

Tilbud om tannpleie til rusavhengige

Rusreformen av 2004 initierte dagens tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige. Staten tok ansvar, og et samlet storting sto bak den økonomiske byrden dette på den tiden innebar. Organiseringen fikk Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) ansvaret for, og har siden 2006 artet seg som en nasjonal dugnad. Private tannhelsetjenester har vært et bidrag av resursmessige årsaker. Rogaland derimot, organiserte seg tidlig med to såkalte rustannleger i byene Haugesund og Stavanger. Disse fikk gjennom bestilling den mengdetrening som igjen medførte kompetansebygging i feltet. For Sør-Rogalands del, hvor tannlegen fremdeles er i samme funksjon, er dette grunnlaget for innlegget du nå leser.

Det har ikke vært en lett oppgave, men desto mer interessant. Idealisme og 25 års realkompetanse var grunnlaget for prosjektet. Tiår med neglisjering av rusmisbrukeres helse medførte omfattende sanering av patologi. En forstad tidlig at dette var betydningsfullt.

I 2009 bad Stortinget om en evaluering av tilbudet på landsbasis. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gav Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i oppgave å gjennomføre denne. Året etter ble rapporten levert. Min personlige mening er at denne rapporten burde få konsekvenser for fylkenes videre organisering av tilbudet, noe jeg opplever ikke har skjedd. Det kan henge sammen med min idealistiske holdning til oppgaven jeg tok på meg, ikke minst på det faglige området. Samt erfaringer som til dels er i ferd med å knuse mine mest optimistiske visjoner for gruppen. Når jeg for noen måneder siden leste Rasmeldingen i form av St.meld. nr. 30, ble jeg heller ikke oppmuntret. I en rapport på nær 200 sider, ble tannbehandling kun nevnt med noen få linjer. Disse gav heller ingen retning.

Helsedirektoratet (HDIR) lot i 2011 tannleger forstå hva en under utdannelsen skal få vite om hva god tannbehandling er. Faglig praksis skal ta hensyn til brukeren av våre tjenester. Veilederen for god praksis ble prosessfokuser, med den enkelte tannleges skjønn som avgjørende. Godt skjønn er desto mer krevende for denne pasientgruppen. Fattigdom har dessuten hatt fokus i politiske programmer, og rusmisbrukeren skjønner vi inngår i denne målgruppen. Den norske tannlegeforening (NTF) har jobbet for at slikt fokus også skal ha legitimitet, og slik sett støttet opp om offentlig ruspolitikk de siste årene. De som trenger det mest skal i større grad få tilgang til våre tjenester. Skuffende må det da også være for NTF å registrere at tannhelse har fått så liten plass i myndighetenes rasmelding.

Hva vil jeg så med dette?

Mitt anliggende er å sette fokus på en samfunnsutfordring hvor odontologien i større grad må være premiss-leverandør. Det er en kjensgjerning at rusbehandling ikke tilstrekkelig er kunnskapsbasert og hvor derfor uenighet råder hva god praksis skal være. En erkjennelse av dette kom også fra vår helse- og omsorgsminister, Jonas Gahr Støre, da han like før jul i fjor besøkte noen av hovedstadens tilbud for rusmisbrukere. I TV-intervjuet som dekket hendelsen var ministeren klar for i enda større grad å «snu steiner» for å kunne bli bedre. Her snakkes det imidlertid om spesialisthelsetjenestens oppgaver, hvor odontologien heller ikke har fått innta sin rettmessige plass. Allikevel var vår ferske helseminister tydelig på at odontologien var en integrert del av samhandlingsreformen da han talte på vårt landsmøte; «vi skal legge forholdene til rette. Blant annet med gode strukturer for samhandling». Mine erfaringer så langt kan ikke bekrefte at så er tilfelle. Men jeg lever i håpet.

Det som opptar meg er hvilke strategier vi skal velge i møtet med rusmisbrukeren. Min arbeidsgiver, Tannhelse Rogaland, har åpnet for slikt mandat ved å tilskynde meg anledning til å systematisere mine seks års erfaringer så langt. I løpet av to år planlegges dette presentert i en Master of Science. Det er ikke til å undervurdere at det har vært vanskelig å finne en form for hvordan slike problemstillinger skal angripes. Slik medisinen har organisert seg med egen spesialitet på feltet, har vi derimot måttet føle oss frem mellom odontologiske disipliner for å finne egnet støtte og veiledning til oppgaven som ligger foran oss. Formålet vil være å beskrive gruppen utfra eksisterende erfaringer, og evaluere de tjenester vi frem til nå har levert. Allerede nå, før status foreligger, ønsker jeg å sette fokus på utfordringer vi gjennom risikopasienter og såkalte kronikere i lang tid har måttet beskjeftige oss med.

Det avgjørende spørsmålet er; klarer vedkommende å ta vare på produktet av vår tjeneste? Svaret ligger i prognoseavklaring. I en samlet sum av ressurser hos tannhelsepersonellet og den enkelte pasient. Hos oss tilkjennegjort gjennom ferdigheter og holdninger. Hos pasienten ved evne og eller vilje til å endre livsstil. Ernæring og plakk-kontroll er avgjørende faktorer. For rusmisbruker i rehabilitering, også muligheten for nye tilbakefall. Et spørsmål vi må våge å stille, er følgende: I hvilken grad skal samfunnet påkoste tannbehandling til mennesker i rehabilitering før prognose kan bedømmes? Og hvilke minstekrav skal en kunne sette til selve rusrehabiliteringen? Som jeg nevnte innledningsvis er det lite faglig grunnlag for å hevde god praksis generelt. Under de snart syv årene hvor gruppen har vært prioritert med odontologiske tjenester, tror jeg det er på høy tid å evaluere. Dersom ytelsene skal fortsette uavbrutt, vil jeg påstå at tje-



Om det å være spesiell...

nesten er underfinansiert. Det er nærmest umulig med dagens ramme å fokusere på forebygging. Og det vil måtte kreve langt mer av samhandling enn det vi har sett til nå. I dag er min kliniske hverdag hovedsakelig preget av sykdomssanering og reparasjoner. Jeg opplever dessuten å utfordres av et skarpt grensesnitt mellom faglig integritet og behov og krav om effektivitet. Spørsmålet om i hvor stort omfang gruppen skal ha tilgang til kostbare og ofte marginale spesialisttjenester, bør det også tas stilling til. Komplexiteten i behovene er store og ofte utfordrende. Uten erkjennelse av tilbakefallsprosentens betydning og volumet av kronikere i pasientgruppen med dertil nøkterne justeringer av forventningene, vil fylkene ha problemer med å gi de pålagte tjenestene til rusmiddelavhengige med dagens rammer. Den kraftige økningen vi er vitne til i substitusjonsbehandlingen LAR, er klar. Ikke alle i LAR innordner seg.

Jens Stoltenberg har uttalt følgende; «Tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne, handler om holdninger og bevissthet». Det er ikke til å legge skjul på at tannbehandling av rusmisbrukere er noe de fleste av oss kan tenke seg at andre tar seg av. Dedi-kert personell er lett mangelvare. Vi utfordres dessuten på bevissthet. Livsstil utfordrer våre tjenester. Det er mye fint du kan gjøre med sand, men prøv ikke å bygge hus på den.

*Jan Inge Helvig
Jan.inge.helvig@lyse.net*

Norsk befolkning ble plutselig oppmerksom på tannbørsten. Og da mener jeg i dalstroka innafor, og det som verre er. Det skjedde på 50-tallet, og effekten uteble ikke. Både Evang og Colgate kunne ... smile.

Når man titter på SSBs websider ser vi effekten som et dramatisk fall i skolebarns registrerte karies, spesielt i perioden rundt 1970 – 72. Men heldigvis, samtidig økte velstanden, og der det frem til nu hadde vært greit med helproteser har det åpnet seg nye muligheter. Både teknisk og økonomisk. Det er slutt på de tider da bruden ble levert med nye tenner.

Det synes å foreligge en direkte korrelasjon mellom tenners hvithet på geledd og vedvarende, sitrende lykke. Når så man sist en tørst coladrikkende atlet med B3?

Vi kom inn i en gullalder, vi tannleger. Om ikke alle ble Onkel Skruer ble vi Heldige Anton.

Ting kan tyde på at gullrushet er i ferd med å stilne; og samtidig ryktes det at vi snart skal bli vesentlig flere tannleger enn tidligere. Det må nye koster til...

Dessverre er det ikke bare amerikanismen med blåhvite tenner vi har slukt – men også måten å henvende seg til våre pasienter. De omtales for øvrig ikke som slike lengre; de er kunder nu. Rart med det – kunden er liksom ikke en vanlig pasient. Kunden er en man overtaler. Derefter har kunden alltid rett.

Det fremstår for meg som en gåte hvorfor man har valgt å formulere

etiske regler på en slik måte at alle mulige tvilsomme påstander – tilsynelatende – kan fremføres. Man skal være vel bevandret som pasient – (unnskyld; kunde) for å kunne skille mellom en spesialist i protetik og en tannlege med godkjenning fra HELFO med refusjonsrett for protetisk behandling. Det siste er sant å si blitt en spesialkompetanse, oppnådd etter 80 timer i NTFs system. Nei, man skal ikke genere seg.

Tannleger annonserer med lokaler så lyse og trivelige, at ingen kunne tru. Hadde man nu bare nøydt seg med det – men ubehag, nei, det skal ikke oppleves ved tannbehandling . Aldri. I tillegg – tannlegens faglige nivå og empatiske evner overgår det meste. Spesiell interesse for? You name it. Samt en rabatt på kjøpet. Det enkleste er det beste. En titt i helsepersonelloven kan gi litt uto, men skitt au.

Sant å si angår det ikke meg på annen måte enn sett fra nokså nær sidelinjen. På vei inn i garderoben, joda. Snart skal jeg forlate mine lyse og trivelige lokaler. Men på veien ut undrer det meg litt at man i NTF synes så totalt uinteressert i valget av profil. Noe som kunne reflektere den i festtalene nevnte etikken, dere vet. Norske tannleger ser ut til å greie seg godt i omdømmeidretten. Vil det vedvare? Hva med litt mental profylakse. Sånn til innvortes bruk.

Enn så lenge går alt på skinner. Blekeskinner.

*Rolv Præsteng
rolvep@online.no*