



NOFOBIs vinterseminar 2007, Tromsø 8. – 10. februar:

Den vanskelige pasienten – sett fra ulike vinkler

Den vanskelige pasienten kommer i ulike varianter. Han eller hun kan og bør først og fremst ses, og dernest tas hånd om. Det gjør ulike profesjonsgrupper på forskjellig vis. Alt avhengig av hvor pasienten befinner seg, og hva behovet og hensikten er. Nå snakker vi om pasientens behov.

Den vanskelige pasienten var temaet da Norsk forening for odontofobi (NOFOBI) avviklet sitt årlige vinterseminar i Tromsø i februar. Dit kom både tannleger og psykologer for å forelese, og også en som er begge deler.

Kognitiv terapi som verktøy

Sistnevnte er professor Jan Bergdahl, ansatt ved Institutt for klinisk odontologi i Tromsø. Han snakket som psykolog denne gangen, og tok for seg grunnleggende prinsipper innen kognitiv terapi, og dessuten gruppebehandling av personer med odontofobi. Det siste fikk ikke Tidende med seg, men kognitiv terapi fikk vi lære litt om.

Den formelle strukturen i det dreier seg om å etablere kontakt, noe som er veldig viktig å gjøre riktig, ellers blir det ingen god terapeutisk allianse. Der nest kartlegges symptomatologien for den kliniske og kognitive diagnosen, og deretter setter man seg et realistisk mål. Så møtes klient og terapeut med jevne mellomrom, og agendaen for en sesjon er som regel at klienten først beskriver sin situasjon i dag, og forteller hvordan perioden siden sist har vært. Man oppsummerer så forrige sesjon, og tar en gjennomgang av hjemmeoppgavene som ble gitt. I dette snakker man om de aktuelle hovedtemaene, og konsentrerer seg om affekter som personen opplever som mest frekvente og problematiske, før nye hjemmeoppgaver gis, og sesjonen er over. Metakommunikasjon er et vesentlig element i dette, likeledes

selve samspillet mellom terapeut og klient.

Dette er noe den vanlige tannlege sjelden vil komme borti, og ikke som annet enn klient eller pasient, med mindre man har den samme utdanningskombinasjonen som Bergdahl. Like fullt, og like meningsfullt, ble de seminardeltakende tannlegene gitt en god og interessant innføring i prinsippene for det som beskrives som en kontinuerlig uforsking og bearbeiding av pasientens kognitive og dysfunksjonelle mønster. Selv om tannlegene neppe vil komme i posisjon til å anvende dette, var det flere som syntes det var fint og nyttig å få vite litt om hvordan det foregår. Dessuten var det minst én, som etter å ha hørt Jan Bergdahl snakke, sa at hvis han skulle i terapi noen gang, så ville han gå nettopp dit.

Den vanskeligste vanskelige pasienten

Anne Rønneberg er spesialist i pedodonti og instruktørtannlege ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitet i Oslo. Hun startet sitt foredrag om de vanskeligste pasientene, med å spørre: «Hvorfor ble pasienten slik?» og «Hva har skjedd?» Poenget er at som helsepersonell har tannlegen et ansvar for å oppdage overgrep på barn, og for å ikke glemme voksne, som har vært barn en gang. – Noen pasienter synes ikke så lett. Det er vår oppgave å se dem som trenger hjelp, sa Rønneberg. – Mye av det man anerkjenner som vanlige sykdommer i voksenmedisinen, er resultatet av hva man ikke erkjenner i barndommen, fortsatte hun, og understreket videre at når det gjelder barn, har man ikke bare et ansvar for å oppdage, man er også lovpålagt å følge med på barnets generelle helse-tilstand, og melde fra hvis man er bekymret. Dette er ikke minst viktig etter at skolehelsetjenesten er blitt redusert i mange kommuner. Med det blir tann-

legenes og tannpleierenes rolle mer og mer viktig i forhold til å avdekke overgrep og mishandling av barn. Tannhelsepersonell møter barna jevnlig, og har mulighet til å innkalle hyppigere enn vanlig ved bekymring. Det er dessuten en kjensgjerning at tannstatus påvirkes av ulike typer overgrep og mishandling. Hvis tannlegen utvider sitt fokus fra munnen til resten av ansiktet og halsen, kan han eller hun også i visse situasjoner observere tegn på fysiske overgrep og mishandling. Det er også viktig å vite at traumer mot hode- og halsregionen forekommer i mer enn halvparten av tilfellene hvor det er snakk om overgrep på barn.

Anne Rønneberg siterte også barnelege Geir Borgen, som i april 2006 uttalte til Tidende at: «Massiv tannråte er omsorgssvikt inntil det motsatte er bevist.» – Grav karies, sa Rønneberg, – medfører smerter, infeksjoner og tap av tyggefunksjon. Som igjen kan medføre læreproblemer, kommunikasjonsproblemer, underernæring og nedsatt utvikling av høyde og vekt, og dessuten mineraliseringsforstyrrelser på permanente tenner.

Når det gjelder seksuelle overgrep mot barn, er det vanskelig å tallfeste noe sikkert. Utenlandske studier viser at mellom tre og fem prosent utsettes for seksuelle overgrep i løpet av barndommen. Er det slik, er det snakk om ett barn i hver skoleklasse. Mange blir ikke oppdaget før flere år etter at overgrepene fant sted. Videre er det slik at seksuelle overgrep sjelden forekommer alene. Det er en sterk sammenheng mellom seksuelle overgrep og andre negative barneopplevelser. Overgriper er som regel en som står barnet nær. Kvinner er også overgripere, oftere enn mange tror.

Det er stadfestet at oralt seksuelt misbruk kan medføre tannbehandlingsangst. – Behandling hos tannlegen har en del likhetstrekk med opplevde



Tiril Willumsen trådte av som leder, og var like fornøyd med NOFOBI-seminaret som foreningens påtroppende leder, Bjørn Thunold.

seksuelle traumer, sa Rønneberg, – og har de først kommet seg til tannlegen, presser de seg psykisk for å holde ut. De føler også ofte skam over at de er pysete eller vanskelige, og over at de har dårlig tannhelse. Mange velger å ikke gå til tannbehandling. Det henger sammen med at de føler seg overgitt eller fanget i tannlegestolen, og at situasjonen minner om da de ble utsatt for overgrep. De kan føle desperasjon, redsel, fortvilelse eller ren overgivenhet.

Rønneberg fortalte også at når pasienten kommer i tannlegestolen, kan det medføre at det misbrukte barnet i ham eller henne aktiveres. Dette skjer ved at de blir påtvunget fysisk nærhet og følelser fra overgrepssituasjonen. Tannlegens ansikt, pust og kroppslukt kan vekke til live følelser. Det er også slik at pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan virke ufølsomme for smerte. De kan sitte i stolen og finne seg i behandling uten å si et ord, mens det kanskje kommer noen stille tårer. De er rett og slett vant til å ta imot, og underkaster seg behandlingen. Når pasienten imidlertid blir eldre, og starter bearbeidingen av de vonde opplevelsene, kommer de i kontakt med følelsene sine.

Til slutt sa Anne Rønneberg at pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep får en bedre behandlingssituasjon hos tannlegen hvis de kan fortelle om sin angst. De trenger trygghet og

har ofte behov for å bli spurt. Det kan være greit å stille direkte spørsmål, men situasjonen må selvsagt vurderes fra gang til gang. Hvis pasienten ikke vil fortelle, tier han eller hun stille. Tannlegens oppgave er å gjøre det klart for pasienten at man ønsker å skape en trygg og god behandlingssituasjon, og å gi informasjon fortløpende om hva som skjer. Det er også viktig å si fra og drøfte med pasienten hvor lenge behandlingen skal vare. Det kan være en god idé å benytte hjelpemidler som kofferdam og overflateanestesi. Det er lurt å avtale et tegn som pasienten kan benytte som uttrykk for et ønske om pause. I pausen kan tannlegen spørre pasienten hvordan det går, og om noe kan gjøres annerledes. Det er viktig at hver behandlingssesjon er en grei opplevelse for pasienten. Slik skapes tillit, pasienten føler kontroll og det utvikles mestring. – For noen pasienter vil det imidlertid være berettiget eller nødvendig å supplere med medikamentell angstkontroll, sa Anne Rønneberg avslutningsvis.

Motiverende samtale

Hele seminaret begynte med et forkurs i en teknikk, som oversatt til norsk kan kalles et motiverende intervju, eller endringsfokusert rådgivning, som det også kalles. Psykologen Tom Barth har snakket ved lignende anledninger tidligere, og stilte gjerne opp igjen. Under-

tegnede gjorde seg, på oppfordring, til intervjuobjekt, og lot dermed, sammen med Barth, forsamlingen få illustrert hvordan det kan foregå når psykologen bruker teknikken i et forsøk på å motivere en person til å endre atferd i ønsket retning. Det er sistnevnte som selv uttrykker den ønskede endringen, vel og merke, det er ikke noe behandleren finner på. Det må man være klar over. Tannlegens pekefinger skal ikke frem i denne sammenheng. Eller som Barth sa: – Når man skal motivere mennesker til å gjøre lure ting, eller slutte å gjøre dumme ting, hjelper det ikke å fortelle.

Uten å røpe hva den ønskede endringen dreide seg om i vårt tilfelle, kan vi godt si at teknikken ser ut til å virke. Det var litt ubehagelig å bli utsatt for motiveringen, men det skyldes snarere at det var et stort publikum til stede enn selve seansen. Den handler ganske enkelt om at det foregår en klientsentrert samtale, som, ifølge Tom Barth, blant annet benyttes innen helserådgivning og helsefremmende arbeid i Norge i dag. Klienten, eller pasienten, hjelpes til å finne innsikt, bygge motivasjon og ta beslutninger om atferdsendring. Man kan tilpasse metoden til relativt korte klientkonsultasjoner, eller den kan integreres i en annen type helsekonsultasjon, heter det i beskrivelsen. Som annen type helsekonsultasjon; hos tannlegen, for eksempel. Men da må tannlegen ta seg litt bedre tid enn vanlig. Og det må han eller hun simpelthen gjøre, når det handler om pasienter med tannbehandlingsangst. Da er tid noe av det viktigste man kan gi.

Vi fikk dessverre ikke tid til hele NOFOBI-seminaret denne gangen, for det var et program som var godt egnet til å gi stort utbytte. De øvrige nesten 90 påmeldte så ut til å både hygge seg og få mye med seg av det som foregikk innendørs, mens Tromsø utendørs gjennomlevde tidenes snøføyke.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

**Ny e-postadresse?
Gi oss beskjed!
www.tannlegeforeningen.no**