

# Utfordringer og muligheter i møte mellom psykisk helse og tannhelse.

Kandidatnummer 2034

Fakultet for sosialfag, Institutt for sosialfag og psykologi, Bachelor i psykologi

Bacheloroppgave

Veileder: Richard Michael Piech

Stavanger, 25. April 2023



Word count: 7662

**Forord:**

Etter tre år med mange spennende tema innen psykologi gav denne oppgaven meg muligheten til å gjøre et dypdykk inn i et tema jeg syns er veldig spennende. Her fikk jeg mulighet til å kombinere to faglige interesseområder, tannhelse og psykisk helse. Takk til veileder for gode råd og tips underveis i skriveprosessen.

Takk til medstudenter for at dere inkluderer meg selv om jeg har vært med litt fra sidelinjen.

Til barna mine Olav (9), Astrid (8) og Tarjei (6), takk for at dere heier på meg når jeg har gjort leksene mine.

Og, takk Jens for tålmodighet og tilrettelegging for studier, og for gode samtaler rundt fagene jeg har hatt i psykologi.

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Metode</b> .....	<b>11</b>
<b>Resultater</b> .....	<b>13</b>
<b>Diskusjon</b> .....	<b>15</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg 1:</b> .....	<b>33</b>

## Sammendrag

**Tittel:** utfordringer og muligheter i møte mellom psykisk helse og tannhelse.

**Bakgrunn:** Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå, om helsen i Norge, viser at de fleste i Norge får helsehjelpen de trenger, men at det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Flere yngre enn eldre oppgir udekket behov for helsehjelp og behovet er størst i sårbare grupper. Personer med svekket helse bruker flere helsetjenester, med unntak av tannhelsetjenesten. En av fire med psykiske helseplager har unnlatt å kontakte tannlege når de trengte tannhelsehjelp. Studier viser også at bruken av tannhelsetjenester følger en sosial gradient, uavhengig av helsetilstand. Dette skiller seg fra øvrig bruk av helsetjenester.

**Hensikt:** Hva er årsaken til at så mange som en av fire med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger helsehjelp? Hva gjør et udekket tannbehandlingsbehov med personers psykiske helseplager? Hva må til for at personer med psykiske helseplager skal kunne nyttiggjøre seg av tannhelsetjenester?

**Metode:** En systematisk litteraturstudie med «hybrid search strategy» med snowballing teknikk. Analysemetoden er tematisk analyse. Oppgaven begrenses ved å se på temaet psykisk helse og tannhelse hos unge voksne i alderen 18 til 45 år.

**Resultat:** 17 artikler ble inkludert i studien. Litteraturstudiet består av kvalitative og kvantitative studier med hovedvekt på studier fra 2020 til 2023. Tematisk analyse systematiserer på pasientfaktorer, behandlerfaktorer og systemfaktorer.

**Konklusjon:** Psykiske helseplager og oral helse påvirkes gjensidig. Psykiske helseplager øker risiko for dårlig oral helse og dårlig oral helse kan føre til skam, angst og tilbaketrekking fra sosialt liv. Ved å tenke tverrfaglig innen psykisk helse og tannhelse kan man legge til rette for å fjerne barrierer som hindrer pasienter i å oppsøke tannlege. Bedre kommunikasjonsferdigheter og brukermedvirkning i tannbehandlingssituasjon kan gjøre at personer med psykiske helseplager klarer å nyttiggjøre seg tannhelsetjenesten.

## Abstract

**Title:** Challenges and opportunities in the intersection between mental health and oral health.

**Background:** A report compiled by Statistics Norway on behalf the Norwegian Directorate of Health shows that groups with physical and mental health issues and are generally utilizing more health services than the general population with the exception of dental health services. As many as one in four with mental health issues and mental illness are not seeking dental services despite having a need for it. The report also shows that the use of dental health services follows a social gradient, independent of health status.

**Aim of study:** Why is it that one in four with mental health issues and illness do not seek dental assistance when they need it? What are the effects of untreated dental health issues to mental health? What does it take for people with mental health issues and illness to utilize dental health services?

**Method:** A systematic literature review with hybrid search strategy with snowballing technique. The methodology for analysis is a thematic analysis. The study has been limited to look at mental health and dental health amongst young adults ages 18-45 years.

**Results:** 17 articles are included in the study. The literature study comprises of qualitative and quantitative studies with main focus on studies from 2020 to 2023. Thematic analysis classifies in patient factors, treatment provider factors and system factors.

**Conclusion:** Mental health issues and illness and oral health have mutual influence on each other. Mental health issues increase the risk for impaired oral health and impaired oral health can lead to shame, anxiety and withdrawal from social settings. By having a cross discipline approach to mental health and oral health it is possible to facilitate removal of barriers that prevents patients from seeking dental assistance. Improved communication skills and user participation in dental treatment situation can enable patients with mental health issues and illness to seek and utilize the dental health service.

## Innledning

På oppdrag fra helsedirektoratet har Statistisk sentralbyrå laget en rapport som viser ulike gruppers bruk av helsetjenester i Norge. Rapporten «Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2» er basert på data fra levekårsundersøkelsene om helse og rapporten er en oppfølger til en lik rapport laget i 2017. Norge er et rikt land med gode, offentlige helsetjenester, men det er i Norge fortsatt en sosial ulikhet i befolkningshelsen. Rapporten viser at helsen til folk blir bedre med økende utdannings og inntektsnivå (Lunde & Ramm, 2021/23).

Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå, om helsen i Norge, viser at de aller fleste i Norge får den helsehjelpen de trenger. Men den viser også at det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Flere yngre enn eldre oppgir udekket behov for helsehjelp og behovet er størst i sårbare grupper med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager, uføre og arbeidsledige (Lunde & Ramm, 2021/23).

Personer med svekket helse bruker flere helsetjenester, med unntak av tannhelsetjenesten. Undersøkelsen viser at det er de med god helse som bruker tannhelsetjenesten mest. Den høyeste andelen med et udekket behov for tannlege finnes blant de som har helseproblemer inkludert psykiske helseplager. En av fire med psykiske helseplager har unnlatt å ta kontakt med tannlege når de trengte tannhelsehjelp (Lunde & Ramm, 2021/23).

Levekårsundersøkelsen viser også at det sjelden er dårlig råd som er årsak til et udekket behov for helsehjelp, også her er tannhelsen unntaket. Når det gjelder tannhelse oppgir halvparten av dem med udekket behov at de ikke har hatt råd til tannbehandling (Lunde & Ramm, 2021/23). Undersøkelsen viste og at det var en klar sosial gradient etter inntekt i bruk av tannlegetjenester uavhengig av helsetilstand (Lunde & Ramm, 2021/23).

Oppfølging innen psykisk helse i Norge er i dag delt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Kommunen skal gi et tjenestetilbud til personer med psykiske plager

og lidelser som følger av helse og omsorgstjenesteloven. Kommunen skal blant annet drive utredning og behandling, rådgivning og veiledning, gi personer psykososial støtte og ved behov henvise til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby spesialiserte tjenester til befolkningen. Pasienter med psykiske lidelser og eller rus og avhengighetslidelser mottar tjenester fra av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oppfølging i spesialisthelsetjeneste kan være utredning og behandling i poliklinikk eller ved døgninnleggelser og i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Når det gjelder politikken innen psykisk helse så har den som mål å bidra med helsefremming og forebygging av psykiske helseproblemer. Personer med psykiske plager og lidelser skal ha god tilgang til behandling og oppfølging, kunne delta i arbeid og aktivitet og sørge for et verdig liv. Tjenestene som gis skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpasset. Helsefremmende og forebyggende arbeid handler om god livskvalitet. Bedre fysisk helse og færre psykiske plager og lidelser har sammenheng med høyere livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Gode helsefremmende tiltak er med på å forebygge psykiske plager og lidelser. I lov om folkehelsearbeid står det at en skal ha en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeid skal bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Denne loven er gjeldene for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter (Folkehelseloven, 2011). Ved forebyggende arbeid reduseres kjente risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer styrkes. Risikofaktorer for psykiske plager og lidelser kan være lav selvfølelse, helsefarlig livsstil og manglende evne til mestring. Beskyttelsesfaktorer for personer kan være individuelle mestringsressurser og positive temperamentstrekk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Under forberedelser til litteraturstudiet ble det sjekket om den offentlige tannhelsetjenesten i Rogaland driver målrettet folkehelsearbeid knyttet til psykisk helse. En nyopprettet folkehelsegruppe i Tannhelse Rogaland var i ferd med å lage et undervisningsopplegg til personer innen rus og psykiatri. Det ble også tatt kontakt med helsehuset i Stavanger for å høre rundt deres erfaringer med psykisk helse og tannhelse. Helsehuset er et kommunalt lavterskeltilbud til personer med lettere psykiske plager. De svarte at de ikke kjente seg igjen i problemstillingen psykisk helse og tannhelse og at tannhelse sjelden dukket opp som tema i samtale med brukere av helsehuset.

Tannhelsetjenesten i Norge er i dag todelt. Den offentlige tannhelsetjenesten ligger innunder fylkeskommunen og har ansvar for å ivareta tannhelsen vederlagsfritt til bestemte grupper omtalt i tannhelsetjenesteloven (Tannhelsetjenesteloven, 1984). Resten av befolkningen betaler for tannhelsetjenester. Noen diagnoser og tilstander, inkludert enkelte psykiske lidelser, utløser rettigheter i folketrygden, og man kan få dekket deler av utgifter. Voksne med begrenset økonomi kan søke, og få innvilget, støtte fra NAV til tannbehandling (Tannhelse Rogaland, 2023)

Voksne personer med psykiske lidelser kan ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten under følgende grupper (Tannhelsetjenesteloven, 1984; Tannhelse Rogaland, 2023):

B: Psykisk utviklingshemming

D: 19-20 åringer betaler 25% av lav takst

C1 – Eldre, uføre eller kronisk syke med opphold i somatisk eller psykiatrisk institusjon. Det er en forutsetning at oppholdet har vart eller er ment å vare i tre måneder eller mer. Ved kortere opphold har man kun rett på akutt tannhelsehjelp. Rettigheten faller bort dersom beboer flytter fra institusjonen.



C2 – hjemmesykepleie. Personer som har kommunalt vedtak om helsetjenester i hjemmet, Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2. nr6 bokstav a, har rett til gratis tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten. For denne gruppen er det et krav at helsehjelpen gis minimum en gang i uken og at den har vart, eller er ment å vare i mer enn tre måneder. Ved kortere varighet har man rett på akutt tannhelsehjelp.

E3: Personer med psykiske lidelser som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten over en periode på minimum tre måneder. Det er en forutsetning at pasientene i denne gruppen ikke mottar lønn, inkludert sykepenger eller arbeidsavklaringspenger, rehabiliteringspenger eller tidsbegrenset uførepensjon.

E4: Personer i pleie av pårørende. Også her er det en forutsetning at pasientene ikke mottar lønn, inkludert sykepenger eller arbeidsavklaringspenger

E Rus: Rusmiddelavhengige med kommunale tiltak eller LAR: Personer i LAR og rusmiddelavhengige som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr6, bokstav a-c eller § 3-6 nr. 2 har rett på vederlagsfri tannbehandling. Det er en forutsetning at hjelpetiltakene har vart eller er ment å vare i 3 måneder eller mer. Ved kortere perioder med hjelpetiltak har man kun rett på akutt behandling.

G: 21-24 åringer betaler 25 %. Dette er en aldersbestemt regel, her er det ingen andre forutsetninger (Tannhelse Rogaland, 2023).

TOO: Dette er et vederlagsfritt tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur – og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling, odontofobi. Tilbudet ble opprettet i 2011 på bakgrunn av at odontologiske fagmiljøer antok at ca. to til tre prosent av befolkningen har så sterk frykt for tannlegen at de ikke mottar den behandlingen de har behov for. Denne gruppen kan ha et oppsamlet tannbehandlingsbehov på grunn av frykten for tannbehandling og tilbudet består av behandling av fobien og rehabilitering av tannsettet. Tilbudet begrenses til personer som har fått stilt diagnosen odontofobi i diagnosesystemet ICD-10, i tillegg til tortur og

overgrepsutsatte ved at de kan ha store problemer med oral behandling. Pasienter kan henvende seg direkte til tjenesten og få en vurdering og tilbudet regnes derfor som et lavterskeltilbud. TOO er et tverrfaglig team bestående av psykolog og tannhelsepersonell. Behandling tar sikte på å gi angstbehandling og tilrettelegging slik at pasienter i etterkant kan mestre å rehabilitere tannhelsen sin. Behandlingen er vederlagsfri både når det gjelder angstbehandlingen og å få rehabilitert tannhelsen sin. (Helsedirektoratet, 2021).

Munnhelse påvirker fysisk, emosjonelt og sosialt velvære. Verdens helseorganisasjon bruker et begrep kalt OHRQoL – oral health related quality of life. WHO definerer oral helse som tilstanden til munn, tenner og orofasiale strukturer som gjør at individer kan utføre essensielle funksjoner som spising, pusting og snakking. Videre skriver de at oral helse og har en psykososial dimensjon ved at smerte, ubehag og skam over oral helse ikke skal gi individer lav selvfølelse, eller gå ut over evnen til å arbeide og være sosial. WHO påpeker videre at oral helse vil variere over et livsperspektiv og at oral helse er en del av generell helse. God oral helse er viktig for at individer skal delta i samfunnet og nå sitt potensiale (World Health Organization, 2022).

I Norge er det laget retningslinjer for tannbehandling. Helsedirektoratet har laget en veileder for god klinisk praksis i tannhelsetjenesten. Veilederen skal bidra til at møte mellom pasient og behandlende personell blir best mulig. Veilederen legger vekt på at pasienter skal ha god tyggefunksjon og et sosialt akseptert smil. Helsedirektoratet definerer at en akseptabel oral helse er at en person ikke skal ha smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, at tyggefunksjon er tilfredsstillende og at personer kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. Veilederen poengterer også viktigheten av at pasienter skal ha medvirkning i beslutningsprosessen ved valg av behandling og at nødvendig tannbehandling både er selve tannbehandlingen, men også informasjon som skal til for at

enkelpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse (Blich & Aandahl, 2011).

Personer med psykiske plager og lidelser kan ha rettigheter innen flere grupper innenfor offentlig tannhelse, likevel sier levekårsundersøkelsen at en av fire med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger helsehjelp.

Hva er årsaken til at så mange som en av fire med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger helsehjelp?

Hva gjør et udekket tannbehandlingsbehov med personers psykiske helseplager?

Hva må til for at personer med psykiske helseplager skal kunne nyttiggjøre seg av tannhelsetjenester?

## Metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie med et «hybrid search strategy» søk. Denne strategien tar utgangspunkt i å søke etter litteratur i database for deretter å finne relevante tilleggsstudier ved å sjekke referanselisten til studiene som kommer frem i søket. Teknikken kalles snowballing teknikk. Denne søkestrategien kan gi et bedre overblikk over relevante primære artikler som ikke dukker opp i det opprinnelige søket i databasen (Wohlin, Kalinowski, Felizardo, & Mendes, 2022).

Litteratursøk ble utført jan-mars 2023 i søkedatabasen «Web of Science». For å undersøke hvordan psykisk helse i møte med tannhelse er i Norge ble det, i tillegg til søk i database, søkt etter artikler i tidsskriftene til den norske tannlegeforeningen og psykologforeningen.

For å få et bilde på hvordan tannhelsetjenesten i Norge er bygget opp, ble det søkt etter retningslinjer og oppsummeringer hos helsedirektoratet, sjekket lover og regler innen tannhelse og lovdata som omhandler tannhelse og psykisk helse. Lovdata som er aktuelle i

denne sammenhengen er pasient og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, tannhelsetjenesteloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov om folkehelsearbeid.

Det var ønskelig å finne studier som sa noe om hvordan situasjonen til pasienter med psykiske helseutfordringer er i tannhelsetjenesten i Norge per dags dato. Det var viktig at artikler var av nyere dato, da oppbygging av både psykisk helse og tannhelsetjenesten er under stadig endring. Søket tok utgangspunkt i å finne artikler som handler om psykisk helse og tannhelse på et mer overordnet nivå og som har blitt publisert de siste årene. Artiklene er fra 2016 til 2023.

Tannhelsetjenesten og psykisk helsevern er bygget opp forskjellig i ulike land, og artikler kan derfor gjenspeile situasjonen i det enkeltes land oppbygging. For eksempel kan tilgjengelighet til tjenesten variere i ulike deler av verden. Det var derfor viktig at de inkluderte artiklene, fra andre steder enn Norge, sa noe generelt om sammenhenger mellom psykisk helse og tannhelse. Det ble ikke inkludert artikler fra utviklingsland med store problemer med infrastruktur og generell helse. Psykisk helse og tannhelse i utviklingsland vil skille seg veldig fra hvordan situasjonen er i et land som Norge, og denne problematikken vil ikke bli omtalt i denne studien.

Følgende søkeord ble brukt i søk etter artikler i søkedatabasen «Web of Science»: oral health quality of life, OHRQoL, mental illness and oral care, oral health and shame, TOO/TADA. Ved søk i de norske tidsskriftene ble det brukt samme søkeord og i tillegg søkt på tilsvarende norske ord for å få opp norske artikler skrevet om temaet psykisk helse og tannhelse.

Tannhelse og psykisk helse vil variere ut fra alder. Oppgaven begrenses ved å se på temaet psykisk helse og tannhelse hos unge voksne med alder 18 til 45 år.

Oppgaven har ikke gått i dybden av enkelte psykiske helseplager. Dermed ble artikler som handlet om sjeldne psykiske lidelser og psykiske lidelser forbundet med andre aldersgrupper, som for eksempel psykiske lidelser hos barn/unge og eldre utelatt. Sjeldne dentale lidelser som kan gi store psykiske belastninger ble og utelatt. Artikler som omhandlet behandling hos spesialist i tannhelse, som for eksempel kjeveortopedi og leppe/kjeve/ganespalte, ble også utelatt.

Analysearbeidet tar sikte på å tolke og analysere det innhentede materialet ved hjelp av teknikker fra tematisk analyse. Målet med tematisk analyse er å finne tema som går igjen i de inkluderte artiklene og dermed utforske forskningsspørsmålet fra forskjellige perspektiver. Det kan gi økt forståelse, dybde og innsikt å se artiklene i lys av hverandre og man kan finne tema på tvers av kvalitative og kvantitative studier (Braun & Clarke, 2006).

## Resultater

Databasesøk i «Web of Science» ble utført i tidsperioden januar til mars 2023. Det ble og søkt etter relevante artikler i tidsskriftet til den norske tannlegeforeningen og psykologforeningen.

Etter å ha brukt snowballingeffekt og ekskludert artikler som ikke var relevante ble sytten artikler inkludert i litteraturstudiet. Vanlige årsaker for ekskludering av artikler var at studiene var for gamle, at de omhandlet behandling hos tannlegespesialist, at studiene handlet om andre aldersgrupper, for eksempel barn eller eldre, og at studier kom fra utviklingsland.

For å lettere få en oversikt over sammenhengen mellom psykisk helse og tannhelse i Norge, ble artikler inndelt i norske og internasjonale artikler. De internasjonale studiene som ble inkludert er studier som sier noe generelt om sammenhengen mellom psykisk helse og tannhelse og som kommer fra lignende land som Norge. Språk på inkluderte artikler er norsk og engelsk.

Vedlegg 1 viser en liste over de sytten inkluderte artiklene. Artiklene er fra 2016 til 2023, med en hovedvekt på ti av sytten artikler fra 2020 til 2023. Artiklene består av både kvalitative og kvantitative studier. Åtte av studiene er kvantitative og ni av studiene er kvalitative. Ti av studiene er norske og syv av studiene er internasjonale. Seks av de norske studiene er relatert til behandling i TOO team og fem av seks av disse er fra 2021 til 2023.

Artiklene er fra tidsskriftene Dentistry journal, BMC Oral Health, SAGE open, The Canadian Journal of Psychiatry, Journal of Affective Disorders, International Journal of Mental Health Nursing, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, European Journal of Oral Sciences, International Journal of Dental Hygiene og den norske tannlegeforeningens tidende.

Litteraturstudiet viser at det er et sammensatt bilde på årsaker til at personer med psykiske lidelser uteblir fra tannbehandling og at sammenhengen psykisk helse og oral helse er komplekst. Litteraturstudiet viser og at det er noen tema som går igjen når det gjelder hva som skal til for at personer med psykiske plager og lidelser skal kunne nyttiggjøre seg tannhelsetjenester. Ved hjelp av tematisk analyse finner man at det er flere faktorer som spiller inn på om pasienter mestrer å ivareta og opprettholde gode tannhelsevaner, inkludert å oppsøke tannhelsehjelp. Faktorene kan deles inn i 3 hovedtemaer: Pasientfaktorer, behandlerfaktorer og systemfaktorer.

Pasientfaktorene som går igjen i de inkluderte artiklene består av faktorer som beskriver egenskaper til personer med psykiske lidelser i møte med tannhelsetjenesten. Følelser og emosjonelle tilstander som mestringsstro, selvfølelse og skam er med på å påvirke behandlingsforløpet som pasient. Pasientenes livsstil og økonomi spiller inn på oral helse og psykisk helse. Også helsebegrensningen det er å ha psykiske lidelser som angst, depresjon, psykose og PTSD påvirker gjennomføringsevne, initiativ og evne til egenomsorg.

Behandlerfaktorene inkluderer beskrivelser av behandlere i psykisk helse og tannhelse gjort både av behandlere selv og av pasienter i møte med behandlere.

Kunnskapsbegrensninger som begrenset kommunikasjonsferdigheter og for lite tverrfaglig kunnskap for å kunne ivareta pasienter med spesielle behov og personlige egenskaper som hyggelig, streng, autoritær, imøtekommende og travel væremåte påvirker møte mellom pasient og behandler. Resultat fra de inkluderte studiene viser at begge behandlergrupper skulle ønske de hadde høyere kompetanse og innsikt i sammenhengen psykisk helse og tannhelse.

Artiklene belyser at systemfaktorer er med på å påvirke om tannhelsetjenester er mulig å motta når man har psykiske plager og lidelser. Gruppetilhørighet i offentlig tannbehandling fjerner økonomisk barriere for de som kommer innunder gruppene. Tjenesten kan oppleves utilgjengelig på grunn av vansker med å forstå regelverk og manglende tilgjengelighet på grunn av lange ventelister eller knapphet i ressurser. Systemfaktorene viser og at systemet ofte ikke treffer målgruppen når målgruppen er i stand til å motta behandling, at det er mangelfull samhandling mellom tjenestene og at tid og ressurser ikke strekker til.

## Diskusjon

Denne oppgaven ønsket å undersøke hva et udekket tannbehandlingsbehov gjør med personers psykiske helseplager, hva som kan være årsaker til at mange med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger tannhelsehjelp og hva som skal til for at personer med psykiske helseplager skal kunne nyttiggjøre seg tannhelsetjenester.

En litteraturstudie gir mulighet for å se på både kvalitative og kvantitative studier og man kan da få belyst forskningsspørsmål fra forskjellige vinkler og se studiene i lys av hverandre.

Seks av de inkluderte artiklene har sammenheng med behandling i TOO team og fem av disse seks artiklene er utgitt mellom 2021 og 2023. Når TOO prosjektet ble opprettet, var det ønskelig fra helsedirektoratet at det skulle opprettes forskningsaktivitet rundt tilbudet for å øke kunnskap om målgruppen og behandlingen. Dette kan være årsak til at flere av de norske studiene har bakgrunn i TOO behandling (Helsedirektoratet, 2021).

De sytten inkluderte studiene gir beskrivelser av sammenhengen mellom psykiske helseutfordringer og tannhelse og hva et udekket tannbehandlingsbehov gjør med personers psykiske helseplager.

Psykisk uhelse øker risiko for dårligere oral helse (Helse og omsorgsdepartementet). Personer med psykiske lidelser har ofte nedsatt eller dårlig oral helse. Årsak til dette er sammensatt og komplekst. Personer med psykiske lidelser kan ha problemer med å ivareta seg selv – og da også tannhelsen. Risikofaktorer forbundet med psykisk uhelse og oral helse er forbundet med livssituasjonen. Røyk, alkohol eller annet rusmisbruk, endrede kostholdsvaner, munntørrehet på grunn av medisinbruk, og manglende evne til egenomsorg. Ugunstige vaner og manglende ettersyn av tannhelsen over lang tid leder for mange til havari av tannsettet med flere konsekvenser som for eksempel sosial stigmatisering (Kisely et al., 2016).

Et udekket tannbehandlingsbehov kan føre til et smil som ikke er sosialt akseptert og dårlig ånde som gjør at andre trekker seg unna. En betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helselatert livskvalitet. I studien utført av Åstrøm et al., (2017) oppga 51% av deltakerne at problemer med tenner og tannkjøtt påvirket en eller flere av deres daglige gjøremål. De fant og at redusert oral helselatert livskvalitet var hyppigst forekommende hos unge voksne med lav utdanning, enslig sivil status, innvandrerbakgrunn og smalt sosialt nettverk (Åstrøm et al., 2017).

Mange av de inkluderte artiklene bruker begrepet OHRQoL – oral health related quality of life. Settineri et al. fant at dårlig OHRQoL ikke bare var linket til angst og



depresjon, men og med aggresjon, utmattelse og forvirring. Jo sterkere den psykopatologiske følelsen var, dess verre var OHRQoL. De fant at en persons OHRQoL var knyttet til et emosjonelt spekter fra noe påvirket humør til emosjonell dysregulering. Studien forventet å finne en sammenheng mellom OHRQoL og depresjon, men ble overrasket over den tydelige sammenhengen med aggresjon og utmattelse (Settineri et al.,2017).

Aardal et al. fant at de daglige gjøremålet som hadde mest negative innvirkning på oral helse var spising, det å nyte mat, smile, le og vise tenner uten å skamme seg. De fant og at det var en sterk assosiasjon i negativ OHRQoL og generell angstlidelse (Aardal et al., 2022).

Dårlig eller nedsatt oral helse har signifikante konsekvenser for menneskers livskvalitet. Dårlig tannhelse fører til tilbaketrekking og unngåelse av sosialt samvær. Personer med store orale helseutfordringer isolerer seg i frykt av at andre skal oppdage forfallet. Dårlig tannstatus gir dårlig selvfølelse og mange skammer seg over situasjonen, man tør ikke smile og le på grunn av risiko for at andre skal oppdage tannstatus. Det å spise måltider sammen med andre blir problematisk, både på grunn av nedsatt tyggefunksjon, men og på grunn av smerter forbundet med mat og drikke. Noen matvarer blir umulige å spise og man risikerer dermed å ikke mestre måltidet. Å gå med kroniske smerter gir og økt irritabilitet (Settineri et al., 2017). Personer med dårlig oral helse kan og ha problemer med å snakke. I tillegg til de psykiske følgende dårlig oral helse kan føre til, gir dårlig tannhelse også økt risiko for hjertekarlidelser, diabetes og lungesykdom. Dermed øker risiko for andre lidelser og for personer med psykiske lidelser (Kisely et al., 2016).

Følelser spiller en fundamental regulerende rolle i menneskers oppførsel. Positive eller negative følelser i møte med helseutfordringer kan føre til ulike utfall og viser dermed at det er en tydelig kobling mellom helse og følelser. Settineri et al. viste at oral helse dimensjoner ikke bare var linket til konstrukter av angst og depresjon, men og til aggresjon, utmattelse og forvirring. De fant og at jo høyere grad av emosjonell psykopatologi dess dårligere var

OHRQoL. Ved depresjonslidelser opplever pasienter tap av glede og interesse i å utføre daglige gjøremål og aktiviteter. Man opplever manglende evne til egenomsorg, inkludert personlig hygiene som også innebærer at oral munnhygiene blir dårligere (Settineri et al., 2017).

I en studie utført av Holden et al. (2021) ble tv-programet «Embarrassing Bodies» analysert med tanke på tannhelseproblemer. De så på episodene som omhandlet tannhelseproblemer og utførte en tematisk analyse for å finne ut hvordan orale helseutfordringer ble fremstilt. Personene med tannhelseproblemer beskriver skam over tannhelsen sin. De opplever manglende intimitet og sosial distanse til andre mennesker. Deltakerne føler tannhelsen står i veien for at de kan nå sitt fulle potensial. Videre blir deltakerne møtt av en tannlege som er med på å underbygge følelsen pasientene har av vemmelighet over egen tannhelse. Serien har til hensikt å promotere oral helse, men fremstillingen av tannhelseproblemer blir assosiert med personlig ansvar i form av dårlige vaner og manglende disiplin og selvpleie. Serien får ikke frem at oral helse er del av generell helse og på denne måten blir skamfølelsen forsterket gjennom fremstillingen av tannsykdom i serien (Holden et al., 2021). Litteraturstudiet viser samme assosiasjon mellom tannhelseutfordringer og skamfølelse. Ved nedsatt oral helse kan man kjenne på stigma, skam, hjelpeløshet og lav selvfølelse. Dårlig tannhelse påvirker livskvalitet. Pasienter som av ulike årsaker ikke mestrer å opprettholde gode tannhelsevaner opplever dette skamfullt. Dårlig tannhelse som gjør det vanskelig å fungere sosialt og kan føre personer inn i angst og depresjon. Det kan resultere i at man trekker seg tilbake fra sosiale arenaer, inkludert arbeidslivet. Man lar være å smile, unngår sosiale sammenkomster med venner og familie, man unngår å spise sammen med andre (Bryne et al., 2021) Smerter i munnen kan oppleves krevende og at man dermed fremstår mer irritert, reservert eller avskrudd. Dette kan igjen frembringe enda mer skam. Dette kan gå ut over daglig fungering (Aardal et al., 2023;

Settineri et al., 2017). Skam er en av de sterkeste følelsene vi har. Skam er en negativt ladet følelse som innebærer lidelse og sterkt ubehag. Skam blir beskrevet som en psykologisk voldshandling. Dersom noen sier «skam deg!» til noen andre vil man at de skal lide og kjenne forakt. Skam fører i ytterste konsekvens til selvutslettelse på grunn av tap av selvet. Dette sees i psykiske lidelser som depresjoner, selvskading og bak mange tilfeller av suicid. (Popovac, 2020) Når man skammer seg mister man verdi og selvkjærlighet. Skam er en negativ skyldfølelse som sender signaler at det er en selv det er noe galt med og at det er ens egen feil at det har blitt slik (Popovac, 2020).

Psykisk helse og tannhelse påvirker hverandre gjensidig. Personer med psykiske helseutfordringer og psykiske lidelser har økt risiko for dårlig oral helse. Dårlig oral helse gir økt risiko for opprettholdelse av psykisk uhelse, som da resulterer i en ond sirkel som opprettholder både psykisk uhelse og dårlig oral helse (Kisely et al., 2016; Aardal et al., 2023).

Litteraturstudiet gir en oversikt over mulige årsaker til at mange med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger tannhelsehjelp. Årsakene til unngåelse er sammensatt og kan forklares ut fra faktorene en fant ved hjelp av tematisk analyse. Pasientfaktorer, behandlerfaktorer og systemfaktorer gir sammen et bilde på utfordringene i møte mellom psykisk helse og tannhelse.

Skam kan gjøre at man ikke tørr å gå til tannlege med utfordringene sine. Pasienter er redd for hva tannhelsepersonell skal synes om de, både når det gjelder tannhelsestatusen og psykiske reaksjoner de kan oppleve i løpet av tannbehandlingen. I kasuistikken skrevet av tannlege Quintero og psykologspesialist Bjørkvik beskrives en kvinne med langvarige angstplager og PTSD som opplever en ekstrem følelse av sårbarhet i tannlegestolen, særlig når stolen ble lagt bakover. Det ble en trigger for tidligere traumatiske hendelser. Det å vise sårbarhet var for henne forbundet med skam og nederlag, og dermed var det bedre å unngå

hele tannbehandlingssituasjonen, enn å være der og risikere reaksjoner på angst og kontrolltap. Hun skammet seg over tennene sine, og brukte mye krefter på å la være å smile eller på annen måte vise tennene til andre. Hun var og skamfull over å ikke mestre å motta tannbehandling – hun følte seg liten og «pinglete» (Quintero & Bjørkvik, 2020) Skam over å ha det slik gjør at man føler seg som et lite barn. Skam gjør at man unngår å gå til tannlege, som igjen øker tannhelseutfordringer som gjør at man skjemmes enda mer over egen tannhelse. I studien til Bjørkvik et al. (2022), der pasienter med langvarige og alvorlig psykiske lidelser ble intervjuet om deres opplevelse av møte med den offentlige tannhelsetjenesten og ivaretagelse av egen oral helse, rapporterte nesten alle deltakerne at skam og mindreverdighetsfølelse var barrierer for å motta tannbehandling. Skam og selvstigmatisering korrelerte negativt med etterlevelse av behandling (Bjørkvik et al., 2022).

Psykiske lidelser som angst, depresjon og PTSD er forbundet med økt grad av tannbehandlingsangst (Kisely et al., 2016). Tannbehandlingssituasjonen kan være angsttriggende på mange måter. Opplevelsen av tap av kontroll, bli lagt bakover, bruk av instrumenter i munnen og behandlingsprosedyrer som involverer smerter og risiko for smerter (Bryne et al., 2022a). Behandlingsbehovet er gjerne stort og man har flere erfaringer med akutte tannbehandlingstimer. Akutt tannbehandling bekrefter bildet man har av tannbehandling som smertefullt og krevende og resultatet blir angst for tannbehandling, odontofobi og unngåelse av tannbehandlingssituasjonen. Denne sirkelen av angst og unngåelse er beskrevet av Berggren og kalles «Berggrens vicious circle of dental anxiety». Angst og frykt for tannbehandlingssituasjonen medfører unngåelse av tannbehandling med påfølgende dårligere tannhelse. Dette fører med seg skam og skyld og en mindreverdighetsfølelse som igjen er med på å øke angsten (Aardal et al., 2023).

I studien til Åstrøm et al i 2022 ble det utført en undersøkelse blant unge voksne, 25-35 år, angående årsaker til at de unngikk å oppsøke tannhelsehjelp. De undersøkte

prevalensen i forholdt til frykt og økonomisk byrde. De fant at kansellerte og avbestilte timeavtaler på grunn av frykt var respektive 14,7 % og 30,5%. Unngåelse på grunn av økonomi var på 37,7 %. Unngåelsesatferden fant de at var høyest blant sosialt vanskeligstilte grupper og studien konkluderte med at dette kunne tyde på et hull i velferdsmodellen i Norge. Unngåelse av tannhelsehjelp på grunn av økonomiske årsaker økte i studien lineært med omfang av tannbehandlingsbehov og var høyest blant de unge voksne som opplevde utilfreds munnhelse. Dårlig oral helse og stort behandlingsbehov er risikofaktorer for unngåelse av tannhelsehjelp både på grunn av frykt og økonomisk byrde (Åstrøm et al., 2022).

Tematisk analyse av artiklene viser at tannhelsepersonell spiller en viktig rolle for om pasienter mestrer å gjennomføre tannbehandling. Væremåte til behandler blir opplevd som kritisk i forholdt til relasjon til pasient og er en stor grunn til at pasienter unngår å møte opp til tannbehandling (Bjørkvik, 2016, Bryne et al., 2021).

Utdanningen til tannleger har tradisjonelt hatt mer fokus på tekniske ferdigheter enn psykologisk kompetanse, det er i senere tid gjort endringer slik at studenter nå også får undervisning for å for eksempel øke kommunikasjonsferdighetene (Bryne et al., 2021; Torper et al., 2019).

Artiklene fra TOO gir et bilde på hva som har gjort at tannbehandling tidligere ikke har vært mulig og hva det var med tannhelsepersonell som var viktig for å komme ut av unngåelsesatferden når det gjaldt tannbehandling. Flere pasienter i TOO har opplevd tannlegen som en autoritær person der tennene er viktigere enn personen. Pasienter synes det er vanskelig å stole på tannleger som både skal drive business og gi helsehjelp. De har opplevd møte med tannhelsetjenesten som krevende og belastende i form av at de har fått bekreftelse på at de burde kommet mye tidligere. Fokus blir på hva de burde ha gjort og ikke hva man kan hjelpe med fremover. Pasientene har ikke følt seg sett. (Bryne et al., 2021; Moe et al., 2022; Bjørkvik, 2016)

Artiklene i litteraturstudie beskriver at tannhelsepersonell ikke har nok kunnskap om psykiske lidelser og traumer, og at pasientene dermed opplever manglende forståelse for deres situasjon (Bryne et al., 2021, Moe et al., 2022).

Tannbehandlere kan oppleve å ha begrenset kunnskap i å kommunisere med pasienter med psykiske lidelser, og tidspress kan stå i veien for god kommunikasjon. Personer som strever psykisk, kan være noe mer vare på det å bli irettesatt eller få det som oppleves som «kjefte». Social rank theory foreslår at skam, tillit, kommunikasjon og angst henger sammen. Dersom kommunikasjon blir feil, vekker eller opprettholder det angst hos pasienten og det øker avstand mellom pasient og helsepersonell (Yuan et al., 2020). Feil kommunikasjon blir beskrevet som at helsepersonell har en belærende tone. Dersom informasjon blir gitt med en ovenfra og ned tone trekker pasientene seg vekk fra informasjonen. Dersom pasienter ikke føler seg i stand til å ta imot eller nyttiggjøre seg informasjonen ender man opp med at kommunikasjonen utilsiktet øker pasientens angst og skam mens tillitt til behandler svekkes. Ved å være bevisst kommunikasjonsferdigheter kan helsepersonell øve på å møte og se pasienten der de er og gjøre råd og informasjon tilgjengelig for den enkelte pasient. Kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting og det å klare å vise empati uten å syns synd på, er med på å gi pasienter mulighet for å bygge relasjon og ventilere angst. Ved å løfte blikket, være fleksibel og se pasienten der den er og hvilke behov pasienten har, kan man lettere bygge relasjon mellom behandler og pasient og dermed hjelpe pasient til å motta behandlingen som trengs (Yuan et al., 2020; Bryne et al., 2021). Innen generell medisin eksisterer en konsultasjonsmodell kalt «fire gode vaner». Ut fra denne modellen har Torper et al. (2017) beskrevet en odontologisk konsultasjonsmodell som de kaller «Fire+En Gode Vaner for Tannlegebesøk» Denne modellen inneholder brukervennlige og effektive kommunikasjonsverktøy, supplert med verbale eksempler. Kommunikasjonsverktøyet er ment å hjelpe tannbehandlere i effektiv men god kommunikasjon. De gode vanene som beskrives i

modellen er; invester i begynnelsen, få tak i pasientens perspektiv, vis empati, invester i avslutningen, fasilitet opplevelse av kontroll. Kommunikasjonsmodellen er implementert i tannlegeundervisningen i Oslo. Forskning er nødvendig for å validere og teste modellen, både klinisk og som undervisningsverktøy (Torper et al., 2019).

Flere av artiklene fra litteraturstudiet har funn som tyder på at viktigheten av munnhelse har vært underkommunisert og blitt viet for lite oppmerksomhet innen behandling i psykisk helse. Oral helse blir ofte nedprioritert eller oversett blant behandlere i psykisk helse (Kuipers et al., 2022; Kisely, 2016; Kisely et al., 2016; Scrine et al., 2018).

I studien til Scrine et al. (2018) intervjuet de ni ansatte i psykisk helsevern rundt temaet psykisk helse og oral helse. Ansatte i psykisk helse forteller at det ikke er fokus på tannhelse i psykisk helse. De gir beskrivelser av at det er mer regelen enn unntaket at tannhelsen er dårlig, og at dette av de ansatte blir sett på som en kronisk lidelse og en «sånn er det bare» holdning til dårlig tannhelse. Tannhelse blir av behandlere sett på som en markør for dårlig eller manglende evne til egenomsorg og de beskriver at det virker som pasientene har gitt opp det å ha god tannhelse, at de føler seg maktesløse. I intervjuene kommer det frem at tannhelse blir nedprioritert i kaoset av alt annet som må og skal håndteres. Når en pasient er i livskrise, er det ikke plass til tannhelse. Unntaket er ved smerter – da oppsøkes tannhelsepersonell for akuttbehandling. Noen av behandlerne i psykisk helse forteller at de har mer enn nok å gjøre og at tannhelse ikke er deres oppgave. Tannhelsen får man ta tak i når den psykiske helsen er bedre. De mangler kunnskap om oral helse og det oppleves invaderende og nedlatende å snakke om tannhelsen med pasientene. Oral helse er et sensitivt tema å snakke om. De ønsker mer kunnskap i å kommunisere på rett måte. Under intervjuet kommer det frem at de ansatte ønsker mer opplæring i oral helse og profesjonell støtte for å hjelpe pasienter til å oppsøke tannhelsetjeneste. Ansatte opplever helsevesenet som oppstykket – fysisk helse hos lege, psykisk helse hos dem og tannhelse hos tannlegen. Det er

lite eller dårlig samhandling og det er et ønske om mer samarbeid og tverrfaglig behandling (Scrine et al., 2018).

I den systematiske reviewstudien til Kisely et al. (2016) var et av funnene at et økt fokus på fysisk helse hos personer med angst og depresjon også burde inneholde høyere fokus på oral helse. Personer i kontakt med psykisk helse bør bli spurt om oral helse, få hjelp til å ivareta tannhelsen sin og bli henvist til tannbehandling på et tidlig stadium. Ansatte i psykisk helse bør få økt kompetanse på sammenhengen mellom psykisk helse og tannhelse (Kisely et al., 2016).

I case-control studien til Kuipers et al. fant de at 14,8% av pasienter med psykotisk lidelse sammenlignet med 1,8% i normalbefolkningen hadde negativ påvirkning på OHRQoL. Pasienter med førstegangs psykose har en større risiko for å ha en lav OHRQoL sammenlignet med generell befolkning. Dette viser viktigheten av at ansatte i psykisk helse må bli bedre på å etterspørre utfordringer knyttet til den orale helsen og bidra med informasjon om hvor pasientene kan finne hjelp. Det må være mer fokus på forebyggende behandling hos risikopasienter i psykisk helse slik at skadeomfang begrenses (Kuipers et al., 2022).

At mange med psykiske helseplager unnlater å oppsøke tannlege når de trenger helsehjelp kan ha med systemfaktorer å gjøre. 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 flere tilfeller ha rett på gratis behandling innen norsk offentlig tannhelsetjeneste, deriblant TOO behandling. Behandlings i TOO har per tid lange ventelister, noen steder i landet flere år ventetid, dette viser at dimensjonering av tilbudet og etterspørselen etter TOO-tilbudet er i ubalanse (Helsedirektoratet, 2021). Personer med psykiske helseutfordringer har generelt dårligere oral helse enn normalbefolkningen og sammenlignet med resten av befolkningen



viser flere studier til at denne gruppen bruker tannhelsetjenester i mindre grad (Quintero & Bjørkvik, 2020).

Kasuistikken til Quintero og Bjørkvik belyser noen sentrale problemstillinger og dilemma i tannhelsetjenestens møte med pasienter med langvarige psykiske helseutfordringer. Personer med psykiske helseutfordringer kan ha betydelige vansker med å initiere og følge opp tannbehandling. Selv om pasientene som ble presentert i studien hadde rettigheter til gratis tannbehandling i henhold til lovverket hadde de begge unngått tannbehandling over flere år. Dette kan tyde på at regelverk som gir pasienter rettigheter likevel ikke er tilgjengelige for pasientene. Når så pasienter blir friske nok til å ta tak i tannhelseutfordringen sin har de ofte pådratt seg et ganske stort behandlingsbehov, men som ofte nå ikke blir dekket gjennom det offentlige (Quintero & Bjørkvik, 2020).

Etter en periode med psykisk sykdom går man kanskje på arbeidsavklaringspenger i påvente av å skaffe seg en jobb, det at man er bedre psykisk gjør at oppfølging i kommunen er mindre omfattende. Disse pasientene har ofte ikke midler nok til å påkoste seg tannbehandlingen man har fått behov for gjennom en periode med psykiske helseutfordringer. Dermed blir tannhelse nedprioritert og tannhelsen dårligere som igjen er med på å opprettholde utenforskap på grunn av utfordringene det fører med seg å ha dårlig tannhelse. Jobbintervju og sosiale sammenhenger blir vanskelig, man holder seg mye for seg selv på grunn av at man skammer seg. Dårlig tannhelse kan gjøre at kostholdsvaner blir dårligere. Dermed øker risiko for tilbakefall når det gjelder psykisk sykdom. Dette belyser en utfordring med dagens system når det gjelder oppfølging av tannhelsebehovet hos pasienter med psykiske helseplager. Systemet treffer ikke målgruppen når målgruppen er i stand til å motta behandling, eller ressursene innen systemene er ikke gode nok på å tilrettelegge og samarbeide slik at man ser viktigheten av å oppsøke tannhelsetilbud på tross av alvorlig psykisk lidelse (Bjørkvik et al., 2022).

I studien til Kisely et al., (2016) vises det til at det tidligere var vanligere at flere med omfattende psykiske helseplager bodde på institusjon. Da hadde man gjerne tannhelsepersonell som hadde ansvar for å ivareta tannhelsen til disse. Den senere tid er det mer vanlig at personer med psykiske lidelser skal ha oppfølging i kommunen og at man da har mistet nærheten til tannhelsetjenesten (Kisely et al., 2016). Nå er det mer opp til pasientene selv å oppsøke tannhelsetjeneste på eget initiativ. Erfaring viser at dette blir forsømt hos de mange som har så alt for mye annet å slite med. Kasuistikken til Bjørkvik og Quintero viser eksempler på hvordan det kan være for personer med psykiske lidelser å forholde seg til tannhelsehjelp. Det beskrives at problemet ikke nødvendigvis oppstår i det man er på tannlegekontoret, men det oppleves krevende å ta initiativ til å bestille timeavtale, ha noen å snakke med før og etter tannlegebesøket (Quintero & Bjørkvik, 2020).

For å undersøke hva som skal til for at personer med psykiske helseplager skal kunne nyttiggjøre seg tannhelsetjenester kan man se på pasientfaktorene, behandlerfaktorene og systemfaktorene gjennom brukerperspektivet. Brukerperspektivet får frem utfordringene man som pasient med psykisk helseplage står i, i møte med tannhelsetjenesten. Artikkene gir beskrivelser av hva som skal til for å mestre tannbehandling og opprettholde god tannhelse.

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven. Helsetjenestene har plikt til å involvere brukerne og brukerne har rett til å medvirke i saker og avgjørelser som omhandler og påvirker de (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997). Flere av artikkene ser på psykiske helseplager i møte med tannhelsetjenesten fra et brukerperspektiv (Bjørkvik, 2016; Bryne et al., 2022a; Moe et al., 2022).

Brukermedvirkning kan påvirke pasientfaktorene på en positiv måte. Brukermedvirkning kan gi økt motivasjon, styrket selvbilde og gjør at man som pasient opplever positive følelser. Det gir positive assosiasjoner til tannklinikken og bedre tannhelseatferd. Effekt av forebyggende råd øker når pasienter blir inkludert i samtale rundt

sine egne tannhelsevaner på en slik måte at man som pasient føler seg sett (Bjørkvik, 2016; Bryne et al., 2022a, Moe et al., 2022). Brukermedvirkning er å få bedre informasjon fra behandlere, opplevelsen av at helsepersonell har satt av god tid, tannlegen må ikke ha hastverk. Det at helsepersonell virker travle gjør at man som pasient blir mer passiv i frykt av å være til bry. Brukermedvirkning beskrives og som å bli sett og lyttet til, føle seg forstått, bli tatt på alvor og oppleve støtte til å uttrykke og forklare egne behov. Trygghet i å vite hva som skjer gjør at man opplever å ha kontroll under behandling. Noen beskriver at det å kunne si stopp og være med å bestemme hva som skal skje er en viktig form for brukermedvirkning. Det oppleves også som viktig å legge til rette timeavtaler slik at de lar seg gjennomføre og at man vet hva timeavtale skal inneholde (Bjørkvik, 2016; Bryne et al., 2022a, Moe et al., 2022).

Brukermedvirkning blir vanskeligere å gjennomføre dersom pasient er veldig syk eller har sterke smerter i munnen som gjør at man må ha akuttbehandling. Pasienter beskriver akutt-timer som kaotiske og smertefulle og at dette opprettholder bildet av tannbehandling som spesielt krevende. Artikkelen belyser viktigheten av å komme ut av unngåelsesatferden ved å oppsøke tannbehandling før tilstanden blir akutt (Bryne et al., 2022a).

Brukerperspektivet får og frem systemfaktorer som må til for å tilrettelegge for tannbehandling. Pasienter med psykiske helseplager beskriver at de trenger tid for å mestre tannbehandling. Dersom man da skal tidsdebiterer behandlingen, blir tjenesten dyrere for de med psykiske lidelser som trenger mer tid for å få gjennomført samme oppgave enn for personer som ikke strever med å gå til tannlege. Behandling i TOO blir beskrevet som vellykka fordi man der har mulighet til å sette av nok tid til tilvenning og behandling (Bjørkvik, 2016; Bryne et al., 2022a; Bryne et al., 2022b; Moe et al., 2022)

Behandlerfaktorene, pasientfaktorene og systemfaktorene viser alle til at et tettere samarbeid mellom ansatte i psykisk helse og tannhelse er viktig for å fjerne barrierer for å oppsøke tannhelsehjelp. Dette har behandling i TOO vist. TOO tilbudet blir i evalueringen av

prosjektet beskrevet som et nybrottsarbeid på grunn av at det er et tverrfaglig pasienttilbud til utsatte grupper i samfunnet. Rapporten beskriver at dette pionerarbeidet bør være til inspirasjon for den øvrige helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Pasienter beskriver at det i disse teamene er rom for å streve med kombinasjonen psykiske helseutfordringer og tannhelse (Bjørkvik, 2016; Bryne et al., 2022a, Moe et al., 2022). Pasienter i denne gruppen har ofte sammensatte problemstillinger med flere psykiske lidelser som angst, depresjon og PTSD. Pasientene er en heterogen gruppe, men hva de ønsker av medvirkning, tilrettelegging og informasjon hos tannlegen handler ofte om den samme type tilretteleggingen. Studier viser at pasienter forteller at hadde «vanlige tannleger» hatt samme kunnskap om psykisk helse og tilgjengelig tid hadde man ikke trengt TOO i samme grad (Bryne et al., 2022a; Bryne et al., 2022b).

Mer samhandling mellom tjenester innen psykisk helse og tannhelsetjeneste vil kunne fjerne praktiske barrierer for å oppsøke tannhelsehjelp når man er psykisk syk. Man kan få praktisk støtte til å ta kontakt med tannhelsetjenesten. Det å ha et system som snakker sammen slik at behandlingslinjene er lett tilgjengelig gjør det enklere for pasienter å komme i gang med helsehjelp de trenger. Praktisk hjelp til gjennomføring av en helsehjelp man behøver, kan være med på å få pasienten til å kjenne på mestring av å få gjennomført helsehjelp. De får hjelp til å håndtere angstreaksjoner som oppstår, de får hjelp til å skape relasjon til tannbehandler. Dette er et ressursproblem for ansatte innen psykisk helse, men kanskje kan man tenke at praktisk hjelp til dette formålet kan være en viktig faktor i det å mestre hverdag og sin psykiske helse bedre. (Quintero & Bjørkvik, 2020)

Et mål for helsetjenester er at det skal fokuseres mer på forebyggende tiltak og tiltak på lavest mulig nivå i stedet for å behandle sykdom og skader i etterkant. Artikler i litteraturstudiet viser at man i psykisk helse tenker at man først får ta seg av den psykiske helsen, deretter får pasienter få hjelp til tannhelseutfordringer i etterkant (Kuipers et al., 2022;

Scrine et al., 2018). Med tanke på at nedsatt oral helse kan være med å opprettholde psykisk uhelse vil forebygging av orale helseproblemer ha positiv effekt også på psykisk helse. Slik systemet er bygget opp i dag, klarer man ikke å nå risikogrupper i god nok grad (Bryne et al., 2022b). Lavterskeltilbud som Helsehuset og rask psykisk helse kan ved å snakke om tannhelse, hjelpe brukere til å forebygge tannsykdom, både ved at man kan henvise videre til tannklinikk og man kan snakke om sammenhengen mellom oral helse og psykisk helse.

Begrensninger med oppgaven er at artiklene gir en del av bildet mellom psykisk helse og tannhelse. Flere av artiklene er fra TOO team i Norge, og dette kan påvirke bildet man har av pasienter med psykisk helse i møte med tannhelsetjenesten. En systematisk litteraturstudie vil kunne inkludere flere artikler ved at man ikke avgrenser studiet så mye som det ble gjort i dette studiet. Søkord i database kan påvirke resultatene i litteraturstudie ved at man kanskje går glipp av studier som ikke dukker opp ved de valgte søkeordene.

Fremover bør det forskes mer på tannhelsepersonells kunnskap om psykisk helse og om og hvordan de snakker med pasienter om utfordringene rundt psykiske plager og tannhelse. Er psykisk helse en naturlig del av anamnesen når man går gjennom helseskjema med pasienter. Hvilke barrierer opplever i så fall tannhelsepersonell at det er i møte med pasienter med psykiske lidelser?

Det kan også bli forsket mer på ansatte i psykisk helse sin kjennskap til sammenhengen psykisk helse og munnhelse. Er tannhelse et tema som snakkes om, og i så fall når? Hvilke barrierer opplever ansatte i psykisk helse at det er i forholdt til pasienters tannhelsebehov? Hvilke barrierer opplever ansatte i psykisk helse at det er i forhold til pasienter og tannhelsetjenesten når det gjelder munnhelse?

Konklusjon av litteraturstudie av tannhelse og psykisk helse er at psykisk helse og oral helse påvirkes gjensidig av hverandre. Psykiske helseplager øker risiko for dårlig oral helse og dårlig oral helse kan føre til skam, angst og tilbaketrekking fra sosialt liv. Et bedre

samarbeidet mellom psykisk helse og tannhelse kan hjelpe pasienter med psykiske plager til å motta nødvendig tannbehandling. Ved å se på barrierene på systemnivå kan man jobbe med å gjøre tannhelsetjenesten tilgjengelig når man er i stand til å motta den. Regelverket med gruppetilhørighet i offentlig tannhelsetjeneste henger igjen fra en annen tid der psykisk uhelse ble behandlet på en annen måte enn i dag. Tverrfaglig samarbeid der man tenker forebyggende for pasienter i tidlig kontakt med psykisk helse gjør at man fanger opp pasienter med økt risiko for orale helseplager.

Kommunikasjon mellom pasient og behandler, og mellom de ulike helseinstansene, går igjen i alle perspektivene i oppgaven. Kommunikasjon mellom behandlere og mellom behandler og pasient er en viktig nøkkel til god omsorg. Tannhelsepersonell etterspør kompetanseheving i kommunikasjonsferdigheter, ansatte innen psykisk helse ønsker mer kunnskap om hvordan de skal snakke med pasienter om tannhelsen deres og pasienter ønsker en tryggere og bedre arena for kommunikasjon når de skal motta helsehjelp. Ved å øke kompetanse i kommunikasjonsferdigheter og tverrfaglig kompetanse på sammenhengen mellom psykisk helse og tannhelse blir møte mellom behandler og pasient tryggere for alle involverte.

## Referanser

- Aardal, V., Evensen, K. B., Willumsen, T., & Bull, V. H. (2022). The complexity of dental anxiety and its association with oral health-related quality of life: an exploratory study. *European Journal of Oral Sciences*, pp. 1-8.
- Bjørkvik, J. (2016). Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst. *Den Norske tannlegeforeningens Tidende*, pp. 350-354.
- Bjørkvik, J., Quintero, D. H., Vika, M. E., Nielsen, G. H., & Virtanen, J. I. (2022). Barriers and facilitators for dental care among patients with severe or long-term mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 27-35.
- Blich, C. C., & Aandahl, L. S. (2011). God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Oslo: Helsedirektoratet.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*(3), pp. 77-101.
- brukerrettighetsloven, P. o. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Bryne, E., Hean, S. D., Evensen, K. B., & Bull, V. H. (2022a). Seeing the person before the teeth: A realist evaluation of a dental anxiety service in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, pp. 1-11.
- Bryne, E., Hean, S. D., Evensen, K. B., & Bull, V. H. (2022b). Exploring the contexts, mechanisms and outcomes of a torture, abuse and dental anxiety service in Norway: a realist evaluation. *BMC Health Services Research*, pp. 1-16.
- Bryne, E., Hean, S., Evensen, K., & Bull, V. (2021). More than just a dental practitioner: A realist evaluation of a dental anxiety service in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, pp. 1-12.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid. Retrieved from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Psykisk helse. Retrieved april 2023, from regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/?expand=factbox2962090>
- Helse og omsorgsdepartementet. (n.d.). Sammen om kunnskapsløft for oral helse, Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017 -2027). Helse og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2021). Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi ("TOO-tilbudet") - Rapport fra PwC. Helsedirektoratet.
- Holden, A. C., Neville, P., Gibson, B., & Spallek, H. (2021). Taking responsibility for the tooth: A semiotic and thematic analysis of oral health and disease in the TV show "Embarrassing Bodies". *Health*, 25(6), pp. 739-756.
- Kisely, S. (2016). No Mental Health without Oral Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(5), pp. 277-282.
- Kisely, S., Sawyer, E., Siskind, D., & Lalloo, R. (2016). The oral health of people with anxiety and depressive disorders - a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, pp. 119-132.
- Kuipers, S., Castelein, S., Barf, H., Kronenberg, L., & Boonstra, N. (2022). Risk factors and oral health-related quality of life: A case-control comparison between patients after a first-episode psychosis and people from general population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(29), pp. 430-441.
- Lunde, E. S., & Ramm, J. (2021/23). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. Statistisk sentralbyrå.

- Moe, I. K., Sjurset, T. T., Aarvik, R. S., Tveito, T. H., & Agdal, M. L. (2022, September 13.). Brukarmedverknad i tannhelsetenesta - ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO. *Norske tannlegeforeningens Tidende*, pp. 928-935.
- Popovac, Z. (2020). Skam revidert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8), pp. 593-596.
- Quintero, D. H., & Bjørkvik, J. (2020). Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*, pp. 998-1005.
- Scrine, C., Durey, A., & Slack-Smith, L. (2018). Enhancing oral health for better mental health: Exploring the views of mental health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*(27), pp. 178-186.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2017, July-September). *Clinical Psychology of Oral Health: The Link Between Teeth and Emotions*. SAGE Open, pp. 1-7.
- Tannhelse Rogaland. (2023, april). Prioriterte grupper som har rett på gratis tannhelsetjenester. Retrieved from <https://www.tannhelserogaland.no/tannhelse/pasient/dine-rettigheter/prioriterte-grupper/prioriterte-grupper-nye-attester>
- Tannhelsetjenesteloven. (1984). Lov om tannhelsetjenesten. Retrieved from Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
- Torper, J., Ansteinsson, V., & Lundeby, T. (2019). Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit? *Eur J Dent Educ.*, pp. 220-229.
- Wide, U., Hagman, J., Werner, H., & Hakeberg, M. (2018, October 3.). Can a brief psychological intervention improve oral health behaviour? A randomised controlled trial. *BMC Oral Health*, 18(163), pp. 1-8.
- Wohlin, C., Kalinowski, M., Felizardo, K. R., & Mendes, E. (2022, March 28). Successful combination of database search and snowballing for identification of primary studies in systematic literature studies. *Information and Software Technology*, pp. 1-12.
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030.
- Yuan, S., Freeman, R., Hill, K., Newton, T., & Humphris, G. (2020). Communication, Trust and Dental Anxiety: A Person-Centred Approach for Dental Attendance Behaviours. *Dentistry Journal*, 8(118), pp. 1-11.
- Åstrøm, A. N., Agdal, M. L., & Sulo, G. (2022). Exploring avoidance of dental care due to dental fear and economic burden - A cross-sectional study in a national sample of younger adults in Norway. *International Journal of Dental Hygiene*, ss. 1-10.
- Åstrøm, A. N., Gulcan, F., & Mustafa, M. (2017). Oral helsesrelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge - en representativ befolkningsundersøkelse. *Den Norske Tannlegeforeningens Tidende*, ss. 860-866.



## Vedlegg 1:

*Karakteristika for inkluderte studier*

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Bjørkvik et al (2022)</b> <b>Norge</b>	Barriers and facilitators for dental care among patients with severe or long-term mental illness	Fleksibel kvalitativ design med semistrukturerte intervju og tematisk analyse	Undersøke hvordan pasienter med alvorlige eller langvarige psykiske lidelser opplever sin egen ivaretagelse av oral helse og deres møte med den offentlige tannhelsetjenesten	51 deltakere: gj.snittsalder 42år angstlidelser (70,6%) Stemningslidelser (66,7) Psykose i bipolarlidelse (31,4%) Alvorlige traumeerfaringer (54,9%) Kognitiv funksjonshemming (29,4%) Alvorlig somatisk lidelse/komorbiditet (47,1%)	13 personer synes det å gå til tannlege gikk greit, mer enn halvparten opplyste at de synes det var vanskelig, men at de forsøkte å gjennomføre (57%). De fleste møtte til undersøkelsestimen, men droppet ut av behandling før tannbehandlingsbehov var ferdigstilt. 7 personer unngikk å møte til tannbehandling. Tematisk analyse viste to hovedtema: praktiske tilrettelegginger og relasjon til tannlege. Barrierer og fasilitatorer for gjennomføring var assosiert med pasientfaktorer, tannlegefaktorer og systemfaktorer
<b>Bjørkvik (2016)</b> <b>Norge</b>	Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst	Kvalitativ design med telefonintervju	Undersøke om pasienter etter avsluttet behandling hos TOO team mestret vanlig tannbehandling hos ordinær tannlege og kartlegge erfaringer med overgang fra TOO team til ordinær tannlege.	16 pasienter	Overgang fra TOO team til ordinær tannlege er krevende for mange pasienter. Særlig viktig for pasient er kommunikasjon med tannlegen og opplevelsen av å bli forstått og tatt på alvor. Noen av pasientene har vansker med å uttrykke egne behov og forblir tause selv om de har det vanskelig – i frykt for kritikk eller uro for å skuffe behandler. Viktigheten av å bli gitt mulighet til å verbalisere egne behov

## Vedlegg 1:

*Karakteristika for inkluderte studier*

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Bryne et.al (2022)</b> <b>Norge</b>	Seeing the person before the teeth: A realist evaluation of a dental anxiety service in Norway	Realist evaluation approach, kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervju	Finne årsaker til at behandling i TOO virket	15 deltakere 9 av 15 deltakere hadde andre psykiske lidelser i tillegg til odontofobi	Persontentrert helsehjelp og en holistisk tilnærming til tannhelsehjelp. Positive bedømminger/tilbakemeldinger og at de følte seg sett: Se personen før tennene
<b>Bryne et al (2021)</b> <b>Norge</b>	More than just a dental practitioner: A realist evaluation of a dental anxiety service in Norway	Realist evaluation approach. Kvalitativ metode med dokumentanalyse og semistrukturerte intervju med behandlere	Kartlegge erfaringer til personell i TOO angående det å behandle pasienter med psykiske lidelser og angst for tannbehandling	12 deltakere 7 tannhelsepersonell 6 psykisk helsepersonell	Nok tid og resurser til å utvikle kommunikasjonsegenskaper og tilpasse eksponeringstempo for å lette behandling for personer med psykiske helseplager og angst for tannbehandling
<b>Bryne et.al (2022)</b> <b>Norge</b>	Exploring the contexts, mechanisms and outcomes of a torture, abuse and dental anxiety service in Norway: a realist evaluation	Realist evaluation approach. Kvalitativ metode med dokumentanalyse og intervju.	TOO: Dokumentanalyse og intervju med nøkkelpersoner i utvikling av TOO tilbudet – systemnivå: Hva og eventuelt hvorfor fungerer TOO tilbudet på systemnivå	Studie av 13 «service og policy) dokumenter, og 11 intervjuer med nøkkelpersoner	TOO tilbudet er et hybrid «bottom-up/top-down» tilbud som tilpasser hjelp til individuelle behov. Tjenesten er vederlagsfri og er dermed lettere tilgjengelig for sårbare grupper. Tilbudet når ikke alle i målgruppen. Tjenesten strever med å nå ut til torturoverleverere.

## Vedlegg 1:

*Karakteristika for inkluderte studier*

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Moe et al. (2022)</b> <b>Norge</b>	Brukarmedverknad i tannhelsetjenesta – ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO	Uforskande kvalitativt design med individuelle intervju og tematisk analyse av datamaterialet	Utforske hvordan pasienter i TOO opplevde muligheten for brukarmedvirkning i tannhelsetjenesten og hvordan tannhelsetjenesten kan tilrettelegge for brukarmedvirkning	9 pasienter med bakgrunn fra odontofobi og/eller overgrep	Tannhelsetjenesten trenger økt fokus på brukarmedvirkning God kommunikasjon og forklaringer før og underveis i tannbehandling er med på å forebygge tannbehandlingsangst Pasientene ønsket å oppleve kontroll over tannbehandlingssituasjon og bli hørt og sett av helsepersonellet. De opplevde at det er vanskelig å si ifra til behandler dersom noe er vanskelig. Dersom tannhelsetjenesten hadde lagt bedre tilrette for brukarmedvirkning tidligere kunne det redusert eller hindret behov for behandling i TOO.
<b>Quintero og Bjørkvik (2020)</b> <b>Norge</b>	Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer	Kvalitativ metode, kasuistikk med semistrukturert intervju	Belyse dilemma i møtet mellom tannhelsetjenesten og pasienter som har langvarige psykiske helseutfordringer og vise til mulige løsninger for å kunne gjennomføre en så god behandling som mulig for denne pasientgruppen.	2 kasuistikker: Mann 28 år med langvarige depressive plager og perioder med nedstemthet og selvmordsproblematikk ,  Kvinne 42 år med langvarige angstplager og PTSD pga partnervold	Langvarig psykiske helseutfordringer gir betydelige vansker med å initiere og følge opp tannbehandling og unngåelse av tannbehandling på tross av rettigheter (gratis tannbehandling). Det er en avstand mellom behandlingsbehov og faktisk tilgang til behandling for denne pasientgruppen – mangelfull tilrettelegging for å kunne motta nødvendig tannhelsehjelp Tverrfaglig samarbeid mellom kommune, psykolog og tannhelseteam bidrar til å identifisere barrierer og finne løsninger.

## Vedlegg 1:

**Karakteristika for inkluderte studier**

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Åstrøm et al. (2022)</b> <b>Norge</b>	Exploring avoidance of dental care due to dental fear and economic burden – A cross-sectional study in a national sample of younger adults in Norway	Kvantitativ metode, cross-sectional, spørreskjema med randomisert utvalg	Undersøke prevalensen av unngåelse av tannbehandling på grunn av angst for tannbehandling og økonomiske begrensninger blant unge voksne, og undersøke fordelingen på hvem som benytter seg av tannhelsetjeneste ut fra sosio-atferdsmessige karakteristika	Datainnsamling fra nasjonal spørreundersøkelse unge voksne 25-35 år: 2551 deltakere	14,7 % avbestilte timeavtalen sin på grunn av frykt, 30,5% unngikk å bestille tannbehandlingstid på grunn av frykt, 37,7% unngikk å gå til tannlegen på grunn av kostnader. Unngåelse av tannbehandling var størst blant sosialt sårbare grupper og dette kan tyde på en mangel i tannhelsetjenesten i et land med et velferdssystem som skal ivareta innbyggere på en god måte.
<b>Åstrøm et al. (2017)</b> <b>Norge</b>	Oral helserelevanter livskvalitet blant unge voksne i Norge – en representativ befolkningsundersøkelse	Kvantitativ studie ved bruk av web-baserte spørreskjema utsendt av NORSTAT til et tilfeldig utvalg voksne i alderen 25-35år.	Studien ønsker å finne svar på om andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt øker med økende alder og økende antall tapte tenner fra 25 til 35 år? Studien undersøkte og om det er sosiale forskjeller i oral helserelevanter livskvalitet blant unge voksne og om forskjeller i oral helserelevanter livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn er uavhengig av forskjeller i tannstatus.	2551 personer i alderen 25-35 år	Betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helserelevanter livskvalitet. 51% oppgav at problemer med tenner og tannkjøtt påvirket en eller flere av deres daglige gjøremål. Omfang av redusert oral livskvalitet var størst i den yngste aldersgruppen, blant personer med innvandrerbakgrunn, lav utdanning og lite sosialt nettverk. Når man skal planlegge fremtidens tannhelsetjeneste er det viktig med kunnskap om sosiale forskjeller i unge voksne sin tannhelse og orale helserelevanter livskvalitet.

## Vedlegg 1:

*Karakteristika for inkluderte studier*

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Aardal et al. (2023)</b> <b>Norge</b>	The complexity of dental anxiety and its association with oral health-related quality of life: An exploratory study	Kvantitativ studie med «exploratory study» design ved hjelp av spørreskjemaer samlet inn ved behandling i TOO.	Studien ønsket å utforske faktorer assosiert med OHRQoL blant et uvalg av pasienter med odontofobi.	Spørreskjema fra 107 pasienter i TOO.	Odontofobi, økt alder, lang tid siden forrige tannbehandling og økt grad av generell angst var tydelig assosiert med lavere OHRQoL, sterkest assosiasjon var det mellom generell angst og OHRQoL.
<b>Kisely et al. (2016)</b> <b>Australia</b>	The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis	Systematisk review studie	Finne assosiasjoner mellom vanlige psykiske lidelser og dårlig oral helse. Studien ønsket og å undersøke om det var forskjeller i oral helse mellom personer med odontofobi og andre psykiske lidelser.	26 artikler ble inkludert i studien	Økt fokus på fysisk helse hos personer med angst og depresjon burde ha høyere fokus på oral helse, der tverrfalig samarbeid mellom psykisk helse og tannhelse er viktig. Personer i kontakt med psykisk helse bør bli spurt om oral helse, få hjelp til å ivareta tannhelsen sin og bli henvist til tannbehandling på et tidlig stadie. Ansatte i psykisk helse bør få økt kompetanse på sammenheng mellom tannhelse og psykisk helse.
<b>Kisely (2016)</b> <b>Australia</b>	No mental health without oral health	Litteraturstudie	Diskutere toveis assosiasjon mellom oral helse og psykisk helse		Økt bevissthet mellom sammenheng mellom psykisk sykdom og oral helse innen psykisk helsevern. Tidlig intervensjon for å hjelpe pasienter med å ivareta god tannhelse, inkludert tidlig henvisning til tannbehandling.

## Vedlegg 1:

**Karakteristika for inkluderte studier**

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Kuipers et al. (2022)</b> <b>Nederland</b>	Risk factors and oral health-related quality of life: A case-control comparison between patients after a first-episode psychosis and people from general population	Case-control studie med multivariable linear regression analysis og estimering av prevalens av påvirkning av OHRQoL med 1:2 ratio på case/kontroll gruppene.	Hensikt med studiet var å sammenligne oral helserisikofaktorer og OHRQoL i pasienter med førstegangs psykotisk lidelse med personer generell befolkning	130 personer mellom 18 og 35 år med førstegangspsykose kunne være med, 49 ønsket ikke å delta – dermed ble 81 personer inkludert. Kontrollgruppen 166 personer: Matchet med forsøksgruppen med tanke på alder, kjønn og utdanningsnivå.	14,8% av pasienter med psykotisk lidelse sammenlignet med 1,8% i normalbefolkningen, hadde negativ påvirkning på OHRQoL. Pasienter med førstegangs psykose har en større risiko for å ha en lav OHRQoL sammenlignet med generell befolkning, noe som viser viktigheten av tettere samarbeid mellom psykisk helse og tannhelse med hensikt å drive forebyggende behandling for å ivareta eller forbedre OHRQoL
<b>Scrine et al. (2018)</b> <b>Australia</b>	Enhancing oral health for better mental health: Exploring the views of mental health professionals	Kvalitativ studie eksplorerende studie ved bruk av intervju	Studien ønsket å utforske hva ansatte i psykisk helse tenkte om sammenhengen mellom psykiske lidelser og tannhelseutfordringer	9 ansatte i psykisk helsevern: 1 psykolog 4 sosialarbeidere 3 psykiatrisk sykepleiere 1 ergoterapeut	Studien belyser behovet for en mer tverrfaglig tilnærming for å ivareta oral helse hos personer med psykiske helseplager
<b>Settineri et al. (2017)</b> <b>Italia</b>	Clinical psychology of oral health: The link between teeth and emotions	Kvantitativ studie med spørreskjema	Undersøke sammenhengen mellom emosjoner og OHRQoL ut fra ulike aldersgrupper (ung voksen, voksen, eldre)	229 pasienter i privat tannhelsetjeneste jevnt fordelt i aldersgrupperinger: 18-30år 31-50 år 51-83 år	Ulike koblinger mellom OHRQoL og emosjoner i ulike aldersgrupper. Dimensjoner av oral helse var ikke kun koblet til konstruktene angst og depresjon, men og aggresjon, utmattelse og forvirring. Jo høyere grad av emosjonell psykopatologi, dess værre var OHRQoL.

## Vedlegg 1:

*Karakteristika for inkluderte studier*

Studie	Tittel	Design/metode	Hensikt med studie	Deltakere	Resultat
<b>Wide et al. (2018)</b> <b>Sverige</b>	Can a brief psychological intervention improve oral health behaviour? A randomised controlled trial	Randomisert kontrollert studie	Eksperiment for å undersøke om kortvarig psykologisk behandling, ACT: «acceptanse and commitment therapy) hadde påvirkning på unge voksnes orale hygieneatferd	18-25 år Inndelt i to grupper: 67 personer fikk ACT behandling Kontrollgruppe 68 personer: vanlig informasjon hos tannlege	Ved start var gruppene like i oral hygieneatferd. Signifikant bedring i variabler innen oral hygieneatferd i eksperimentgruppen. Også noe bedring i kontrollgruppen. (ikke kontrollert langtidseffekt)
<b>Yuan et al. (2020)</b> <b>England</b>	Communication, Trust and dental anxiety: A person-centred approach for dental attendance behaviours	Kvantitativ undersøkelse med spørreskjema	Undersøke og teste en forklaringsmodell for å predikere oppmøteatferd hos tannlege ut fra personsentrerte og sosioøkonomiske faktorer	11 172 deltakere	Skam forbundet med angst for tannbehandling Dårlig kommunikasjon og manglende tillit mellom tannlege og pasient – økt skam hos pasient og dermed økt angst for tannbehandling – større risiko for å ikke møte til tannbehandling.