



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG-0-1-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	24-04-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	29-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 HELS-OPPG 1 O-1 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	501
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	32002
---------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Ruslidelser og oral helse

Substance abuse disorders and oral health

Mona Taslima Vee

Klinisk helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse-og sosialvitenskap

Frode Skorpen og Vibeke Hervik Bull

29.05.2023

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunnen for denne studien er spørsmålet om hvordan det er for rusmisbrukere å leve med nedsatt oral helse, og hvordan dette påvirker verdigheten. Studien er basert på et omsorgsvitenskaplig perspektiv og interessen er respondentenes opplevelse av oral helse og verdighet.

Hensikt: Hensikten er økt kunnskap om rusmisbrukeres orale helse og deres opplevelse av verdighet. Videre er hensikten å kunne si noe om hvordan tannhelsepersonell kan bidra til å forstå og fremme opplevelsen av verdighet til denne gruppen.

Metode: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, med et kvalitativt forskingsdesign med individuelle dybdeintervju. Det ble ferdigstilt seks intervjuer med personer som hadde brukt rusmidler i mer enn fem år. Personene ble rekruttert fra lavterskeltilbud i tre ulike kommuner.

Resultatet: Det fremkommer i studien at respondentene opplever manglende omsorg og anerkjennelse fra mennesker i helsevesenet på grunn av dårlig oral helse og rusmisbruk. Dette påvirker selvfølelsen og påfører deltakerne skyld og skam. De opplever at verdigheten blir truet og de kjenner på avmakt og håpløshet. Dette fører til et liv i lidelse og nedverdiggende opplevelser.

Konklusjon: I studien kommer det fram at oral helse fører til stigma og skam for deltakerne. De opplever at verdigheten blir tatt fra dem på grunn av at de ikke har velfungerende tenner. Det kommer fram at hvordan tannhelsepersonell møter denne gruppen har mye å si for deres opplevelse av å bli sett og tatt på alvor. God og nødvendig tannbehandling kan være med å bidra til et mer verdig liv for rusmisbrukere.

Nøkkelord: Nedsatt oral helse, rusmisbruk, omsorgsvitenskap, verdighet, omsorg, helse, opplevelser, hermeneutisk-fenomenologisk metode.

Abstract

Background: The background of this study is the question how it feels for drug users to live with poor oral health, and how it effects the experience of dignity. The origin of the study is focused on understanding the experiences of drug users in relation to their oral health and dignity, from the perspective of caring science and the interest is the drug users experience of oral health and dignity.

Purpose: The purpose of this study is to shed light on the challenges drug users face with their oral health and their experience of dignity, and further more how dental health workers can contribute to understand and promote dignity among this group.

Method: This study has a phenomenological-hermeneutic approach, a qualitative research design with individual semi-structured in-depth interviews. Six participants were interviewed as a part of this study, who had been using drugs for over five years. The participants were recruit from low-threshold offer in three different commune.

Result: In this study it is understood that the participants experience lack of caring and recognition from dental health workers due to poor oral health and drug abuse. This effects self-esteem and inflict guilt and shame. They feel that their dignity is threatened and they feel powerlessness and lack of hope. This leads to a life in suffering and impaired life quality.

Conclusion: The study shows that when you have poor oral health this will lead to disgrace and shame on the participants. The experience that they lose their dignity because they don't have well-functioning teeth. The study shows that how dental health workers meet and treat this group is linked to their experience of being seen and taken for real. Good and necessary treatment can contribute to a better life with higher dignity and life quality.

Keywords: Impaired oral health, drug abuse, caring science, dignity, care, health, experience, hermeneutic-phenomenological method

Forord

Å komme til veis ende i masterstudie i klinisk helse og omsorgsvitenskap har vært en gledelig reise. Jeg har tilegnet meg nyttig kunnskap og erfaring som jeg kan bruke videre som fagperson og menneske. Prosessen har ført til en større forståelse og økt bevissthet om mitt etiske ansvar ovenfor de mennesker som jeg behandler. Jeg er svært takknemlig som har fått muligheten til å utfordre og utvikle meg selv.

Jeg vil takke alle lærerne i masterteamet for undervisningen og for all tålmodighet gjennom hele studiet. Det har vært en bratt læringskurve, men med et så dyktig team rundt meg har det fortonet seg positivt. Tusen takk til mine tre veiledere, Kari Marie Thorkildsen, Frode Skorpen og Vibeke Hervik Bull for deres innspill og veiledning som har ført til at jeg har skrevet en masteroppgave jeg er stolt av. Uten Frode og Vibekes varme engasjement hadde jeg ikke kommet i havn med oppgaven.

Tusen takk til mine medstudenter som har vært med å hjulpet meg med sin gode omsorg og forståelse. De har vært med på å gi meg motivasjon til å fortsette å jobbe videre selv når det har gått trått. En stor takk også til de ansatte ved HVL sitt bibliotek for uvurderlig hjelp.

Tusen takk til mine respondenter som har stilt opp i denne studien, uten dere hadde det ikke vært mulig å skrive oppgaven. Jeg er ydmyk for at det finnes mennesker som ønsker å bidra selv om temaet er sårt og vanskelig. Jeg retter også en stor takk til lederne for lavterskeltilbudene som har vært med å støtte opp om oppgaven og lagt til rette for å møte informantene. Jeg vil takke mine venner som har vært med på å heie meg frem gjennom hele studiet. Jeg har fått støtte, oppmuntring og forståelse på veien frem mot målet. En ekstra stor takk til Eirik, Elisabeth, Anne-Kjersti og Tina. Dere har bidratt med kunnskap og nyttige refleksjoner, og også gitt meg tro på prosjektet. Tusen takk til Kjersti og Live for korrekturlesning av oppgaven. Takk til mine arbeidsgivere som har tilpasset min arbeidstid slik at jeg kunne gjennomføre og skrive masteroppgaven. Tilslutt vil jeg takke min snille og forståelsesfulle familie som har støttet meg underveis. De har gitt meg anledning til å jobbe med studier, og vist meg kjærlighet og forståelse gjennom hele prosessen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	ii
Abstract	iii
Forord	iv
1. Introduksjon.....	1
1.1. Bakgrunn for forskningstema og fokusområde	1
1.2 Oppgavens hensikt og relevans.....	3
1.3 Problemstilling og begrepsavklaring	5
1.4 Oppgavens oppbygging	6
2. Teori.....	7
2.1 Forankring i klinisk omsorgsvitenskap	7
2.2 Helse og omsorgsetikk	8
2.3 Omsorgsvitenskap og praksis.....	9
2.4 Helse	9
2.4.1 Helse sett fra livsverdensperspektivet	10
2.4.2 Helse og lidende	11
2.4.3 Den ontologiske helsemodell.....	12
2.4.4 Livskvalitet og helse	13
2.5 Verdighet.....	14
2.6 Verdighet og skam	15
3. Tidligere forskning.....	16
3.1 Omsorgsvitenskaplig forskning	17
3.2 Annen relevant forskning.....	20
4. Metodologi og vitenskapsteoretisk grunnlag	24
4.1 Hermeneutikk og fenomenologi	26
4.2 Den hermeneutiske sirkel eller spiral	28
4.3 Forforståelse	29
4.4 Intervjuguide.....	30

4.5 Utvalg.....	31
4.6 Datasamling	32
4.7 Gjennomføring av intervju.....	33
4.8. Transkribering	33
4.9 Metode for analyse	34
4.9.1 Meningsbærende enheter	36
4.9.2 Kondensering.....	37
4.9.3 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper	38
4.9.4 Validering	38
4.9.5 Forskningsetiske og juridiske aspekt	39
4.9.6 Fare for ulempe	41
5.Resultater/ Funn	42
5.1 Munnhelsen hos respondentene	45
5.2 Opplevelsen av egen verdighet.....	46
5.3 Skam	48
6. Drøfting.....	51
6.1 Munnhelse hos respondentene	51
6.2 Opplevelsen av egen verdighet.....	52
6.3 Skam	62
6.4 Metodiske betraktninger	67
6.5 Pålitelighet og gyldighet	69
7. Konklusjon	72
7.1 Anbefalinger for praksis.....	72
7.2 Videre forskning	73
Referanser	74
Vedlegg 1	I
Vedlegg 2 Intervjuguide ruslidelser og oral helse.....	II
Vedlegg 3 Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet	III
Vedlegg 4	VII

Informasjon om prosjektet ruslidelser og oral helse	VII
Vedlegg 5	VIII
Vedlegg 6	IX
Vurdering av behandling av personopplysninger	IX

1. Introduksjon

Denne studien ser på betydningen av hvordan rusmisbrukere opplever å leve med nedsatt oral helse, og om dette påvirker deres egen oppfatning av verdighet. Dette er en masteroppgave i klinisk helse og omsorgsvitenskap. Masteroppgaven er skrevet som en monografi.

1.1. Bakgrunn for forskningstema og fokusområde

Å leve med dårlig oral helse kan ha innvirkning på våre grunnleggende behov som matinntak, gi smerter og ha betydning for sosiale sammenheng (Karlsen et al., 2017). Å ha velfungerende tenner og et fint smil kan være avgjørende for et godt liv og for den generelle helsen. Individuer med redusert tannhelse opplever ofte smerter og sosial stigmatisering i samfunnet. Dette er særlig alvorlig for rusmisbrukere fordi de allerede er i en sårbar livssituasjon og dårlig tannhelse blir en tilleggsbelastning. Å ha et rusproblem fører til at tannhelsen blir nedprioritert. Rusmisbrukere har manglende munnhygiene og dårlig kosthold. (American addiction centers, 2020). I studien, «Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengighet ført til forventet effekt»? undersøkte man effekten av gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige i Sør-Rogaland. Resultatet av studien viste at gratis tannbehandling for denne pasientgruppen kan ha vært et viktig skritt mot sosial inkludering og bedre livskvalitet. Dette var gjeldende hos mennesker som hadde takket ja til rehabilitering eller andre tiltak for sine rusmiddelproblemer (Helvig et al., 2017). Ordet rehabilitering brukes i ulike sammenhenger, men den egentlige betydningen er å «gjeninnsette i verdighet» (Lie, 1996).

Jeg har valgt dette teamet på grunn av min kliniske erfaring som tannpleier og har sett hvordan rusmisbrukere sliter med sin orale helse. Rusmisbrukere er en gruppe i samfunnet som ofte blir oversett og stigmatisert. Jeg har erfaring både fra offentlig og privat sektor. Tannpleieren sine arbeidsoppgaver er å undersøke og behandle pasientens tenner og tannkjøtt. Vi skal også kommunisere og gi nødvendig opplæring i munnstell slik at pasienten skal kunne ta bedre ansvar for sin egen tannhelse. Tannpleiere skal motivere, støtte og følge opp pasienter, det er sentralt for yrkesgruppen. Å behandle denne pasientgruppen er svært krevende. Årsaken til det er blant annet deres livsførsel og livssituasjon. Rusmisbrukere sliter både psykisk og

fysisk med helsen, og tennene blir fort nedprioritert når man bruker rusmidler. De blir ofte utstøtt i samfunnet på grunn av manglende forståelse og oppfølging av hjelpeapparatet. Gruppen har stort behandlingsbehov, og bare det å møte til tannbehandling er utfordrende for en rusmisbruker. Dessuten sliter flere rusmisbrukere med angst som ofte er en følge av langvarig rusmisbruk.

For å kunne utøve god omsorg er det viktig å kjenne til sentrale begrep innenfor omsorgsvitenskapen som helse, lidelse, verdighet og omsorg. Dette er begreper som blir introdusert i dette masterstudiet. Klinisk omsorgsvitenskap som akademisk disiplin er et emne hvor empiri og praksis hører sammen, og den er ren humanvitenskaplig. Ethos, som refererer til den underliggende etikken i den akademiske disiplinen finner vi sentralt i midten. Jeg har særlig reflektert over begrepet verdighet etter at jeg startet på Master i klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Verdighet er for de fleste et kjent begrep, men det har vært lærerikt å kunne få en dypere forståelse for hva begrepet står for ettersom det er sentralt i vårt menneskesyn.

Rusmisbrukere er en av de svakeste gruppene i samfunnet, og for meg har det vært verdifullt å få utvidet min kunnskap om hvordan jeg kan ivareta denne pasientgruppen på en bedre måte i et omsorgsvitenskaplig perspektiv. I omsorgsvitenskapen er målet å lindre lidelse, fremme heleprosesser, og å forene kunnskap med praksis. Håpet er å kunne bidra med ny kunnskap innenfor dette feltet, da det kan være nyttig for tannhelsepersonell og annet helsepersonell som behandler rusmisbrukere. Ny kunnskap kan forhåpentligvis føre til en endring i hvordan rusmisbrukere oppfatter å bli møtt av tannhelsepersonell. Det har vært gjort begrenset forskning på hvordan oral helse påvirker verdigheten hos personer med rusproblemer. På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven belyse hvordan oral helse påvirker følelsen av verdighet hos rusmisbrukere ved bruk av kvalitative dybdeintervjuer.

Det er fylkeskommunene som har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Stortinget vedtok i 2001 å gjennomføre en forsøksordning med tilbud om offentlig finansierte tannhelsetjenester til personer i rusmiddelomsorgen. Erfaringer fra forsøksordningen slo fast at rusmiddelmissbrukere har dårlig tannhelse og et stort

behov for behandling (Edland-Gryt, 2010, s. 9). Den offentlige tannhelsetjenesten yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter loven om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven, 1984). De gruppene som har lovpålagt rett til vederlagsfri hjelp er blant annet barn og unge under atten år, personer med hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmende, grupper av eldre og langtidssyke, og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Innenfor den offentlige tannhelsetjenesten er gruppene delt inn fra a-e (Tannhelsetjenesteloven, 1984). Dersom ressursene som er tildelt tjenesten ikke kan gi et tilstrekkelig tilbud til alle gruppene, skal tannhelsetjenesten prioritere fra gruppe a og nedover. Det skal også prioriteres forebyggende tiltak foran behandling. Stortinget vedtok i 2005 tilbud om tannbehandling for personer med rusproblemer som er innlagt på institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Videre ble tilbudet utvidet i 2006 til å inkludere personer med rusmiddelmissbruk som mottar tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3 i sosialtjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det skjedde en opptrappingsplan av tilbudet for rusmisbrukere i 2008 og personer som benyttet seg av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble også innlemmet i tilbudet dersom de har vedtak i rusomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Likevel kan det være utfordrende å tilby tilstrekkelig tannbehandling til personer med rusproblemer, da de ofte sliter med å ivareta sin egen generelle helse eller tannhelse, på grunn av dårlig økonomi, manglende fast bopel og begrenset evne til å ta ansvar for seg selv. Studien «Tannhelse og oral helse relatert livskvalitet hos et utvalg rusmiddelmissbrukere i Norge» (Karlsen et al., 2017), peker på at det selv om det finnes et bedre tilbud for rusmisbrukere i dag er det fortsatt vanskelig å få gjennomført god nok behandling for denne gruppen. Det etterlyses også at tannhelsetjenesten og rusomsorgen samarbeider tettere om å få planlagt, og gjennomført behandling for denne pasientgruppen.

1.2 Oppgavens hensikt og relevans

Hensikten med oppgaven er økt kunnskap om rusmisbrukeres orale helse, og deres opplevelse av verdighet. Videre hvordan tannhelsepersonell kan bidra til å forstå og fremme opplevelsen av verdighet til denne gruppen. Tidligere forskning viser at det ikke finnes mange studier hvor verdighet er direkte knyttet opp mot oral helse. Det er

ønskelig å få frem rusmisbrukeres perspektiver på sin orale helse og møte med tannhelsepersonell.

I Norge var det det i 2012 omkring 7000 personer med rusmiddelavhengighet som oppholdt seg i statlig finansierte helseinstitusjoner, omtrent like mange var under legemiddelassistert behandling (LAR). I tillegg var det et ukjent antall individer registrert i kommunal rusomsorg (Karlsen et al., 2017). En norsk studie fra 2017 viste at mange rusmiddelmissbrukere har høy forekomst av orale problemer med mye hull i tennene, festetap og tanntap (Karlsen et al., 2017). Som tidligere nevnt, har rusmiddelmissbrukere fått tilbud om gratis nødvendig tannbehandling administrert av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) siden 2005. Tilbudet gis også til personer som oppholder seg i statlige finansierte helseinstitusjoner, i kommunal rusomsorg og personer under LAR (Karlsen et al., 2017). Rusmiddelavhengige med kommunale tiltak eller LAR får også gratis nødvendig behandling i mange av fylkeskommunene (Edland-Gryt, 2010, s. 9). Dette er et viktig tilbud fordi god oral helse har stor betydning for blant annet tryggefunksjon, og derfor evne til å ta til seg næring. Kunnskapen om tannhelse blant rusmisbrukere er liten, og munnhelsen blir ofte neglisjert, noe som gir store konsekvenser (Helvig et al., 2017).

I studien, «Similarities and differences in victimization risk factors for nonoffending and offending substance users» (Skjærvø et al., 2018) viste resultatet at rusmisbrukere som hadde blitt behandlet nedverdiggende hadde større sjanse for å bli lovbrøyttere. Studien viste at det å bli møtt med verdighet og respekt kunne bidra til å forhindre nedsatt mental helse og ustabile levekår (Skjærvø et al., 2018). Oppgaven er derfor viktig med tanke på å løfte frem denne gruppen, og sette søkelys på hvor mye velfungerende tenner har å si for å leve et godt og verdig liv. Det finnes en del forskning som peker på hvor mye tannhelsen har å si for vår fysiske helse, og dårlig tannhelse er dessuten forbundet med økt forekomst av blant annet hjerte-karsykdom, diabetes, luftveisinfeksjoner og kreft (Høifødt et al., 2018). Det er også gjort flere studier som viser at tannhelsen henger sammen med livskvalitet. Oral helserelatert livskvalitet er et begrep som brukes for å definere hvordan den enkelte opplever sin egen tannstatus (Åstrøm & Berg, 2011, s. 219-230). I artikkelen «Påvirker tannstatus livskvaliteten», er begrepet oral helserelatert livskvalitet ikke et presist

begrep, men det skilles her mellom subjektiv opplevelse av tannsykdom, oral helse og oral helserelatert livskvalitet (Åstrøm & Berg, 2011, s. 219-230).

1.3 Problemstilling og begrepsavklaring

Problemstilling for denne masteroppgaven er:

-Hvordan opplever pasienter med rusproblemer å leve med nedsatt oral helse, og hvordan påvirker dette verdigheten deres?

Denne oppgaven ser på de erfaringer personer med rusbrukslidelser har i forhold til sin egen tannhelse, og om dette påvirker egen oppfatning av verdighet. Ifølge Verdens Helseorganisasjon er helse definert som noe mer enn bare fravær av sykdomsdiagnose (Åstrøm & Berg, 2011, s. 219-230). Man kan oppleve dårlig tannhelse selv om det er fravær av sykdom. Det er usikkert hva mennesker mener når de vurderer sin egen orale helse, men funn tyder på at god oral helse og også oral helserelatert livskvalitet henger sammen med ulike faktorer. Disse er blant annet tilstedeværelse/ fravær av sykdom, funksjonstap, emosjonell ubalanse og også regelmessig besøk hos tannhelsetjenesten samt bruk av tannbørste og tanntråd (Åstrøm & Berg, 2011, s. 219-230). Helsebegrepet er i denne studien knyttet til oral helse, og verdighetsbegrepet blir diskutert i denne sammenhengen. Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) er oral helse avgjørende for å opprettholde god generell helse: «Oral helse er essensielt for generell helse og å være frisk og påvirker i stor grad livskvaliteten». Det innebærer å være fri for smerter i munn og ansikt, kreft i munnhule og svelg, orale sår, medfødte defekter som for eksempel leppe-kjeve-ganespalte, periodontal sykdom, karies, tanntap, og andre sykdommer og tilstander som påvirker munnhule og svelg ved å begrense individets evne til å bite, tygge, smile, snakke og dets psykososiale velvære. Risikofaktorer for orale sykdommer er de samme i alle aldre og inkluderer hyppig inntak av sukkerholdig kosthold, røyking, overforbruk av alkohol, og mangel på oral hygiene og fluor» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Begrepet rusbrukslidelser refererer til en rekke problemer og sykdommer som kan oppstå som følge av skadelig bruk, eller avhengighet av rusmidler. Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske og psykiske helseskader i en definert tidsperiode (Skogen et al.,

2014). «Verdighet kan ofte beskrives som en subjektiv opplevelse av å føle seg verdsatt, med en bekreftelse på ens egenverdi og en respektfull anerkjennelse av ens identitet og livsmål». I et omsorgsvitenskaplig perspektiv innebærer verdighet at alle mennesker innehar et menneskeverd som skal vernes og synliggjøres (Edlund et al., 2013). Skam kan forstås som en type skade som er forenelig med mange sterke opplevelser. Skam har sammenheng med følelser som utløses i en person som ikke lever opp til normen i den kulturen de er en del av (Wiklund Gustin, 2019, s. 234). «Skam er en opplevelse av egen uverdighet. Skammens onde sirkel er at det er skammelig å vise frem sin skam, skammen for skammen. Den som opplever angst eller sorg, kan oppleve omgivelses medfølelse og omsorg. Den skamfulle forventer forakt. Det er den dype skammens «byrde» (Skårderud, 2001, s. 40). Wiklund Gustin sier at på et eksistensielt nivå kan skam oppfattes som en svekkelse av den mellommenneskelige forbindelsen, der mennesker ikke føler seg sett og hørt av andre. Man blir stående utenfor felleskapet og trusselen mot verdigheten blir en realitet. Når man ikke føler seg verdig vil man ikke kunne gå på den mellommenneskelige broen. Da vil det lidende mennesket forsøke å beskytte seg selv mot følelsen av å bli avvist. Dette blir uttrykt ved at man får sosialt tilbaketrekking, unnvikelser og skylder på seg selv (Wiklund Gustin, 2014, s. 237). Man opplever utenforskap og man klarer ikke å være seg selv i møte med andre.

1.4 Oppgavens oppbygging

I oppgavens innledning presenteres bakgrunn for valg av tema og fokusområde. Videre problemstilling og begrepsavklaring. I kapittel 2 vil den teoretiske referanserammen bli beskrevet, med fokus på omsorgsvitenskaplig teori og relevant litteratur. Kapittel 3 vil presentere tidligere forskning og omsorgsforskning. I kapittel 4 vil vi gi en redegjørelse for studien, metoder inkludert forskingsdesign, anvendelse av fenomenologisk-hermeneutisk metode, utførelse av studien, og analyse av dataene. I kapittel 5 beskrives funn og resultat. Kapittel 6 diskuteres funn opp mot omsorgsvitenskapelig teori, tidligere forskning og relevant litteratur. Kapittel 7 inneholder avslutning og studiens relevans for praksis. Til slutt i kapittel 7 blir veien videre med tanke på videre forskning tatt opp.

2. Teori

Det teoretiske ståstedet i denne studien er forankret i det omsorgsvitenskaplige perspektivet, med hovedfokus på Katie Eriksson sin teori om «caritativ omsorg», og begrepene «helse» og «verdighet». Omsorgsvitenskapen tar sikte på å lindre lidelse og fremme helseprosesser i mennesket. Kapittelet forklarer viktige begrep innenfor grunnlagstenkningen og det filosofiske perspektivet sett fra mellom annet Hans Georg Gadamer, og Knut E Løgstrup sin etiske filosofi.

2.1 Forankring i klinisk omsorgsvitenskap

Klinisk omsorgsvitenskap er en ren autonom vitenskapelig disiplin, og den kjennetegnes av at den består av en struktur og et emne bygget på en hermeneutisk tradisjon. Disiplinen har et klart artikulert ontologi, ethos og epistemologi som er forankret i vitenskapsteori ifølge Katie Eriksson. Den består av teori og begrep som er rettet mot pasienten (Eriksson, 2012). Vi sier den er ren humanvitenskaplig, og den skal lindre lidelse og fremme helse (Asp & Fagerberg, 2012, s. 66). Katie Eriksson er en av flere teoretikere som har vært med å utvikle omsorgsvitenskapen slik den står i dag. Teorien hennes bygger på en karitativ omsorgsteori. Caritas er et latinsk ord som betyr kjærlighet og barmhjertighet. Caritas hviler på tanken om at vi skal gjøre det gode mot den andre, og gi omsorg som fremmer menneskets verdighet og lindrer lidelse (Arman et al., 2015, s. 22). Ethos er etikken som ligger til grunn for omsorgen og den lener seg på caritas, som er kjærlighetstanken og nestekjærlighet. Vi skal tjene den andre og handle med hjertet, hodet, og hånden innenfor pleien, og da vil man få en omsorg som når frem til pasienten og som øker velbefinnende og helsen i mennesket (Eriksson, 2012, s. 38).

Begrepet ontologi vil si det som ikke er menneskeskapt eller det som finnes verden. Ordet stammer fra gresk og betyr læren om det som er, on og logos (Bergbom, 2012, s. 49). Ontologi er livsbekreftende fenomener slik de fremstår for oss, og det kan være seg for eksempel lidelse, glede eller sorg. Ontologisk evidens i omsorgen handler om å utvikle begrep som kan være med på å gjengi dype strukturer og vesensegenskaper i omsorgen (Eriksson, 2012, s. 35). Når vi forstår kjernen i selve begrepet som blir kallet for et grunnbegrep, vil det få en substans og et innhold, og

denne indre teorikjerne former den kliniske og systematiske omsorgsvitenskapen, sier Eriksson (2012, s 35-36). Klinisk evidens gir oss endring i opplevelsen, og dette fører til forbedring i pasientens helseprosesser. Formålet for omsorgen er at den skal sette i gang rørelse mellom pleier og pasient som gjør godt og fremmer helse (Rehnsfeldt & Arman, 2020, s. 19). For å kunne forstå omsorgsvitenskapen er det derfor viktig å kjenne til de ulike grunnbegrep og kjernebegrep. Epistemologi er et annet begrep og brukes i kunnskapsutvikling og i vitenskapsteori, og kalles også for erkjennelsesteori. Epistemologi uttrykkes gjennom hermeneutisk metodologi, og ifølge Eriksson ligger ethos i midten, og danner grunnlaget for de spørsmålene som stilles innenfor omsorgsvitenskapen (Katie Eriksson, i Rehnsfeldt & Arman, 2020, s.12). Hensikten er å kunne oppnå forståelse for omsorgens vesen eller kjerne, og da kan vi bidra til omsorg som lindrer lidelse i mennesket (Rehnsfeldt & Arman, 2020, s. 13).

2.2 Helse og omsorgsetikk

Lidelse er et ontologisk begrep, og det er viktig for helsepersonell å vite hva som er en omsorgsfull holdning. Kjenner vi til hva lidelse er kan vi bidra til å lindre menneskets lidelse. Lidelsen utgjør en stor del av det menneskelige livet, og den er meningsløs, håpløs, ond, og krenker menneskets verdighet, men ved å gjennomleve lidelsen kan mennesket finne håp og mening ifølge Eriksson (1995, s. 15-37). Mennesker som lider befinner seg i ulike stadier med varierende og individuelle ønsker og behov. Disse ulike stadiene er: den avstengte lidelsen, vendepunkt, lidelsens kamp, og forsoning. Lidelse kan opptre i forskjellige fasonger, men det handler om å bli fratatt sin verdighet i både subjektiv og objektiv mening (Eriksson & Randers-Pehrson, 1995, s. 39). For helsepersonell er det viktig å møte mennesker som lider med omsorgsfulle handlinger slik mennesket kan komme seg videre i lidelsens kamp og utvikle seg. Kjærlighetshandlinger må gis til den lidende, om og om igjen. Omsorgskunst innebærer å gi nærhet og distanse i den mengden som den lidende trenger, og tillate at den lidende styrer dette (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 88). Ved å bekrefte lidelsen til pasienten vil man kunne gi de muligheten til at ny livsforståelse vokser frem. Man skaper fornyet livsforståelse ved å gi «det lille ekstra» og være et medmenneske. Man må ikke la den lidende mennesket føle seg ensom og

forlatt, men være en som støtter når han skal ut på den vanskelige veien mot nytt livsforståelseslys.

2.3 Omsorgsvitenskap og praksis

Den kliniske omsorgsvitenskapen regnes ikke som en praktisk disiplin, men gjennom det å lære seg teori og deretter å utføre det man lærer i praksis kan man si at teori og praksis henger sammen (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 15). Den praktiske kunnskapen kommer til syne gjennom omsorgshandlingen, og den baserer seg på både forforståelse og refleksjoner. Vi handler etter hvordan vi forstår omsorgens fundament, og derfor har teorien betydning for praksis. Vi kan si at det blir en vekselvirkning mellom den kliniske og teoretiske omsorgen (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 15). Ifølge den tyske filosofen Hans Georg Gadamer, er praksisbegrepet et begrep som har opphav i en hermeneutisk tradisjon. Praksis er bærer av både kjerne og grunnbegrep, og den indre tilegnelsen vår forutsetter at vi har en omsorgskultur som verner om grunnverdien sier Gadamer (Eriksson, 2012). Vi vil kunne forstå pasientens behov på et dypere plan dersom vi implementerer teorien inn mot praksis. Ethosbegrepet fungerer som en bro mellom grunn, kjerne og praksisbegrep. Når vi tilfører ethos i praksis vil det resultere i at vi tar ansvar, og verner om menneskets verdighet. Når vi handler utfra det som er best for pasienten formidler vi en caritativ omsorg, og den skjer uavhengig av tid og rom (Eriksson, 2012).

2.4 Helse

Helsebegrepets språklige betydelse er helhet, det å være hellig (Wärnå-Furu, 2012, s. 200). Ifølge Eriksson (1994, s. 67) er helse helhet, og integrerer kropp, sjel og ånd. Innenfor omsorgsvitenskapen er helsen knyttet til livet og den livssituasjon man befinner seg i. Helsen blir påvirket av hvilke helsevalg man tar, og helsen uttrykkes gjennom følelser, holdninger og prestasjoner (Wärnå-Furu, 2012). En vanlig definisjon på helse er at det er en tilstand hvor en person opplever velvære og trivsel, og at man er i stand til å gjennomføre store og små prosjekt. Helse inkluderer både biologiske og eksistensielle aspekt (Arman et al., 2015). Helse er en viktig ressurs som påvirker alle mennesker, og helse er en ressurs ved at man kontrollerer og mestrer sitt eget liv (Wärnå-Furu, 2012). Ifølge Wärnå-Furu (2012) kan helse beskrives som en opplevelse av sunnhet, friskhet og velvære. Helse er en ressurs som bidrar til at vi kan mestre vår egen livssituasjon. God helse gir oss mulighet til å

utføre daglige aktiviteter, jobbe og delta i samfunnet på en effektiv måte, og oppleve livet på en meningsfull måte. Oral helse er en del av den generelle helsen ("Defining oral health," 2017). World Dental Federation sier at tannhelse er en fundamental del av helse og psykisk velvære (Glick et al., 2017). Får vi nedsatt helse vil dette igjen påvirke livskvaliteten vår. Helse og livskvalitet er ikke det samme, men livskvalitet handler i stor grad om hvordan livet oppleves av den enkelte. Livskvalitet kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god – selv under sykdom og på tross av ulike helseplager og utfordringer (Helsedirektoratet, 27.08.2018). Dette gjelder også i stor grad for rusmisbrukere. Det er derfor naturlig å bruke både helsebegrepet og livskvalitet i denne oppgaven.

2.4.1 Helse sett fra livsverdensperspektivet

Innenfor omsorgsvitenskapen er helse et sentralt fenomen og begrep. Opplevelsen av god, nedsatt eller dårlig helse oppleves individuelt for hvert enkelt menneske (Arman et al., 2015, s. 28). Dahlberg og Segesten har utviklet en teori for hvordan man kan beskrive helse innenfor livsverdensperspektivet. Livsverden innebærer et «hvordan», hvordan vi forstår oss selv eller forforståelsen av hverdagen. Den handler om hvordan vi selv forholder oss til «verden». Livsverdensperspektivet er også individuelt (Dahlberg & Segesten, 2010, i (Arman et al., 2015, s. 19). Teorien sier at det er eksistensielle og biologiske aspekter som former helsen. Vi har arvet gener som er konstante gjennom livet. Men det eksistensielle perspektivet kan åpne opp for en form for frihet, at mennesket selv kan være med å påvirke sitt eget liv. Livskraft, livslyst og livsmot påvirker helsen vår. Disse faktorene kan bidra til å øke vår mentale styrke, og hjelpe oss med å håndtere utfordringer og stress som kan påvirke helsen negativt. Det er i midlertidig viktig å huske på at helse også omfatter andre faktorer, inkludert det fysiske, sosiale, miljømessige og økonomiske miljøet vi lever i. For å opprettholde god helse er det viktig å ta vare på alle disse faktorene. Mennesket søker etter en sammenheng og søker mening. Dette flettes sammen med opplevelser av helse, lidende og sykdom (Arman et al., 2015, s. 37). Livskraft er den eksistensielle vitaliteten som er sentral for opplevelse av helse. Livslyst handler om lysten til å leve og vår opplevelse av helse. Livsmot er motet vi får av å oppleve motgang i livet (Arman et al., 2015, s. 32). Helse er også livsrytme. Livsrytme i livet betyr at mennesker er i balanse. Når vi ikke er i balanse føler vi oss ikke bra. Rørelse og stillhet må inngå i livsrytmen. Innenfor omsorgen er vår oppgave å støtte og hjelpe

pasienten i å gjenvinne sin livsrytme, og ta ansvar for de livsprosesser som svikter når man blir syk. Gadamer mener at helse er en rytmisk erfaring, og han sier at vi ikke er oppmerksom på helsen dersom vi ikke føler oss syke eller dårlige. Han sier at når helsen fungerer glemmer vi oss selv fordi har fokus på vår eksistens (Arman et al., 2015, s. 29).

2.4.2 Helse og lidende

Helse er et ontologisk begrep og handler om det enkelte mennesket sin forståelse og virkelighet. Helse og lidelse er også to begrep som henger sammen. Katie Eriksson (1994, s. 64) peker på at kjærlighet og lidelse er det dypeste i mennesket og som er det mest grunnleggende i liv og helseprosesser. Vi kan ha helse tross sykdom og lidelse uten sykdom. Det blir sagt at man ikke kan sette pris på helse dersom man ikke har opplevd lidelse (Eriksson et al., 2006, s. 56). Eriksson hevder at det er en direkte relasjon mellom helse og lidelse (Wärnå-Furu, 2012, s. 201). Lidelse er noe naturlig i menneskets liv, det er et omsorgsvitenskaplig kjernebegrep. Å leve innebærer blant annet å lide, og lidelse er en kamp mellom det gode og det onde. Lidelse har ikke et eget språk, og «hva» lidelse er kan man ikke besvare på en korrekt måte, men i praksis vil det si å ha smerter, angst, og sykdom (Eriksson, 1994, s. 20). Siden omsorgsvitenskapens øverste oppgave er å lindre lidelse og gi omsorg, er det viktig å kjenne til ulike teorier om lidelsens forløp. I neste avsnitt beskrives Katies Erikssons lidelsesteori og Arne Rehnsfeldt sammen med Maria Arman sitt syn på lidelse. Når et menneske lider føler det seg krenket og tatt fra sin verdighet, ifølge Katie Eriksson (2006, s. 2). Man kan anta at når mennesker lider oppstår det et forløp eller drama som deles inn i ulike akter. Det oppstår først en utholdelig lidelse som fortøner seg taust for mennesket. Etter en stund blir mennesket i stand til å tåle lidelsen og bekrefte den. Eriksson (2006, s. 47), sier at mennesket har behov for å lide for å kunne utvikle tro og håp for et bedre liv. Mennesket forstår etterhvert at det å være i en lidelse tar tid, og klarer å erkjenne det over for seg selv. Til slutt forsoner mennesket seg, og i denne fasen utvikler mennesket en evne til å avpasse og gjenvinne en balanse i eget liv. I den siste fasen endrer lidelsen seg til helhet og helse, og man får et lysere livssyn (Eriksson et al., 2006, s. 46).

Arman og Rehnsfeldt (2006, s. 51), sier at det finnes et tilbakevendende mønster i lidelsens forløp som man må kjenne til: Først oppstår det et livsforståelseslemørke hvor

mennesket har en uutholdelig lidelse og er i fornektelse. Ordet livsforståelseslemørke betyr ifølge Rehnsfeldt at mennesket lider så mye at det ikke lengre er i stand til å forstå helheten i sitt eget liv, og det eksistensielle uttrykket kommer til syne gjennom dyp lidelse i mennesket (Arman et al., 2015, s. 53). I neste fase oppstår det et vendepunkt for mennesket, et veiskille i lidelsen. Dette skjer fordi mennesket i denne perioden får en egen innsikt i lidelsen sin, og også kontakt med personer som kan gi det lindring og omsorg. I fase tre oppstår det en kamp i lidelsen, og her veksler det mellom motstridene følelser. Dette viser seg gjennom følelser som for eksempel håpløshet og nytt håp for fremtiden, trøst og trøstløshet eller tristhet og glede. Når mennesket får omsorg og bekreftelse på grunn av disse følelsene, oppstår det en ny mening med livet, og det kan begynne å se fremover. I den siste fasen forsoner man seg, og det oppstår et nytt lys og en ny mening med livet, ifølge Arman & Rehnsfeldt (2015, s. 51). Disse rørelsene mellom å fornekte, få innsikt, kamp og lindring fører til en sammenslutning med helsen eller en helsebevegelse (Arman et al., 2015, s. 57).

2.4.3 Den ontologiske helsemodell

Den ontologiske helsemodell synliggjør helsens dypere dimensjon og meningen med selve livet (Wärnå-Furu, 2012, s. 203). Påstanden i denne modellen sier at helsen er delt inn i fire stadier, og at det er en rørelse mellom disse stadiene. Den første påstanden er at helsens ontologi er den virkelige helsen vår. Videre sier modellen at dersom livet savner en mening har ikke helsen noe å si for hvordan vi har det. Mennesket kan ikke bli motivert for å endre helsen sin dersom de ikke finner mening med selv livet. Den tredje påstanden sier at helse og lidelse henger sammen og er en del av det å være mennesket. En utålelig lidelse fører til at mennesket blir forhindret i å utvikle seg og man slutter å «vokse». Den fjerde og siste påstanden sier at det er en rørelse mellom disse nivåene, og at mennesket beveger seg mellom de ulike nivåene. Denne helsefølelsen eller forflytningen fører til at mennesket kan vokse og få et mer rikt og verdig liv (Wärnå-Furu, 2012, s. 204).

2.4.4 Livskvalitet og helse

Den norske psykologen Siri Næss har utviklet en definisjonen av begrepet livskvalitet der hun sier: «En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede» (Rustøen, 2001, s. 17).

Verdens helseorganisasjon har kartlagt menneskers opplevelse av livskvalitet. Man har funnet at livskvalitet er et subjektivt begrep og at det finnes ulike betraktninger i vurdering av begrepet. Verdens helseorganisasjon peker på at livskvalitet tar utgangspunkt i hvordan man føler seg fysisk, psykisk og åndelig (Rustøen, 2001, s. 21). Ferrans og Powers (Ferrans 1990), definerer livskvalitet som følelser om tilfredshet eller utilfredshet. Her er definisjonen delt inn i fire ulike områder. Disse er helse og fysisk fungering, et psykologisk/ åndelig område, et sosioøkonomisk område og et familieområde (Rustøen, 2001, s. 22).

Livskvalitet blir ofte relatert til helse fordi begge begrepene betyr den subjektive opplevelse i å føle seg tilfredsstillt og ha det bra i hverdagen (Wärnå-Furu, 2012, s. 202). Den offisielle helsedefinisjon fra WHO (World health organization) lyder: «Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Denne definisjonen understreker at helse ikke bare handler om fravær av sykdom eller fysisk skade, men at det er en tilstand av helhetlig velvære som inkluderer vår fysiske, mentale og sosiale helse. Det betyr at god helse handler om å ha balanse og harmoni mellom disse tre aspektene av vår velvære. Selv om livskvalitet og helse er to begrep med mange fellestrekk, brukes ordet livskvalitet i en videre forstand enn helse. Helse er assosiert med det biologiske i mennesket, mens livskvalitet er mer forbundet med den subjektiv opplevelsen (Rustøen, 2001, s. 26). Eriksson foretar en todeling når hun snakker om helsebegrepet som en subjektiv opplevelse. Hun deler den inn i velstand og velbehag. Velstand er det å ha jobb, et sosialt nettverk og bolig. Velbehag er den subjektive opplevelsen som for eksempel ønske, håp, vilje og glede (Rustøen, 2001, s. 25).

Siden helse og livskvalitet er to begrep som henger sammen er det likevel viktig å være klar over at dette er to adskilte fenomen, men at hvilken helse vi har påvirker vår livskvalitet, og at livskvalitet varierer i løpet av et liv. Vi får en høyere livskvalitet

når vi trives og er i et positivt miljø. Mennesker har behov for selvrealisering og å være i felleskap med andre mennesker. Er mennesket i slike omgivelser vil det være mer beskyttet for å oppleve stress og psykisk sykdom, og kan få en bedre helse (Rustøen, 2001, s. 29).

2.5 Verdighet

Verdighet er et bærende begrep innenfor omsorgsvitenskapen, og å kjenne til begrepet bidrar til en karitativ omsorg som verner om menneskets verdighet. Verdighet handler om retten til forme sitt eget liv, og på det ontologiske planet snakker vi om absolutt verdighet. Absolutt verdighet kan ikke forandres, og er et ontologisk begrep (Edlund, 2012, s. 354). Verdighet koblet til menneskeverdet har ifølge Wilson, Kieser og Haddock, tilknytning til den kristne humanismen. Verdighet ses på som noe som er gitt alle mennesker, og tilfører det en følelse av verdi og mening. Vi har et ansvar for at et annet menneske skal ha det bra, og verdighet er knyttet til det å være menneske. Når vi gir noen omsorg og forståelse bekreftes også den enkeltes verdighet, men også vår egen fordi man har en plikt i å hjelpe. Det er et ansvar som mennesket har iboende i seg, sier den danske filosofen og psykologen Søren Kirkegaard (Edlund, 2012). Kommer vi i en sårbar livssituasjon preget av sykdom oppstår det fortvilelse og sorg. Dette fører igjen til at man blir mer avhengige av andre rundt oss som kan gi oss håp for å mestre livet vårt bedre (Hofmann, 2014, s. 154). Den iboende verdigheten er en kvalitet som hvert menneske har, uavhengig av deres bakgrunn, status eller livssituasjon. Denne verdigheten er en grunnleggende rettighet som følger av at vi er mennesker, og den kan ikke tas bort eller forringes av noen. Begrepet om den iboende verdigheten stammer fra menneskerettighetene, og er en sentral verdi i mange kulturer og samfunn. Den innebærer at alle mennesker har en egen verdi og likeverd, og at de fortjener respekt og verdighet i alle livets faser. Alle mennesker har egenverd og likeverd, i kraft av å være menneske (Edlund, 2002). Verdigheten er ukrenkelig og uforanderlig (Wiklund Gustin, 2019). Faktorer som kan fremme vår verdighet er å føle at vi har en plass i fellesskapet, og at vi blir sett. Andre faktorer som fremmer verdighet er å få respekt, og oppleve selvbestemmelse. Vi er skapt med en verdighet, og vi kan oppleve å miste vår verdighet når vi er syke (Arman et al., 2015, s. 181). Når helsen svikter blir opplevelsen at vi ikke er verdt noe for andre mennesker. Skam og skyld er derfor

fenomener som oppstår når vi ikke lengre føler at vi kan ta ansvar for vårt eget liv (Edlund, 2012, s. 366). Vi mennesker er gjensidig avhengig av hverandre, og omsorgsvitenskapen tar sikte på å fremme omsorg og kjærlighet til vår neste.

2.6 Verdighet og skam

Etikk innenfor filosofi er læren om moral, og som vurderer hva som er godt og hva som er rett. Navnet stammer fra gresk ethos, og Eriksson (Katie Eriksson, i Arman et al., 2015, s. 104), sier at etikk angår hvordan vi handler fra hjertet og at omsorg inneholder tanker om barmhjertighet og godhet. Aristoteles sa at etikken er en erfaringsbasert vitenskap som skal fastslå hva som er det gode for mennesket, og hvordan man bør behandle andre for å oppnå godhet. Etikk og moral er ikke bare noe vi har, det blir også utviklet etterhvert som vi praktiserer som omsorgsgivere. Menneskets verdighet er det grunnleggende i pleien, og i møte med pasienter skal vår etikk og moral komme til syne i vår profesjon (Arman et al., 2015, s. 104).

Krenkelse av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse (Eriksson, 1994, s. 87). Krenking av verdigheten kan skje på mikro-, meso- og makronivå. Faktorer som hemmer og krenker verdigheten kan være å opptre uhøflig, snakke nedlatende eller å overse pasienten. Når en person opplever at verdigheten blir krenket oppstår det en følelse av skam og skyld. Man vil i en slik situasjon ikke kjenne seg hel, og man frarøves muligheten til å være menneske, ifølge Katie Eriksson (1994, s. 80). Blir skammen sittende fast i sjelen kan det oppleves som om det ikke finnes noe mening eller sammenheng i livet. Man kan miste helsepotensialet sitt når man blir krenket. Følelser som forvirring og uro blir uttalt, og kan også føre til at håpet forsvinner (Malm, 2012, s. 148). I denne prosessen lider mennesket. Dersom mennesket får sin verdighet bekreftet gjennom å få lindret sin lidelse, vil verdigheten vernes sier Eriksson (1995, s. 88). Gjør vi det motsatte vil vi påføre pasienten mer skyld og skam.

Den danske filosofen Knud Ejler Løgstrup som var opptatt av det etiske krav, eller det han kalte den tause fordring, sa at «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (Lid, 2006). Med dette mente han at mennesket er avhengig av hverandre, eller

interdependent. Løgstrup kaller grunnleggende fenomener som for eksempel tillit, ærlighet og barmhjertighet for spontane livsytringer, og han var tydelig på at vi må ta vare på vår neste ved å bekrefte og vise vilje til handling (Arman et al., 2015, s. 114). Løgstrup sier at i møte med et annet menneske finnes det tillit. I denne situasjonen forventes det at man får omsorg og ikke blir avvist. Avvisning i omsorgsmøter fører til mistillit og krenkelse av vår verdighet, sier Løgstrup. Dette fordi vi er i en sårbar situasjon (Løgstrup, i Arman et al., 2015, s. 115).

3. Tidligere forskning

Dette kapitlet tar for seg tidligere og relevant forskning knyttet til masteroppgavens problemstilling. Først vil omsorgsvitenskaplig forskning bli presentert, etterfulgt av annen forskning som er relevant for oppgaven. En hovedoppfatning som fremkommer er at det finnes betydelig forskning på rusmisbruk og dets effekter, men det er gjort lite forskning på oppgavens problemstilling. Det er gjort systematiske søk i databasene Chinahl, Ovid Medline, PubMed, Svea Med, og Google Scholar. Jeg startet med søkeordene dignity, oral health, abuse disorder og suffering. Etterpå kombinerte jeg ulike søkeord, og det dukket opp et par relevante artikler. Ved bruk av søkeordene «substance use» og «abuse disorder» i kombinasjon med «dignity» og «oral health», var det en artikkel i Medline Ovid som er aktuell.

Artikkelen, "Physical healthcare needs: oral hygiene in the mental health setting" (Bloomfield & Pegram, 2012, s. 32-38), er en dobbel blind anmeldelse med fokus på hvilken betydning oral helse har for pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer underlagt helsevesenet. Sykepleiere må vite hvordan oral helse spiller inn på livskvalitet, selvtillit og verdighet. De skal inneha kunnskap om munnhulen og hvordan man oppdager hull, samtidig som de skal kjenne til hvilke faktorer som fremmer god tannhelse. De skal videre ta en vurdering av de orale forholdene til pasientene, og gi opplæring i munnstell til helsepersonell som behandler psykisk syke pasienter. Personer som bruker opiater og metadon får lavere spyttsekresjon og dermed flere hull. I tillegg kan metadon være blandet med sukkerholdig sirup som gir mer bakteriebelegg på tennene, og dette gir tannråte. De har nedsatt evne til å kommunisere og er ute av stand til å kunne møte til tannbehandling. Dette fører til tann smerter og andre orale problemer for denne pasientgruppen (Chalmers & Pearson, 2005).

Røyking, alkohol og ulike typer medikamenter er risikofaktorer for munntørret, som igjen kan føre til mer karies (hull i tennene). Personer som har nedsatt mental helse har generelt også dårligere oral helse enn normalbefolkningen, og har dermed et større behov for tannhelsetjenester (Persson et al., 2009). Disse personene er spesielt sårbare, i og med at de har nedsatt funksjonsevne og ofte bruker ulike medikamenter som påvirker tannhelsen negativt. De har også ofte et mangelfullt og dårlig kosthold. Har man en frisk og sunn munnhelse opprettholdes tygge- og drikkefunksjon, og man kan være sosial uten at man føler seg ubekvem. Oral helse kan også innvirke på livstruende tilstander som for eksempel hjerte-kar sykdom (de Oliveira et al., 2010). Artikkelen påpeker at dersom sykepleiere får mer opplæring og utvidet kunnskap om viktigheten ved godt munnstell, vil dette motivere pasientene til å ta vare på egne tenner. Dette vil fremme verdighet og selvfølelse hos den enkelte pasient (Bloomfield & Pegram, 2012).

3.1 Omsorgsvitenskaplig forskning

Artikkelen «A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations» (Priebe et al., 2018), peker på hvor viktig omsorgsmøtene er når vi behandler pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. Behandler vi pasientene med omsorg og respekt vil de føle seg mer trygge og kunne ta mer ansvar for egen helse (Priebe et al., 2018). Føler pasienten seg trygg vil de åpne opp om sine lidelser, og kunne bli møtt med forståelse og respekt. Slike samtaler mellom pasient og behandler bidrar til recovery, sier Priebe, Wiklund, Gustin, og Fredriksson (2018). Lidelsene pasientene opplever blir lindret gjennom kommunikasjon, og de får gjenopprettet selvtillit og verdighet.

Innenfor omsorgsvitenskaplig teori er kjernebegrep som etikk, verdighet, lidelse, helse og omsorg de meste sentrale, og det er derfor naturlig å ta med litteratur om omsorgsfulle møter i oppgaven. Hvordan tannhelsepersonell møter og ivaretar rusmisbrukeren er derfor en viktig faktor for at rusmisbrukere skal bli akseptert i samfunnet og behandlet med verdighet. Gjennom samtaler med respondentene vil de muligens dele sine erfaringer i møte med tannhelsetjenesten og derfor blir teori om omsorgsmøter inkludert i denne oppgaven.

Artiklene “Existential aspects of living with addiction – Part I: Meeting challenges” (2008b) og “Existential aspects of living with addiction – part II: Caring Needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings» (2008a) skrevet av Lena Wiklund, er forskning som tar for seg eksistensielle aspekter hos personer med rusavhengighet og hvilke utfordringer de møter på. De eksistensielle nivåene en rusavhengig person opplever kan bli betraktet som det å kjempe etter å møte, og å løse problemer forbundet til åndelighet. Lidelsen som oppstår fører til disse utfordringene. Problemene som må møtes overfor mennesker med en rusavhengighet er blant annet mening-meningsløshet, tilknytning-ensomhet. Videre er det liv-død, ansvar-skyld, kontroll-kaos. Personene i den første artikkelen beskriver et liv hvor de opplever skam og nedverdiggende opplevelser. Konklusjonen er at det ikke bare er avhengighet som er utfordringen, men også hvordan de skal takle å leve med rusproblemer. Det er viktig at rusbrukere blir behandlet med respekt og verdighet, ellers risikerer man å påføre dem mer lidelse (Wiklund, 2008b).

Artikkelen “The core of love when caring for patients suffering from addiction” (Thorkildsen et al., 2015), handler om sykepleieres erfaringer fra en avrusningspost. Målet i studien var å oppnå en bredere forståelse for sentrum i kjærlighet når man pleier og behandler mennesker som er rusavhengige. Rusavhengighet er et alvorlig helseproblem og disse personene går igjennom ulike følelser som kaos, ensomhet, skyld, skam og stigma. Sykepleieren har en avgjørende rolle i å behandle rusavhengige med respekt og verdighet. Dersom pasient og pleier åpner seg for hverandre kan dette legge til rette for en mer helende prosess. Forskerne i artikkelen fant at det sentrale i kjærlighet er i fire ulike dimensjoner: En drivkraft som er styrt av kjærligheten inni oss selv, å søke mennesket bak rusavhengighet, tro på den indre styrken i mennesket, og kjærlighet som en bevegelse av å gi og motta (Thorkildsen et al., 2015).

Artikkelen “It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders”, er en studie av Solberg og Nåden (2020). Det er gjennomført dybdeintervju med seks personer som mottar ulike tjenester i forbindelse med deltagelse i et behandlingsprogram for blant annet heroinavhengighet. Målet med studien er å finne ut hvordan pasientene erfarer verdighet, hva som kan bidra til opplevelsen av verdighet, og hva som er hinderet for

opplevelsen av verdighet. Studien avdekker tre hovedfunn: Verdighet har en materiell verdi. Dette funnet fører til at mangel på verdighet henger sammen med nedsatt levestandard, og at økonomi spiller inn for opplevelsen av verdighet. Videre handler det om å bli møtt med anseelse. Det er viktig at pasientene blir møtt med en anerkjennende holdning og på en slik måte at man opplever å ha verdi. Når man behandler mennesker med ruslidelser med forståelse og respekt, kan verdighet for den enkelte forsterkes (Solberg & Nåden, 2020).

Artikkelen «Existential aspects of living with addiction» (Wiklund, 2008b) tar for seg hvordan mennesker opplever å leve med avhengighet og hvordan helsepersonell skal møte dem på en god måte. Å leve med avhengighet gir store utfordringer spirituelt og på eksistensielt nivå. Personene i studien opplevde håpløshet, ensomhet, skam og kaos. For å kunne møte personer med ruslidelser på en god måte, er det derfor viktig å motivere og gi dem styrke til å takle sin avhengighet (Wiklund, 2008b). Tilsvarende er det også viktig at tannhelsepersonell møter rusmisbrukere på en god måte for å minimere følelsen av skyld og skam.

Artikkelen «Hope, dignity, and oral health for women in recovery» (Drentea et al., 2020), tar for seg hvordan kvinner opplevde skam og skyld når de smilte med tannråte og manglende tenner etter langvarig rusmisbruk. De kjente på en dårlig selvfølelse og stigma i møte med andre. Stigma forbundet med dårlig munnhelse kan være traumatisk, og ha langvarige konsekvenser for folks selvoppfattelse og sosial relasjoner, selv lenge etter at de har sluttet med narkotika (Drentea et al., 2020). Når disse kvinnene mottok helsetjenester for sine orale problemer, fikk de nytt håp for fremtiden og ny styrke. De turte å være sosiale igjen og dekket ikke munnen med hånden når de pratet. Dette viser hvor viktig tannpleie er for disse pasientene. Når tennene ble behandlet fikk de ny selvtillit og følelsen av handlefrihet, i stedet for å bli sett utelukkende på som «narkotikamisbrukere». Det gav dem tilbake verdigheten som menneske (Drentea et al., 2020).

3.2 Annen relevant forskning

Når det ble gjort søk etter litteratur som omhandlet den orale helsen til rusmisbrukere, ble det funnet flere studier som forklarer årsaken til at personer med rusproblemer har nedsatt oral helse. Tannhelseatferd er et begrep som forklarer faktorene som har betydning for tannhelsen (Robinson et al., 2005, s. 219-224). Rusmisbrukere har blant annet lav sosial status, dårlig økonomi og mangel på tilgang av tannbørste og tannkrem. De bruker ulike typer rusmidler og har også generelt dårlig oppfølging av egen tannhelse. Disse faktorene utgjør det man kan kalle tannhelsefaktorer, ifølge Robinson et.al. I en metaanalyse gjort av Yazdanian et.al., i 2020 var målet å undersøke hvordan de ulike typene rusmidler påvirker tannhelsen negativt hos rusmisbrukere (Yazdanian et al., 2020). Studien viste at ulovlige rusmidler gir ulike typer skader på tennene og i munnhulen. Cannabis forårsaker høyere risiko for utvikling av tannkjøttproblemer. De som brukte metamfetamin hadde veldig høy risiko for å utvikle alvorlig grad av karies grunnet høye inntak av sukkerholdig mat, og også dårlig munnhygiene grunnet dårlig livsførsel (Yazdanian et al., 2020). Metamfetamin gir brukeren munntørrehet som gir høy grad av karies siden saliva (spytt) er med på å rense, beskytte og smøre munnhulen (Løkken & Birkeland, 2005). De som brukte heroin og crack hadde større risiko for å utvikle alvorlig grad av tannløsning sykdom enn ikke-brukere. Studien konkluderte med at det var viktig å komme tidlig i gang med rett type behandling, og at man skulle fokusere på hvilket type rusmiddel som ble brukt slik at det ble iverksatt raske og nødvendige tiltak (Yazdanian et al., 2020).

Studien «Tannhelse og oral helserelatert livskvalitet hos et utvalg av rusmisbrukere i Norge» (Karlsen et al., 2017), utforsket hvordan tannhelsen og oral helserelatert livskvalitet påvirker rusmisbrukere som mottar gratis tannbehandling. Studien involverte pasienter som var i behandling for rusmiddelmissbruk ved en klinikk i Oslo, og som mottok gratis tannbehandling. Forskerne undersøkte pasientenes tannhelse, tannsykdommer og orale symptomer, samt oral helserelatert livskvalitet. Litt over femti prosent var misfornøyde eller lite fornøyde med utseende på egne tenner. Litt over tjue prosent oppgav at helsen var dårlig. Det ble oppgitt at den oral helserelaterte livskvaliteten var lav. Ubehag ved spising, sjenanse og usikkerhet ble oppgitt som plager av de som deltok i studien. Nesten alle rusmiddelmissbrukere

svarte at tilbudet om gratis tannbehandling hadde stor betydning. Resultatet av undersøkelsen avdekket at ruspasientene var fornøyde med gratis behandlingstilbud, men at tannhelsen påvirket livskvaliteten negativt.

Studien "Tannhelse og rusmiddelbruk: en kvalitativ undersøkelse av rusmiddelbrukeres erfaringer med tannhelse i England" (Robinson et al., 2005) undersøkte hvordan rusmiddelbruk påvirker generell helse og tannstatus blant et utvalg rusmisbrukere i England. Studien brukte en kvalitativ metode, med fokusgruppeintervjuer og semistrukturerte intervjuer. Deltakerne i studien beskrev mange endringer i livet som følge av rusmisbruket, inkludert psykiske og fysiske endringer, nedsatt helsetilstand og problemer med tannhelsen. De fortalte også om manglende kunnskap om tannhelse og mangel på tilgang til tannbehandling. Deltakerne påpekte også at de følte seg stigmatisert i samfunnet på grunn av tannproblemer og manglende tenner, og at dette påvirket deres sosiale liv og selvbilde. Studien viste at rusmiddelbruk kan ha negative konsekvenser for tannhelsen og generell helse. Deltakernes opplevelse av stigmatisering og manglende kunnskap om tannhelse peker på behovet for økt oppmerksomhet på tannhelse blant rusmisbrukere. Resultatene understreker viktigheten av å tilby tannbehandling og oppfølging for rusmisbrukere som en del av en helhetlig tilnærming til behandling og rehabilitering.

Studien "Tannhelse og tannhelsevaner blant heroinavhengige i Oslo" (Vanberg et al., 2016) undersøkte tannstatus, tannhelsevaner og egen oppfatning av tannhelse blant 60 heroinavhengige personer i Oslo. Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse på to lavterskeltilbud i Oslo. Resultatene viste at heroinmisbruk har negative konsekvenser for tannhelsen. Mange av deltakerne hadde flere manglende tenner, hull i tennene og tannkjøttsykdommer. Deltakerne oppga også at de hadde dårlige tannhelsevaner, som sjelden eller aldri pusset tennene, og sjelden oppsøkte tannlege. Styrken ved studien er at den er utført i et aktivt rusmiljø der man fikk tak i mange deltagere. Det kom også tydelig frem at dårlig tannstatus virket stigmatiserende, og rehabilitering av tennene er viktig for å kunne fungere i samfunnet.

Studien «The Perceptions of Homeless People in Stockholm Concerning Oral Health and Consequences of Dental Treatment: A Qualitative study» (Palma & Nordenram, 2005) undersøkte hvordan oppfattelsen av egen oral helse og prioritering av tannbehandling hos hjemløse i Sverige var. Det ble foretatt intervjuer med hjemløse personer som fortalte at egen oral helse ble nedprioritert når de ruset seg. De gikk kun til tannlege for akutt tannbehandling. Studien konkluderte med at når de fikk rehabilitering ble også den orale helsen bedre, og det gav dem et mer verdig liv og bedre generell helse (Palma & Nordenram, 2005).

Studien «Oral health-related quality of life in adults 35-47 years of age in Norway» (Dahl et al., 2012), undersøkte sammenhengen mellom livskvalitet og oral helse blant voksne personer mellom 35 og 47 år i Norge. Studien var kvantitativ og ble gjennomført som en spørreundersøkelse blant 249 personer. Personene i studien oppgav bl.a. at de hadde fysiske og psykiske smerter som følge av nedsatt oral helse. De med dårlig tannhelse oppsøkte også sjelden tannlegen. Resultatet viser at det er tydelig sammenheng mellom livskvalitet og oral helse.

Studien «Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige ført til forventet effekt» (Helvig et al., 2017), undersøker effekten av gratis tannbehandling for rusmiddelavhengige i Sør-Rogaland. Tilbudet var for personer som hadde vært under rehabilitering i minimum tre måneder. Studien ble utført av en tannlege som også utførte den kliniske behandlingen av pasientene. Det totale antall pasienter inkludert i denne studien var 592. Gjennomsnittsalder var 38 år. Suksessrate ble beregnet som andelen pasienter som gjennomførte en behandling. Halvparten av de som deltok fikk fullført behandlingen i løpet av ett år. Resten av pasientene var avhengig av mer tid for å få fullført sin behandling. For rundt 10 % av deltagerne kunne en observere videre tannlegebesøk i opptil fire nye år. Studien konkluderer med at gratis tannbehandling kan ha vært et viktig skritt mot sosial inkludering og bedre livskvalitet hos mennesker som har takket ja til rehabilitering eller andre tiltak for sine rusmiddelproblemer (Helvig et al., 2017).

Studien «Tann smerter hos brukere av psykoaktive stoffer ved CAPS AD i Vitória, VilaVelha og Serra», ES, Brasil har som mål å bestemme forekomsten av tannsmerte og dens assosiasjoner hos brukere av psykoaktive stoffer (Lorencini et al., 2019). Det var 280

deltakere i denne tværrstudien. I Brasil er det store ulike sosiale forskjeller, og en stor andel av befolkningen har ikke tilgang på tannhelsetjenester. Det psykoaktive stoffet crack er mest utbredt blant misbrukere i Brasil, og det er dette stoffet som har mest negativ innvirkning på den generelle helsen. En stor andel av deltakerne oppgav at de hadde hatt tannsmertes de siste seks månedene. Dette blir også bekreftet av litteraturen i USA der man fant at metamfetaminmisbrukere har 3,5 ganger større sannsynlighet for å få tannverk. Resultatet av denne studien viste at det var nær seksti prosent som oppgav at de hadde redusert livskvalitet forårsaket av tannsmertes (Lorencini et al., 2019).

Artikkelen «Ikke glem tennene» (Høifødt et al., 2018) beskriver store forskjeller i tannhelsen hos mennesker med rusavhengighet og psykiske lidelser. En undersøkelse gjort av Haugbo og medarbeidere i 2006 avdekket at forekomsten av hull, og manglende tenner var høy i denne gruppen i forhold til resten av befolkningen. Nesten halvparten av pasientene oppga sterk odontofobi tidlig i behandlingsforløpet, og de gikk ikke jevnlig til tannlege. Det er viktig å ta tannhelsen på alvor siden den er en viktig del av den fysiske helsen, og dårlig tannhelse er relatert til økt forekomst av diabetes, kreft, luftveissykdommer og hjerte-karsykdommer. Mulige årsaker til at tannhelsen er nedsatt hos denne gruppen er sammensatte. Dårlig kosthold, alkohol, røyking og rusmiddelmissbruk er noen faktorer. Andre er dårlig munnhygiene og svekket spyttproduksjon grunnet medikamenter. Tannbehandling er også kostbart, og lav inntekt, manglende betalingsevne og begrenset tilgang til tannhelsetjenester kan være bidragende årsaker til at gruppen har nedsatt oral helse. Det finnes tiltak som kan forebygge og hjelpe risikogrupper. Det er nødvendig med kartlegging av tannhelsen hos pasienter som legges inn i psykisk helsevern og rusinstitusjoner. Man må gi pasientene oppfølging og legge til rette for tannlegebesøk. Det finnes økonomiske støtteordninger for tannbehandling til pasienter som oppholder seg i institusjon mer enn tre måneder eller mottar hjemmesykepleie ukentlig over minst tre måneder. Dårlig tannhelse har vesentlig betydning for påvirkningen av selvbildet, og livskvaliteten må ikke undervurderes (Høifødt et al., 2018).

En annen studie fra Brasil 2015, undersøkte også egen oppfattelse av generell og oral helse på menn over 18 år som var inne på rehabilitering for sine rusproblem (Espósito Santos et al., 2015). Metoden i studien var semi -strukturerte spørreskjema som omhandlet sosial status, tilgang til tannbehandling, og relasjon til

tannlegen. Deltakerne i studien oppgav ulike typer problemer med generell helse som depresjon, søvnløshet og hodepine. Tannhelsen var nedsatt med utilfredsstillende forhold i munnhulen. Deltakerne oppgav ulike orale problemer som hull i tennene, tannløsning, munntørrehet, tann smerter og vanskeligheter med oral hygiene. Studien konkluderte med at de under 30 år hadde oppfattelse av at den generelle helsen ikke plaget dem like mye som nedsatt oral helse. Dette viser hvor mye den orale helsen blir påvirket av ulike rusmidler (Espósito Santos et al., 2015).

4. Metodologi og vitenskapsteoretisk grunnlag

I det følgende kapittelet vil jeg beskrive det vitenskapsteoretiske grunnlaget jeg har brukt som grunnlaget for tilnærmingen i studien. Malterud (2017, s. 15) sier at forståelsen av vitenskapelighet ikke er forbundet med en bestemt forskningsmetode, men det er hvordan denne kunnskapen hentes inn og håndteres som avgjør om dette holder vitenskapelig. Det bør foreligge en avklaring av vitenskapsfilosofi når man velger forskningsmetode ifølge Thornquist (2018). Å velge metode og design for forskning er avhengig av de spørsmålene man ønsker å få svar på. Spørsmålene som stilles i forskning er av epistemologisk og ontologisk art, som betyr utvikling av kunnskap og hvordan vi oppfatter verden rundt oss (Malterud, 2017, s. 27). Det er valgt å bruke kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervju. Malterud (2017, s. 30) skriver at denne metoden brukes der en vil beskrive, analysere og fortolke egenskaper, kvaliteter eller karaktertrekk ved de fenomenene en skal studere. Videre sier hun at materialet kan bestå av tekst som stammer fra observasjoner eller samtaler (Malterud, 2017, s. 30).

Metodologi omhandler et grunnleggende epistemologisk nivå, hvor spørsmålene handler om kunnskap og hva vi kan vite eller erkjenne (Thornquist, 2018). Metodologi er teorien og analysen som ligger bak valg av metoder en bruker i forskningsprosessen. Kvalitative metoder representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling forankret i et fortolkede paradigme, med røtter fra blant annet hermeneutisk filosofi og fenomenologisk filosofi (Malterud, 2017, s. 35). Som metodisk tilnærming ble det valgt å bruke en hermeneutisk fenomenologisk utforming. Et sentralt aspekt ved fenomenologien er at sykdomsbegrepet forstås ut fra ulike perspektiver der fokuset er på levd erfaring. Det fenomenologiske

perspektivet er en forståelsesform som ofte er brukt innenfor kvalitativ forskning og humanvitenskapen (Malterud, 2011, s. 45). Begrepet livsverden er sentralt i fenomenologien (Thornquist, 2018, s. 111). Når kroppslige erfaringer og subjektivitet kobles sammen har vi tilgang til menneskets verden. En hermeneutisk fenomenologisk metode kan åpne for kunnskap som er forankret i deltakernes livsverden. Dette skyldes metodens fokus på å forstå og tolke menneskers erfaringer og opplevelser fra deres egne perspektiver. Metoden tar utgangspunkt i at mennesker konstruerer sin egen virkelighet gjennom sine erfaringer, og at dette er viktig kunnskap å ha med seg når man ønsker å forstå og tolke en situasjon eller et fenomen. Ved å bruke en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming kan man få innsikt i hvordan mennesker opplever og tolker sin egen situasjon og livsverden. Dette kan være spesielt verdifullt innenfor fagområder som psykologi, sosiologi og helsevitenskap, hvor det å forstå menneskers opplevelser og perspektiver er viktig for å kunne gi god behandling og omsorg. Styrker ved denne metoden er at den gir innsikt som handler om å sette seg inn i menneskets livsverden. Innenfor omsorgsvitenskapen handler livsverden om de holdninger og erfaringer vi bærer med oss, hvordan hvert enkelt individ betrakter sine konkrete subjektive opplevelser (Arman et al., 2015, s. 19). I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep for å utforske ulike sosiale fenomener og forstå hvordan livet oppleves for informantene som deltar (Kvale, 2015, s. 45).

I denne oppgaven skal metoden kunne bidra til økt innsikt i hvordan rusmisbrukere opplever sin egen orale helse. Det er valgt å gjennomføre semistrukturerte intervju, for når hensikten er å få direkte kunnskap til hvordan mennesker erfarer sykdom, kan denne metoden være et godt alternativ (Malterud, 2017, s. 69). Man vil kunne få frem personens egne perspektiver på opplevelsen av verden. Deltakerne får dermed tid og rom for å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet. Malterud (2017, s. 70) sier at man kan få et rikt og variert datamateriale dersom informantene føler seg ivaretatte og trygge i intervjusituasjonen. Kvalitative forskingsintervju har som mål å få tak i informantenes egne beskrivelser og følelser om den verden de befinner seg (Kvale, 2015, s. 42). Valget falt derfor på individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju, fordi temaet er sårbart å snakke om og en slik intervjusituasjon kan skape en god og trygg ramme i en sårbar livssituasjon. Videre er det ønskelig å få vitenskapelig innsyn i menneskers erfaringer, tanker, opplevelser, verdier og

holdninger. Ifølge Malterud (2017, s. 31) kan kvalitativ metode åpne for det. Den rikeste kunnskapen får vi tak i dersom vi klarer å invitere deltakeren til å dele sin erfaring i form av en konkret hendelse som leder til en opplevd historie (Malterud, 2017, s. 133).

4.1 Hermeneutikk og fenomenologi

I hermeneutikken søker man å forstå et fenomen innenfor den konteksten som fenomenet er erfart i. Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer beskriver hermeneutisk filosofi som erfaringenes vei (Gadamer et al., 2013). Det blir påstått at denne hermeneutiske retningen fortrinnsvis handler om menneskets forstående væremåte, som igjen betyr hva som skjer når vi forstår noe (Gilje, 2019, s. 29). Et sentralt begrep innenfor hermeneutikken er forståelseshorisont, som omfatter de oppfatninger, erfaringer og forventninger som man har (Thornquist, 2018, s. 170). Målet er å kunne trekke ut meningsbærende essenser fra fenomenet som er i fokus. Kvalitative metoder bygger ofte på teorier om fenomenologi og hermeneutikk, og jeg ønsker å få en dypere forståelse for hvordan rusmisbrukere opplever livet når den orale helsen er nedsatt. Denne studien fokuserer på den levde erfaringen, og da er det vanlig å bruke en hermeneutisk fenomenologisk metode, hvor man søker å forstå og tolke menneskers opplevelser og erfaringer fra deres eget perspektiv. Dette innebærer at man tar hensyn til deltakernes opplevelser og følelser uten å dømme eller vurdere dem. I mitt prosjekt kan det derfor være nyttig å bruke hermeneutisk metode for å utforske et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Ved å ta denne tilnærmingen kan man få innsikt i hvordan mennesker konstruerer sin egen virkelighet gjennom sine erfaringer, og hvordan dette kan påvirke deres opplevelser av for eksempel helse og sykdom. Dette kan være viktig kunnskap å ha med seg når man ønsker å gi god behandling og omsorg til mennesker i ulike situasjoner. Samtidig er det viktig å være klar over at forskeren som tar i bruk en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, vil ha sin egen bakgrunn og forforståelse som kan påvirke hvordan man tolker og forstår deltakernes erfaringer og perspektiver. Derfor er det viktig å være bevisst på sin egen forforståelse og å være åpen for å endre eller justere denne gjennom forskningsprosessen. Videre kan kvalitativ metode åpne opp

for å vitenskapelig innsyn i prosessene hvor man søker svar på spørsmål eller ønsker å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 30).

Hermeneutikk kalles også for fortolkningslære, hvor fokuset vil være å kunne forstå og finne gyldige fortolkninger i en tekst. Det refereres ofte til to hovedtradisjoner innen hermeneutikken, den tradisjonelle og den filosofiske retningen (Thornquist, 2018, s. 168). Innenfor den filosofiske tradisjonen er man hovedsakelig opptatt av ontologiske spørsmål, og Gadamer peker på at filosofisk hermeneutikk skal belyse hva det vil si å være et forstående menneske i verden (Gilje, 2019, s. 151). Ontologi kommer fra ordet gresk, onto; å være, og -logia, «læren om og er læren om hva som eksisterer, hvordan virkeligheten faktisk er» (Nilsson, 2012, s. 422). Jeg bestemte meg underveis for at tilnærmingen i oppgaven skulle være mot den filosofiske hermeneutiske retningen. Jeg ønsket å tolke og forstå hvordan rusmisbrukere sin opplevelse av livet med nedsatt oral helse var, og hvilke erfaringer de har gjort seg med denne type utfordringer.

Hermeneutikk og fenomenologi er termer som brukes hver for seg, men også sammen. Fenomenologi er betegnelse på hva sansene oppfatter, hvordan en person erkjenner verden fra sitt eget perspektiv (Dalland, 2012, s. 169). Edmund Husserl som var grunnleggeren av fenomenologien, sa at fenomenologi først og fremst er kunnskapsteoretisk anliggende. Han utalte at vi mennesker tolker verden gjennom vår egen intuisjon og gjennom vår egen bevissthet (Nortvedt, 2004, s. 65). Mennesket er intensjonelt, som betyr at vår bevissthet er rettet mot noe, og vi tolker fenomener ulikt fordi vår egen bevissthet er rettet mot verden slik den oppleves av subjektet selv ifølge Husserl (Thornquist, 2018, s. 102).

Filosofisk fenomenologi står i et skjæringspunkt som fagdisiplin mellom bevissthetsfilosofi, meningsfilosofi, metafysikk og epistemologi. Fenomenologi er kvalitative studier av fenomener, og den filosofiske retningen ble utviklet av filosofen Edmund Husserl. Han mente at verden kun kan studeres gjennom menneskers bevissthet. Kunnskapsteori har flere navn som epistemologi og erkjennelsesteori. Epistemologi er internasjonalt brukt. Ordet epistemologi kommer fra gresk epistem og betyr innsikt, kunnskap, viten og erkjennelse. Logi betyr «læren om». Begreper man møter på innenfor epistemologien er sannhet, pålitelighet, bevis, begrunnelse,

evidens, argument, forklaring, grunner, reduksjon og induksjon. Filosofisk fenomenologi ble senere videreutviklet av Martin Heidegger og senere i en dialektisk og eksistensialistisk retning av blant annet Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty. I begynnelsen var det bevissthet og subjektive opplevelser som stod i sentrum for fenomenologien som var utviklet av Edmund Husserl, som tidligere nevnt. Senere ble den utvidet til å omfatte menneskets livsverden. Både Sartre og Ponty mente at fenomenologien skulle ta hensyn til både menneskers handlinger og kroppen i historisk sammenheng (Kvale, 2015, s. 44).

Det å kunne forstå og sette seg en i et annet menneskes livsverden er en fenomenologisk forutsetning. I denne studien som har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, vil det være rusmisbrukeres sin forståelse og subjektive opplevelser som er i fokus, og derfor kan man si at studien er filosofisk fenomenologisk forankret. Samtaler mellom mennesker innebærer at vi kan avdekke en person sine personlige opplevelser, men personen er likevel ikke helt subjektiv siden den blir påvirket av sine omgivelser (Kvale, 2015, s. 20).

4.2 Den hermeneutiske sirkel eller spiral

Innenfor kvalitative forskningsmetoder er begrepet «Den hermeneutiske sirkelen eller spiral» et velkjent metodekriterium, og det innebærer at vi kan fortolke og forstå et fenomen eller en tekst (Eriksson et al., 2007, s. 89). Ifølge Arman og Rehnsfeldt (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 17) vil den hermeneutiske sirkel eller spiral gi opphav til at man kan forstå og gå dypere inn i et fenomen utfra de svarene man får, og disse kan videre gi opphav til nye spørsmål og svar. Fenomenet vil da kunne bli belyst fra en annen synsvinkel med en dypere mening og en ny sannhet (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 17). Fortolkningen av helheten er avhengig av hvordan delene tolkes, og omvendt. Vår forforståelse er i stadig bevegelse og forforståelsen endres i tråd med det vi tolker. Denne sirkelbevegelsen som veksler mellom at jeg tolker og forstår en tekst ved å sette sammen deler og helhet, betyr at jeg hele tiden vil kunne få en ny forståelse for helheten i teksten. Dette skjer fordi jeg har dannet meg en mening om hva teksten handler om, men etterhvert som man setter deler sammen til en helhet oppstår ny forståelse av det jeg leser. Sirkelbevegelsen fører oss tilbake til utgangspunktet, men videre tolkning gir grunnlag for dypere forståelse. Derfor må

man lese teksten flere ganger for å oppnå nye betraktninger. Jeg går inn i teksten med min egen fordom, som ifølge Gadamer (Gilje, 2019, s. 155) betyr at vi ikke kan tolke noe uten at vi har en forutsetning eller en erfaring om det vi skal forstå. Vi finner ikke en vitenskapelig sannhet ved å tolke en tekst, men som Gadamer sier møter vi en sannhet om livet, en ontologisk sannhet som kommer til syne gjennom selve tolkningsprosessene våre (Severinsson & Lassenius, 2014, s. 53). Jeg har som mål å få bedre innsikt og forståelse gjennom denne vekselvirkningen mellom helhet og del.

4.3 Forforståelse

Forforståelse er en grunnleggende dimensjon i hermeneutisk metodologi, og ifølge Gadamer er hermeneutikk et møte med livet gjennom språket vårt. Å mestre et språk fører til at vi kan bruke og forstå begrepene (Gilje, 2019, s. 162). Tolkning, forståelse, og sannhet er begreper som flettes sammen innenfor hermeneutikken og danner et grunnlag for vitenskap bygget på hermeneutisk grunn (Eriksson et al., 2007, s. 8). Forståelseshorisont er også et begrep, og det blir brukt innen vitenskapsfilosofi. Når vi leser eller løser ulike problemer gjør vi det ikke uten at vi oppfatter noe, som noe. Horisonten betyr i dette tilfelle det vi oppfatter, og hvilke holdninger vi har i det aktuelle tidsrommet vi retter vår egen oppmerksomhet mot noe. Thornquist sier dette skjer bevisst eller ubevisst (Thornquist, 2018, s. 170).

Min egen forforståelse spiller inn når jeg skal gjennomføre denne studien. Ordet forforståelse blir brukt her for å tydeliggjøre hva det handler om, og hva jeg som forsker tar med meg av tidligere kunnskap og opplevelser. Siden jeg har lang og bred erfaring som tannpleier både offentlig og privat, vil dette kunne være med på å påvirke hvordan jeg samler inn data og hvordan jeg tolker disse dataene i lys av min egen kunnskap og livsoppfatning. Jeg har mye kunnskap om rusmisbruk generelt, misbruk av rus påvirker alle deler av kroppen – også den orale helsen. Jeg tar med meg mine egne erfaringer og mitt teoretiske rammeverk inn i prosjektet, og det er viktig at jeg har et bevisst forhold til egen forforståelse. Malterud forklarer forforståelse som en ryggsekk med bagasje vi tar med oss inn i starten av prosjektet, og at forståelsen er farget av det vi kan fra før (Malterud, 2017, s. 44). Gadamer har i sin teori om forforståelse sagt at språket og språktradisjon er med på å påvirke oss i

hvordan vi oppfatter det han kaller «selve saken». Språk og tradisjon er nøkler til forståelse og tekning, og Gadamer sa: «Vi er alltid forutinntatte («biased») i vår tenking og vår viten gjennom våre språklige fortolkninger av verden. Å vokse inn i denne språklige fortolkningen betyr å vokse opp i denne verden» (Thornquist, 2018, s. 194).

4.4 Intervjuguide

Metoden i denne oppgaven er intervju, og disse er semistrukturerte, en-til-en samtaler. Det ble utarbeidet en intervjuguide med to hovedtema og oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden ble laget etter en semistrukturert mal, men som ikke var for omfattende og detaljert, i tråd med Malterud (2017, s. 134).

Intervjuguiden var utformet med enkelt og lett språk fordi rusmiddelbrukere kan ha et mindre ordforråd (se vedlegg 2). Hensikten med spørsmålene var å få intervjuobjektet til å åpne seg slik at man får et innblikk i deres livsverden. Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i deltakernes livsverden, og tar for seg informantens egne beskrivelser av verden slik de oppfatter den (Kvale, 2015, s. 45).

Hovedfokus i intervjuguiden var å få informantene til å reflektere over sine tanker og erfaringer i forhold til egen tannhelse. Det var ønskelig å få vite hva de la vekt på når de hørte ordet «verdighet», og om de hadde følt seg ivaretatt av tannhelsepersonell. Intervjuguiden var utarbeidet med enkle og faktarelaterte spørsmål og avslutningsspørsmål, men skulle kun være et hjelpemiddel for å holde seg til tematikken (se vedlegg 4). Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk (Malterud, 2017, s. 133). Intervjuene skal ha en deskriptiv orientering, som betyr at utsagn er beskrivende, og der svarene blir mest mulig spesifikke (Malterud, 2017).

4.5 Utvalg

Det finnes ulike måter deltagere kan rekrutteres til i en kvalitativ studie. Hvilket utvalg og hvilken utvalgsstrategi man velger vil være avhengig av problemstillingen man ønsker å få svar på. Man kan velge strategisk utvalg, hvor man som forsker velger individer eller caser med stor grad av variasjon knyttet opp mot fenomenet som undersøkes. En slik variasjon kan gi rike data og mulighet til å finne fellestrekk til tross for stor variasjon. I et homogent utvalg reduseres variasjonen i innsamlede data. Man kan velge dette ved for eksempel fokus-gruppe intervju hvor man ønsker dybdeforståelse (Malterud, 2017, s. 138). Snøballmetoden betyr kjedeutvelgelse, og forskeren ber tidligere deltakere om å rekruttere personer til deltagelse i studien. Denne metoden kan åpne opp for å sikre deltagere, men svakheten er at utvalget kan bli smalt og mindre rikt på data. Innenfor grounded theory gjør man et teoretisk utvalg. Her inkluderer forskeren hendelser, individer og tidsperioder som kan generere teorier. Dette er ikke en lineær samling av data, men forskeren beveger seg frem og tilbake i datasamlingen (Malterud, 2017, s. 65).

Det ble gjort en strategisk utvalgsmetode i denne studien. I en strategisk utvalgsmetode velger man ut et begrenset antall personer, og målsettingen er at materialet best mulig skal kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 58). Grunnen til at denne metoden ble valgt er fordi det er ønskelig å få data som inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale, slik at problemstillingen kan belyses fra ulike sider. Forforståelse, problemstilling og teoretisk referanseramme er med på å avgjøre hvilke forhold man må ta hensyn til for å oppnå data som er dekkende for det aktuelle fenomenet (Malterud, 2017, s. 58). Først er det viktig å finne ut hvilken retning man ønsker å granske nærmere. Slik unngår man å samle inn data som ikke er relevant.

Kvale & Brinkmann (Kvale, 2015, s. 148) sier at man skal velge så mange personer som det trengs for å finne svar på problemstillingen. Eksklusjonskriterier er personer som ikke lider av rusmisbruk. Inklusjonskriterier er personer med ruslidelser og nedsatt oral helse. Aktuelle kandidater ble forspurt av lederen på tre aktuelle institusjoner om å delta. Malterud (2017, s. 58) anbefaler et utvalg på seks til ti deltakere i kvalitative studier som bruker hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Dette antallet er vanligvis tilstrekkelig til å gi datamateriale med tilstrekkelig dybde og bredde, og å skape et mangfold av nyanser av fenomener. Et utvalg på seks til ti

deltakere vil kunne gi tilstrekkelig informasjon til å kunne danne seg en forståelse av de viktigste temaene og fenomenene som studeres. Det vil også gi muligheten til å fange opp ulike perspektiver og erfaringer, samtidig som det er tilstrekkelig til å kunne gi en dypere forståelse av hvordan mennesker opplever og tolker sin egen situasjon og livsverden. Samtidig kan det være viktig å ta hensyn til konteksten og formålet med studien når man velger antall deltakere. Hvis man for eksempel studerer en spesiell pasientgruppe eller et sjeldent fenomen, kan det være nødvendig med færre eller flere deltakere for å få tilstrekkelig informasjon. Det er også viktig å huske på at det å velge antall deltakere i en kvalitativ studie ikke er en eksakt vitenskap, og at det kan være andre faktorer som påvirker valget av antall deltakere. Derfor er det viktig å bruke en kritisk og reflekterende tilnærming til valg av deltakere og antall deltakere i kvalitative studier.

Det strategiske utvalget ble utført med følgende inklusjonskriterier, menn og kvinner over 18 år som bor på rusinstitusjon eller får et lavterskeltilbud fra kommunen, og som har hatt et rusproblem med varighet i over 5 år. Metoden som ble valgt vil kunne føre til at man får størst mulig spredning og variasjon i utvelgelsen av intervjudeltakere. Dersom materialet er svært homogent, kan det føre til at det blir vanskeligere å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål (Malterud, 2017, s. 59). Det kan være utfordrende å få tak i respondenter, da denne gruppen er kompleks og har sammensatte behov. Det er ressurskrevende å ha nok tid til å gjennomføre intervjuene, og et utvalg på 4-8 respondenter sikrer tilstrekkelig med data og er gjennomførbart med tanke på tid og tilgjengelige ressurser.

4.6 Datasamling

Det ble søkt rekruttering fra både bofelleskap for personer med ruslidelser, og gatenære tilbud som har som mål å bedre helsetilstand og livskvalitet for rusmiddelavhengige over atten år. Først ble helsesjef eller forskningsansvarlig i de aktuelle kommunene kontaktet. Når det ble avklart at studien kunne gjennomføres i aktuelle kommuner, ble lederen på de aktuelle avdelingene kontaktet. Studien og formål ble presentert. Videre ble det sendt over prosjektskisse og samtykkeskjema. En skriftlig forespørsel om å delta i studien var utarbeidet på forhånd, og den ble sendt til avdelingslederne på de ulike institusjonene. Deltakere skrev under på

samtykkeskjema, og det ble det avtalt tidspunkt for intervju. For behandling av personopplysninger i forskning, er behandlingsgrunnlaget som oftest samtykke.

Respondentene møtte på institusjonen de oppholdt seg. De hadde på forhånd blitt forespurt om de ønsket å delta, og signert på samtykkeskjema. Avdelingsleder hadde formidlet at deltagelsen er basert på frivillig samtykke og at man når som helst kan trekke seg. Hvert intervju var planlagt å vare mellom 30-45 min. Fordi denne gruppen informanter har nedsatt fysisk og psykisk helse fokuserte jeg på å gjøre selve intervjusituasjonen trygg, slik at jeg kunne få mest mulig relevant og empiriske data. Forskeren skal gjøre etiske vurderinger i løpet av intervjusituasjonen og reagere ut fra den sosiale dynamikken som foregår. I tillegg var det også viktig at jeg som forsker lyttet med åpent sinn, slik at jeg kan lære og utvikle min kompetanse dersom det oppstår uventede hendelser underveis.

4.7 Gjennomføring av intervju

I samme uken som studien ble godkjent av Regional etisk komite (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD), hadde jeg fått mail fra to av lavterskeltilbudene med informasjon om at de hadde fått tak i informanter som ønsket å delta. Videre opplevde jeg snøballmetoden, som betyr at noen av respondentene rekrutterte deltagere til prosjektet fordi at de selv skulle delta. Jeg avtalte møte med første informant uken etter telefonsamtale med vedkommende. Informanten var klar da jeg møtte opp kl.14.00, og vi fikk sitte i menighetshuset i byen, i ro og fred. De neste intervjuene ble foretatt på lokalisasjonene til lavterskeltilbudene, og jeg ble godt tatt i mot av de ansatte. Intervjuene varte fra 8 minutter til 30 minutter. Jeg tok opp intervjuet på bånd og transkriberte de i etterkant. Lydopptakene som ble tatt opp ble i etterkant lastet inn på Høgskulen på Vestlandet sin forskningsserver. Informantene i studien er anonymiserte og de kan ikke spores.

4.8. Transkribering

Hvert intervju ble transkribert samme dag som intervjuene var gjennomført. Dette var en tidkrevende prosess. Å transkribere et intervju betyr at man skriver ned det som blir sagt i lydopptaket ordrett, man gjør om muntlig samtale til tekst slik at den er

egnet til analyse (Kvale, 2015, s. 206). Intervjuene ble transkriberte til bokmål. Kvale og Brinkmann sier at om man transkriberer språket ordrett kan det fremstå som usammenhengende og forvirret tale, og også som indikasjon på svakt intellektuelt nivå (Kvale, 2015, s. 213). Man skal huske at formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig forteller det som deltakeren vil meddele. Malterud (2017, s. 78) framhever at forskeren skal være spesielt oppmerksom på risikoen for å latterliggjøre deltakerens uttrykk ved å tilstrebe en mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale. Man bør derfor forebygge dette ved å redigere teksten forsiktig under utskriften. Dette kalles for «slightly modified verbatim mode» i engelskspråklig litteratur (Malterud, 2017, s. 78). Videre vil man også beskytte informanten og ivareta deres anonymitet bedre ved å skrive om til bokmål, da det er mer sikkert at man ikke kan spore tilbake til den enkelte deltaker.

Fossland & Thorsen (2010, s. 189) henviser til Atkinson (1998, s. 55), som sier at god transkripsjon varierer utfra hvilken hensikt undersøkelsen har. Han sier videre at det er viktig å være nøyaktig i gjengivelse av både ord og mening. Transkriberingen ble nummerert, og det er ikke sammenheng mellom samtykkeskjema og nummer på intervjuene. Båndopptaker ble låst ned, og intervjuene ble oppbevart på forskjellige steder. I forkant av intervjuene ble respondenter spurt om de ønsket å lese gjennom det ferdig transkriberte intervjuet, men det var ingen som ønsket det.

4.9 Metode for analyse

Analysens formål er å avdekke meningene med spørsmålet, å få frem antagelsen som ligger bak. Malterud (2017, s. 88) sier at de teoretiske brillene vi tar på oss under lesingen av innsamlet datamateriale bidrar til å bestemme hva vi ser og hva vi fester oss til. Premissen for analysen er den teoretiske referanserammen, og ikke et resultat av den. Det ble valgt å systematisere og strukturere materialet ved hjelp av Malteruds fire-trinns analyse av teksten som er inspirert av Giorgis deskriptive fenomenologiske analysemodell. Den har som formål å utvikle kunnskap om deltakernes livsverden innenfor fenomenologien (Malterud, 2017, s. 95). Rådata ble transkribert samme dag som det ble gjennomført intervju, fordi fra første intervju starter analysen, som er en kontinuerlig prosess. I denne fasen av analyseprosessen svinget det frem og tilbake mellom intervju, transkribering og vurderinger av nye

fremkomne data. Tolkning av teksten innebærer å entre den hermeneutiske sirkelen gjennom tre metodiske steg. Naiv forforståelse, strukturanalyse og helhetlig forståelse (Malterud, 2017).

Gjennom analysen skal man fortolke og sammenfatte dataen ved å se likhetstrekk, forskjeller, erfaringsvariasjon, holdninger og følelser (Malterud, 2017, s. 93). Dette betyr en analyse av teksten hvor man ser på hvert enkelt intervju som en helhet, og etterpå leter etter sammenhenger og likhetstrekk mellom tekstene. Systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation- STC) beskrives som organisering av data med et begrenset antall foreløpige temaer som deretter videreutvikles til kodegrupper. Analysen vil gjennomføres i fire trinn der man først får et helhetsinntrykk, deretter å identifisere meningsbærende enheter. Videre å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og til slutt sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98). For å sikre empirisk evidens er det viktig å transkribere referanser og sitater fra teksten, og inkludere disse.

I det første trinnet av analysen er hensikten å bli kjent med datamaterialet. Man skal i dette trinnet lese igjennom alle de transkriberte sidene man har samlet inn for å få et helhetsbilde (Malterud, 2017, s. 99). Man skal arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side, men ikke glemme problemstillingen vår. Vi skal stille oss åpne for de inntrykkene som materialet kan formidle, jeg prøvde å høre respondentens stemme og budskap. Når vi leser skal vi vurdere mulige temaer som på en eller annen måte ligner oppgavens tema, i dette tilfellet rusmisbrukeres opplevelse av nedsatt oral helse og verdighet. Første trinn i analysedelen er kalt for villnis, og her er det fugleperspektivet som gjelder. Datamaterialet må ikke være for omfattende ifølge Malterud (2017, s. 99). I dette steget skal man ikke systematisere, men gjøre seg opp en mening og finne foreløpige temaer som forteller oss om rusmisbrukeres opplevelse av oral helse og verdighet. Til slutt oppsummerer vi våre inntrykk og spør oss selv hvilke foreløpige temaer vi kan betrakte.

4.9.1 Meningsbærende enheter

I trinn to av analysen er hensikten å organisere den delen av materialet man ønsker å se nærmere på. Her skilte jeg mellom relevant og irrelevante data i forhold til problemstillingen. Ved gjennomgangen av materialet tok jeg for meg linje for linje, for å identifisere meningsbærende enheter. Jeg valgte å bruke «klipp-og-sorter» metoden, som betyr at jeg klippet ut tekstbitene som hadde en selvstendig mening i forhold til prosjektets problemstilling. Dette innebærer en form for filtrering, og all tekst må gjennomgås grundig og systematisk slik at vi ikke bare tar med oss det som ved første blick virker mest fengende (Malterud, 2017, s. 101).

Videre valgte jeg ut tekst som på en eller annen måte består av kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn, og som sier noe om oral helse hos rusmisbrukere. De meningsbærende enhetene kan være korte eller lange, og det er ikke nødvendigvis avgrenset i form av tradisjonelle språkelementer som setninger eller replikker, ifølge Malterud (2017, s. 101). Når man har identifisert foreløpige temaer i kvalitative data fra for eksempel intervjuer eller fokusgrupper, kan man bruke disse temaene til å danne grunnlag for kodegrupper eller kategorier. Kodegruppene vil representere midlertidige tanker eller kategorier om ulike sider av problemstillingen man undersøker. Kodegruppene kan brukes som sorteringsgrunnlag i bearbeidingen av datamaterialet. Når man går gjennom teksten og identifiserer meningsbærende enheter, kan man sortere disse enhetene i de ulike kodegruppene. På denne måten kan man systematisere og strukturere datamaterialet på en måte som gjør det lettere å analysere og tolke. Etter hvert som man aner de meningsbærende enhetene i teksten, blir de også systematisert. Dette kaller vi for koding. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å leses i sammenheng med lignende tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene (Malterud, 2017, s. 104). Her skal man identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten. Med kodegruppene som veiviser skal vi lokalisere tekstbiter som etter sitt innhold merkes med en kode- en merkelapp som samler tekstbitene som har noe til felles, og disse setter man en merkelapp på (Malterud, 2017, s. 101). Inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode ble forløpet med å lese intervju, skrive meningsbærende utsagt ned på skjema, og

katalogisere disse gjort i flere omganger. Unødvendig støy ble tatt bort, og av dette materialet ble det laget en tabell med hovedtema, tema og meningsbærende utsagn. Til sist er funnene vurdert opp mot empiri og teori.

4.9.2 Kondensering

I trinn tre skal man abstrahere den sorterte kunnskapen som hver av kodegruppene representerer ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Systematisk skal vi hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, ifølge Malterud (2017, s. 105). Kondensatet skal oppsummere en meningsbærende enhet fra det opprinnelige materialet på en kort og konsis måte. På denne måten kan vi redusere mengden av data og samtidig bevare de viktigste elementene i analysen. Vi tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv og aspekt. Malterud peker på at man skal sortere i 3-5 kodegrupper med meningsbærende enheter. Jeg laget en tabell hvor de meningsbærende enhetene ble lagt til i tilhørende kodegruppe. Parallelt ble det laget rubrikk for hvilken respondent de meningsbærende enhetene kom i fra. Til slutt ble materialet sortert i mindre grupper.

Når man bruker STC-metoden, er det viktig å huske på at kondensatene skal være så presise som mulig, samtidig som de skal bevare det opprinnelige meningsinnholdet. Vi lager et kondensat, som betyr et kunstig sitat. Dette gjøres ved at man lager en fortelling i jeg-form («kondensat») som inkluderer alle de meningsbærende enhetene i hver av kodegruppene, med undergruppene som avsnitt. Denne prosessen er ikke lineær. Jeg oppdaget underveis at kodene burde bearbeides, og gikk tilbake til trinn to. Dermed ble kodegrupper og undergrupper omdannet, og titler endret ettersom analysen gikk videre.

4.9.3 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I analysens fjerde trinn skal man sette sammen bitene igjen, rekontekstualisere. Det betyr at bitene skal settes sammen, og slås sammen til det som er funnet i form av gjenfortellinger. Disse funnene kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017, s. 108). Man syntetiserer kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Man fremstiller et treffende gullsitat som er med å konkretisere hovedfunnene i analysen. Hovedtema som kom frem var at respondentene følte seg skamfulle og lite sett generelt. Mine egne erfaringer, for forståelse og kunnskap om tema var med på å farge det jeg merket meg i denne delen. Til slutt ble delene satt sammen igjen, og sammenfatning har fokus på å være lojal og tro mot respondentenes historie så langt det lar seg gjøre. Når man bruker tredjeperson-formen vil man skape ny kunnskap fordi vår rolle er å gjenfortelle på vegne av andre, sier Malterud (2017, s. 109). Funnene skall valideres og settes opp mot den sammenhengen de er hentet ut fra.

4.9.4 Validering

Når man har gjennomført en grundig analyse og validert funnene, må man være bevisst på at kunnskapen man har tilegnet seg ikke nødvendigvis kan generaliseres til andre sammenhenger eller formål. Funnene i analysen ble validert, som betyr at man ser på de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene opp imot den sammenhengen de er hentet ut fra. Det er viktig å være kritisk og reflektere over hvilken kontekst funnene gjelder for, og om de kan ha relevans eller overføringsverdi til andre situasjoner eller grupper. Dette ble gjort ved at jeg leste gjennom de opprinnelige utskriftene for å huske på hva som egentlig ble sagt. I denne fasen stoppet jeg opp for å reflektere over om de tolkninger, begreper eller beskrivelser som hadde blitt brukt kunne tilbakeføres til de autentiske data. Malterud (2017, s. 23) sier: «Ingen kunnskap er allmenngyldig i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål». Hun sier videre at generaliserbarhet er et problematisk begrep, uansett forskerens ambisjoner om overførbarhet. Hun mener at det er viktigere å ta stilling til hvilke funn som er sanne- hva metoden og materialet

gir anledning til å si noe om, og hvilke rekkevidde og overførbarhet resultatene har (Malterud, 2017, s. 23).

4.9.5 Forskningsetiske og juridiske aspekt

Forskning på mennesker reiser etiske spørsmål som man som forsker må ta stilling til. Etske utfordringer kan oppstå spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å «utforske» menneskers privatliv (Kvale, 2015, s. 97). Ved å samle inn datamateriale fra intervju med mennesker, innhenter man kunnskap og erfaringer som ofte kan være sensitiv informasjon. Ifølge Malterud (2017), er det viktig å utvise aktsomhet. I denne studien er temaet svært sensitivt, og gruppen er i en utsatt og sårbar situasjon. Dette er derfor noe som er tatt hensyn til under selve innsamlingen av intervjuene, og det stilles krav til meg som forsker. Man skal kjenne til, forstå og forholde seg til de forskningsetiske prinsipper og regler som gjelder (Malterud, 2017, s. 211). I møte med informantene må det legges til rette for en avslappet atmosfære, og det må vises respekt for deltakernes livssituasjon. Det er viktig at det brukes tid på å etablere en situasjon som skaper tillit. Det må utvises respekt for det som er vanskelig å prate om, og det som er sårt for deltakerne. Jeg er åpen, lyttende og spørrende under intervjuene og jeg må få deltakerne til å stole på meg. Å snakke om noe så personlig som tennene kan både være vondt og vanskelig, og dette måtte jeg være bevisst på og ha tenkt igjennom før selve intervjuene. Det kunne oppstå situasjoner underveis som respondent og forsker selv ikke var forberedt på. Man skal ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelse til slutt til slutt, ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale, 2015, s. 97).

Mitt prosjekt var søknadspliktig ifølge personopplysningsloven, og det ble sendt søknad til Regional etisk komite (REK) høsten 2021. Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter, herunder kvalitative studier, skal forhånds godkjennes av REK. Studien ble godkjent av REK i januar 2022 (ref.nr: 352505: vedlegg 5). Parallelt ble det sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning av studien. NSD definerer lydopptak som registrering av personopplysninger, og derfor kreves det godkjenning for slike studier (ref.nr: 624464.: , vedlegg 6).

Det er gjennom min yrkesfaglige bakgrunn at jeg har blitt observant på hvordan rusmisbrukere sliter med sin orale helse. Grunnen for å gjennomføre en studie på en sårbar gruppe bunner i et ønske om å kunne hjelpe å sette søkelyset på hvilke utfordringer de opplever i forhold til tenner og gjennomføring av tannbehandling. Jeg ønsker mer kunnskap og bevissthet rundt dette temaet. Studien ble gjennomført i tre kommuner på Vestlandet. Studien ble gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Malterud, 2017, s. 214, påpeker at det stilles strenge krav til informert samtykke i studier som er knyttet til kvalitativ forskning. Det er også viktig å sikre at deltakerne har gitt informert samtykke til å delta i studien. Dette betyr at de har fått tilstrekkelig informasjon om prosjektet og har forstått hva det innebærer å delta, og at de frivillig og uten press har gitt sin tillatelse til å delta. Deltakerne skal på forhånd vite nok om hvordan data skal samles inn, og at det er mulig å si nei uten å komme i en komplisert situasjon. De nasjonale forskningsetiske komiteene henviser til krav om informert samtykke og at forskerens ansvar blir klarlagt. Det ble utformet en skriftlig avtale som angir forskningsprosjektets metodikk, formål, mulige resultat og hvordan informasjonen skal tas i bruk når studien er ferdig. Før intervjuene startet ble deltakerne informert på nytt muntlig, og samtykket ble gjennomgått og signert (vedlegg 3).

Personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven har bestemmelser som skal sikre deltakere medisinsk forskning trygghet og sikkerhet (Malterud, 2017, s. 211). Siden det skulle gjennomføres en studie som involverte datainnsamling fra mennesker, måtte det leveres søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) med en redegjørelse over studiens hensikt og mål. NSD sine retningslinjer for empiriske oppgaver er å sikre full anonymitet, personvern, og at data lagres på en sikker måte. Anonymitet skal sikres ved at jeg gav informantene et fiktivt navn, og all informasjon ble behandlet konfidensielt. Datamaterialet vil bli lagret på Høgskulen på Vestlandet sin forskningsserver. I tillegg ble det skrevet søknad til REK (Regional etisk komite). I søknadene skulle det gjøres rede for hvordan jeg skal gjennomføre denne studien, hvilket utvalg av informanter jeg skal undersøke, om de er samtykkekompetente og at det er sikret full anonymitet. Det er viktig å ta hensyn til informantene når man gjennomfører intervju. Richards og Schwartz lister opp fire typer risiko eller belastninger som deltakerne i en kvalitativ studie kan bli utsatt for; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse

(Malterud, 2017, s. 211). Rusmisbrukere er en svært sårbar gruppe. Det kan tenkes at de har vanskeligheter med å tørre å åpne seg. Derfor er det viktig å møte dem med åpenhet og respekt. En skeptisk deltaker kan velge å holde informasjon tilbake. Videre er dette et vanskelig og sårt tema, og man må vise informantene empati for deres situasjon. De kan ha et mindre presist språk, og derfor er det viktig at spørsmål i intervju guiden er enkle og klare. Intervjusituasjonen må være trygg, og det må ikke koste informantene noe å komme seg dit. Kvalitativ forskning reiser mange etiske utfordringer, spesielt når det gjelder informanter i en sårbar livssituasjon. Siden intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold hvor intervjuobjektet kan føle seg i en sårbar situasjon, må jeg som forsker ha fokus på dette gjennom hele prosessen. Hele forskningsprosessen og det dynamiske aspektet i intervjusituasjonen må tydeliggjøres, da dette har stor betydning for troverdigheten. Jeg må ivareta integriteten til de personene som intervjues, både under selve intervjuet og i etterkant når resultatene skal presenteres og fortolkes. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne noen av informantene, og det er viktig å ikke krenke eller støte noen når man presenterer funnene av studien. Det skal være uttrykkelig, informert og frivillig samtykke.

4.9.6 Fare for ulempe

Å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse med individuelle intervju kan innebære en ulempe for respondenten, dette er noe jeg som forsker må være klar over. Deltakerne i studien kommer inn på et svært intimt og sensitivt område som vekker mye følelser hos den enkelte. Hvordan skal jeg som forsker gå frem dersom samtalen plutselig endrer karakter og tar en uventet vending? Dette var noe som skjedde under det ene intervjuet, respondenten ble tydelig berørt og sint over de spørsmålene som ble stilt. Intervjusituasjonen endret seg fra en rolig atmosfære til at det ble ropt og bannet med en truende stemme. I situasjonen som oppstod hadde jeg fokus på å forholde meg rolig, og ikke føre samtalen videre inn på områder hvor jeg visste at temperaturen ville stige mer. Kvale og Brinkmann sier at en intervjusituasjon faktisk kan påvirke respondenten til å gi fra seg mer informasjon enn det de hadde tenkt i utgangspunktet, noe de senere kan angre på (2015, s. 107). Respondenten sa

på et tidspunkt at «nå må du avslutte, jeg greier ikke mer». Jeg hadde tenkt å skru av båndopptakeren, men respondenten sa etter noe betenkningstid at jeg kunne gå videre. Malterud (2017, s. 213) påpeker at datasamling alltid representerer en potensiell intervensjon, som i seg selv kan åpne for prosesser og aktivere psykisk uro. Det var viktig at jeg opptrådte rolig og tok hensyn til deltakeren i situasjonen som oppstod. Min etiske plikt var å sørge for at deltakeren ble ivaretatt på en god og omsorgsfull måte.

5.Resultater/ Funn

I det følgende kapittelet presenteres funnene som fremkom i de individuelle intervjuene. I denne studien ble det gjennomført fem intervju med personer som hadde ruset seg i mer enn seks år. Gjennomsnittsalder til deltakerne var 49 år, og lengden på hvert intervju varierte fra 7,5 minutter til 31 minutter. Det var tre hovedtema og syv subtema. De tre hovedtemaene omhandlet respondentenes munnhelse, verdighet og skam. Respondentene gjenfortalte egne opplevelser om det å ha nedsatt munnhelse grunnet stoffmisbruk, og videre hvordan dette påvirket verdigheten og påførte dem skam rundt andre mennesker. I mine subtema har jeg tolket hva som ligger i respondentenes utsagn, samtidig som jeg har prøvd å være tro mot hva som blir fortalt. Subtemaene omhandler å få smerter i munnhulen, stigmatisering og å bli fratatt verdighet, men også å kjenne på avmakt i sin egen situasjon. Tema og subtema er presentert under i tabell 1.

Hovedtema	Subtema en	Subtema to	Subtema tre
Munnhelsen hos respondentene	Nedsatt munnhelse	Smerter	
Verdighet	Opplevelsen av egen verdighet	Mottakelsen på tannklinikken	Å føle seg lite ivaretatt på tannklinikken
Skam	Skam som gir opplevelsen av stigmatisering i møte med andre mennesker	Opplevelser med å møte andre i samfunnet når de er rusmisbrukere og har dårlig oral helse	Å kjenne på avmakt

Under vises et eksempel på ulike nivå av analyse:

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subtema	Tema
«Jeg har fått masse syreskader på grunn av amfetaminbruk, og faktisk Subutex. «Det har gjort tennene dårligere»	Opplevelse av at syreskader på grunn av amfetamin og Subutex har gitt dårlige tenner	Rusmidler gir nedsatt munnhelse	Munnhelsen hos respondentene
«Når jeg ikke kan smile til folk lengre fordi det bare er noen stubber inni der, det er ikke mye verdighet i det altså»	Å ikke kunne smile på grunn av dårlige tenner reduserer verdigheten	Opplevelsen av egen verdighet	Verdighet
«Når du møtte folk og skulle smile trakk du deg mer og mer tilbake» «Jeg fikk ikke være den gladgutten jeg var»	Å ikke kunne smile med egne tenner resulterte i tilbaketrekking og gjorde at personen ikke fikk være seg selv	Å møte andre i samfunnet fører til sosial tilbaketrekking	Skam

5.1 Munnhelsen hos respondentene

Første hovedtema beskriver munnhelsen hos respondentene, og handler om at inntak av ulike rusmidler påfører tennene omfattende smerter og skader.

Subtema én er: «nedsatt munnhelse». Respondentene opplevde at munnhelsen var svært nedsatt, der tre av fem hadde fått gebiss i relativt ung alder. Alle respondentene beskrev rusmisbrukets påvirkning på tennene: «Jeg har fått masse syreskader på grunn av amfetaminbruk, og faktisk Subutex», sa den ene respondenten. Subutexbehandling er et krav for å få gratis tannbehandling, opplyser flere av deltakerne. Dette reagerer de kraftig på siden de opplever nedsatt tannhelse, også på grunn av Subutexbehandling. «Det har gjort tennene dårligere», svarte en av respondentene. En respondent fortalte også om en munn preget av det de kalte «nedbrente landsbyer», noe som i praksis betyr at det kun er stubber igjen av tennene. Rusmisbruk over flere år resulterte i at flere respondenter måtte trekke alle tennene. De beskrev at munnhelsen var blitt en utfordring i tillegg til en allerede krevende livssituasjon.

Subtema to er: «smerter», og respondentene sa de har mye smerter og tannverk i munnhulen. De har mangelfullt kosthold, og på grunn av store smerter er det vanskelig å tygge maten på en tilfredsstillende måte. Alle deltakerne fortalte om uutholdelig tannverk som kom og gikk. Dette påvirket livskvaliteten negativt, og de uttrykte at dette var problematisk. Flere opplyser at smertene fra tennene gir dem hodepine. En av deltakerne uttrykte misnøye med all tannbehandling han måtte gjennom på grunn av smerter. Respondenten sier at: «Jeg har jo måttet fjerne nervene i ganske mye av underkjeven». En annen klaget og sa: «Det er litt vondt å tygge for tiden for det er så mye vondt». Respondenten understreker også at han opplever mye hodeverk. Videre gikk det utover maten de skulle spise, og en deltaker sa: «Det er og problemer med en del ting, med ting du spiser som er veldig harde».

5.2 Opplevelsen av egen verdighet

Det andre hovedtema handler om verdighet, og her beskriver respondentene deres egen opplevelse av verdighet. Flere av respondentene opplevde situasjoner i hverdagen hvor de ikke blir tatt på alvor, og ikke blir bekreftet eller respektert i relasjoner med andre mennesker. De fortalte at disse opplevelsene førte til stigmatisering og krenkelser, og de mente at dette gikk utover selvbildet.

Subtema én er «opplevelsen av egen verdighet», og er utarbeidet fra menigsenheter som beskriver opplevelser av ikke å bli sett, hørt, forstått og respektert av andre mennesker. Noen respondenter beskriver individuelle opplevelser av å bli tatt fra sin egen verdighet i relasjoner med andre i samfunnet. Det kom frem at flere av respondentene unngikk sosiale settinger fordi de opplevde å bli sett ned på når de ikke hadde et pent smil. «Når jeg ikke kan smile til folk lengre fordi det bare er noen stubber inni der, det er ikke mye verdighet i det altså», uttalte respondenten. Enkelte dekket munnen med hånden når de snakket, og én opplevde at hun ble latterliggjort av å ha gebiss. En informant sa at: «Når man ruser seg går det utover selvbildet og du føler deg ikke like verdig i samfunnet ville jeg sagt». Felles for alle respondentene var at de hadde erfaringer som påvirket verdigheten negativt.

Subtema to er «mottakelsen på tannklinikken», og her svarer respondentene at de hadde både gode og dårlige opplevelser. De gode opplevelsene var som følger: Noen av deltakerne fortalte at de har blitt møtt på en god måte selv om de er narkomane. De har fått veiledning på hvordan de kan søke om tannbehandling gjennom ruskonsulent hos Nav. To av deltakerne hadde kun positive opplevelser i møte med tannhelsepersonell. De ble godt ivaretatt og selve tannbehandlingen gikk greit å gjennomføre. En av deltakerne sa: «Ja, jeg har begynt nylig i tannbehandling, men jeg har avlyst tre ganger. Men hun tannlegen jeg har nå er forståelsesfull og har søkt narkose til trekkingen. Det var bra». En av deltakerne uttrykte at han hadde fått bedre hjelp hos den nye tannlegen han var begynt hos: «Med sånn som der jeg går til tannlege nå er jeg blitt godt tatt imot for eksempel å få hjelp til å fikse tannproblemene og sånne ting, men jeg har jo hatt sånn som for eksempel da jeg satt i fengsel og har hatt tannlege der, så har de nesten torturert meg for å si det sånn». Tannlegeskrekk fører til at hele situasjonen oppleves ubehagelig, og en av

deltakerne sa: «Jeg synes hele situasjonen og det å ligge bak sånn. For jeg ble hjelpeløs. Jeg synes det er fryktelig ubehagelig ekkelt og lyden er. Den borren, sant. Det positive eksempelet er jo det at jeg fikk tenner. Hun var snill og grei å snakke med hun som var tannpleier, men jeg synes ikke hun har gjort en kjempegod jobb».

En av deltakerne fortalte at han hadde hatt en fantastisk flink og empatisk tannlege som hadde forstått hans livssituasjon. Han var svært takknemlig for at han ble respektert og møtt på en omsorgsfull måte. «Jeg har aldri møtt maken til tannlege, til en slik personlighet. Han har respekt for alle på en sånn ydmyk og god og samtidig klar måte».

Subtema tre er «å føle seg lite ivaretatt på tannklinikken». Her hadde respondentene negative opplevelser i møte med tannhelsetjenesten. En av deltakerne i studien kvalifiserte ikke til gratis tannbehandling da han ble rusfri selv og har uføretrygd. Han er usikker på hvordan han skal kunne få nok penger til å gjennomføre all den behandlingen han trenger. Han fortalte at det var ingen vilje hos tannhelsepersonell offentlig å gi han timer på tannklinikken; «Det har vært veldig vanskelig å komme i kontakt med tannlegen for å få behandling». Han følte seg avvist og motarbeidet. Dette førte til at han følte seg stigmatisert av tannhelsepersonell når han skulle til tannlegen. Han sa: «før var det vanskelig for meg å gjennomføre tannbehandling, men da ruset jeg meg også og hadde mye andre problemer på privaten». Resultatet var at han oppsøkte en privat tannklinikk, og her ble han godt ivaretatt. Den ene respondenten er tydelig sint og forbannet når jeg spør hvordan han har opplevd å møte helsepersonell og å snakke om egen tannhelse. Han sier at han helst ikke vil møte de, at han ser på de som noen jævla store fiender som har ødelagt livet hans». Og videre sier han: «Kun negative eksempler, ingenting positivt om den driten der. Jeg vil helst ikke snakke om de jævla svina! De har gjort meg nok vondt!» Han refererer til negative møter med tannlegepersonell og erfaringer med tannbehandlingen han mottok som barn. En respondent hadde spart penger for å rehabilitere tannsettet. Hun fikk kun presentert de «billigste løsningene» da hun oppsøkte tannlegen. «Dette førte til at jeg ble fryktelig krenket, sa hun!» En respondent uttrykte det slik: «Jeg er fratatt min verdighet på alle måter fordi jeg ruser meg».

En av deltakerne ble hissig når han beskrev sin egen opplevelse og sa: «Og når de har ødelagt tennene så skal de faen ikke fikse de igjen. Det synes jeg er jævla dårlig gjort». En annen deltaker forteller om at hun har slitt seg ut i møte med systemet. Hun uttrykte det slik: «Jeg har møtt veggen veldig mange ganger hvis jeg har prøvd å si i fra, det er mange barrierer for oss, når man har kommet så dypt ned som vi har». Å bli usynliggjort av tannhelsepersonell påførte respondentene lidelse, og opplevelsen av å miste verdighet, som igjen forstyrret livsrytmen i en slik grad, gikk utover livskvaliteten. De savnet forståelse og at de ble lyttet til i forhold til det som plaget dem med tannhelsen. De ønsket at tannhelsepersonell skulle respektere de, og ikke trå over grensene.

5.3 Skam

Det tredje hovedtema omhandler skam. Disse funnene handler om hindringene som respondentene opplever som følge av å være rusmisbrukere.

Subtema én er skam som gir opplevelsen av stigmatisering i møte med andre mennesker, og er utarbeidet fra meningsbærende enheter som beskriver opplevelsen av stigma i ulike sosiale settinger. Å ikke kunne møte andre mennesker med fine og velstelte tenner, fører til at respondentene opplever stigma og fornedrelse. De kjenner seg mislykket og udugelige. En deltaker fortalte om opplevelsen av å ikke passe inn og kjenne seg bra nok i forhold til andre mennesker, og at det opplevdes skamfullt. Å skjule dårlige tenner handlet også om å ikke få være seg selv. En informant sa at: «Jeg slet veldig mye med angst før. Jeg får liksom ikke alltid vært meg selv hundre prosent liksom fordi jeg må skjule litt av tennene eller sånne ting fordi jeg, jeg vet ikke om det er skam. Jeg tenker veldig mye på det liksom». Deltakerne uttrykte at de trekker seg unna andre mennesker fordi de kjenner på skamfølelsen. «Når du møtte folk og skulle smile trakk du deg mer og mer tilbake. Jeg fikk ikke være den gladgutten jeg var. Jeg følte meg liten, dum og mislykket og fikk et behov for å skjule meg». Flere av informantene hadde også fått direkte kommentarer på uteseende og tenner. En informant opplevde å bli diskriminert: «Jeg blir jo diskriminert på alle måter. Ah, han har ikke tenner. Se hvor stygg han er! Så jeg har sluttet å smile, så jeg ser jo sur ut konstant. Jeg skammer meg konstant». En annen fortalte om hvordan en tidligere klassekamerat

kommenterte tennene: «Gud så stygge tennene dine var blitt, det var mange år siden han hadde sett meg». Hun sukker. «Den sitter. De ordene sitter. Følte meg liten og dum». Dette utløser igjen angst hos flere av deltakerne. De unngår sosiale sammenkomster siden de skammer seg over å ha nedsatt tannhelse eller gebiss. Felles for informantene var at alle uttrykte skam over å ikke kunne smile til andre mennesker, og dette påvirket opplevelsen av egen verdighet. Den ene deltakeren opplevde en lettelse under pandemien for da kunne hun gå med munnbind, og da var det ingen som så at hun hadde proteser.

Subtema to er hvordan respondentene opplever å møte med andre i samfunnet når de er rusmisbrukere og har dårlig oral helse. De beskriver fortvilelse, skam, angst, neglisjering, og å bli sett ned på. Dette påvirker opplevelsen av verdighet for respondentene. Deltakerne har til felles at de synes det er vanskelig å være i sosiale settinger og at de skammer seg. Studien viser også at respondentene opplever å møte andre mennesker som vanskelig og sårt. Den ene respondenten sier at folk som ruser seg blir sett ned på, og at på grunn av rusmisbruk får de ikke den hjelpen de har krav på. En annen respondent sier at siden hun var narkoman ble hun ikke tatt på alvor og ikke respektert. En respondent forteller at hun vegrer seg i møte med andre mennesker. Hun sier også at hun ble stigmatisert fordi hun var narkoman. Hun fikk blant annet høre: «For du ser jo ikke ut som et menneske i det hele tatt». Informantene uttrykte at de hadde mange opplevelser som fikk dem til å føle seg underlegne i forhold til andre. En annen informant sa: «Jeg har blitt møtt på en nedverdiggende og nedlatende måte». Deltakerne har til felles at de synes det er vanskelig å være i sosiale settinger, og at de skammer seg.

Den rusavhengige distanserer seg fra sosiale relasjoner, som igjen fører til opplevelsen av å være mindre verdt. Respondentene erfarer negative holdninger i møte med andre mennesker, og de opplever å bli avvist. Reaksjonen er at de føler seg utenfor og unormale. Den ene deltakeren beskriver at hun har et anstrengt forhold til å bli tatt bilder av sammen med barnebarnet. Dette fordi hun ikke orker å smile med gebisset hun har fått. Hun har heller ikke lyst å skaffe seg en kjæreste på grunn av at hun går med gebiss. En annen deltaker smiler aldri ute blant folk lengre fordi han føler at han ser ut som ei heks uten tenner. En annen deltaker forteller om at i møte med andre mennesker opplevde han tydelig at folk forandret seg når de så

tanngarden hans. Dette førte igjen til at han selv ble mer tilbaketrasket og stengte seg mer inne. En av respondentene sa: «Hvis jeg skulle funnet meg en kjæreste! Dersom jeg skulle kysset den kjæresten med de tennene jeg har nå så vet jeg ikke hvordan jeg skulle gjort det. Jeg hadde hatt store problemer med det. Jeg hadde hatt store problemer bare å finne meg en mann på grunn av det med tennene. I en periode så følte jeg at det var kun likesinna jeg kunne være med, som hadde lik tannhelse». Alle deltakerne beskriver sin egen situasjon som meget sårbar og de opplever utenforskap. Dette fører igjen til opplevelsen av å skamme seg i sosiale settinger.

Subtema tre er følelsen av å kjenne på «avmakt». Funnene avdekker at flere av deltakerne opplever å være maktesløse, og at de ikke har innflytelse på sin egen livssituasjon. Den ene respondenten uttrykte det slik: «Å svikte seg selv tar fra mennesket sine livsmuligheter, og man kan da begynne å se på seg selv som uverdige». Respondentene føler seg hjelpeløse i forhold til andre som tar beslutninger som får konsekvenser for ens eget liv. Avmakt fører til at de blir avhengige av andre mennesker, og respondentene opplever at de ikke får ta viktige avgjørelser i eget liv. Alle deltakerne opplever at nedsatt oral helse fører til at de sliter psykisk, og de kjenner på å være handlingslammet. Én uttrykte det slik: «Jeg har slitt mye med tennene i mange år så da, det har gått også veldig mye ut på psyken egentlig med tanke på smerter og sånne ting, tannlegen overser mine problemer. Det er en håpløs situasjon å være i». En av respondentene strever med å akseptere sitt nye utseende, hun sa: «Jeg skulle ønske at de kunne gjort et eller annet med kjeven min. Som gjorde at jeg ble rettet litt mer opp i fjeset, for jeg har aldri sett sånn ut før. Det var negativt at de egentlig ikke tok hensyn til om noe av det var mulig å redde. De bare trakk flatt for det var det billigste. Jeg kunne gjerne fått en slags tannprotese der de kunne skrudd noe fast. Og der hadde [tannlegen] gjort en mye bedre jobb enn de [tannlegen] har gjort». Respondentene opplever ulike former for krenkelser. De forteller at de føler seg krenket når de kjenner seg ignorerte, avfeid og bagatellisert av tannhelsepersonell. De har opplevelser over å være i en tilstand hvor de ikke ser noen utvei eller muligheter for å endre sin egen situasjon. Å føle seg maktesløs oppleves som svært nedverdiggende, og det kan utløse følelser som sinne og skam. Dette førte derfor til at respondentene kjente seg ensomme og hjelpeløse. De mistet sin tilhørighet og kjente på utenforskap, i motsetning til å være en del av et felleskap.

6. Drøfting

I dette kapittelet blir de individuelle intervjuene og teorien presentert, og diskutert opp mot teori og begreper hentet fra omsorgsvitenskapen og tidligere forskning innenfor rus og oral helse. Dette vil danne grunnlaget for å belyse oppgavens problemstilling.

6.1 Munnhelse hos respondentene

Denne studien viser at respondentene hadde svært nedsatt oral helse på grunn av inntak av ulike rusmidler. De rapporterte om høy forekomst av hull i tennene, munntørrhet og syreskader. Respondentene hadde også uttalte smerter og problemer med tannkjøttet, noe tidligere forskning også har vist. Vanberg et al.,(2016) sin studie tok for seg tannhelsen hos heroinmisbrukere i Oslo. Deltakerne i denne studien hadde økt forekomst av karies (hull i tennene), syreskader, knekte tenner, tannløsningssykdom og tann smerter. Samtlige respondenter som ble intervjuet i vår studie opplevde at det er rusmidlene som påvirker tennene negativt. Respondentene fortalte også at syreskader var et av de største problemene med den orale helsen. Disse funnene samsvarer dermed med tidligere forskning som viser at rusmisbrukere får svært nedsatt oral helse ved misbruk av diverse rusmidler. Det er dårlig munnhygiene og munntørrhet som gir ruspasienter økt forekomst av tannrøte (Borg et al., 2000).

Tannsmertene til respondentene førte til lokale smerter og hodepine, som igjen gav nedsatt helse. Manglende og knekte tenner ga dårlig tyggefunksjon, og det gjorde det vanskelig å spise. Resultatet for respondentene er dermed at de må trekke alle tennene og få inn helproteser. Protoser førte til dårlig smak i munnen av proteselim, og det var vanskelig å tygge tilfredsstillende ifølge respondentene som hadde fått gebiss. Dessuten oppgav de at det påvirket selvtiliten negativt når de smilte med skjemmende tenner. Det var også ubehagelig å gå ut og spise sammen med andre. Den ene deltageren sa at han ikke kunne smile og snakke slik han ønsket, han kunne ikke formidle de følelsene han ønsket blant venner. Dette betyr at dårlig oral helse hadde negativ innvirkning på deltakernes livskvalitet, noe som også går igjen i studien «Tannhelse og oralt helselatert livskvalitet hos et utvalg rusmisbrukere i Norge» (Karlsen et al., 2017). Robinson et al. (2005) gjennomførte en studie i

England som hadde som mål å undersøke munnhelse relaterte holdninger og atferd til narkotikabrukere. Hensikten med studien var å forstå hvordan rusmisbruk påvirker generell helse og tannstatus. Deltakerne i studien beskrev mange endringer i livet deres på grunn av rusmisbruk, som psykologiske og fysiske endringer, samt reduserte generelle helse- og tannproblemer. De oppsøkte sjelden tannlege, og mange hadde tannlegeskrek. Opplevelsene som respondentenes har med sin nedsatte munnhelse og rusmisbruk fører til det som omtales som sykdomslidelse innenfor omsorgsvitenskapen. Katie Eriksson har definert begrepet lidelse, og hun knytter det nært til begrepet helse, da de to gjensidig forutsetter hverandre. Ifølge Eriksson er lidelse i omsorgen delt inn i tre ulike aspekter; sykdomslidelse, omsorgslidelse og livslidelse (Eriksson, 1994). Eriksson slår fast at lidelse mangler sitt eget språk. Respondentene opplevde også åndelig og følelsesmessig lidelse i tillegg til den fysiske smerten. Videre sier Eriksson at sykdom kan medføre trussel mot liv og helse, og at trygghetsfølelsen kan forstyrre dagliglivets gjøremål. Når en lidelse affiserer hele livet til en person, og når det oppstår følelser som truer vår eksistens, oppstår det en eksistensiell lidelse. Ifølge Owe Wikström (Schmidt, 2019) er eksistensielle behov og spørsmål alle de spørsmål eller funderinger som er en del av det å være menneske, og som man før eller siden blir nødt å konfronteres med. Tegn på eksistensiell lidelse er opplevelser av håpløshet, meningsløshet og følelse av avmakt. Flere av respondentene i denne studien gav uttrykk for at de følte på håpløshet og avmakt i den situasjonen de hadde havnet i med rusmisbruk og dårlig helse. Avhengighet fører mennesker inn i en verden av lidelse. Utfordringen for tannhelsepersonell er hvordan de kan hjelpe rusmisbrukere med å ta vare på sin egen munnhelse. Det er vanskelig å gi tilstrekkelig omsorg på grunn av flere ulike faktorer. Kosthold og livsstil er en viktig årsak til redusert munnhelse. Tannhelsepersonell sliter også med å gi tilstrekkelig oppfølging ved dårlig munnhelse på grunn av begrenset kapasitet og ressurser. Resultatet blir derfor «brannslukking», og tilslutt gebiss.

6.2 Opplevelsen av egen verdighet

Studien viser at respondentene hadde lav selvfølelse i møte med andre og at dette igjen påvirket verdigheten negativt. De følte seg ikke sett eller forstått i møte med andre mennesker. Nedsatt helse påvirket respondentene i stor grad både fysisk og

psykisk. Den ontologiske helsemodellen tar sikte på å synliggjøre helses dypere dimensjoner, og hvordan helse kan sees som en bevegelse mellom tre forskjellige nivåer. Disse nivåene inkluderer helse som «å gjøre», «å være», og helse som «tilblivelse». Ifølge modellen beveger mennesker seg mellom disse ulike dimensjonene av helse, og det er selve bevegelsen som er et tegn på helse. Modellen legger også vekt på at helse ikke har noen betydning hvis livet mangler mening, og at helse kan være forenlig med en utholdelig lidelse (Wärnå-Furu, 2012, s. 203). I det første nivået er helse hvordan vi lever livet, og om man har sunne og gode verdier. Å være avhengig av rus fører automatisk til at fysisk og psykisk helse blir redusert. Respondenten var preget av sin livsstil, og dette er mye mer tydelig når man mangler tennene. En respondent uttrykte at munnen bar preg av det man kaller «nedbrente landsbyer». Det var bare svarte stubber igjen i munnen. Dette førte til mye smerter og stigma. Respondentene opplevde lav grad av trivsel, og de beskrev livet som utilfredsstillende. Livet var blitt en kamp. I sin tilblivelse handler det om å forsones seg med livets omstendigheter. Opplevelsen av egen verdighet var lav hos alle respondentene. Likevel gav de uttrykk for at de hadde forsonet seg med hvordan livet hadde endret seg, men de følte mangel på frihet og vitalitet. Eksistensiell lidelse var svært synlig i møte med respondentene. De manglet sine indre ressurser. Helsen til rusmisbrukere er stillestående, og kan forverres hvis de ikke får tilstrekkelig hjelp og støtte. Det er viktig at helsepersonell erkjenner pasientens eksistensielle lidelse og tar den på alvor. Flere av respondentene følte at de ikke bli møtt på en god måte i kontakt med tannklinikene. Å støtte pasientene i å finne mening og formål i livet kan være viktig for å hjelpe dem med å gjenopprette sin indre styrke og ressurser. Respondentene sa at når de fikk hjelp av tannhelsepersonell merket de at de fikk mer håp. Ved å tilby et helhetlig perspektiv på pasientens helse, kan helsepersonell hjelpe pasientene til å gjenopprette sin frihet, vitalitet og livsgleder. Hvis vi tar utgangspunkt i Ferrans og Powers (Ferrans, 1990) sin definisjon av livskvalitet som er følelser av tilfredshet eller misnøye, deles den inn i fire ulike områder: helse og fysisk funksjon, et psykologisk/åndelig område, et sosioøkonomisk område, og et familieområde (Rustøen, 2001, s. 22). Vi ser at deltakerne i denne studien skårer lavt på alle områder. Den psykiske og fysiske helsen ble redusert, og de hadde dårlig økonomi. Det var utfordrende å ha penger til tannbehandling for deltakeren som ikke fikk godkjent tannbehandling av Nav. Han måtte nøye seg med akuttbehandling. En respondent hadde ikke lyst til å smile på familiebilder, og hun ønsket ikke å finne en

partner på grunn av endringer i utseende. Det ble utløst sterke følelser når tema mottakelse på tannklinikken ble tatt opp i intervjuene. En respondenten ble svært hissig og dette viser hvor mye oral helse har å si for egen verdighet. Samlet sett betyr det at god munnhelse henger sammen med opplevd livskvalitet og verdighet.

Pasientene som er rusavhengige legger vekt på at det å bli respektert henger sammen med verdighet. En annen studie, «Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet», undersøker meningsinnhold i begrepene «mestring» og «verdighet», slik de blir forstått av brukere, pårørende og ansatte. Funn i studien viste at verdighet først får mening gjennom konkrete, praktiske og mellommenneskelige situasjoner.

Rusmisbrukerne hadde behov for å bli behandlet som mennesker. Nora Jacobson har i artikkelen «En taksonomi av verdighet» tatt utgangspunkt i Jonathan Manns innsikt om at opplevelsen av verdighet kan forklare de gjensidige relasjonene mellom helse og menneskerettigheter (Jacobson, 2007). Gjennom semistrukturerte intervju ønsket man å se de sosiale prosessene som hemmer eller fremmer menneskeverd og sosial verdighet. For å omsette hva verdighet betyr for hver enkelt av oss, kan det være nyttig å reflektere over hva som er viktig for oss og hva som gir oss følelsen av å leve et verdig liv. Dette kan inkludere å tenke på hva slags verdier og prinsipper som er viktige for oss, og hvordan vi ønsker å handle i samsvar med disse. Verdighet kan omhandle å kunne utøve egne valg og bruke sine ressurser som menneske, og verdighet er gjensidig avhengig av andres verdighet (Barilan, 2012). Det var ingen treff på søk i databaser som direkte omhandler verdighet og oral helse. Det kan være relevant å reflektere over hvordan disse to konseptene kan være knyttet sammen og påvirke hverandre. Det er gjort mange studier både om rusmisbruk og oral helse, men ingen forskning som ser på betydning av verdighet.

Hva verdighet betydde for den enkelte respondent ble formulert ulikt. Alle forstod betydningen av ordet, men de uttrykte seg forskjellig. Betydningen av verdighet ble uttrykt som stolthet, respekt, føle seg verdt noe, bli respektert og føle seg betydningsfull. Respondentenes tolkning av hva de opplevde som det motsatte av verdighet var uverdighet, nedverdiggelse, skam, frykt, og miste kontroll over en situasjon. Alle respondentene hadde opplevelser som utfordret verdigheten. I intervjuene kom de frem at de daglig kjempet en kamp for å bevare sin verdighet. Fenomenet

verdighet opptrådte i bestemte situasjoner avhengig av hvordan den enkelte oppfattet den aktuelle hendelsen. For eksempel kan verdighet være knyttet til handlinger og situasjoner i sosial sammenheng, ifølge Edlund (Edlund, 2002). Respondentenes beskrivelser indikerer også at opplevelsen av verdighet kan påvirkes av interaksjoner med andre mennesker. Det å føle seg respektert og anerkjent som et individ med verdighet var viktig for pasientene i studien, og de opplevde at dette kunne bli truet i visse situasjoner. For eksempel viste det seg at det å smile i møte med andre mennesker kunne redusere opplevelsen av verdighet for noen av respondentene. Dette kan indikere at små handlinger og sosiale signaler kan ha stor betydning for opplevelsen av verdighet.

Man kan finne situasjoner som er nedverdiggende for pasientene eller at helsepersonell handler uforsvarlig, ifølge Edlund (Edlund, 2012, s. 363-373). Eksempler på dette kan være at helsepersonell påfører pasienter skyld og skam eller unnlater å gi pasienten den omsorgen han eller hun trenger. For eksempel kan helsepersonell eller tannleger påføre pasienter skyld og skam ved å gi negative tilbakemeldinger om deres tannhelse, eller ved å antyde at dårlig tannhelse skyldes manglende innsats eller omsorg fra pasienten selv. Dette kan påvirke pasientens følelse av verdighet og selvverd. Dette kan inkludere å ikke gi tilstrekkelig smertelindring under behandling eller å ikke gi adekvat oppfølging etter en tannprosedyre. Dette kan også påvirke pasientens følelse av verdighet og respekt. Ved å gi personer med rusproblemer mulighet til å føle seg anerkjent og ivaretatt i møte med helse- og omsorgstjenester, kan vi bidra til å styrke deres selvfølelse og respekt for seg selv.

En respondent sier at han har sluttet å smile fordi han ikke har egne tenner. Ifølge Lennart Nordenfeldt som har forsket på variasjoner av verdighet, peker funn på at vår identitet er knyttet til kropp og sinn og at verdigheten vår avhenger av hvordan vårt eget selv bilde er (Nordenfeldt, 2004). Respondenten har mistet respekt for seg selv, og har mistet sin egen identitet. Studien fokuserer på begrepet verdighet som er sentralt innenfor omsorgsvitenskapen. Verdighet er knyttet til menneskeverd, og er noe som er iboende i alle mennesker (Edlund, 2012, s. 365). Respondentene i studien beskrev verdighet som for eksempel å være lite verdig, vanskelig å sette ord på. Vi har gjerne ikke bevisste tanker om vår egen verdighet før vi opplever at den

blir krenket eller truet. Manns (Mann, 1997) beskrivelse av verdighet som noe kompleks, flyktig og lite tilfredsstillende, understreker at begrepet er vanskelig å definere og gripe fatt i på en presis måte. Likevel er det viktig å forstå verdighet som en grunnleggende menneskerettighet som bør ivaretas og respekteres i alle situasjoner og sammenhenger. Det mangler egne klassifiseringer på når det er brudd på rettigheter og verdigheten blir truet (Mann, 1997). En respondent sier at han har sluttet å smile fordi han ikke har egne tenner. Han sier at han ser konstant sur ut, og dette er et eksempel på at nedsatt oral helse påvirker verdigheten negativt. Det var lettere for respondentene å beskrive situasjoner som krenket verdigheten i forhold til hva som fremmet den. Rusmisbrukere er i en ekstra sårbar livssituasjon, og sjansen er større for at man kan oppleve at verdigheten trues.

En studie viser at personer med rusproblemer kan oppleve stigmatisering i samfunnet, og at manglende tenner kan påvirke deres sosiale liv negativt (Robinson et al., 2005). Dette samsvarer med funnene i vår studie, hvor noen av respondentene også beskrev at de følte seg stigmatiserte og sett ned på av andre mennesker, på grunn av manglende tenner. En respondent sa at det var i møte med tannklinikken han følte seg stigmatisert. Dette kan tyde på at tannhelse og utseende kan spille en viktig rolle for hvordan personer med rusproblemer blir oppfattet av andre, og at manglende tenner kan føre til utenforskap og sosial ekskludering. Konsekvenser av å ha nedsatt oral helse førte til at respondentene kjente på de ble stigmatiserte i møte med samfunnet generelt. Respondentene uttrykte at de følte at de skilte seg ut fra resten av samfunnet, og det påførte dem skam og stigma. De opplevde at verdigheten ble tatt i fra dem. En respondent fikk høre følgende: «For du ser jo ikke ut som et menneske i det hele tatt». Å være rusmisbruker er hardt og strevsomt. Rusmisbrukere opplever store belastninger og en tilværelse preget av en evig jakt etter rusmidler. De blir sterkt stigmatisert i samfunnet, og rusmisbruk er assosiert med noe negativt (Willumsen, 2019). Hverdagen blir preget av krenkelser i møte med andre mennesker, og man blir fratatt verdighet og respekt fordi man er rusmisbruker. Menneskesyn og verdiuttrykk kan uttrykkes gjennom ytre handlinger, og dette kan ha store konsekvenser for den enkelte på flere områder, ifølge Lyngved (2015). Respondentene i vår studie opplevde daglig at det å ha dårlig tannstatus påvirket dem negativt. De beskrev ulike opplevelser hvor verdigheten ble satt på prøve.

Det er viktig å understreke betydningen av å utøve mellommenneskelig samhandling på en måte som ivaretar andres verdighet og selvrespekt. Mangel på anerkjennelse og respekt fra andre førte til at respondentene trakk seg bort fra relasjoner med andre, og i noen tilfeller førte det til selvforaktelse. En deltaker orket ikke tanken på å få seg kjæreste fordi hun manglet egne tenner. Arman et al ;. (2015, s. 55) peker på at det ofte er sykdom som er årsaken til menneskets lidelse, og at lidelsen kan lindres ved å skape gode og nære relasjoner. Respondentene i studien gav uttrykk for at det var utfordrende å møte andre mennesker når de var rusmisbrukere og hadde nedsatt oral helse. Som Eriksson (1995) påpeker vil mennesket få sin verdighet bekreftet gjennom å få lindret sin lidelse, og da vil verdigheten vernes (Eriksson & Randers-Pehrson, 1995, s. 88). Dette viser hvor viktig det er å ta hensyn til andre menneskers verdighet og respekt i vårt møte med dem, spesielt når det gjelder personer som kan oppleve utfordringer på grunn av rusproblemer eller andre helseproblemer.

Respondentene opplevde liten grad av håp, noe som er viktig for å lindre lidelse. Årsaken var at de hadde svært få positive opplevelser i hverdagen, livet var hardt å leve. De opplevde liten støtte fra hjelpeapparatet. Som profesjonell behandler er det viktig å bistå pasienten i å ivareta deres egenomsorg. Videre er det viktig å iverksette tilpassede tiltak som tilrettelegges for den enkelte. Man må skape en atmosfære som gir pasienten mulighet til å føle seg som et menneske. Man må legge vekt på å fremme pasientens helse, og ikke dømme deres livssituasjon. Dette gjør man ved å lytte til pasienten og vise respekt. Helsepersonell kan hemme verdigheten til pasienter ved å misbruke sin makt og la være å utøve god nok helsehjelp. Ifølge Løgstrup er viktigheten å bli ivaretatt som medmenneske i en sårbar situasjon bygget på antagelsen om ontologisk gjensidig avhengighet. Rehnsfeldt og Eriksson sier videre at på grunn av gjensidig avhengighet, skaper mennesker en mening i fellesskapet. Dette kan føre til økt forståelse og lindring av lidelse. Skal man gjenopprette verdighet blant pasienter med rusavhengighet, er det å bli ivaretatt med kjærlighet og å bli hørt avgjørende for å kunne skape ny mening i livet. For å verne om pasientenes verdighet må helsepersonell være tilstede og møte pasientene sine behov, som også er funn hos Rehnsfeldt og Skorpen (Skorpen et al., 2015).

Den ene respondenten sa at: «Når man ruser seg går det utover selvbildet og du føler deg ikke like verdig i samfunnet ville jeg sagt». Lignende funn finner vi studien Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo (Vanberg et al., 2016). Her sa flere av deltagerne at det var tannhelsen som gav dem stemplet «narkoman». Respondentene i vår studie klarer ikke å ivareta egenomsorg for sin orale helse, og de føler at det å være avhengig av tannhelsepersonell er nedverdiggende. De beskriver sårbare situasjoner hvor de føler seg ydmyket. Resultater fra intervjuene viser ulike opplevelser av krenkelser. Respondentene følte seg ikke respektert og de opplevde negative reaksjoner. En respondent sa: «Jeg har blitt møtt på en nedverdiggende og nedlatende måte». Menneskets verdighet gjenspeiles i omsorgspersonen eller pårørendes holdninger. For å opprettholde et menneske sin verdighet er det derfor viktig at man møter en pasient med respekt og tar ansvar for å gi den beste omsorgen. Respondentene kjente på lav grad av trygghet og tillit når de var i kontakt med tannhelsepersonell, og dette førte til opplevelser av uverdighet. En respondent sa: «Jeg vil helst ikke møte de, de er noen jævla store fiender av meg som har ødelagt livet mitt». Og videre sier han: «Kun negative eksempler, ingenting positivt om den dritten der. Jeg vil helst ikke snakke om de jævla svina»! De har gjort meg nok vondt»!. Krenkelser av verdighet kan oppstå oftere i relasjoner hvor den ene er sårbar og den andre har antipati. Krenking kommer i form av at vi viser avsky og forakt. Respondenten uttrykker tydelig at han føler seg krenket i møte med tannhelsepersonell.

Respondentene uttrykte at det oppstod lidelse når verdigheten ble krenket. Å oppleve å bli utsatt for en overmakt der en blir møtt på en respektløs måte, fører til tap av stolthet og verdighet. Lidelse er noe som alle mennesker opplever, å lide er en del av å leve. Den vanligste formen for pleielidelse er krenking av pasientens verdighet. Det handler om å frata pasientens mulighet til å være et helt og fullt menneske (Eriksson & Randers-Pehrson, 1995, s. 13). Respondentene gav uttrykk for at mangelfull hjelp til tannbehandling førte til krenkelser. Uteblitt omsorg/pleie er også en form for pleielidelse. Eksempler på pleielidelser kan være å bli oversett av sine omsorgsgivere, og å ikke bli møtt på en slik måte man har behov for. Når en pasient blotter sitt behov for hjelp, men ikke blir sett eller hørt, kan det oppstå en følelse av ensomhet og utrygghet. I slike situasjoner oppstår det pleielidelse (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 96-97). Lidelsen som oppstod førte til en følelse av å være

mindre verdt. Respondentene opplevde liten grad av medbestemmelse rundt sin egen situasjon, noe som førte til at de syntes de fikk lite omsorg. De skulle ønske de fikk bedre oppfølging og et bedre tilbud for å få ordnet tennene sine.

For å kunne lindre lidelse må helsepersonell ikke krenke menneskets verdighet, og ikke fordømme eller misbruke makt. Omsorgsgiver skal gi den omsorgen pasienten behøver, man skal vise respekt og bekrefte pasientens behov og verdighet i situasjonen (Eriksson, 1994, s. 95). For at omsorgsgiveren skal kunne fremme helse må man ta utgangspunkt i pasientens situasjon, han eller hennes syn på seg selv, og deres maktesløse livssituasjon (Wiklund Gustin, 2014, s. 274). Å lære seg å høre på pasientens åndelige og eksistensielle opplevelser er vanskelig, men ettersom lidelsens kamp er en åndelig kamp, er det viktig å gjøre dette. Studien viser at respondentene lider i stillhet og kjenner på en avmakt som ikke tannhelsepersonell alltid klarer å lindre eller hjelpe til med. Ifølge Eriksson (1994, s. 44) er pasienter redde for å bli foraktet, ensomme og forlatte. De lengter etter aksept og kjærlighet og det å bli mottatt i sin lidelse. Det er også utfordrende for omsorgsgiveren å være medaktør i en pasients lidelse. Omsorgsgiveren sin oppgave er å skape ro i pasientens liv, og møte dem med verdighet, samtidig som man må sette grenser.

Opplevelsen av verdighet har stor betydning for menneskets harmoni. Innenfor filosofisk-teoretiske tilnærminger til verdighet snakker vi om iboende eller relativ verdighet (Edlund et al., 2013). Verdighetsopplevelsen til respondentene ble utfordret, eller var helt fraværende. Opplevelsen de hadde var at de følte seg dømt som menneske. Verdighetsopplevelsen ble utfordret da de ikke hadde pene eller velstelte tenner, og noen hadde fått gebiss. Resultatene fra denne studien viser at det er nettopp opplevelser som å bli stigmatisert og å få krenkende blikk som fører til at verdigheten blir tatt fra respondentene. Tidligere forskning har vist at verdigheten opprettholdes når omsorgspersoner har tid og vilje til å se og lytte til pasienten. Videre at de har mot til å se det de ikke ønsket å se, slik at deres indre krefter kan handle med formål å gjøre godt – caritativ omsorg. Respondentene opplevde å miste verdighet ettersom samfunnet ikke behandlet de som likeverdige mennesker (Lindwall & Lohne, 2021). Tilsvarende funn finner man i andre studier, hvor respondentene sier at det å være rusmisbruker var det som førte til at verdigheten ble krenket (Vanberg et al., 2016).

Humanvitenskapen anerkjenner den andres verdighet på et ontologisk nivå (Edlund, 2012, s. 364). Verdigheten er også koblet til vår menneskelighet og ansvaret vi har for en annen person. Denne gjensidigheten innebærer å vise omsorg for hverandre. En persons helse og velvære er avgjørende for å leve et så fullverdig liv som mulig (Lindwall & Lohne, 2021). Man skal ikke krenke noen, og man skal kunne være den man er i relasjon til andre. Likevel kan man oppleve å bli krenket i sin absolutte verdighet, og da blir individets autonomi og rett til å forme sitt eget liv tatt fra en. En respondent fortalte følgende : «Når jeg sitter på en benk. Det har skjedd meg. Jeg satt på en benk og snakket også sitter det en på motsatt benk. Han så på meg også sa han: Du har gebiss du. Og det er ikke kjekt når folk kan se sånn i fra avstand. Bare fordi jeg smilte». Dette medførte en dyp og grunnleggende lidelse. Å være trengende kan oppleves som noe uverdige. Dersom man ikke klarer å ivareta egenomsorg og blir tvunget til å ta i mot hjelp fra andre, kan dette oppleves som krenkende og egen verdighet kan bli truet (Edlund, 2002). En respondent uttrykte skuffelsen over at tennene var trukket uten at hun egentlig var klar over det. Hun sa: «Det negative er at de egentlig ikke tok hensyn til om noe om det var mulig å redde de. De bare trakk flatt. For det var det billigste». Hun føler hun ikke kan leve et fullverdig liv nå med tenner som er kunstige. Tannlegen har i dette tilfellet måtte ta en avgjørelse basert på en prognose og hva som faglig er ansvarlig. Dette kan ofte være problematisk å forklare for en person uten fagkunnskap. Tannlegen har forsøkt å finne den beste løsningen, men for respondenten oppleves det som krenking av verdighet. En annen respondent uttrykte seg slik: «Hm. Jeg følte ikke at jeg ble respektert. Og spesielt det at jeg er narkoman og at det derfor. Det er ikke så nøye liksom. Hun er bare narkoman. Sånn. Litt nedverdige».

Den relative verdigheten er knyttet til våre etiske og moralske handlinger, og blir formet i den sosiokulturelle sammenheng vi lever i (Edlund, 2012, s. 365). I vårt møte med andre kan den relative verdigheten brytes ned og bygges opp igjen, men man har likevel en absolutt og ukrenkbar verdi og grunnleggende verdighet ved å være menneske. En verdighet som kan krenkes, men også opprettholdes, innebærer at den kan være situasjonsbetinget. Dersom det utvises omsorg og oppmerksomhet kan en potensielt krenkende situasjon eller handling snus til en ikke-krenkende handling. Dette er den subjektive verdigheten, hvordan den enkeltes opplevelse av verdighet er. Når det gjelder resultatene i denne studien viste den at respondentene

opplevde at ytre påvirkninger førte til krenkelser, og denne erfaringen førte til tap av egen verdighet. Det var opplevelser i hvordan andre mennesker så ned på dem, og hvor krevende det var å få hjelp til å komme i gang med tannbehandling. Når respondentene ble sett og ivaretatt av tannhelsepersonell førte det til positive opplevelser. Eriksson (1994) sier at man skal vise aktelse og respekt for den ukrenkbarhet som mennesket innehar. Selve opplevelsen av verdighet avhenger av egne følelser knyttet opp til forståelsen av fenomenet, i tillegg til andres påvirkning og tilnærming. Studien viser at respondentene hadde en klar oppfatning av at egen verdighet ble krenket av andres innflytelse.

Tidligere forskning viser at munnhelsen er viktig i møte med andre mennesker. Smilet og munnen er det første du ser, og dette har stor betydning for hvordan man blir møtt av andre i samfunnet. Ifølge artikkelen «Utenforskap gir dårlig munnhelse» (Aksnes, 2019), er dårlig munnhelse stigmatiserende, skambelagt, og forsterker utenforskap. Respondentene har de samme utfordringene i sine liv, og forteller at de opplever å bli stigmatisert og sett ned på av andre mennesker. Artikkelen «Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer» (Semb et al.), peker også på at ruslidelser fører til utenforskap og ensomhet. De gruet seg til å møte andre mennesker, og dette finner man igjen i studien, hvor respondentene trekker seg unna andre mennesker fordi de kjenner seg mindre verdt.

Solberg og Nåden (2020, s. 485) foretok en studie som viser at når mennesker opplever at de blir behandlet med respekt og får tillit fra andre, øker deres opplevelse av verdighet. På den andre siden, hvis noen opplever at de blir behandlet med mistillit eller mangel på respekt, kan dette true deres opplevelse av verdighet. I vår studie kom det frem at opplevelsen av verdighet er knyttet til hvordan man blir respektert og møtt av andre. Med tanke på tillit, var det flere av respondentene som ikke hadde tillit til tannhelsepersonell. Det var ulike årsaker til dette, men det handlet først og fremst om negative erfaringer i møte med tannhelsetjenesten og hvordan de opplevde å bli tatt i mot på klinikken. En av deltakerne hadde null tillit til tannhelsepersonell. Han opplevde i sterk grad å bli «torturert» i tannlegestolen, og han mente at tannhelsepersonell møtte han med fordommer og ville ham vondt. All trygghet i forbindelse med tannlegebesøk var borte, og han opplevde lidelse.

Tidligere omsorgsskaplig forskning peker på hvor viktig det er å fremme god kommunikasjon og omsorg for å hindre opplevelsen av å bli krenket. Dersom dette er mangelfullt, kan det påføre pasienten økt lidelse og krenket verdighet. Artiklene “Existential aspects of living with addiction – Part I: Meeting challenges” (2008b) og “Existential aspects of living with addiction – part II: Caring Needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings» (2008a), beskriver hvordan omsorgspersonell skal møte ruspasienter, og hva som er viktig for å fremme verdighet. I denne studien kommer det frem at respondentene føler seg overkjørt og dårlig behandlet av tannhelsepersonell. De føler at de ikke blir tatt på alvor og ikke blir gitt den behandlingen de trenger. Det er gjennom våre handlinger at vi kan ta vare på, og beskytte pasientens verdighet. Forsking viser også at omsorgsgiver bidrar til økt verdighet dersom pasienten opplever «det lille ekstra» i møte med omsorgspersonell (Arman & Rehnsfeldt, 2007). «Det lille ekstra» kan være at man gir av seg selv og får pasienten til å føle at man er likeverdig i relasjonen.

6.3 Skam

I kjølvannet av å bli krenket oppstår følelser som skyld og skam. Skam er emosjoner med viktige funksjoner og egenskaper både på det individuelle, (moralske), og mellommenneskelige (selvbevisste) plan. Som moralske emosjoner er skam blant mennesket mest intime og private opplevelser. Respondentene i denne studien forteller om skamfølelser, og at de sosialt trakk seg vekk fra andre. I tillegg opplevde de at helsepersonell også påførte dem mer skam og skyld ved å gi uttrykk for at det var deres egen feil at de var havnet der de var i livet. Ifølge Malm (2012, s. 148), stilles det krav til helsepersonell om å bekrefte menneskets lidelse for å minske følelsen av skam. Med tanke på beskyttelse skal helsepersonell verne om pasientenes rettigheter og verdighet. Dette peker også artikkelen «A sanctuary of safety» (Priebe et al., 2018) på. Man skal vise pasienten omsorg og respekt for å verne om verdigheten til den man behandler, og unngå å påføre dem skam. Alle respondentene beskrev ulike situasjoner hvor de skammet seg. Eriksson påpeker også at sykdom som er behandlingstrengende vil tvinge mennesket inn i blant annet venting, køordninger og informasjonsbehov. Dette kan utløse fornedrelse og skam (Eriksson & Randers-Pehrson, 1995, s. 68). Når man opplever at det ikke er samsvar mellom egne verdier og handlinger, kan det oppstå en følelse av trussel mot egen

integritet. Dette kan dermed føre til lidelse hos menneske, ifølge Arman (2012, s. 189). Å bevare sin egen integritet henger sammen med å unngå skam, og opprettholde sin verdighet. Mennesker er sosiale vesener som er avhengig av å høre til i et felleskap. Det å ikke passe inn eller kjenne seg bra nok i forhold til andre mennesker oppleves skamfullt. Skam er knyttet opp mot egen selvfølelse, og dette gir deltakerne et behov for å trekke seg unna andre mennesker. Man føler seg liten, dum, og mislykket, og man får et behov for å skjule seg. Ifølge studien “Interpersonal relationships and drug use over time among homeless people: a qualitative study” (de Espíndola et al., 2020), sliter deltakerne med sine relasjoner til andre mennesker grunnet rusmisbruk. Det førte til sosial ekskludering, og de hadde vansker med å gjenopprette sine relasjoner til familiemedlemmer. I denne studien fremkommer det at respondentene opplevde sosial tilbaketrekking på grunn av nedsatt oral helse. De unngikk sosiale settinger, og de sluttet å smile til andre mennesker. Å unngå sosiale sammenkomster er en måte for deltakerne å hindre at de føler seg krenket. Videre utløser isolasjon sosial angst hos flere av deltakerne. De unngår sosiale sammenkomster ettersom de skammer seg over å ha nedsatt tannhelse eller gebiss. Det er verdt å merke seg at den ene deltakeren opplevde en lettelse under pandemien, da hun kunne gå med munnbind og ingen kunne se at hun hadde proteser. Hun følte mindre skam og slappet mer av når hun satt på busstoppet. Dette viser altså hvor mye tannhelsen påvirker mennesker.

Tidligere omsorgsskaplig forskning viser til hvor viktig det er at det settes av tid for å fremme god kommunikasjon og omsorg for å hindre opplevelsen av å bli påført skam. Dersom dette er mangelfullt kan det bidra til å påføre pasienten økt lidelse og krenket verdighet. Artikkene “Existential aspects of living with addiction – Part I: Meeting challenges” (2008b) og “Existential aspects of living with addiction – part II: Caring Needs. A hermeneutic expansion og qualitative findings» (2008a), beskriver hvordan omsorgspersonell skal møte ruspasienter, og hva som er viktig for å fremme verdigheten og minske skamfølelsen. I denne studien kommer det frem at respondentene føler seg overkjørt og dårlig behandlet av tannhelsepersonell. De føler at de ikke blir tatt på alvor og ikke gitt den behandlingen de trenger.

Ifølge den danske teologen og filosofen Løgstrup er tillit, barmhjertighet, håp, talens åpenhet og medfølelse det vi kaller «de spontane livsytringer». Ontologisk er dette

iboende, og grunnleggende forutsetninger for alle mennesker (Rehnsfeldt & Arman, 2020, s. 144). Martinsen knytter også begrepet skam opp mot Løgstrups suverene livsytringer. Felles for de suverene livsytringer er at de handler om tilknytningen vår til andre mennesker. Vi møter andre mennesker med tillit, men om denne tilliten ikke blir møtt, oppstår det mistillit. Tillit er ontologisk iboende i oss, men mistillit kommer ut av en erfaring (Rehnsfeldt & Arman, 2020, s. 144). Å ikke bli møtt som lidende menneske kan derfor resultere i skam og mistillit. Vi krenker dermed pasientens verdighet. Samtlige respondenter kunne fortelle at de ble skeptiske til tannlegen etter besøk på klinikken, og at de hadde ikke tillit til sine behandlere. De opplevde ikke å bli møtt med åpenhet, og følte seg overkjørt. Respondentene beskrev at de ikke hadde kontroll over det som skulle skje hos tannlegen, og dette opplevdes nedverdiggende. Ved å se på empirien opp mot omsorgsvitenskapen, ser man at manglende tillit til tannhelsepersonell resulterte i at respondentene skammet seg, og at de følte sinne og avsky mot de som skulle hjelpe dem med å få orden på tannhelsen.

Selvfølelse handler om en opplevelse av å være verdt noe. Dersom selvfølelsen er skadet, oppstår det emosjoner som skam. Når man har skader på selvfølelsen kjenner man seg lett mislykket. Skam er den dominerende følelsen når man opplever at man skjemmes over den man er (Young et al., 2008). Å gå rundt å kjenne på skam fører til at man trekker seg unna andre mennesker, og det kan føre til at man føler seg uverdigg for kjærlighet. Den ene respondenten trekker dette frem i beskrivelsen av hvordan hun ser på det å finne seg kjæreste. Hun sa at det var vanskelig å finne en mann på grunn av tannhelsen sin. Hun opplevde seg uverdigg, og følte hun bar på noe uakseptabelt. Artikkelen *Perceived social support and life satisfaction in drug addicts: Self-esteem and loneliness as mediators* (Adamczyk & Segrin, 2015), tar for seg hvordan rusmisbrukere opplever egen selvtillit i forhold til sosial støtte fra andre mennesker. Det er mange faktorer som har innvirkning på individuell og subjektiv velvære. Det er blant annet personlighet, selvkontroll, selvfølelse, ensomhet og kognisjon. Videre spiller sosial støtte en viktig rolle. For de personene som opplevde sosial støtte opplevdes livet mindre ensomt, og de hadde mindre angst. De hadde også høyere selvtillit og livstilfredshet. Resultater fra denne studien viste at respondentene hadde lav selvtillit, og kjente på mye ensomhet grunnet den situasjonen de var i. Dette førte igjen til at deltakerne skammet seg mye.

Ifølge flere forskere er sårbarhet et fenomen som er universelt og eksistensielt. De sier at sårbarhet er noe alle mennesker har til felles, og at det er et ontologisk fenomen. Mennesker er født i en kropp som trenger pleie og næring. Den kroppslige medfødte sårbarheten er noe mennesker og dyr har til felles (Vold, 2021). Det at vi er avhengige av hverandre gjør oss sårbare. Sårbarhet henger også sammen med skam. Skammen isolerer oss, og vi tilhører ikke et felleskap. Å fortelle om det som er skamfullt avdekker hvor sårbare vi er. Respondentene beskriver skamfulle møter når de oppsøker tannhelsetjenesten. De føler seg usynlige og får ikke den hjelpen de ber om. Relasjoner i helsevesenet oppstår fordi en person er syk og blir avhengig av hjelp fra en med kunnskap. Relasjonen blir opprettet gjennom tillit, men det er ikke, og kan aldri være tillit mellom parter som ikke er likeverdige (Nortvedt, 2004, s. 113). En maktesløs pasient som har mistet kontroll over eget liv, overgir seg på godt og vondt i møte med helsepersonell. I en tilværelse med sykdom, uhelse og det å være pasient, oppstår det skam og livslidelse, hvor man gir opp innenfor en tilsynelatende håpløs situasjon (Eriksson, 1994, s. 93). Fysisk og psykisk sykdom krenker mennesket, og i sin streben etter verdighet vil kroppen være i bevegelse mellom helse og sykdom. Opplever mennesket krenkelse av verdigheten tar man fra det muligheten til å være et fullt og helt menneske (Eriksson, 1994, s. 87). Man står igjen kun med skammen.

Skam og sårbarhet fører til avmakt. Mennesket får ikke gjennomført, eller har ikke evner til å handle. Ulike eksempler på avmakt kan være mangel på kontroll, trygghet, forutsigbarhet, påvirkning, og det at man ikke blir sett og forstått. Respondentenes fortellinger bærer i stor grad preg av avmakt, selv om de ikke benytter ordet avmakt selv. Den ene respondenten blir så tydelig preget av spørsmålene at han kommer ut av kontroll. Dette tyder på at han føler på manglende verdi i eget liv og reagerer med aggressivitet. Han har mye innstengt raseri både mot politikere og helsepersonell. Avvisning fra samfunnet kan tale for at han kjenner på avmakt som igjen fører til aggresjon. Menn og kvinner reagerer ofte ulikt på skam. Kvinner kan bli mer stille og innesluttet, mens menn ofte kan reagere med sinne. En av de kvinnelige respondentene fortalte at hun bøyd hodet sitt fordi hun skammet seg.

For å oppnå et vellykket samarbeid og sørge for at pasienter ikke føler seg oversett og krenket, er kommunikasjon et viktig hjelpemiddel. Eide og Eide viser til at vår evne

til å lytte aktivt og være profesjonell i kommunikasjonen, er en av de viktigste ferdighetene i profesjonell og hjelpende kommunikasjon (Eide et al., 2017, s. 33). I møte med sårbare grupper som rusmisbrukere er det enda viktigere at man kommuniserer på en god måte. Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til hver enkelt, og vise forståelse og empati. Dette vil føre til at pasienten kjenner seg mer verdifull, og det minsker følelsen av skam. Å se hele mennesket, lytte aktivt og vise interesse skaper tillit (Eide et al., 2017, s. 26). Tannhelsepersonell sin oppgave er å motivere, og kommunikasjon er et verktøy som kan være med å gi indre motivasjon for denne gruppen. Innenfor omsorgsvitenskapen er kommunikasjon synlig på tre ulike måter: relasjonell, narrativ og etisk kommunikasjon. Den relasjonelle kommunikasjonen innebærer at fellesskapet utvikles mellom omsorgsgiver og pasient. Den narrative kommunikasjon forteller om pasientens livsverden, og den etiske kommunikasjon er respekten for et annet menneske. Kommunikasjon utgjør det som på ontologisk nivå er å forstå den andre sin virkelighet og opplevelse av helse og lidelse (Fredriksson, 2012, s. 326).

I studien kom det frem at flere av respondentene delte samme erfaring med tanke på kommunikasjon med tannhelsepersonell. De hadde negativ opplevelse knyttet til det å kunne fortelle om sine utfordringer med tannhelsen. De følte seg oversett og ikke hørt i forhold til alternative behandlingsforslag. Deltakerne ønsket i utgangspunktet andre alternativer enn det de fikk utført til slutt. Tilbudet om tannbehandling var i stor grad ekstraksjoner og partiell-eller hel-protese. Flere av respondentene gav uttrykk for at de ikke var klar over at alle tennene måtte trekkes. Disse opplevelsene gav respondentene en følelse av ydmykelse, krenkelse og skam. Respondentene ønsket i utgangspunktet implantater som den protetiske løsningen, men de fikk kun tilbud om de «billigste løsningene». De fikk ingen forklaring på hvorfor andre alternativer ikke ble foreslått. Tilsvarende funn finner man i studien «Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo» (Vanberg et al., 2016). Her oppgav flere av deltakerne at de ikke egentlig forstod hvorfor tennene deres var blitt trukket. En av deltakerne følte seg lite ivaretatt, men var likevel glad for å få behandling.

6.4 Metodiske betraktninger

I starten var jeg usikker på om temaet jeg hadde valgt ville gi meg respondenter som ønsket å dele sin historie med meg. Jeg hadde forventet at det kunne bli en utfordring. Jeg ble positivt overrasket over at det var såpass enkelt å finne deltakere. Tilbakemeldingen var at samtlige deltakere syntes at valgt tema var svært viktig, og de var positive til å dele sin historie, selv om det var tungt og smertefullt. Jeg startet med å introdusere meg selv og fortelle hva jeg jobbet som, og om egen erfaring innen tema. Jeg informerte på nytt muntlig om deltagelse i forskingsprosjektet, og at deltagerne har rett til å få slettet opptaket i etterkant om ønskelig. De signerte deretter samtykkeskjema, og jeg tok opp intervjuene på bånd. Jeg opplevde at omgivelsene la til rette for at de som ble intervjuet følte seg trygge og ivarettede. Alle jeg intervjuet gav klart uttrykk for at temaet i studien var noe som opptok dem, og de hadde stort engasjement for å få fortelle sin historie. Klarer man å skape trygghet og tillit i selve intervjusituasjonen, vil dette være avgjørende for hvor mye informantene vil åpne seg for meg. Det å skape tillit og trygghet når man gjennomfører et livsverdenintervju, handler om moral og ærlighet (Fosslund & Thorsen, 2010, s. 187). I denne prosessen lærte jeg mye, og det satte i gang en del refleksjoner.

Ulike spørsmålsformuleringer har betydning for intervjusamspillet ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale, 2015, s. 166). En av respondentene ble tydelig preget av situasjonen, og han gav uttrykk for sinne og sårbarhet. Stemningen i rommet endret seg brått, og respondenten sa på et tidspunkt at han ikke klarte å prate mer om temaet, fordi han ble så fortvilet og sint. Kvale viser til Foley (2012), som sier at mennesker er sårbare i en intervjusituasjon, og at intervjuer må ta ekstra hensyn i en slik sammenheng (Kvale, 2015, s. 124). Metoden jeg brukte har til hensikt å utforske spørsmål knyttet til sykdom og helse, og det var viktig at jeg opptrådte rolig slik at deltakeren visste at han kunne få stoppe intervjuet om nødvendig. Malterud sier at «det gode kvalitative intervjuet skal gi rom for flertydighet. Intervjueren skal også være lydhør for forandringer både historier som forteller om prosesser og utvikling og perspektiver som endrer seg som følge av samtalen» (Malterud, 2017, s. 135). Videre sier hun at kompetansen til forsker handler om at man må lytte med åpent sinn, slik at man fanger opp det nye eller noe uventet. Man kan selv påvirke både intervjusituasjonen og hele forskingsprosessen.

Det viste seg at temaet var vanskelig for deltakerne å snakke om, og at intervjuene ikke ble så lange som jeg i utgangspunktet hadde sett for meg. Jeg opplevde at respondentene ble triste og lei seg, og at jeg ikke kunne presse på med flere spørsmål selv om jeg var nysgjerrig. Det er viktig å tenke på hvilken situasjon man setter deltakerne i, og det var ikke etisk korrekt å grave dypere inn i deres liv for å innhente mer informasjon. Intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold, hvor min oppgave er å ivareta intervjuobjektet på en best mulig måte. For én deltaker ble det amper stemning, og det var tydelig at temaet gikk svært hardt inn på ham. Jeg kunne nok med fordel hatt mer tekst å analysere, men jeg mener at jeg har fått med viktige funn i analysen.

Jeg var usikker på om jeg klarte å rekruttere nok deltagere til studien, men det viste seg å ikke være et problem. Et alternativ kunne vært spørreskjema for å belyse problemstillingen, mulig respondentene hadde åpnet opp for mer ærlige svar dersom de var anonyme. Kvale påpeker at et dybdeintervju gjør det mulig å komme i dybden på respondentenes subjektive opplevelser, hvordan de beskriver sin verden fra sitt perspektiv (Kvale, 2015, s. 45). Videre kan man stille oppfølgingsspørsmål, og misforståelser er lettere å avklare når man møtes ansikt til ansikt. Det er også lettere å skape en trygg og god stemning. Jeg kunne nok med fordel ha brukt mer tid på selve intervjuguiden, da jeg i etterkant ser at den var litt mangelfull. Særlig når det gjelder bakgrunn for utviklingen av tannhelseproblemene kunne jeg ha stilt flere spørsmål. I planleggingsfasen kunne jeg tenkt mer gjennom hvilke situasjoner som kan oppstå under selve intervjuet. Dersom man øver seg i forkant på relasjonelle forhold som kan skje mellom en selv som forsker og intervjupersonene, kan dette føre til at man endrer intervjuguiden og selve planleggingen (Fosslund & Thorsen, 2010, s. 169).

Denne studien har berørt meg personlig, både som tannpleier og som medmenneske. Jeg har snakket med mennesker som har en svært krevende hverdag, hvor alle gjøremål er tunge og vanskelige. Det har gjort inntrykk å se hvor mye motgang respondentene i studien har opplevd. Det er svært viktig at deres anonymitet og integritet blir ivaretatt, og jeg er ydmyk over at de har ønsket å bidra i denne forskningen. Medisinsk forskning må bare utføres dersom formålet er viktigere enn de risikoene og belastninger som forskningen innebærer for forsøkspersonen

(Malterud, 2017, s. 211). Respondentene i denne studien syntes at problemstillingen var svært aktuell, og de hadde ingen betenkeligheter med å stille opp. Jeg oppdaget imidlertid raskt at temaet var svært sensitivt, og deltakerne åpnet seg ikke like mye som jeg hadde sett for meg. De slet med å åpne opp om hvordan de levde livet sitt. Temaet var en belastning å snakke om, og på et tidspunkt vurderte jeg å avbryte det ene intervjuet, ettersom en av deltakerne utviste mye sinne og aggresjon. Jeg måtte utvise aktsomhet i intervjusituasjonen og passe på at jeg ikke krenket respondentene. Malterud bringer på det rene at vi skal bruke vårt beste skjønn i slike situasjoner til å utøve en forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap.

6.5 Pålitelighet og gyldighet

Begrepene reliabilitet og validitet betyr pålitelighet og gyldighet, og har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Den viser den virkelige situasjonen, og i hvilken grad resultatet kan etterprøves (Kvale, 2015, s. 276). Troverdighet eller reliabilitet i forskningsarbeid viser at det hele tiden kommer tydelig frem hva som er gjort. Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Validitet betyr at et mål faktisk måler det vi ønsker å måle, og reliabilitet handler om hvor konsistent et gitt mål er (Kvale, 2015, s. 276). Validitet handler også om du har fått gyldige og relevante data som kan være med å stille relevante spørsmål i forhold til problemstillingen. Malterud (2017, s. 192) poengterer at vi skal stille spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen, utvalget, datainnsamling, teoretiske perspektiver, analysestrategien og presentasjonsformen. Høy pålitelighet handler om at gjentatte målinger under samme og gjentatte betingelser hver gang gir likt resultat. Dersom det er store splittelser i resultatet, indikerer dette et lite reliabelt mål. Et mål kan dermed være reliabelt uten at det er valid.

Jeg transkriberte alle intervjuene selv og skrev de ordrett uten å unnlate noe. Dette er med på å styrke påliteligheten, da jeg var grundig i de ulike fasene av forskningsprosessen. Jeg brukte Giorgis deskriptive analysemetode, som sikret en grundig fortolking av empirien og gav meg en god oversikt over datamaterialet. I og med at intervjuene ikke var så lange, medførte det at metoden var enkel å følge med nøyaktighet. Empirien viste veg til de ulike temaene, og validitet i analysen handlet

om i hvilken grad jeg som forsker klarte å stille gode spørsmål til materialet. Malterud (2017, s. 24), sier at forskningsmetoden som velges må være egnet for å belyse problemstillingen på en grundig og pålitelig måte. Det er også viktig å være kritisk til om utvalget i seg selv kan gi svar på problemstillingen, eller om det er behov for å inkludere flere eller andre typer deltakere eller datakilder. Videre sier hun at man i all forskning må spørre seg om metoden som er brukt representerer en vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen, om utvalget i seg selv har gitt svar på problemstillingen, og om det foreligger relevant grunnlag for å få svar på spørsmålene. Forskningsspørsmålet var knyttet til den enkeltes opplevelse og ivaretagelse av verdighet, og hvordan relasjoner til andre påvirket verdigheten. Funnene understreker at respondentenes opplevelser i ulike situasjoner og relasjoner utfordret verdigheten. Funnene i denne studien kan også knyttes opp mot funn fra studier om for eksempel livskvalitet. Dette er med på å styrke studiens validitet.

Metodevalget stemte godt med det jeg ønsket å undersøke, da jeg ønsket å komme dypere inn i andres livshistorier, og lytte til deres egne opplevelser av å være rusmisbrukere og ha nedsatt oral helse. Jeg var hele tiden bevisst på min rolle som forsker i møte med respondentene, og om min væremåte og fremgangsmåte har påvirket deltakerne på noen slags måte. Man kan lett påvirke påliteligheten i studien ettersom vi har våre egne erfaringer og kunnskap med oss inn i forskningen. Jeg har intervjuet seks personer, og det er deres deltakelse som gav grunnlaget for resultatet i studiet. Intervjuguiden er utarbeidet av meg etter semi-strukturert mal, og dialog mellom meg og respondentene er av den sort at ingen av intervjuene er like. Det er min egen teoretisk for forståelse og tolkning som har preget denne undersøkelsen.

Det må fremheves at informasjon fra seks respondenter fra et avgrenset område ikke vil kunne gi et generalisert bilde av hele befolkningen. Det kan imidlertid være med på å løfte frem et viktig tema inn mot annen forskning på feltet. En svakhet med studien er at intervjuene ikke ble så lange som man hadde ønsket. Ettersom temaet er så sårbart å snakke om, ønsket jeg dog ikke å påføre respondentene noe mer belastning ved å grave dypere i deres livshistorie.

Som forslag til videre forskning hadde det vært nyttig med en studie med flere deltakere, hvor man i større grad fikk innblikk i hverdagen og utfordringene med det å leve med nedsatt oral helse og hvordan tannbehandling blir fulgt opp. Forskning som gir mer forståelse av selve begrepet verdighet og hvordan dette kommer til uttrykk i praksis, er nødvendig med tanke på denne sårbare gruppen. Det finnes lite forskning på feltet når man tar med verdighetsspørsmålet. I studien kommer det frem at respondentene får nedsatt verdighet av å leve nedsatt oral helse, og det innebærer et potensiale for videre forskning i form av å finne ut hvordan man best kan hjelpe denne gruppen til et bedre og mer verdig liv, samt økt livskvalitet.

7. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan det oppleves for rusmisbrukere å leve med nedsatt oral helse, og hvordan dette påvirket verdigheten deres.

Å ha levd et liv med rusmisbruk setter sine spor, både psykisk og fysisk. Rusmisbruk fører med seg en rekke utfordringer som gir store negative ringvirkninger for brukeren og deres omgivelser. Respondentene i studien forklarte begrepet verdighet litt ulikt, og beskrivelser av å få det ivaretatt var litt vanskelig å sette ord på. Alle henviste til en indre opplevelse av verdighet når de skulle forklare hva de la i begrepet. På grunn av sin livssituasjon og dårlige orale helse, følte de tap av egen verdighet i møte med andre mennesker. Belyst av omsorgsvitenskapen kan mangel på verdighet føre til et liv i lidelse, og ytre påvirkning og vanskelige relasjoner var en av årsakene til at respondenten følte manglende verdighet og omsorg. Lidelse er en subjektiv og individuell erfaring, og utgjør en stor del av det menneskelige livet. Respondentenes verdighet var truet på bakgrunn av dårlig og nedsatt oral helse, sårbar livssituasjon, og generelt nedsatt fysisk og psykisk helse. I møte med hjelpeapparatet kjente de på skam, avmakt og håpløshet. De beskrev ulike behov som ikke hadde blitt hørt, ivaretatt eller tatt på alvor. Imidlertid er det viktig å påpeke at enkelte av respondentene opplevde møte med tannhelsepersonell som positiv, og de fikk ivaretatt sine behov. Studiens funn må likevel bli sett i sammenheng med at flere av respondentene gav uttrykk for at det var vanskelig å få den hjelpe de ønsket av hjelpeapparatet.

7.1 Anbefalinger for praksis

Det er viktig at tannhelsepersonell kjenner til denne pasientgruppen og hvilke ulike behov de har når de kommer til behandling. De må kjenne til hva som er med på å true verdigheten, og hvordan dette kan unngås. Tannhelsepersonell må synliggjøre at de ønsker å ivareta pasientenes verdighet, og dette må komme til syne gjennom holdninger og handlinger. For å fremme verdigheten må pasientene bli tatt på alvor, og de må føle seg anerkjente. Tannhelsepersonell må jobbe med relasjonell kompetanse og prioritere ivaretagelsen av verdighet. Tannhelse bør sees i

sammenheng med øvrig rehabilitering, og tannhelsetjenesten bør jobbe tettere sammen med rusomsorgen. Da kan det planlegges tannbehandling, og i større grad kan det være mulig å få gjennomført behandling på en trygg og god måte. Dersom tannhelsen til rusmisbrukeren blir bedre, kan dette være med på å gi dem økt selvtillit, og ha betydning for inkludering i samfunnet. Videre kan den enkeltes egen følelse og identitet bli styrket.

7.2 Videre forskning

Videre forskning bør legge vekt på hvordan rusmisbrukere blir ivaretatt på tannklinikken, og fokusere mer på kommunikasjon og tilrettelegging for å fremme verdigheten best mulig for pasienten. Dette vil være hensiktsmessig for en allerede sårbar gruppe som trenger å bli anerkjent i samfunnet. Rusmisbrukere trenger et støtteapparat rundt seg som kan fremme helsen og ta vare på individet. Det bør være et tverrfaglig team som har ansvar for å bistå rusmisbrukere og oppfølging av tannbehandling. utfordringene ligger i å få de til å møte opp til tannbehandling.

Referanser

- Adamczyk, K. & Segrin, C. (2015). Direct and indirect effects of young adults' relationship status on life satisfaction through loneliness and perceived social support. *Psychologica Belgica*, 55(4), 196.
- Aksnes, K. (2019). Utenforskap gir dårlig munnhelse. *Den Norske tannlaegeforenings tidende*.
- American addiction centers. (2020). *How drug abuse affects dental health*. Hentet 5. mai 2020 fra <https://americanaddictioncenters.org/health-complications-addiction/dental-health>
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik* (1. utg., s. 185-196). Studentlitteratur AB.
- Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2015). *Teoretiska grunder för vårdande* (Bd. del 1). Liber.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little Extra' That Alleviates Suffering. *Nurs Ethics*, 14(3), 372-386. <https://doi.org/10.1177/0969733007075877>
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande : etik i vårdandet* (2. utg.). Liber.
- Asp, M. & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på en livsvärldfenomenologisk grund. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga Begrepp i Teori og Praktik* (1. utg., s. 66). Författerna och Studentlitteratur 2012.
- Barilan, Y. M. (2012). *Human dignity, human rights, and responsibility : the new language of global ethics and biolaw*. MIT Press.
- Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologisk begrepp. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga Begrepp i Teori og Praktik* (1. utg., s. 49). Författerna och Studentlitteratur.
- Bloomfield, J. & Pegram, A. (2012). Physical healthcare needs: oral hygiene in the mental health setting. *Mental health practice*, 15(6), 32-38. <https://doi.org/10.7748/mhp2012.03.15.6.32.c8981>
- Borg, A.-C., Ericson, D. & Zimmerman, M. (2000). *Missbruk - syns det i munnen?*
- Chalmers, J. & Pearson, A. (2005). Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs*, 52(4), 410-419. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03605.x>

- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande : i teori och praxis*. Natur och kultur.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- de Espíndola, M. I., Bedendo, A., da Silva, E. A. & Noto, A. R. (2020). Interpersonal relationships and drug use over time among homeless people: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1746. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09880-2>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 23.05.2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 05.02 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- de Oliveira, C., Watt, R. & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *Bmj*, 340, c2451. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2451>
- Defining oral health. (2017). *Dental Abstracts*, 62(4), 176-177. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.denabs.2017.03.001>
- Drentea, P., Copes, H. & Valles, J. (2020). Hope, Dignity, and Oral Health for Women in Recovery. *Contexts (Berkeley, Calif.)*, 19(2), 62-64. <https://doi.org/10.1177/1536504220920198>
- Edland-Gryt, M. (2010). *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmissbrukere : en kartlegging* (Bd. 2/2010). SIRUS.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet : ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen* [Åbo Akademis förlag]. Åbo.
- Edlund, M. (2012). Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik. I L. Wiklund Gustin & B. Ingegerd (Red.). *Författarna och Studentlitteratur 2012*.
- Edlund, M., Lindwall, L., Post, I. v. & Lindström, U. Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics*, 20(8), 851-860. <https://doi.org/10.1177/0969733013487193>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning.

- Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskapen som disciplin. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga Begrepp i Teori och Praktik* (1. utg., s. 35). Författarna och studentlitteratur.
- Eriksson, K., Lindström, U. Å. & Åbo akademi Institutionen för, v. (2007). *Gryning : III : Vårdvetenskap och hermeneutik* (Bd. III). Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K., Olsson, K. A., Peterson, C. I. & Zetterlund, J. E. (2006). *The suffering human being*. Nordic Studies Press.
- Eriksson, K. & Randers-Pehrson, Ø. (1995). *Det lidende menneske*. TANO.
<https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:999508806634702202>
- Espósito Santos, B. F., Luiz Da-ré, E., Ferreira Bello, G., Pereira Silva, G., Araújo Fernandes, L. & Coelho de Lima, D. (2015). Drug addiction: self-perception of oral health. *Revista brasileira em promoção da saúde = Brazilian journal in health promotion*, 28(4), 479-486. <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p479>
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology nursing forum*,
- Fossland, T. M. & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikasjon. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 321-330). Studentlitteratur AB.
- Gadamer, H.-G., Weinsheimer, J. & Marshall, D. G. (2013). *Truth and method*. Bloomsbury Academic.
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode : ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G. & Weyant, R. J. (2017). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 151(2), 229-231. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2016.11.010>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005, 15. juli). *Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-122005/id445638/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006, 2. februar). *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006*. Regjeringen.no.

w.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rus/2006/0003/ddd/pdfv/272988-rundskriv_i-2_2006.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008, 12.02.2008). *Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 -økning av rammebevilgingen til fylkeskommunene for 2008*. Regjeringen.no.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i_4_2008.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 16.12.2014). *Verdens helseorganisasjon*.

Regjeringen.no. Hentet 20.11.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Helsedirektoratet. (27.08.2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (Rapport IS-2727). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>

Helvig, J. I., Jensdottir, T. & Storesund, T. (2017). Outcome of dental treatment for drug addicts in sponsored rehabilitation. *Har gratis tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige ført til forventet effekt?*, 127(9).

Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Høifødt, T. S., Lund-Stenvold, E. & Høye, A. (2018). Ikke glem tennene. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(20). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0581>

Jacobson, N. (2007). Dignity and health: A review. *Soc Sci Med*, 64(2), 292-302.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.039> (Social Science & Medicine)

Karlsen, L. S., Wang, N. J., Jansson, H. & Ansteinsson, V. (2017). Tannhelse og oral helse relatert livskvalitet hos et utvalg rusmiddelmissbrukere i Norge. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 127(4), 316-321.

Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Lid, T. G. (2006). Legerollen—mellom legekunst og pasientflyt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering : prinsipper og praktisk organisering* (2. utg. utg.). Ad notam Gyldendal.

- Lindwall, L. & Lohne, V. (2021). Human dignity research in clinical practice – a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*, 35(4), 1038-1049.
<https://doi.org/10.1111/scs.12922>
- Lorencini, B. V., Bissoli, B. C., Simoes, J. C., Miotto, M. H. M. d., deSiqueira, M. M. & Zandonade, E. (2019). Dor dentária em usuários de Substâncias Psicoativas dos CAPS AD de Vitória, Vila Velha e Serra, ES, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11).
- Lyngved, K. (2015). Rusmisbrukere må få et hjem. *Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55916>
- Løkken, P. & Birkeland, J. M. (2005). Medikamenter og munntørighet.
<https://tidsskriftet.no/2005/03/legemidler-i-praksis/medikamenter-og-munntorrhet>
- Malm, M. (2012). Själen. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik* (1. utg., s. 143-153). Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Mann, J. M. (1997). Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights. *Hastings Cent Rep*, 27(3), 6-13. <https://doi.org/10.2307/3528660>
- Nilsson, B. (2012). Ensamhet. I F. o. Studentlitteratur (Red.), *Vårdevetenskapliga Begrepp i Teori och Praktik* (s. 422). Pozkal.
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Anal*, 12(2), 69-81.
<https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b>
- Nortvedt, P. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal akademisk.
- Persson, K., Axtelius, B., SÖDerfeldt, B. & ÖStman, M. (2009). Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(3), 263-271. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01364.x>
- Priebe, Å., Wiklund Gustin, L. & Fredriksson, L. (2018). A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. *Int J Ment Health Nurs*, 27(2), 856-865. <https://doi.org/10.1111/inm.12374>
- Rehnsfeldt, A. & Arman, M. (2020). *Klinisk vårdvetenskap : vårdande på teoretisk grund* (Första upplagan. utg.). Liber.

- Robinson, P. G., Acquah, S. & Gibson, B. (2005). Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *British Dental Journal*, 198(4), 219-224.
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4812090>
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet : en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal akademisk.
- Schmidt, H. (2019). Har du tid til det, da? : om åndelig omsorg i sykepleien.
- Semb, R., Borg, M. & Ness, O. Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 204-220. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>
- Severinsson, E. & Lassenius, E. (2014). *Hermeneutik i vårdpraxis : det nära, det flyktiga, det dolda*. Gleerups.
- Skjærvø, I., Clausen, T., Skurtveit, S., Abel, K. F. & Bukten, A. (2018). Similarities and Differences in Victimization Risk Factors for Nonoffending and Offending Substance Users. *Victims & Offenders*, 13(4), 526-541.
<https://doi.org/10.1080/15564886.2017.1383332>
- Skogen, J. K., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2014, 06.12.2019). *Rusbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Skorpen, F., Rehnsfeldt, A. & Thorsen, A. A. (2015). The significance of small things for dignity in psychiatric care. *Nurs Ethics*, 22(7), 754-764.
<https://doi.org/10.1177/0969733014551376>
- Solberg, H. & Nåden, D. (2020). It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *J Clin Nurs*, 29(3-4), 480-491. <https://doi.org/10.1111/jocn.15108>
- Tannhelsetjenesteloven. (1984). *Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)* (LOV-1983-06-03-54). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=tannhelsetjenesten>
- Thorkildsen, K. M., Eriksson, K. & Råholm, M.-B. (2015). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scand J Caring Sci*, 29(2), 353-360.
<https://doi.org/10.1111/scs.12171>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.

- Vanberg, K., Husby, I., Stykket, L., Young, A. & Willumsen, T. (2016). Tannhelse blant et utvalg injiserende heroinmisbrukere i Oslo. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 126(7), 528-534.
- Vold, T. (2021). *Så lite sårbar som mulig, for å kunne fremme ubestridelige krav». Helsesårbarhet, menneskerettigheter og skam i Jan Grues Jeg lever et liv som ligner deres. En levnetsbeskrivelse*. Universitetsforlaget.
- Wiklund Gustin, L. (2014). *Vårdande vid psykisk ohälsa : på avancerad nivå* (2.uppl. utg.). Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2019). *Vårdande vid psykisk ohälsa : på avancerad nivå* (Tredje upplagan. utg.). Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2008a). Existential aspects of living with addiction - Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *J Clin Nurs*, 17(18), 2435-2443. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x>
- Wiklund, L. (2008b). Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. *J Clin Nurs*, 17(18), 2426-2434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x>
- Willumsen, T. (2019). Stian Biong og Siri Ytrehus, redaktører: Helsehjelp til personer med rusproblemer, 2. utg. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 129(1), 42-43.
- Wärnå-Furu, C. (2012). Hälsa. I L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktik* (s. 199-211). Författarna och Studentlitteratur.
- Yazdanian, M., Armoon, B., Noroozi, A., Mohammadi, R., Bayat, A. H., Ahounbar, E., Higgs, P., Nasab, H. S., Bayani, A. & Hemmat, M. (2020). Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis. *BMC oral health*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1010-3>
- Young, J. E., Klosko, J. S., Vogel, P. A., Vogel, E. O. D., Dahl, T. L. & Helse og, r. (2008). *Gjennvinn livet ditt : hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv igjen* (2. utg. utg.). Ananke.
- Åstrøm, A. N. & Berg, E. (2011). Påvirker tannstatus livskvaliteten? *Aktuel Nordisk Odontologi*, 36(1), 219-230. <https://doi.org/10.18261/ISSN2058-7538-2011-01-16> ER

Vedlegg 1

Fremdriftsplanen er en tidsplan for gjennomføring og skriving av oppgaven, inkludert plan for innlevering.

	Aug 2021	Sept	Okt	Nov	Des	Jan 2022	Feb	Mar	Apr
Innlevering prosjektplan		01.09 2021							
Etisk forhåndsgodkjenning				x					
Framleggs vurdering REK			x						
Søke NSD			x						
Kontakte utvalg må gjøres fortløpende				x	x	x	x	x	x
Datainnsamling må gjøres fortløpende				x	x	x	x	x	x
Analyse									x
Skriving av oppgaven							x	x	x

	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov 2022	Des	
-Kontakte utvalg må gjøres fortløpende	x								
-Datasamling må gjøres fortløpende	x								
-analyse	x	x		x					
Skriving av oppgaven	x	x		x					
Inndeling av teori	x	x							
Metodekapittel	x	x							

Resultat				x	x	x			
Diskusjon				x	x	x			
Helhet					x	x			
Innlevering							x		

Vedlegg 2 Intervjuguide ruslidelser og oral helse.

Bakgrunns spørsmål	Hovedspørsmål	Oppfølgingsspørsmål dersom nødvendig
Informantens alder Informantens kjønn Ca. hvor lenge har rus vært et problem i informantens liv	1: Når du hører ord som verdighet-hva tenker du på da? 2: Hvordan opplever du at du blir møtt i.f.t dine tannhelseproblemer? Positive eksempler. Negative eksempler. 3. Hvordan opplever du å kunne snakke med andre/noen i helsevesenet om utfordringer med din tannhelse? 4. Er det noen områder du opplever som ekstra sårbare i forhold til dine egen orale helse?	-Hvilke typer problemer har du med helsen/tannhelsen? -Smerter, vondt, stigma, vanskeligheter med å møte og gjennomføre behandling -Skam, stigma i sosiale situasjoner, unngår å snakke i forsamlinger

Vedlegg 3 Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET RUSLIDELSER OG ORAL HELSE?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å få mer kunnskap om hvordan det oppleves å ha ruslidelser og nedsatt oral helse. Vi ønsker å sette søkelys på hvordan det oppleves for deg å leve med nedsatt oral helse, og hvordan dette påvirker verdigheten sett fra ditt perspektiv. Du sitter på erfaringer som vi ønsker at du deler med oss. Prosjektet er en del av ett masterstudium i klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet, og gjennomføres i samarbeid med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter i Rogaland, Vibeke Hervik Bull.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Studien er en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte dybdeintervju som er planlagt å vare i 30-45 min. Til sammen 6-8 personer vil bli spurt om å delta i studien. Det vil bli tatt opptak av intervjuet og disse lagres på bånd. Det er utarbeidet et intervju guide som skal brukes under selve intervjuet. Innsamlingen av data til prosjektet starter i november 2021 og varer til mai 2022 og studien beregnes ferdig i november 2023.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysningene begrenser seg til det som kommer frem under intervjuet. Dette er helse opplysninger i tillegg til bakgrunnsopplysninger om alder, kjønn og hvor lenge rus har vært et problem.

Bakgrunnsopplysninger vil ikke bli koblet opp mot annen innsamlet informasjon, slik at det er mulig å identifisere den enkelte deltageren.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Vi ønsker at du svarer på noen bakgrunnsopplysninger deg selv. Dette vil være til hjelp for senere analyser. Ut over dette anses det ikke å være noen form for ulempe ved at du deltar i studien.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes og at materialet destrueres.

Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser, eller dersom materialet er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Mona Taslima Vee eller prosjektleder Frode Skorpen.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2023. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine

opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Frode Skorpen og masterstudent Mona Taslima Vee som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. 352505

Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Frode Skorpen er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på personvernforordninga art. 6 nr. 1 bokstav a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a).

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte masterstudent Mona Taslima Vee. Mobil: 91705631. E-post:

aldeholmtaslina@hotmail.com eller prosjektleder Frode Skorpen. Mobil: 40231619.

E-post: Frode.Skorpen@hvl.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 4

Informasjon om prosjektet ruslidelser og oral helse

Mitt navn er Mona Taslima Vee og jeg har bakgrunn som tannpleier. For tiden er jeg Mastergradsstudent ved Høgskulen på Vestlandet, Som en del av mastergradstudiet i klinisk helse – og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet skal det gjennomføres ett prosjekt som handler om ruslidelser og oral helse, og hvordan dette påvirker verdigheten. Formålet med prosjekter er å få økt kunnskap om hvordan livet oppleves for rusmisbrukere som har nedsatt oral helse og hvordan de blir møtt i samfunnet i forhold til sine utfordringer.

Prosjektet skal gjennomføres høsten/våren 2021/2022 og data blir samlet inn når prosjektet er godkjent av NSD (Norsk samfunnsdata) og REK (Regional etisk komite). Det vil bli samlet inn data i form av semistrukturerte individuelle dybdeintervju.

Jeg henvender meg til deg med spørsmål om å få tillatelse å kontakte institusjoner som behandler personer med ruslidelser for å komme i kontakt med mulige informanter. Dersom dette høres interessant ut så kan du ta kontakt med meg eller veileder , førsteamanuensis Frode Skorpen for mer utdypende informasjon. Vibeke Hervik Bull ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland er også veileder for meg i prosjektet.

Vennlig hilsen Masterstudent HVL/Tannpleier Mona Taslima Vee tlf.91705631 E-post: aldeholmtaslima@hotmail.com	Førsteamanuensis Frode Skorpen tlf. 40231619 E-post: Frode.Skorpen@hvl.no
---	--

Vedlegg 5



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Fredrik Kolstad Rongved	55589715	20.12.2021	352505

Frode Skorpen

Prosjektsøknad: Ruslidelser og oral helse

Søknadsnummer: 352505

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Samarbeidende forskningsansvarlige institusjoner: Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest / Rogaland

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Formål med studien er å belyse hvordan oral helse kan påvirke følelsen av verdighet hos rusmisbrukere. Bakgrunnen for valget av dette temaet, er at erfaringen hos tannhelsepersonell viser hvordan rusmisbrukere sliter med sin orale helse. Å leve med dårlig oral helse kan ha innvirkning på grunnleggende behov som matinntak, gi smerter og ha betydning for sosiale sammenheng. Å ha velfungerende tenner og et pent smil kan være avgjørende for et godt liv og for den generelle helsen. Personer som har nedsatt oral helse opplever ofte både smerter og stigma i samfunnet. Dette er spesielt alvorlig for rusmisbrukere fordi de allerede er i en sårbar livssituasjon og dårlig oral helse blir en tilleggsbelastning. Å ha et rusproblem fører til at tannhelsen blir nedprioritert. Rusmisbrukere har dårlig kosthold og manglende munnhygiene. Det er forsket lite på oral helse knyttet til verdighet hos rusmisbrukere.

Studien vil benytte seg av fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Et sentralt aspekt ved fenomenologien og hermeneutikken er at sykdomsbegrepet forstås ut fra ulike perspektiver, fokuset er på levd erfaring. Metoden skal kunne bidra til økt innsikt i hvordan rusmisbrukere opplever sin egen orale helse. Det er valgt individuelle intervju fremfor fokusgruppeintervju, fordi temaet er sårbart å snakke om og en slik intervjusituasjon kan skape en god og trygg ramme i en sårbar livssituasjon.

Hensikten med studien er å fordype forståelsen, i et omsorgsvitenskapelig perspektiv for hva det innebærer å være rusmisbruker med nedsatt oral helse og hvordan dette påvirker verdigheten. Det er valgt å bruke kvalitativ metode med semi-strukturerte dybdeintervju, fordi denne tilnærmingen finner vi som den beste fremgangsmåten for å belyse problemstilling, samtidig som deltakerne får tid og rom for å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet. Denne metoden kan derfor åpne for kunnskap som er forankret i deltakernes livsverden- altså levende kunnskap slik den ser ut for den som lever det livet vi snakker om. Styrker ved denne metoden er at den gir innsikt som handler om å sette seg inn i menneskets livsverden.

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

! E-post: rek-vest@uib.no

Web: <https://rekportalen.no>

Vedlegg 6

Vurdering av behandling av personopplysninger

27.01.2022

Referansenummer

624464

Vurderingstype

Standard

Dato

27.01.2022

Prosjekttittel

Ruslidelser og oral helse

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig

Frode Skorpen

Student

Mona Taslima Vee

Prosjektperiode

30.11.2021 - 30.11.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige
- Særlige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.11.2028.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

BAKGRUNN Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 352505). Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 27.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og personverntjenester. Behandlingen kan starte. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2023. Opplysningene lagres i fem år etter prosjektstutt for kontrollhensyn. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER Vi vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Vi vurderer at informasjonen

om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås. Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås. Vi vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar før

endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson personverntjenester: Karin Lillevold Lykke til med prosjektet!