

Karin Vanberg, Iselin Husby, Liv Stykket, Alix Young og Tiril Willumsen

Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo

Norge har et høyt antall injiserende heroinmisbrukere og mange overdosedødsfall sammenliknet med andre land. Vi har lite kunnskap om rusmisbrukernes egne vurderinger av tannhelse. Målet for studien var å utforske tannstatus, tannhelsevaner og egne oppfatninger om tannhelse hos en gruppe injiserende heroinmisbrukere i Oslo. Seksti aktive rusmisbrukere (47 menn og 13 kvinner, mellom 22 og 63 år, gjennomsnittsalder 42,1 år) fra et lavterskeltilbud i Oslo ble intervjuet og en enkel oral undersøkelse utført. Gjennomsnittsalderen for første injisering var 23,1 år (mellom 11–55 år, median 18,5 år). Femtifem prosent av deltagerne opplyste om daglig tannpuss, og gjennomsnittstiden siden siste tannlegebesøk var 4,6 år.

Smerter var den viktigste årsaken til tannlegebesøk, mens ca. 60 % rapporterte munntørrhet. Økt rusinntak for tannsmertelindring ble rapportert. Tannstatus varierte: 43 % av individene hadde flere enn 20 funksjonelle tenner mens 16 % ikke hadde noen funksjonelle tenner.

Forskjellige teorier om rusmisbruk og tannhelse hos individene ble avdekket. Mest utbredt er askorbinsyreteorien: troen på at syren fra oppløsningsmiddel for heroin følger blodbanene og lø-

ser opp tennene innenfra. En annen populær teori er at rusen i seg selv løsner tenner. Negative opplevelser fra kommunikasjon med tannhelsepersonell og misnøye med tannbehandlingen de fikk tilbud om, ble også nevnt.

Studien indikerer at injiserende heroinmisbrukere er en variert pasientgruppe. God kommunikasjon er viktig for å kunne gi individuelt tilpasset tilnærming til tannbehandling. Ønsket om faste tenner var stort og ble vurdert av deltagerne som viktig for rehabilitering. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å øke forståelsen av sammenhengen mellom rusmisbruk, tannhelseadferd, tannhelse, og mulige tannbehandlingsalternativer.

Oslo har til tider blitt omtalt som «heroinhovedstaden i Europa» på grunn av et særlig høyt antall overdosedødsfall. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1) rapporterer et høyt og intensivt ruskonsum i Norge med høye dødstall. Dødstall blant voksne (15–64 år) var 69,6 per million innbyggere i 2013. For Europa totalt var tallet 12,2 dødsfall per million innbyggere, og det var bare Estland som har flere overdosedødsfall per innbygger enn Norge i Europa. I Norge i 2014 ble det innrapportert 266 narkotikadødsfall, hvorav 46 av disse var i Oslo (2). Den høye dødsstatistikken kan ha sammenheng med de forskjellige

Forfattere

Karin Vanberg, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og tannlege, Finnmark fylkeskommune, Kirkenes

Iselin Husby, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og klinikkssjef, Alméra tannklinikk, Nesbru

Liv Stykket, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og privatpraktiserende tannlege, Notodden

Alix Young Vik, professor, dr.odont. Avdeling for kariologi og gerodontologi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Tiril Willumsen, professor, dr.odont. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Hovedbudskap

- Tannhelse er viktig for injiserende heroinmisbrukere
- Mange heroinmisbrukere har negative erfaringer fra kommunikasjon med tannhelsepersonell
- Irrasjonelle teorier som askorbinsyreteorien er en utfordring i forståelsen av sammenheng mellom tannhelseadferd og dårlig tannhelse
- Tannstatus hos heroinmisbrukere i Oslo oppviser stor variasjon
- Rusmiddelmissbrukere er en variert pasientgruppe som trenger individuelt tilpasset tilnærming

måtene rusmisbrukere tar stoffene på. Primært ser man en sterk injiseringskultur i Norge, i motsetning til mange andre vestlige land hvor det foretrekkes røyking og sniffing. Det antas at antallet injiserende brukere i Norge har vært stabilt siden 2003. I 2011 var det estimert å være rundt 7 300 til 10 300 personer (2).

Betegnelsen «heroin» blir kun brukt når det er snakk om illegal distribuering. I medisinsk bruk kalles det diamorfin, og det brukes i behandling mot ekstreme smerter, som ved hjerteinfarkt. Det er hovedsakelig to typer heroin: diamorfin base, også omtalt som «brunt heroin» og diamorfin hydroklorid som er «hvit heroin». Forskjellen på den brune og den hvite heroinen er at den hvite er oppløselig i vann, og er mer «ren». Den er derfor egnet til intravenøs bruk. Den brune heroinen er uløselig og egner seg til røyking da den brenner ved en lavere temperatur (3). I Norge injiseres den brune heroinen og for å kunne gjøre det, må det tilsettes en syre som gjør den løselig i vann. Blant heroinmisbrukere er det derfor vanlig at de blander heroinpulveret med vann og sitronsyre. Sitronsyren fås enkelt tak i matbutikker. Fordi sitronsyren er ment å brukes i mat, vil den imidlertid ikke oppfylle de kravene for aseptikk som behøves ved injeksjonsbruk. På bakgrunn av dette distribuerer helsepersonell askorbinsyre til rusavhengige i Norge. Blant rusmisbrukere er det ikke nødvendigvis heroinen som er mest skadelig for kroppen. Den heroinen som fås kjøpt på gata, har nemlig flere tilsatte stoffer som ikke er oppløselig eller sterile. Heroinmisbrukere i Norge forteller om tilsetninger som O'Boy, brun Fishermans Friends med mere.

Injiserende rusmisbrukere er mer utsatt for smittsomme sykdommer. Til tross for at det i 2012 ble delt ut over tre millioner sprøyter fra helsepersonell i Norge, var det 62 % av injiserende brukere som hadde hepatitt A eller hadde blitt vaksinert mot hepatitt A, 35 % som hadde hepatitt B, og 64 % som hadde hepatitt C. Haukeland Universitetssykehus rapporterer at denne pasientgruppen utgjør ca. 15 % av omtrent 50 pasienter som behandles årlig for endokarditt (4).

Karies regnes som det orale hovedproblemet blant rusmisbrukere. Den hektiske livstilen er ofte forklaringen bak kariesproblematikken. Sviktende hygiene og hyppige sukkerinntak er ofte karakteristisk. Det hyppige sukkerinntaket kan forklares med at opiatet øker insulinutskillelsen. Blodsukkeret faller derfor relativt raskt og søtsuget øker. Raske energikilder blir en nødvendighet (5). Kvalme og mangel på appetitt vil også påvirke matinntaket. Dårlig munnhygiene er et stort problem (6). Redusert spyttsekresjon er også rapportert som en bivirkning av heroinmisbruk (7), og kan være en medvirkende faktor til kariesproblematikken. Det har lenge vært kjent at heroinister har høy kariesaktivitet (8). Det typiske kariesbilde hos heroinister beskrives ofte som mørke lesjoner som opptrer buccalt og labialt og som dekker mesteparten av tannoverflaten (9,10). Karieslesjonene er også beskrevet som mørkere i fargen enn normalt, som vist i figur 3. Det hevdes at dette er det typiske bilde hos brukere som har injisert i over ti år. I en studie fra 2012 ble kariesbildet beskrevet som likt hos misbrukere av metamfetamin og heroin (5).

For å kunne forebygge oral sykdom hos heroinmisbrukere må tiltak tilpasses deres hverdag som aktive rusmisbrukere, og det

må være viktig å få kunnskap om deres egne oppfatninger og erfaringer. Det er lite å finne i litteraturen om dette. Undersøkelser er ofte utført på institusjoner og rehabiliteringssentre hvor forsøkspersonene ikke er i en aktiv rusfase. Helsepersonell som jobber i rusmiljøer, rapporterer at det foreligger mange uokumenterte teorier i rusmiljøet om tannhelse og tenner, blant annet «Askorbinsyreteorien», en teori som går ut på at syren som brukes til å løse heroin sprer seg fra injeksjonsstedet via blodbanen til tennene og løser opp tennene innenfra.

Målet for denne studien var derfor å utforske: (i) tannhelse og tannhelsevaner blant aktivt injiserende heroinmisbrukere, og (ii) deres egne oppfatninger om hvordan rusmisbruk påvirker tannhelsen.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble utført på to lavterskeltilbud i Oslo. Begge disse tilbudene har en 18 års aldersgrense og gir prioritering til bosatte i Oslo. Ledelsen av begge lavterskeltilbudene har godkjent og gitt tillatelse til å gjennomføre studien. Undersøkeren (førsteforfatteren) var tannlegestudent og sykepleier med tilknytning til institusjonene, og undersøkelsen ble derfor ansett som et kvalitetssikringsprosjekt. Ingen personopplysninger ble registrert bortsett fra alder og kjønn. Studien ble derfor betraktet som anonym og trengte ikke godkjenning av medisinsk etisk komite.

Samtlige brukere som var til stede på undersøkelsesdagene ble spurt om å være med i studien. Personer med symptomer på abstinens / rus som hindret troverdig kommunikasjon ble utelatt. Av 66 personer som ble forespurt, sa 2 nei og 4 ble ekskludert da de ikke tilfredsstilte krav til injiserende heroinmisbruk. Dette gav et utvalg på 60 personer.

Studien bestod av en spørreskjemaundersøkelse med ikke-validerede eller reliabilitets-testede spørsmål. Spørsmål og svarmuligheter er beskrevet i Tabell 1. Alle spørsmål ble stilt muntlig og svarene skrevet ned på papir. Svar på åpne spørsmål om hvordan deltagerne trodde deres tannhelse ble påvirket av rusmisbruk ble gjennomgått og diskutert av tre av forfatterne som i samarbeid klassifiserte svarene i 7 grupper: tennene løsner / askorbinsyre løser tenner/ livstil / slitasje / manier / tennene blir porøse / munntørrethet. Hver deltager kunne gi flere svar i flere kategorier.

Tannstatus ble registrert ved enkel inspeksjon i munnhulen uten noe utstyr, og hver tann ble registrert som funksjonell/ ikke funksjonell. Kriteriet for en funksjonell tann var at tannen var uten synlig karies, uten fyllinger eller med fungerende fyllinger. God tannstatus ble definert som 20 eller flere funksjonelle tenner. Det ble tatt intraorale kliniske fotos, der hvor individene selv godkjente dette. Av de 60 personer som ble intervjuet, var det 3 individer som ikke ville vise tennene, og 2 individer som sovnet under undersøkelsen.

Resultatene ble lagt inn i GNU R Statistic Environment og beskrivende statistikk beregnet.

Resultater

Førtisju menn og 13 kvinner i alderen 22 til 63 år deltok i studien (gjennomsnittsalder 42,1 år, standardavvik (SD) 9,6 år). Litt over

Tabell 1. Spørreundersøkelse

Spørsmål	Svaralternativer
Kjønn	Kvinne / mann
Alder	År
Rusmidler brukt siste uke	Heroin / andre opiater (subutex, metadone, suboxone) / Benzodiazepiner / Metamfetamin / Amfetamin / Alkohol / Hasj / Annet
Hvordan vil du beskrive helsen din? (Dersom du mener du har dårlig helse, kan du oppgi grunnen til dette?)	God / dårlig (åpent)
Hvor gammel var du da du startet å injisere heroin?	År
Bosituasjon?	Privatbolig/ venner, familie/ hospits / kommunal bolig / uten fast bolig
Hva er ditt hovedrusmiddel?	Åpent
Føler du deg munntørr?	Ja / nei
Hvor ofte pusser du tennene?	Aldri / sjeldnere enn hver dag / en gang hver dag eller oftere
Siste besøk hos tannlege?	År
Årsak til siste tannlegebesøk?	Konsultasjon / fyllingsterapi / protetikk / smerte / annet
Påvirker heroin tannhelsen din?	Ja / nei
Har du/ eller har du hatt noen plager i tennene/munnhulen?	Ja / nei (åpent)
Tror du at tilværelsen som rusmisbruker har endret tannhelsen din? (I så fall hvordan?)	Ja / nei (åpent)

halvparten av deltagerne (56,7 %) svarte de følte at de hadde god helse. Hovedbegrunnelsen for å oppgi dårlig helse var at de følte seg slitne. Somatiske tilstander som sepsis, blodpropp, endokarditt og osteomyelitt ble også nevnt.

Gjennomsnittsalderen hvor deltagerne begynte å injisere var 23,1 år (SD 9,3 år, maksimum – minimumsverdi: 11–55 år). Medianalderen på 18,5 år ved første injisering viste at 51,7 % begynte å injisere før de var myndige. Alle deltagerne brukte flere ulike typer rusmidler. Som hovedrusmiddel oppga 46 (76,7 %) heroin, 10 (16,7 %) amfetamin, 2 (3,3 %) hasj, og 2 (3,3 %) metadon. Tolv (20 %) deltagerne svarte at de hadde kombinert heroin med benzodiazepiner i løpet av den siste uken, mens 10 (16,7 %) svarte at de hadde kombinert heroin og amfetamin.

Trettisju deltagerne (61,7 %) svarte at de følte seg munntørre. Figur 1 viser hvor ofte deltagerne pusset sine tenner basert på hvor de bodde. Førtifem deltagerne (75 %) bodde på steder der tannpuss var mulig som på hospits, hos venner, og i private- og kommunale boliger. Femten (25 %) svarte de var uten noe sted

å bo. Deltagerne som hadde heroin som hovedrusmiddel hadde størst problem med dette. Trettitre deltagerne (55 %) opplyste at de pusset tennene en gang hver dag eller mer, 9 (15 %) at de pusset sjeldnere, 15 (25 %) av deltagerne sa de aldri pusset sine tenner og 3 (5 %) svarte ikke.

Gjennomsnittlig tid fra forrige tannlegebesøk var 4,6 år (SD 5,1 år, median 2,8 år). To deltagerne svarte at siste tannlegebesøk var over 15 år siden. Figur 2 illustrerer årsakene til siste tannlegebesøk. Smerter var vanligste årsak og 22 (36,7 %) oppga dette som grunnen til tannlegebesøk. Flere rapporterte i tillegg at de for å oppnå smertelindring i perioder med tann smerter hadde økt rusmiddelbruket i tiden før eller i stedet for tannlegebesøk. Det ble rapportert om tannproblemer som noen av deltagerne hadde «behandlet» selv, for eksempel drenering av abscesser. En deltager beskrev at for å drenere abscessene brukte han en injiseringskanyle for å få pussen ut. Andre fortalte at de trakk tennene sine selv dersom de fikk tannverk. Tannverk samtidig med abstinenser ble beskrevet som helt uutholdelig, og det ble fortalt av flere deltagerne at de sprakk i abstinensfasen ved å ruse seg for å oppnå smertelindring.

Tannstatus

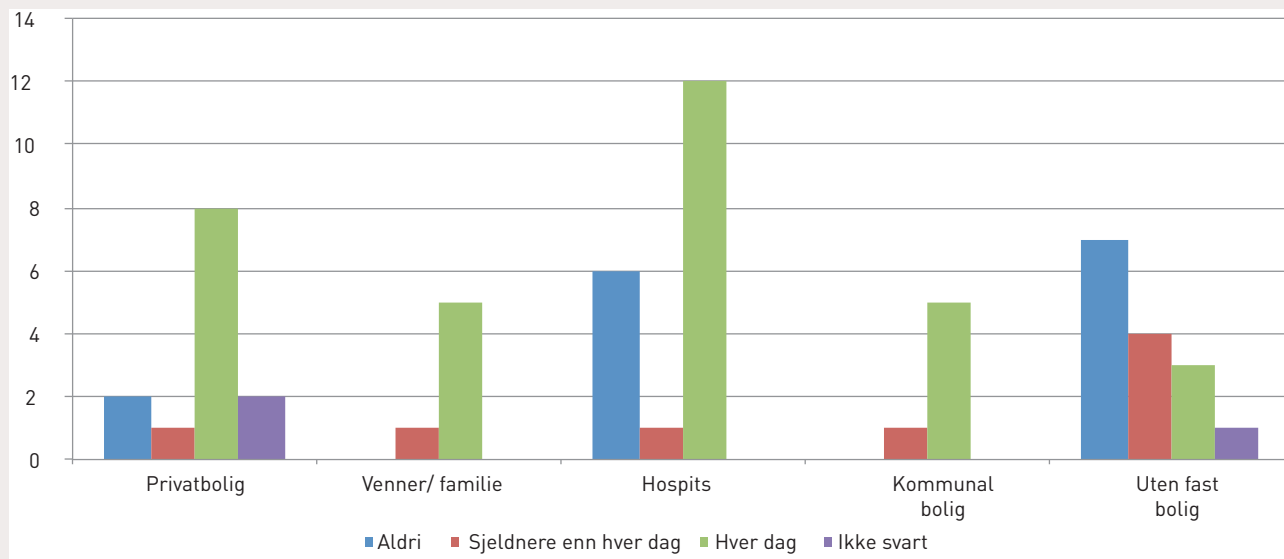
Femtiseks deltagerne gav tillatelse til inspeksjon av munnhulen. De resterende 4 deltagerne ønsket ikke en slik undersøkelse, men det ble ikke registrert grunnen for dette. Tannstatus varierte som vist figur 4 A-F. Tjuefire deltagerne (42,9 %) tilfredsstilte kriteriet for god tannstatus med 20 eller flere funksjonelle tenner, 10 (17,9 %) hadde 10–19 funksjonelle tenner, 13 (23,2 %) hadde 1–9 funksjonelle tenner og 9 hadde (16,1 %) ingen funksjonelle tenner. Deltagerne hadde i gjennomsnitt 15,2 (SD 10,9) funksjonelle tenner, og 11,3 (SD 10,8) manglende tenner. De hadde i gjennomsnitt 1,3 (SD 4,3) rotrester og antall frakturerte eller synlig nedkarierte tenner var 0,26 (SD 0,72). Tjueen (37,5 %) deltagerne manglet alle molarer, og 10 deltagerne (16,7 %) hadde alle molarer intakte (17,9 %).

Seks personer (10 %) hadde helproteser, en deltager hadde partielle proteser i over- og underkjeven og en deltager (1,6 %) hadde partiell protese i underkjeven og helprotese i overkjeven. Tre personer hadde broarbeid, mens en deltager hadde implantatforankrete proteser. Det var seks personer som sa at de hadde vært hos tannlegen i forbindelse med protetisk behandling det siste året, men som ikke brukte protesene de hadde fått da de ble intervjuet.

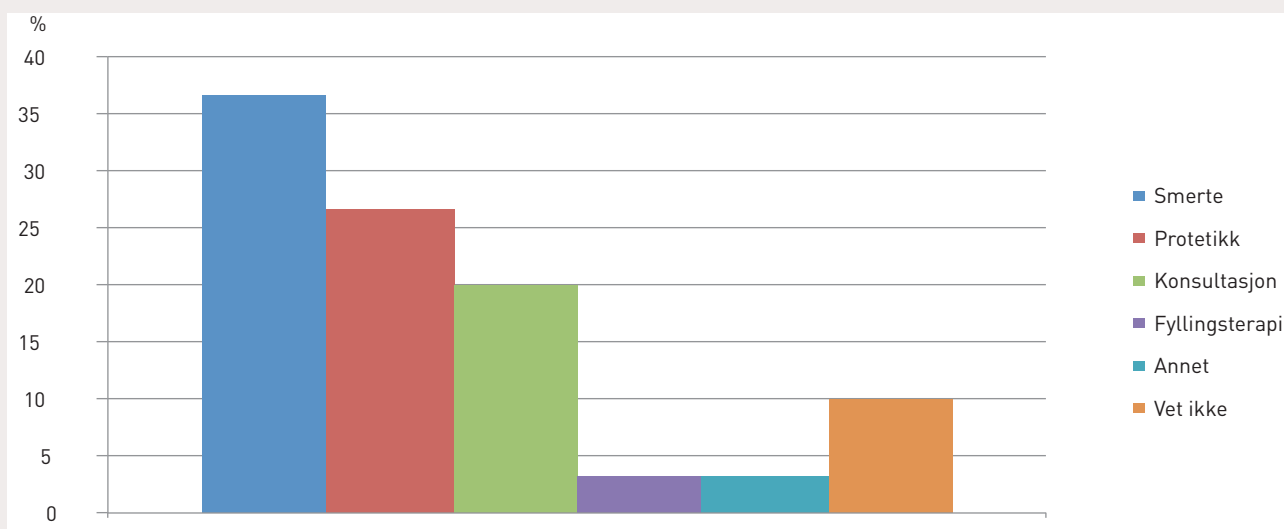
Deltagerne egne oppfatninger

Førtiåtte (80 %) deltagerne mente at deres tilværelse som rusmisbruker hadde påvirket tannhelsen deres. På spørsmålet om hvordan heroin påvirket tannhelsen, var det en stor spredning i svarene. Trettitre (55 %) svarte at heroin ikke påvirket tennene, mens 27 (45 %) svarte at det gjorde det.

I det åpne spørsmålet om årsaker til egen dårlig tannhelse som følge av heroinbruk oppga 20 (33,3 %) livsstil, 19 (31,6 %) askorbinsyreteorien, 9 (15 %) at tenner løsner, 5 (8,3 %) at tennene blir



Figur 1. Sammenheng mellom boforhold og tannpussefrekvens - antall ganger svaret ble nevnt.



Figur 2. Årsakene til siste tannlegebesøk.

porøse, 4 (6,7 %) slitasje, 3 (5 %) manier, og 1 (1,6 %) munntørhet.

Livsstilsfaktorer ble videre utforsket kvalitativt gjennom åpne spørsmål og det som ble beskrevet som viktig var: at dårlig ernæring fører til at tennene faller ut, ved abstinens orker man ikke å pusse tennene, i rus glemmer man tannstell, jaget etter penger fører til at man ikke tar vare på seg selv, og at heroinen gir sug etter sukker.

Nitten deltagere (31,7 %) oppgav at de trodde at askorbinsyre angriper tennene innenfra og ødelegger tenner og skjelett. Andre teorier rundt askorbinsyre var at askorbinsyren sprer seg via blodløpet til munnhulen eller at askorbinsyren etser eller smelter tennene innenfra. De tre som oppgav mani som årsak begrunnet dette med at de de i amfetaminrus enten har pusset for

mye, at de hadde skrellet vekk tannkjøtt med neglene eller plukket på tenner slik at tennene til slutt mistet feste og falt ut.

Gjennom åpne spørsmål kom det frem erfaringer med komplisert forhold til tannhelsepersonell på grunn av negative opplevelser og dårlig kommunikasjon. De fleste deltagere var opptatte av at de hadde ønsket seg andre løsninger enn de hadde fått, og oppfattet at de som rusmisbrukere ikke fikk alternative behandlingsforslag. Tilbudet om tannbehandling inkluderte kun ekstraksjoner og partiell- eller hel-protese. Flere deltagere ga uttrykk for at de egentlig ikke forstod hvorfor tennene deres var blitt trukket.

Implantater ble holdt frem som den protetiske løsningen de flest kunne tenkt seg. Flere deltagere nevnte at de ikke kunne forstå hvordan noen rusmisbrukere fikk tilbud om implantater mens de selv ikke hadde fått dette tilbudet. En kvinnelig deltager fortalte at hun hadde vært rusfri i over to år og hadde spart penger



Figur 3. Cervikal karies hos en injiserende rusmisbruker.

for å rehabilitere tannsettet. Da hun endelig oppsøkte en tannlege fikk hun bare presentert de «billigste løsningene». Hun fortalte at hun følte seg fryktelig krenket og forlot derfor klinikken uten å gjennomføre noen form for behandling.

Deltagerne vurderte tenner som et vanskelig tema. En deltager fortalte at han hadde klart å skjule misbruket i lang tid, men da han mistet tennene ble det plutselig oppdaget. Deltagerne fortalte også at det å mangle tenner er svært stigmatiserende og at ønsket om å få rehabilitert tannsettet var stort hos de fleste. Seks deltagerne gikk så langt som å si at det er deres tannstatus som gir dem stempelet «narkoman». Dårlige tannsett og manglende tenner gjorde at de skilte seg ut fra resten av samfunnet. Noen av de få deltagerne som hadde god tannstatus var stolte over tannsettet sitt. En siste gruppe var mer likegyldige og fortalte at det ikke var noe problem å ha få tenner ettersom mange andre i miljøet slet med samme problematikk.

Diskusjon

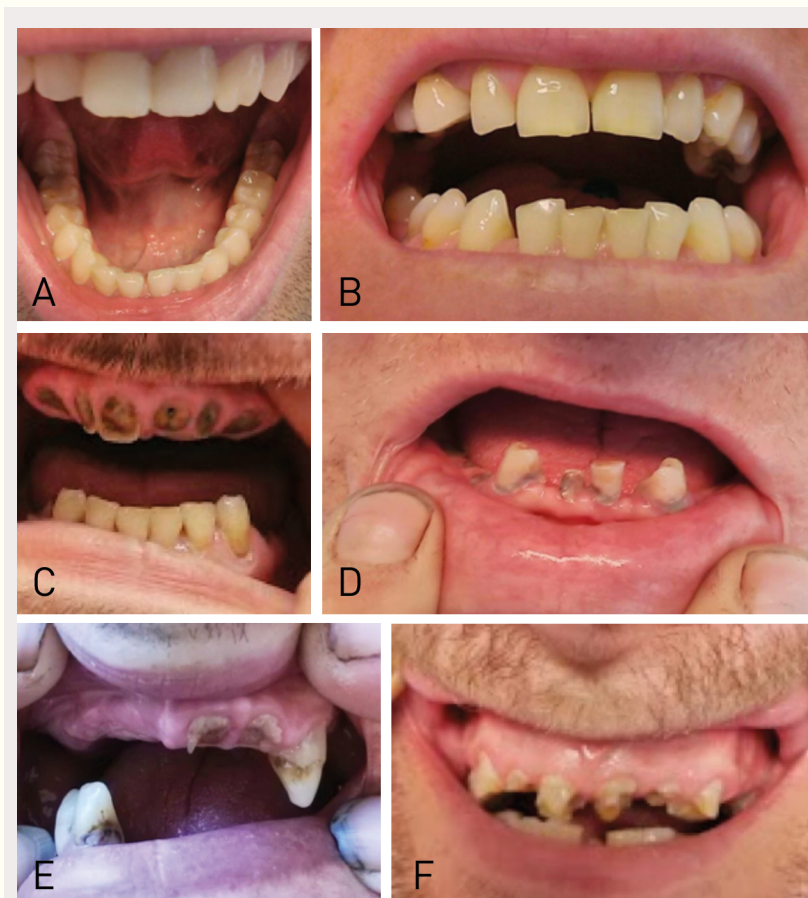
Deltagerne var en gruppe med kroniske misbrukere, gjennomsnittsalderen var over 40 år og de fleste hadde startet rusmisbruk før de var 20 år gamle. Aldersspredningen var stor og andel kvinner forholdsvis lav. Dette stemmer med at det er flere menn enn kvinner som misbruker narkotika (2). Det var stor variasjon i tannstatus blant deltagerne.

Sprøyterommene der rekruttering av deltagerne til studien foregikk, ligger sentralt i Oslo. Brukerne av stedet er i all hovedsak de mest belastede rusmisbrukere i landet, men det er også rusmisbrukere som har jobb og inntekt som oppsøker stedet. Dette innebærer at det er usikkert i hvilken grad deltagerne i undersøkelsen er representative for injiserende heroinmisbrukere i Norge. Denne svakheten i studien må

sees i sammenheng med at det er sjelden det lykkes å få deltagere som er så aktive rusmisbrukere med i systematiske undersøkelser.

Undersøkelsen viste at aktive rusmisbrukere har ulike teorier om sammenhengen mellom livet som rusmiddelmissbruker og tannhelse. Noen fortalte om negative erfaringer med tannhelsetjenesten. Deltagerne ga uttrykk for at de syntes tannhelse var viktig, men mange hadde vanskeligheter med å opprettholde en god tannstatus. Det var også en sammenheng mellom tannpussevaner og bosituasjon, og fire av fem rapporterte munntørrehet.

Deltagerne bestod av en veldig variert gruppe med spenn fra mennesker med fast jobb, egen bolig og mer sporadisk heroinmisbruk, til de som lever på gaten og ruser seg kontinuerlig. Denne studien bekrefter dermed at det er store utfordringer innen planlegging og gjennomføring av tannhelsetilbud for rusmisbrukere. Mange pusset tenner, men det var sjelden de gikk til tannlege, og da ofte for å lindre smerte. Det er uenighet i litteraturen når det kommer til smertebildet rusmisbrukere opplever ved dype kariesangrep og liknende. Når det gjelder opioiders smertelindrende effekt, hevdes det ofte blant klinikere at rusmisbrukerne er mer motstandsdyktig mot dype kariesangrep og pulpale lidelser og at de ofte ikke opplever dentale smerter før de er på avrusning. Det var også flere som beskrev at tannverk og abstinens var en uutholdelig kombinasjon som førte til nye injeksjoner av opioider for å få smertelindring. Dette bekrefter en fransk studie



Figur 4 A–F. Bildeserie av injiserende heroinmisbrukere i Oslo:

som fant mange heroinavhengige som sa at de brukte illegale stoffer som dentalt analgetikum (11).

Det blir av og til hevdet fra tannhelsepersonell at rusavhengige kun velger å oppsøke tannlegekontor for å få en resept på et potent smertelindrende stoff som for eksempel Paralgin Forte. Dette samsvarer ikke med funn fra denne studien. Rusmisbrukeren oppgav smerte som viktigste årsak til å oppsøke tannlege og restaureringer var den vanligste behandlingen. Imidlertid tyder studien på at oppfølging fra tannhelsepersonell etter smertene var borte var vanskelig, og det var fem deltagere som hadde midlertidige rotfyllinger.

Flere uhensiktsmessige teorier om årsaksforhold mellom tannhelse og rusmisbruk kom frem. Dette bør være viktig når man planlegger og gjennomfører opplysning om forebyggende tiltak. Mange var klar over hvordan dårlig hygiene og deres høye forbruk av karbohydratmat påvirket tannhelsen, men likevel var de veldig opptatt av irrasjonale teorier som askorbinsyre og «tannløsning». Nesten 62 % av deltagere fortalte at de var munn-tørre, men oppga dette kun som en mulig årsak til dårlig tannhelse. Dette tyder på mangelfull kunnskap om evidensbaserte årsaksforhold. Uten riktig forståelse vil pasientene ikke ha forutsetninger til å ivareta egenomsorg.

Søren Kierkegaard sa for snart 200 år siden «Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der» (12). Som tannhelsepersonell er det viktig å ta disse uhensiktsmessige teoriene på alvor og motivere pasienten til å endre oppfatninger fremfor å instruere i rutineprosedyrer for forebyggelse. Også her er tverrfaglighet viktig. Siden rusmisbrukerne sjelden treffer tannhelsepersonell er det derfor viktig at annet helsepersonell har kunnskap som gjør dem i stand til å møte utfordringene. Variasjonen mellom rusmiddelbrukerne tyder også på at det kan være viktig at man individualiserer forebygging og behandling etter hver enkeltes evne og ikke går for den enkleste standardiserte løsning bare fordi personene tilhører et belastet miljø. Studien belyser noen av de utfordringene som finnes når det skal planlegges tannhelsetjenester for rusmisbrukere. Det er dyrt å gi dem den behandlingen de ofte ønsker seg som for eksempel implantater. I tillegg vet man at det er redusert prognose på behandlingene ved dårlig egenomsorg og egenbehandling. I studien uttrykte mange at de opplevde den tannbehandlingen de fikk tilbud om, som lite egnet for dem. De opplyste også at de var slitne og glemte tannpuss under rus og abstinens. Disse faktorene må påvirke valg av odontologiske behandlingstilvalg. Det kan være grunn til å tro at man med økt fokus på god pasientsentrert kommunikasjon vil kunne øke pasientenes forståelse for disse faktorene. Det vil igjen gjøre dem mer fornøyd med de løsninger tannlegen kan tilby dem.

Det kommer tydelig frem i studien at mange opplever at en dårlig tannstatus virker stigmatiserende og at å rehabilitere tannsettet er viktig for å kunne fungere i samfunnet. Det er derfor mulig å tenke seg at dårlig tannstatus eller behandlingstilvalg pasienten opplever utilfredsstillende kan bidra negativt i en rehabiliteringsprosess. I Helse- og omsorgsdepartementets St.prp. nr. 1 (2007–2008), kap. 9, Nasjonal strategi for rehabilitering

2008–2011 (13) skisseres mål for rehabilitering blant annet som «Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livstil, bidra til at eldre kan klare seg selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltagere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv». Utfra funn i denne studien synes det som om at en tilfredsstillende tannhelse kan være viktig når det gjelder målet om at flest mulig kan være aktive deltager i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv. Det er imidlertid lite dokumentasjon på denne sammenhengen. Fremtidige forskningsprosjekter burde fokusere på dette i longitudinelle eller kvalitative studier.

Det er viktig å påpeke at denne studien har flere begrensninger. Rusmiddelbrukeres opplysninger kan være preget av at det er vanskelig å huske ting langt tilbake i tid. Informasjonen i den mer kvalitative delen med åpne spørsmål ble overført muntlig og så skrevet ned på papir, ikke ved lydbånd. På grunn av praktiske forhold og asepsis ble det en meget overfladisk oral undersøkelse, og flere av deltagerne var også moderat ruset eller i abstinens på undersøkelsepunktet. Styrken ved studien er at den er utført i et aktivt rusmiljø der man fikk tak i mange deltagere som ellers ikke ville respondert på mer tradisjonelle invitasjoner om å være med i tannhelsestudier.

Takk

Forfatterne vil gjerne takke ledelsen, ansatte og brukerne på Sprøyterommet i Oslo og Prindsen mottakssenter. En stor takk rettes også til tannlege Ralf. B. Husebø for god informasjon om behandling og forebyggende arbeid ved behandling av pasienter i aktiv rus.

English summary

Vanberg K, Husby I, Stykket L, Young A, Willumsen T.

Dental health among heroin addicts in Oslo

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 528–34.

Norway has a substantial problem with heroin addiction and many overdose victims compared to other countries. However, there is little knowledge about drug abusers. The aim of this study was therefore to examine dental status, oral health habits and views on dental health in heroin-injecting addicts in Oslo. Sixty active drug abusers from low-threshold facilities in Oslo were interviewed and a simple oral examination was performed. On average it was 4.6 years since the last dental visit. 55 % of the participants brushed their teeth daily. Pain was the most common reason for seeking dental treatment, and was related to increased drug use. Approximately 60 % of the participants complained of a dry mouth. Their first heroin injection was at 23 years of age. They were a heterogeneous group and dental status varied from good to very poor: 43 % had 20 functional teeth and 16 % had no functional teeth. Participants had an average of 15.2 functional teeth, 11.3 missing teeth, 0.3 fractured or carious teeth and 1.3 tooth roots. Various theories about drug abuse and dental health were widespread. Many had negative experiences in communication with dental health personnel. They were often not sa-

tified with suggested dental treatment choices. The results indicated that good communication is important in order to provide an individualized approach to dental treatment. Furthermore, interdisciplinary collaboration is necessary for understanding the relationship between drug addiction, dental habits and health, and possible treatment alternatives.

Referanser

1. Annual report on the state of the drugs problem in Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/> (lest 17.02 2016)
2. SIRUS Rusmidler i Norge: <http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/> (lest 17.02 2016)
3. Carnwath T, Smith I. Heroin Century. London: Routledge 2002. p. 33–38.
4. Miljeteig I, Skrede S, Langørgen J, Haaverstad R, Jøsendal O, Sjurzen H et al. Skal rusmiddelavhengige pasienter tilbys hjerteklaffkirurgi for andre gang? Tidsskr Nor Lægeforen. 2013; 133: 977–80.
5. Brown C, Krishnan S, Hursh K, Yu M, Johnson P, Page K et al. Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting: a pilot study. J Am Dent Assoc. 2012; 143: 992–1001.
6. Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. Community Dent Oral Epidemiol. 1984; 12: 29–34.
7. Akbari MI, Afshari, Sharif M, Hashemy S, Majidinia SJ. Evaluation of the effect of diacetyl morphine on salivary factors and their changes after methadone therapy. Contemp Dent Pract. 2014; 15(6): 730–4.
8. Rees TD. Oral effects of drug abuse. Crit Rev Oral Biol Med. 1992; 3: 163–84.
9. Lowenthal, AH. Atypical caries of the narcotics addict. Dent Surv. 1967; 12: 44–7.
10. Shen EC, Fu E. Carious lesions in the heroin addicted patient: A case report. J Periodontol. 1998; 69: 938–40.
11. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T. The buccal dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. Presse Med. 2003; 32: 919–23.
12. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfatter-virksomhed. I: Kierkegaard S. Samlede værker. Bd. 18. København: Gyldendal; 1994.
13. Helse- og omsorgsdepartementets St.prp. nr 1. Nasjonal strategi for rehabilitering 2008–2011. kap 9; <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf> (lest 26.2 2016)

Adresse: Karin Vanberg, e-post: kvanberg@gmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Vanberg K, Husby I, Stykket L, Young A, Willumsen T. Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 528–34.