

HOVEDBUDSKAP

- Pasienter med langvarig psykiske lidelser har dårligere tannhelse enn resten av befolkningen.
- Pasientgruppen har under visse betingelser rett på gratis tannbehandling, men mange benytter seg ikke av denne retten.
- Tverrfaglig samarbeid mellom kommunen, psykolog og tannhelseteam bidrar til å identifisere barrierer og finne løsninger.
- Individuell vurdering og god kommunikasjon med pasienter kan sikre gode resultater

FORFATTERE

Diana Patricia Henriquez Quintero, tannlege og klinikkleder ved Stord og Tysnes tannklinikk, Vestland fylkeskommune
Jofrid Bjørkvik, psykologspesialist ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TKVestland)

Korresponderende forfatter: Diana Patricia Henriquez Quintero, postboks 113, 5401 Stord. E-post: diana.quintero@vlfk.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Akseptert for publisering 04.11.2020

Quintero DPH, Bjørkvik J. Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer. Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 998–1005

Norsk MeSH: Psykiske forstyrrelser; Tannbehandling; Psykologi; Atferdsterapi; Sårbar befolkning

Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer

Diana Patricia Henriquez Quintero og Jofrid Bjørkvik

Personer som sliter med langvarige psykiske lidelser har generelt dårligere tannhelse og mindre bruk av tannhelsetjenester, sammenlignet med resten av befolkningen. Dette innebærer at mange unngår eller går glipp av tannbehandling de har rett på som prioritert gruppe i offentlig tannhelsetjeneste.

Vi presenterer to kasus som illustrerer utfordringer og mulige løsninger i tannhelsetjenestens møte med pasienter med langvarige psykiske helseutfordringer, fra innledende samtale med psykolog og til kontroll to år etter ferdigstilt behandling. Vi erfarte at et tett samarbeid med avdeling psykisk helse i kommunen er nøkkelen til å etablere kontakt med og følge opp pasientene. Behandlingsplanen må individuelt tilrettelegges og være fleksibel over tid, slik at behandlingen kan gjennomføres på pasientens premisser. Et tilrettelagt tannhelsetilbud for denne pasientgruppen krever tid og ressurser, kompetanse og utstrakt samarbeid.

Den offentlige tannhelsetjenesten har et særlig ansvar for å ivareta oral helse hos sårbare grupper i samfunnet. Personer med langvarige eller alvorlige psykiske helseutfordringer er regnet som en prioritert gruppe og vil i mange tilfeller ha rett på gratis behandling innen norsk offentlig tannhelsetjeneste (1). Denne pasientgruppen har generelt dårligere oral helse enn normalbefolkningen (2, 3), der flere studier viser til svekket tannhelse og mindre bruk av tannhelsetjenester, sammenlignet med resten av befolkningen (4, 5).

Redusert oral helse for denne pasientgruppen er assosiert med selve den psykiske lidelsen, som angst og depresjon, men også forhold assosiert med bruk av medikamenter, livsstil og psykososiale forhold inkludert økonomiske utfordringer (4, 6). For mange i denne pasientgruppen er også tannbehandlingsangst en tilleggsbelastning som hindrer personen i å søke hjelp (7). Forskning peker også på at faktorer ved tannhelsetjenesten kan vanskeliggjøre tilgang og benyttelse av tjenesten for denne pasientgruppen (4, 5) Eksempler på rapporterte hindringer er praktiske forhold som for eksempel transport og timebestilling, men også forhold som omhandler kommunikasjon og kvaliteten på relasjonen til tannlegen og resten av tannhelseteamet samt måten tjenesten er organisert (5). Vi har for lite kunnskap om hvordan pasienter med langvarige psykiske lidelser opplever møtet med tannhelsetjenesten, og vi trenger kunnskap og kompetanse for bedre å kunne ta imot og legge til rette for at pasienter fra denne prioriterte gruppen skal få den tannhelsetilbudet de har rett på.

Hensikten med denne studien er å belyse noen dilemma i tannhelsetjenestens møte med pasienter som har langvarige psykiske helseutfordringer, og peke på noen mulige løsninger og fremgangsmåter for å kunne gjennomføre en så god behandling som mulig. Dette vil vi gjøre ved å presentere to kasuistikker fra et forskningsprosjekt om oral helse og tannbehandling for personer med langvarige psykiske lidelser. Forskningsprosjektet var initiert av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland) og ble planlagt og gjennomført i nært samarbeid mellom Stord tannklinik og Stord kommune. Psykiatrisk sykepleier ansatt i kommunen ble engasjert i prosjektet i deltidstilling blant annet for å holde kontakt med pasientene og sørge for transport og følge til tannklinikken etter behov. Som del av prosjektet ble det leaset bil med tanke på å kunne tilby transport til tannklinikken for de pasientene som hadde behov for dette.

Retten til gratis tannbehandling (prioritert gruppe C3) er knyttet til kontakt med kommunehelsetjenesten (psykiatrisk hjemmesykepleier) ukentlig i mer enn tre måneder. I samråd med teamet i psykiatrisk hjemmesykepleie valgte vi å inkludere alle faste brukere av tjenesten i prosjektet, uavhengig av om de hadde rett på gratis tannbehandling eller ikke. Bakgrunnen for dette var at hyppigheten

av møter for mange brukere veksler over tid, uten at status og behov for støtte nødvendigvis er endret. Videre ser en også at noen pasienter mister retten til gratis tannbehandling fordi de trenger behandling i spesialisthelsetjenesten og ikke lenger har ukentlig psykiatrisk hjemmesykepleie. Skillet mellom gruppe C3 og F (betalende pasient) kan for denne gruppen fremstå som kunstig.

Prosjektet omfattet semistrukturert intervju med fokus på oral helse og tannbehandling, undersøkelse av oral status og tilrettelagt tannbehandling. Deltakelse i forskningsprosjektet var basert på frivillighet og samtykke og studien var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest 2015/1724–1). Kasuistikkene er anonymisert og det er i noen grad gjort justeringer ved å benytte data fra flere deltakere for å motvirke at enkeltpersoner identifiseres. Fotografier og røntgenbilder er presentert etter samtykke fra pasienten.

Kasus 1

Dette er en mann på 28 år som sist hadde kontakt med tannhelsetjenesten for seks år siden. Han har langvarige depressive plager og perioder med nedstemthet og selvmordsproblematikk. Han har bak seg flere innleggelse ved psykiatrisk spesialenhet i forbindelse med alvorlig selvmordsforsøk. Han har funksjonsnedsettelse etter ulykke som på noen måter hemmer kommunikasjonen med helsepersonell.

Han har hatt gratis tannbehandling og mistet rettigheter etter en periode fordi avtalene med psykiatrisk hjemmesykepleie ble sjeldnere enn ukentlig. De periodene han har hatt rett til gratis tannbehandling i henhold til lovverket (1), har han i liten grad benyttet seg av denne retten.

Han kom til innledende intervju sammen med psykiatrisk sykepleier, og sa med en gang at han ikke hadde kommet i dag dersom han ikke hadde følge. Han fortalte at han er redd for smerte og at han flere ganger har planlagt å søke tannbehandling, men hver gang har valgt å utsette og funnet mulige måter å unngå behandlingen. Videre ga han uttrykk for at han også har lett for å få brekninger og helst vil slippe å få instrumenter inn i munnen. Han fortalte at han sjelden eller aldri pusser tennene, også dette fordi det gjør vondt, men putter litt tannkrem i munnen for å få frisk smak. Han har vansker med å spise enkelte matvarer, har tannverk som kommer og går og oppsummerer selv at han er kommet i en vond sirkel der smerter og ubehag forverres, tannbehandlingsbehovet øker og han kvier seg mer for det som skal skje i tannlegestolen.

På spørsmål om hva som er viktig for ham for at han skal kunne motta tannbehandling, svarer han at tannlegen ikke må ha hastverk. Han ønsker informasjon om alt som skal skje, trenger pauser og må vite at tannlegen er støttende.

Etter det innledende intervjuet fikk han time for undersøkelse med røntgenbilder og spyttprøve. Pasienten var tydelig engstelig, fortalte om uttalt brekningstendens, og ønsket ikke undersøkelse med sonde den dagen grunnet frykt for smerte. Det ble imidlertid tatt røntgenbilder og pasienten opplevde mestring ved at noe var gjennomført.

Undersøkelsen viste DMFT på 24. Stimulert salivaprøve viste 0,3 ml/min og ustimulert viste 1 ml/min, dette tilsvarer normal sekresjon. Hygieneindeks var 4.1. Pasienten brukte ingen faste medisiner.

Pasienten hadde store behandlingsbehov (figur 1) og han ønsket å gjennomføre behandling. På grunn av betydelige vansker med å møte til time på tannklinikken, måtte behandlingsplanen omfatte plan og tiltak for påminning om time, transport og følge. Det at pasienten tidligere ikke har klart å gjennomføre tannbehandling, og at han ikke kunne klare undersøkelse med sonde, fortalte oss også at det var nødvendig å ta små skritt i det videre behandlingsopplegget og at det var viktig å etablere et godt samarbeid med ham der han kunne føle seg trygg og ikke bli presset mer enn han kunne tåle.

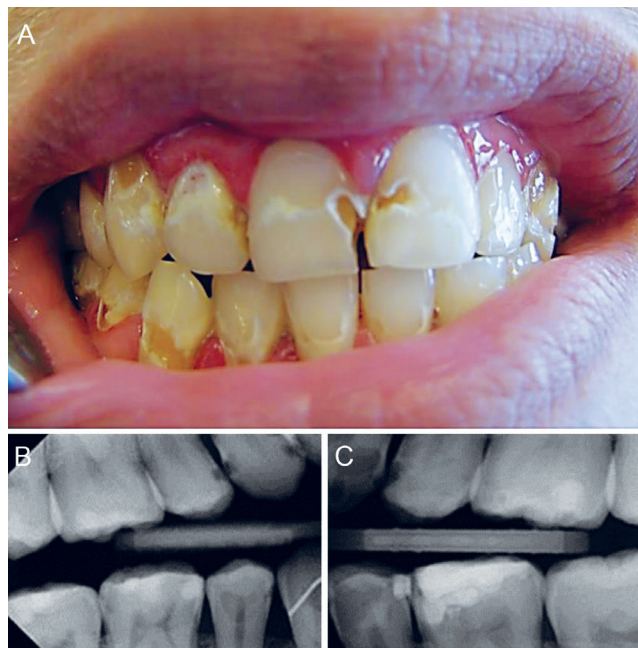
Pasienten har fortalt at han pusser tennene bare en gang i uken eller sjeldnere, dels fordi det gjør vondt og dels på grunn av forstyrret døgnrytme som følge av søvnforstyrrelse. Han samtykket i at psykiatrisk hjemmesykepleier kunne minne ham om tannpuss.

For å sikre at han kan klare å møte til timeavtaler på klinikken var det vesentlig å ha et tett samarbeid med kjent psykiatrisk sykepleier i kommunen, for å minne om timen, avtale henting og bistå med transport og noen ganger delta i timen hos tannlegen. Denne kontaktpersonen kunne også bidra til å holde motivasjonen oppe hos en engstelig pasient, og støtte ham til å komme selv om han kjente trang til å unngå. Hun kunne også bidra som samtalepartner etter avtalen der pasienten fikk luften egne erfaringer sammen med en person som også var til stede under seansen.

I de tre første seansene la vi mest vekt på kontaktetablering og styrking av motivasjon for videre behandling, forebyggende behandling med instruksjon om tannpuss, og depurasjon. Han fikk resept for durafat tannkrem. En viktig målsetting var å etablere et godt samarbeidsforhold med pasienten der han kunne kjenne seg forstått og respektert, med mål om økt følelse av trygghet og samtidig demping av angst.

Siden pasienten hadde så store behandlingsbehov, informerte vi om mulighet for tannbehandling under narkose. Han samtykket til dette og ble henvist til tannlege som gjennomfører narkosebehandling på samarbeidende sykehus. Det ble gjennomført tre ekstraksjoner og konserverende behandling på 22 tenner.

Etter tannbehandlingen i narkose fikk han time for kontroll på tannklinikken der et viktig siktemål også var motivasjon for videre



Figur 1. A: Ved preoperativ fotografering av pasienten (kasus 1) måtte vi ta hensyn til pasientens uttalte brekningstendens og gjøre dette så skånsomt som mulig. B,C: Preoperative bitewing-bilder som viser stort behandlingsbehov.

oral hygiene og forebygging av tilbakefall. I intervjuet etter ferdigstilt tannbehandling ga pasienten uttrykk for at han var veldig fornøyd med behandlingen og resultatet (figur 2). Han la vekt på at uten den tette oppfølgingen fra psykiatrisk sykepleier ville han aldri ha kommet til tannklinikken til innledende intervju, og han ville ikke klart å fullføre behandlingen inkludert behandlingen under narkose. Nå kunne han smile med stolthet og han kunne spise uten å være opptatt av tannsmertesmerter.

Han hadde selv god tro på at han ville opprettholde gode vaner med tannpuss og regelmessige undersøkelser på tannklinikken. Vi ønsket å støtte ham blant annet ved å sørge for innkalling til kontrolltimer og påminning om avtaler, men var også forberedt på risiko for tilbakefall og vansker med fremmøte nå når prosjektperioden var over og avtale om transport og følge ikke lenger var koordinert som før.

Da han ble kalt inn til ny time etter seks måneder, møtte han ikke til avtalen. Vi tok igjen kontakt med kommunen og i samarbeid med psykiatrisk hjemmesykepleier fikk han på ny støtte og hjelp med transport til klinikken.

Ett år etter narkose møtte han til kontrolltime med følge av hjemmesykepleier der vi innledet samtale om hvordan det har gått, og hvordan han har det med tanke på avtalen i dag. Vi la vekt på å bruke samme prinsipper for tilnærming i møte med pasienten



Figur 2. A: Pasienten (kasus 1) er godt fornøyd etter behandlingen. Nå kan han smile uten skam. B, C: røntgenbilder etter behandling i narkose for kasus 1.

som i startfasen. Han fikk undersøkelse, oppfrisking av ferdigheter innen oral egenomsorg og forebyggende behandling. Pasienten hadde 3 sekundærkaries og vi avtalte time for konserverende behandling, i siste behandlingstime kom pasienten alene og klarte selv ta ansvar for transport.

Ved ny kontrolltime etter 1,5 år møtte han ikke opp. Vi tok kontakt med pasienten og avtalte en ny time. Pasienten skulle få transport og motivasjon for å møte til klinikken neste gang. Ved to-års kontroll kom pasienten alene. Vi gjennomførte en ny undersøkelse, pasienten fikk instruksjon og motivasjon i egenomsorg og durafatpensling. Videre fikk han både periodontal og konserverende behandling.

Kasus 2

Dette gjelder en kvinne på 42 år som sliter med langvarige angstplager og posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD) etter å ha levd med partnervold i flere år før hun klarte komme seg ut av forholdet. PTSD omfatter påtrengende minner/bilder fra traumatiske hendelser, sterkt ubehag i situasjoner som kan minne om det som har skjedd, trang til å unngå alle minner om hendelsene samt uttalt skvettenhet/hyperaktivering som mellom annet kan gi kronisk indre uro og irritabilitet.

Hun har i perioder hatt behandling ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS), men har den siste tiden kun hatt oppfølging fra kommu-

nen. Dette innebærer at hun over tid har vekslet mellom å være betalende pasient og tilhørende prioritert gruppe, jevnfør gjeldende kriterier (1).

Hun har hatt kontakt med NAV i mange år og har for tiden arbeidsavklaringspenger. Hun har barn og sliter med økonomien.

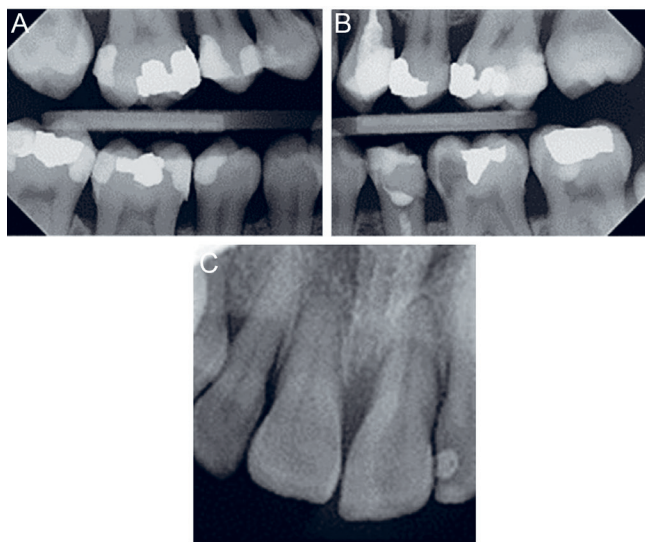
De siste syv årene har hun vært på tannklinikken to ganger for undersøkelse, men har ikke klart å motta behandling. En rekke timer er avlyst eller flyttet og det kommer frem i journal at hun har slitt med hjertebank og hyperventilering og har måttet forlate tannlegestolen og avbryte seansen. Dermed kan det sies at hun har hatt rett på gratis tannbehandling i perioder, men ikke kunnet benytte seg av denne retten grunnet de psykiske vanskene.

Hun kom til innledende intervju sammen med psykiatrisk sykepleier som etter avtale også hadde hentet henne hjemme. Fortalte om tannlegeskrekk så lenge hun kunne huske, og tilleggsproblemer som følge av PTSD i senere år. Hun skildret en ekstrem følelse av sårbarhet i tannlegestolen, særlig når stolen ble lagt bakover, og dette ble i seg selv en trigger for gjenopplevelse av tidligere traumatiske hendelser. For henne var det å vise sårbarhet forbundet med skam og nederlag, og dermed ble det bedre for henne å unngå tannlegestolen enn å være der og risikere reaksjoner på angst og kontrolltap.

I løpet av samtalen skildret hun også at hun skammet seg over tennene sine og at hun brukte mye krefter på å la være å smile eller på annen måte risikere å vise tennene til andre. Hun skammet seg også over å ikke klare motta behandling, og klandret seg selv for å være «pinglete». Nå hadde hun bestemt seg for å ta tak i problemene sine slik at hun kunne gjennomføre tannbehandling og erfare at dette er noe hun kan klare. Når problemene først var på bordet, kunne vi sammen med henne diskutere videre hvordan vi best kunne komme henne i møte slik at hun kunne nå målene hun har satt seg. Hun la vekt på at det var viktig å møte en tannlege hun kunne bli kjent med over tid, slik at det blir kontinuitet i behandlingen. I tillegg var det viktig at tannlegen hadde tid og tålmodighet til å møte henne der hun var, med de vansker og den sykdomshistorie hun har. Så kunne hun i eget tempo utfordre seg selv etter hvert som hun er klar for det.

Pasienten møtte senere for undersøkelse sammen med psykiatrisk hjemmesykepleier. Hun var tydelig nervøs og ga uttrykk for at hun ikke var i stand til å sitte i tannlegestolen. Vi foreslo at hun kunne sitte på en vanlig stol. Hun følte seg forstått og var lettet over at hun kunne påvirke situasjonen. Vi gjennomførte en preliminær undersøkelse med speil, røntgenopptak og spyttprøve.

Resultatene viste at hun hadde moderat behandlingsbehov, med DMFT 13 (figur 3) og kronisk avansert periodontitt og gingivitt. Pasienten pusser tennene to ganger om dagen med fluortannkrem og har en hygieneindeks på 2,6. Resultatene fra stimulert salivaprø-



Figur 3. A, B: Preoperative bitewing-bilder av kasus 2. C: Pasienten har røntgenologisk beintap, stadium II-III, særlig i overkjevens front.

var 0,3 ml/min og ustimulert 0,2 ml/min, noe som tilsvarende lav sekresjon. Det er registrert i journalen at pasienten har medikamentell behandling med psykofarmaka (SSRI) og medikament for regulering av stoffskifte.

I samarbeid med pasienten og med informasjonen fra innledende samtale laget vi en behandlingsplan som inkluderte motivasjon, forebyggende behandling, konserverende og periodontal behandling. Et viktig tema var også behov for tilrettelegging og praktisk støtte for å kunne møte frem på klinikken.

De første seansene var hovedmålet å etablere et godt samarbeid med pasienten for å legge opp en behandlingsplan. For henne var det vanskelig å gi stoppsignal, hun presset seg gjennom behandling og hun opplevde det som et nederlag å måtte avbryte. Bruk av stoppsignal ble dermed noe vi måtte øve på. Hun erfarte at bruk av stoppsignal kunne gi henne en økt opplevelse av kontroll i situasjonen, og etter hvert ble det mer naturlig for henne å gi uttrykk for egne behov underveis i behandlingen. Etter 3 seanser med tilrettelegging, klarte pasienten å sitte i tannlegestolen. Hun fikk tilbud om å sitte med ryggen oppreist. Hun ønsket i starten å sitte med den ene foten på gulvet, da dette ga økt følelse av kontroll i situasjonen. Vi benyttet også enkle øvelser med mål om å stabilisere og dempe angst, som fokus på kontakt med underlaget, senke skuldre og puste dypere.

Pasienten hadde 14 timer før hun ble ferdig behandlet. I starten var psykiatrisk sykepleier en viktig medspiller som sikret pasienten transport og støtte under timen. Etter hvert møtte hun til timer ale-

ne, sørget for transport selv og opplevde mestring ved dette. Det ble utført konserverende, forebyggende og periodontal behandling. Pasienten flyttet timen tre ganger. Av ulike årsaker ble det et opphold i behandlingen på fire måneder. Da hun kom tilbake, opplevde hun mye angst og det var nødvendig å ta et skritt tilbake. Hun var lei seg og klandret seg selv. Etter kort samtale med informasjon, normalisering av hennes reaksjoner og støtte var pasienten klar til å fortsette behandlingen. Vi bestemte oss for å ha preoperative informasjon noen minutter i hver seanse.

I løpet av behandlingsperioden opplevde pasienten ulike faser med variasjon i psykisk symptombelastning, og med symptomsøkning fulgte også trang til å unngå tannklinikken. Noen ganger hadde hun snakket med psykiatrisk sykepleier om dette på forhånd, og vi kunne snakke om utfordringene på klinikken og tilpasse behandlingen etter hennes status og helsesituasjon. Derved unngikk hun nederlag ved ikke å kunne møte og vi fikk en bedre forståelse av hvordan behandlingsplanen må være fleksibel og tilpasses endringer underveis. Angsten var fremdeles utfordrende, men hun erfarte at hun kunne være i stolen selv om angsten var der, den hadde ikke lenger kontroll over henne.

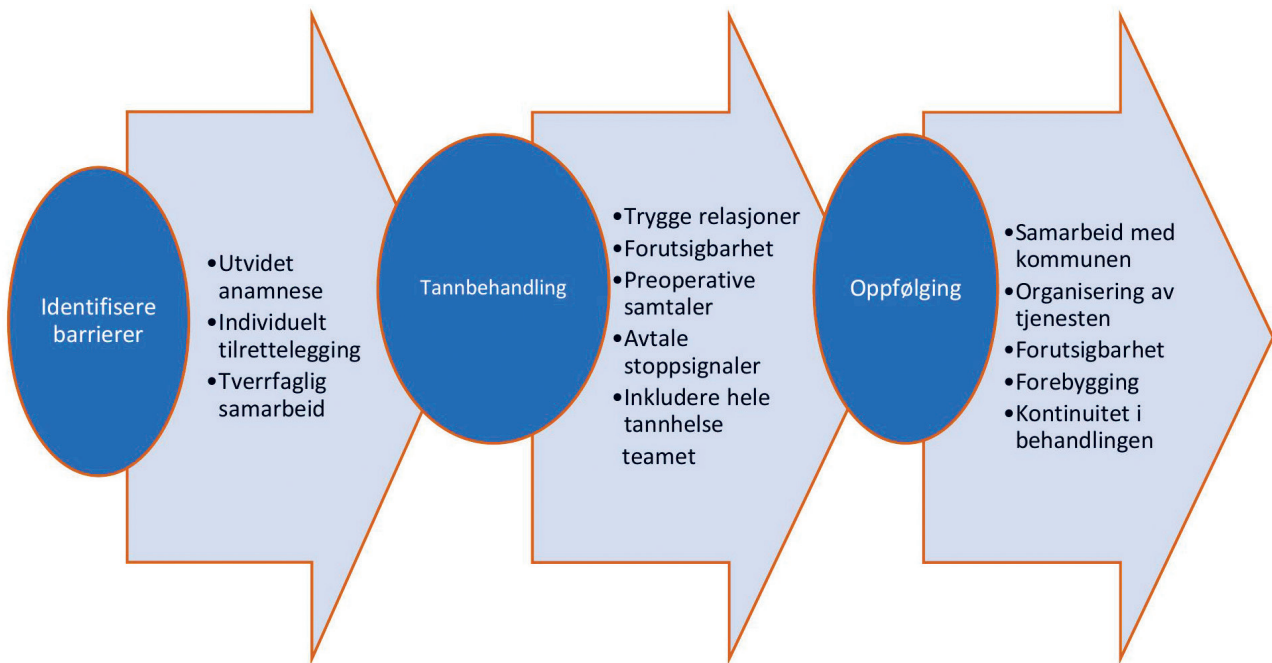
Etter ferdigstilt behandling var pasienten svært godt fornøyd. På spørsmål om hva hun særlig opplevde hadde betydning for at hun hadde klart å fullføre, la hun vekt på relasjonen til tannlegen. Hun la vekt på at tannlegen lyttet og tok henne på alvor, selv når hun tok opp sårbare og skambelagte tema. I denne sammenheng er det viktig å vite at hun møter samme tannlege hver gang og slipper å fortelle historien på nytt. Hun la også vekt på samarbeidet med psykiatrisk sykepleier, som var avgjørende i starten av forløpet. Pasienten kunne være svært sliten etter seansene hos tannlegen, ikke minst de gangene hun slet med angst og uro, og da var det godt i etterkant å kunne snakke med psykiatrisk sykepleier og få motivasjon til å gå videre.

Pasienten fikk konserverende og periodontal behandling. I ettertid har hun også møtt til kontroll etter 1,5 og to år og mottatt systematisk periodontal behandling.

Pasienten var innstilt på og klar for å ta ansvar for å følge opp kontakten med tannhelsetjenesten og møte til regelmessige kontroller. Hun kom alene som avtalt til kontroll etter ett år, med undersøkelse og røntgenbilder. Pasienten var avslappet og hadde sett frem til møtet. Hun la vekt på at det var viktig for henne å vite at hun skulle møte den samme tannlegen som sist, og hun ga igjen uttrykk for betydningen av kontinuitet.

Diskusjon

Vi har ved hjelp av to kasuistikker belyst sentrale problemstillinger og dilemma i tannhelsetjenestens møte med personer som har



Figur 4. Beskrivelse av forløp for behandling av pasienter i sårbare grupper.

langvarige psykiske helseutfordringer. Pasientene er forskjellige på mange måter, men felles for begge er betydelige vansker med å initiere og følge opp tannbehandling. I tillegg har begge unngått tannbehandling over flere år selv om de har hatt rett på gratis tannbehandling i henhold til lovverket (1). Dette illustrerer at regelverk og kriterier for retten til gratis tannbehandling ikke i tilstrekkelig grad fanger opp lovens intensjon om helsehjelp til sårbare grupper (8, 9).

Det tette samarbeidet med avdeling for psykisk helse i kommunen er nøkkel til å etablere kontakt med pasientene. Bindeleddet her var psykiatrisk sykepleier som også var engasjert som medarbeider i forskningsprosjektet og fulgte opp de pasientene som hadde vansker med å møte selv. For disse to pasientene var det i utgangspunktet for krevende å ta ansvar for kontakten med tannklinikken selv, på grunn av de psykiske helseutfordringene. Samme utfordring er beskrevet i andre studier (10) som viser til at personer med psykiske helseutfordringer går glipp av somatisk helse tjenester generelt på grunn av vansker med å søke og opprettholde kontakt.

Pasientene møter særlige utfordringer når de mister retten til gratis tannbehandling, og risikoen for å falle ut øker. Mange må initiere kontakt med privat tannlege og forholde seg til ny fagperson. Man mister derved kontinuiteten i behandlingen. I tillegg

kommer økonomisk usikkerhet og praktiske vansker med å følge opp kontakten.

Pasientene ønsket tannbehandling, men var også urolige og redde for ikke å bli forstått med de vansker og hemninger som de slet med. De kan sies å være fanget i dilemma der de på den ene siden har stort behov for, og ønsker behandling, men på den andre siden opplever barrierer som hindrer tilgang til helsehjelpen de har rett på (5). Dette gapet mellom behandlingsbehov og faktisk tilgang til behandling for denne pasientgruppen indikerer at tjenesten ikke er godt nok lagt til rette. Her er det relevant å reise spørsmål ved om tannhelse tjenesten kan hevde at ansvaret for pasienten kun gjelder om vedkommende møter på klinikken.

Tannhelse tjenesten har tradisjonelt hatt samarbeid med kommunen i form av årlige samarbeidsmøter. Noen pasienter har på eget initiativ involvert psykiatrisk sykepleier i kontakt med klinikken, med godt resultat. De to presenterte kasus illustrerer behovet for tett og praktisk samarbeid om konkrete pasienter. Denne type samarbeid krever samtykke fra pasienten samt økonomiske rammer som gir tid og handlingsrom både for tannhelseteam og psykiatrisk hjemmesykepleie.

I møte med pasientene viser erfaringene våre at behandlingsplanen må individuelt tilpasses den enkelte for å ivareta pasienten som helhet. Planen skal være fleksibel slik at den kan tilpasses mulige

endringer i sykdomsbilde og livssituasjon underveis i behandlingsforløpet. Et slikt perspektiv er godt beskrevet i en artikkel fra januar 2020 om konsultasjonsmodell for tannleger med fem konkrete gode vaner (11). For våre pasienter ble det for eksempel avgjørende å starte hver seanse med en kort samtale for å oppdatere status og planlegge dagens plan (11).

Det tverrfaglige samarbeidet mellom psykolog, psykiatrisk hjemmesykepleier og tannhelseteamet bidrar til en bedre forståelse av pasientens situasjon og hjelper tannlegen til å legge til rette behandlingen og ta hensyn til barrierer og preferanser hos den enkelte. Vår erfaring tyder på at kontakten med en respektfull tannlege, som lytter med positiv nysgjerrighet, i seg selv er skamdempende. Selve tannbehandlingen må også gjennomføres på pasientens premisser. Det handler om varighet av sesjonen, sittestilling, pauser, stoppsignaler osv.

Pasienter som opplever støtte fra tannhelseteamet, har større muligheter for å ta imot tannbehandling over tid. Et negativt miljø øker redsel mens en pasient som er positiv påvirket og involvert i beslutninger kan lettere velge å prioritere tannbehandling. Risiko for å havne i en ond sirkel er ofte lett, men trygge interaksjoner mellom pasienten og behandler, kontinuitet, forutsigbarhet, samarbeid og en kontinuerlig tilrettelegging, som vist i figur 4, gir bedre resultater.

Takk

Takk til Stord kommune, avdeling psykiske helse for godt samarbeid under dette prosjektet. Prosjektet har mottatt økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

REFERANSER

1. Tannhelsetjenesteloven. 1984. Lov om tannhelsetjenesten av 1983–06–03 nr 54.
2. De Hert M, Correll CU, Bobes Ju, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller J, Ndeitei DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011; 10: 52–77.
3. Kiskey S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015; 77: 83–92.
4. Dickerson FB, McNary SW, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Dixon LB. Somatic healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Med Care*. 2003; 41: 560–70.
5. Slack-Smith L, Hearn L, Scrine C, Durey A. Barriers and enablers for oral health care for people affected by mental health disorders. *Aust Dent J*. 2017; 62: 6–13.
6. Kiskey K. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry*. 2016; 61: 277–82.
7. Lenk M, Berth H, Joraschky P, Weidner K, Hannig C. Fear of dental treatment – an under recognized symptom in people with impaired mental health. *Deutsch Ärztebl Int*. 2013; 110(31–32): 517–22.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 35, 2006–2007. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2005.
9. Bjørkvik J, Henriquez D. Tannverk i tillegg. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2017; 127: 450–3.
10. Bjørk Bjørk Brämberg E, Torgerson J, Kjellström AN, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018; 19: 12.
11. Torper J, Ansteinsson V, Lundeby T. Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane? *Nor Tannlegeforen Tid*. 2020; 130: 220–32.

ENGLISH SUMMARY

Quintero DPH, Bjørkvik J.

How to facilitate dental care for patients with mental illness

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 998–1005


People who suffer from mental illness have a higher prevalence of oral health problems than the general population. At the same time, patients in this group underutilize dental health services, and many miss or drop out of active and systematic treatment due to barriers on several fronts.

The purpose of the present case presentations is to illuminate some dilemmas in the dental health service's encounter with people with long-term mental disorders. We describe two courses of treatment, starting with the patient's initial conversation with a psychologist at the dental clinic and concluding with a check-up two years after the treatment has ended.

Our findings suggest several factors are required to meet the needs of patients with severe or long-term mental illnesses: stronger cooperation between several health care services, extra time and resources, and knowledge, competence, and guidance on how to recognize the individual needs of patients with mental illness. Furthermore, we suggest that the dentist should spend time in each session to tune in to the patient's actual needs and preferences, as these may change over time. Following these suggestions, dental treatment becomes a collaborative project between patient and dentist.



Zirkonzahn®



HONOUR YOUR PATIENTS
STAND OUT IN THE CROWD WITH QUALITY

Ny Prettau® 3 Dispersive® med
Gradual-Triplex-Technology – Høykvalitets pre-
innfarget zirkon som har graderende farge,
translucens og bøyefasthet



VERDENSNYHET! ZIRKONZAHN SHADE GUIDES – MONOLITISK
PRETTAU® DISPERSIVE® ZIRCONIA FARGESKALA, I FORM AV EN
PREMOLAR SAMT ØVRE OG NEDRE FORTENNER (KAN TILPASSES)

Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tirol – T +39 0474 066 680
info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com