

Jan Ingve Helvig

Erfaringer fra fire års offentlig tannlegepraksis for rusmiddelavhengige i Stavanger

Rusreformen av 2004 medførte pålegg om tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige i rehabilitering. Her presenteres noen erfaringer fra fire års offentlig praksis i Stavanger. Dentale følger av misbruk er ofte tydelige ettersom personer med rusproblemer ofte fører en livsstil som kompromitterer helsen.

I alt 49 pasienter som hadde gjennomgått tannbehandling ved klinikken svarte på et spørreskjema som en del av en kvalitetsoppfølging. Av disse var halvparten under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Pasientene var hovedsakelig i aldersgruppen 40–50 år. Legale medikamenter og alkohol inngår ofte i misbruk med tyngre stoffer, som kan forekomme parallelt med rehabilitering. Munntørrehet ses som en alvorlig og hyppig forekommende bivirkning.

Samarbeid om behandling handler om en trygg plattform av respekt og gjensidig tillit som videreutvikles til samtykke om nødvendig tannbehandling.

Rusreformen av 2004 medførte blant annet økt fokus på et til nå lite aktert tema: tannbehandling av narkomane og andre rusmiddelavhengige. I 1999 kom et forslag fra daværende Sosial- og helsedepartementet om «Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester» (FUTT). Tre fylker skulle i en periode gjøre erfaringer blant brukere med klare behov for tannhelsetjenester, men som ikke oppfylte kriteriene for vederlagsfrie tjenester. Prosjektet fikk klarsignal i 2002, og det ble fastslått etter to års drift at behovet for tannbehandling var stort for målgruppene hvor rusmiddelavhengige var inkludert (1).

Det var sterk politisk vilje til å la pasientgrupper, som behøver det mest, få et snarlig tannbehandlingstilbud over offentlige budsjetter. Det ble bevilget midler som fylkes-

tannlegene skulle forvalte for å få ordningen på plass. Målgruppen var rusmisbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenestelovens § 4–2 bokstav a–d, jf § 4–3. Det ble lagt opp til samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Stortinget hadde satt en frist til 1. juni 2006 for oppstart. Brukere av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) falt i en gråsoner, men er siden inkludert i tilbudet (2008).

Tannhelse Rogaland FKF bestemte gjennom styrevedtak å ansette to tannleger som skulle gi tjenester til de nevnte grupper; én i 50 % stilling i Haugesund (Nord-Rogaland) og en full stilling (artikkelforfatteren) lokalisert i Stavanger med ansvar for brukere i kommunene i Sør-Rogaland. Hensikten med denne artikkelen er å dele noen erfaringer fra arbeidet i Stavanger.

Materiale og metode

Som del av pasientoppfølging fikk et utvalg brukere et spørreskjema som de ble bedt om å svare på når de var blitt definert som ferdigbehandlet. De fylte ut skjemaet på venterommet, og det var frivillig om de ville svare. Det var blant annet spørsmål om hvor lenge og hvorfor de hadde utsatt tannbehandling, hvilke rusmidler de hadde erfaring med og hvordan de hadde opplevde tjenestetilbudet. Totalt antall svar var 49. Undersøkelsen er ikke et forskningsprosjekt, men en oppfølging og en observasjon av behandlingstilbudet. Svarene ble kun behandlet av personer med klinisk behandlingsansvar. Innledningsvis ble spørsmålene justert noe.

Hovedbudskap

- Kompromissbehandling er også nødvendig tannbehandling.
- «Legale» midler, som alkohol og farmasøytiske produkter, inngår massivt i en rusbrukers hverdag.
- Xerostomi som bivirkning er en klinisk utfordring.
- Livsstilen til rusbrukere fører til store dentale problemer. Det er knyttet etiske spørsmål og ressurs spørsmål til type og omfang av rehabilitering.

Forfatter

Jan Ingve Helvig, tannlege. Rogaland spesialisttannklinikk



Figur 1. Orale forhold hos en mann på 30 år som har vært rusavhengig i ti år.

Resultater

Kjønnsfordelingen blant pasientene som svarte viste at tre fjerdedeler var menn (76%). Dominerende aldersgrupper var 40–50 år (46%) og 30–40 år (31%). Aldersgruppene 20–30 år og 50–60 år var representert med ca. 12% hver. De fleste pasientene bodde i Stavanger (69%) og Sandnes (23%).

Bare vel halvparten svarte på spørsmålet om aktiv rusperiode. Av disse oppgav 44% en periode på mer enn 20 år. Nesten en fjerdedel (24%) angav en rusperiode på 6–10 år.

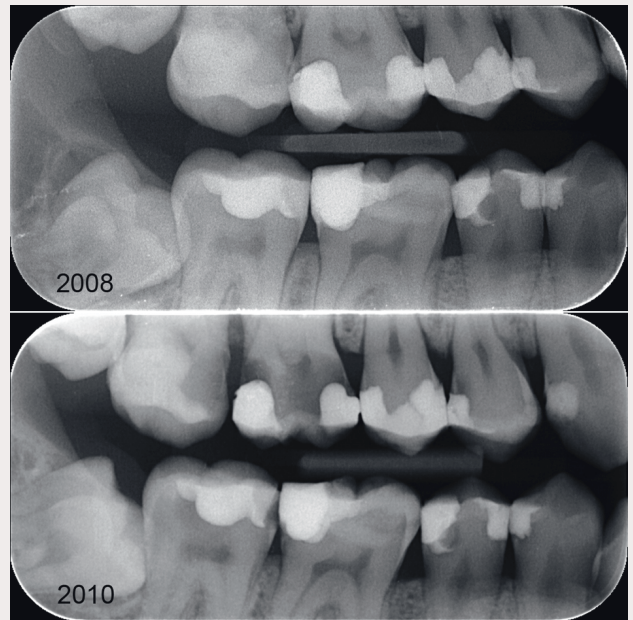
Når det gjelder erfaring med rusmidler var det en god svarprosent, og svarene viste at det var brukt eller hadde vært bruk av mange ulike stoffer. Det var ikke alltid lett å tolke svarene. I henhold til pasientkommentarer burde det blant annet vært spurt spesifikt om amfetamin heller enn termen «sentralstimulerende stoff». Det synes som alkohol, piller og cannabis oftere er brukt enn tradisjonelle narkotiske stoffer. Heroin og amfetamin toppet listen av narkotiske stoffer, men andre opiatere var også hyppig brukt. På spørsmål om mest foretrukne blandinger, viste det seg at piller spilte en sentral rolle i så å si alle variantene.

På spørsmål knyttet til livsstil og konsekvenser for tennene oppgav 65% at kombinasjon av livsstil og de aktuelle narkotiske stoff var avgjørende. Tjuefire prosent oppgav livsstilen som følger bruk av narkotika som eneste årsak, mens 11% sa at de aktuelle narkotiske stoff hadde skylden for tannproblemene.

Når det gjaldt fravær fra tannbehandling svarte halvparten at det var mindre enn to år siden siste tannbehandling. Tretten prosent svarte 2–5 år, mens 38% oppgav mer enn fem år. Aktiv rustilværelse ble oppgitt som hovedgrunn for fraværet. Frykt for tannleger og/eller utstyret oppgis også som grunn. Manglende tilbud ble angitt av bare noen få.

Journalstatistikk viste nokså like tall for produksjon i 2009 og i 2008.

Diagnosene spente fra aktiv og/eller kronisk karies (figur 1, 2) til apikale patologiske prosesser hvor kirurgi også inngikk. Patologisk tannslitasje var hyppig, men der var lite kjeveledslidelser tross hyppige behov for bitthevning. Erosjoner var hyppige. Biopsier ble tatt noen ganger. Endodontisk og protetisk rehabilitering var vanlig på grunn av alvorlig karies. Trinnvis ekskavering var ofte nødvendig.



Figur 2. Røntgenbilder av en 20 år gammel mann ved første undersøkelse i 2008. Det er et velfungerende tannsett (øverst). Etter to år med rus og fravær av tannbehandling har det oppstått alvorlig karies (nederst).

I vår praksis ble det brukt omtrent like mye glassionomersement som komposittmaterialer for fyllinger. Det var en dobling av antallet kroner siste år, som et bevisst valg om i større grad å gi pasienter gode semi-permanente kroner for å bedre langtidsprognosen. Tallet på ekstraksjoner lå på gjennomsnittlig 250 tenner per år. Det var økning i antall rotfylte tenner, noe som hadde med økt bruk av dekkproteser å gjøre. Antall protesetenner økte fra 600 til nesten 900 på et år (2009).

Av munnhygieniske hjelpemidler var tannbørste og flurtannkrem blant de mest brukte. Tannstikker ble også brukt. Solotannbørste ble valgt bort, selv om denne ble demonstrert og utdelt til brukerne.

Vedrørende subjektive opplysninger om kosthold og sukkerinntak oppgav 11% lite forbruk, 64% middels, mens 17% oppgav stort og 8% meget stort forbruk.

Sytti prosent oppgav at de var munntørre som bieffekt ved medikamentbruk, som inkluderer C-preparater, legale eller illegale.

Halvparten av de spurte deltok i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), i en periode fra 1 til 3 år. Blant LAR-brukerne oppgav 61% å nytte Subutex, 35% oppgav Metadon, og 4% Subuxone. Over 80% svarte at nevnte legemidler medførte munntørret, noe som spesielt ser ut til å gjelde Metadon.

Angående tilfredshet med tannbehandlingstilbudet svarte 89% av pasientene at den behandlingen de hadde mottatt var meget god, 9% mente den var tilfredsstillende, mens 2% syntes den var mindre god.

Diskusjon og synspunkter

Tannbehandling av rusmiddelavhengige personer er mangfoldig, med stor spennvidde i typen rusmidler og behandlingsbehov. Det er

lite tilgjengelig informasjon fra Norge om dette, men nylig ble det presentert data fra en sykehusbasert virksomhet i Oslo (2). Av oppfølgingen synes det som legale medisiner inngår som en betydelig andel av rusmidlene. For eksempel er benzodiazepin og barbiturater sterkt vanedannende medikamenter som er ettertraktede for pasienter i vår kategori. Alkohol viser seg også å være et populært rusmiddel, ut fra erfaringene i klinikken.

Generell skepsis til autoriteter, og hvilken agenda disse måtte ha, kan være en forklaring på at enkelte spørsmål hadde lav svarandel. At den største aldersgruppen av pasientene var 40–50 år, tolkes som resultat av kjennetegn ved gruppen vi behandler: Pasientene har takket ja til rusrehabilitering fordi de generelt er slitne.

I en nylig artikkel av Holst og Skau (3) vektlegges det at den sosiale ulikheten er betydelig redusert de siste 30 år hva tannhelse angår, målt i antall tenner. Men ulikheten rammer en mindre andel av befolkningen. Det nevnes at eventuelle ulikhetsskapende forhold må analyseres på andre og mer følsomme forhold blant yngre voksne om et eventuelt sosialpolitiske virkemiddel skal iverksettes. Dette kan omfatte klientellet som er beskrevet denne artikkelen. Det antydes at sosialpolitisk intervensjon snarere kan være å kompensere den oppståtte situasjon med hjelp av rehabilitering til en gruppe som er, og forhåpentligvis vil forbli liten og derigjennom sosialt stigmatisert.

I denne undersøkelsen ble fravær fra tannbehandling forklart med aktiv rustilværelse og vegring («skrekk for tannleger»). En respondent forklarte at «andre sykdommer har kommet i veien». Det er også åpenbart at symptomer fra pulpitter undertrykkes av smerredempningen selve rusen gir. Tross alt synes det å være nødvendig med såkalte lavterskeltilbud til tunge rusmisbrukere. For eksempel har det vist seg at det er nyttig å behandle apikale patologiske tilstander hos narkomane i akutt nød.

Det virker å være et udekket behov for rehabilitering med implantatforankrede dekkproteser i underkjeven hos utsatte grupper i Norge. For våre pasienter utgjorde støpte delproteser majoriteten av protetiske erstatninger, og behovet for kombinasjonsarbeider er vurdert å være økende. Teleskoperende arbeider kan være en løsning i noen avanserte kasus og ser ut til også å falle i smak hos pasientene. Dette er pasienter med betydelig bittsenkning samtidig med redusert resttannsett. Sentralstimulerende stoffer fører til oppstemthet og muskulær hyperaktivitet, som igjen kan føre til tannslitasje.

Kostvaner med betydelig forbruk av sukker og søte leskedrikker som kompensasjon for munntørrhet, medfører karies og erosjoner.

Xerostomi var vanlig ved bruk av Metadon, samt ved bruk av C-preparater og barbiturater. Av erfaring bør en være observant overfor gastroøsofageal reflukssykdom (GØRS) med dertil erosjonsproblematikk.

En antakelse som ofte verserer blant narkomane er at de narkotiske stoffene «ødelegger tennene direkte». Så å si samtlige pasienter røyker tobakk, med økt risiko for astma og KOLS. Inhalatormedisinene kan også påvirke det orale miljø negativt.

Til tross for at forventningene for behandlingen kunne være høyere enn realistisk, var nær 90 % av deltagerne i spørreundersøkelsen fornøyd med behandlingen som ble gjort.

English summary

Helvig JI.

Dental and oral effects associated with drug abuse

Nor Tannlegeforen Tid 2011; 121: 234–6.

In the city of Stavanger, Norway, a public dental clinic was allocated to caretaking of people with drug abuse. As part of the clinic's follow-up, 49 patients responded to a questionnaire concerning aspects of the lifestyle, type of drugs and evaluation of the quality of the services offered. The largest age group was 40–50 years. About 50% of the patients received controlled drug-assisted treatment. Legal drugs and alcohol is quite often used, in addition to the non-legal drugs. Xerostomia was a severe problem for several patients. Having success in treatment depends on building a platform of good cooperation with the patient through autonomy and respect on all levels.

Referanser

1. Edland-Gryt M, Skretting A. Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere. En kartlegging. SIRUS-Rapport 2/2010. Oslo: SIRUS; 2010 (<http://www.sirus.no/internett/behandling/publication/551.html>)
2. Haugbo HO, Storhaug K, Willumsen T. Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 2010; 912–7.
3. Holst D, Skau I. Tenner og tannstatus i den voksne befolkningen i Norge. Hvor stor er den sosiale ulikheten? Nor Tannlegeforen Tid. 2010; 120: 164–9.

Adresse: *Tastagaten 30–32, 4007 Stavanger. E-post: jan.ingve.helvig@throg.no. Tannhelse Rogaland: www.tannhelserogaland.no*