



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Ida Marie Ingvoldstad og Hilde Klareng

Veileder: Hilde Sjøberg

# Tannhelse – en utfordring eller en selvfølge?

## Oral health – a challenge or is it a matter of course?

Antall ord: 10781

Bachelor i tannpleie, kull I  
Bacheloroppgave

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

*”Glem aldri at de gamle trenger så lite,  
men trenger det lille så veldig”*

*Margaret Willour*

## **Sammendrag**

Tendensen viser at helproteser snart er en saga blott. Flere eldre har sine egne tenner intakt, ofte sammen med kompliserte erstatninger. En studie har vist at 3 av 4 pleietrengende hadde behov for hjelp til munnstell, mens 1 av 10 fikk hjelpen de trengte. Det stilles større krav til pleiernes kunnskap om tannhelse. Generelle og orale aldersforandringer, sykdommer, medisinbruk og et ikke tilfredsstillende munnstell kan forringe oral helse, som igjen har mye å si for pasienters allmenntilstand og velbefinnende. Videre ser vi nærmere på utfordringer som ligger hos pleierne: deres holdninger til munnstell og kunnskap rundt temaet. Vi har også kommet med forslag om mulige tiltak for å bedre tannhelsen hos eldre i hjemmebasert omsorg. Positive holdninger til tannhelse må forankres i pleie- og omsorgstjenestens ledelse og odontologiske fag må inn i helseutdanninger. Munnen må tas tilbake til kroppen.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
1.0. Innledning.....	5
1.1 Samfunnsmessig perspektiv .....	5
1.2 Personlig relevans.....	6
1.3 Oppgavens avgrensning og begrepsavklaring .....	6
1.4 Disposisjon .....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteratursøk .....	8
2.1.1 Beskrivelse av to forskningsartikler .....	9
2.2 Kildekritikk .....	10
3.0 Teori .....	12
3.1 Eldre .....	12
3.1.1 Tannhelse blant eldre.....	13
3.1.2 Biologisk aldring .....	14
3.1.3 Orale aldersforandringer.....	15
3.2 Konsekvensene av et mangelfullt tannstell .....	16
3.2.1 Konsekvenser for tennene .....	17
3.2.2 Konsekvenser for munnhulen og kroppen generelt.....	18
3.2.3 Munntørighet.....	18
3.2.4 Tyggefunksjon og ernæring.....	19
3.2.5 Fluor .....	20
3.3 Organisering .....	20
3.3.1 Den offentlige tannhelsetjenesten .....	20
3.3.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.....	21
3.3.3 Hjemmebasert omsorg.....	22
3.3.4 Sykepleiefaglig tilnærming .....	23
4.0 Drøfting .....	24
4.1 Dagens situasjon.....	25
4.2 Holdninger.....	26
4.3 Kunnskap.....	28
4.4 Mulige tiltak .....	31
5.0 Konklusjon .....	35
Litteraturliste .....	36
Figurliste.....	42

## 1.0. Innledning

Vi har valgt å gå nærmere inn på temaet eldre og tannhelse, og vil konsentrere oss om pleietrengende eldre i hjemmebasert omsorg. Vi vil se på hva som kan være til hinder for et adekvat munnstell og med bakgrunn i tannhelsefaglige aspekter gi denne gruppen pasienter tilfredsstillende behandling. Konsekvensen av for lite fokus på tannhelse blir dårligere tannstatus og ressurser blir brukt til reparativ behandling fremfor profylakse (Vehkalahti & Knuutila, 2008).

De eldre har flere egne tenner nå enn for noen år tilbake og dette stiller større og andre krav til pleiepersonell på sykehjem og i hjemmesykepleien (Ambjørnsen, Axèll, & Henriksen, 2002).

### *1.1 Samfunnsmessig perspektiv*

Andelen eldre mennesker er stadig stigende globalt sett, og i følge befolkningsframskrivinger 2010- 2060 vil antall personer over 80 år i Norge øke fra 220 000 (pr 2011) til 550 000 frem mot 2050 (Brunborg & Texmoen, 2010). Dette kan bety en fordobling av behovet for helsetjenester innen de neste 30 til 40 årene. Med dette som bakteppe har vi gjort oss en del tanker gjennom 5. semester, der vi hadde fokus på tannpleie for eldre. Vi lærte raskt, både gjennom undervisning og praksis, at ivaretagelse av eldre personers tannhelse var et voksende problem. Et problem som ikke bare var å finne på sykehjem men også innen hjemmesykepleien. I følge The World Oral Health Report 2003 (Petersen, 2003) står det at WHO legger spesielt vekt på 3 punkter:

- Tannhelse er integrert og viktig for den generelle helsen
- Tannhelse og generell helse er sterkt forbundet med hverandre
- Tannhelse er en avgjørende faktor for livskvalitet

Vi har valgt å konsentrere oss om hjemmesykepleien i denne oppgaven. Antall eldre som mottar hjemmesykepleie er økende og gjenspeiler den politikken som har blitt ført: færre inn på institusjon og flere hjemmeboende med nødvendig hjelp (Abrahamsen & Svalund, 2005). Den nye samhandlingsreformen som trådte i kraft 1.1.12 pålegger kommunene det

økonomiske ansvaret for pasienter som er klare for utskrivning fra for eksempel sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En sannsynlig effekt av dette kan være større arbeidspress på hjemmesykepleien og flere brukere inn.

## ***1.2 Personlig relevans***

Basert på de erfaringer vi har fått gjennom praksis er vår hypotese som følger: *Det er en svikt i hjelpeapparatet rundt pleietrengende pasienter i hjemmebasert omsorg sett i forhold til ivaretagelse av oral hygiene.* Vi har lest en del både under studiet men også i media om tannhelsen på sykehjem. Vi mener det er like aktuelt å skrive om tannhelsen til eldre i hjemmesykepleien og ønsker derfor å sette mer fokus på munnstell i denne delen av pleie- og omsorgstjenesten. ”Alle” har vi ei mor, en bestefar, slektning eller en bekjent som tar i mot hjemmesykepleie eller er i en pleiesituasjon. Hver og en av oss eldes, og dette emnet berører oss alle.

Med bakgrunn i det vi her har nevnt blir problemstillingen vår slik:

*”HVILKE UTFORDRINGER ER KNYTTET TIL TANNHELSE HOS ELDRE  
PLEIETRENGENDE I HJEMMEBASERT OMSORG  
- OG HVORDAN KAN DISSE MØTES?”*

## ***1.3 Oppgavens avgrensning og begrepsavklaring***

Vi har bevisst latt være å fokusere på pasienten og deres følelser og meninger. Vi har rettet fokuset mot ”Hvor mistes munnen på veien..?” og pleiepersonells holdninger til og kunnskap om tannhelse.

I problemstillingen vår har vi brukt begrepet *eldre pleietrengende pasienter*. Den eldre er definert til å være pleietrengende i slik grad at han har behov for hjelp til fullt kroppsstell daglig. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at en person som ber om eller som allerede mottar helsehjelp av helse- og omsorgstjenesten, er definert som pasient. Vi finner det derfor naturlig å benevne de eldre pleietrengende i hjemmebasert omsorg som *pasienter*. Vi

har også benyttet ordet *brukere* i samme mening for å få mer flyt i oppgaven. Vi har valgt å se på eldre pleietrengende som en homogen gruppe og ikke tatt hensyn til om de motsetter seg hjelp på grunn av ulike typer demens. Vi vet at dette er en utfordring knyttet til tannhelse blant eldre (Willumsen, Karlsen, Næss & Bjørntvedt, 2011), men på grunn av oppgavens størrelse, og for å begrense emnet, har vi valgt å utelate dette. Går en inn i denne tematikken er ikke veien lang til spørsmålet om tvang og bruk av Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A. Denne loven har vi heller ikke tatt for oss i oppgaven.

Begrepet *tannhelse* kan karakteriseres på mange ulike måter. For den enkelte kan tannhelse innebære og være fri for smerter, ha bra tyggefunksjon og at tennene ser akseptable ut. *Tannhelse* for en tannpleier er at befolkningen har et så funksjonsdyktig bitt sett ut ifra okklusjon, muskler og kjeveledd, samt så lite karies- og periodontittskader som mulig. *Oral helse* blir brukt for å understreke at munnhulens øvrige vev hører med innunder odontologien. Det blir mer og mer vanlig å bruke *oral helse* og *munnhelse* synonymt med *tannhelse* (Widenheim, Renvert & Birkhed, 2003). Vi har i vår oppgave lagt oss på det sist nevnte. Ordene *oral helse*, *tannhelse* og *munnhelse* brukes om hverandre.

#### **1.4 Disposisjon**

Oppgaven er delt inn i fem kapitler: innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I innledningen gir vi en presentasjon av tema og valgt problemstilling. Her har vi beskrevet innhold og avgrensninger. Metodekapittelet forteller hva en litteraturstudie er og viser hvordan vi tenkte da vi søkte og valgte ut litteratur. Her går vi nærmere inn på et par forskningsartikler. Teorien starter med å gi en innføring om eldrebølgen, typiske aldersforandringer både generelt og oralt, og hva konsekvensene av uteblitt munnstell kan bli. Videre presenteres tannhelsetjenesten, folkehelse, hjemmebasert omsorg og sykepleiefaglig tilnærming. Drøftingen er lagt opp etter konklusjonen i forskningsartikkelen som vi har anvendt og utdypet av Fjæra, Willumsen & Eide (2010). Vi drøfter pleiepersonalets holdninger, kunnskapsnivå og endring av organisering (på flere forvaltningsnivå) ved bruk av både teori og egne erfaringer. Konklusjonen avrunder oppgaven og gir et svar på problemstillingen.

Vi har fulgt skolens retningslinjer for bacheloroppgave og APA-standard. Litteraturlisten er å finne bak i oppgaven.

## 2.0 Metode

Metode, som kommer av det greske ordet ”*methodos*”, betyr å følge en bestemt vei mot målet (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Wilhelm Aubert (referert i Dalland, 2007, s. 82) sier at metode er: ”*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*”. Vår bacheloroppgave i tannpleie skal være en litteraturstudie. Det vil si at vi har kun brukt litteratur for å gi svar på vår problemstilling og ikke gjennom spørreundersøkelser, intervju eller observasjoner. Vi har brukt studier andre har gjort og bøker andre har skrevet. I metodekapitlet vil vi forsøke å få frem hvordan vi fant aktuell litteratur, hvilken litteratur vi endte opp med, beskrivelse av to benyttede forskningsartikler og til slutt kildekritikk.

### 2.1 Litteratursøk

Vi har brukt pensumlitteratur fra de seks semestrene vi har gått på skolen. Samtidig har vi benyttet oss av: *Textbook of Geriatric Dentistry* av Holm-Pedersen & Løe, 1996, *Munvård inom vård och omsorg* av Örhén & Andersson, 2006, *Äldres helse och ohälsa- en introduksjon til geriatrisk omvårdnad* av Ekwall, 2010, *Sykepleie og oral helse- Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt* av Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferreira, 2008, *Forebyggende tandvård* av Widenheim, Renvert & Birkhed, 2003 og *Tverrfaglig geriatri- en innføring* av Bondevik & Nygaard, 2006.

Vi søkte etter fag- og forskningsartikler i databaser som: SveMed+, PubMed, Age-Line og Cinahl. SveMed + brukte vi også for å finne MeSH-termer. Her brukte vi norske ord som: eldre, tannhelse, hjemmesykepleie og oral helse. Norsk-engelsk ordbok benyttet vi også for å få ordene riktig oversatt. MeSH- termene vi brukte ble: oral health, oral care, elderly, homecare service, dental hygiene. Ved å søke med enkeltord i de ulike databasene fikk vi alt for mange treff. Vi kombinerte derfor de forskjellige MeSH- termene for å redusere antallet. På denne måten fant vi flere artikler som var relevante for vår problemstilling, både fagartikler og forskningsartikler. Etter hvert så vi at det ble henvisning til de samme forfatterne i de ulike artiklene. Søkte derfor også spesifikt på forfatternavn. Litteraturlistene i de forskjellige studiene har også vært til god hjelp, særlig med tanke på primærkilder. For å finne aktuell litteratur leste vi abstraktene først. En overskrift alene var ikke nok for å bedømme om artikkelen var aktuell for vår oppgave. Det var innholdet vi var ute etter.



### 2.1.1 Beskrivelse av to forskningsartikler

Vi vil se nærmere på to av forskningsartiklene vi har brukt. Gjennom SveMed+ fant vi en studie gjort av Brit Fjæra, Tiril Willumsen og Hilde Eide. Søkeordet tannhelse ga 13 treff og denne studien var treff nr. 5. Fjæra er sykepleier og kandidat i sykepleievitenskap, Willumsen er tannlege og dr. Odont, mens Eide er sykepleier og dr. Philos.

Dette er en tverrsnittstudie hvor innhenting av informasjon har pågått over ett år. Med både strukturerte intervju og klinisk undersøkelse blir tilnærmingen kvantitativ. En tverrsnittstudie er en kvantitativ forskningsmetode. Innsamling av data har vært gjort i et bestemt utvalg på et bestemt tidspunkt. En slik forskningsmetode brukes for å finne sammenheng mellom ulike faktorer (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Utvalget i denne forbindelse er 137 personer med hjemmesykepleie i Oslo, av dem var 42 menn og gjennomsnittsalderen 80,8 år. Artikkelen ”Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien” er relevant da den er norsk, omhandler hjemmesykepleie, tannhelse og er av nyere dato (2010). Dette forfattersamarbeidet, synes vi, viser viktigheten av god samhandling på tvers av to forvaltningsnivå (kommune/fylke). Dens hensikt gjør den meget relevant i forhold til vår problemstilling da den vurderer mulige utfordringer ved Eldres tannhelse. Hensikten med studien er ”... å kartlegge risiko hos pasientene og hindringer i pasientenes miljø som kan bidra til mangelfullt tannstell og oral sykdom”.

Resultatet av studien viser at de aller fleste pasientene i utvalget har egne tenner. Risikoen for at munnstellet blir mangelfullt kommer av nedsatt førlighet og munntørrehet samtidig som at tannlegebesøkene ikke har blitt fulgt opp som tidligere år. Forfatterne konkluderer med at tannhelsen til eldre i hjemmesykepleien er et ansvar for sykepleierne og at den best blir tatt hånd om ved organiseringsendring, ved å øke kunnskap og endre holdninger hos pleierne.

De har selv stilt kritiske spørsmål ved gjennomføringen av studien:

- Det har vært mange studenter innblandet, og det kan dreie seg om ulik kompetanse i gjennomføringen av intervjuene.
- De demente pasientene i hjemmesykepleien ble ekskludert, og det er en risiko for skjevfordeling i forhold til at utvalget omfatter de friskeste og påvirker resultatet til å bli bedre enn det faktisk er.
- Utvalget var brukere av hjemmesykepleiens tjenester i en storby og spørsmålet blir om resultatet hadde blitt det samme om studien hadde vært gjennomført ute i distriktene.

Den andre artikkelen vi skal se nærmere på er ”Oral care training in the basic education of care professionals” (2010) av Heidi Samson (dr. Odont), Marjolein Memelink Iversen (Ph.D. sykepleie) og Gunhild Vesterhus Strand (dr. Odont). Dette er også en tverrsnittstudie der spørsmål ble sendt pr. brev til 270 skoler i Norge med grunnutdanning innen pleie- og omsorgsfag i 2005. Det var 203 som svarte på undersøkelsen. 15 av disse igjen hadde ikke tannhelse i sin studieplan og ble dermed ekskludert fra studien. Ved de 188 gjenværende skolene var det de ansvarlige for denne delen av undervisningen som besvarte spørsmålene. Bakgrunn for denne studien var en antagelse om at det var en mangel på undervisning innen dette fagområdet. Hovedmålet med denne undersøkelsen var å se på kvaliteten og kvantiteten av undervisning om oral helse og tenner innad i de forskjellige skolene.

Etter at svarene var samlet inn og analysert kom forfatterne frem til at de fleste skolene hadde et tilfredsstillende undervisningsopplegg innen tannhelse. De stiller seg derfor tvilende til at det er mangel på undervisning som forårsaker dårlig tannhelse blant eldre på sykehjem. Svakheten med denne studien er, som de selv nevner, at det var full anonymitet. Det er derfor ikke mulig å sjekke troverdigheten til den enkelte skole. Det er også en viss risiko for at svarene ble ”pyntet” på, og at den virkelige situasjonen er mindre positiv enn det som ble oppgitt med tanke på kvaliteten og kvantiteten på undervisning innen oral helse. Artikkelen ble benyttet av oss i drøftingsdelen under avsnittet om kunnskap.

## ***2.2 Kildekritikk***

Kildekritikk er en metode for å evaluere og beskrive den litteraturen som er brukt (Dalland, 2007). Vi skal med andre ord få frem om litteraturen vi har brukt er relevant i forhold til oppgaveordlyden og om den er gyldig. Alle forskningsartiklene vi har brukt har en innledning, metodedel, resultat og diskusjonsdel etter IMRAD- prinsippet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reiner, 2008) Mange av dem hadde også en abstrakt del, noe som var til god hjelp for oss når vi søkte etter artikler. Ved å lese sammendragene ble det raskt klart om dette var noe for oss eller ikke.

I oppgaven har vi prøvd å bruke så mye primærlitteratur som vi fant mulig.” Æres den som æres bør” er det et ordtak om heter. Det er dette samt fare for mistolkinger av budskapet til den opprinnelige forfatteren som ligger til grunn for dette valget (Dalland, 2007).

Vi har også benyttet oss av offentlige kilder som lovverk, rundskriv, forskrifter og stortingsmeldinger. Vi har anvendt både kvalitativ og kvantitativ forskning i denne oppgaven, men brukt mest av de kvantitative studiene. For oss har det viktigste vært resultatet av studiet og at det hadde relevans til vår problemstilling.

I følge Dalland (2007) er det ønskelig at litteraturen er av nyere dato når en skriver studentoppgaver. Dette har vi prøvd å rette oss etter, men har benyttet noen fagartikler og studier fra år 2000. Vi er klar over at alt er i stadig forandring men vi fant stoffet interessant og benyttet oss derfor av disse. Vi er også ydmyke for at det finnes nyere forskning innen samme området som vi ikke har klart å søke opp.

Ved å bruke SveMed+ fikk vi naturlig nok opp mange svenske artikler. Det kan for oss virke som om det foregår en aktiv forskning innen eldre og tannhelse fra den svenske tannhelsetjenestens side, kanskje mer enn her i Norge? For oss var det helt naturlig å ta med en del av den svenske litteraturen da vi så mange fellestrekk ved dagens og framtidig situasjon innen eldreomsorgen i Norge og Sverige. Dette til tross for at vi har en annen oppbygning av tannhelsetjenesten og eldreomsorgen her til lands.

Vi har i drøftingsdelen henvist til en uformell samtale med en saksbehandler fra tjenestekontoret i hjemmebasert omsorg, Elverum. I etterkant har vi innhentet muntlig tillatelse fra vedkommende om å bruke opplysninger fra denne samtalen. Vi har tatt utgangspunkt i Elverum kommune, men er klar over at hjemmebasert omsorg kan organiseres forskjellig fra sted til sted.

I oppgaven har vi brukt våre egne erfaringer og opplevelser fra praksis og undervisning. Erfaringer som har sine begrensninger da vi bare har gått 3 år ved tannpleierutdanningen. Det Vi vil mest sannsynlig se ting fra en litt annen vinkel om noen år med mer erfaringer fra arbeidslivet, men dette er hva vi tror og mener så langt. Vi er ydmyke for at vi kan ha vurdert feil eller ikke har fått med oss alle momenter, og ser også at dette kan svekke oppgaven.

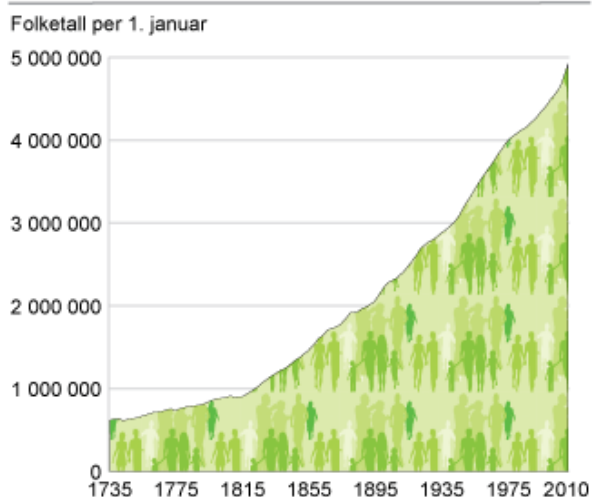
## 3.0 Teori

Teoridelen tar for seg tre temaer som er viktige for å svare på problemstillingen vår. Den første delen tar for seg eldre, tannhelse blant eldre, biologisk aldring og orale aldersforandringer. Andre del omhandler hva som kan skje ved et mangelfullt tannstell. Innunder her kommer konsekvenser for tennene, konsekvenser i munnhulen og for kroppen generelt. Under del to har vi også valgt å skrive om munntørighet, ernæring og fluor. Siste del har vi valgt å kalle organisering og vi ser nærmere på den offentlige tannhelsetjenesten, helsefremmende og forebyggende arbeid, hjemmebasert omsorg/hjemmesykepleien og til slutt sykepleiefaglig tilnærming.

### 3.1 Eldre

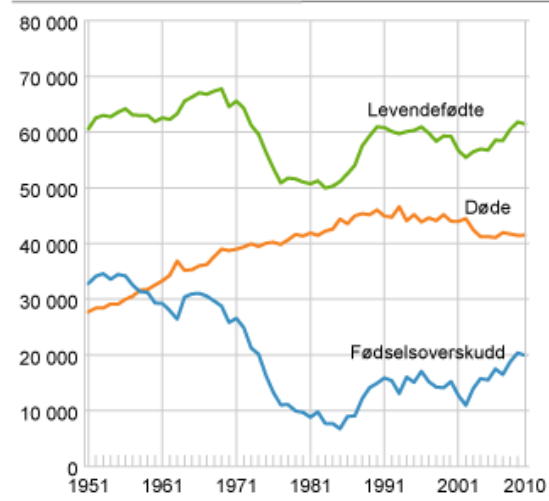
Norge talte per 1. januar 2012 4 985 900 innbyggere. 19. mars samme år passerte antall innbyggere fem millioner. Det tok 37 år å øke befolkningen med én million, fra fire til fem (Figur 1). Utrekninger gjort av Statistisk Sentralbyrå viser at det kun kommer til å ta 16 nye år før vi passerer den neste millionen, med visse forutsetninger.

Utviklingen i folketallet i Norge fra 1735-2011



Figur 1.

Levendefødte, døde og fødselsoverskudd. 1951-2010



Figur 2.

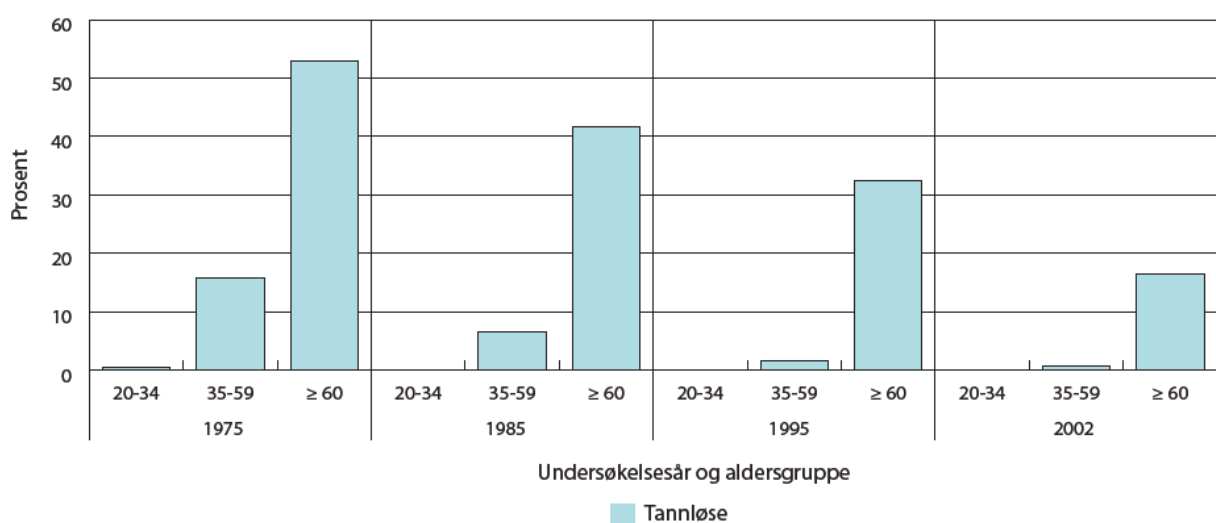
Dødelighetsmønsteret sier noe om hvor høy levealderen er forventet å bli. Levealderen øker fortsatt hos begge kjønn. Forskjellen mellom kvinner og menn var på 4,6 år i 2008. En gutt født i 2009 forventes å leve i 78,6 år, mens ei jente født samme året forventes å bli 83,1 år

gammel (Brunborg & Texmon, 2010). Figur 2 viser fødselseksplosjonen i årene etter andre verdenskrig. Det er menneskene født fra midten av 40-tallet som nå passerer 65-årsalder og omtales som den andre eldrebølgen (Romøren, 2010). Alder kan deles inn i fire, hvor den tredje alder er kalt senior/sprek pensjonist fra 65 til 79 år. Den fjerde alder starter da fra 80 år, eller fra der en ser et aldersbetinget hjelpebehov – selv om mange åttiåringer nå til dags fortsatt er ved god helse (Slagsvold, Hagestad, Solem & Herlofson, 2005).

### 3.1.1 Tannhelse blant eldre

Årene etter at fluortannkremen kom for salg i dagligvareforretninger i 1971 har vist en stor forbedring i den norske befolknings tannhelse. Dette, kombinert med økt bevissthet på daglige munnhygienerutiner og økt levestandard generelt (høyere utdanning, bedre kosthold, bedre helse- og tannhelsetilbud og medisinske fremskritt) har bidratt til forbedringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

DMFT (decayed, missing, filled teeth) er et registreringsverktøy for å måle antall tenner med ubehandlet karies, tenner som er blitt trukket på grunn av karies og antall fyllinger (Statens Helsetilsyn, 1999). Lyshol og Biehl oppsummerte i 2009 tre undersøkelser gjort i Norge og konklusjonen for de eldre voksne er at de beholder flere av sine tenner (færre tenner trukket betyr færre proteser), mens fyllingskomponent var økt. På den måten holdt DMFT seg nærmest stabil.



Figur 3. Tabellen viser en betydelig nedgang i tannløshet fra 1975 til 2002.

### 3.1.2 Biologisk aldring

Alle mennesker kjenner på kroppen at alderen setter sine spor. Det er normalt å bli gammel og det er utviklet flere ulike aldringsteorier. Én god forklaring på *hvorfor* en eldes fins ikke, men det begynner å bli velformulert *hvordan* det foregår. Aldringsprosessen er en sammensatt prosess der både sykdom og ytre faktorer påvirker mennesket. Dette kan gi store individuelle variasjoner uavhengig av kronologisk alder (Sletvold & Nygaard, 2006). Aldringsprosessen omfatter psykiske funksjoner og sosiale aspekter, så vel som fysiologiske funksjoner (Laake, 2001).

Fysiologiske aldersforandringer blir i mange tilfeller delt inn i to grupper: primære og sekundære. Den primære aldringen er en nedbrytingsprosess som pågår hos alle over tid på både celle- og organnivå. Med andre ord forandres kroppen og ulike funksjoner påvirkes og disse skal vi se nærmere på her.

Nedsatt syn hører inn under primære forandringer (Kristensson & Jakobsen, 2010). Linsen i øyet blir mindre elastisk og løsningen er ofte briller og leselys etter 40-årsalderen (Mensen, 2010).

Eldre mennesker er også oftere utsatt for dehydrering. Evnen til å opprettholde homøostase (konstant, likevekt av væskebalansen i kroppen) reduseres, og viser seg gjeldende i flere organer. Av den grunn svekkes tørstefølelsen, samtidig som noen eldre av ulike årsaker som bruk av diuretika, svelgeproblemer og immobilitet for å nevne noen, lar være å drikke for å slippe toalettbesøk. Væskereservoaret i kroppen avtar med opp mot 15 % (Brodtkorb, 2010b). At hjernens størrelse minsker resulterer i nedsatt utskillelse av signalstoffer. Acetylkolin er et viktig signalstoff i det autonome nervesystemet, som i sin tur igjen styrer utskillelsen fra ulike kjertler i kroppen (f.eks spyttkjertlene). Mindre mengder av signalstoffer kan redusere og/eller forsinke ønsket reaksjon. Eldre beveger seg mer langsomt, trenger lenger reaksjonstid og finmotorikken blir svekket. Dette kommer best til syne når knapper skal kneppes og tenner skal pusses.

Hos eldre personer reduseres også muskelmassen på grunn av muskelcelleatrofi og Mensen (2010) hevder at håndens gripekraft halveres fra 50 til 90 år. Nedsatt førlighet kan få betydning for daglige gjøremål som å vri opp en klut eller igjen, tannstell.

Et nedsatt immunsystem gjør den gamle mer utsatt for infeksjoner, virus og sopp (ibid, s. 54). Dersom kun de primære aldersforandringene styrte, skulle vi alle bli omtrent like gamle og i lik fysisk form. Slik er det ikke. Aldringsprosessen blir sterkt påvirket av ytre/sekundære

faktorer som røyking, alkoholinntak, arbeidsforhold, psyke, medikamenter og miljø (Kristensson & Jakobsen, 2010).

Litteraturen tar for seg langt flere fysiologiske forandringer enn det som her er gjort. Vi har valgt å utdype det vi syntes var mest relevant i forhold til vår problemstilling og i forhold til det som har indirekte innvirkning på det orale miljøet.

### **3.1.3 Orale aldersforandringer**

Munnhulen er i stadig forandring. I følge Laake (2001) er det vanskelig å slå fast om de orale forandringene er på grunn av aldring alene eller om det er i kombinasjon med sykdommer som oppstår i løpet av livet. Med henblikk på at litteraturen omhandler dette spørsmålet ulikt, har vi valgt å ta med de vanligste forandringene i munnhulen, uavhengig om det er på grunn av sykdom eller om det er normale forandringer.

Tennene endrer både farge og form med årene. Attrisjoner (slitasje tann mot tann) sees ofte og overflatestrukturer blir visket ut med årene. Abrasjoner (pusseskader) viser seg i den cervikale tredjedel. Dette kan komme av at tennene har blitt pusset ”for godt”. Dentinets tykkelse og kvalitet forandres (dentintubuli oblitererer og sekundærdentin dannes), tennene blir gulere og mindre gjennomskinnelige med alderen. Dette, sammen med erosjoner og pigmentering grunnet mat, drikke og røyking gjør sitt til at tennene kan bli misfargede.

Med røntgenbilder ser en at pulpahulrommet er mindre hos eldre enn yngre personer. Denne oblitereringen kommer av sekundærdentindannelsen, og pulpa vil etter hvert inneha mer fiber og færre celler. I følge Mjör skjer det også en degenerering av myeliniserte og umyeliniserte nerver inne i pulpa. Dette kan forklare hvorfor eldre mennesker har redusert sensibilitet i tennene (1996).

Klinge & Gustafsson hevder at både grad og forekomst av periodontitt øker med alderen. De er derimot usikre på om dette er en spesifikk aldersrelatert forandring eller om dette er resultat av tidligere episoder med betennelse i periodontiet. Nesten alle eldre har et mildt eller moderat horisontalt festetap på ei eller flere tenner. Hvor raskt periodontitt utvikles har ingen betydning i forhold til alder (2009; Hock, 1996).

Retrahert gingiva med dertil blottlagte tannhalser er heller ikke uvanlig blant eldre. Mange års feilaktig pusseteknikk tidligere fyllingsterapi/behandlinger og periodontitt kan være årsaken til denne tilstanden (Widenheim, et.al, 2003).

Slimhinnene blir tynnere, tørrere og faren for sår og infeksjoner økes. Tunga er den delen i munnhulen som tydeligst viser aldersforandring. Papilletettheten avtar og gir en slettere overflate, men det er vanskelig å skille normal aldersforandring her fra et sykdomsbilde. Ved underernæring kan papillene utslettes. Lingua geografica er betegnelse på atrofierte papiller, omkranset av røde felter og gulhvite linjer. Tunga kan også forme dype fissurer (lingua fissurata) eller forlengede papiller sammen med gulhvitt belegg (lingua villosa/hårete tunge) (Ambjørnsen & Axéll, 2001).

Mange eldre føler seg munntørre. Det kan se ut til at det kommer av medisinbruk og/eller sykdom, som ofte har sammenheng med aldring. Samtidig er det også sett at salivasammensetningen endrer seg jo eldre en blir (mindre cerøst saliva, mer mucøst), uten at det må påvirke mengden betraktelig. Det som er klart er at spyttkjertlene krymper i omfang med 30-50 % (Laake, 2001; Ambjørnsen & Axéll, 2001).

Oral motorikk reduseres med årene da koordinasjon av muskler og nerver ikke fungerer optimalt. Dette gir mindre kraft i bittet, tungen klarer ikke elte maten som tidligere eller rense munnen etter et måltid. Samtidig kan nedsatt oralmotorikk gjøre det vanskelig å holde på plass proteser (Andersson, 2006b).

Laake mener oral helse forringes mer av sykdommer enn av aldring i seg selv (2001). For eksempel kan slagpasienter få lammelser i ansiktet som påvirker tygge-, svelge- og rensesfunksjon. Pasienter med revmatiske sykdommer kan ha problemer med å gape, holde proteser på plass og gjennomføre munnstell grunnet leddsmerter og stivhet. Demente pasienter kan allerede tidlig i sykdomsutviklingen ha redusert evne til å ivareta egen hygiene (Willumsen, et.al, 2008). Diabetikere med et velkontrollert blodsukkernivå sliter ikke like mye med munntørrehet som de med dårlig regulert blodsukker (Andersson, 2006c).

### ***3.2 Konsekvensene av et mangelfullt tannstell***

Det er ikke alderen alene som representerer den største tannhelsesrisikoen. Er tannstellet mangelfullt vil alder i kombinasjon med andre faktorer som nedsatt førlighet, sykdom og påfølgende medisinbruk utgjøre stor risiko. Det trenger ikke ta mer enn noen måneder å ødelegge et velfungerende tannsett hvis ugunstige forhold ligger til grunn (Widenheim, et.al, 2003). I dette avsnittet skal vi ta for oss hva som utgjør de største risikoer for tannhelse. Hva kan så skje når den pleietrengende ikke lenger evner å sørge for egen daglig munnhygiene? Det kan være lenge siden forrige tannlegebesøk. Er allmenntilstanden nedsatt



kan det være et stort tiltak å oppsøke tannlegen frivillig. Kanskje det har gått så langt at man skjemmes over forholdene? En tilfredsstillende munnhygiene har betydning for både næringsopptak og personens velbefinnende (Andersson, 2006b; Widenheim, et.al, 2003). Alle mennesker har i utgangspunktet et rikelig antall mikroorganismer i munnhulen (normalflora). Hvis plakket får kolonisere seg utforstyrret, kan det fort medføre problemer som karies (tannråte), gingivitt (tannkjøttsbetennelse), periodontitt (tannløsningssykdom), stomatitt (slimhinneinfeksjon) og halitosis (dårlig ånde) (Samson & Strand, 2010; Willumsen, et.al., 2008).

### **3.2.1 Konsekvenser for tennene**

Plakk er en bakteriell biofilm. Jo lenger plakket får være tilstede på tannoverflatene, jo vanskeligere blir det å fjerne med tannbørste (Widenheim, et.al, 2003). Der plakket retinerer er risikoen for kariesangrep stor. Rotkaries er det største problemet hos eldre på grunn av retrahert gingiva. Rotoverflaten demineraliseres ved høyere pH-verdi og er mer følsom for karies enn emaljen (Hansson & Ericson, 2008). Mindre sensible tenner kan gjøre at eldre ikke opplever smerte før langt ut i kariesforløpet (Mjør, 1996). Det tar heller ikke lang tid før en ser gingivitt. Blødning langs gingivalranden ved tannstell er et tydelig symptom på det. Med grundig tannpuss og interdental renhold vil gingivitt reverseres.

Med dagens utvikling ser vi sjeldnere helproteser hos befolkningen. Dette vil utfordre kommunens pleiepersonell når det kommer til munnstell med kompliserte protetiske løsninger i form av kroner, bruer og implantater. Dette er tannerstatninger som krever likt stell som pasientens naturlige tenner (Öhrn, 2006a). Det krever større innsats fra helse- og omsorgstjenesten med tannpuss og mellomromsbørster for morgendagens eldre. For at brukeren skal få beholde sin delprotese livet ut, er det viktig at klammertennene holdes intakte. Det samme gjelder for kroner og brupilarer. Hvis pilarene og klammertennene ryker er ikke nødvendigvis tilsvarende tyggefunksjon opprettholdbar. Om plakket får kolonisere seg i peridontale lommer kan implantater (eller egne tenner) miste sitt feste i kjevebeinet. Periodontitt er betennelse i tenneses festeapparat og kan i verste fall føre til at tenner løsner. Risikofaktor for denne betennelsesreaksjonen er redusert immunforsvar, på grunn av ernæringsmangel og nedsatt allmenntilstand (Öhrn, 2006b).

### **3.2.2 Konsekvenser for munnhulen og kroppen generelt**

Munnhulens mikroorganismer holdes i sjakk inntil immunforsvaret blir satt ut av spill og normalfloraen blir ute av balanse. Men, det er ikke bare dårlig munnhygiene som forårsaker orale sykdommer. Oral "uhelse" har mange årsaksfaktorer. Et defekt immunsystem kan komme av for eksempel lange sykdomsforløp, ernæringsmangel og munntørrehet, og dårlig oral hygiene blir livstruende (Samson & Strand, 2010).

Det blir en ond sirkel: opphørt finmotorikk forverrer tannpussen som kan gi dårlig appetitt og på sikt ernæringsmangel. Allmenntilstanden blir redusert og ønsket om å delta i sosiale sammenhenger kan avta. Det blir også verre å utføre tilstrekkelig munnstell grunnet gammelt plakk. Ernæringsmangler og/eller sykdom kan gi symptomer i munnen, gi ubehag ved spising og kreve medisiner som i sin tur igjen fører til munntørrehet (Willumsen, et.al, 2008).

Candidose (soppinfeksjon) er en typisk opportunistisk infeksjon som blusser opp under slike sammensatte forhold, og sees ofte i forbindelse med økende alder og ved protesebruk. (Ambjørnsen & Axéll, 2001). Selv de minste sår i munnslimhinnen kan være smertefulle og hindre munnstell og matinntak. Om patogene mikroorganismene kommer over i blodet kan det forårsake generell systemisk infeksjon som endokarditt (betennelse i hjertets indre hinne som dekker hulrommene og klaffer), aspirasjonspneumoni og sepsis (Samson & Strand, 2010; Öhrn, 2006b). Aspirasjonspneumoni er hyppigst forekommende om pasienten har vesentlig nedsatt allmenntilstand og dårlig oral hygiene. Patogene bakterier trekkes ned i lungene ved innpust (Öhrn, 2006b; Terpenning, 2005). En studie fra Sverige konkluderer med at én av ti dødsfall grunnet pneumoni kunne vært unngått hvis adekvat munnstell hadde blitt utført (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson & Hoogstraate, 2008).

Halitosis kan komme av at gramnegative bakterier får etablere seg. De finnes især bakerst på tungen, subgingivalranden og periodontale lommer. Både betennelser i gingiva og munnslimhinnen, munntørrehet, svelgeproblemer og visse sykdommer kan gi dårlig ånde. En forbedret munnhygiene kan løse dette (Öhrn, 2006a).

### **3.2.3 Munntørrehet**

Nedsatt spyttsekresjon påvirker munnen på flere måter. Vi trenger tilstrekkelig mengde spytt blant annet for å kunne spise mat (både smake den, tygge og svelge uten vanskeligheter), snakke, rense munnen og holde proteser på plass. Salivasekresjonen avtar ved nedsatt tyggefunksjon, smaks- og luktesans (Willumsen, et.al, 2008). Hyposalivasjon kan raskt føre til omfattende kariesangrep. Både munnstell og hyppig tilførsel av fluor blir viktig for munntørre

pasienter. Sjøgrens syndrom er en kronisk sykdom som rammer bl.a. spyttkjertler og fremprovoserer munntørrhet. Sammen med revmatoid artritt, diabetes og medisinbruk, er Sjøgrens den mest vanlige årsaken til hyposalivasjon (Strand, 2006; Willumsen, et.al, 2008). Er munntørrheten relatert til legemidler, kan legen vurdere om andre typer medikamenter kan benyttes i stedet. Det finnes spytterstatningsmidler i form av spray (Løkken & Birkeland, 2005). Er pasienten munntørr og samtidig har hyppige inntak av sukkerholdig tørstedrikk/salivaerstatning, vil tannsubstans brytes ned temmelig kjapt (Widenheim, et.al, 2003).

Sykdom i munnhulen kan i forhindres ved daglig renhold. I tillegg kan karies unngås ved daglig bruk av fluortilskudd og ved å holde sukkernivået i kostholdet lavt, både når det gjelder mengde og hyppighet av inntak. Om pasienten er munntørr blir det ekstra viktig å lindre dette (Willumsen, et.al, (2008).

### **3.2.4 Tyggefunksjon og ernæring**

Det aller beste er å bevare så mange egne tenner som mulig, så lenge som mulig. En god tyggefunksjon forutsetter at overkjevens og underkjevens tenner biter mot hverandre, og at minst tjue tenner (10 par) er intakt. Hvis tannstatusen teller færre enn tjue tenner, kan en ha problemer med å spise for eksempel kjøtt og rå grønnsaker. Det kan føre til at en velger bort slik mat til fordel for kost som er fiberfattig og lett å tygge, som i sin tur igjen kan føre til underernæring. Andersson (2006a) skriver at dårlig tyggefunksjon kan medføre nedsatt allmenntilstand, redusert fysisk funksjonsnivå og problemer psykososialt.

En kan få dårlig appetitt av så mangt. Nedsatt salivasekresjon gir problemer med å tygge og svelge tørr mat og samtidig mister smaksløkene sin funksjon (ibid, 2006a, s. 56). En smakløs opplevelse, sammen med nedsatt syn og luktesans, gjør at måltidet forringes. Smaken for søtt virker å være uberørt av alders- og medisinske forandringer.

Underernæring kan få alvorlige konsekvenser: muskeltap og svekkelse generelt gir nedsatt immunforsvar og dermed økt fare for infeksjoner. Feilernæring kan gi mangelsykdommer, f.eks anemi (Brodtkorb, 2010b). Det ironiske er at dårlig munnhygiene i utgangspunktet gir ernæringsmangler, mens ernæringsmangler gir problemer og sykdom i munnhulen (Andersson, 2006b).

### **3.2.5 Fluor**

Fluor bidrar til og fremskynder remineraliseringen av tennene etter et syreangrep. Dette gjør emaljen sterkere og bedre rustet mot kommende kariesangrep (Widenheim, et.al, 2003). Fluor finnes i tannkrem, tablettform, som skyllevann og tyggegummi. Alle eldre som har egne tenner intakt kan med stor fordel bruke fluorpreparater flere ganger daglig (Samson & Strand, 2010).

## **3.3 Organisering**

### **3.3.1 Den offentlige tannhelsetjenesten**

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er et av fylkeskommunens ansvarsområder og er organisert etter Lov om tannhelsetjenesten (Tannhelsetjenesteloven, 1983). Fylkeskommunen har økonomisk støtte gjennom rammefinansiering og plikter seg til etter § 1-2 (tannhelsetjenestens formål) å:

”... fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.”

Helsedirektoratets rundskriv om ”Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011” handlet blant annet om fylkeskommunens samarbeid med kommunene for å yte den tannhelsetjenesten brukerne av hjemmesykepleien har behov for. Fylkeskommunen har vedtatt at denne gruppen er en av de prioriterte gruppene som får tjenesten vederlagsfritt. DOT fordrer å organisere forebyggende tiltak, gjennom å gi et oppsøkende og regelmessig tilbud til disse prioriterte gruppene (Tannhelsetjenesteloven, 1983). For å ha krav på vederlagsfri bruk av DOT, må brukeren ha hatt minst ett besøk av hjemmesykepleien pr uke, sammenhengende i tre måneder (Hedmark fylkeskommune, s.a.).

Hvis ikke brukeren kommer til tannhelsetjenesten med et spesifikt behov, er det tannpleier som ivaretar førstelinjerollen og er den første de nye pasientene fra hjemmesykepleien møter. Kompetansen en tannpleier innehar skal fokusere på nødvendige forebyggende tiltak for pasienten; gi opplæring for å ivareta egen munnhygiene og forhindre sykdom, og om

nødvendig henviser videre til tannlege. På klinikken foretar tannpleier regelmessig en klinisk undersøkelse og samarbeider med tannlege ved behov. Utenfor klinikken, som blir vesentlig i vårt tilfelle med pasienter som trenger hjelp til gjennomføring av daglig hygiene, kan det dreie seg om undervisning og opplæring i munn- og tannstell for pleiepersonell/sykepleiere og helsefagarbeidere. Utadrettet virksomhet foregår som et samarbeid med kommunens pleie- og omsorgstjeneste og deres pleiepersonell for å fremme tannhelse og forebygge oral ”uhelse” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

### **3.3.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid**

Folkehelse er en oppgave samfunnet har for å påvirke negative helsemessige utsikter i positiv retning for hele befolkningen. Sikkert fra Samhandlingsreformen betyr det:

- Å fremme helse
- Å redusere risiko for sykdom og skade
- Å beskytte mot ytre helsetrusler (2009, s.86).

Målet med dette er å fylle brukerens gjenstående leveår med kvalitet i form av god nok helse (2008-2009). Helse er definert av Peter F. Hjort slik: *”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav.”* (sitert i Mæland, 2005, s. 26). Fylkeskommunen setter standarden i sin serviceerklæring for hva som er tilfredsstillende munnhelse. Det innebærer at alt fra ubehag og smerter skal hindres, snakke- og tyggefunksjon skal være akseptabel og munnen skal ikke hemme personen i sosiale sammenhenger (s.a.).

Å fremme tannhelse er folkehelsearbeid. Dette kommer tydelig frem av lovverket.

Stortingsmelding nr. 35 omhandler framtidens tannhelsetjenester. Det overordnede målet er å kunne hjelpe de som trenger det mest for å få utjevnet ulikheten innen tannhelse. Det forutsetter folkehelsearbeidets helsefremmende og forebyggende perspektiv, nok kvalifisert personell og samhandling på tvers av kommune, fylke og stat (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Tannhelsetjenestelovens § 1-2 forplikter DOT til å fremme befolkningens tannhelse gjennom nødvendig forebygging (1983). Tannpleierne blir en viktig yrkesgruppe for fylkeskommunens samarbeid med kommunene på dette området, både i og utenfor tannklinikken. Folkehelsearbeidet er en viktig del av Samhandlingsreformen (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2009) som gradvis trådte i kraft fra 2012. Dette betyr at kommunene overtar ansvaret for å styrke det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Fra 1.1.2012 trådte to nye lover i kraft for å understøtte samhandlingsreformen; folkehelseloven og pleie- og omsorgstjenesteloven (kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven opphørte fra samme dato) (Helse- og omsorgsdepartementet, s.a.).

### **3.3.3 Hjemmebasert omsorg**

Utviklingen i helse- og omsorgstjenestene fører til at den hjemmebaserte omsorgsformen øker i omfang. Antall institusjonsplasser har gått ned med 10.000 plasser fra 1950 til 2006.

Bakgrunnen for dette er Stortingsmelding nr. 50, ”Handlingsplan for eldreomsorgen”, (Helse- og sosialdepartementet, 1996-1997) som satte i gang en endring i omsorgssituasjonen for de eldre. Fra slutten av 90-tallet flyttet færre inn på institusjon og pleie- og omsorgstjenesten trappet opp nødvendig hjelp og assistanse til brukeren i dens eget hjem. På denne måten får brukeren et mest mulig selvstendig og normalt liv i sin egen bolig (Abrahamsen & Svalund, 2005). En hver kommune er ansvarlig for at pleie- og omsorgstjenester i hjemmet blir forsvarlig gjennomført etter Lov om kommunale pleie- og omsorgstjenester m.m. (2011). Vedtak skal fattes etter Forvaltningsloven § kapittel 5. Ellers gjelder Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, samt Forskrift om individuell plan og Kvalitetsforskriften (Fermann & Næss, 2010). Kvalitetsforskriften skal sørge for at kommunene gjennomfører sine pleie- og omsorgstjenester etter dens formål. Det innebærer at kommunene plikter å lage skriftlige prosedyrer som garanterer at brukerne av hjemmesykepleie skal få stilt sine grunnleggende behov. Kommunene selv definerer og beskriver for brukerne hva tjenesten omfatter og hva de kan forvente (ibid, s.198). Fylkeslegen skal på vegne av Statens Helsetilsyn se til at kommunen gjennomfører munnstell i tråd med regelverket (Willumsen, et.al, 2008).

### 3.3.4 Sykepleiefaglig tilnærming

Elverum kommune har utarbeidet ”Standard for hjemmesykepleie” som er å finne på kommunens hjemmeside. Formålet sier:

- Gi nødvendig pleie og omsorg ved kort eller langvarig sykdom, alderdomssvekkelse og ved livets slutt.
- Arbeide forbyggende for å redusere pleiebehovet, slik at brukere som ønsker det, kan få bo hjemme lengst mulig (s.a.).

Å være pleietrengende innebærer at man ikke klarer å stelle seg selv. Vi forutsetter gjennom denne oppgaven at den pleietrengende trenger hjelp til de aller fleste, om ikke alle, aktivitetene for å holde seg velstelt. Det dreier seg om sansesvikt, balanseforstyrrelser, demens, omfattende reduksjon i bevegelighet – eventuelt immobilitet (Brodtkorb, 2010a). For å motta hjemmesykepleie er det slike kriterier som må ligge til grunn. Enhver bruker blir individuelt vurdert, og vurderingen pågår fortløpende. Pleiepersonellet kan bidra med blant annet ivaretagelse av personlig hygiene, av- og påkledning, toalettbesøk og ernæringsmessige behov – vel og merke i henhold til det vedtaket som er fattet for brukeren. Ivaretagelse av munnhygiene og tannbehandling er nevnt spesifikt i eget punkt (Elverum kommune, s.a.). Det er vedtakets omfang som bestemmer tidsbruken hos den enkelte bruker (Brodtkorb, 2010a).

En sykepleiers sentrale ansvarsområde dreier seg blant annet om ”å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 6). De skal holde seg faglig oppdatert, tilegne seg ny kunnskap og ta den i bruk i praksis, følge gitt lovverk og etterstrebe gode handlinger faglig og etisk sett. Pasientene skal føle at deres integritet og verdighet blir respektert. Sykepleierne fikk i 2011 revidert sine yrkesetiske retningslinjer og utfallet ble, blant annet, økt fokus på helsefremmende og forebyggende oppgaver.

## 4.0 Drøfting

Som tannhelsepersonell arbeider vi med et mål for øye; å forebygge sykdom i tenner og støttevev slik at folket kan beholde sine egne tenner livet ut. Tannpleiernes hovedmål er å praktisere yrket med fokus på pasientens beste (Norsk Tannpleierforening, s.a.). Sammen med yrkesutøvere innen eldreomsorg skal målet være en mer helhetlig helsetjeneste for pasientene. Kommunenes rolle etter Samhandlingsreformen tiltredelse byr på større og bredere samarbeid med Fylkeskommunen for folkehelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Tannhelsen blant eldre har forandret seg mye på relativt kort tid. Stadig flere eldre beholder sine egne tenner livet ut, i stor kontrast til bare noen tiår tilbake da proteser var mer vanlig (Willumsen, et.al, 2008). I artikkelen "Helsetilstanden i Norge: Eldres helse - 65 år og eldre" kommer det frem at 82 % av personer på 80 år eller mer var tannløse i 1975. I 2002 ble samme levekårsundersøkelse gjort. Tallet hadde sunket drastisk til 35 % (for eldre i gruppen 70-79 år gikk prosentandelen ned fra 55 % til 20 % over samme tidsrom). Disse tallene er under oppdatering og vil sannsynligvis bli enda lavere (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Samtidig med at flere beholder sine egne tenner blir det flere eldre i Norge. Levealderen har steget og det er ikke til å komme i fra at aldring og sykdom henger tett sammen. På grunn av de aldersrelaterte forandringene som skjer naturlig i kropp og munn kan dette i seg selv føre til en forverring av tannhelsen (Laake, 2001). Er munnstellet en selvfølge når pasientene kommer inn under hjemmebasert omsorg kan den orale helsen opprettholdes og eventuelt forbedres. Ideelt sett skal alle eldre som ikke klarer å ta vare på egen tannhelse få hjelp. Dette er et overordnet mål i Serviceerklæringen vi som fagpersonell må jobbe mot (Hedmark Fylkeskommune, s.a.). Tannhelsetjenesteloven (1983) er helt klar på dette punktet: i kapittel 2, § 1-3, står det at alle har rett til nødvendig tannhelsehjelp i det fylket de oppholder seg i. For hjemmebasert omsorg gjelder Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) som presiserer at personer som mottar hjemmesykepleie skal få ivaretatt sine grunnleggende behov. Samme forskrift gjør det helt klart at det er kommunen og kommunens ansatte som har ansvaret for det forebyggende tannhelsearbeidet (ibid, § 3).



#### ***4.1 Dagens situasjon***

Er det slik at munnstell i hjemmebasert omsorg er en selvfølgelig del av det daglige stellet? I en norsk studie utført mellom 2006 og 2007 ble tannhelsen hos pasienter i hjemmebasert omsorg undersøkt. Studenter fra sykepleieutdanningen utførte både intervju og klinisk undersøkelse av munnhulen hos disse brukerne. Det var ingen av de 137 personene i utvalget som tidligere hadde blitt inspisert i munnen av pleiepersonalet. Det kom frem at de fleste som deltok i studiet hadde et stort behov for forebyggende tiltak og klinisk behandling fra tannhelsepersonell. Hos 85 % av de undersøkte var det fare for sykdom i tennene. Resultatet viste at jo flere tenner den eldre hadde, desto dårligere var munnhygiene (Fjæra, et.al, 2010). Dårlig munnhygiene kan føre til forskjellige orale infeksjoner som gingivitt, periodontitt, candidose, karies og sekundærinfeksjoner i munnslimhinnen. Studier har også vist sammenheng mellom orale infeksjoner og generelle sykdommer som pneumoni og endokarditt. Dårlig helsetilstand i munnhulen kan også forverre eksisterende sykdommer som diabetes (Samson & Strand, 2010; Willumsen, et.al, 2008). Nøkkelen for å forebygge orale infeksjoner er fjerning av dentalt plakk. Med andre ord tannpuss og fluortilskudd. En enkel og lite tidkrevende prosedyre som burde være en selvfølge hos alle pleietrengende pasienter (Willumsen, et.al, 2011). Når det gjelder pasienter med proteser, partielle eller helproteser, er munnstell minst like viktig som hos pasienter med egne tenner. Protesene må tas ut og rengjøres, og renhold av klammertenner blir enklere (Willumsen, et.al, 2008). Fluor kan tilføres gjerne flere ganger gjennom dagen, hvis forholdene tilsier det. Nøkkelen til suksess er altså tilsynelatende enkel og banal.

Hva er så årsaken til at dette budskapet ikke ser ut til å nå helt frem? Standarden bør være at alle brukere i hjemmesykepleien skal ha akseptabel oral hygiene. På et svensk sykehjem ble det kartlagt om pasientenes behov for munnstell samsvarte med den hjelpen de faktisk fikk. Hele 3 av 4 beboere trengte assistanse da det gjaldt å ta vare på tannhelsen, mens bare 1 av 10 fikk den hjelpen som var nødvendig. (Forsell, Petteri, & Johansson, 2009). Her er det tydeligvis noen barrierer som må forseres. Noen av disse barrierene skal vi forsøke å belyse utover i oppgaven.

Vår praksisperiode i femte semester hadde fokuset rettet mot eldre. I løpet av seks uker traff vi mennesker som gjennom hele sitt liv hadde tatt godt vare på tennene sine. Flere av dem opplevde på kort tid en negativ progredierende utvikling i tannstatus etter å ha blitt

pleietrengende. Disse forandringene kom mest sannsynlig på grunn av sykdom, medisinbruk, aldersrelaterte forandringer generelt i kroppen, samt orale aldersforandringer i kombinasjon med mangelfullt munnstell. Samtidig vil vi understreke at vi også så det motsatte. I samme semester var vi rundt på forskjellige sykehjem og utførte en belegg- og slimhinneindeks (BSI). Undersøkelsen vår viste at mange pasienter, og hele avdelinger, hadde tilfredsstillende munnhygiene. Dette ga oss forståelse for at det faktisk går an å få det til, og at det er mulig å forsere disse barrierene som Fjæra og Willumsen med flere (2008; 2011) nevner i sine artikler. Vi tenker da spesielt på holdninger, kunnskap, organisering og bedre rutiner. Samson, Strand & Haugejorden (2008) sier at de eldres behov for tannbehandling er større enn noen gang med bakgrunn i dagens utvikling.

## **4.2 Holdninger**

Artikkelen "Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien" konkluderer med at en forutsetning for å kunne ta bedre vare på de eldres tannhelse i hjemmebasert omsorg er holdningsendringer blant personalet (Fjæra, et.al, 2010).

I følge Lingås (2008) er det lett å bli påvirket av de holdninger som allerede er tilstede på en arbeidsplass. Vi mennesker har lett for å ta over "sannheten" dit vi kommer og tilpasser oss den. "Sånn er det her" og "slik har vi alltid gjort det". Holdninger som ledelsen har kan være avgjørende for hvilke holdninger personalet viser. Gir ledere uttrykk for at munnstell ikke er så viktig, blir det fort forsømt i det daglige stedet. Både pleiere og ledere i omsorgsfaget, som omfattes av "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" (2011), skal jobbe for gode arbeidsrutiner som fremmer kvalitet i omsorgen. En studie omtalt i Stortingsmelding nr. 35 viste at det er hos ledelsen ansvaret for tannhelse må forankres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Svarene fra en annen studie gjort blant pleiepersonalet ved et sykehjem utenfor Stockholm gir svar på hvilke holdninger de hadde til oral helse. Her kom det frem at deler av personalet hadde et negativt syn på munnstell. Det til tross for at de selv vurderte tannhelse som viktig. Noen pleiere syntes det var ubehagelig å pusse tennene til pasientene. I en undersøkelse ble det hevdet at pleiepersonalet hadde dårlig tid på grunn stort arbeidspress (Forsell, Kullberg, Hoogstraate, Herbst, Johansson, & Sjögren, 2010). Enkelte sykepleiere vedgikk at munnstell

var den første oppgaven de valgte bort når tiden ble for knapp. Årsakene til dette var blant annet at de var redde for å gjøre skade, tidspress, manglet adekvat utstyr, at det føles vemmelig og også på grunn av halitosis. Med bedre kunnskap om årsak og sammenheng ville pleierne forstått at den dårlige ånden var forårsaket av en uren munn. Hadde tennene blitt pusset (bedre) ville den dårlige lukten sannsynligvis blitt borte, og det ville heller ikke være så ekkelt å pusse en frisk munn. Munnhulen oppfattes som en av kroppens mest private og intime område, og mange kvier seg for å utføre munnstell av den grunn (Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson & Sörensen, 2000) (Kullberg, et.al, 2009) (Samson & Strand, 2010). For oss er det vanskelig å forstå at noen pleiere synes det er enklere å utføre intimvask på pasientene enn å pusse tennene deres, men i følge Wårdh (2003) har noen av pleierne denne holdningen. Gjennom ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” kapittel 2 pkt. 3 gis pasientene rett til helhetlig omsorg og slik få ivaretatt sitt pleiebehov (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Et helhetssyn på eget fag kan virke utopisk, og det blir viktig for både helse- og omsorgssektor og tannhelsetjenesten å forstå egne begrensninger og muligheter. Vi ønsker ikke å opptre som eksperter på deres fag, og ser at samarbeidet mellom vårt fagfelt og deres kan gi et større og mer helhetlig perspektiv (Lingås, 2008).

I Norge dekkes ikke tannbehandling for friske voksne av staten slik som ved annen medisinsk behandling. Tre fjerdedeler av tannhelsesektoren er privat. Disse har som regel ingen avtaler med det offentlige helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Dette tror vi kan medføre at munnen oppfattes som en mer intim del av kroppen: ”Det offentlige betaler og tar seg av kroppen din, men tennene dine må du passe på selv”. Kanskje dette er en holdning pleierne tar med seg på jobb? Holdninger til munnhelse dreier seg også om yrkesetikk og en sykepleier skal ”i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres” (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Under en samtale med en av lederne i hjemmebasert omsorg i vår hjemkommune, ble vi fortalt at det var tidsbegrensninger på stell av pasienten. Det ble avsatt 30 minutter til fullt morgenstell. Tannpussen kommer til slutt ved et slikt stell og er kanskje lettest å unnlate i en stresset arbeidssituasjon? Organiseringen av morgenstellet, sammen med holdninger kan være en medvirkende årsak til at ikke at munnstell blir utført på en adekvat måte (Willumsen, et.al, 2011).

Hva kan gjøres for å endre holdningene til personalet i hjemmebasert omsorg? Her kommer kunnskap inn som en viktig faktor. ”Kunnskap påvirker holdninger, som igjen påvirker adferd” (Mæland, 2005. s. 105).

### **4.3 Kunnskap**

Mange artikler konkluderer med at pleiepersonalet trenger mer kunnskap om Eldres tannhelse (Fjæra, et.al, 2010) (Kullberg, et al., 2009) (Nitschke, Majdani, Sobotta, Reiber, & Hopfenmüller, 2010). Dårlig kunnskap om tenner og tannhelse, samt mangel på konsekvenstenkning, kan forme holdninger (Forsell, et.al, 2010). En person som har lite kunnskap om tannhelse, kan fort utvikle et negativt syn på dette. Forklaringen ligger i at vedkommende ønsker å forsvare sine egne holdninger (Mæland, 2005).

Flere svenske studier omhandler pleiepersonell som har vært gjennom forskjellige kurs samt opplæring i munnhygiene. Enkelte av artiklene, skrevet i etterkant av kursene, viser til en klar kompetanseheving som igjen virket positivt inn på munnstell (Kullberg et.al., 2009; Forsell, et al., 2010; Sjögren, Kullberg, Hoogstraate, Johansson, Herbst & Forsell, 2009).

I pleie- og omsorgsykker må en hele tiden bedømme helsestatus, risikofaktorer og identifisere problemer hos pasientene. I denne sammenheng kommer tannhelsen inn som en selvfølge (Öhrn & Andersson, 2006). En forutsetning for å bedømme munnhelsen hos en pasient er at respektive pleier innehar visse basiskunnskaper. Med denne kunnskapen kan pleierne lettere forstå hva dårlig munnstell kan medføre, både med tanke på lokale så vel som generelle sykdommer. Vi er her inne på konsekvenstenkning.

En viss opplæring i forskjellige protetiske erstatninger er også nødvendig for å kunne ivareta pasientens orale helse. Ute i praksis på forskjellige sykehjem satt vi ofte igjen med et inntrykk av at tennene ikke ble prioritert i det daglige stellet av pasienten og at munnhelsen ikke var en del av den totale helsen. Et konkret eksempel fra vår praksistid på sykehjem var en pasient med partielle proteser i over- og underkjeve. Pleierne trodde dette var hans egne tenner og pusset derfor protesene inne i munnen på pasienten. Da vi tok ut delprotesene ble det avdekket åpne sår i slimhinnene, plakk, gingivitt og stomatitt. For denne pasienten var tryggefunksjonen nedsatt og vedkommende hadde smerter. Et annet eksempel fra praksis var en pasient med ei ni-ledds bru i overkjeven. Alt så tilsynelatende fint ut, men ved nærmere undersøkelse var

hele brua løs. Det lå plakk gingivalt og grav rotkaries hadde knekt flere av pilarene. For pleierne så det ut som at pasienten hadde veldig fine tenner. Hadde pleierne innehatt større kunnskap og vært klar over hvor det var viktigst å vektlegge tannpuss, kunne brua kanskje ha vært reddet.

”Oral health is not my department” er overskriften på en artikkel som omhandler legers syn på eldre pasienters tannhelse. Fra et medisinsk ståsted ble det her konkludert med at munnhulen ikke ble tatt med som en del av kroppen (Andersson, Furhoff, Nordenram & Wårdh, 2007). Tornes (2006) sier i sin artikkel at medisinstudiet ikke setter av mye tid til munnhulen. Preger denne prioriteringen pleie- og omsorgsfagene også? Vi tenker her spesielt på sykepleie- og helsefagutdanninger i Norge.

Med kunnskap kan gode prosedyrer og rutiner utarbeides. I artikkelen ”Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien” (Fjæra et al., 2010) hevdes det at det er viktig med en systematisk evaluering av de Eldres munnhygiene. Resultatene fra undersøkelsen kan gjenspeile en svikt i systemet rundt denne pasientgruppen. Kommunen har ansvar for helsetjenester i hjemmet (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011) og Kvalitetsforskriften § 3 plikter kommunene til å utvikle prosedyrer for å sikre at brukere får nødvendige tjenester til rett tid. Det vil si at kommunen har ansvar for å utarbeide systemer og prosedyrer som blant annet skal sørge for at de eldre får nødvendig tannbehandling og ivaretatt sin munnhygiene (2003). Indirekte hviler ansvaret for tannhelsen på sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber i hjemmesykepleien. Fjæra med flere (2010) hevder dette er et sykepleieansvar. Det samme hevder Samson & Strand (2010): det er sykepleiernes plikt å hjelpe pasientene med å holde tenner og munnslimhinner rene, fuktige og intakte for å forebygge infeksjoner og å opprettholde velvære. Det er også denne yrkesgruppen som lager og iverksetter prosedyrer og systemer som skal brukes i det daglige stedet av pasienten, noe som kan bli utfordrende dersom basiskunnskapen om de orale forhold ikke er til stede. En fellesnevner for mange av de artiklene vi har lest og brukt i denne oppgaven konkluderer med at tannhelsen blant eldre på sykehjem og i hjemmesykepleien må bedres og at helsepersonell må få undervisning på dette området (Forsell et.al. 2010), (Kullberg et.al., 2009), (Forsell et.al., 2009) (Fjæra et.al., 2010). Dette er vi helt enige i. Samtidig etterlyser vi mer handling. Det er veldig bra at Eldres tannhelse blir belyst og undervisningsopplegg i hjemmesykepleien og/eller sykehjem blir prøvd, men hva med å sette i verk større tiltak? Vi er

redd for at jo lengre tid det blir brukt på å finne ut om eldre pleietrengende har dårlig tannhelse, jo dårligere blir den. Resultatet av dette kan resultere i dyrere reparativ behandling og medføre problemer for pasienten.

Undervisning av helsepersonell ute på arbeidsplassen kan hjelpe de som allerede er i arbeidslivet. Hva med kommende sykepleiere som er under utdanning eller har tenkt å begynne på dette studiet? Fjæra, Willumsen og Eide (2010) etterlyser mer kunnskap omkring tenner og tannhelse, og vi tenker at de forskjellige utdanningsstedene er en ypperlig læringsarena for dette. Her møter en lærevillige elever som ennå ikke har blitt formet av arbeidslivet og tillagt seg vaner, uvaner og holdninger. Det er også denne gruppen som skal pleie den kommende generasjon. En generasjon som har flere egne tenner og mest sannsynlig høyere krav og forventninger enn dagens eldre. Flere er utdannede, med større ressurser og krever mer for best mulig behandling (Strand, 2011). I 2004 ble det gjennomført en studie som kartla kvaliteten og kvantiteten på undervisning og opplæring i tannpleie blant 203 skoler i Norge (sykepleie, vernepleie, helsefagarbeider og omsorgsarbeidere). 15 av disse skolene hadde ikke undervisning i dette emnet og ble ekskludert fra studiet. Dermed var det 188 studiesteder som deltok. To tredjedeler av skolene hadde to timer eller mer med undervisning og praktiske øvelser i tannpleie og oral helse. Litteraturen som ble brukt omhandlet mange av de viktigste emnene innen odontologien. Konklusjonen etter denne studien var at det ikke kunne påvises at undervisningen i tannhelse var mangelfull, og at det derfor måtte være andre grunner til at tannhelsen blant pleietrengende var for dårlig (Samson, Iversen & Strand, 2010) Til tross for denne artikkelen mener vi det er viktig at det innføres mer undervisning om tenner og oral helse i grunnutdanningene. To timer med undervisning er ikke mye og undersøkelsen sier lite om hvordan undervisningen var lagt opp. De fleste som sto for læringsopplegget var sykepleiere. Vi ser her for oss ett tettere samarbeid med tannhelsetjenesten / tannpleierutdanninger, og at lærerkrefter blir tatt herfra. Høyskolen i Hedmark, avdeling Elverum, har i så måte alle muligheter til å få til et samarbeid på tvers av studieretningene. Her er tannpleierutdanningen og sykepleierutdanningen samlet under et tak, og i tillegg er den offentlige tannklinikken i samme bygg. Tannpleien og tannklinikken er allerede nært tilknyttet. I femte semester gjennomførte vi (tredjeårsstudentene) et opplegg for førsteårsstudentene ved sykepleierutdanningen med en teoretisk del og en praktisk del. Til sammen hadde hver sykepleierstudent cirka 3 timer undervisning. Etter endt dag sto vi igjen med en følelse av at vi bare hadde skrapet litt i overflaten. Vi ville ha hatt med så mye mer. Det

eneste vi fikk formidlet var hva de kunne komme til å se i munnen på pasientene når de skulle ut i praksis på sykehjem. Hva som var løs og fast protetik, slik som partielle proteser, implantater, kroner og bruer og hvordan dette skulle pusses. Etter endt undervisning pusset de tennene på hverandre med veiledning fra oss. Tenner og tannhelse er så mye mer. Hva med kariologi, periodonti, salivas funksjon og fluorens virkningsmekanismer for å nevne noe. Vi tror ikke sykepleierstudentene fikk med seg hva som kunne bli konsekvensene ved mangelfullt tannstell etter dette opplegget. Det ble for kort tid og for lite undervisning. Det som slår oss når vi leser denne artikkelen er at undervisningen på de forskjellige skolene tar for seg munnhulen som noe eget, jamfør det vi har sagt tidligere i oppgaven om at munnen ikke blir tatt med som en del av kroppen (Andersson et.al., 2007) Hvorfor kan ikke munnen implementeres inn i de tunge fagene ved sykepleieskolen, slik som anatomi/ fysiologi, patofysiologi og farmakologi, og slik være et gjennomgående tema? Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at det er viktig å overføre den teoretiske basiskunnskapen om oral helse (for helse- og omsorgspersonell, ikke tannhelsepersonell) til praktisk kunnskap i munnstellsituasjon hjemme hos brukeren (Petersen & Yamamoto, 2005).

#### ***4.4 Mulige tiltak***

Det enkleste tiltaket av alle er å hjelpe pasienter i hjemmebasert omsorg med tannpuss, ha riktig utstyr og sørge for fluortilskudd. Men, et så enkelt tiltak kan fort bli en utfordring dersom ikke holdningene og basiskunnskapen om tannhelse er på plass. Samtidig kan en så ”liten” del av pleien få store konsekvenser. Bli munnstell gjennomført daglig, gagnar dette først og fremst pasienten som slipper smerter og ubehag i munnen, samt at det forebygger for andre sykdommer. Samtidig er det et kostnadsspørsmål for samfunnet. Del 3 av Stortingsmelding nr. 16 tar for seg nettopp dette og handler om å forebygge mer for å reparere mindre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003). Tannpuss er i høyeste grad forebyggende og koster så lite. Vi har selv sett at avdelinger og institusjoner der munnstellrutiner fungerer bra er et godt eksempel på at forebygging nytter.

Vi mener at DOT og tannpleiere må bli mer involvert i hjemmesykepleien. Tannpleiere ansatt i den offentlige sektoren skal samarbeide med kommunalt helsepersonell i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og det er DOT og tannpleiere som sitter på spisskompetansen når det gjelder munnhelse og tannstell.

Gjennom faste opplegg og samarbeidsavtaler, jamfør Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), tror vi tannhelsen ville blitt mer synlig, både for brukeren og pleiepersonalet. I Sverige får pasienter i hjemmesykepleien tilbud om en vurdering av munnhelsen i sitt eget hjem. Dette er kostnadsfritt og undersøkelsen blir foretatt av tannpleier med pleier til stede. I løpet av denne konsultasjonen blir det gitt individuelle råd om tannhelse og det blir lagd et munnstellkort. Ved å se på munnstellkortet kan pleierne få informasjon om hvordan munnstellet skal utføres på den enkelte pasient (Wårdh, 2008). Kunne et slikt system brukes i Norge? Artikkelen til Fjæra, Willumsen & Eide (2010) påpekte jo at ingen av de 137 deltagerne hadde blitt sett i munnen av hjemmesykepleien. Er dette veien å gå eller ville det vært like hensiktsmessig å innkalle alle eldre som har hatt hjemmesykepleie utover 3 måneder til en undersøkelse ved den offentlige tannklinikken? Å opprette et innkallingssystem for denne gruppen eldre krever igjen samarbeid med kommunene/ hjemmesykepleien: Nye pasienter måtte meldes inn til DOT. Ved å innlemme tannhelsetjenesten på et så tidlig stadium som mulig klarer en kanskje å forebygge mer for å reparere mindre (Helsedepartementet, 2002- 2003). Samtidig hadde dette vært en unik mulighet for å kartlegge tannhelsen blant eldre i hjemmesykepleien.

I rundskrivet ”Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011”, utfordres fylkeskommunene til å være pådriver for både regionalt og lokalt folkehelsearbeid:

”Helsedirektoratet forventer utarbeidelse av oversikt over befolkningens helsetilstand i fylket, faktorer som kan virke inn på denne og trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller”  
(Helsedirektoratet, 2011, s. 13 punkt 3.2.2)

Det samme rundskrivet sier at regjeringen har som mål å øke befolkningens tilgang på tannhelsetjenester, og Helsedirektoratet ber fylkeskommunene om:

”... å samarbeide med kommunene for å sikre at eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie får den tannhelsehjelpen de har rett til” (Helsedirektoratet, s.13, punkt 3.2.3, 2011). I studien til Fjæra med flere (2010) var det bare 38 % av pasientene som hadde fått informasjon om at de hadde rett til gratis tannbehandling ved en offentlig tannklinik. Sammenligner vi dette resultatet med våre tidligere erfaringer fra privat praksis stemmer dette godt overens. Ved flere anledninger fikk vi rede på at pasienter som brukte privat-praktiserende tannlege hadde hjemmesykepleie. Da vi gjorde dem oppmerksom på at de hadde



krav på gratis tannbehandling dersom de benyttet DOT, var dette nytt for flere. Noen var klar over at de hadde et slikt tilbud og hadde tatt et valg i forhold til hvor de ville stille tennene sine, mens andre benyttet privat tannlege / tannpleier i god tro. For pasienten kan utelatelse av denne opplysningen koste dem dyrt og kanskje har tannlegeutgiftene gjort at de har gått sjeldnere til tannlege enn de faktisk trengte? Tilbudet om gratis tannbehandling skal i følge Hedmark fylkeskommune formidles gjennom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og hjemmesykepleien skal utdele et skjema der pasienten selv skal kryss av om han / hun ønsker å ta imot dette tilbudet. Dersom pasienten svarer ja, skal hjemmebasert omsorg ta kontakt med den aktuelle tannklinikken (Hedmark Fylkeskommune, s.a.). I følge Fjæra, Willumsen & Eide (2010) tyder dette på at det er en svakhet i systematiseringen og organiseringen rundt denne pasientinformasjonen. Kanskje ville en direkte innkalling som vi har foreslått over fungert bedre?

I følge ansatte i hjemmebasert omsorg har alle pasienter som søker om hjemmesykepleie et kartleggingsmøte med en saksbehandler fra tjenestekontoret. Her blir det klarlagt hva slags og hvor mye hjelp pasienten trenger. Dette er en gylden anledning til å få greie på hva pasienten har i munnen av egne tenner, kroner, bruer, implantater og proteser, samt finne ut om pasienten trenger hjelp til munnstell. Her kommer igjen faste rutiner og prosedyrer inn. Står det nedfelt en plass at dette skal gjennomføres ved første besøk blir det kanskje også gjort? En tannpleier kan gjerne delta når dette skal gjøres, eller bli tatt med når prosedyren skal utarbeides.

Et skritt videre hadde vært å ansette tannpleiere i kommunen med hovedfokus på tannhelsen innen pleie- og omsorg for eldre. En ”kommunetannpleier for eldre”. Jobben må i hovedsak dreie seg om undervisning, veiledning, helsefremmende og forebyggende arbeid innen tannhelse samt utarbeidelse av prosedyrer. Klinisk arbeid kan også praktiseres men vi synes ikke det er der hovedtyngden skal ligge. Å ha en pådriver innen kommunen, og at denne følger opp tiltak som blir satt i gang, ville være et stort pluss. I dag virker det som om innsatsen i forhold til tannhelse er noe personavhengig (Wårdh, 2003) Det kommer mye an på hva den enkelte pleier eller leder synes det er verdt å vektlegge. Vi tenker at ved å ansette en tannpleier som holder seg faglig oppdatert og som har en klar stillingsinstruks å rette seg etter, ville det virket mer profesjonelt og praksisen ville bli lik i de forskjellige kommunene. En hake ved å ha tannpleiere ansatt i kommunen kan være at pleiere distanserer seg fra det som har med

tenner å gjøre og en får en form for ansvarsfraskrivelse: tannhelsen tilhører ikke oss men tannpleieren. Vi mener at ved å informere de ansatte ved institusjoner og i hjemmesykepleien om hvilke arbeidsoppgaver stillingen innehar, burde ikke dette bli et problem. Hensikten med en slik stilling er ikke å overlate alt munnstellet til tannpleieren. Den delen må pleierne fortsatt ta. Tannpleieren menes heller å fungere som en rådgiver, veileder i praktiske situasjoner eller for å fatte beslutninger for folkehelseiltak og der tannhelseaspektene kommer inn i pleie- og omsorgstjenesten. ”*En tannpleier må bidra til fagutvikling og at ny kunnskap innarbeides og brukes i praksis*” (Norsk Tannpleierforening, s.a.) står det i de yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere og dette mener vi mye av jobben bør dreie seg om.

## 5.0 Konklusjon

Vi har tatt for oss hvilke utfordringer som er knyttet til tannhelse hos pleietrengende eldre i hjemmebasert omsorg, og hvordan disse kan møtes. Etter å ha jobbet med oppgaven ser vi at utfordringene er mange og sammensatte. Å opprettholde god tannhelse blant de eldre krever en innsats fra mange forskjellige aktører som tannpleiere i tannhelsetjenesten, DOT selv, kommunen, sykepleiere og de forskjellige utdanningene innen pleie- og omsorg. Tannpleiere kan utrette mye i forhold til å undervise i tannhelse, samarbeide tverrfaglig og ved å koordinere tannhelsearbeidet.

Det operative som faktisk skal gjøres er i teorien veldig enkelt: hjelp til tannpuss for de som trenger det samt å gi fluortilskudd. Med økt fokus på undervisning av ikke-tannhelsefaglig pleie- og omsorgspersonell kan teoretisk kunnskap føre til økt mestring i praksis. Slik kan en få endret holdninger, og vi tror at på denne måten kan tannhelse bli en naturlig og prioritert del av det daglige stedet. På denne måten kan det bli en reell forståelse for at unnlatelse av en så liten del av pleien kan gjøre så stor skade.

Samtidig må tiltak iverksettes så raskt som mulig. En kan ikke "sitte på gjerdet" og vente å se hvordan det går. Tannhelsen blant pleietrengende eldre i hjemmebasert omsorg er en utfordring. Her må kunnskap og holdningsendringer blant pleiepersonalet settes i fokus. Politiske føringer er allerede lagt sett i forhold til de eldres tannhelse. Det skal bli spennende å se hva som skjer videre i forhold til det økende behovet for tannstell innen eldreomsorgen.

## Litteraturliste

- \*Abrahamsen, D. R., & Svalund, J. (2005). *Flere eldre mottar hjemmesykepleie*. Lokalisert på: <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-09-27-01.html>
- \*Ambjørnsen, E. & Axèll, T. (2001). Oral medisin og eldre. *Tandlækartidningen*, 2001; 93(2), s. 30-39.
- \*Ambjørnsen, E., Axèll, T., & Henriksen, B. M. (2002). Er tannhelsen hos eldre så dårlig som vi tror? *Den norske Tannlegeforenings Tidende* (112), s. 272- 274.
- Andersson, P. (2006a). Bedømming av munstatus. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*. (1. utg., s. 23-40). Lund: Studentlitteratur AB.
- Andersson, P. (2006b). Munhälsa och ättandet. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*. (1. utg., s. 53-65). Lund: Studentlitteratur AB.
- Andersson, P. (2006c). Munvård hos äldre vid olika sjukdomstillstånd. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*. (1. utg., s. 83-100). Lund: Studentlitteratur AB.
- Andersson, K., Furhoff, A.-K., Nordenram, G., & Wårdh, I. (2007). Oral health is not my department 'Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. *Nordic College of Caring Science*, s. 126-133.
- Brodtkorb, K. (2010a). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 148-156). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Brodtkorb, K. (2010b). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 254-266). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- \*Brunborg, H. & Texmon, I. (2010). *Befolkningsframskrivninger 2010-2060*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/emner/08/05/10/oa/201004/brunborg.pdf>
- \*Dale, B., Dale, J. G. & Lorensen M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 2001, 60(21), s. 4-10.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Elverum kommune. (s.a). *Standard for hjemmesykepleie*. Lokalisert 28.4.2012 på:  
<https://www.elverum.kommune.no/artikkel.aspx?Mid1=55&Aid=138&Back=1>

Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 254-266). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Fjæra, B., Willumsen, T., & Eide, H. (2010). Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Forskning*, 5 (2), s. 100-108.

Folkehelseloven. (2011). LOV-2011-06-24-29. *Lov om folkehelsearbeid*. Lokalisert på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

\*Forsell, M., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Herbst, B., Johansson, O., & Sjögren, P. (2010). A Survey of Attitudes and Perceptions Toward Oral Hygiene Among Staff at a Geriatric Nursing Home. *Geriatric Nursing*, 31 (6), s. 435-440.

\*Forsell, M., Petteri, S., & Johansson, O. (2009). Need of Assistance with Daily Oral Hygiene Measures Among Nursing Home Resident Elderly Versus the Actual Assistance received from the Staff. *The Open Dentistry Journal* (3), s. 241-244.

Hansson, B. O., Ericson, D. (2008). *Karies – sjukdom och håll*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Hedmark fylkeskommune. (s.a.). *Tannhelsetjenestens serviceerklæring*. Lokalisert på:  
<http://www.hedmark.org/Hedmark-fylkeskommune/Om-fylkeskommunen/Virksomheter/Tannhelsetjenesten/Serviceerklaering>

Helsedepartementet. (2002- 2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16, 2002-2003). Oslo: Departementet.

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011*. (Rundskriv IS-1/2011). Oslo: Direktoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Tilgjengelighet, kompetanse og sosiale utjevning. Framtidas tannhelsetjenester*. (St.meld. nr. 35, 2006-2007). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (s.a.). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Omsorg - respekt – trygghet*. (St.meld. nr. 50). Oslo: Departementet.

\*Hock, J. M. (1996). Aging of the bone tissue. I P. Holm- Pedersen, H. Løe, P. Holm- Pedersen, & H. Løe (Red.), *Textbook of Geriatric Dentistry* (2. utgave. utg., s. 68-102). København, Danmark: Munksgaard.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Klinge, B., & Gustafsson, A. (2009). *Parodontit, en introduksjon*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

\*Kristensson, J., & Jakobsen, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. I A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa- en introduksjon till geriatrisk omvårdnad*. (s. 15-27). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Kullberg, E., Forsell, M., Wedel, Peter, Sjögren, P., Johansson, O., Herbst, B., et al. (2009). Denal Hygiene Education for Nursing Staff. *Geriatric Nursing*, 30 (5).

Kvalitetsforskriften (2003). FOR-2003-06-27-792. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. Lokalisert på: [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

\*Laake, K. (2001). Aldring- Biologisk, psykologisk og odontologisk. *Tandläkartidningen* (93)1, s. 36- 41.

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Lov om kommunale pleie- og omsorgstjenester. (2011). LOV-2011-06-24-30. Lokalisert på: [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

\*Lyshol, H. & Biehl, A. (2009). *Tannhelsestatus i Norge – En oppsummering av eksisterende kunnskap*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. (FHI Rapport 5, 2009). Lokalisert på: <http://www.fhi.no/dokumenter/51a1b32cf8.pdf>

\*Løkken, P. & Birkeland, J. M. (2005). Munntørrhet – årsaker og aktuelle tiltak. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 2005: 115(11), s. 642-646.

Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 51-56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Mjör, I. A. (1996). Changes in the teeth with aging. I p. Holm-Pedersen, & H. Löe, *The textbook of geriatric dentistry*. (2. utg., s. 94-102). Copenhagen, Danmark: Munksgaard.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Helsetilstanden i Norge: Eldres helse- 65 år og over*.

Lokalisert på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area\\_5774&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=5774:0:15,4576:1:0:0:::0:0&Area\\_5774=5544:85146::1:5776:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5774&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=5774:0:15,4576:1:0:0:::0:0&Area_5774=5544:85146::1:5776:1:::0:0)

\*Nitschke, I., Majdani, M., Sobotta, B. B., Reiber, T., & Hopfenmüller. (2010). Dental care of frail older people and those caring for them. *Journal of Clinical nursing* (19), s. 1882-1890.

\*Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på <https://www.sykepleierforbundet.no/>

Norsk Tannpleierforening. (s.a). *Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere*. Lokalisert på [www.tannpleier.no](http://www.tannpleier.no)

\*Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). LOV-1999-07-02-63. (2011). Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

\*Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31 (s. 3-24).

Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Samson, H., Iversen, M. M. & Strand, G. (2010). Oral care training in the basic education of care professionals. *Gerodontology*, 27 (10), s. 121-128.

Samson, H. & Strand, G. V. (2010). Munnhelse. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 267-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Samson, H., Strand, G. V., & Haugejorden, O. (2008). Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontologica Scandinavica* (66), s. 368-373.

\*Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. & Hoogstraate, J. (2008). A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials. *The American Geriatrics Society*, 2008: 56(11) s. 2124-2130.

\*Sjögren, P., Kullberg, E., Hoogstraate, J., Johansson, O., Herbst, B. & Forsell, M. (2009). Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), s. 345-349.

\*Slagsvold, B., Hagestad, G., Solem P. E. & Herlofson, K. (2005). *Morgendagens eldre*. Norsk institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA Rapport 11, 2005). Lokalisert på [http://www.ungdata.no/asset/589/1/589\\_1.pdf](http://www.ungdata.no/asset/589/1/589_1.pdf)

\*Sletvold, O., & Nygaard, H. A. (2006). Biologisk aldring. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring*. (2. utg., s. 15-21). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Statens Helsetilsyn (1999). *Tenner for livet – hesefermende og forebyggende arbeid*. IK 2659 (1999).

Strand, G. (2006). Bedre helse med en sunn munn. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring*. (2. utg., s. 289-294). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Strand, G. V. (2011). Tenner for hele livet. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 121(2), s.104-109

Tannhelsetjenesteloven, LOV-1983-06-03-54. *Lov om tannhelsetjenesten*. § 1. (2011). Lokalisert på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

\*Terpenning, M. (2005). Geriatric Oral Health and Pneumonia Risk. *Clinical Infectious Diseases of America*, 2005: 40, s. 1807-1810.



\*Tornes, K. (2006). Munnhulen- odontologi eller medisin ? *Den norske tannlegeforenings Tidende* , 116 (6), s. 332-333.

\*Vehkalahti, M., & Knuutila, M. (2008). Forebyggande vård främjar äldres munhälsa. *Tandläkartidningen* , 100 (2), s. 70-77.

\*Widenheim, J., Renvert, S. & Birkhed, D. (2003). *Förebyggande tandvård*. Stockholm:Gothia Förlag AB.

\*Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2011). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology* , 29 (1), s. 1-8.

\*Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\*Wårdh, I. (2008). De äldres tandfälla- hotas tandhälsan av äldrevårdens utveckling? *Nordisk geriatrik*, 11 (2), s. 22-25.

\*Wårdh, I. (2003). Munhelsovårdsarbete inom omvårdnad. *Tandläkartidningen* , 95 (3), s. 46-49.

\*Wårdh, I., Hallberg, L. R., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral health care- a low priority in nursing. In- depth interviews with nursing staff. *Scandinavian Journal of caring Sciences* , 14 (2), s. 137-142.

Öhrn, K. & Andersson, P. (2006). *Munvård inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.

Öhrn, K. (2006a). Munhygien. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*. (1. Utg., s.41-52). Lund: Studentlitteratur AB.

Öhrn, K. (2006b). Tand- och munsjukdomar. I K. Öhrn & P. Andersson (Red.), *Munvård inom vård och omsorg*. (1. utg., s. 69-82). Lund: Studentlitteratur AB.

## Figurliste

Figur 1: Lokalisert 17. april 2012 på <http://www.ssb.no/befolkning/>

Figur 2: Lokalisert 17. april 2012 på <http://www.ssb.no/befolkning/>

Figur 3: Lyshol, H., & Biehl, A. (2009). *Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap*. (Rapport 2009:5). Folkehelseinstituttet.