



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for klinisk odontologi

Tann- og munnstell hos eldre i institusjon

Therese Andreassen, Ingeborg Rist, Tina Solstrand

Veileder: Professor Eeva Widström

Medveileder: Klinikksjef Lars Inge Byrkjeflot

Masteroppgave i klinisk odontologi Juni 2016



Innhold

1	Sammendrag.....	3
1.1	Abstract.....	4
2	Innledning.....	5
3	Målsetting	7
4	Materialer og metode	8
4.1	Litteraturstudie	8
4.2	Intervju av helsepersonell.....	8
5	Resultat.....	8
5.1	Beskrivelse av artikler	9
5.1.1	Dårligere tannhelse hos eldre - studier, diagnostikk og behandling:	9
	«Tenner for hele livet».....	9
	«Skör och äldre- vad hender med tänder?» (11).....	10
	«Bättre munhälsa för sjuka äldre» (12)	11
	«Här står de äldre i fokus» (13).....	11
	«Tandhälsan ofta sämre hos äldre» (14)	12
	«Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester» (15)	12
	«Äldre, kost og tænder» (16)	13
	«Äldre får nödvändig tandvård för sent» (17)	14
	«Äldres tænder lades i stikken».....	14
5.1.2	Sammenhengen mellom oral hygiene og systemiske sykdommer:.....	15
	«Relasjonen orale infeksjoner – systemiske sykdommer» (19).....	15
	«Langt færre infeksjoner med god mundhygiejne på hospitalerne» (20)	15
5.1.3	Pleiepersonalets utfordringer-prosjekt, kunnskap, kommunikasjon med pasient og tannhelsetjenesten:	16
	«Munnstell av alvorlig syke» (21)	16
	«Tannpleie for eldre» (22)	17
	«Bachelorprosjekt om mundpleje» (23).....	18
	«Forebyggende tandpleje på plejehjem baseret på sidemandslæring» (24)	18
	«Vård av äldre kräver tid och tålamod».....	19
	«Retten til rene tenner- også på sykehjemmet» (26)	19
	«Ett lyft för äldretandvården» (27)	20
5.1.4	Prosjekt for å forbedre oral helse hos eldre:	20
	«Munnhelse i eldreinstitusjoner» (28).....	21

«Påvirker Duraphattandpasta utviklingen av rodcaries?» (29)	21
5.2 Intervjuer.....	22
5.3 Oppsummering intervjuer.....	47
6 Diskusjon.....	49
7 Konklusjon.....	52
8 Referanser.....	53

1 Sammendrag

Innledning: Mange studier viser at det daglige munn- og tannstellet som beboere ved sykehjem mottar, ikke er tilfredsstillende og kan medføre en risiko for både oral og generell helsetilstand. Dette er et aktuelt tema da flere og flere beholder sine egne tenner livet ut, og utgjør en stor pasientgruppe for oss som ferdige tannleger.

Mål: Målet med denne litteraturstudien var å finne ut hvilke holdninger som eksisterer blant tannhelse- og pleiepersonell i henholdsvis Norge, Sverige, Danmark, angående den orale helsen til eldre pasienter på sykehjem. I tillegg ville vi komplementere med intervju av personale ved institusjon og tilsynsklinikk.

Material og metode: Vi har gjort en litteraturstudie der materialet er tidsskrifter for tannhelsepersonell utgitt de siste 10 årene. Vi valgte tidsskrifter fra både Norge, Sverige og Danmark, og plukket ut artikler som omhandlet det aktuelle temaet. For å tilegne oss mer kunnskap valgte vi å intervju ansatte ved et sykehjem og deres tilsynsklinikk i to kommuner i Nordland. Artikkene ble analysert, og brukt som utgangspunkt for intervju spørsmål. Vi intervjuet avdelingsleder og sykepleier ved en sykehjemsavdeling, samt klinikksjef og tannpleier ved sykehjemmets tilsynsklinikk. Intervjuene ble gjort på tomannshånd og tatt opp med båndopptaker, for deretter å bli transkribert og sammenlignet.

Resultater: Sammenligningen av intervjuene viste at rutinen for det daglige munnstellet som utføres er relativt like på de to sykehjemmene, men det var forskjeller vedrørende økonomisk dekning av utstyr til munnstell. De ansatte på sykehjemmene ønsket seg mer kunnskap om oral helse, da de hadde lite eller ingen undervisning i dette under studietiden.

På den ene avdelingen var det pasienter med demens, som kunne motsette seg munnstell. Personellet ved begge sykehjemmene var enige i at de fikk god veiledning og undervisning fra tannpleierne ved tilsynsklinikken ansatte på sykehjemmene. Tannpleierne ønsket seg mer tid til å arbeide med pasientene ved sykehjemmene, og mer tid til de Tannhelsepersonalet mente at kontakten og samarbeidet mellom sykehjem og tannklinikk var bra i den ene kommunen, men hadde utfordringer i den andre. Her medførte dette at beboerne på sykehjemmet hadde større behandlingsbehov.

Diskusjon og konklusjon: Sykehjemspersonalet mente de hadde nok tid til å utføre tilfredsstillende daglig munnstell på beboerne, men de ønsket seg mer kunnskap om oral helse. Tannhelsepersonalet mente at samarbeidet mellom tannklinikk og sykehjem hadde forbedringspotensial. Det var forskjell mellom personellet i kommunene i oppfatningen av sykehjemsbeboernes orale helse.

1.1 Abstract

Many studies show that the daily oral hygiene habits and dental care of elderly patients in nursing homes, are not satisfactory and that this poses a risk for both oral and general health. A growing number of seniors have kept their own teeth, and will be a large group of patients for us to treat as future dentists.

The aim of this study was to survey attitudes exist among dental and nursing staff regarding the oral health of institutionalized elderly patients.

We collected relevant articles from journals for dental personnel published during the last decade in Norway, Sweden, and Denmark. To gain even more knowledge, we chose to interview nursing staff at two different nursing homes and dental staff at two dental clinics, in two municipalities in Northern Norway. The content of the articles was used as basis for the interviews.

The results showed that the daily routines for dental care were relatively similar in the two nursing homes. However, there were differences in regards to how the equipment cost for oral care was covered.

The nurses were satisfied with the guidance and teaching they received from the dental hygienists, but they wished to have more knowledge about oral health and related factors.

The dental hygienists felt they needed more time to work with both patients and staff in the nursing homes. The co-operation between the dental clinic and the nursing home was considered to be good in one of the municipalities, but challenging in the other one. In the last case, the residents of the nursing home had greater treatment needs than in the other nursing home.

We conclude that the nursing staff felt they had enough time to help the patients with proper daily oral hygiene routines, but they needed more knowledge about oral health. The dental hygienists believed that co-operation between the dental clinic and nursing home could be improved.

2 Innledning

Statistisk sentralbyrå har beregnet at antallet innbyggere over 67 år i Norge vil øke fra dagens ca. 600.000 til 1500 000 i 2060. (1) Med en økende eldregenerasjon er det forventet et større behov for sykepleierfaglig innsats i forhold til munnhygiene, både i hjemmesykepleie og hos pasienter på sykehjem. Spesielt med tanke på at en stor andel av befolkningen beholder sine egne tenner lengre. Mange studier viser at det daglige munn- og tannstellet som beboere ved sykehjem mottar, ikke er tilfredsstillende og medfører en fare for både oral og generell helsetilstand.

I forskriften om en verdig eldreomsorg, kalt verdighetsgarantien, står det blant annet at man skal legge til rette for «*et variert og tilstrekkelig kosthold (...)*», og «*(...) nødvendig hjelp til personlig hygiene*» (2). Forskriften gjelder for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Fylkeskommunen er lovpålagt (via den offentlige tannhelsetjenesten) å spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. (§ 1-2. *Tannhelsetjenestens formål*) (3)

Helsepersonell er pålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige

kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.» (§4. *Forsvarlighet*) (4)

Etter forskriften «kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» skal kommunen utarbeide prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes blant annet:

- Mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene

(§ 3. *Oppgaver og innhold i tjenestene*) (5)

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon tilhører gruppe C, en av de prioriterte gruppene ifølge Tannhelsetjenesteloven. Alle pasienter i de prioriterte gruppene har rett til å få oppsøkende tannhelsetjenester dekket av fylkeskommunen. Ifølge SSB ble 32 416 pasienter på institusjon undersøkt/behandlet i 2014 (6).

Vi valgte dette temaet da vi under ekstern praksis på 7.semester fikk et innblikk i munnstell, oral hygiene og tannstatus ved ulike sykehjem i Nordland og Troms fylke. Vi hadde egne pasienter fra gruppe C på de offentlige tannklinikene vi var utplassert på. I tillegg var det et obligatorisk krav under ekstern praksis å delta i undersøkelse av eldre i institusjon sammen med tannpleier/tannlege. Vår felles oppfattelse etter disse besøkene er at munnstellet til de eldre, på de aktuelle dagene, ikke var godt nok og hadde stort forbedringspotensial. Vårt inntrykk var at mange hadde fått dårlig tann- og munnstell over lengre tid.

For å lære mer om dette valgte vi å se nærmere på to kommuner i Nordland, henholdsvis Vågan og Rana. I følge SSB bodde det i 2014, 96 personer på sykehjem i Vågan kommune og 254 personer på Sykehjem i Rana kommune. (7) I begge kommunene var rundt 70 % av

beboerne på institusjon over 80 år (8). Vi kontaktet et sykehjem og deres tilhørende tannklinikk i begge kommunene, og intervjuet de ansatte med temarelaterte spørsmål.

Når det gjelder betaling så har beboerne rett til fri tannbehandling fra fylkeskommunen.

Forskrift om egenandel for kommunal helse- og omsorgstjeneste sier følgende:

«Egenandelen skal omfatte kost, losji, medisiner mv. samt helse- og omsorgstjenester som kommunen organiserer etter helse- og omsorgstjenesteloven.»

(§ 7.Hvilke tjenester omfattes av egenandelen)

Denne forskriften er utydelig formulert, men gir grunnlag for at kommunen skal stå for innkjøp av munnstilleprodukt.(9)

3 Målsetting

I løpet av det siste tiåret har det blitt publisert flere artikler i tidsskrifter for tannhelsepersonell, som omhandler temaet «munnhelse hos eldre i institusjon». Noen artikler belyser de utfordringene institusjonaliserte eldre med egne tenner bringer, andre artikler presenterer forskning som er gjort angående oral helse hos eldre. Artiklene er skrevet av, og for tannhelsepersonell. Målet vårt er å få et innblikk i hverdagen til de ansatte på sykehjem, og hvordan samarbeidet mellom pleiere og tannhelsepersonell fungerer i praksis. Vi håper at økt kunnskap om dette temaet vil gjøre oss bedre forberedt på de utfordringene som venter oss i arbeidslivet, da vi som fremtidige tannleger kommer til å behandle mange eldre pasienter med egne tenner.

Vi ønsker å finne ut om innholdet i artiklene beskriver virkeligheten, ved å kartlegge forholdene ved to ulike sykehjem og deres tilsynsklinikker. For å få et reelt bilde av hverdagen til de ansatte, har vi satt sammen et intervju som er basert på spørsmål som er konstruerte ved hjelp av litteraturgjennomgangen. Våre hypoteser var følgende:

- Innholdet i artiklene er fortsatt aktuelle, og gjelder generelt.
- Kunnskapen om oral hygiene og munnstell for eldre er begrenset hos de ansatte på sykehjemmet.
- Samarbeidet mellom sykehjem og tilsynsklinikk fungerer bra.

4 Materialer og metode

4.1 Litteraturstudie

Til vår litteraturstudie har vi valgt ut artikler publisert i ulike tidsskrifter utgitt av nordiske tannlege- og tannpleierforeninger. Vi benyttet oss av Universitetsbiblioteket, som har en rikholdig samling av relevante tidsskrifter fra både Norge, Sverige og Danmark. Etter å ha lest gjennom all tilgjengelig litteratur valgte vi ut et knippe artikler som omhandlet det aktuelle temaet. Innholdet ble analysert og brukt som utgangspunkt for spørsmålene i intervjuet. For å begrense omfanget av studien har vi ikke tatt med artikler eldre enn ti år, og vi har holdt oss i Skandinavia. Grunnen til dette er at tann-helsevesenet er nokså likt organisert i de tre landene. (10) Vi har heller ikke søkt etter artikler på internett.

Følgende tidsskrifter ble gjennomgått: Tidende, Tannstikka, Tandläkartidningen, Tandhygienestidningen og Tandplejeren.

4.2 Intervju av helsepersonell

Disse sykehjemmene med deres tilsynsklinikker ble valgt ut: Marithaugen Sykehjem, og Vågan Tannklinikk i Svolvær, og Selfors Sykehjem, samt Selfors Tannklinikk i Mo i Rana. Her ble henholdsvis avdelingsleder og sykepleier, og kliniksjeff og tannpleier intervjuet av oss. Intervjuspørsmålene var tilpasset de ulike yrkesgruppene, og basert på innholdet i artiklene vi hadde lest. Selve intervjuet ble gjennomført på tomannshånd, og tatt opp med båndopptaker. I ettertid har intervjuene blitt tilpasset skriftlig form. Intervjuene ble deretter sammenlignet og oppsummeres i resultatdelen.

5 Resultat

5.1 Beskrivelse av artikler

5.1.1 Dårligere tannhelse hos eldre - studier, diagnostikk og behandling:

«Tenner for hele livet» (11)

Artikkelen er en oversiktsartikkel over veilederen «Tenner for hele livet-helsefremmende og forebyggende arbeid» som ble utgitt i 1999 av Statens helsetilsyn. Veilederen er retningsgivende for hvordan tannhelsetjenesten bør drive helsefremmende og forebyggende arbeid. En viktig helsepolitisk målsetting er at befolkningen skal kunne beholde naturlige tenner hele livet. Artikkelen diskuterer årsaker til tap av tenner, samt diagnostikk og behandling av Eldres tannsykdom som rotkaries, frakturer og periodontal sykdom. I livets slutfase er det viktig å behandle pasienten med verdighet, det er direkte uetisk å ikke følge opp en livslang innsats i den fasen av livet der man er mest sårbar for å utvikle tannsykdom og der man samtidig minst er i stand til å ta hånd om seg selv.

Risiko for rotkaries øker med økende alder. Dette kan ses i sammenheng med større inntak av medisiner, ofte med salivahemmende effekt, dårligere oral motorikk med forlenget sukkertid som følge, og redusert evne til egenomsorg på grunn av sykdom.

Tverrsnittundersøkelser har vist at rotkaries forekommer hyppigere i overkjeven og vanligste predileksjonssted er fyllingskanter og kronegrenser, langs tannkjøttstrand og emaljesementgrensen. Eldre utgjør potensielt en høyrisikogruppe. En god klinisk undersøkelse krever rene, tørrlagte flater og godt lys.

Terapeutisk er det vesentlig å skille mellom aktive og inaktive rotkariesangrep. Inaktive lesjoner behøver ingen behandling. Ved non-invasiv behandling forsøker man å få aktive rotkariesangrep over i en stabil fase. En kombinasjon av forbedret tannhygiene og medikamentelle hjelpemidler stanser oftest videre progresjon. Dette kan være selvadministrert og krever da god samarbeidsevne eller appliseres profesjonelt.

Remineraliserende substanser som natriumfluorid, sølvdiaminfluorid, tinnfluorid eller fluorlakk har vist seg effektive i å stanse rotkariesutvikling. Mikrobiologiske metoder som klorhexidin kan også brukes. Invasiv behandling av rotkaries er utfordrende på grunn av lesjonenes beliggenhet. Tørrlegging er i mange tilfeller uoppnåelig, da er resinmodifisert

lysherdende glassionomer et fint alternativ til kompositt. Tannfraktur oppstår ofte hos eldre som et resultat av tidligere behandling. Store fyllinger, årevis med abrasjon, attrisjon og erosjon krever sitt. For å forebygge fraktur er cuspedekke ofte indisert på premolarer og molarer.

Det er mange etisk og moralske aspekter ved behandling av eldre. Begrepet «faglig forsvarlig behandling» er sentralt i lovverket. Det er vanskelig å si konkret hva som er faglig forsvarlig eller ikke når det kommer til eldre. I praksis forsøker man å opprettholde pasientens tannhelsetilstand på et så høyt nivå som pasientens generelle helsetilstand tillater. Alle tenner må ikke erstattes, men man bør unngå tannløshet. Ti okkluderende tannpar regnes som tilstrekkelig for en god tyggefunksjon. Med den voksende eldrebølgen blir det stadig mer tydelig at vi må satse på profylakse fremfor kostbar og belastende nødhjelpsbehandling. Det er på høy tid at fokus går fra «cure» til «care»!

«Skör och äldre- vad hender med tänder?» (12)

Studiens mål er å beskrive oral helse hos nyinnflyttede på eldrebolig, samt kartlegge om og i hvilken utstrekning denne gruppen har hatt kontakt med tannhelsetjenesten tidligere. To av de viktigste resultatene var som følger: 1. Mange eldre sluttet å besøke tannlege i tiden før de flyttet på eldreheim. 2. Man kunne tydelig se en sammenheng mellom å ikke ha hatt særlig kontakt med tannhelsetjenesten og det å ha en dårlig munnhelse.

Studiens sluttsats gir et bilde av hva som må forandres og forbedres i tannhelsetjenesten, og den kommunale omsorgstjenesten, for at eldre skal kunne beholde en god munn- og tannhelse:

- Tannhelsetjenesten må utvikle effektive rutiner for å hjelpe de eldre å beholde sin tannklinikk/tannhelsekontakt
- Bedre forebyggende metoder må utvikles for de som ikke klarer ta hånd om sin egen helse.
- Utdanningen innen tannhelse bør inngå i all grunnutdanning for helse- og omsorgspersonell
- Utdanning i eldretannhelse må få en tydeligere rolle i tannhelse-utdanningen
- Hver kommune må ha en munnhelseansvarlig tannpleier
- Alle, svært syke eldre, skal ha rett til munnhelse-bedømming
- Munnhelse bør inngå i bistandsbedømmingen
- Hjemmetjenesten bør få støtte og hjelp til å fange opp munnhelseproblemer og ved behov

gis muligheter til å hjelpe med munnhelsen.

- Samarbeid mellom eldreomsorg og tannhelsetjenesten må utvikles.
- De gode rutinene som finnes på enkelte eldrehjem må spres til flere virksomheter.

«Bättre munhälsa för sjuka äldre» (13)

Senior Alert er et nasjonalt register i Sverige som er til for å forebygge underernæring, fall og trykksår hos eldre, ved hjelp av systematiske sjekklister. Nå skal også dårlig munnhelse forebygges ved hjelp av registeret. Tanken bak et samlet register som dette er at ulike problemer har sammenheng med hverandre; en eldre person med dårlig oral helse blir lettere underernært. Registeret Senior Alert finnes på nettet og omfatter pasienter som er 65 år og eldre. Det anvendes av 260 kommuner og 18 landsting.

For å identifisere risikoer gjøres en systematisk bedømming innenfor hvert område som inngår i Senior Alert. Dette gjøres ved hjelp av evidensbaserte instrumenter, og tiltak som foreslås bygger også på dokumentert forskning. For å bedømme risikoer i munnen brukes en sjekkliste som heter «Revised oral assessment guide» (Roag), som er et munnbedømmingsinstrument fra USA, oversatt til svensk. For å kunne bruke dette kreves det at pleiepersonalet har tilstrekkelig kunnskap om tannhelse, samt støtte fra tannhelsepersonell. Ved hjelp av denne sjekklisten kan man undersøke pasientens stemme, lepper, munnslimhinner, tunge, tannkjøtt, tenner, spytt og eventuelle proteser. Listen er omfattende, men likevel strukturert og lett å forstå. Om man oppdager problemer i munnen gir sjekklisten forslag til tiltak.

Senior Alert blir en kilde til forskning og helseøkonomiske beregninger og er en del av Sveriges kommuner og landstings satsning «Bättre liv för sjuka äldre».

«Här står de äldre i fokus» (14)

Akademiskt centrum för äldretandvård (Act) er en senter for tannpleie, forskning og undervisning i Stockholm. Forskningsenheten er innrettet på gerodontologi, hvor blant annet forholdet mellom orale sykdommer og allmennsykdommer hos eldre, undersøkes. På

senteret finnes en klinikk som er tilpasset medisinsk tannpleie for eldre, blant annet med personløft i taket for handikappede pasienter på hvert behandlingsrom. Klinikken behandler eldre syke som bor hjemme, men også pasienter på spesielle institusjoner. De legger stor vekt på profylaktisk arbeid. Målet er å kunne forbedre de eldres tannhelse gjennom god pleie, men også å kunne forbedre tannhelsen hos eldre generelt, gjennom forskning, undervisning og kunnskapsformidling.

Økonomi er ofte et problem for de eldre. Kun noen få har de sykdommene eller funksjonshemningene som gir rett til støtte for tannbehandling.

«Tandhälsan ofta sämre hos äldre» (15)

I 2012 gjorde Tandläkarförbundet en undersøkelse om eldres munnhelse, der de sendte ut spørreskjema til fire pensjonistorganisasjoner i Sverige. 1280 personer (66 % av de spurte deltagerne) svarte på undersøkelsen. Deretter ble 10 % av de tillitsvalgte innenfor hver organisasjon tilfeldig utvalgt til å delta i undersøkelsen. Resultatet de kunne melde om var at det er vanlig at pensjonister har problemer med munn og tenner. Det mest fremtredende tannpleiebehovet blant deltagerne var erstatning for tapte tenner.

Studien viste i tillegg at kun 23 % kjente til at man kan få hjemmebesøk fra tannhelsepersonell til lavere pris om de har mye hjelp fra kommunen. 52 % hadde fått info om hva som skjer med munn og tenner når de er eldre og hva de behøver å tenke på for å ha god munnhygiene. 82 % opplevde sin allmenntilstand som god, mens 99 % hadde ikke hjelp fra hjemmetjenesten. De som svarte på undersøkelsen passet relativt godt på munnhygiene sin. 91 % børstet tennene med fluortannkrem morgen og kveld, men kun 2/3 gjorde rent mellom tennene. Studien viste også at menn, samt de som har passert 80 år er dårligere på å opprettholde god munnhygiene.

«Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester» (16)

I Norge øker andelen eldre med egne tenner og andelen med proteser synker. Ved nedsatt funksjonsevne øker risiko for annen sykdom i munnhulen. Det ble utført en pilotstudie i Hedmark hvor målet var å kartlegge tannstatus, formidle tannhelsetilbudet til brukerne,

samt kartlegge rutiner for tann- og munnstell og opplæringsbehov av pleiepersonell innen hjemmebaserte tjenester.

Studien var delt i to deler: 1) Klinisk undersøkelse (med bruk av BSI) av brukere, 70 fikk skriftlig info, 63 stilte opp, 2) anonym spørreskjemaundersøkelse til pleiere, 56 pleiere. Spørreskjema til brukerne. Studien viste at det var et udekket tannbehandlingsbehov hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester. Til tross for å ha fått undervisning i munnstell ønsket nesten halvparten av pleierne mer veiledning.

Prosjektet førte til nye krav til dokumentasjon om fordeling av tannhelsetilbud og til forbedrede rutiner for tann- og munnstell. Man må fokusere på god munnhelse før de eldre blir så syke at de havner på institusjon. Den perfekte gruppen for dette er de som mottar kommunale omsorgstjenester.

Studien viste at tannstatus har blitt bedre, men pasienter tar mer medisiner som påvirker produksjon av saliva, enn for 10 år siden. Rutiner rundt informasjon om tannhelsetilbud må bedres og det er behov for å legge økt vekt på samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten

«Eldre, kost og tænder» (17)

Artikkelen har fokus på kost og spisesituasjon. Eldre på sykehjem blir ofte passive og initiativløse. De savner gjerne sitt personlige nettverk og sitt gamle hjem. Ulike former for dysfunksjon kan begrense deres utfoldelse og mulighet til å bevege seg. Samtidig er det ikke slik at den personlige utviklingen og den gamles intellektuelle evner begrenses, men heller reduseres pga. fysiske begrensninger og manglende stimuli. Dette kan igjen føre til depresjon som ofte behandles med medikamenter. I gjennomsnitt inntar en eldre person som bor på sykehjem 10-12 medikamenter hver dag. Mange av pasientene har bivirkninger og ubehag som følge av medisineringsen, som igjen fører til nedsatt appetitt.

De eldre er ofte småspiste og dertil underernærte. I København gjennomførte de i 2003 et prosjekt som hadde som mål å forbedre spisesituasjonen til byens eldre innbyggere. Det ble opprettet steder der de eldre kunne spise sammen i hyggelige omgivelser. Det ble en sosial

begivenhet som hadde positiv virkning på de fleste, i form av økt appetitt og mer energi. Prosjektet ble så videreført til byens pleiehjem.

Forfatteren møter ofte pleiere og pårørende som mener pasienten har problemer med å innta føde pga. smerte fra tennene. Undersøkelser viser derimot at det i de fleste tilfeller er andre besvær som fører til vekttap og dårlig ernæringsstatus. Særlig mental status er vesentlig for inntak av føde. Det viser seg at det å ha et tilfredsstillende utseende er avgjørende for om folk ønsker å delta i sosiale sammenhenger. Deltakelse i det sosiale liv forbedrer livskvaliteten, forebygger depresjon og dermed unødvendig medisiner. Dermed unngår man bivirkninger, for eksempel munntørrhet som vanskeliggjør spising.

«Äldre får nödvändig tandvård för sent» (18)

Artikkelen tar opp det de kaller en «systemfeil» i dagens samfunn. Når eldre som har gått regelmessig til tannbehandling plutselig opphører på grunn av sykdom eller manglende ork, bør det iverksettes en form for oppsøkende tannpleie. Systemet i dag fungerer ikke, da de eldre ikke får hjelp før de er så syke at de trenger hjemmesykepleie. Når det gjelder de eldre bør tannpleie automatisk komme inn under helse- og sykepleiesystemet, ettersom minsket tannkontakt pleier skje samtidig med tiltagende behov for sykepleie.

En tannlege ved Karolinska institutt foreslår at eldre helt ned i 65års alder får tilbud om et gratis besøk hos tannlege eller tannpleier. Her kan de motta informasjon og brosjyrer om hvilke forandringer og sykdommer som kan oppstå i munnhulen og hvordan dette kan forebygges. Dette vil være svært viktig for eldres profylakse.

Artikkelen tar også opp problematikken rundt eldre og protetiske løsninger. All protetikk bør være lett å rengjøre og mulig å reparere samt bygge ut/justere. Man bør unngå protetiske løsninger om profylaksen ikke kan bli god nok.

«Äldres tänder lades i stikken» (19)

Artikkelen tar utgangspunkt i en tannpleiers egen erfaring. Målgruppen for

omsorgstannpleie er beboere på pleiehjem og ikke-selvhjulpne i egen bolig. Lovmessig er det flere som kan få rett til omsorgstannpleie- personer med et varig funksjonstap der egenomsorg er så begrenset at de ikke kan utnytte eksisterende ordninger, men også utviklingshemmede og sinnslidende, hvis disse er ute av stand til å benytte det etablerte tannpleiesystemet.

Omsorgstannpleiens brukere har typisk et tannsett som er preget av perioder med mangelfull tannpleie. Det er derfor ofte store behandlingsbehov- periodontalt og kariologisk. Medisinske bivirkninger som munntørrhet kombinert med plakk, blottede tannhalser og mangelfull munnhygiene setter i gang en destruktiv prosess i gang hos den eldre.

Pleiehjemsbeboere bør definitivt ha hjelp til tannbørsting. Tannpleieren vil med utgangspunkt i sin praksiserfaring gå så langt som å si at fravær av hjelp til munnhygiene er omsorgssvikt. Etterutdanning blant hjemmesykepleien bør settes i fokus.

5.1.2 Sammenhengen mellom oral hygiene og systemiske sykdommer:

«Relasjonen orale infeksjoner – systemiske sykdommer» (20)

Relasjonen mellom orale infeksjoner og systemiske sykdommer er viet en økt oppmerksomhet de siste 20 årene. Blant orale infeksjoner er periodontale sykdommer de viktigste. Relasjonen mellom orale infeksjoner og systemiske sykdommer er nylig gitt oppmerksomhet i « Journal of Oral Microbiology», dette er det første internasjonale «open access»- tidsskriftet innen oral mikrobiologi.

«Langt færre infeksjoner med god mundhygiejne på hospitalerne» (21)

Sykehusene i Region Hovedstaden lyktes i å redusere antall infeksjoner hos de innlagte pasientene drastisk ved at man blant annet renser munnen på pasienten, slik at de bakterier som samler seg i spyttet ikke glir ned langs intuberingstuben som settes ned i luftveiene. Dette har resultert i at fire intensivavdelinger har halvert antall lungebetennelser hos pasienter som ligger i respirator. Det ble undervist i munnpleie for en gruppe sykepleiere i 2007 for å forebygge nettopp slike infeksjoner, som stammer fra orale bakterier. Det er ikke

et overraskende resultat at antall infeksjoner synker med økende munnhygiene, da det foreligger evidens for betydningen av en god munnhelse. Det er ergo slått fast at munnhygiene kan redde liv.

5.1.3 Pleiepersonalets utfordringer-prosjekt, kunnskap, kommunikasjon med pasient og tannhelsetjenesten:

«Munnstell av alvorlig syke» (22)

Svært mange av dagens sykehjemsbeboere er plaget av munntørrhet som følge av sykdommer og medikamentbruk. Tilfredsstillende munnstell er ofte manglende, og kan i kombinasjon med munntørrhet lettere føre til infeksjoner i munnhulen. Hos syke eldre med nedsatt immunforsvar kan i verste fall bakterier fra munnhulen ta seg over i blodbanen og gi pasienten et mye verre sykdomsbilde. Ivaretagelse av god munnhygiene er derfor svært viktig. Pleiepersonalet ved sykehjemmene trenger nok kunnskap for å kunne utføre et tilstrekkelig munnstell på beboerne.

God munnhygiene er også viktig for pasientens sosiale liv, så vel som inntak av mat og drikke. Praktiske hindringer for et godt munnstell kan være at det ofte er utskiftning av personale, samt utstrakt bruk av ufaglærte. Andre ting som nevnes er dårlig tilgang på utstyr og fysisk motstand fra pasienten. Det finnes også sosiale hindringer, som holdninger hos pleier og pasient. Det kan fort føles for intimt, pasienten ønsker kanskje ikke hjelp, og pleier har ikke tid eller lyst til å utføre munnstell.

Artikkelen beskriver så et prosjekt utført på Peer Gynt Helsehus i Moss som heter «Munnstell hos alvorlig syke og døende- best practice». Målet med prosjektet var å heve kunnskapsnivået om munnstell og lindring av munntørrhet blant de ansatte på Peer Gynt Helsehus, og ved de andre sykehjemmene og bo- og servicesentrene i Moss kommune. Prosjektet involverte også en del produkttesting av hjelpemidler mot munntørrhet, med beskrivelse av resultatene for hvert produkt.

Artikkelen konkluderer med at det er selve handlingen munnstell som har noe å si for å forebygge og lindre munnplager, fremfor spesifikke munnpleiemidler. Det som er viktig er å

endre holdninger og heve kompetansen hos de ansatte. For å kunne oppnå dette kreves det et sterkt engasjement blant pleierne om å gjøre det beste for pasienten. Det ligger også en stor utfordring i å holde kompetansenivået oppe i kommunehelsetjenesten, på grunn av høyt sykefravær og utstrakt bruk av vikarer og ufaglærte. De som deltok i prosjektet trakk fram det tverrfaglige samarbeidet mellom helsehuset og tannhelsetjenesten i kommunen som svært nyttig.

«Tannpleie for eldre» (23)

Denne artikkelen er egentlig tre mappeoppgaver skrevet av tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark etter en ekstern praksis. Oppgavene handler om holdninger og motivasjon for munn- og tannstell blant de ansatte ved sykehjem.

Studentene erfarte at det ikke var lett å få samlet de ansatte ved avdelingen til undervisning om tannstell, selv om avtaler var gjort i forveien. Det var alltid noen som ikke dukket opp og skyldte på at de ikke hadde tid. Munnstell ble nedprioritert i forhold til andre oppgaver. Mangel på kunnskap blant pleiepersonalet gjør det vanskelig for dem å bedømme hva de ser i munnen, særlig da mange eldre i dag har en kombinasjon av egne tenner og ulike tannerstatninger. Det er viktig å tenke på hvordan man som tannpleier legger fram undervisningsmateriellet for pleiepersonalet, da det er ulike forutsetninger for å forstå budskapet.

Det er ikke alltid enkelt å få til et tverrfaglig samarbeid mellom sykehjem og tannhelsetjenesten. Den største utfordringen som tannpleier er å få pleiepersonalet ved sykehjemmet til å forstå at pasientens orale helse er avgjørende for allmenntilstanden.

Pleiepersonalet står ovenfor mange utfordringer i det daglige når det kommer til munnstell. Årsaker til dette er mangel på tid, mangel på kunnskap og evner, mangel på utstyr, motstand fra pasientene og manglende rutiner. Noen av personalet vedkjenner at munn- og tannstell er det første som blir nedprioritert i en presset arbeidshverdag. Andre opplever munnstell som ubehagelig å utføre på andre. I andre tilfeller vegrer beboeren seg for å ta imot hjelp, ofte pga. demens.

Det hevdes at det er for lite fokus på oral helse og munnstell i undervisningsprogrammet inne helse og omsorg. Svært få benytter tannhelsepersonell i undervisningen. For å øke kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene er et tverrfaglig samarbeid mellom pleiepersonell og tannhelsepersonell vesentlig.

«Bachelorprosjekt om mundpleje» (24)

Artikkelen tar for seg et bachelorprosjekt om munnpleie av sykepleierstudenter i Danmark. Studentene ville undersøke hvordan pleiepersonalet på medisinske avdelinger opplever viten og tid til munnpleie, samt opplevelser rundt det å skulle utføre munnpleie.

Det ble utført en tverrsnitts-spørreundersøkelse, hvor dataene ble analysert. Resultatene viste at 90 % av respondentene mente at de hadde tilstrekkelig viten om munnpleie, men allikevel ønsket hver 4. sykepleier mer undervisning i emnet.

Konklusjonen på oppgaven ble at undersøkelsen avdekket et dilemma i klinisk praksis, hvor pleiepersonalet mener å ha nok kunnskap om munnpleie, men allikevel ikke alltid er tilfreds med resultatet, samt ofte foretrekker andre arbeidsoppgaver.

«Forebyggende tandpleje på plejehjem baseret på sidemandslæring» (25)

Artikkelen beskriver et dansk prosjekt hvor de ville evaluere effekten av en læringsprosess blant pleiepersonale, som tar utgangspunkt i situert læring gitt som sidemannsopplæring. Dette ble iverksatt da den tradisjonelle didaktiske tilgangen på opplæring ikke syntes å ha en overbevisende effekt med tanke på å sikre sykehjemsbeboernes munnpleie. Formålet var å evaluere effekten av en endring i læringsprosess.

Bakgrunnen for dette prosjektet var studier som viste at sykehjemsbeboere får for dårlig hjelp til munnstell fra pleiepersonalet. Dårlig munnhygiene fører til tannsykdommer og nedsatt livskvalitet, og undersøkelser indikerer også sammenheng mellom periodontal sykdom og hjerte-karsykdommer. En norsk undersøkelse viste at antallet egne tenner blant sykehjemsbeboere har økt de siste årene, og dertil også antall tenner med karies og

periodontitt. Det er altså behov for utvikling og forbedring av undervisningsprogrammer som styrker pleiepersonalets innsats rundt beboernes munnhygiene.

Det var 20 sykehjemsbeboere i prosjektgruppen, og 20 beboere i kontrollgruppen. Prosjektet ble utført av en tannpleier og en klinikkassistent. Klinikkassistentens oppgave var å observere og instruere pleiepersonalet i munnstell, med jevne mellomrom i et år.

Klinikkassistentens intervensjon med pleierne ble gradvis trappet ned i løpet av prosjektperioden. Plakk- og blødningsindeks for hver deltager ble registrert ved prosjektets begynnelse og slutt, både i prosjektgruppen og kontrollgruppen. Resultatet viste stor forskjell i plakk- og blødningsindeks mellom prosjektgruppen og kontrollgruppen etter prosjektets begynnelse og fram til prosjektets slutt.

Dette prosjektet viser altså at en forbedring av beboernes orale helse er mulig hvis man er villige til å øke ressursbruken.

«Vård av äldre kräver tid och tålamod» (26)

På Nacka Seniorcenter Ektorps utanför Stockholm bor 120 äldre, hvor flere er demente. Alle som bor her har rett på støtte til tannbehandling. Med økende alder følger ofte dårligere helse og sykdommer, og sykepleierne på senteret har mye å gjøre. Ofte blir munnstellet valgt bort i en hektisk hverdag med mye papirarbeid. Sykepleierne som jobber her er takknemlige for å få hjelp med beboernes munnhelse. Senteret har avtale med en bedrift som jobber med mobil tannhelse. En gang i året kommer flere tannpleiere innom for å gjøre undersøkelser på beboerne og for å undervise personalet. Tannlegen kommer også innom når det trengs. Beboerne synes det er flott å bli oppsøkt på denne måten, og den innledende undersøkelsen er gratis. En spesialistsykepleier på senteret mener det føles trygt for beboere med demens å bli undersøkt og behandlet i kjente omgivelser.

«Retten til rene tenner- også på sykehjemmet» (27)

Artikkelen beskriver en typisk dag på Cathinka Guldberg-senteret i Oslo, en privat institusjon for eldreomsorg. Senteret består av et sykehjem og dagsenter, samt en tannklinikk som er en del av Universitetets Odontologiske fakultet. Her jobber de aktivt for å bli best i forebyggende eldretannpleie.

Instruktørtannpleier Marianne Wenaasen lærer tannlege- og tannpleierstudenter å nærme seg pasientene. Kroppsspråk og grensesetting står viktig i tilnærmingen til eldre, spesielt av demente som kan være en svært krevende pasientgruppe. Wenaasen mener det er viktig å bytte på arbeidsoppgaver- en bør ha ansvaret for vask, en annen for tannstell.

Samarbeidsklimaet står sentralt for effektivt å få utført arbeidsoppgaver. Skriftlige rutiner samt munnstellkort anbefales for alle pasienter. Pleierne må følge kortet og ha lett tilgang til det under munnstellet.

«Ett lyft för äldretandvården» (28)

Tannlege Ingvor Rönnlund jobber på tannklinikk i Stockholm blant annet med å behandle eldre sykehjemspasienter. Pasientene er gamle og syke, og mange kan ikke kommunisere. Noen ganger hender det at hun må begynne med å pusse pasientens tenner for å kunne undersøke videre. Hun mener at samarbeidet med de ansatte på sykehjemmet hadde kunnet forbedres, om det var slik at den personen som fulgte den eldre til tannlegen, var den samme som hadde ansvaret for det daglige munnstellet. Slik er det ikke per dags dato. Det er ofte en person som følger pasienten, og en annen som utfører munnstellet. Munnhygieneinformasjonen som blir gitt, overleveres ikke mellom de ulike personalgruppene.

Det virker som om en del av de ansatte på sykehjemmet synes tennene er lite viktige, og skylder på at pasienten vil børste tennene sine selv. Et annet stort problem er at mange flere nå har implantater og fast protetik, og når de kommer til tannlegen har de store infeksjoner under konstruksjonene.

5.1.4 Prosjekt for å forbedre oral helse hos eldre:

«Munnhelse i eldreinstitusjoner» (29)

Artikkelen er et sammendrag av en doktorgradsavhandling av Heidi Samson, ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland.

Sykehjemsbeboere er i dag sykere og langt mer pleietrengende enn tidligere. Nyere studier har vist at mange har en uakseptabel dårlig munnhygiene, og at munn- og tannstell har en lav prioritet blant noen av pleiepersonalet. Avhandlingens mål har derfor vært å utvikle tiltak som kan gi eldre institusjonsbeboere en god munn- og tannhelse gjennom forebyggende arbeid.

En av grunnene til den dårlige munnhygiene hos eldre beboere på sykehjem er hevdet å være mangel på kunnskap hos de ansatte. Det ble derfor gjort en spørreundersøkelse på alle landets 270 skoler som utdanner sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Blant de 203 skolene som responderte, rapporterte nesten alle at de inkluderte munn- og tannstell i undervisningsopplegget sitt, både praktisk og teoretisk undervisning. Litteraturen som ble anvendt i undervisningen varierte blant undervisningsstedene når det gjaldt dekningsgraden av emnet munn – og tannstell. Bare 31 prosent av skolene brukte tannhelsepersonell til å undervise i emnet, resten brukte sykepleiere.

Et nytt munn- og tannhygieneprogram er blitt utprøvd på Løvåsen undervisningssykehjem, som er et av landets største sykehjem. Dette programmet bestod av personalopplæring, bruk av munnstellkort, tannkontakter og tilgang på tilstrekkelig tannpleieutstyr. Beboernes munnhygiene ble regelmessig målt av tannpleier ved hjelp av BSI (belegg og slimhinneindeks). Pleiepersonalet foretok justeringer der dette var nødvendig. Etter tre måneder hadde andelen beboere med akseptabel munnhygiene steget betraktelig, og bedringen var fortsatt til stede etter seks år. Dette viser at munnhygiene hos beboere på sykehjem kan bedres med enkle midler, samt kontinuerlig evaluering og oppfølging.

«Påvirker Duraphattandpasta utviklingen av rodcaries?» (30)

Artikkelen presenterer en pågående undersøkelse gjort på eldre på sykehjem i København. Den går ut på å klarlegge om regelmessig bruk av Duraphat-tannkrem påvirker utviklingen av rotkaries, og dermed på sikt; tannbevarelse. Undersøkelsesgruppen består av 225 sykehjemsbeboere som har minst fem egne tenner, og som daglig mottar hjelp til munnstell. Undersøkelsesgruppen omfatter ikke sengeliggende pasienter.

Etter en grundig registrering av alle orale forhold (tannstatus, karieslesjoner, munnhygiene og plakkregistrering) har hver deltager fått utdelt en tilfeldig tube tannkrem.

Undersøkelsesgruppen skal bruke Colgate Duraphat-tannkrem med 5000 ppm NaF, og kontrollgruppen en vanlig tannkrem med 1500 ppm NaF. Tannkremen skal benyttes hver dag, én gang om dagen i 8 måneder. Pleiepersonalet har blitt instruert i å bruke en tannkremmengde på størrelse med en ert. Etter 8 måneder skal alle deltakerne til etterkontroll, og data fra undersøkelsen skal analyseres.

5.2 Intervjuer

Intervju av sykepleier ved «Våganstua»:

1. Hvordan utføres det daglige munn- og tannstellet på beboerne?

- Rutiner, morgen/kveld

- Hvem gjør hva?

- Hvor stor andel av beboerne klare å ta hånd om sin egen munnhygiene, hvor mange må påminnes og hvor mange må dere helt og holdent ta hånd om? Gjøres dette hver dag, 2 ganger daglig?

Svar: Varierer hvem som utfører stellet alt etter turnus, men vi har faste rutiner på morgen- og kveldsstell. Det legges mest «flid» i kveldsstellet da vi har bedre tid, enn om morgenen.

Der er til sammen 8 beboere på denne somatiske avdelingen, hvor alle har helprotese. Et par stykker har noen få egne tenner igjen i underkjeve front. Snittalderen er høy; 79-98 år, så alle får hjelp til det daglige stellet- også det orale. Vi pusser protesene hver kveld med litt tannkrem. Av og til brukes Corega rensetabletter. Corsodyl brukes som munnskyll av og til, når vi oppdager at det er behov for det. Vanligst forekommende problem er sår (gnag) fra protese, men er lenge siden vi har hatt slike problemer nå.

- **Hvilket utstyr har dere? Tanntråd/tannpikere/interdentalbørster/fluorskyll?**

Svar: Vi stiller med fluortannkrem, manuelle tannbørster, Corega ultratabs, festemiddel til protese- Dentofix ekstra forte eller corega krem, Corsodyl osv.

- **Hvordan oppdages patologi i munnhulen? Soppinfeksjoner, karies eller andre forandringer i munnhulen? Får dere opplæring innen dette?**

Svar: Dette oppdages av tannpleier når hun er på besøk. Vi får ikke opplæring innen dette.

- **Får pasienter med høy kariesaktivitet oftere undersøkelser og Duraphat-tannkrem 5000 ppm. NaF på resept?**

Svar: Slike beboere får Duraphat-tannkrem to ganger daglig, på resept.

- **Munntørrhet? Brukes hjelpepreparater som f.eks. Xerodent, Xerodrops, salivakrem osv.? Får beboerne testet ulike produkter?**

Svar: Én beboer er munntørr og bruker Xerodent sugetabletter. Beboeren har ikke prøvd salivakrem eller andre produkter mot dette såvidt jeg vet.

- **Følges beboere med diabetes, hjerte- og karsykdommer, samt metallproteser (hofteproteser, pacemaker osv.) tettere opp av pleiepersonell og tannpleier?**

Svar: Nei, det gjør de ikke. Disse beboerne har ikke noe ekstra tilsyn. De får sin regelmessige sjekk når tannpleier er her ca. 2 ganger i året.

2. Hvordan får beboerne det tannpleieutstyret de behøver?

- **Er det familie, pasienten selv eller pleiehjemmet som står for innkjøp? -Styres evt. innkjøp av brukervennlighet eller pris?**

Svar: Utstyret stiller vi med. Vi kjøper inn det som trengs av fluortannkrem, tannbørster (manuelle) og Corega ultratabs. Alle innkjøpene styres av brukervennlighet, ikke pris. Vi har vurdert å kjøpe elektriske tannbørster, men dette har ikke blitt gjennomført enda.

- **Opplyser tannpleieren om hver beboers individuelle utstyrsbehov? Eks interdentalbørster og superfloss ved fast protetik som bro/krone.
- Føler du at du selv har nok kunnskap til å vurdere hva hver enkelt beboer behøver av dentale hjelpemidler?**

Svar: Tannpleieren er flink til å opplyse om beboernes individuelle utstyrsbehov. Vi bruker og følger munnstellkort for hver enkelt beboer-fungerer kjempebra!

- 3. Å hjelpe beboere med munnstell kan være vanskelig. Hvor ofte opplever du at følgende situasjoner oppstår:**
- a) Beboere vegrer seg for å motta hjelp til munnstell**
 - b) Beboere motsetter seg hjelp**
 - Er dette pga. demens?
 - Føler du en ofte på tvang vs. frivillighet?
 - c) Praktisk vanskelig å gjennomføre**
 - d) Mangel på kunnskap hos pasienten eller hos pleieren**
 - e) Mangel på motivasjon hos pleieren**
 - Er dette pga. manglende interesse eller andre faktorer som ubehag/lukt/plakk
 - f) Mangel på tid og rutiner**
 - g) Frykt for å skade tenner eller protese**
 - h) Mangel på nødvendig utstyr (interdentalbørster, elektriske tannbørster, fluortilskudd osv.)**

Svar: Vi opplever sjeldent at beboere vegrer seg for å motta hjelp, men det vi derimot ser er at enkelte pleiere får munnstellet bedre til enn andre. Det er uvisst hvorfor det er slik. Vi opplever aldri at vi må utføre stellet under tvang, da det ikke forekommer demens på denne avdelingen. Munnstellet synes vi er praktisk enkelt å gjennomføre, spesielt om kvelden da vi har ekstra god tid. Beboeren sitter da i en stol på badet mens vi gjør stellet. Noen ganger hender det at vi er litt redde for å skade tenner eller proteser, men det går som oftest helt uproblematisk. Vi har ikke mangel på nødvendig utstyr.

- 4. Har dere en tannhelsekontakt eller en i ledelsen som tar ansvar for tannhelse rutinene samt har kontakt med ansvarlig tannpleier?**
- **Hvem kontakter dere om dere behøver hjelp?**

Svar: Ja, vi har en fast tannpleier ved tannklinikken som vi tar kontakt med ved behov. Vi har også en fast tannhelsekontakt ved avdelingen.

- **Har dere individuelle munnstellkort for hver beboer?**

Svar: Ja, det har vi. De er laminerte og henger på speilet på badet til hver enkelt beboer. Jeg husker ikke eksakt hvor lenge vi har hatt dem i bruk, men i alle fall i 6 år. Dette synes vi fungerer kjempebra og vi har god kontroll på de ulike beboernes behov. Denne avdelingen er veldig stabil med tanke på beboere. Det er 1,5 år siden noen døde. I tillegg er det positivt at vi har et stabilt personale, samt 3 sykepleiere i 100 % stilling. Dette gjør at alle de ansatte kjenner beboerne godt- og deres rutiner omkring munnstell.

- 5. Munnhygiene har stor betydning i forhold til forebygging og forløp av sykdom. Svært mange systemiske sykdommer har orale manifestasjoner som f.eks. karies, luftveisinfeksjoner og diabetes.**

Hvordan har du lært deg å ta hånd om tann- og munnstell på andre?

- **Under utdanningen? Senere?**
 - **Har de ansatte på sykehjemmet ulik kompetanse innen feltet? På grunn av ulik undervisning/utdanning eller på grunn av varierende egeninteresse?**

Svar: De ansatte vil jeg si har ulik kompetanse. Dette er nok i hovedsak på grunn av ulik utdanning og undervisning, men det har også litt grunn i egeninteresse. Jeg studerte selv sykepleie ved Universitetet i Tromsø. Under studiet kom tannpleier- eller tannlegestudenter og hadde et undervisningsopplegg for oss en dag. Det er hva jeg kan minnes å ha hatt av undervisning om oral helse og tenner. Vi hadde ingen eksamen om dette.

- **Er de ansatte tilfreds med resultatet av det daglige munnstellet de utfører? Hvis ikke, hvorfor ikke?**

Svar: De ansatte er tilfreds med resultat, jevnt over.

- 6. Hvilket samarbeid har dere med ansvarlig tannklinikk som har ansvarstilsyn?**

- **Hvor ofte kommer det tannpleier/tannlege på besøk?**
 - **Hva gjør de?**

Svar: Vår faste tannpleier kommer på besøk ca. to ganger i året. Hun tar undersøkelse på beboerne og sjekker at protesene deres er i orden. Deretter skriver hun en rapport til oss om funn og gjør endringer på munnstellkortet hvis det trengs.

- **Hvordan synes dere det fungerer? Er det en god dialog?**

Svar: Det fungerer bra. Vi har en god dialog.

- **Arrangeres det undervisning for de ansatte på sykehjemmet ledet av tannpleiepersonell?**
 - **Når, hvor, hvem?**
 - **Mottar dere opplæring i medisinduserte forandringer i munnhulen og på hvilket stadium det bør tilkalles tannpleiefaglig hjelp?**
 - **Kjører dere private undervisningsopplegg for personalet eller foregår opplæring av nyansatte via «sidemannslæring»?**

Svar: Det arrangeres undervisning i munnstell hvert år. Nå er det dog ett eller to år siden sist. Dette er frivillige fagdager som holdes her på sykehjemmet, hvor vi kan komme med

spørsmål til tannpleieren. Vi mottar ikke undervisning i medisinduserte forandringer i munnhulen så vidt jeg vet. Vi kjører heller ikke private undervisningsopplegg her på avdelingen eller mellom avdelingene. Opplæring av nyansatte og vikarer foregår mye via «sidemannslæring».

- **Ønsker dere mer undervisning og kunnskap om munnpleie? Hvordan vil dere tilegne dere dette?**

Svar: Ja, ønsker flere årlige møter med tannpleier. Opplegget i dag er veldig bra med forelesning og dialog underveis, vi skulle bare ønske det var oftere. Vi ser også behovet for å lære mer da flere og flere nye beboere har egne tenner. Dette er en ny, tiltagende trend.

Intervju av klinikkjef ved Vågan tannklinikk

1. **Hvordan utføres tilsyn ved de sykehjem dere har ansvarstilsyn over?**
 - **Hvor ofte? Faste tider? Følges beboerne av faste sykepleiere som er med på undersøkelsen?**
 - **Er det en ansvarlig tannpleier som drar fast på kontroller?**
 - **Har dere en fast kontaktperson på sykehjemmet?**

Svar: Vi prøver å være innom sykehjemmene til faste tider, men vi er veldig avhengig av bemanningen på klinikken, så du kan si at det ikke alltid blir helt slik som vi ønsker. Ideelt sett ønsker vi å være innom en gang per måned, men dette klarer vi ikke få gjennomført. Jeg ønsker mer ressurser og kapasitet. Har ikke helt oversikt over hvor ofte vi har vært innom sykehjemmene tidligere da dette ansvaret er delegert til tannpleierne våre. Jeg holder bare oppsyn og sjekker at det blir gjort.

2. **Arrangeres det undervisningsopplegg for de ansatte ved sykehjem?**
 - **Er det etter din mening behov for å undervise pleiepersonell ved sykehjem?**
 - Oppmøte?
 - Interesse?
 - Føler du at arbeidet du legger ned har nytte for seg?
 - **Når ble dette sist gjennomført og hvem hadde ansvaret?**

Svar: Ja, vi arrangerer undervisning for pleierne årlig. Vi prøver å komme inn på dem, men det er ikke alltid like lett alle steder. Vi opplever at dette er lettere på sykehjem enn i hjemmesykepleien. I begynnelsen da vi startet med undervisningsopplegget, følte vi at de mente vi var ute etter dem og bare skulle påpeke feil, men vi ser nå at jo mer vi er der, jo

bedre blir vi tatt imot. Samarbeidet blir bare bedre og bedre. Vi sier ifra hvis det ikke er gode forhold når beboerne kommer hit på klinikken.

Jeg føler det er nytte i dette, selv om det tar lang tid før det blir bedre. Dette er en tidkrevende prosess ettersom det stadig kommer nytt personale på institusjonene, og det er mange med deltidsstillinger. De som følger med beboerne når de kommer hit er ikke nødvendigvis de som har det daglige stellet på dem. Dette gjør det vanskeligere å nå fram med informasjon til riktig person. De nyansatte skal opplæres av deres egne pleiere. Å få alle til å gjøre en kanonbra jobb er vanskelig men hvis vi kan oppnå at de pusser tennene skikkelig godt 3-4 ganger i uken så er kanskje det det beste vi kan få til.

Vi har lenge hatt fokus på sykehjemmene, da vi merker at det kommer flere og flere med egne tenner, og vi får en større jobb å gjøre. Jo mer vi klarer å få pleierne til å gjøre, jo mindre blir det for oss å gjøre. Det er synd å se de vi ikke klarer å få hjulpet, for det er jo faktisk noen. Dette er beboere som ikke lar seg behandle og som er sterkt dement. Vi vet aldri om disse har smerter, men vi kan gjøre akuttvedtak om tvangsbehandling. Er det større behandlinger som må utføres og vi for eksempel må henvise til narkose, så må det søkes om.

3. Ved besøk på sykehjem, hva inngår i en rutineundersøkelse av pasienter- både med og uten egne tenner?

- **Brukes BSI (Belegg- og slimhinneindeks) i den regelmessige screeningprosedyren?**
- **Hvilket utstyr har du tilgjengelig ved sykehjemmet? Godt lys, stol?**
- **Hva gjøres om man er i tvil om orale funn? Fraktes beboeren til tannklinikken?**
- **Føler du at de du har opplæring på, følger dine råd/instrukser?**
- **Synes du at det settes av nok tid til forebyggende arbeid ved sykehjem?**

Svar: På Leknes fører de statistikk på plakk, målt på sykehjemmet. Vi skal nå se om vi klarer å få innført dette her i Svolvær. Plakket graderes ca. slik: Lite, middels, mye.

Sykehjemmene stiller ikke med utstyr til undersøkelsene. Vi prioriterer tannhelse mer enn det de gjør med tanke på tilrettelegging, så vi har med eget utstyr. Vi skriver ut resepter og sørger for at beboerne har utstyr. De må selv kjøpe elektrisk tannbørste. Vi har funnet litt av hvert i hyllene på sykehjemmet av utstyr som ikke er riktig til beboerne. Vi ønsker helst at institusjonene skal stille med utstyr til beboerne, slik at vi kan påvirke hva de får. En av institusjonene vi har ansvarstilsyn over er svært vanskelig å følge opp.

Jeg tør ikke svare på om de vi har opplæring på, følger våre instruksjoner. På lang sikt, ja, men vi kan godt risikere at neste gang pasienten kommer til klinikken, eller vi besøker dem, er det like ille igjen. Fremgangen går ikke så fort på dette området, men det utvikler seg i alle fall i en positiv retning. Det kan aldri settes av for mye tid til forebyggende arbeid, men vi synes vi har en god oppfølging og er flinke. Jeg tror nok likevel at tannpleierne føler på litt dårlig samvittighet ovenfor dette med tidsbruk på profylakse. Vi har bare 1,5 tannpleier ved tannklinikken vår. Vi tenker på å øke den bemanningen, men det er ikke «bare» å øke en stilling. Man skal ha flere i ryggen, men vi gjør en god jobb.

Vi har brukt munnstellkort i ca. 10 år og det fungerer bedre og bedre. De som får kortene må lære seg å bruke dem, så dette tar tid. Ikke alle vet hva en delprotese er. Noen kan finne på å pusse med delprotesen i munnen.

4. Hvordan mener du den generelle tilstanden til beboerne på sykehjemmet du har tilsyn over er (når det gjelder oral helse)?

- **Hvor mange er helt tannløse, hvor mange har egne tenner og delprotese, hvor mange har helproteser?**
- **Påvirker dette kostholdet? Myk kost?**
- **Hvordan følges beboerne opp ift. oral helse?**

Svar: I forhold til oppfølging av pasienter på sykehjem kan ofte de «beste» behandling være verste behandling. Med dette tenker jeg spesielt på protetik. Det er veldig sjeldent vi lager bro til sykehjemsbeboere, siden det er så betinget med oralt stell.

5. Hva fungerer bra på sykehjemmet og hva fungerer dårlig?

- **Opprettholdes pasientens tannhelsetilstand på et så høyt nivå som pasientens generelle helsetilstand tillater?**
 - **Hvis ikke: hvordan mener du dette kan forbedres?**
 - **Hva anses som «faglig forsvarlig behandling» hos eldre syke?**

Svar: Alder er så utrolig varierende if.t helsetilstand. Den rette behandlingen kan være feil til noen, med tanke på protetik- det skal jo vedlikeholdes! Synes tannpleierne/tannlegene er gode til å vurdere dette. Jeg skulle ønske det var en tannpleier som jobbet fast på sykehjemmet og pusset alle hver dag. Tror at det i en hektisk hverdag lettere kan bli akseptert et nei fra beboerne om de ikke vil pusse.

Ansvarlig tannpleier ved Vågan tannklinikk

- 1. Hvordan utføres tilsyn ved de sykehjem dere har ansvarstilsyn over?**
 - **Hvor ofte? Faste tider? Følges beboerne av faste sykepleiere som er med på undersøkelsen?**
 - **Er det en ansvarlig tannpleier som drar fast på kontroller?**
 - **Har dere en fast kontaktperson på sykehjemmet?**

Svar: Vi har fordelt ansvaret mellom de ulike institusjonene i området. Jeg er tannpleier i en 100 % stilling og har ansvar for Marithaugen sykehjem i Vågan. Den andre tannpleieren som er ansatt her, er i 50 % stilling og har ansvar for Svolvær omsorgssenter i Vågan. Det varierer litt på hvem som har ansvaret for den tredje institusjonen da Byparken omsorgssenter ikke er et sykehjem, men et rehabilitering- og avlastningscenter. Her har vi ikke så god oversikt ettersom det ikke blir en kontinuitet i arbeidet, da det er stort «gjennomtrekk» av pasienter.

Hver enkelt beboer har sin recall årlig (dette er de med egne tenner). I tillegg er sekretærene innom sykehjemmene når de har mulighet og tar hygienekontroller og utfører profylaktisk arbeid som duraphatpensling. Jeg prøver å være innom sykehjemmets hver enkelt avdeling 3-4 ganger i året. Jeg ønsker helst at beboerne kommer til klinikken såfremt at deres fysiske og psykiske tilstand tillater det. Beboere med protese har 36 mnd recall. Pleierne tar kontakt hvis det oppstår behov utenom dette intervallet. Vi spør alltid om det er noen med utfordringer/smerter når vi er på besøk.

Jeg synes samarbeidet med pleierne fungerer veldig bra nå. Dette har blitt bygd opp over lang tid.

- 2. Arrangeres det undervisningsopplegg for de ansatte ved sykehjem?**
 - **Er det etter din mening behov for å undervise pleiepersonell ved sykehjem?**
 - **Oppmøte?**
 - **Interesse?**
 - **Føler du at arbeidet du legger ned har nytte for seg?**
 - **Når ble dette sist gjennomført og hvem hadde ansvaret?**

Svar: Det er absolutt behov for undervisning. Vi har nettopp skrevet invitasjonsbrev til alle sykehjemmene i kommunen hvor vi tilbyr forelesning om tannhelse. De får være med selv å bestemme hva vi skal snakke om via å komme med ønsker til tema. Hvert år gjør vi dette,

både til sykehjem og hjemmesykepleie. Dette er de veldig positive til! Sykepleierne er glad for ny input og vi har jobbet lenge for å få dette til. Vi må ha forståelse for at deres hverdag kan være svært utfordrende men de må også forstå at de må prøve å gjøre en innsats for å lette vårt arbeid. Det er utopi å tro at vi skal få til konserverende behandling om ikke de klarer det daglige stedet. «Det er bare å trekke» har vært innstillingen tidligere. Jeg føler at det er bedre stelt i Kabelvåg enn i Svolvær med tanke på hva som praktisk utføres og rutiner og sånn. Men nå har de nettopp fått en ny dyktig avdelingsleder i Svolvær så vi håper på positiv fremgang der. Inntrykket er at personalet ikke er engasjert når ikke ledelsen er det og pleierne preges av dette. Er lederne tydelige på hva som er arbeidsoppgaver osv. så er det lettere å få det gjennomført. Vi opplever også at pleiere som har jobbet i 30 år har vanskelig for å legge om rutiner. «Vi har alltid gjort det sånn» er et kjent fenomen. Et av målene våre som tannpleiere er å komme oss inn på fast basis i et undervisningsopplegg på helsefag. De aller fleste er veldig imøtekommende og positiv til undervisningen vi holder for dem.

3. Ved besøk på sykehjem, hva inngår i en rutineundersøkelse av pasienter- både med og uten egne tenner?

- Brukes BSI (Belegg- og slimhinneindeks) i den regelmessige screeningprosedyren?
- Hvilket utstyr har du tilgjengelig ved sykehjemmet? Godt lys, stol?
- Hva gjøres om man er i tvil om orale funn? Fraktes beboeren til tannklinikken?
- Føler du at de du har opplæring på, følger dine råd/instrukser?
- Synes du at det settes av nok tid til forebyggende arbeid ved sykehjem?

Svar: Vi har fått oppfordring om å bruke BSI, men jeg bruker ikke dette direkte selv. Noen av mine kollegaer gjør dette, men jeg vurderer jo selvfølgelig alltid slimhinner, plakk osv., men jeg graderer ikke dette. Vi bruker munnstellkort av ulike typer, alt etter hvilken tannstatus de har; egne tenner, protese, delprotese og egne tenner osv. Vi skriver ned det visuelle vi ser under undersøkelsen, som f.eks mye plakk, i tillegg skriver vi på hvilket utstyr som skal brukes til renhold. Kortet dateres og signeres, og så sjekker vi ved neste besøk om pleierne har fulgt opp instruksene. Det hender at demente må ha tvangstiltak. Pleierne har blitt flink til å prøve å få gjennomført stedet, men de sliter noen ganger så mye at vi må få tvangstiltak. Vi forsøker alltid å unngå dette da det er en omfattende prosess.

Til undersøkelsene på sykehjemmet har jeg med hodelykt. Jeg foretrekker at pasientene ligger i sengen sin, da jeg har lys over senga og godt innsyn. De er i besittelse av en frisørstol,

men vi må gå så langt med pasientene da denne står på et annet rom, så det vil stjele tid. Besøktiden er mellom kl.10.00-13.00 og jeg deler opp besøket mellom de ulike avdelingene. Jeg pleier å planlegge besøket slik at jeg kommer etter frokost og morgenstell.

Ved tvil om funn kommer videre tiltak an på hvor mobil og tilgjengelig pasienten er. Vi tar de inn på tannklinikken med følge av pleier eller pårørende, vanligvis er det pleiere. Jeg synes det er en utfordring at de ofte sender en «tilfeldig» pleier og ikke tannkontakten, som finnes fast på hver avdeling. Disse tannkontaktene har stillingen fast i 2 år, før det velges en ny frivillig tannkontakt evt. utnevnes en om ingen melder seg.

I stor grad følges våre råd opp av pleierne. V i opplever at det er stor forskjell på pleiere om dette kommer av at de ikke vil forstå eller om de ikke kan forstå, er uvisst. Gjør jeg funn på sykehjemmet sier jeg fra til tannkontakter, som skal lære opp de andre pleierne i renholdsrutinene. Jeg viser funnene jeg gjør og instruerer i bruk av hjelpemidler, som for eksempel mellomromsbørster. I det siste har det vært sjeldent at jeg har måttet påpekt f.eks. forekomst av plakk. Pleierne skal ha interne opplæringsystem- om det skjer er derimot uvisst.

- **Settes det av nok tid til forebyggende arbeid?**

Svar: I teorien settes det av nok tid til forebygging ja, men i praksis nei. Optimalt sett ville jeg hatt besøk 4 ganger i året per avdeling på de med egne tenner og evt. tilby hjelp hvis det er noen andre som har behov av annen grunn. Da tenker jeg at da er vi der så ofte at pleierne ikke «glemmer» meg, og blir minnet på det jeg har sagt. Siden jeg er på i alt 6 avdelinger ville jeg vært innom selve sykehjemmet ganske ofte, og dermed vil pleierne bli minnet på det orale stellet bare ved å se meg. Pasientene med egne tenner har årlig recall her på klinikken i tillegg til 4 ganger sjekk i året på sykehjemsavdelingen. Har du bare én egen tann sjekkes du én gang i året og får tilbud om undersøkelse når jeg er innom avdelingen. De med helproteser er på kontroll 36 mnd, evt. ved behov. Jeg synes dette er ofte nok. Det er veldig få som opplever gnag. De pasientene som nå er 80-90 år gamle er veldig lite kravstore og vil ikke være til bry. Jeg må stadig påpeke for dem at dette er et gratis tilbud og at det kun er for å sjekke. Når de kommer over denne barrieren så tar de imot hjelp, men mange klager aldri. Vi ringes opp av tannkontakten når de får vondt eller gang, da er det beste er at de kommer hit til klinikken, men jeg har mobilt slipeutstyr som jeg kan ta med meg.

- 4. Hvordan mener du den generelle tilstanden til beboerne på sykehjemmet du har tilsyn over er (når det gjelder oral helse)?**
- **Hvor mange er helt tannløse, hvor mange har egne tenner og delprotese, hvor mange har helproteser?**
 - **Påvirker dette kostholdet? Myk kost?**
 - **Hvordan følges beboerne opp ift. oral helse?**

Svar: Jeg har ansvaret for 6 avdelinger med ulike behov. De siste par årene har vært hektiske da vi har hatt evig nok å gjøre på klinikken når det gjelder alle grupper. Dette gjør at det forebyggende arbeidet automatisk blir satt litt til side, ikke med vilje, men det spises opp av mangel på tid. Jeg føler ikke at jeg har fått fulgt opp tannkontaktene mine så godt som jeg ønsker. Vi har møte med tannkontaktene 1-2 ganger i året, men nå er det ca. 2 år siden jeg har hatt møte med dem. Etter planen skal det være et årlig tilbud, men av tidspress har jeg ikke klart å følge opp da jeg er eneste tannpleier i 100 % stilling. Det hadde vært ønskelig om den andre tannpleieren på klinikken kunne få en 100 % stilling, men det er alltid et bakteppe med tanke på økonomi- driften skal være edruelig. Det skal være gitt tilbud til alle pasientene og det skal gjennomføres recall på alle sykehjemmene.

Til sammen på de 6 avdelingene: 1 tannløs, 14 med egne tenner (og noe protetikk- har ikke statistikk over dette), 8 stk. har kombinasjon egen tenner og noe del/helprotetikk.

Forhører meg alltid om kost. For meg virker det ikke som om det spiller så stor rolle om de har egne tenner eller protese. De aller fleste sier at de spiser godt og det fungerer bra selv for de tannløse. Den orale helsen er i stor grad bra. Man må ta inn over seg at mange er demente, jeg forventer ikke tannkjøttet til en 17åring.

- 5. Hva fungerer bra på sykehjemmet og hva fungerer dårlig?**
- **Opprettholdes pasientens tannhelsetilstand på et så høyt nivå som pasientens generelle helsetilstand tillater?**
 - Hvis ikke: hvordan mener du dette kan forbedres?
 - Hva anses som «faglig forsvarlig behandling» hos eldre syke?

Svar: Vi ser at noen pasienter har et stort behandlingsbehov, men vi opplever at enten motsetter de seg det selv, pga. demens, eller så ønsker ikke familien behandling. Beboer er ofte ikke i stand til å gjøre rede for seg- grunnet demens eller afasi. Vi må bare anta at funnene vi gjør er årsak til smerten. Familie motsetter seg ofte behandling da de er av den

oppfatning at så lenge det ikke gjør vondt, trengs det ikke. De mener også at det er en så stor belastning for beboer å komme til tannklinikken, at de dropper det. Vi har hatt tilfeller der vi har konferert med lege ift. generell anestesi, men endt med konklusjonen at kroppen ikke vil tåle det. Jeg vil avslutningsvis si at Vågan tannklinikk definitivt utfører faglig forsvarlighet. Jeg har dog alltid et ønske om mer tid til oppfølging av iverksatte tiltak, kontakt med tannkontaktene

Avdelingsleder på Selfors sykehjem, langtidsavdeling.

1. Hvordan utføres det daglige munn- og tannstellet på beboerne?

Svar:

- **Rutiner, morgen/kveld**

- Hvem gjør hva?

- Hvor stor andel av beboerne klarer å ta hånd om sin egen munnhygiene, hvor mange må påminnes og hvor mange må dere helt og holdent tas hånd om? Gjøres dette hver dag, 2 ganger daglig?

Svar: Avdelingsleder gjør ikke renholdet, men renholdet skjer morgen og kveld og for protesebrukere også etter måltid. Det er ikke alle man får gjort renholdet på av ulike årsaker, kanskje vil ikke bruker pga. demens. Vi opplever at det er vanskelig å holde styr på hva som er i munnen – implantat, bro eller protese.

Noen brukere synes ikke det er greit at protesene skal pusses med Zalo. Da legger vi heller protesene i vademecum-vann daglig og rengjør de et par ganger i uken i eddik-vann.

- **Hvilket utstyr har dere? Tanntråd/tannpikere/interdentalbørster/fluorskyll?**

Svar: Vi har ikke tanntråd eller mellomromsbørste. Vi har heller ikke vanlig tannbørster, men vi har protesekoster, Vademecum, noe Duraphat-tannkrem og vanlig tannkrem. Dette er tin som tannpleier har med når de kommer på besøk. Vi hadde i en periode tannkrem uten fluor, da denne var billigst og vi ikke hadde sett at denne var uten fluor. Dette har vi rettet opp i nå.

- **Hvordan oppdages patologi i munnhulen? Soppinfeksjoner, karies eller andre forandringer i munnhulen? Får dere opplæring innen dette?**

Svar: Pleierne ser i munnhulen på brukerne. Hvis bruker har vondt, ser man ekstra godt etter. Når lege er tilstede kan bruker få rekvirert Mycostatin-et antimykotikum, ved behov. Karies vurderer vi ikke.

- **Får pasienter med høy kariesaktivitet oftere undersøkelser og Duraphat-tannkrem 5000 ppm. NaF på resept?**

Svar: Vi opplever at enkelte brukere er oftere innom tannklinikken for undersøkelse og forebygging.

- **Munntørrhet? Brukes hjelpepreparater som f.eks. Xerodent, Xerodrops, salivakrem osv.? Får beboerne testet ulike produkter?**

Svar: Xerodent-tabletter brukes ved behov. Vi bestiller inn «det vanlige», altså fluortannkrem, men hvis brukeren opplyser oss om at han/hun ønsker noe annet, så bestilles dette opp.

- **Følges beboere med diabetes, hjerte- og karsykdommer, samt metallproteser (hofteproteser, pacemaker osv.) tettere opp av pleiepersonell og tannpleier?**

Svar: Hos disse brukerne er det mer ernæringen som er i fokus. Vi har ikke en spesiell varselampe på de med hjerte- og karsykdommer eller diabetes.

2. Hvordan får beboerne det tannpleieutstyret de behøver?

- **Er det familie, pasienten selv eller pleiehjemmet som står for innkjøp? -Styres evt. innkjøp av brukervennlighet eller pris?**

Svar: Bruker må få tak i tanntråd/mellomromsbørste selv. Pårørende og pleiere hjelper til med dette. Det er tilgjengelighet og pris som styrer innkjøpene.

- **Opplyser tannpleieren om hver beboers individuelle utstyrsbehov? Eks interdentalbørster og superfloss ved fast protetik som bro/krone.**
 - Føler du at du selv har nok kunnskap til å vurdere hva hver enkelt beboer behøver av dentale hjelpemidler?

Svar: Ja, tannpleieren opplyser om utstyrsbehov. Det finnes utstyr til salgs på tannklinikken.

3. Å hjelpe beboere med munnstell kan være vanskelig. Hvor ofte opplever du at følgende situasjoner oppstår:

- a) Beboere vegrer seg for å motta hjelp til munnstell**
- b) Beboere motsetter seg hjelp**
 - Er dette pga. demens?
 - Føler du en ofte på tvang vs. frivillighet?
- c) Praktisk vanskelig å gjennomføre**
- d) Mangel på kunnskap hos pasienten eller hos pleieren**

- e) **Mangel på motivasjon hos pleieren**
-Er dette pga. manglende interesse eller andre faktorer som ubehag/lukt/plakk
- f) **Mangel på tid og rutiner**
- g) **Frykt for å skade tenner eller protese**
- h) **Mangel på nødvendig utstyr (interdentalbørster, elektriske tannbørster, fluortilskudd osv.)**

Svar: Ofte er det et problem at vi ikke vet hva som er i munnen på brukerne og demente vil ikke kunne gjøre rede for seg. Det vi helst ønsker er en journal fra tannklinikken som forteller oss hva vi finner i munnen, likesom man får en journal fra sykehus når brukere overføres til sykehjem. Jeg er ikke den rette til å svare på disse spørsmålene da jeg ikke gjør munnstell selv, men jeg mener det skal være nok tid i rutinene til å få jobben gjort. Pleierne er ikke redde for å skade proteser/tenner under stell, men de er redde for at proteser skal bli rotet bort da enkelte beboere gjemmer dem i sengetøy osv.

4. **Har dere en tannhelsekontakt eller en i ledelsen som tar ansvar for tannhelse rutinene samt har kontakt med ansvarlig tannpleier?**
 - **Hvem kontakter dere om dere behøver hjelp?**

Svar: Vi skal sende innmeldingskort til tannklinikken når ny bruker ankommer. På denne avdelingen er det jeg som gjør det.

- **Har dere individuelle munnstellkort for hver beboer?**

Svar: Ja, men det blir ikke så mye brukt. Dette er fordi vi synes det er vanskelig med taushetsplikten i forhold til munnstellkort. Hvor skal munnstellokortet være? Kanskje er det slik at brukeren ikke vil at pårørende skal vite hva som skjer i munnen deres. Vi har derfor ønsket et skap på veggen hvor munnstellkortene kan låses inne i en mappe.

5. **Munnhygiene har stor betydning i forhold til forebygging og forløp av sykdom. Svært mange systemiske sykdommer har orale manifestasjoner som f.eks. karies, luftveisinfeksjoner og diabetes. Hvordan har du lært deg å ta hånd om tann- og munnstell på andre?**
 - **Under utdanningen? Senere?**
 - **Har de ansatte på sykehjemmet ulik kompetanse innen feltet? På grunn av ulik undervisning/utdanning eller på grunn av varierende egeninteresse?**

Svar: Jeg husker ikke, men mener at det ikke var noen fra tannhelsetjenesten som hadde undervisningen. Det foreligger ulik kompetanse innen munnstellet ja, men dette mener jeg er grunnet ulik interesse hos pleierne, ikke pga. ulik utdanning.

- **Er de ansatte tilfreds med resultatet av det daglige munnstellet de utfører? Hvis ikke, hvorfor ikke?**

Svar: Pleierne ønsker å gjøre en god jobb. Det snakkes mye om munnstell og vi har et stort fokus på dette.

- 6. Hvilket samarbeid har dere med ansvarlig tannklinikk som har ansvarstilsyn?**
- **Hvor ofte kommer det tannpleier/tannlege på besøk?**
 - **Hva gjør de?**

Svar: Jeg tror tannpleier kommer innom 2 ganger i året, men mange brukere kalles inn til tannklinikken. Nå har vi et nytt prosjekt på gang hvor vi skal kontakte tannklinikken hvis vi ikke får pusset over tenner/proteser hos bruker på 4 dager.

- **Hvordan synes dere det fungerer? Er det en god dialog?**

Svar: Samarbeidet fungerer ikke bra.

- **Arrangeres det undervisning for de ansatte på sykehjemmet ledet av tannpleiepersonell?**
 - **Når, hvor, hvem?**
 - **Mottar dere opplæring i medisinduserte forandringer i munnhulen og på hvilket stadium det bør tilkalles tannpleiefaglig hjelp? Er det frivillig oppmøte?**
 - **Kjører dere private undervisningsopplegg for personalet eller foregår opplæring av nyansatte via «sidemannslæring»?**

Svar: Det er ikke noe problem å få besøk av tannpleier hvis det er behov. Ellers er det årlig og obligatorisk kurs hver sommer for de nye vikarene, som holdes av tannpleierne. Det er frivillig for de fast ansatte å møte opp på dette kurset, da de holdes hovedsakelig for sommervikarene på sykehjemmet og hjemmetjenesten. Dette er et teoretisk og praktisk kurs.

- **Ønsker dere mer undervisning og kunnskap om munnpleie? Hvordan vil dere tilegne dere dette?**

Svar: Hvis det oppstår vansker opplever jeg at det ønskes mer kunnskap.

- **Er det noe du ønsker å legge til som vi ikke har tatt opp til nå?**

Svar: Vil legge til at vi ønsker forståelse for at vi prøver så godt vi kan, men at det ikke er alle brukere det er like lett å få til munnstellet på. Vi opplever det som tvang når brukere motsetter seg hjelp til stell.

Intervju av sykepleier ved Selfors sykehjem, langtidsavdeling

1. Hvordan utføres det daglige munn- og tannstellet på beboerne?

- **Rutiner, morgen/kveld**

- Hvem gjør hva?

- Hvor stor andel av beboerne klarer å ta hånd om sin egen munnhygiene, hvor mange må påminnes og hvor mange må dere helt og holdent tas hånd om? Gjøres dette hver dag, 2 ganger daglig?

Svar: Munnstellet utføres hovedsakelig om kvelden. Rutinene avgjøres av hva som er i munnen; egne tenner eller protese. Hvis brukeren har proteser tas disse ut og vaskes med Zalo. Brukeren får protesen tilbake i munnen hvis de ønsker det, hvis ikke legges de over natten i et glass med Vademecum-vann. En gang i uken legges de i eddik-vann. Vi legger til rette slik at de brukerne som vil, får ta hånd om munnstellet selv. Da er det litt avhengig av hvem som er på jobb, i forhold til om hygienen blir kontrollert etter puss. Jeg ville personlig sett over.

- **Hvilket utstyr har dere? Tanntråd/tannpikere/interdentalbørster/fluorskyll?**

Svar: Vi stiller ikke med utstyr til brukerne.

- **Hvordan oppdages patologi i munnhulen? Soppinfeksjoner, karies eller andre forandringer i munnhulen? Får dere opplæring innen dette?**

Svar: Noen brukere sier ifra selv at de har vondt, andre sier ikke ifra. Har brukeren egne tenner synes jeg det er vanskelig å se om det er betennelser eller hull. Vi følger en fast prosedyre hvor nye brukere meldes inn til tannklinikken, ellers tar vi kontakt med tannklinikken om det er noen som ønsker time fort på grunn av smerter/problemer i munnhulen. Vi tar også kontakt med tannklinikken hvis vi har behov for hjelp, da det hos noen brukere er det vanskelig å få grep om hvor de har vondt.

- **Får pasienter med høy kariesaktivitet oftere undersøkelser og Duraphat-tannkrem 5000 ppm. NaF på resept?**

Svar: Det vet jeg ikke.

- **Munntørrhet? Brukes hjelpepreparater som f.eks. Xerodent, Xerodrops, salivakrem osv.? Får beboerne testet ulike produkter?**

Svar: Det settes i gang tiltak hvis det er behov, men det er ikke vanlig prosedyre. I forhold til testing av ulike produkter kan vi spørre de ansatte på apoteket hva de anbefaler, eller så spør vi tannpleier.

- **Følges beboere med diabetes, hjerte- og karsykdommer, samt metallproteser (hofteproteser, pacemaker osv.) tettere opp av pleiepersonell og tannpleier?**

Svar: Nei.

2. Hvordan får beboerne det tannpleieutstyret de behøver?

- **Er det familie, pasienten selv eller pleiehjemmet som står for innkjøp?
-Styres evt. innkjøp av brukervennlighet eller pris?**

Svar: Før fikk brukerne det dekket av kommunen, men nå skal de holde alt utstyret selv. Utstyret kjøpes inn av pårørende eller brukeren selv. Unntaket er at jeg tror vi stiller med tannkrem. Innkjøp styres både av brukervennlighet og pris. Siden kommunen ikke lenger dekker utstyr er det vanskelig å utføre munnstell hvis vi ikke har alt vi trenger.

- **Opplyser tannpleieren om hver beboers individuelle utstyrsbehov? Eks interdentalbørster og superfloss ved fast protetik som bro/krone.
- Føler du at du selv har nok kunnskap til å vurdere hva hver enkelt beboer behøver av dentale hjelpemidler?**

Svar: Ja, tannpleier opplyser om utstyrsbehov. Jeg synes ikke at jeg personlig har nok kunnskap til å vurdere hva hver enkelt bruker trenger av dentale hjelpemidler.

3. Å hjelpe beboere med munnstell kan være vanskelig. Hvor ofte opplever du at følgende situasjoner oppstår:

- a) **Beboere vegrer seg for å motta hjelp til munnstell**
- b) **Beboere motsetter seg hjelp
-Er dette pga. demens?
-Føler du en ofte på tvang vs. frivillighet?**
- c) **Praktisk vanskelig å gjennomføre**
- d) **Mangel på kunnskap hos pasienten eller hos pleieren**
- e) **Mangel på motivasjon hos pleieren**

-Er dette pga. manglende interesse eller andre faktorer som ubehag/lukt/plakk

- f) Mangel på tid og rutiner
- g) Frykt for å skade tenner eller protese
- h) Mangel på nødvendig utstyr (interdentalbørster, elektriske tannbørster, fluortilskudd osv.)

Svar: Noen brukere skjønner ikke at de trenger hjelp og gjør motstand – kniper sammen munnen. Dette vanskeliggjør gjennomførelsen av munnstell, men enkelte pleiere får det bedre til enn andre. Vi har ikke mangel på tid og rutiner. Hvis munnstell ikke utføres er dette avvik fra pleierens side. Det skal gjøres! Opplever ikke frykt for å skade tenner eller proteser, men vi passer på at vi er forsiktige.

4. Har dere en tannhelsekontakt eller en i ledelsen som tar ansvar for tannhelse rutinene samt har kontakt med ansvarlig tannpleier?

- Hvem kontakter dere om dere behøver hjelp?

Svar: Har ingen tannhelsekontakt som jeg vet om. Hvis vi trenger hjelp spør vi kollegaer eller tar kontakt med tannklinikken selv. De er behjelpelige på telefon eller så kommer de innom avdelingen. Legen kan også se over om det er noe vi behøver hjelp til.

- Har dere individuelle munnstellkort for hver beboer?

Svar: Vi hadde det før, men ikke nå lenger. Tidligere var det tannpleierne som laget disse. Våre nye brukere har dermed ikke munnstellkort. Jeg skulle ønske at det hadde blitt laget nye kort for alle brukerne da dette er veldig lurt å ha.

5. Munnhygiene har stor betydning i forhold til forebygging og forløp av sykdom. Svært mange systemiske sykdommer har orale manifestasjoner som f.eks. karies, luftveisinfeksjoner og diabetes.

Hvordan har du lært deg å ta hånd om tann- og munnstell på andre?

- Under utdanningen? Senere?
 - Har de ansatte på sykehjemmet ulik kompetanse innen feltet? På grunn av ulik undervisning/utdanning eller på grunn av varierende egeninteresse?

Svar: Jeg har lært meg munnstell via utdanning og via selvopplæring. Jeg opplever at det er ulik kompetanse på avdelingen, både grunnet ulik utdanning, men også på grunn av varierende egeninteresse.

- **Er de ansatte tilfreds med resultatet av det daglige munnstellet de utfører? Hvis ikke, hvorfor ikke?**

Svar: Jeg tror det er en del usikkerhet rundt dette med munnstell, men jeg antar at de fleste er tilfredse med stellet de utfører.

6. Hvilket samarbeid har dere med ansvarlig tannklinikk som har ansvarstilsyn?

- **Hvor ofte kommer det tannpleier/tannlege på besøk?**
 - **Hva gjør de?**

Svar: Når bruker er helt ny meldes de inn til tannklinikken. Vi er også snare med å kontakte klinikken om bruker har problemer. Jeg vet ikke eksakt hvor ofte tannpleier kommer innom avdelingen, men oftere enn én gang i året. Når de er innom ser de i munnhulen, spør bruker om de har problemer med noe og de spør oss pleiere om vi har hørt eller lagt merke til noen plager hos brukeren. De gir oss deretter informasjon om videre oppfølging.

- **Hvordan synes dere det fungerer? Er det en god dialog?**

Svar: Vi har stor nytte av at tannpleierne kommer innom jevnlig. Dialogen med klinikkjef og tannpleier føler vi er god.

- **Arrangeres det undervisning for de ansatte på sykehjemmet ledet av tannpleiepersonell?**
 - **Når, hvor, hvem?**
 - **Mottar dere opplæring i medisininduserte forandringer i munnhulen og på hvilket stadium det bør tilkalles tannpleiefaglig hjelp?**

Svar: Det vet jeg ikke.

- **Kjører dere private undervisningsopplegg for personalet eller foregår opplæring av nyansatte via «sidemannslæring»?**

Svar: Vi har opplæring av sommervikarer som tannpleiere holder. Det har vært snakk om at vi skulle få undervisning i disse tider også, men det har ikke skjedd noe enda. De nyutdannede pleierne har kunnskap fra utdanningen, mens vikarer lærer mest på de første vaktene da de følger en fast ansatt gjennom klassisk «sidemannslæring».

- **Ønsker dere mer undervisning og kunnskap om munnpleie? Hvordan vil dere tilegne dere dette?**

Svar: Ja, det hadde vært supert. Dette kunne gått frem ved at alle hadde fått generell undervisning eller at man hadde fått kasus-basert undervisning—«hva skal gjøres her?» og lignende.

- **Er det noe du ønsker å legge til som vi ikke har tatt opp til nå?**

Svar: Det hadde vært fint om vi faste ansatte også fikk opplæring med fokus på munnstell. Ønsker også munnstellkort for de nye brukerne.

Intervju klinikksjef ved Selfors tannklinikk

1. **Hvordan utføres tilsyn ved de sykehjem dere har ansvarstilsyn over?**
 - **Hvor ofte? Faste tider? Følges beboerne av faste sykepleiere som er med på undersøkelsen?**
 - **Er det en ansvarlig tannpleier som drar fast på kontroller?**
 - **Har dere en fast kontaktperson på sykehjemmet?**

Svar: Brukerne kommer hit på tannklinikken og vi drar ut til dem på sykehjemmet. Vi utfører faste besøk der screening gjøres. I tillegg har vi undervisning for pleierne og vikarer hver sommer. Det varierer mellom de ulike sykehjemmene hvem som følger med tannpleieren når brukerne screenes. Vi drar alltid som et team til sykehjemmene. Det varierer hvem som er med, noen ganger er det tannpleier og tannlegestudenter, andre ganger er det tannpleier og tannlege. Vår faste kontaktperson på sykehjemmet er avdelingslederen. Vi skal nå gå i gang med et nytt samarbeidsprosjekt med sykehjemmene. De skal fra nå av tilkalle oss, slik at vi kan bistå med hjelp, hvis de ikke får gjort rent i munnen på en bruker eller rengjort proteser på 4 dager.

2. **Arrangeres det undervisningsopplegg for de ansatte ved sykehjem?**
 - **Er det etter din mening behov for å undervise pleiepersonell ved sykehjem?**
 - Oppmøte?
 - Interesse?
 - Føler du at arbeidet du legger ned har nytte for seg?
 - **Når ble dette sist gjennomført og hvem hadde ansvaret?**

Svar: Vi kjører undervisningsopplegg hver sommer, dette står tannpleier for. Det er det obligatorisk å ha vært med minimum én gang, men varierer veldig på hvor mange som møter opp. Jeg ser et absolutt behov for undervisning av pleiepersonell. Det er et veldig varierende engasjement fra pleierne – noen er veldig interesserte, andre bryr seg ikke.

Noen ganger føles det som om man når frem og at arbeidet man legger ned har nytte for seg, mens andre ganger føles det som man bare stanger hodet i veggen. Kanskje vi må endre fremgangsmåte?

- 3. Ved besøk på sykehjem, hva inngår i en rutineundersøkelse av pasienter- både med og uten egne tenner?**
 - **Brukes BSI (Belegg- og slimhinneindeks) i den regelmessige screeningprosedyren?**
 - **Hvilket utstyr har du tilgjengelig ved sykehjemmet? Godt lys, stol?**
 - **Hva gjøres om man er i tvil om orale funn? Fraktes beboeren til tannklinikken?**
 - **Føler du at de du har opplæring på, følger dine råd/instruksjoner?**
 - **Synes du at det settes av nok tid til forebyggende arbeid ved sykehjem?**

Svar: Ved screening er hovedmålet å undersøke brukerne, for å se hvem som trenger å komme inn på klinikken. Noen ganger drar vi innom sykehjemmet for undervisning av personalet. Vi bruker ikke BSI- Belegg- og slimhinneindeks under undersøkelsen.

Utstyr som er tilgjengelig for oss, er de møblene pasienten har på rommet sitt. Noen ganger har vi godt lys, men dette er veldig avhengig av hva pas har på rommet. Ved tvil om orale funn fraktes ikke nødvendigvis beboer til klinikken, det varierer i forhold til hva det gjelder. Det tas alltid bilder av funn og hvis det kan følges opp på sykehjemmet gjøres det. Jeg føler det er nok tid til forebyggende arbeid på sykehjem da 20 % av tannpleier-stillingen kan legges inn i utadrettet forebyggende arbeid.

- 4. Hvordan mener du den generelle tilstanden til beboerne på sykehjemmet du har tilsyn over er (når det gjelder oral helse)?**
 - **Hvor mange er helt tannløse, hvor mange har egne tenner og delprotese, hvor mange har helproteser?**
 - **Påvirker dette kostholdet? Myk kost?**
 - **Hvordan følges beboerne opp ift oral helse?**

Svar: Vi er tilsynsklinikk for tre sykehjem der ett har veldig bra forhold, ett er ok, mens det tredje er veldig dårlig. Jeg tror at holdning på sykehjemmet er avgjørende faktor i bildet her.

Beboerne følges opp ved at vi undersøker og tar dem inn på rens. Behandling gjøres på de som kan behandles og der vi mener det er nødvendig. Det er for eksempel ikke vits å ta et lite hull på en pasient som en døende. Vi anbefaler Duraphat-tannkrem til alle med egne tenner. Føler vi kunne vært enda bedre på god nok oppfølging, og dette jobber vi med å få til.

5. Hva fungerer bra på sykehjemmet og hva fungerer dårlig?

- **Opprettholdes pasientens tannhelsetilstand på et så høyt nivå som pasientens generelle helsetilstand tillater?**
 - **Hvis ikke: hvordan mener du dette kan forbedres?**
 - **Hva anses som «faglig forsvarlig behandling» hos eldre syke?**

Svar: Før syntes jeg vi hadde et bedre samarbeid, men da var det kun jeg som hadde kontakt med dem. Nå fungerer det dårlig da samarbeidet/dialogen har skjært seg.

Jeg føler ikke at beboers tannhelsetilstand opprettholdes på et slikt nivå som beboerens generelle helsetilstand tillater. Dette kan forbedres ved at orale problemer tas like alvorlig som resten av kroppen. Flere tvangstiltak kanskje? Men jeg ser at det kan være vanskelig å tvinge beboere til at noen skal pusse tennene i munnen. Jeg ønsker å starte prosedyrer der det skal kvitteres for når munnstell gjøres, slik at man kan snakke med de som har gjort en dårlig jobb i stedet for at hele avdelingen får gjennomgå. Dette tror jeg vil hjelpe på den dårlige dialogen. En forsvarlig behandling må sees i forhold til pasientens generelle helsetilstand. Oppfølging må også sees i forhold til dette. De med økt risiko tar vi oftere inn, samt pusser over tennene til når vi er på sykehjemmet.

Det brukes munnstellkort og det skal finnes ett individuelt kort på hvert rom, i tillegg til en generell oversikt i perm på avdelingsleders kontor. Vi synes ikke det er noe problem å lage munnstellkort, men føler at det ikke er like viktig som generell informasjon til pleierne. Vi har for eksempel opplevd at pleiere ikke vet at partielle proteser kan tas ut og at dette er nødvendig for renholdet. Hos de færreste pleierne er det interesse for mer kunnskap, men dette er igjen veldig forskjellig fra de ulike sykehjemmene vi har tilsynsansvar over.

Vi gir informasjon og anbefalinger for hver beboer, men vet at vi ikke har gjort en god nok jobb i det siste. Jeg tror vi må være der fra starten av og at vi har en eller flere ansvarlige kontakter på sykehjemmene- som de andre pleierne hører på.

Er det noe du ønsker å legge til helt til slutt?

Det eneste jeg ønsker å tilføye, er at jeg synes det er viktig å vise forståelse for at det ikke alltid er like lett å få gjort rent i munnen på pasientene og at man må se litt på seg selv, kanskje endre fremgangsmåte – ikke bare kjeft. Det er viktig å få tilbake det gode samarbeidet vi hadde før og at de ikke føler at hver gang vi kommer innom er det bare klaging. For å få et bedre samarbeid må vi være mer tilstede, mer på tilbudssiden – gi ros når vi kan. Vi må prøve å sile ut de pasientene som pleierne ikke får stellet til på og kanskje bare godta det.

Intervju av tannpleier ved Selfors tannklinikk

- 1. Hvordan utføres tilsyn ved de sykehjem dere har ansvarstilsyn over?**
 - **Hvor ofte? Faste tider? Følges beboerne av faste sykepleiere som er med på undersøkelsen?**
 - **Er det en ansvarlig tannpleier som drar fast på kontroller?**
 - **Har dere en fast kontaktperson på sykehjemmet?**

Svar: Både ved at vi oppsøker dem på sykehjemmet og de blir kalt inn på klinikken. Dette er avhengig av om de har egne tenner, eller hva det gjelder. Oppfølging av oral hygiene kan vi jo gjøre på sykehjemmet. Vi har ingen faste tider vi drar til sykehjemmet, men vi er innom minimum to ganger i året. Nå er det oftere besøk da vi har startet et nytt prosjekt. Dette går ut på å lage en bedre plan og et fungerende system. Nå må pleierne kvittere for at munnstellet er blitt gjort og om det ikke blir gjort skal det begrunnes og ved gjentakende ganger uten munnstell må man vurdere tvangstiltak. Vi ønsker med dette å gi pleierne litt mer ansvar og ikke bare en fellesoppgave som glemmes litt bort.

Alt for ofte er det ikke med noen pleiere når vi går runde på avdelingen. Noen ganger har vi ikke gitt beskjed om at vi kommer og det er da ikke nok pleiere til at noen kan følge med, men det er jo også litt av poenget med at vi kommer innom uten å si fra- vi vil se forholdene som de vanligvis er. Det skal ikke gjøres rent kun for at vi kommer og sjekker. Avdelingslederen er den faste kontaktpersonen vår, men nå ønsker vi at det skal være en eller flere pleiere som har et større, mer overordnet ansvar.

2. Arrangeres det undervisningsopplegg for de ansatte ved sykehjem?

- Er det etter din mening behov for å undervise pleiepersonell ved sykehjem?
 - Oppmøte?
 - Interesse?
 - Føler du at arbeidet du legger ned har nytte for seg?
- Når ble dette sist gjennomført og hvem hadde ansvaret?

Svar: Undervisning foregår hovedsakelig på sommeren, for de nye vikarene, men de fast ansatte er også velkomne. Det er veldig variabelt hvor mange som møter opp, men vi opplever et klart behov for mer kunnskap, ikke bare om munnstell, men også om lovverket- at de også har et ansvar, men dette går svært mye på egeninteresse. Det er ikke alltid jeg føler at det arbeidet jeg har lagt ned har noe for seg. Noen ganger blir jeg litt oppgitt når jeg har samme pas inn flere ganger og renholdet er ikke på det nivået det skal være, og jeg har opplyst pleiere om hvordan og når det skal rengjøres, hver gang de har vært inne med pasienten.

3. Ved besøk på sykehjem, hva inngår i en rutineundersøkelse av pasienter- både med og uten egne tenner?

- Brukes BSI (Belegg- og slimhinneindeks) i den regelmessige screeningprosedyren?
- Hvilket utstyr har du tilgjengelig ved sykehjemmet? Godt lys, stol?
- Hva gjøres om man er i tvil om orale funn? Fraktes beboeren til tannklinikken?
- Føler du at de du har opplæring på, følger dine råd/instruksjoner?
- Synes du at det settes av nok tid til forebyggende arbeid ved sykehjem?

Svar: Rutineundersøkelsene av pasientene ved sykehjemmene er ikke særlig annerledes fra på klinikken, annet enn at vi ikke har mulighet til å ta røntgenbilder. Vi bruker ikke BSI-indeks. Det utstyret vi har tilgjengelig er møblene beboeren har på rommet og lommelykt av varierende kvalitet. Ved usikkerhet om orale funn vurderes pasientens generelle helsetilstand i forhold til om han/hun er i stand til å få den behandling som trengs. Vi skal ikke tvinge gjennom noe med mindre det er helt nødvendig. Jeg synes at det absolutt kan settes av bedre tid til forebyggende arbeid ved sykehjem, men det daglige renholdet er helt klart det som er mest avgjørende og det må vi få frem for pleierne! Dette har vi kanskje ikke nådd fram med til samtlige.

- 4. Hvordan mener du den generelle tilstanden til beboerne på sykehjemmet du har tilsyn over er (når det gjelder oral helse)?**
- **Hvor mange er helt tannløse, hvor mange har egne tenner og delprotese, hvor mange har helproteser?**
 - **Påvirker dette kostholdet? Myk kost?**
 - **Hvordan følges beboerne opp if.t. oral helse?**

Svar: Den generelle munnhelsen er ikke bra- det er sjeldent at jeg får inn en pasient der det ikke er noe som må gjøres. Vi følger brukerne opp med å instruere dem i riktig pusseteknikk og hjelpemidler der vi ser det er for dårlig, og skriver eventuelt ned på et ark som de tar med seg til sykehjemmet. Det mye som ikke når frem, så vi må kanskje finne en ny måte for å få gjennomslag. Jeg føler ikke at verken vi, eller pleierne følger pasienter med hjerte- og karsykdommer nøyere opp.

Det som fungerer bra per i dag er at vi får kontakt med vikarene gjennom det obligatoriske kurset hver sommer. Det som fungerer dårlig er at vi ikke når frem til pleierne, så vi må finne på noe annet enn masing for å få frem det vi ønsker. Vi må kanskje gå lenger opp i systemet, da vi føler ofte på at det ikke er stort nok fokus på tannhelsen.

- 5. Hva fungerer bra på sykehjemmet og hva fungerer dårlig?**
- **Opprettholdes pasientens tannhelsetilstand på et så høyt nivå som pasientens generelle helsetilstand tillater?**
 - **Hvis ikke: hvordan mener du dette kan forbedres?**
 - **Hva anses som «faglig forsvarlig behandling» hos eldre syke?**

Svar: Pasientenes tannhelsetilstand opprettholdes ikke på samme nivå som den generelle helsen tillater, da dette ikke virker å være det viktigste. Kanskje flere pasienter føler litt på det at vi ikke skal «ta fra dem» det å få pusse sine egne tenner. Det har blitt brukt munnstellkort, men vi føler vel at det ikke har så mye for seg – virker som om det brukes lite av pleierne. Det er mye viktigere at de blir flinke til å bruke tannkontakten og at det skapes en god dialog her! Jeg opplever at det er et stort skille i tvangsvedtak i forbindelse med tannhelsen. Jeg vet ikke noen som har brukt et tvangsvedtak for tannpuss. Vi har en generell liste over hygieneinstruksjoner for delproteser, helproteser, egne tenner – og i tillegg blir det gitt individuell hygieneinstruksjon og anbefalinger. Jeg anbefaler at pasientene med egne

tenner går på Duraphat-tannkrem. Det siste jeg vil tilføye er at det viktigste nå er at vi får en god dialog og at vi kan være stolte sammen, i forbindelse med beboernes munnhelse!

5.3 Oppsummering intervjuer

Rutinene for stell er ganske likt for avdelingene i Vågan og Selfors. Det utføres morgen og kveld, samt eventuelt etter måltid for protesebukere. Vedrørende proteserhold er det litt ulike rutiner. I Vågan pusses proteser hver kveld med tannkrem, rensetabletter brukes av og til, mens det på Selfors pusses med Zalo og legges i vademecumvann over natten. Én gang i uken legges de i eddikvann.

Sykehjem i Vågan får kommunal støtte til nødvendig utstyrsinnkjøp, noe som gir beboerne et bredere produktvalg. Slik er ikke situasjonen på Selfors, der beboerne i stor grad må stille med hjelpemidler og produkter selv. Innkjøpene på Selfors styres av både brukervennlighet og pris, mens de i Vågan kan fokusere mer på brukervennlighet.

Det forelå variasjoner mellom sykehjemmene i utfordringer ved det daglige munnstellet. Avdelingen på Selfors opplevde større utfordringer, som kan sees i sammenheng med demente brukere. Den utvalgte avdelingen i Vågan hadde ingen demente beboere og de opplevde stellet som enkelt å gjennomføre. Felles for begge stedene er at de opplever at enkelte pleiere får stellet bedre til enn andre. Det er uvisst hvorfor det er slik. Som nevnt i intervjuene viser trolig dette til varierende grad av egeninteresse. Ingen av plassene rapporterer om mangel på tid for å få utført rutinene.

Vedrørende bruk av munnstellkort var det sprikende funn på sykehjemmene. Selfors brukte ikke kortene aktivt, da de opplevde at flere brukere følte ubehag med tanke på at besøkende kunne komme til å se munnstellkortet. En løsning på dette ville ifølge avdelingsleder være å oppbevare munnstellkortene i en mappe, innelåst i et skap. Det er diskutabelt om kortet i det hele tatt vil ha en funksjon når det ligger innelåst i et skap. Det bør være lett tilgjengelig for at pleierne skal få motivasjon og interesse for å bruke dem. Munnstellkort brukes derimot flittig i Vågan. Både tannpleier og sykepleiere synes det fungerer veldig bra. Det kvitteres for stell på kortene og det sjekkes opp av tannpleier ved jevnlig besøk.

Både på Selfors og i Vågan er de enige om at det er ulik kompetanse blant pleierne, delvis på grunn av ulik utdanning, men også på grunn av egeninteresse. Begge avdelinger svarer at pleierne er fornøyde med kvaliteten på munnstellet de utfører. Opplæring av nyansatte skjer i hovedsak ved sidemannslæring. En stor utfordring i dag er at kunnskapsnivået hos ansatte på sykehjem er for lavt til å kunne imøtekomme dagens og fremtidens behov, da det i dag blir stadig flere som beholder egne tenner.

Samarbeidet mellom klinikk og sykehjem var bedre i Vågan enn på Selfors, hvor samarbeidet opplevdes som noe mer utfordrende. Dette syntes å bygge på en misforståelse som nå er nøstet opp i. Gjenoppbygging av tillit og system virker å være i gang.

Både tannklinikk på Selfors og i Vågan utførte ansvarstilsyn ca.2 ganger i året, med «drop-in» besøk ved behov. Innkallingsintervall og undersøkelsesrutiner var rimelig like. Begge tannpleierne foretrakk at tannhelsekontakten var med ved screening av pasienter, men dette lar seg ikke alltid gjøre. Ingen av dem brukte BSI i undersøkelsen.

Begge tannpleierne var enige i at det er behov for mer kunnskap blant de ansatte på sykehjemmene. Vågan har årlig undervisning for de ansatte på sykehjemmet. Her opplever tannpleier at mottakerne er veldig positive til dette opplegget og ønsker mer undervisning. Selfors har årlig undervisning på sommeren, der målgruppen er sommervikarene. Oppmøtet fra de faste ansatte er derimot variabelt og interessen er ikke så god som de ønsker. I Vågan føler tannpleier at det er vanskeligst å introdusere nye retningslinjer for munnstell for pleiere som har jobbet med dette lenge, da de synes det er vanskelig å legge om rutiner. På Selfors nevnes ikke alder på pleier som en faktor avgjørende for mottakelighet, men tannpleierne føler ikke alltid at arbeidet de legger ned har nytte. Begge sier at det er tidkrevende med undervisning og at det er vanskelig å nå frem med informasjon til rett person.

I en tannpleierstilling er det satt av tid til utadrettet profylaktisk arbeid (20 %), men til tross for dette opplever tannpleierne på begge steder at det er for lite tid til å gjennomføre dette på et tilfredsstillende nivå. Tannpleier i Vågan føler at hun ikke har fått fulgt opp tannkontaktene tilstrekkelig på grunn av tidsnød og ønsker i fremtiden mer tid avsatt til dette. På Selfors savner tannpleierne bedre kontakt med de faste pleierne og ønsker i fremtiden å bedre dialogen. Tidsbruken på eldreprofylakse er et klart prioriteringsspørsmål

innenfor hver kommune. Dette kan gjenspeiles i den orale helsen hos beboerne. I Vågan er den i stor grad bra, men på Selfors er ikke dette alltid tilfellet. Her avdekkes det ofte nye behandlingsbehov ved undersøkelsene. Det kan kanskje være et fint tiltak å ta i bruk munnstellkortene? Klinikksjef ved Selfors tannklinikk ønsker at det skal opprettes kvittering for utført munnstell. Dette vil gjøre det enklere å ta det opp med hver enkelt pleier, der stellet ikke tilfredsstillende utført. Man får sentrert ansvaret.

Tannpleier på Selfors mener tannhelse ikke er prioritert på sykehjemmet. Her har de forsøkt å bruke munnstellkort tidligere, men det har ikke fungert. Som et tiltak mener tannpleier at det er viktigere at pleierne blir flinkere til å bruke tannkontakten, og at det skapes en god dialog. På spørsmål om beboernes tannhelsetilstand opprettholdes på samme nivå som generelle helse svarer tannpleier i Vågan at et fåtall av pasienter har et stort behandlingsbehov, men det hender at familien motsetter seg behandling, spesielt om beboeren er dement. Selfors sier også at beboernes tannhelsetilstand ikke opprettholdes på samme nivå som generelle helse tillater, da de ikke ser på dette som det viktigste for pasienten.

6 Diskusjon

Artiklene vi har valgt å ta for oss omtaler både faktiske forhold på eldreinstitusjoner, men også rutiner for oralt munnstell og bruk av utstyr i den forbindelse. Artiklene presenterer også pilotstudier, prosjekter og forskningsinstanser som setter de eldres munnhelse i fokus. Mange av artiklene presenterer løsningsforslag på problemstillinger og utfordringer som vanligvis oppstår og oppleves rundt oralt stell på institusjon. Mye av problematikken kommer av ulik utdanning og kunnskapsnivå hos pleierne. Kanskje i aller største grad er egeninteresse en avgjørende faktor her. Dette tas også opp som en problemstilling i intervjuene. Bruk av BSI omtales brukt ved enkelte institusjoner av tannhelsepersonell eller pleiepersonell. For å skape et felles språk mellom instansene som er lett å forstå, kan BSI være et høyst aktuelt hjelpemiddel.

BSI bygger på indeks først utarbeidet av Ahlbom G 1981- OHI indeks. Målet er å få en oversikt over munnhelsen til eldre, syke pasienter på sykehus med enkle metoder:

1. Graden av inflammasjon på gingiva og i ganen
2. Mengden av plakk og tannstein på tenner og proteser.

Dette er BSI ifølge rapporten «Tannhelsestatus i Norge – en oppsummering av eksisterende kunnskap» fra 2009: Indeksen skulle gi et bilde av munnhygiene over lang tid og fikk navnet BSI (MPS- mucosal- plaque score). BSI kriteriekatalog ble utarbeidet av Seksjon for Gerodontologi, Den odontologiske fakultet, UiO. Indeksen utgjøres av to deler, BI (Beleggindeks) og SI (Slimhinneindeks). BI måler grad av belegg på tenner/protese, hvor grad 1 er et uttrykk for «intet synlig belegg», mens grad 4 er «rikelig med belegg». Det er viktig at grad 4 ikke forveksles med matrester. SI registreres også fra 1-4 og tar for seg inflammasjonsgrad, hvor grad 1 indikerer «normalt utseende gingiva/slimhinner» og grad 4 indikerer «sterk inflammasjon», (kraftig rødfarget, ødematøst tannkjøtt/slimhinne, samt spontanblødning). BSI-status gir følgende resultat: (31)

2-4: bra/akseptabel status

5-6: ikke akseptabel status

7-8: dårlig status


Kartleggingen av institusjonsbeboernes tann- og munnstellrutiner var en ganske omfattende prosess. Resultatene var interessante å sammenligne og ga et godt bilde av at gode prosedyrer både på tannklinikk og institusjon, samt samarbeidsrutiner dem imellom, lønner seg i lengden. Likevel er det mer å gå på når det gjelder rutiner for munnstell, da det fortsatt ble avdekket behandlingsbehov hos de eldre ved rutineundersøkelsene. Her virket det som at individuell informasjon vedrørende hver enkelt pasient var vanskeligere å nå frem med, da det alltid var ulike pleiere som fulgte pasienten til klinikken

Intervjuene ga et inntrykk av at munnstellkort var mindre viktig på Selfors sykehjem. Det kan virke som om de vanskeliggjorde bruken av et enkelt og godt hjelpemiddel. Et munnstellkort er et kort med bilder som individualiserer pleien og som forklarer fremgangsmåte for munnstell. Dette er ment som en guide for helsepersonell til hvordan munnstell skal utføres. Munnstellkortene er tilpasset ulike tannsett; egne tenner, egne tenner og delprotese, helprotese eller sengeliggende. Munnstellkortene deles ut av tannpleier og finnes ofte laminert inne på badet til sykehjemsbeboerne. (32)


Kort nr. 1 - Egne tenner

MUNNSTELL - daglige rutiner for: _____


Tennene skal pusses 2 x daglig.




Fjern større matrester.




Bruk lite fluortannkrem.




Puss tennene langs tannkjøttet på utside og innside og på tyggeflater.



Flaskekost eller tannstikke mellom tennene.




Børst tungen ved evt. belegg.



Fluortablett (0.25mg) tygges eller suges (evt. knuses).

Kommentarer:



En problemstilling er at sykehjem ligger under kommunalt forvaltningsnivå, mens Tannhelsetjenesten er under fylkeskommunalt forvaltningsnivå. I praksis betyr dette at sykehjemsdriften er avhengig av kommunens økonomi, og kan derfor variere mye mellom kommunene. Etter forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ligger ansvaret for beboernes daglige munn- og tannstell på kommunen. Etter Tannhelsetjenesteloven skal den offentlige tannhelsetjenesten stå for tilrettelagt opplæring og kunnskap om munnhelse. Samarbeidet hadde kanskje vært lettere å gjennomføre om sykehjem og tannhelsetjenesten lå under samme forvaltningsnivå?

Selv om 20 % av en tannpleierstilling er satt av til utadrettet profylaktisk arbeid og dette i teorien skal være tilstrekkelig, ser vi at dette i praksis ikke er tilfellet. Dette er et prioriteringsspørsmål. Som tilsynsklinikk har man et pålagt ansvar for å prioritere tannhelsen hos de eldre beboerne ved institusjon. Likevel kommer ofte virksomheten på klinikken i første rekke.

I gruppe A er det stort fokus på forebyggende arbeid, og det finnes klare rammer og instruksjoner for profylaktisk behandling og innkalling. Høyriskopasienter i gruppe A følges kontinuerlig opp. Gruppe C er en utsatt pasientgruppe, blant annet grunnet økt

komorbiditet, polyfarmasi, ernæringsbrist og demens. Hvorfor behandles ikke gruppe C som en høyrisikogruppe og får ressurser og behandling satt inn deretter? (33)

En situasjon som går igjen i artiklene og i intervju er at pleiere ved sykehjem ofte føler seg overkjørt. Ved å innføre nye rutiner rundt kvittering på munnstell, som foreslått av klinikksjef ved Selfors tannklinikk, kan man fordele ansvaret på hver enkelt pleier. Det vil bli enklere for tilsynstannklinikken å sette ressursene inn der det trengs. Slik vil man også kunne unngå at samtlige pleiere ved sykehjemsavdelingen får «kjeft» når stellet ikke er tilfredsstillende.

7 Konklusjon

Artiklene vi har basert oppgaven på er aktuelle, der fokuset ligger på temaer som profylakse, undervisning, gode munnstellrutiner. Intervjuene gjenspeiler innholdet i artiklene, og viser at de ulike problemstillingene som er tatt opp gjennom det siste tiåret fortsatt gjelder, og er det vi bør fortsette å forbedre i tiden som kommer.

Samarbeidet mellom sykehjemmet og tilsynsklinikken ble oppfattet ulikt mellom yrkesgruppene. De som jobbet på sykehjemmene mente samarbeidet med tilsynsklinikken fungerte bra, og var fornøyd med den nåværende ordningen. Tannpleierne og klinikksjefene syntes det var rom for forbedringer, særlig med tanke på dialogen mellom tannpleier og tannkontakt på sykehjemmet. De opplevde ofte at informasjonen og rådene de ga vedrørende pasientene ikke alltid ble fulgt tilstrekkelig opp på sykehjemmet.

Både sykepleierne og tannpleierne var enige i at de ansatte på sykehjemmet trenger mer kunnskap om oral helse hos eldre. Sykepleierne bekreftet at de hadde hatt lite undervisning om dette under studietiden, og ønsket seg mer opplæring i munnstell av eldre.

8 Referanser

1. Solemdal K., Forelesning «Gerodontologi» Institutt for klinisk odontologi UiT, 2015
2. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>, nedlastet 08.03 2016
3. Tannhelsetjenesteloven
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=%C2%A7%201-2.\(Tannhelsetjenestens%20form%C3%A5I\)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=%C2%A7%201-2.(Tannhelsetjenestens%20form%C3%A5I)), nedlastet 11.05 2016
4. Helsepersonelloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Kapittel%202.%20Krav%20til%20helsepersonells>, nedlastet 11.05 2016
5. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> nedlastet 11.05.2016
6. Antall undersøkte og behandlede i offentlig tannhelsetjeneste
ssb.no/helse/statistikker/tannhelse, nedlastet: 21.03.16
7. Antall sykehjemsbeboere i hver kommune
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Kostra3K1610E1K&KortNavnWeb=helsetjiko&PLanguage=0&checked=true>, nedlastet 24.02.2016
8. Alder på sykehjemsbeboere i hver kommune
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Kostra2KFPleieog&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=helse&KortNavnWeb=pleie&StatVariant=&checked=true>, nedlastet 08.03.2016.
9. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>
10. Widström E., Augustsdottir H., Byrkjeflot L.I., Pälvärinne R., Christensen L.B., «*Systems for provision of oral health care in the Nordic countries*» Tannlægebladet, 2015; 119:702-11
11. Vesterhus Strand G. «*Tenner for hele livet*». Nor Tannlegeforen Tid 2011;121:104-9
12. Tronje Hansson L., Gahnberg L., Hägglin C., Odebo L. «*Skör och äldre- vad händer med tänder?*» Tandhygienisttidningen 2014; nr.2:67-68.
13. Suslick J. «*Bättre munhälsa för sjuka äldre*» Tandläkartidningen 2011;103:38-42
14. Suslick J. «*Här står de äldre i fokus*» Tandläkartidningen 2014;106:36-39
15. Suslick J. «*Tandhälsan ofte sämre hos äldre*» Tandläkartidningen 2012;104:34
16. Sunde Seim A., Kveen E., Jakobsen H.N., Olsen R.H., Willumsen T. «*Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester*» Nor tannlegeforen Tid 2014;124:712-17.
17. Valentinus M. «*Äldre, kost og tänder*» Tandplejeren 2009;nr.3;26-29.
18. Suslick J., «*Äldre får nödvändig tandvård för sent*» Tandläkartidningen 2012;nr.2;24-26.

19. Poulsen J., «*Ældres tænder lades i stikken*» Tandplejeren 2009;nr.5;8-11.
20. Olsen I. «*Relasjon orale infeksjoner- systemiske sykdommer*» Nor TannlegeforenTid 2011;121:175.
21. Fabienke P. «*Langt færre infeksjoner med god mundhygiejne på hospitalerne*» Tandplejeren 2013;nr.12:15.
22. Lykke E., Jørstad C. «*Munnstell av alvorlig syke*» Nor Tannlegeforen Tid 2014;124:906-909.
23. Brekke T., Klareng H., Solstad T. «*Tannpleie for eldre*» Tannstikka 2012;nr.4:10-14.
24. Dreyer Olssen S., Klerens S., Konradsen H. «*Bachelorprosjekt om mundpleje-plejepersonalets opplevelser på medisinske afdelinger*» Tandplejeren 2013;nr.12:6-13.
25. Hede B., Elmelund Poulsen J. «*Forebyggende tandpleje på plejehjem baseret på sidemandslæring*» Tandplejeren 2011;nr.12:8-12.
26. Bergh M.,«*Vård av eldre krever tid og tålmod*» Tandläkartidningen 2012;nr.10:28-30.
27. Ukjent forfatter. «*Retten til rene tenner- også på sykehjemmet*» Tannstikka 2006;nr.5:12-15.
28. Suslick J. «*Ett lyft för äldretandvården*» Tandläkartidningen 2012;nr.3:32-33.
29. Samson H. «*Munnhelse i eldreinstitusjoner*» Nor Tannlegeforen Tid 2009;119:649.
30. Poulsen J. «*Påvirker duraphattandpasta utviklingen af rodcaries?*» Tandplejeren 2009;nr.8:11.
31. Solemdal K. «Helsemessige og odontologiske utfordringer hos den geriatriske pasient» Institutt for klinisk odontologi, UiT, 2015.
32. Bilde av munnstellkort
<http://www.tannvern.no/images/munnstellkort/Munnstellkort.pdf> nedlastet 02.05.16
33. Solemdal K. Forelesning «Den skrøpelige eldre pasient» Institutt for klinisk odontologi, UiT, 2015

