fram dialog omkring de aktuelle temaene. Intervjuet hadde en uformell samtaleform for å tillate muligheten til å forfølge temaer som kom fram underveis.

Følgende intervjuguide ble utarbeidet gjennom to diskusjonsmøter ved DPS der ansatte, forfattere og veiledere diskuterte problemstillinger knyttet til oral helse hos

mennesker med psykoselidelser. Intervjuguiden ble formulert på bakgrunn av det som ble diskutert på møtene og funn som ble gjort i allerede eksisterende litteratur.

1. Viktigheten av god munnhelse

Eks: Hva er "god tannhelse"? Er munnhelse viktig? Hva ligger det i å ha god munnhelse? Hvor viktig er det for pasienten å ta vare på munnhelsen? Kan nedsatt munnhelse påvirke livskvaliteten? På hvilken måte?

2. utfordringer/barrierer rundt daglig tannstell

Eks: Hvordan er daglig rutine ift munnstell? Hvem tar ansvar? (Overlates det til pasienten selv, eller er det noen som passer på?) Hva er utfordringene? Hva kunne man eventuelt gjort for å følge opp dette bedre?

3. utfordringer/barrierer rundt tannlegebesøk

Eks: Hvordan er det å gå til tannlegen? Beskriv et typisk tannlegebesøk. Gode og dårlige erfaringer. Hva går greit - hva er vanskelig? Hva kan tannhelseteamet gjøre for å gjøre det lettere? Hva legger du i begrepet "en god tannlege"? Hva kan du gjøre selv? Er det noe DPS-teamet kan bidra med? Hvor mye synes du tannlegen bør vite om den psykiske helsen din? Hva er grunnen til at du eventuelt ikke oppsøker tannlegen?

4. Hvordan er kunnskap og erfaring med rettigheter til tannbehandling i DOT, HELFO, TOO?

Eks: Er dere kjent med disse tilbudene? Har dere brukt noen av dem? Hvordan har dere eventuelt fått tak i informasjonen? Vet dere om rettighetene ved disse ulike tilbudene? Hvis dere har brukt tilbudene - hvordan synes dere de fungerer?

Etiske problemstillinger

Pasienter i psykiatrisk behandling er sårbare. Derfor var det en fordel at de pasientene som var med ble plukket ut av ansatte på DPS som kjenner dem. De kunne best vurdere om de egnet seg til å delta. Fokusgruppeintervjuet foregikk i lokaler på den psykiatriske avdelingen hvor pasientene er innlagt. Dersom noen skulle fått en uforutsett reaksjon, ville det ha vært kvalifisert psykiatrisk helsepersonell tilstede. Fordelene ved å delta i studien vil høyst sannsynlig være større enn ulempene. Både pasienter og ansatte vil blant annet kunne få nyttig informasjon om tannhelse og rettigheter til tannbehandling. De vil møte tannhelsepersonell i lite skremmende omgivelser, og vil få mulighet til å snakke om sine tanker og erfaringer.

Da studien innebar å behandle særlige og alminnelige kategorier av personopplysninger om helse, måtte den godkjennes av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Meldeskjema er godkjent og har fått referansekode 402826.

Resultater

Etter å ha utført en kvalitativ innholdsanalyse av fokusgruppeintervjuet ved hjelp av koding, var det til slutt fem ulike kategorier som gjorde seg gjeldende. “Stemplet av psykiatrisk diagnose” og “erfaringer hos tannlegen” tar i hovedsak for seg brukernes subjektive erfaringer og tanker knyttet til tannlegebesøk og tannhelsepersonell.

Under kategorien “tungrodd/tungvint system” kommer også de ansattes erfaringer med i bildet når det handler om det praktiske rundt tannlegebesøk.

“Psyko-seproblematikk” omfatter både brukernes og de ansattes erfaringer knyttet til tannhelse og psykiatri. Den siste kategorien, “rettigheter”, belyser hvor opplyste brukerne er med tanke på sine rettigheter innenfor TOO og DOT.

I tillegg til tre intervjuere (I), var det totalt fem deltakere som deltok i fokusgruppeintervjuet. Av disse var tre brukere og to ansatte (A1 og A2). Én bruker valgte å trekke seg rett før intervjuet fordi brukeren ikke ønsket å bli tatt opptak av. Brukerne hadde ulike erfaringer hos tannlegen. En middelaldrende kvinne (P2) hadde blitt behandlet ved Tannlegehøyskolen og var fornøyd med behandlingen hun hadde fått der. Hun hadde generelt lite plager knyttet til munnhulen i forbindelse med schizofrenidiagnosen, og hadde gode erfaringer fra tannlegebesøk. En annen av brukerne, en 34 år gammel mann (P3), har gått regelmessig til tannlege, men har hatt mange ulike behandlere de siste ti årene. Han har følt på at tennene og tannkjøttet har blitt betydelig dårligere med årene. Den tredje brukeren (P1), en kvinne i 60-årene, har dårlige erfaringer fra tannlegebesøk, og går den dag i dag, bare til tannlegen ved akutte tilfeller.

Innledning

De tre brukerne på DPS som ble intervjuet hadde alle mulighet for finansielt støttet tannbehandling fra DOT. Selv om økonomien ikke var problemet for disse pasientene, var det et tiltak å oppsøke tannlegen blant annet grunnet tidligere dårlige erfaringer og manglende motivasjon så lenge de ikke hadde smerter. Det var ikke bare å dra til tannlegen som var utfordrende, men også å ivareta munnhelsen på daglig basis. På tross av utfordringene rundt tannlegebesøk var det et stort engasjement rundt tematikken både hos de ansatte og brukerrepresentantene.

Stemplet av psykiatrisk diagnose

Til tross for økende psykiske lidelser i befolkningen, er det et stort stigma knyttet til psykisk sykdom. Å leve med en psykisk diagnose kan være utfordrende for de det gjelder, spesielt i helsesituasjoner, da pasientene ikke føler seg tatt på alvor. En av pasientene, en kvinne i 60 årene, uttrykte særlig misnøye med hvordan hun har blitt behandlet av helsepersonell, både lege og tannlege.

"Hvis du er i psykiatrien får du et stempel på deg...En person skal ikke behandles etter journalen på hvert sted de kommer som er nytt, etterhvert år som har gått. Hun skal behandles den dagen hun kommer og fremover... Ikke si ja, men for 20 år siden gjorde du ditt og datt og blablabla, for da stopper det helt opp.."

(P1)

Det er viktig å huske på budskapet til denne pasienten; personen er ikke diagnosen sin, og vi har alle en rett til å bli hørt og bli behandlet med respekt. Pasienten forstår

dog at det er viktig at tannhelsepersonell setter seg inn i journalen og historikken, men ønsker å bli behandlet etter behov – ikke etter psykiatriboka.

Erfaringer hos tannlegen

Deltakerne hadde delte meninger om sine tannlegebesøk. En av pasientene hadde gått på tannlegehøyskolen og var fornøyd der, mens de to andre ikke hadde like gode erfaringer. Pasientene hadde brukt ulike behandlere de siste årene, og gikk først til tannlegen hvis det var akutt. En av de ansatte forklarer at grunnen til at de fleste ikke går regelmessig til tannlegen, er fordi de er redde og har hatt dårlige erfaringer. Enten det er med selve tannlegen, boringen, lydene eller bedøvelsen. Derfor er det ekstra viktig med en tannlege som er god på å håndtere pasienter med tannlegeskrekk.

”Pluss det å sette seg i tannlegestolen og gape opp, man er jo veldig sårbar, man overgir seg jo veldig, og det og liksom, ja, har man angst eller sliter med hjertebank kan det at noen styrer inni munnen din forsterke det så man får lyst til å...hyle..hyle ja, eller ta ut alt og bare rømme, ikkesant...”

(A1, P1)

Å være hos tannlegen kan for mange føles som et overgrep fordi man mister følelsen av å ha kontroll. En av de ansatte legger vekt på ubehagelige lyder og tidligere erfaringer fra skoletannlegen som hun har opplevd er årsaken til at pasientene kvier seg til å regelmessig gå til tannlege.

"Det har jo vært fokusert på borr som ikke gir fra seg den lyden. Det kan jo være barndomsopplevelser fra skoletannlegen spesielt, opplever jeg, at veldig mange sliter med som har en dårlig erfaring derfra og bringer det med seg. Vi får ikke akkurat inn noen av de som sier: "Unnskyld meg nå er det lenge siden jeg har vært hos tannlegen". Som regel er det en akutt-time fordi man har gått så lenge uten behandling".

(A2)

Det er kanskje vanskelig for disse pasientene å tenke forebyggende når de er asymptotiske fordi det blir et ekstra tiltak i en ellers krevende hverdag. Dårlige erfaringer fra skoletannlegen ser vi er en bidragsyter til ikke-møtt timer hos mange pasienter. Hos en av brukerne, en mann i 30 årene, er det smerteopplevelser som har satt seg i minnet fordi han ikke ble godt nok bedøvet.

"Blir sånn smånervøs noen ganger.. Noen ganger er det ekstra vondt selv om jeg har fått bedøvelse. De må passe på å putte på nok bedøvelse på riktig sted.

(P3)

Denne brukeren sitter igjen med en følelse av at han ikke har fått nok bedøvelse, noe som i verste fall kan føre til at terskelen for å komme tilbake til tannlegen blir enda større ettersom smertelindringen ikke har vært god nok.

Hos en annen pasient, kvinne i 60 årene, er det følelsen av å ikke bli tatt på alvor som går igjen.

”Når det gjelder tannlege i psykiatri så har det ikke kommet noe positivt ut av det for min del... Jeg har gått til tannlegen på Mølla, og de måtte trekke det øverst her fordi jeg har betennelse i kjeven, og så når jeg kom hjem og bedøvelsen hadde sluttet å virke, så var det igjen to små sårne beinrester av tennene og når jeg ringte de og sa dere har ikke trukket alt så svarte de at det var bare å putte fingrene oppi der, også la hun på... De skulle ringe meg etter ti dager, og de har enda ikke ringt meg etter tre måneder... Jeg vet ikke jeg. Hva kaller man sånt? Dårlig service..”

(P1)

Pasienten er tydelig opprørt, sukker, små-ler og uttrykker at det ikke var noen hyggelig opplevelse. Det kan tyde på at pasienten ikke har fått nok informasjon underveis med tanke på hva som skjer videre med de gjenværende rotrestene, og følelsen av å ikke bli tatt på alvor gjenspeiler seg i dårlig oppfølging etter timen.

Tungrodd/tungvint system

At munnhelsen fremdeles ikke regnes som en del av den generelle helsen, bekreftes eksempelvis når en av de ansatte i DPS forteller om prosedyren ved innskriving av nye brukere.

«Jeg tenker at vi er jo veldig opptatt av somatisk undersøkelse når de kommer inn her, så jeg tenker at i en ideell verden kunne de fått en undersøkelse hos en tannlege når de er her. Da tror jeg at man kunne fått til en god rutine for mange. Det at man må fortsette å gå til tannlegen for en sjekk, så man ikke

venter til det blir så vondt at man må trekke, litt som du sier (henvender seg til dame), at man kan ta det litt før det blir for ille.»

(A1)

Som beskrevet i sitatet over, er det nettopp denne problematikken knyttet til akutte smerter fra munnhulen, og behov for akuttbehandling, som byr på utfordringer for de ansatte så vel som for brukerne. Når den ansatte forteller, er det lett å legge merke til den noe oppgitte undertonen hun har.

«Jeg jobber jo her, og min erfaring med det er at noen ganger så kan det være litt tungrodd. Ehh, systemet. Og i hvert fall når det gjelder akutt tannlegetime, for da er vi nødt til å dra ned på tannlegevakten med våre som en innblandet der, og sitte der og da må vi gjennom en utredning, og en vurdering, og så blir det laget et estimat hva dette vil koste. Og så må de tilbake og da søke en tannlegetime, og så må de ha godkjenning av NAV. Så akkurat sånne akutte tannlegetimer synes jeg har vært litt utfordrende og masete.»

(A2)

Ut ifra den ansattes beskrivelse av hvordan systemet fungerer for brukerne med tanke på behovet for akutt tannlegetime, kan man konkludere med at systemet på ingen måte er optimalt. DPS har avtaler med ulike offentlige tannklinikker (for eksempel Mølla tannklinikk) der de kan få regulær tannbehandling som ikke er akuttimer. Når brukerne ikke har mulighet til å få umiddelbar akutt tannlegetime på tannklinikkene DPS har avtaler med, men må gjennom et meget tungvint system, er det ikke rart at smertene tiltar og kan gå over til å bli kroniske.

A1: «...de som trenger akutt tannlegetime fordi de har vondt i en tann, de blir ikke så fort ekspedert.»

I: «nei»

A1: «så folk går rundt og har vondt i tennene sine»

Ut ifra det den ansatte forteller, skjønner man at hun har erfart hva konsekvensen av mangel på rask ekspedering av akutte smerter blir.

Når brukerne er inne på DPS kan de, som skrevet over, få vanlig tannlegetime ved at ansatte bestiller time hos tannklinikken DPS har avtale med. Det er derimot ikke slik at brukerne får jevnlig innkalling til tannlegen for undersøkelse.

I: “Men hva med regelmessig oppfølging, altså regelmessig tannforebyggende tannlegebesøk og sånn, er det noe dere har erfaring med?”

A1 og A2: “Nei.”

I: “Eller går dere sånn som du (henvender seg til P1), går du bare helst når du har vondt?”

P1: “Jeg går når jeg har vondt.”

Dersom brukerne har vært inne til undersøkelse hos en tannlege, og fått satt opp nye timer grunnet behandlingsbehov, blir brukerne fulgt opp med hensyn på denne behandlingen. En av de ansatte på DPS poengterer at utfordringene ligger i forkant av den første undersøkelsen.

“...Og det er klart at når de har kommet inn, hvis det er Mølla da, hvis de har kommet inn og de har fått timer, så følger de jo selvfølgelig opp igjen i etterkant. Men det er på en måte den veien til den tannlegetimen, og spesielt da hvis, som jeg sa istad, hvis det er akuttimer, så er det ganske tungrodd.”

(A2)

Det er altså ingen tvil om at de ansatte på DPS synes at alt det administrative rundt akuttimer er tungrodd, og man får inntrykk av at dette danner grobunn for fortvilelse hos dem.

I de periodene brukerne ikke er inne på DPS, er de naturlig nok overlatt til seg selv, og må egenhendig stå til ansvar for å bestille tannlegetime dersom de ønsker dette. Problemet ligger i at mange av brukerne ikke er informert om hvor de skal ta kontakt. En av brukerne som ble intervjuet bekreftet dette, og ga uttrykk for at han ikke var den eneste som savnet informasjon om kontaktpunkter.

P3: «Så det man kan gjøre er å anbefale folk å sjekke ut tannlegetjenesten det offentlige.»

I: «Mhm, så det var noen som fortalte deg det?»

P3: «Ja, sånn plutselig liksom, jeg var ikke klar over det. Det er mange de med forskjellige lidelser ikke vet om, så det er viktig at dere opererer med de forskjellige stedene da. Gjerne sende ut ønske om trenger dere pasienter? Har dere pasienter til oss? Det hadde vært veldig smart.»

A1: «Ja, sånn informasjonsskriv som kunne vært sendt ut.»

P3: «ja.»

En annen bruker som ble intervjuet uttrykte derimot at hun var mer opplyst og handlekraftig.

A2: «Pleier du bare å gå dit når du er på time?»

A1: «Da ordner du alt sjøl»

P1: «Ja jeg må alltid gjøre alt sjøl (hehe – ler oppgitt)»

Til tross for manglende innkalling til tannlegetime, og oppfølging av brukernes munnhelse fra DOT, forsøker de ansatte på DPS å følge opp gode rutiner for å ivareta god munnhelse.

I: «...er dere spesielt flinke på det her eller er det rutine på liknende avdelinger?»

A2: «Det bør jo være rutine spør du meg, men ehh...»

P3: «Det varierer»

Psykoseproblematikk

Psykose er en episode som kjennetegnes av forvirring, å miste grepet om hva som er virkelig og fantasi, eller å se og høre ting som andre ikke ser eller hører. Episoden varer i en begrenset periode, men denne perioden kan være både kort og lang. Det er derfor ikke vanskelig å forstå at dagligdagse rutiner og gjøremål settes på prøve i en periode med psykose. En bruker og en ansatt som ble intervjuet fortalte hvordan psykose kan påvirke hverdagen.

P3: «Det kan hende at du blir psykotisk og det blir sånn at du slutter å tenke på hverdagen som en hverdag. At du gjør det du vil og at du ender opp med å slutte og pusse tenner, kanskje.»

I: «Men det er i en periode da, og så, ja, mhm.»

A2: «For noen kan den perioden være lang. Det avhenger av hvor mye hjelp man får ikke sant. Hvis man bor alene, og man har en dårlig periode, så kan den perioden bli veldig lang, før de får noe hjelp. Jeg tenker også på den psykiske helsen og tannhelsen. For vi ser jo også det at når noen får en dårlig periode, så mister man sånn som P3 sier, altså de dagligdagse rutinene, altså, man klarer ikke av ulike grunner å gjennomføre også det med tannpuss.»

Brukerne er på DPS i de periodene de har behov for kontinuerlig oppfølging, og kartlegges da ved bruk av scoringssystemet ADL. Systemet baserer seg på hver enkelt brukers evne til å mestre hverdagslige gjøremål, og vil gi de ansatte på DPS en pekepinn i forhold til hva hver enkelt bruker trenger bistand til, deriblant pussing av tenner.

A2: «...Og som P3 sier, om man har vært psykotisk lenge og faller på en måte ut av den strukturen, så trenger vi, altså når man kommer inn da så trenger vi jo en ADL-kartlegging, og så minner jo vi på da, for eksempel tannpuss. Vi går vel ikke inn fysisk og pusser tennene dine, men...

P3: «Nei»

I: «Så dere er bevisste på det?»

A1 og A2: «Ja..»

En av brukerne synes selv at pussing av tenner er viktig, men at det ikke alltid er like motiverende å gjøre dette i tunge perioder. Spesielt når han i tillegg blir påminnet dette av de ansatte.

P3: «Ja, jeg synes det er viktig. Da jeg var liten pussa jeg og jeg hadde perfekte tenner.»

I: «Men du sa at nå orker du ikke, du sa du synes det var kjedelig, var det det du sa?»

P3: «Ja, det er tungvint, for eksempel hvis du ser på en TV-serie så holder du på å se den og så kommer de inn og sier 'nå må du pusse tennene dine'. Det er midt oppi noe jeg gjør som jeg synes er gøy.»

I: «Så hvis du er i en god periode og kan bestemme selv så blir det litt annerledes?»

P3: «Ja (gjesper), da blir det litt enklere.»

Ut ifra måten brukeren fortalte på, kunne man skjønne at han ikke anså tannpuss som en så morsom aktivitet at han ønsker å prioritere det fremfor andre mer morsomme aktiviteter, som for eksempel å se på TV. Det er forståelig at sykdommen påvirker brukernes hverdag, prioriteringene de gjør og valgene de tar.

Ved en ADL-kartlegging inngår også evnen til å spise mat, som kan påvirkes ved psykose. Psykosen behøver ikke nødvendigvis å direkte påvirke måltidsrutiner eller det å klare og spise. Den kan påvirke indirekte ved at opprettholdelse av god tannhelse nedprioriteres og at potensiell tannverk kan medføre redusert matlyst eller evnen til å spise. En av de ansatte forteller om dette, med en noe fortvilet undertone.

«Og så tenker jeg at det innvirker på så mye mer også. Jeg tenker på at å få inn noen her med dårlig matlyst, da må vi også være obs på om det er noe innenfor tannhelsen som gjør at matlysten er dårlig? Ikke sant, hvis vedkommende har hull, hvis vedkommende ikke klarer å tygge, sant.»

(A2)

En av brukerne, som hadde mistet en del tenner, fortalte tydelig oppgitt hvordan det i ny og ned er når hun skal spise mat.

«Og når det gjelder mat så, jeg deler for eksempel to brødkiver, spiser kanskje en halv en og så begynner jeg å slite. Det er ikke vanskelig å tygge, men vanskelig å spise. Så det hender at jeg ikke spiser, at det går to til tre dager mellom hver gang jeg får i meg noe mat.»

(A2)

Det merkes at tannlegebesøket som endte med at brukeren satt igjen med flere rotrester uten oppfølging og videre behandling har bidratt til stor frustrasjon. Både med tanke på tillit til tannhelsepersonell, men også hennes evne til å få i seg mat, som uttrykt over. Hun er tydelig oppgitt over hvilke konsekvenser det har fått for henne.

Rettigheter

I Norge er hovedregelen at voksne over 20 år skal betale for tannbehandling, men det finnes noen unntak. TOO er et tilbud til torturoverlevende, overgrepsoffer og

personer med odontofobi som behandles i tverrfaglig team. Det er en psykolog som avgjør om pasienten faller inn under denne målgruppen og kostnadene dekkes av fylkeskommunen. Ingen av våre deltagere hadde kjennskap til TOO.

I: «Kjenner dere til TOO-tilbudet?»

P3: «Nei, hva er det det står for?»

Når det gjaldt rettigheter i DOT, så hadde de litt mer kunnskap.

"Fordi jeg er i psykiatrien så har jeg krav på tannlege, lege og briller".

(P1)

De ansatte synes dog det er vanskelig å vite hvem som skal bidra med tannhelsen, og at det ikke er så godt opplyst.

«...det er flere av de som har vært innlagt hos oss som ikke har vært klar over sine rettigheter. Altså, vi har sett mange som har kommet inn og har vondt i tennene, ikke sant, og så er det er langt, lang, langt lerret å bleke før de kommer inn og får noe hjelp og behandling. Og min erfaring er også det at hvem som, på en måte, skal bidra med den tannhelsen, det er ikke så godt opplyst.»

(A1)

Til tross for noe usikkerhet knyttet til hvem som skal bidra med å opprettholde tannhelsen, opplyser en av de ansatte at de vanligvis får med seg informasjon fra tannlegevakten om kontaktpunkter for brukerne.

«Ja, her hos oss så har vi forskjellige informasjonsbrosjyrer som vi får fra akutten, som vi har i foldere og deler ut til de som er hos oss eller de kan ta sjøl.»

(A1)

De ulike kategoriene speiler de dominerende temaene som går igjen i fokusgruppeintervjuet. Intervjuet får frem brukerne og de ansatte på DPS sine subjektive erfaringer, refleksjoner og synspunkter innenfor kategoriene. Fellesnevneren for kategoriene er at alle parter ønsker et bedre samarbeid, og har et ønske om å ivareta god tannhelse. Selv om munnhulen ofte ikke regnes som en del av kroppen, er det positivt å høre en av de ansatte fortelle at undersøkende leger er opptatte av brukernes tannhelse.

«Vi stiller spørsmål, her har alle som kommer nye inn her har det vi kaller en somatisk undersøkelse. Og da behandler, altså medisinsk ansvarlig lege, er jo veldig opptatt av å sjekke ut det med tannhelse.»

(A2)

Viktigheten av en god tannhelse ble også poengtert av en av brukerne.

«Jeg synes det er veldig viktig, for hygienen og hverdagen. Jeg får starte å pusse igjen nå.»

(P3)

Diskusjon

Intro

Fokusgruppeintervjuet ga en opplevelse av at brukerne hadde ulike erfaringer og problemer knyttet til sin orale helse. De to brukerne som var mest delaktige i fokusgruppeintervjuet, verbalt sett, begynte å miste konsentrasjonsevnen mot slutten og hadde en del uro i kroppen. På den annen side viste både de ansatte og brukerne et stort engasjement rundt temaet om oral helse, og snakket åpent rundt sine erfaringer. At pasientene har en subjektiv følelse av dårlig oral helse, problemer knyttet til periodontitt og manglende tenner, stemmer overens med funn i studier og eksisterende litteratur (Jovanovic et al, 2010; Gupta et al, 2016; Arnaiz et al, 2011; Tani et al, 2012). Når det gjelder sammenhengen mellom schizofreni og oral helse, er hovedtyngden av forskningslitteraturen rettet mot bivirkninger av antipsykotika. Det kom derimot ikke frem i fokusgruppeintervjuet at noen av brukerne var kjent med denne problematikken. Vår studie hadde dog et veldig lite utvalg, noe som ikke gjør resultatene representative for en større gruppe med schizofreni, og kan derfor ikke generaliseres. Negative bivirkninger ved medikamentbruk inntreffer ofte etter bruk over lengre tid. Brukerne på DPS er kun innlagt i kortere perioder, og ettersom de i intervjuet ikke var plaget med xerostomi, ble ikke dette temaet undersøkt nærmere. Det er derimot skrevet lite litteratur om psykisk syke pasienters subjektive oppfatning av egen orale helse, opplevelser fra tannlegebesøk, av tannhelsepersonell og deres kjennskap til egne rettigheter. Det var disse temaene denne studien var ment å belyse.

Stemplet av psykiatrisk diagnose

En av brukerrepresentantene beskrev vanskeligheter i møte med helsepersonell grunnet schizofrenidiagnosen, fordi hun følte hun ble forhånds dømt. Å ha en psykisk diagnose kan i seg selv være skjemmende, og kan dermed være en medvirkende årsak til å unngå og oppsøke tannlege eller annet helsepersonell. Psykisk helse har tidligere vært, og er til en viss grad i dag, et tabubelagt tema. Det kan være vanskelig for pasientene å uttrykke alle problemene relatert til diagnosen sin, fordi de kan føle på skam. Ofte kan psykiatriske pasienter bli møtt med fordommer om at de ikke klarer å ta vare på seg selv, og det kan derfor bli et ekstra nederlag når de ikke klarer å gjennomføre dagligdagse gjøremål som å pusse tenner. *Sogi et al (2020)* fant at stigma knyttet til psykisk sykdom er en barriere for å oppsøke jevnlig tannbehandling (*Sogi et al, 2020*). Dårlig munnhelse kan være en stor psykisk belastning som gjør at pasientene trekker seg unna sosiale settinger. Denne isolasjonen forsterker utenforskap og gjør forskjellene større. Utenforskap påvirker samfunnet og pasienter i form av kostnader og opplevelsen av egenverdi (*Steinum, 2019*). Hvis pasientene har en dårlig opplevelse med helsepersonell forsterker det stigmatiseringen rundt diagnosen deres, og virkningen er at de føler seg forskjellsbehandlet og mindreverdige. Mange går rundt med smerter i munnhulen grunnet ulike årsaker, som blant annet frykten for å bli stigmatisert, og sett ned på av helsepersonell. Det er store sosiale forskjeller i Norge knyttet til munnhelse. Psykisk syke pasienter er ofte uføretrygdet og har verken økonomi eller nok kjennskap til sine rettigheter innenfor tannbehandling. Som helsepersonell er det viktig å se personene bak diagnosen og lytte til deres utfordringer. Brukerrepresentant P1 påpekte viktigheten av å se problemstillingen her og nå, og ikke henge seg for mye opp i historikken til tross for tilgang på den informasjonen i journalen.

Erfaringer hos tannlegen

Brukerne som ble intervjuet beskrev ulike erfaringer fra tannlegebesøk. Én var fornøyd med behandlingen hun hadde fått på Det odontologiske fakultet. En annen hadde gått regelmessig til tannlegen, men hadde byttet behandler ofte. Ved spørsmål om hvorfor brukeren hadde byttet tannlege ofte, ble det kun besvart med at det var grunnet "situasjonen", men det er usikkert hva brukeren mente med dette i fokusgruppeintervjuet. Den tredje hadde flere dårlige erfaringer, og hun var sterkt preget av følelsen av å ikke bli tatt på alvor. Studien til *Friedlander et al* (2016) viste at tannleger føler seg usikre i behandling av pasienter med schizofreni (Friedlander et al, 2016). Mangelfull kunnskap om diagnosen og medikamenter, og dermed det ukjente, kan føre til at tannlegen henviser pasientene til en annen behandler. En personlighetsforstyrrelse kan kanskje virke skremmende for en tannlege, og behovet for å inkludere pasienten i behandlingen kan falle bort. Det må poengteres at studien er amerikansk og baserer sine funn på amerikanske tannlegers erfaringer og måten de praktiserer på. Denne er noe annerledes sammenlignet med i Norge, spesielt med tanke på medisiner som forskrives til pasientene, og interaksjonsproblematikk med medisiner pasientene allerede står på. Amerikanske studier har vist at amerikanske tannleger anbefaler bruk av, og forskriver opioide legemidler fremfor NSAIDs til smertelindring (Suda et al, 2019). Det er også lavere terskel for å sedere pasienter i USA sammenlignet med i Norge, som er et svært restriktivt land sammenliknet med blant annet USA. De amerikanske tannlegenes utfordringer ved behandling av psykisk syke pasienter er muligens en annen enn de utfordringene norske tannleger står overfor. Tannleger i Norge står trolig overfor utfordringer knyttet til kommunikasjon, manglende oppmøte til timer og manglende kunnskap om psykiske sykdommer ved behandling av psykisk syke pasienter (Stenberg, 2011). En av

brukerne, P1, hadde fått trukket mange av sine tenner uten å ha fått nok informasjon om diagnose og prognose. Selv mente hun at hun trengte en antibiotikakur. Slike hendelser fører til en kommunikasjonssvikt, og manglende tillitsforhold.

Brukerrepresentant P3 uttrykte smerte i forbindelse med tannlegebehandling, fordi bedøvelsen ikke virket som den skulle. Det er derfor ekstra viktig å ta seg god tid ved behandling av engstelige pasienter, sørge for at bedøvelsen sitter, og gjerne dobbeltsjekke at pasienten har tilstrekkelig smertelindring. En slik negativ erfaring kunne sannsynligvis vært unngått dersom tannlegen tok seg bedre tid til å forklare og inkludere pasienten i seansen.

Tungvint system

Ettersom de ansatte på DPS tok kontakt med oss for et bedre samarbeid, viser det at de mener systemet er for tungvint, særlig når det gjelder akuttbehandling. Det er ofte lange ventetider og søknader til NAV om støtte, som skal gjennomføres før brukerne får behandling. Dette fører til at mange går rundt med tann smerter, og prosessen tar unødvendig lang tid. Når pasientene først kommer til DPS får de en somatisk undersøkelse av hele kroppen, men ikke en undersøkelse av munnhulen. Dette ønsker de ansatte en endring på, fordi mange av brukerne har dårlig oral helse. *Sogi et al (2020)* fant også i sin studie, at ingen av de 165 deltakerne ble henvist til tannlege fra sin fastlege til tross for dårlig oral helse (*Sogi et al, 2020*). Dette kan tyde på en svikt i kommunikasjon mellom helseprofesjoner, noe som også er en utfordring i Norge ettersom munnhulen separeres fra resten av kroppen. De ansatte på DPS forteller om usikkerhet rundt hvor pasientene hører til, lite informasjon og at skjema-utfyllinger til NAV gjør systemet komplisert og langtekkelig. Regelverket er tungvint å forstå seg på, og brukerne er lite opplyst om sine rettigheter til gratis tannbehandling.

Det er lite informasjon om hvordan systemet oppfattes av ansatte og brukere i andre studier, fordi helsevesenet varierer fra land til land. I Norge er vi heldige som kan få noe støtte til tannbehandling, mens i andre land må de nok dekke alt selv. Det er stor sannsynlighet for at det er en økonomisk faktor som er årsaken til at mange med psykiske lidelser går rundt med tannmerter, og ofte ender opp med ekstraksjon da de dessverre ikke har råd til omfattende behandling (Kisely et al, 2016).

Psykoseproblematikk

Det er ingen tvil om at psykoseperioder har innvirkning på hverdagslige rutiner og evnen til å opprettholde god oral hygiene (Helsenorge.no; schizofreni og Thomas A. et al, 1996). De negative symptomene ved schizofreni, som allerede er beskrevet, deriblant gledesløshet, sosialt tilbaketrukkethet og konsentrasjonsvansker påvirker pasientenes ønsker og evne til å opprettholde god tannhygiene. Dette samsvarer med beskrivelsen til den ene brukeren som ble intervjuet, P3. Han fortalte om subjektive erfaringer fra psykoseperioder, hvor hverdagen ikke lengre oppfattes som hverdag, og at å slutte og pusse tenner daglig kan bli et faktum. Litteraturen bekrefter at det er en sammenheng mellom psykiske lidelser og nedsatt oral helse (Arnaiz et al, 2011; Gupta et al, 2016; Tani H et al, 2012). Til tross for at de ansatte på DPS følger opp rutiner for tannpuss i periodene når brukerne er innlagt, griper de ikke fysisk inn og pusser tennene for brukerne, og de vil heller ikke være tilstede for brukerne når de er overlatt til seg selv i eget hjem. Derfor er det utfordrende å følge opp brukerne til enhver tid, med tanke på opprettholdelse av god oral hygiene.

Rettigheter

Personer med psykiske lidelser kan ha rettigheter i DOT eller TOO. De ansatte på DPS visste om disse tilbudene og har hatt et samarbeid med Mølla Tannklinikk og TOO på Majorstuen. Tidligere har de fått informasjonsbrosjyrer fra tannlegevakten som de har delt ut til brukerne, eller hatt brosjyrene i foldere så brukerne kan ta selv. De tre brukerrepresentantene visste ikke om TOO-tilbudet, og de hadde kun benyttet seg av DOT eller privat tannhelsetjeneste. Brukerrepresentant P3 fortalte at han hadde fått vite om rettighetene sine i DOT ved en tilfeldighet, og oppfordrer derfor DOT til å sende ut et skriv til ulike institusjoner for å etterlyse pasienter. En mulig årsak til at pasienter ikke vet om tilbudet kan være at de ikke oppsøker den informasjonen, fordi den psykiske diagnosen, med plager relatert til den generelle helsen overveier fokuset på tannhelsen. En annen årsak kan være at de er redde for å oppsøke tannlege. En tredje årsak kan være at det er for lite fokus på oral helse sammenlignet med den generelle helsen. De ansatte på DPS forteller at de knytter pasientene opp mot fastlegen når pasientene har tunge perioder, og at det hadde vært ypperlig om det samme kunne vært gjort med en tannlege. I DOT er det et krav om at pasienten må ha vært innlagt, eller forventes å være innlagt, i tre måneder for å ha rett til gratis tannbehandling. Akutthjelp skal gis fra første dag. Ettersom litteraturen også viser at pasienter med psykiske lidelser ofte utsetter tannlegebesøk til det er helt nødvendig, ender ofte behandlingen opp med å bli trekking av tenner, fordi det har gått så langt. *Kisely et al (2016)* skrev i sin studie at manglende økonomi kan være en av årsakene til at mennesker med psykisk sykdom nedprioriterer å gå til tannlegen (*Kisely et al, 2016*). I den norske kronikken av *Høifødt et al (2018)* drøftes årsaker til hvorfor tannhelse nedprioriteres blant risikogrupper, som psykisk syke, derunder opplysning rundt deres rettigheter til gratis tannbehandling (*Høifødt et al,*

2018). Manglende økonomi antas i aller høyeste grad å være en av årsakene til nedprioriteringen, og dermed er det ytterst viktig at denne pasientgruppen er bevisst sine rettigheter. Regelverket er tungvint og komplisert å fortolke, slik at det i kronikken foreslås å justere lovverket slik at formuleringen av rettighetene tydeliggjøres. I tillegg poengteres viktigheten av at nødvendig tannbehandling gis vederlagsfritt til pasienter med psykiske lidelser.

Tannhelsetjenesten er todelt, og rettighetene innen DOT kan være tungvinte å forholde seg til dersom pasientene har benyttet seg av privat tannhelsetjeneste tidligere. De ansatte på DPS sine opplysninger vedrørende et tungvint system i forbindelse med akutt tannbehandling, kan ansees å være en barriere for å sikre god og rask tannbehandling hos brukerne. På bakgrunn av dette burde det vies mer oppmerksomhet til hvordan systemet er lagt opp, og se etter muligheter for å forenkle dette.

Styrker og svakheter

I vår studie valgte vi en kvalitativ forskningsmetode via fokusgruppeintervju. Dette er en metode som egner seg godt for å få frem ulike erfaringer og meninger. Med kvalitative forskningsmetoder kan det utvikles vitenskapelig kunnskap preget av mangfold og nyanser (Malterud et al, 2012). Som nevnt tidligere, er bakgrunnen for denne studien et ønske fra de ansatte på DPS. De ønsket å utforske barrierer og utfordringer knyttet til oral helse hos brukere på DPS avdeling Nydalen. Den kvalitative metoden vi har brukt egner seg best til å prøve og forstå, og å utforske flere perspektiver via gruppeinteraksjon. Metoden er ikke ment til å trekke konklusjoner, forklare eller predikere. Siden pandemien inntraff midt i masterskrivingen, vil også denne type studie kreve mindre ressursinnsats enn om

man skulle hatt én-til-én intervju. Forhåpentligvis skal også gruppedynamikken oppmuntre til å dele erfaringer både fra et pasientperspektiv, og synspunkter fra helsepersonellens side. Dette kan være en måte å kvalitetssikre på, i tillegg til å gi indikasjoner om hva som bør forskes på videre. Svakheter ved studien er at utvalget bare består av tre brukerrepresentanter og to ansatte, så et høyere antall deltakere totalt i studien ville ha inkludert flere personlige synspunkter og erfaringer. Det kan diskuteres hvorvidt brukernes åpenhet i fokusgruppeintervjuet ble påvirket grunnet retningslinjer om å holde to meters avstand. På samfunnsnivå vil studien kunne medvirke til økt fokus på oral helse hos helsepersonell innen psykisk helsevern. Kunnskapen som kom fram kan også benyttes i utdanningen av tannhelsepersonell.

Kliniske implikasjoner

Schizofreni er ikke en uvanlig diagnose i Norge, og tannhelsepersonell må derfor være forberedt på å møte denne pasientgruppen i behandlingssituasjoner. Det er viktig å forstå omfanget av sykdommen relatert til symptomer, medikamenter og andre utfordringer i tannbehandlingen. Veien til den første konsultasjonen er ofte lang, så helsepersonell må møte disse pasientene med forståelse og empati.

Sykdommen varierer i alvorlighetsgrad, så en individualisert plan med hensyn til pasientens problemer og utfordringer gjelder i dette tilfellet også, som med alle andre pasienter. I noen tilfeller kan det være lurt å inngå et tverrfaglig samarbeid med for eksempel en psykiater i behandling av pasienter med psykoselidelser. Tverrfaglig behandling og økt kunnskap blant helsepersonell kan bidra til å tilrettelegge for en helhetlig behandlingsplan for pasientene i alle ledd av helse- og omsorgstjenestene (Steinum et al, 2021). Psykoseperioder påvirker hverdagen og evnen til å utføre dagligdagse gjøremål; som opprettholdelse av oral hygiene. Nedsatt oral hygiene kan føre til smerter og ubehag, som igjen kan påvirke den generelle helsen,

ernæringsstatus, matlyst, og livskvalitet. Mange av disse pasientene har rettigheter innen DOT eller TOO, noe helsepersonell er pliktig til å opplyse om. Økonomi kan være en avgjørende faktor for å oppsøke tannbehandling, noe som gjør det ekstra viktig å bevisstgjøre disse pasientene deres rettigheter. Den store utfordringen er å fange opp denne pasientgruppen tidlig nok, da sykdommen ofte debuterer i ung alder. Opplæring til egenomsorg og forebygging er essensielt, i tillegg til god oppfølging med hyppige innkallingsintervaller. Økt oppmerksomhet rundt oral helse, og å sette det i sammenheng med den generelle helsen, er et mål for fremtiden. Med bedre opplysning rundt munnhelse, og tverrfaglig samhandling med tettere dialog, vil det være lettere å sikre god tannbehandling for alle, og dermed muligens kunne bidra til å minske sosiale forskjeller.

Tabell 3. Tabellen gir en oversikt over generelle råd til de ansatte på DPS som de kan anvende i arbeidshverdagen.

Generelle råd til DPS vedrørende opprettholdelse av god oral helse
- Spørre brukerne om siste tannlegeundersøkelse som en del av den somatiske undersøkelsen når nye brukere blir screenet. Dersom det er over ett år siden, bør de settes opp til en undersøkelse uavhengig av symptomer.
- Samarbeide med den offentlige/private tannhelsetjenesten, og motivere pasienten til hyppige kontrollintervaller.
- Informere brukerne om rettigheter innen den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) dersom brukeren har hjemmetjenester, eller opphold i institusjon som har vart eller er ment å vare i minst tre måneder.
- Dersom det er mistanke om at en bruker har vært utsatt for tortur, overgrep og/eller har odontofobi, bør det informeres om TOO-tilbudet og mulig henvisning.
- Foreslå bruk av soft-tannbørste eller elektrisk tannbørste samt en stoppeklokke/telefon som tar tiden på tannpuss. Det anbefales at tannpuss varer i minst to minutter som dekker alle gjenværende tenner.

- Foreslå fluoridsupplement i form av Duraphat-tannkrem, munnskyll, eller tabletter daglig, og kartlegge hvilket alternativ som fungerer best for den enkelte bruker.
- Samtale med brukerne vedrørende munntørighet, og foreslå alternative tiltak eller andre midler listet opp i tabell 2 (ikke-medikamentelle preparater som stimulerer spyttsekresjonen og salivasubstitutter) dersom dette er aktuelt.

Hva må det forskes mer på?

Mye av den eksisterende litteraturen om schizofreni, psykoselidelser og oral helse er studier som har hatt til hensikt å kartlegge disse pasientgruppenes orale helse, ved bruk av screeningmarkører som for eksempel DMFT. Det er derimot få kvalitative studier som har hatt til hensikt å kartlegge pasientens subjektive oppfatninger av sin orale helse, deres erfaringer med tannlegebesøk og tannhelsepersonell. Det ville i aller høyeste grad vært nyttig å utføre flere slike kvalitative studier, for å imøtekomme disse pasientgruppene på en bedre måte. Ved å øke mengden undervisning om behandling av risikogrupper, som psykisk syke, både i odontologisk grunnutdanning og etterutdanning, vil tannleger trolig føle seg mer rustet når de får den psykisk syke pasienten i tannlegestolen (Hede B et al, 2020). Økt undervisning og kunnskap om risikogrupper vil også med stor sannsynlighet bidra til at den enkelte tannlege individualiserer og skreddersyr behandling til disse pasientene. Dersom dette blir tilfelle, vil det muligens på sikt kunne utføres studier som forsker på effekten av den økte undervisningsmengden. *Høifødt et al (2018)* skriver i sin artikkel at det er altfor få studier som ser på effekten av både individuelle og systemorienterte tiltak. Det vil være gunstig å utføre prospektive studier som har dette som hensikt.

Konklusjon

Både brukere og pleiere i fokusgruppeintervjuet uttrykte viktigheten av god oral helse i forbindelse med matinntak og selvfølelse. God oral helse kan øke livskvaliteten, og kunnskap om munnhelse bør derfor få økt oppmerksomhet på tvers av alle helsesektorene, og i utdanningen av alt helsepersonell.

Referanser

1. **Almomani F et al.** Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *J Dent Res.* 2009; 88: 648-52.
2. **Arnaiz A. et al.** Oral health and the symptoms of schizophrenia. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2011; 188: 24–28.
3. **Cockburn N. et al.** Oral health impacts of medications used to treat mental illness. *J Affect Disord.* 2017 Dec 1;223:184-193.
4. **Das Purkayastha S. M. et al.** Oral healthcare for Patients With Schizophrenia [internett]. Decisions in dentistry; 20. mai 2020. Hentet 11. mars 2021. Tilgjengelig fra: <https://decisionsindentistry.com/article/oral-healthcare-patients-schizophrenia>
5. **Dawes S et al.** The functions og human saliva: A review sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Arch Oral Biol.* 2015 Jun;60(6):863-74.
6. **Denis F. et al.** (2020) Oral health treatment habits of people with schizophrenia in France: A retrospective cohort study. *PLoS ONE.* 2020; 15(3): e0229946.
7. **Friedlander A.H. and Marder S.R.** The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *Journal of the American Dental Association.* 2002, 133: 603–610; quiz 624–605.
8. **Guggenheimer J et al.** Xerostomia - Etiology, recognition and treatment. *The Journal of the American Dental Association.* Volume 134, Issue 1, 2003; 61-69.
9. **Gupta S. et al.** Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients – A review. *Nepal J Epidemiol.* 2016 Dec; 6(4): 605-612.
10. **Hauge M. S. et al.** Tannhelsebegrepet i endring. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 129: 306-7.
11. **Haugen T.** *Slik holder du tennene rene* [internett]. Diabetesforbundet: 21. mars 2021 [Oppdatert 20. mars 2021; hentet 21. mars 2021]. Tilgjengelig fra: https://www.diabetes.no/mer/nyheter-om-diabetes/nyheter-2021/7-gode-rad--slik-holder-du-tennene-rene/?fbclid=IwAR12B_zMmfCeyM2L_k4pLKXKbUukHk_HEBLxFccSVJ6W65BWotJugBPoA0M
12. **Hede B.** Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1995;23:44–9.
13. **Hede B et al.** Oversigtsartikel: Oral sundhed hos marginaliserede borgere. *Tandlægebladet.* 2021; 125:126-31.
14. **HELFO.** Regelverk og takster [internett]. [Utgitt 21.03.2019; hentet 03. desember 2019] Tilgjengelig fra: <https://www.helfo.no/takster/regelverk-og-takster-for-tannlege>
15. **Helsedirektoratet.** Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus. IS-2128. Oslo: 2014. [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/99/Forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus-IS-2128.pdf\(2.10.2018\)](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/99/Forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus-IS-2128.pdf(2.10.2018)).
16. **Helsedirektoratet.** Tannbehandling til pasienter i gruppe C [Internett]. [oppdatert 28.okt 2019; hentet 10. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-til-pasienter-i-gruppe-c#pasienteriinstitusjon>
17. **Helsedirektoratet.** Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi [Internett]. Oslo: [oppdater 26. mars 2019; hentet 10. april 2021]. Tilgjengelig fra:

- <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud--too#hvemomfattesavtilbudet>
18. **Helsedirektoratet** Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Oslo: 2013.
[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachements/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf\(29.8.2018\)](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachements/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf(29.8.2018)).
 19. **Helsenorge**. *Schizofreni* [internett]. [Oppdatert 21. juni 2019; hentet 11. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/#oppsummering>
 20. **Høifødt T. S.** Ikke glem tennene. [internett]. Tidsskr Nor Legeforen; 27. november 2018. Hentet 11. mars 2021. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/11/kronikk/ikke-glem-tennene>
 21. **Johannessen J. O.** Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002;122: 2011-4.
 22. **Johnstone E. et al.** The Assessment of Negative and Positive Features in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 155 (suppl. 7), 41-44.
 23. **Jovanovic S. et al.** Oral health status of psychiatric patients in Serbia and Implications for their dental health. *Croat Med J*. 2010. Oct; 51(5): 443-450.
 24. **Kisely S.** No Mental Health without Oral Health. *Can J Psychiatry*. 2016 May; 61(5):277-82.
 25. **Malterud K.** Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget, 2012.
 26. **McCreadie RG et al.** The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 110: 306–310.
 27. **Okamoto A. et al.** Relationship between xerostomia and psychotropic drugs in patients with schizophrenia: evaluation using an oral moisture meter. *Journal Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2016, 41, 684-688.
 28. **Oslo kommune**, Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Se: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/psykisk-helse/distriktpsikiatrisk-senter-dps/#gref>
 29. **Oslo Universitetssykehus**, Døgnbehandlingsseksjon Nydalen DPS. Se: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/nydalen-dps/dognbehandlingsseksjon-nydalen-dps#les-mer-om-dognbehandlingsseksjon-nydalen-dps>
 30. **Shah K. S. et al.** Patients with psychiatric disorders: what the general dental practitioner needs to know. *Prim Dent J*. 2017; 6(3):30-34.
 31. **Sogi G. et al.** Oral health status, self-percieved dental needs, and barriers to utilization of dental services among people with psychiatric disorders reporting to a tertiary care center in Harayana. *Dent Res J (Ishfavan)*. 2020. Sep-Oct; 17(5): 360-365.
 32. **Steinum C.** Dårlig munnhelse skaper utenforskap. [Internett]. Kirkens bymisjon; 5.september 2019 [hentet 13.april 2021] Tilgjengelig fra: <https://bystemmer.no/2019/09/darlig-munnhelse-skaper-utenforskap/>
 33. **Steinum C et al.** Munnhelse hos syke og pleietrengende er et neglisjert område. [Internett]. Adresseavisen; 22. mars 2021 [oppdatert 22. mars 2021; hentet 22. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2021/03/22/Munnhelse-hos-syke-og-pleietrengende-er-et-neglisjert-omr%C3%A5de-23694841.ece>

34. **Stenberg I.** Når pasienten har psykiske problemer. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2012; 122: 786-8.
35. **Stenberg I.** Stort behov for omsorg. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2011; 121: 772-3.
36. **Tani H et al.** Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health.* 2012, 12: 32.
37. **Thomas A. et al.** Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist.* Mar-Apr 1996;16(2):84-6.
38. **Wahlbeck K et al.** Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry.* 2011; 199: 435-458.
39. **Westlie og Hansen.** Hva har vi å tilby munntørre kreftpasienter. [Prosjektoppgave]. Oslo. Universitetet i Oslo; 2006. 42 s.
40. **Wey et al.** The oral health of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016, Vol. 50(7) 685-694.

Appendix

INTERVJUGUIDE

4 hovedtemaer:

1. Viktigheten av god munnhelse

Eks: Hva er "god tannhelse"? Er munnhelse viktig? Hva ligger det i å ha god munnhelse? Hvor viktig er det for pasienten å ta vare på munnhelsen? Kan nedsatt munnhelse påvirke livskvaliteten? På hvilken måte?

2. utfordringer/barrierer rundt daglig tannstell

Eks: Hvordan er daglig rutine ift munnstell? Hvem tar ansvar? (Overlates det til pasienten selv, eller er det noen som passer på?) Hva er utfordringene? Hva kunne man evt gjort for å følge opp dette bedre?

3. utfordringer/barrierer rundt tannlegebesøk

Eks: `Hvordan er det å gå til tannlegen? Beskriv et typisk tannlegebesøk. Gode og dårlige erfaringer. Hva går greit - hva er vanskelig? Hva kan tannhelseteamet gjøre for å gjøre det lettere? Hva legger du i begrepet "en god tannlege"? Hva kan du gjøre selv? Er det noe DPS-teamet kan bidra med? Hvor mye synes du tannlegen bør vite om den psykiske helsen din? Hva er grunnen til at du evt ikke oppsøker tannlegen?

4. Hvordan er kunnskap og erfaring med rettigheter til tannbehandling i DOT, HELFO, TOO?

Eks: Er dere kjent med disse tilbudene? Har dere brukt noen av dem? Hvordan har dere evt fått tak i informasjonen? Vet dere om rettighetene ved disse ulike tilbudene? Hvis dere har bruk tilbudene - hvordan synes dere de fungerer?

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet Bedret forebygging og behandling av oral helse hos pasienter på DPS døgnbehandling, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker i å delta i et fokusgruppeintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet,
ca _____

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD Personvern

25.03.2020 11:02

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 402826 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 25.03.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning

(art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).