

Oral helse for innsatte i fengsel- et pilotprosjekt

Rapport 2020



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Rogaland

Ta vare på smilet

Innhold

Bakgrunn for prosjektet	2
Eksisterende tannhelsetilbud for innsatte i Rogaland	2
Behovet for å styrke kunnskap om oral helse hos innsatte i fengsel - hvorfor er prosjektet viktig?	3
Målsetting	4
Ethiske vurderinger	4
Utvikling av intervensjonen	5
MI-metodikk og endringsplan	5
Oral undersøkelse	7
Utvalg, rekruttering og gjennomføring	7
Datainnsamling	7
Resultater	8
Innsattes erfaringer med intervensjonen	8
Oral undersøkelse	9
Diskusjon	10
Behandlingsbehov	10
Engasjement for oral helse og motivasjon for endring	10
Motivasjon hos deltakerne	10
Utstyr- tilrettelegging for endring	11
Valg av metode, hvor egnet var den	11
Samfunnsnyttighet av prosjektet	11
Videre forskning	11
Utfordringer og erfaringer	12
Konklusjon og anbefalinger	13
Referanser	14
Vedlegg	15
Vedlegg 1: Oversikt over prosjektforløp	15
Kontakt	16

Bakgrunn for prosjektet

Vi anbefaler Tannhelse Rogaland å vurdere hvordan det forebyggende arbeidet i de to fengslene kan styrkes.

Denne rapporten er utarbeidet av forskningsavdelingen ved Tannhelsetjenestens Kompetansesenter i Rogaland (TkRog). Rapporten beskriver resultatene og erfaringene fra forskningsprosjektet «Oral helse for innsatte i fengsel». Forskningsprosjektet var et pilotprosjekt som skulle teste utforming, intervensjon og metode i realistiske omgivelser, for å sikre kvaliteten på alle elementene i prosjektet og minimere risikoen for feil og unødig ressursbruk i et senere hovedprosjekt. Målet er at rapporten skal gi den offentlige tannhelsetjenesten, kriminalomsorgen og andre beslutningstakere kunnskap om forebyggende tiltak som kan ha effekt for innsatte i fengsel.

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er at det i 2016 ble utført en forvaltningsrevisjon av tannhelsetilbudet til innsatte i Åna og Stavanger fengsel (Rogaland Revisjon IKS 2016). De to fengslene har forskjellig tilgang på tannhelsetjenester: Åna fengsel har tannklinikker i fengselet, mens innsatte i Stavanger fengsel må fremstilles til tannklinikker utenfor fengselet.

Revisjonen kom med følgende anbefaling:

På bakgrunn av denne anbefalingen ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å styrke det forebyggende arbeidet innen oral helse for innsatte i fengsel. Siden 2012 har Rogaland fylkeskommune v/Tannhelse Rogaland hatt skriftlig samarbeidsavtale med Kriminalomsorgen region sørvest for å sikre innsatte nødvendig tannhelsehjelp. De to organisasjonene har hatt årlige møter og det var naturlig at arbeidsgruppen besto av medlemmer både fra Tannhelse Rogaland, ansatte i fengsel og fengselshelsetjenesten. Prosjektleder for arbeidsgruppen var fagleder for folkehelse i Tannhelse Rogaland Linda Næss. Prosjektets styringsgruppe besto av konstituert fylkestannlege Steinar Løgith Aase, overtannlege Anfinn Chr. Valland, overtannlege Nina Lin Monstad i Tannhelse Rogaland, seniorrådgiver Bjørg Lindebø fra Kriminalomsorgen region sørvest, assisterende fengselsleder Cathrine Moseng Bjåland fra Stavanger fengsel, seniorrådgiver Henriette Prytz og fengselsleder Jan Helge Aske fra Sandeid fengsel, samt forskningsleder Vibeke Hervik Bull og innovasjonsrådgiver Linda Næss fra TkRog.

Det ble deretter opprettet samarbeid med forskningsavdelingen ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland (TkRog), som er eid av

Tannhelse Rogaland. Kompetansesentret driver med praksisnær forskning, og har et særskilt ansvar for forskning rettet mot innbyggere med rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester og personer med omfattende tannhelseproblemer (Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017 -2027)). Prosjektet som presenteres her er gjennomført av forsker Kjersti Berge Evensen, forskningsleder Vibeke Hervik Bull, og innovasjonsrådgiver Linda Næss, alle ved TkRog. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) og Kompetansesenter rus-region vest Stavanger (KoRus) har bidratt med fagkompetanse i utviklingen av MI-manualen som skulle brukes i studien. Målet var å utarbeide og teste kunnskapsbaserte tiltak for å gi innsatte bedre muligheter til å ivareta sin orale helse under og etter soning. Det var også et viktig mål at tiltakene skulle testes forskningsbasert slik at også andre kunne lære av erfaringene fra prosjektet. Prosjektet mottok 500.000 kr. i støtte fra Regionalt forskningsfond - Vestlandet til testing av intervensjonen i fengselet i 2018-2019. Denne rapporten presenterer resultatene fra prosjektet som ble gjennomført i regi av forskningsavdelingen ved TkRog i 2018-2019.

Eksisterende tannhelsetilbud for innsatte i Rogaland

Innsatte i fengsel er en prioritert gruppe etter lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1 – 3, e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Innsatte med opphold lenger enn tre måneder skal tilbys tannhelseundersøkelse og behandling i tannklinikker i fengselet, eventuelt ved fremstilling utenfor fengselet. Både forebygging, nødvendig og/eller akutt tannbehandling dekkes av staten. Helsedirektoratets rundskriv IK-28/29 beskriver hva innsatte skal få tilbud om i tillegg til det ovenstående:

- En enklere orienterende tannhelseundersøkelse utført av helsepersonell bør inngå i den generelle inkomstundersøkelsen, hvor det er tale om et forventet langtidsopphold utover tre måneder.
- Etter nødvendig tannbehandling bør de innsatte ha kontakt med tannpleier anslagsvis to ganger årlig dersom det dreier seg om soning lengre enn ett år.

Tannhelsetjenesteloven pålegger også den offentlige tannhelsetjenesten å organisere forebyggende tiltak; den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til prioriterte grupper (tannhelsetjenesteloven § 1-3).

Av de fire fengslene i Rogaland er det kun Åna fengsel som har egen tannklinikk i fengselet. De innsatte melder fra om tannbehandlingsbehov til ansatte i fengselet, og et tannbehandlerteam fra Tannhelse Rogaland kommer til klinikken en gang i uken og behandler de innsatte fortløpende. I de tre andre fengslene; Sandeid, Haugesund og Stavanger, er tannpleier fra Tannhelse Rogaland til stede i fengselet to ganger i måneden. Det gjennomføres da enkle orale undersøkelser, og henvises videre til offentlig tannklinikk dersom det er tannbehandlingsbehov. Dersom innsatte har tannbehandlingsbehov utenom tidspunktene tannpleier er til stede i fengsel, må de gi beskjed til vakthavende som tar kontakt med aktuell tannklinikk og politi for fremstilling til tannklinikk. Tannhelsetilbudet som gis til innsatte i fengsel i Rogaland kan derfor i all hovedsak sies å være beregnet på å tilby hjelp ved akutte tannbehandlingsbehov, og i mindre grad utviklet for å tilby forebyggende og helsefremmende ytelser.

Behovet for å styrke kunnskap om oral helse hos innsatte i fengsel - hvorfor er prosjektet viktig?

Innsatte i fengsel har betydelig dårligere tannhelse enn resten av befolkningen. I en undersøkelse om innsattes levekår gjort av SSB i 2014 vurderer hele 37 % av innsatte sin egen tannhelse som dårlig eller ganske dårlig, mot 6 % av befolkningen ellers (Revolv, 2015). I tillegg oppgir 34 % av innsatte at de har hatt behov for å besøke tannlegen det siste året uten å gjøre det. Dette er betydelig høyere enn for befolkningen ellers (14 %). Det finnes etter hva vi kjenner til kun en klinisk kartlegging av oral helse for innsatte i fengsler i Norge, og den ble gjort av langtidsinnsatte ved Ilseeng fengsel i 2018. Kartleggingen viste at de fleste av de innsatte har dårlig tannhelse og behandlingsbehov (intern rapport, Søberg, 2018). Det er i tillegg gjort svært lite forskning på oral helse i norske fengsler. Et litteratursøk viser at det kun er en vitenskapelig studie på oral helse hos innsatte i Norge, og den er over 30 år gammel (Hurlen, Jacobsen & Hurlen, 1984). Med unntak av levekårsundersøkelsen fra SSB, vet vi altså lite om innsattes orale helse og behandlingsbehov i Norge.

Studier fra andre land viser imidlertid samme tendens: innsatte i fengsel har generelt dårligere oral helse enn resten av befolkningen. Innsatte i fengsel går også sjeldnere til tannlege og de er mindre motiverte til, og mindre i stand til å ivareta egen oral helse enn resten av befolkningen (Heidari, Dickson, Newton, 2014; Osborn, Butler & Barnard, 2003). Årsaken til dette kan være at denne gruppen har et høyere forbruk av både legale og illegale rusmidler enn andre deler av befolkningen,

de har ofte lavere sosioøkonomisk status og de har ofte hatt dårligere tilgang på og bruk av helsetjenester (Cinar, 2014; Cohen, 1987; Freeman & Richard, 2018).

God oral helse er svært viktig for den generelle fysiske helsen og for livskvalitet (Slade, 1997). For innsatte i fengsel er også god oral helse viktig for hvordan tilbakeføringen til samfunnet går etter endt soning (Donnelly, Martin & Brondani, 2019). Det er derfor viktig å øke kunnskapen om innsattes orale helse og samtidig øke kunnskapen om hvordan man kan bedre den orale helsen hos denne sårbare gruppen.

For å kunne gjøre dette, var det viktig å benytte seg av en metode som både har vist seg effektiv for å bedre oral helse, samt har vist seg å kunne være effektiv på atferdsendring hos grupper som vanligvis ikke responderer på tradisjonell terapi, som innsatte i fengsel (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen, 2005).

Motiverende Intervju (MI) (Miller & Rollnic, 2002) er en slik metode. MI karakteriseres som en empatisk og målrettet terapeutisk intervensjon, som utforsker en persons ambivalens for en gitt atferdsendring, og styrker motivasjonen for å nå ønsket atferd. MI antas å virke gjennom fire terapeutiske mekanismer: uttrykke empati, tydeliggjøre diskrepans, jobbe konstruktivt med motstand hos klienten og styrke klientens tro på egen mestring. I dette prosjektet ble det vurdert som svært viktig å ha en metode som ikke hadde som mål å korrigere atferd eller gi deltakerne i prosjektet en generell «oppskrift» på hvordan man ivaretar egen oral helse. MI's vektlegging av empati og aksept ble vurdert som veldig viktig for at tannpleier skulle klare å skape en relasjon til de innsatte og på den måten komme i posisjon til å jobbe med atferdsendring. Innsatte er en svært sårbar gruppe i en spesiell livssituasjon, og det var derfor avgjørende at de ble møtt med forståelse og tillit. Samtidig var det viktig å finne en metode som var konkret og målrettet, og som kunne være tydelig på faktisk atferd og ønsket atferd/mål. MI har gode teknikker for å tidlig i en samtale tydeliggjøre diskrepans mellom disse to; i dette tilfellet tydeliggjøring av forskjellen mellom den orale atferden slik den faktisk var og slik den innsatte skulle ønske den kunne være.

Innsatte i fengsel er en gruppe personer som stadig opplever at andre ønsker de skal endre atferd på ulike punkt. Å stadig bli bedt om å endre atferd kan være slitsomt, og det kan vekke motstand. Det var derfor viktig for dette prosjektet å bruke en metode som ikke ville presse gjennom en atferdsendring, men som kunne ta eventuell motstand mot endring på alvor og som hadde en teknikk for å jobbe med denne potensielle motstanden. MI ble vurdert å kunne ivareta også dette, gjennom sin teknikk

«rulle med motstand». Å «rulle med motstand» er å utforske motstanden mot atferdsendring istedenfor å konfrontere den. Den motstanden personen viser kan omfortolkes, vendes og speiles tilbake, slik at det skapes ny fremdrift mot forandring. Denne mekanismen ble vurdert viktig i arbeidet med denne gruppen, og ble antatt å kunne øke sannsynligheten for å komme i mål med atferdsendring. Til sist var det viktig at vi valgte en terapeutisk intervensjon som bidro til noe mer enn overfladisk og kortvarig atferdsendring, og som potensielt kunne bidra med mer varige endringer. I MI er det viktig å styrke en persons self-efficacy. Self-efficacy (Bandura, 1977), eller mestringsstro, er et begrep innen atferdspsykologien som beskriver troen på egen evne til å utføre en bestemt oppgave. Flere studier har vist at personer med høy self-efficacy tar bedre vare på sin orale helse (McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985; Tedesco, Keffer & Fleck-Kandarth,

1991; Tedesco, Keffer, Davis & Christerson 1992), og en studie viser at innsatte med høy self-efficacy har mer helsefremmende atferd enn de med lavere self-efficacy (Loeb, Steffensmeier & Kassab 2011).

Basert på denne kunnskapen og resultat av flere studier som viser positiv effekt av bruk av MI for innsatte i fengsel, ble intervensjonen i dette prosjektet utviklet basert på teknikker brukt i MI.

Målsetting

Målet med dette prosjektet var:

- Å få en oversikt over den orale statusen til de innsatte som deltok i prosjektet for å øke kunnskapen om oral helse blant innsatte i fengsel.

Ved å gjøre en enkel oral undersøkelse før og etter intervensjonen ville vi kunne få en oversikt over tannstatus hos en gruppe innsatte, og vi kunne få et mulig konkret estimat på hvorvidt intervensjonen hadde en effekt på faktisk oral atferd. I tillegg ville tannpleier kunne henvise den innsatte videre til tannbehandling dersom det var behov for dette. På den måten kunne prosjektet allerede i denne fasen bidra til bedret oral helse hos de innsatte.

- Utvikle en kunnskapsbasert intervensjon rettet mot å forebygge og bedre de innsattes orale helse og teste denne forskningsbasert.

Ved å utvikle og teste en intervensjon rettet mot forebygging og bedring av den orale helsen hos innsatte i fengsel, ville vi kunne bidra til økt kunnskap og forståelse av hva som er viktig i helsefremmende arbeid med denne gruppen, samt potensielt bidra til faktisk bedret oral helse og oral helseatferd.

Ved å gjennomføre dette prosjektet ville vi kunne gi Tannhelse Rogaland forskningsbasert kunnskap til å bedre også å kunne følge opp revisjonens anbefaling om å vurdere hvordan det forebyggende arbeidet i fengsel kan styrkes.

Etiske vurderinger

Et forskningsprosjekt i fengsel er utfordrende, og krever særskilte etiske vurderinger og godkjenninger. Innsatte i fengsel er spesielt sårbare da de er fratatt friheten sin, og det må gjøres særlige vurderinger knyttet til retten til privatliv og sårbarhet knyttet til det å være på tvang. Prosjektet som beskrives i denne rapporten er godkjent av Regional etisk forskningskomite (REK), Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) og Kriminalomsorgen. All forskning i Kriminalomsorgen som ikke er initiert av Kriminalomsorgen selv, skal godkjennes av det regionskontoret i Kriminalomsorgen hvor prosjektet skal foregå. På grunn av vårt samarbeid med Kriminalomsorg region sørvest ble prosjektet godkjent av Kriminalomsorg region sør.

Utvikling av intervensjonen

MI-metodikk og endringsplan

Både regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) og Kompetansesenter rus- region vest Stavanger (KoRus) var involvert i utviklingen av MI-manualen som skulle brukes i studien. KORFOR driver forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning innen rusfeltet. KoRus vest Stavanger er ett av sju regionale kompetansesenter innen rus, finansiert av Helsedirektoratet, og deres behandlingsinstitusjon Rogaland A-senter, gir tilbud om opplæring i Motiverende Samtale. Målgruppe for opplæringen er primært ansatte i kommuner, spesialisthelsetjenester og arbeidslivet som arbeider med rusrelaterte problemstillinger. KoRus hadde hovedansvaret for opplæring i MI - metodikken for tannpleiere som skulle utføre MI-samtalen med de innsatte. Tre tannpleiere fikk delta på et kurs i regi av Rogaland Fylkeskommune og KoRus, mens en tannlege og en tannpleier fikk tilrettelagt kurs på forskningsavdelingen under veiledning av KORFOR. Kriminalomsorgen ga tillatelse til å gjennomføre test av MI-intervensjonen på to tidligere innsatte på en overgangsbolig våren 2018. Det ble benyttet lydoptaker, og tannpleierne fikk individuell tilbakemelding av kvalifisert personale fra KORFOR på gjennomføring av MI-samtalen i etterkant.

En standard MI-samtale bygger vanligvis på følgende teknikker: åpne spørsmål, bekreftelse, refleksjon og oppsummering. Refleksjon er en krevende teknikk og det trengs mye trening og øvelse for den som skal utføre dette. Det kan også være krevende å klare å nyttiggjøre seg av denne teknikken. Innsatte er en ressurs svak gruppe, med varierende grad av evne og mulighet til å nyttiggjøre seg av terapi (Rubak, et.al., 2005). Teknikken refleksjon ble derfor vurdert å potensielt være for krevende for de innsatte til å kunne bidra positivt til atferdsendring. I denne studien ble derfor denne teknikken byttet ut med endringsplan. En endringsplan er en skriftlig plan som oppsummerer og konkretiserer både de individuelle målene for atferdsendring som er bestemt i MI-samtalen, men som også identifiserer mulige hindringer for å nå målene, samt løsninger på dette. En endringsplan er konkret og noe håndfast de innsatte kunne få med seg tilbake til egen celle, og som kunne fungere som en påminner underveis. MI-teknikkene som ble brukt i denne intervensjonen er derfor følgende:



Kategori	Beskrivelse	Eksempel på tannpleiers spørsmål/utsagn
1. Åpne spørsmål	Den innsatte ble oppfordret til å snakke om egen oral helse og tanker rundt denne med egne ord. Ble ikke ledet i noen bestemt retning.	Hvordan gjør du det i dag når du skal ta vare på tennene dine? Hvor ofte pusser du tennene dine? Hvilke fordeler vil det være for deg å pusse tennene to ganger om dagen? Hvor ofte drikker du brus? Hva tenker du om eget kosthold?
2. Bekreftelse	Tannpleier bekreftet det den innsatte hadde snakket om og fortalt. Tilbakemeldingene den innsatte fikk skulle legge vekt på å uttrykke forståelse for den innsattes historie og erfaringer, samt bekrefte styrker, kompetanse, anstrengelser og intensjon. Bekreftelse skal styrke tillit til egen mestring.	Du prøver virkelig å ta vare på tennene dine ... Du viser jo en stor styrke ... Du har mange tanker om hvorfor det har blitt sånn og hvordan det kan gjøres ... Du har jo virkelig prøvd å få dette til flere ganger ... Du har jo klart dette i flere perioder tidligere ...
3. Endringsplan	Tannpleier fant sammen med den innsatte ut hvilken atferdsendring den innsatte ønsket å jobbe mot, og skrev denne ned i en endringsplan. Endringsplanen skulle beskrive en konkret atferd og den skulle ha en bestemt retning: begynne med noe el. slutte med noe, fortsette med noe el. øke, minke, fortsette, oftere/sjeldnere. Endringsplanen inneholdt konkrete beskrivelser av hvordan dette skulle oppnås og mulige løsninger på eventuelle hindringer. Dette ble skrevet ned på et eget ark, og den innsatte fikk dette med seg tilbake til cella.	Hvilke endringer ønsker du å gjøre med tanke på å ivareta tannhelsen din? Hva er den viktigste årsaken til at du ønsker å gjøre en endring? Har du en plan for å gjennomføre forandringen? Hvilke potensielle hindringer kan oppstå? Hva kan du gjøre dersom du møter disse hindringene?
4. Oppsummering	Oppsummering er en kort oppsummering av to eller flere momenter, og et kortfattet «referat» av det mest vesentlige. Oppsummering stimulerer til utfylling av tema, og gir mulighet til å korrigere. Slik sikrer man at det som er sagt er oppfattet riktig.	Du ønsker å drikke mindre brus. Dette er fordi du er redd for at det skader tennene dine. I endringsplanen har vi skrevet at du kun skal kjøpe en flaske brus, og ikke fire flasker brus når dere kan handle i butikken. Dette vil være en viktig endring og hjelpe deg til å bedre ta vare på tennene dine.

Oral undersøkelse

I tillegg til MI-samtalen gjennomførte også tannpleier ved to anledninger en enklere oral undersøkelse av den innsatte; før MI-samtalen og to uker etter MI-samtalen. Det var flere årsaker til at dette ble gjennomført. Ved å tilby en enkel undersøkelse, kunne de innsatte få en umiddelbar nytte ved å delta i prosjektet: dersom de hadde behov for tannbehandling ville tannpleier være behjelpelig med å henvise videre til tannlege. Denne undersøkelsen ga også tannpleier et godt grunnlag for å kunne hjelpe dem med å identifisere atferd som kunne jobbes med i MI-intervensjonen. I tillegg ville de to målingene kunne gi et enkelt estimat på hvorvidt intervensjonen hadde en effekt på endring av atferd knyttet til oral helse. Undersøkelsen ble gjennomført på et besøksrom i fengselet, og det ble kun benyttet hodelykt, hansker og speil. Hensikten med undersøkelsen var å få en oversikt over antall tenner, restaureringer, både kroner, broer og implantater, og eventuelle proteser, samt en oversikt over hygiene.

Utvalg, rekruttering og gjennomføring

I det opprinnelige designet var det planlagt å teste intervensjonen i både Sandeid fengsel og Stavanger fengsel. Sandeid fengsel er kategorisert som et åpent fengsel med lav sikkerhet, og har en kapasitet på 88 innsatte derav 8 kvinneplasser. Stavanger fengsel er et fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Fengselet har ordinær kapasitet på 68 plasser fordelt på kvinner og menn (kriminalomsorg.no).

På grunn av endrede forutsetninger valgte vi å endre designet slik at MI-intervensjonen og studien kun ble utført i Stavanger fengsel. De innsatte i Sandeid fengsel beholdt imidlertid tilstedeværelse av tannpleier hver 14. dag som utførte enklere tannhelseundersøkelse på nyankomne innsatte, samt utdeling av profylaksepakker bestående av tannkrem, tannbørste, soft -picks og tanntråd. Det ble imidlertid ikke samlet inn data som ble brukt i prosjektet fra de innsatte i Sandeid fengsel.

Populasjonen som deltok i MI-samtalen i Stavanger fengsel besto av innsatte kvinner og menn både i varetekt og med rettskraftig dom. Alle som startet soning i perioden september – desember 2018, med unntak av de som hadde forventet opphold under to uker, eller som ikke behersket norsk/engelsk, fikk tilbud om å være med i prosjektet. De innsatte ble forespurt om deltakelse i prosjektet av sykepleier i fengselet ved innkomstsamtalen, som normalt finner sted noen dager etter at den innsatte kommer til fengselet. Innsatte som takket ja til å delta fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, samt informasjon om anonymitet og hvordan de kunne trekke seg fra studien dersom de ønsket dette. Til sammen takket 24 innsatte ja til å være med i prosjektet. Syv av dem ble imidlertid løslatt eller overført til annet fengsel før

forskningsintervjuet, og én trakk seg underveis. Dette gjorde at vi satt igjen med 16 deltakere i studien.

De innsatte som hadde samtykket til deltakelse i studien, fikk kort tid etter innkommst en avtale med tannpleier. Tannpleier foretok en enkel klinisk tannundersøkelse hvor karies-status, eventuelt tannbehandlingsbehov og BSI (belegg- og slimhinne index) ble vurdert. Det ble delt ut en profylaksepakke bestående av tannbørste, tannpasta, myke tannstikkere (soft-picks) og tanntrådøyler til hver av deltakerne. Tannpleier gjennomførte deretter MI- samtalen og skrev på bakgrunn av denne en endringsplan sammen med den innsatte. Den innsatte fikk deretter endringsplanen med seg på cellen. Undersøkelsene og MI-samtalen foregikk i fengselets besøksrom, og varte i ca. 45. minutter.

To uker etter MI-samtale ble det gjennomført forskningsintervju av psykolog. Forskningsintervjuet ble tatt opp på lydoptaker, og lydfilene ble sendt til transkripsjon. Det ble også gjort en ny enkel klinisk undersøkelse med måling av BSI-status. For å kunne koble data fra OPUS med intervjudata ble deltakerne tildelt et nummer i prosjektet. Disse dataene ble koblet mot journalnummer i OPUS. Ingen andre enn tannhelsepersonell med behandlingsansvar har tilgang til å koble disse to datasettene inne i OPUS.

Datainnsamling

For å kunne svare på prosjektets to målsettinger ble data samlet inn på to måter: kliniske data og kvalitative data. De innsattes erfaringer med å delta i intervensjonen, samt deres egne beskrivelser av endringer i motivasjon og atferd, ble undersøkt ved bruk av kvalitative intervju. Det finnes lite kunnskap om både den orale helse hos innsatte i fengsel og hvordan man kan bedre den orale helsen i denne gruppen. Kvalitative metoder benyttes ofte når man skal undersøke fenomen det finnes lite systematisk kunnskap om, og når man ønsker å få dybdekunnskap om hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem (Mays & Pope, 2000). De innsatte ble i intervjuet spurt om erfaringer med profylaksepakken, hva de hadde brukt av utstyret i denne og om de brukte dette regelmessig. De ble videre spurt om endringsplanen; hadde de brukt denne, var den tilstrekkelig enkel og lett å bruke, hvordan hadde de brukt den og opplevd nytte av denne. De ble også spurt om erfaringene med MI-samtalen; hadde de opplevd denne som nyttig og tilstrekkelig konkret, hadde de en positiv eller negativ opplevelse av denne og hva de hadde tatt med seg videre etter denne samtalen av tanker eller ideer. Alle ble også spurt om hvordan de vurderte sin egen orale helse før og etter tannbehandling, tidligere erfaringer med tannbehandling og eventuelle årsaker til tidligere dårlige/få tannbehandlinger.

Kliniske data inneholdt vurdering av tannstatus (egne tenner/manglende tenner, karies-status, tannbehandlingsbehov) og munnhygiene ved bruk av belegg- og slimhinne index (BSI) (Henriksen, et.al., 1999). Indeksen er opprinnelig utviklet for å evaluere oral helse og oral hygiene fortrinnsvis for personer i sykehus eller andre institusjoner, og ble valgt i denne studien fordi metoden er enkel å gjennomføre. For tannhelsepersonell er det en lite ressurskrevende metode som kun krever å måle mengden plakk (BI) ved inspeksjon og vurdere slimhinner (SI).

Score	BI – mengde plakk:	SI- Slimhinner
1	Belegg er ikke synlig.	Normalt utseende tannkjøtt/slimhinner
2	Kan så vidt se belegg.	Mild inflammasjon. Noe rødlig slimhinne
3	En moderat ansamling av belegg.	Middels inflammasjon, forandringer i tannkjøttets form og farge, blødning og rødfarget slimhinne
4	Rikelig belegg – dekker nærmest hele tannflaten.	Sterk inflammasjon, kraftig rødfarget, hovent tannkjøtt/slimhinne. Kan forekomme spontanblødninger.

Tabell 1: Oversikt over hvordan BSI vurderes og beregnes. Mengde plakk og inflammasjon i slimhinner vurderes og gis score som vist i tabellen.

Status for munnhygiene beregnes ved å summere score for mengde plakk og inflammasjon i slimhinner, BI + SI =BSI status. 2-4 anses som bra/akseptabel status, 5-6 er ikke akseptabel status, 7-8 er dårlig status (Henriksen et. al. 1999).

Resultater

Innsattes erfaringer med intervensjonen

Analysen av data fra intervensjonsstudien viste at de innsatte som deltok i studien hadde endret både motivasjon og atferd knyttet til det å ivareta egen oral helse, og de rapporterte om positive opplevelser av å ha deltatt i studien. Alle deltakerne beskrev at de hadde blitt mye mer motiverte til å ivareta egen oral helse etter å ha deltatt i studien. De forklarte at den økte motivasjonen i all hovedsak skyldtes profylaksepakken de fikk utdelt, samt MI-samtalen med tannpleier. Profylaksepakken ble av alle beskrevet som svært positiv og som en betingelse for å klare å endre atferd (de hadde ellers ikke hatt tilfredsstillende utstyr for å klare å gjennomføre atferdsendringene (tanntråd, god tannkrem, tannpikere etc.)). Alle deltakerne beskrev at de brukte en eller flere av artiklene fra profylaksepakken daglig. Alle de innsatte med unntak av en person, beskrev MI-samtalen som svært nyttig. Denne ene personen kunne ikke huske å ha deltatt i noen MI-samtale. Resten av deltakerne beskrev MI-samtalen med tannpleier som svært positiv og utslagsgivende for motivasjonsendring. Deltakerne beskrev samtalen som informativ, samtidig som den ga

dem nyttige verktøy for å tenke annerledes om egen atferd.

Endringsplan som ble benyttet i denne studien, er ikke noe som vanligvis blir brukt ved MI. Imidlertid beskrives det som et nyttig verktøy, særlig dersom intervensjonen retter seg mot særlig sårbare grupper som kan ha vansker med å ta imot og benytte seg av informasjon og behandling. Fordi vi kun hadde mulighet til å gi de innsatte en MI-samtale og videre oppfølging ikke var mulig- og fordi innsatte i fengsel vurderes å være en gruppe som i liten grad klarer å dra nytte av og følge opp behandling (Rubak, et.al., 2005), valgte vi å inkludere endringsplan i vår studie. Alle deltakerne med unntak av to beskrev endringsplan som svært viktig for motivasjonsendring. Av de to personene som ikke beskrev endringsplan som nyttig, kunne den ene ikke huske å ha fått denne- og den andre hadde ikke brukt denne aktivt. De andre deltakerne beskrev at de hadde brukt endringsplan svært aktivt: alle hadde hatt den enten ved siden av senga eller hengt den opp ved siden av speilet på badet. De hadde sett på den flere ganger i døgnet, og flere fortalte at planen hadde

hjulpet dem å tenke annerledes om egen oral helse. De beskrev målene som var satt opp i planen som presise og realistiske. Flere ga uttrykk for at dersom de ikke hadde hatt denne planen hadde de sannsynligvis ikke klart å holde motivasjonen for atferdsendring oppe.

Fem deltakere beskrev at de hadde gått regelmessig til tannlegen før de ble innsatt. Disse fem rapporterte om et greit forhold til en fast tannlege, og beskrev egen tannhelse som god. De resterende deltakerne beskrev egen oral helse som dårlig, og sa at de aldri hadde gått regelmessig til tannlege i voksen alder. Av de resterende deltakerne var det seks stykker som oppga tannlegeskrekk som årsak til at de ikke hadde gått til tannlegen, mens resten oppga rus og dårlig økonomi som årsaker til at de ikke hadde gått til tannlegen. Uten unntak oppga likevel alle den orale undersøkelsen hos tannpleier som var en del av studien som en positiv opplevelse. Gjennom MI-samtalene med de innsatte og forskningsintervjuene ble det tydelig at mange av de innsatte manglet grunnleggende kunnskap både om oral helse og forebygging. Flere av dem hadde lite kunnskap og forståelse om sammenhengen mellom kosthold og oral helse, og om sammenhengen mellom

oral hygiene og oral helse. I sum viser våre resultater at det er et tydelig behov både for kartlegging av behandlingsbehovet for den enkelte innsatte og individuell veiledning for å forebygge dårlig oral helse hos innsatte i fengsel.

Samtlige deltakere i studien beskrev deltakelse i studien som svært positiv. De opplevde at de var blitt sett, og de opplevde at et forsømt område (tannhelse) var blitt tatt på alvor og ivaretatt.

Oral undersøkelse

Totalt 16 innsatte fikk en oral undersøkelse, inkludert vurdering av belegg- og slimhinnestatus ved MI-samtale. Av disse hadde 14 innsatte bra/akseptabel BSI status (score 2-4), én innsatt hadde ikke akseptabel tannhelsestatus (score 5-6), og én innsatt hadde en BSI-score som ble kategorisert som dårlig tannhelsestatus (score 7-8) (figur 1).

Ved ny oral undersøkelse etter intervensjonen hadde 15 bra/akseptabel BSI (score 2-4), mens én innsatt hadde ikke-akseptabel BSI-score.

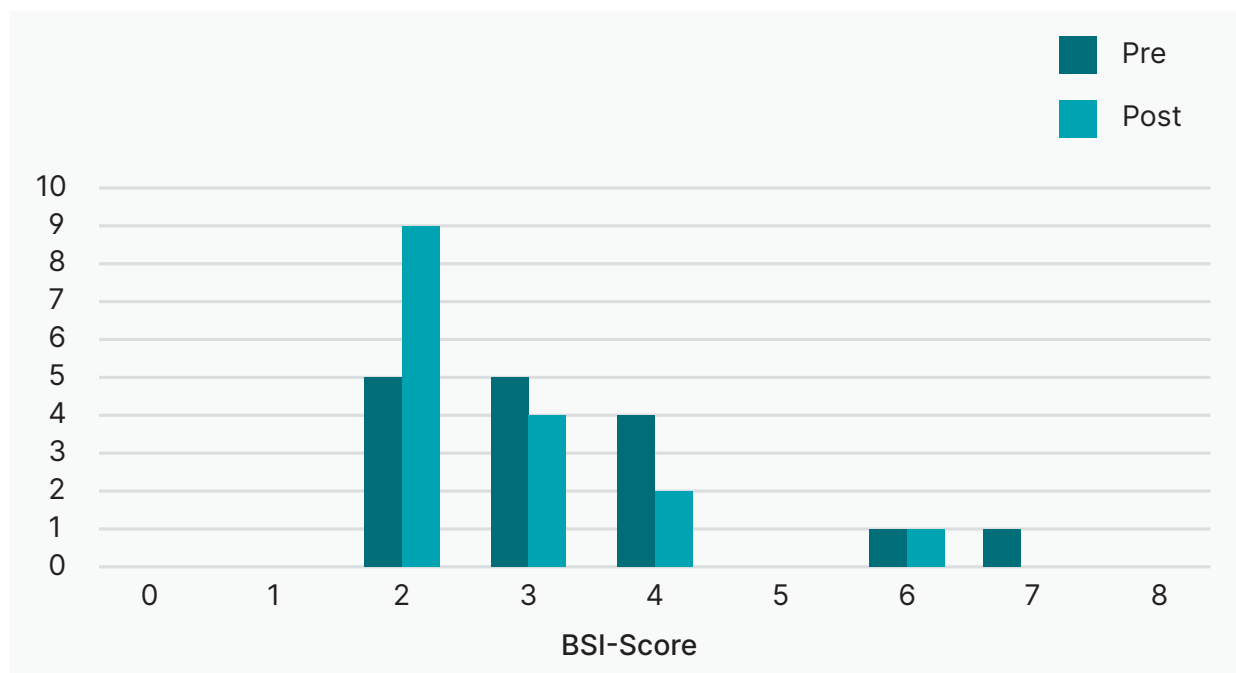


Fig. 1. 14 innsatte hadde akseptabel tannhelse (score 2-4), en innsatt hadde score 5-6 som tilsier ikke akseptabel tannhelsestatus, mens en innsatt hadde score 7 = dårlig tannhelsestatus.

Etter første screening ble ni innsatte henvist til tannlege. Åtte av disse hadde behandlingsskrevende karies/erosjon, hvorav en fikk utført rotbehandling. En innsatt hadde periodontal sykdom og en innsatt fikk

tilpasset proteser i både overkjeven og underkjeven. En innsatt hadde et implantat med løs implantatkrone på en av fortennene. Kronen ble erstattet på den gamle distansen (implantatet). Samme pasient hadde også en løs fortann. Denne ble trukket og erstattet med en spoon denture. Seks av de innsatte manglet av ulike årsaker en eller flere tenner.

Diskusjon

Mangelen på eksisterende forskning og kunnskap om innsattes orale helse tydeliggjorde viktigheten av å gjennomføre et prosjekt som dette.

Dette gjorde det imidlertid vanskelig å designe en intervensjon tilpasset denne gruppen. Innsatte i fengsel er en svært heterogen gruppe, og det er velkjent at dette ofte er sårbare personer med komplekse utfordringer inkludert rus, psykiatri, traumer og odontofobi (Heidari, Dickson & Newton, 2014). I tillegg er innsatte i en spesiell og sårbar situasjon fordi de er fratatt sin frihet. Dermed kunne vi ikke ta utgangspunkt i studier om bedring av oral helse gjort på andre grupper under andre forutsetning og forvente at det hadde overføringsverdi til denne konteksten og denne gruppen. I tillegg måtte det gjøres grundige etiske vurderinger for å sikre at deltakerne ble godt ivaretatt i prosjektet.

Av samme årsaker var det også knyttet stor usikkerhet til hvordan prosjektet og forskerne ville bli mottatt av de innsatte, og også hva resultatene fra prosjektet ville bli. Det var for eksempel usikkert hvor stort behandlingsbehov de innsatte ville ha, og om de ville se viktigheten av å ivareta sin egen orale helse. Det var videre knyttet stor usikkerhet til om det ville være enkelt å motivere deltakerne til å endre atferd, eller om dette ville vise seg å være vanskelig. Det var derfor mange forhold og betingelser som lå utenfor vår kontroll og som var umulige å forutse og planlegge for.

På grunn av disse betraktningene og usikkerhetsmomentene, ble det designet en pilot, en liten studie der målet var å høste mest mulig erfaringer, fra innsatte, fra ansatte i fengsler, fra Kriminalomsorgen, fra kliniske undersøkelser og fra forskningsintervju. Gjennom en intervensjon skulle det undersøkes om det kunne være mulig å motivere innsatte selv til å ivareta egen orale helse. Effekten skulle måles gjennom forskningsintervju og komplementers av klinisk undersøkelse. Målet var at dette sammen skulle gi kunnskapsgrunnlag til å designe en egnet intervensjon som kunne testes i en større studie.

Behandlingsbehov

Dårlig tannhelse er forbundet både med dårligere livskvalitet, smerter, og generelt dårlig helse (Slade, 1997; Donnelly, et.al., 2019). De kliniske resultatene fra denne studien er i tråd med SSB-rapporten om innsattes levekår (Revol, 2015); majoriteten

av deltakerne hadde behov for viderehenvisning til tannbehandling på grunn av karies eller andre tannbehandlingsbehov. I tillegg hadde en relativt stor andel mistet en eller flere tenner. I intervjuene rapporterte flere av deltakerne også om en opplevelse av å ha dårlig tannstatus og tannbehandlingsbehov. Flere sa for eksempel at det var mange år siden siste tannlegebesøk og at tannbehandling var noe de gjennomførte med svært ujevne mellomrom. For en innsatt var dette det første møtet med tannhelsepersonell noensinne. De fleste innsatte i vår studie hadde likevel tilfredsstillende munnhygiene målt ved BSI.

Engasjement for oral helse og motivasjon for endring

En annen påfallende observasjon i gjennomføringen av prosjektet var det store engasjementet hos deltakerne. Mange deltakere uttrykket at de var svært glade og takknemlige for å få delta i prosjektet og at oral helse var viktig for dem. Dette er viktig informasjon fordi det signaliserer at det er et ønske fra de innsatte om tilbud om forbyggende tiltak og tettere oppfølging fra tannhelsetjenesten. I tillegg er det trolig at engasjementet hos deltakerne var en viktig årsak til at intervensjonen ble så godt mottatt av deltakerne. Intervensjonen besto i å motivere deltakerne til helsefremmende atferd gjennom samtale, og for at dette skal lykkes er det en forutsetning at deltakerne ser verdien av oral helse (Miller & Rollnick, 2002; Forsberg, Ernst, Sundquist & Fabring, 2011).

Motivasjon hos deltakerne

Det var knyttet stor usikkerhet til hvor lett eller eventuelt vanskelig det ville være å motivere innsatte i fengsel til å bedre ivareta sin egen orale helse. Ville deltakerne ha så komplekse utfordringer at endring av helseatferd ville være uoverkommelig? Funnene viste imidlertid at deltakerne var, både i MI-samtalen, men også i oppfølging av egne målsettinger knyttet til endring til atferd svært dedikerte og motiverte. Dette kan tyde på at mange innsatte er i en situasjon hvor de både har mulighet til, og ofte motivasjon til endring, og denne studien viser hvor enkelt helsefremmende atferd knyttet til oral helse kan stimuleres og igangsettes. Dette er også viktig informasjon for den offentlige

tannhelsetjenesten som har ansvar for forebygging (tannhelseloven § 1-3). I fengselet kan de treffe de en sårbar gruppe som det ellers er vanskelig å nå frem til, og som muligens er i en situasjon hvor de er mottakelige for tiltak.

Antallet personer som deltok i studien var av ulike årsaker liten; alle som ble spurt om å delta i studien svarte ja, men syv personer ble løslatt/flyttet til annet fengsel før forskningsintervjuet, og én person trakk seg. For å kunne si noe mer sikkert om effekten av intervensjonen er det derfor nødvendig med en større og mer omfattende studie.

Utstyr- tilrettelegging for endring

Alle deltakerne i studien mente profylaksepakken var viktig for gjennomføring av atferdsendringen. Det er åpenbart nødvendig å ha utstyr tilgjengelig for gjennomføring av tilfredsstillende tannstell. I fengsel har de innsatte begrensede ressurser og de får begrenset lønn. Denne lønnen skal dekke alt forbruksmateriell de har bruk for under soning, i tillegg til det de ønsker ekstra av mat og godteri. De innsatte må derfor prioritere strengt, og flere av dem ga uttrykk for at de tidligere ikke alltid hadde prioritert utstyr til å ivareta sin orale helse med. Derfor er dette et viktig funn: utdeling av enkle og relativt billige tannhygieneartikler kan være viktig for at innsatte i fengsler klarer å ivareta egen oral helse under soning.

Valg av metode, hvor egnet var den

Motiverende Intervju ble valgt fordi tidligere studier har vist at denne metoden både kan ha en effekt på endring av ulike typer oral atferd, og studier har vist at denne metoden kan være effektiv på grupper som vanligvis ikke responderer på terapi, som innsatte i fengsel. I tillegg har flere studier vist at selv 1-2 sesjoner med MI kan ha en positiv effekt. Dette var viktig fordi det var vanskelig rent praktisk å planlegge for mange gjentatte MI-samtaler med samme innsatte på grunn av uforutsette løslatelser og interne flyttinger mellom fengsler i regionen. Like viktig i vårt valg av MI var vår vurdering av at denne metodikken ville kunne ivareta de innsattes behov for å føle seg forstått og ikke bli dyttet inn i nok et krav om endring av atferd. Likens er MI svært lett å tilpasse til individet, og selv om MI-samtalene følger et ganske strikt oppsett med klar agenda, vektlegger denne metoden individuell tilpasning og har ikke fokus på en generell løsning eller generell atferdsendring. MI vektlegger i stor grad respekt, empati og forståelse, og jobber med det klienten selv ønsker å endre, ikke det terapeuten eller omgivelsene synes er viktig å endre. Funnene fra denne piloten indikerer at det var viktig for de innsatte at de selv definerte hva de ønsket å jobbe med, og satte egne mål. Metodikken fungerte godt også fordi deltakerne var så forskjellige, de hadde forskjellige behov og kunnskapsnivå, og det hadde vært vanskelig

å definere felles målsettinger for hele gruppen.

Vi gjorde imidlertid noen justeringer sammenlignet med en mer standard MI-samtale. Dette var for å ytterligere tilpasse intervensjonen til den sårbare gruppen prosjektet rettet seg mot, og for å tilpasse intervensjonen til konteksten den måtte foregå i. Vi antok at MI- teknikken refleksjon, som vanligvis er en viktig del av en MI-intervensjon, ville være vanskelig for tannpleierne å lære seg og utføre korrekt gitt tiden vi hadde til rådighet for opplæring. Dette er en samtaleteknikk som krever svært mye øvelse og trening for å utføre korrekt, og i pilotstudien var det ikke mulig å tilby denne opplæringen tilfredsstillende etter MI-standard. Like viktig i vurderingen av å ikke bruke samtaleteknikken refleksjon var usikkerhet knyttet til hvorvidt de innsatte ville klare å dra nytte av denne teknikken. Vi antok at noen av dem ville kunne klare det, men hvor mange og i hvilken grad de ville kunne dra nytte av denne var usikkert. Vi erstattet derfor refleksjon med endringsplan. Endringsplan ble vurdert å være mer konkret, og en nedskrevet plan ville kunne fungere som en påminner og en «oppskrift» på hvordan atferdsendringen skulle gjennomføres. Forskningsintervjuene indikerte at den konkrete endringsplanen hadde vært svært viktig for at de innsatte skulle klare å følge opp tiltakene deltakerne hadde blitt enige om med tannpleier.

I sum var erfaringene fra piloten svært gode. I et hovedprosjekt hadde det vært ønskelig med noen flere MI-sesjoner og oppfølging av deltakerne over lengre tid.

Samfunnsnyttighet av prosjektet

Oral helse er svært viktig også i et større perspektiv. God oral helse er som tidligere nevnt svært viktig for den generelle livskvaliteten i form av mindre smerter, mindre stigma og rikere sosialt liv, bedre generell fysisk helse og mindre behandlingsbehov og bruk av helsetjenester (Slade 1997; Donnelly, et.al. 2019). For innsatte er god oral helse i tillegg viktig i prosessen med tilbakeføring til samfunnet. Å ha dårlig oral helse i form av ødelagte eller manglende tenner, fører ofte til et sosialt stigma som kan gjøre at de innsatte sjeldnere tør oppsøke eller blir ivaretatt på arenaer som ville kunne hjelpet dem tilbake til samfunnet; for eksempel jobbarena eller ulike sosiale arenaer (Donnelly, et.al., 2019; Hallberg & Haag; 2007). I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det derfor svært viktig å ivareta innsattes orale helse, slik at de innsatte kan klare og blir gitt mulighet til å bidra på ulike arenaer etter endt soning.

Videre forskning

Selv om resultatene fra piloten er lovende, bør flere studier gjennomføres for å si noe mer sikkert om effekten av intervensjonen. Intervensjonen i dette prosjektet ble gjennomført med relativt få deltakere,

og ble utført i et kort tidsrom i Stavanger fengsel. Det er behov for både en grundigere og større kartlegging av den orale helsestatusen til innsatte i fengsel og hvilket behandlingsbehov de har. Det er videre behov for mer data og andre data for å vurdere effekten av intervensjonen, de ulike delene av intervensjonen og langtidseffektene en slik intervensjon kan ha på oral atferd.

En annen observasjon som ble gjort i studien var at kvinnene som deltok i studien var mer ressursvake og mer preget av rusmisbruk enn mennene. Antallet deltakere i studien var for lavt til at vi kan rapportere om funnene, men dette er noe som burde følges opp i et hovedprosjekt.

Utfordringer og erfaringer

Til tross for et svært godt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og fengselet var det også utfordringer med gjennomføring av prosjektet. Prosjektet ble godt mottatt internt i Tannhelse Rogaland, men av ulike grunner var det flere klinikere (tannpleiere og tannlege) som trakk seg rett før gjennomføring av intervensjonen. Vi måtte derfor gjennomføre MI-opplæring i to omganger, noe som forsinket prosjektet. Intervensjonen ble også forsinket fordi prosjektgruppen ikke var klar over at det måtte innhentes utvidet politiattest for forskerne som skulle gjennomføre prosjektet. Det var videre vanskeligere enn antatt å rekruttere deltakere til prosjektet. En forklaring på dette var at det høsten 2018, etter en reform i politiet, i en kort periode ble færre innsatte i norske fengsler, og dermed færre innsatte som

startet soning denne høsten. En annen relativt stor utfordring var at innsatte ble løslatt eller overført til andre fengsel i regionen etter MI-samtalen, men før forskningsintervjuet. Dette skjedde ofte på svært kort varsel, og det var vanskelig å få kommunisert dette til forskerne. Ved et senere forskningsprosjekt bør det forsøkes å legge til rette for hyppigere kommunikasjon mellom fengsel, Kriminalomsorgen og forskerne- og klarere retningslinjer for å melde fra om overføringer/løslatelser, slik at forskningsintervju kan gjennomføres på kort varsel.

Det var mye usikkerhet knyttet til gjennomføring av prosjektet, både med tanke på konteksten prosjektet skulle gjennomføres i og gruppen intervensjonen skulle rettes mot. En interessant erfaring er imidlertid at det i all hovedsak var konteksten forskningen skulle foregå i, med alle de nødvendige restriksjoner og forholdsregler som i all hovedsak gjorde prosjektet utfordrende. Gruppen prosjektet rettet seg mot, de innsatte, var en svært fleksibel og relativt forutsigbar gruppe å gjennomføre intervensjonen på. Strukturelle forhold er lettere å få oversikt og kontroll over, og erfaringene fra denne studien gjør at man i en senere studie sannsynligvis vil kunne forutse og håndtere utfordringene nevnt i dette prosjektet på en bedre måte. I en videreføring av denne studien vil man sannsynligvis kunne gjennomføre intervensjoner og målinger med litt færre hindringer, eventuelt ha umiddelbare løsninger på eventuelle hindringer.



Konklusjon og anbefalinger

Mangelen på kunnskap og forskning om den orale helsen til innsatte i fengsel gjør at resultatene fra dette prosjektet blir spesielt viktige.

Kunnskapen fra piloten er relevant for den offentlige tannhelsetjenesten og Kriminalomsorgen både regionalt og nasjonalt. Intervensjonen som er utviklet gjennom dette prosjektet kan implementeres i norske fengsler med relativt knappe ressurser, og intensjonen med denne rapporten er nettopp å bidra med forslag til forebyggende tiltak knyttet til oral helse i fengsel. Piloten har videre vist at det både er et stort behov for, og ønske om tiltak knyttet til oral helse i fengsel fra innsatte selv. Piloten kan derfor ha stor betydning for folkehelsearbeidet i fengsler over hele landet.

Vi har vist at motiverende intervju kan fungere godt for å stimulere innsatte i fengsel til å ivareta oral helse. Resultatene fra prosjektet indikerer at en enkel MI-samtale, kombinert med endringsplan, profylaksepakke og undersøkelse, kan ha effekt for å motivere innsatte til å bedre ivareta egen munnhelse. Gjennom dette prosjektet har vi vist at tannhelsetjenesten relativt enkelt kan tilby innsatte i fengsel et forbyggende tilbud som kan ha svært god effekt. Våre erfaringer antyder at det er mange i fengsler som ville hatt stor nytte av tettere oppfølging fra tannhelsetjenesten.

Engasjementet, viljen til endring og takknemligheten deltakerne viste, signaliserer også viktigheten av å iverksette tiltak for denne gruppen. Dette vil gi innsatte mulighet til økt mestring og verdighet. Som en av de innsatte sier: Tusen takk for at dere bryr dere!

På bakgrunn av de positive funnene fra dette prosjektet, gis følgende anbefalinger:

- Det bør etableres et forebyggende tilbud knyttet til oral helse i alle norske fengsler. Et forebyggende tilbud bestående av en enkel MI-intervensjon og profylaksepakke kan ha god effekt.
- Innsatte i fengsler bør få utdelt profylaksepakker med nødvendige hygieneartikler for å kunne ivareta egen oral helse.
- Det bør legges til rette for jevnlig besøk av tannpleier i fengslene.

Referanser

Bandura A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology* 54, pp.245–254

Cinar, A. (2016). Person-centered Health Coaching in a Scottish Prison Population: Findings at Training Completion. *International Journal of Person Centered Medicine*, 6(2), 98-107.

Cohen, L.K. (1987). Converting unmet need for care to effective demand, *International Dentistry Journal*, 37, 114-116.

Donnelly, L.R., Martin, R.E., and Brondani, M.A. (2019). Perceived oral health and access to care among men with a history of incarceration. *Canadian Dental Hygienists Association*, 53(3), pp. 157-165.

Freeman, R. and Richards, D. (2018). Factors Associated with Accessing Prison Dental Services in Scotland: A Cross-Sectional Study. *Dentistry Journal*, 7, 12.

Forsberg, L.G., Ernst, D., Sundquist, K. & Farbring, C.Å. (2011). Motivational Interviewing Delivered by Existing Prison Staff: A randomized Controlled Study and Effectiveness on Substance Use After release. *Substance Use & Misuse*, 46:12, 1477-1485.

Hallberg, U. & Haag, P. (2007). The subjective meaning of dentition and oral health, struggling to optimize one's self-esteem. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*, 2, 86-92.

Heidari, E.; Dickson, C.; Newton, T. (2014). An overview of the prison population and the general health status of prisoners. *British Dental Journal*, 217, 15–19.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (2013) Veileder IS-1971. www.helsedirektoratet.no

Helse-og omsorgsdepartementet, Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017 -2027)

Hurlen, B., Jacobsen, N. & Hurlen, P. (1984) . Hepatitis B serum markers and oral health in a group of Norwegian male prisoners. *Acta Odontologica Scandinavica*. Vol. 42, issue 1.

Kay, E., Vascott, D., Hocking, A., Nield, H., Dorr, C. & Barrett, H. (2016). A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44, pp. 313–330

Loeb, S.J., Steffensmeier, D., & Kassab, C. (2010) Predictors of self-efficacy and self-rated health for older male inmates. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 811-820.

Lov om tannhelsetjenesten, Helse og omsorgsdepartementet, 1984

Mays, N. & Pope, C. (2000). Quality in qualitative health research. In Pope C.P. & Mays, N (eds). *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Books.

McCaul, K.D., Glasgow, R.E. & Gustafson, C. (1985) Predicting levels of preventive dental behaviours. *Journal of the American Dental Association*, 111(4), 601-695.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford.

NOU 2013:9 Et politi – rustet til å møte fremtidens utfordringer. Rogaland revisjon IKS (2016) Forvaltningsrevisjon av tannhelsetilbudet til innsatte.

Osborn, M.; Butler, T.; Barnard, P.D. (2013). Oral health status of prison inmates—New South Wales, Australia. *Australia Dental Journal* 48, 34–38.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*.

Slade, G. D. (1997). Measuring oral health and quality of life: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina

Statistisk sentralbyrå. Innsattes levekår 2014: Før, under og etter soning. Rapport 2015/47- Revold M.K.

Søberg, H. (2018) Kartlegging av tannhelsestatus hos langtidsinnsatte i kriminalomsorgen, Hedmark, IIseng fengsel. Intern rapport, upublisert.

Tedesco, L.A., Keffer, M.A. & Fleck-Kandath, C. (1991). Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: a social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 341-355.

Tedesco, L.A., Keffer, M.A., Davis, E.L. & Christersson, L.A. (1992), Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions. *Journal of Periodontology*.63 (7).

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over prosjektforløp

Sandeid fengsel hadde tannpleiere fast hver 14.dag for us og utdeling av profylaksepakker. Sandeid fengsel gjennomførte ikke MI-samtaler og det ble ikke gjennomført forskningsintervju med de innsatte.

Ferdig dato	Beskrivelse	Ansvar/oppgavefordeling
Vår 2018	Samtalemetodikk forankret i MI-metodikk	Kjersti Berge Evensen
Vår 2018	Intervjuguide oral helse i fengsel	Kjersti Berge Evensen
Vår/høst 2018	Opplæring av tannpleiere i MI – metodikk. 3 tannpleiere gjennomførte 1 ukes kurs i MI arrangert av Rogaland fylkeskommune og KORUS. 1 tannlege gjennomførte 1 dags kurs i MI. Individuell veiledning.	KORUS KORFOR
Vår 2018	Oppstartmøte Stavanger fengsel. Gjennomgang av bakgrunn, mål og intervensjon.	Linda Næss
Vår 2018	Test av MI - metodikk Auklend overgangsbolig	Tannpleiere Janne Schanche og Lise Birkeland
Høst 2018	MI-samtale Stavanger fengsel	Utført av Paola Nava Petit og Linda Næss
Høst 2018	Gjennomføring forskningsintervju Stavanger fengsel	Kjersti Berge Evensen og Linda Næss
Vår 2019	Intervju tannpleiere Sandeid fengsel	Kjersti Berge Evensen
Vår 2020	Intervju tannpleiere Stavanger fengsel	Kjersti Berge Evensen
Vår 2020	Rapport	Linda Næss, Vibeke Hervik Bull, Kjersti Berge Evensen
Vår 2020	Vitenskapelig artikkel	Kjersti Berge Evensen, Vibeke Hervik Bull og Linda Næss

Kontakt

Anne Birgit Vintermyr, leder TkRog
anne.birgit.vintermyr@throg.no

Vibeke Hervik Bull, forskningsleder TkRog
vibeke.bull@throg.no

 51 50 68 10

 Torgveien 21 b, 4016
Stavanger

 www.TkRogaland.no

 Kompetansesenteret@throg.no



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Rogaland