

Arnhild Sunde Seim, Ellen Kveen, Henrik N. Jakobsen, Roy Heine Olsen og Tiril Willumsen

Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester

En pilotstudie i Hedmark

I Norge skal flest mulig kunne bo i egne hjem lengst mulig, og faste plasser i sykehjem skal forbeholdes de med omfattende og varig omsorgsbehov. Vi vet lite om tannhelsen i gruppen pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester. Skal god tannhelse bestå livet ut, forutsetter det økt kunnskap om gruppen for å kunne sette inn riktige forebyggende tiltak. Målet for studien var å kartlegge tannstatus, formidling av tannhelsetilbudet, rutiner for tann- og munnstell og opplæringsbehov av pleiepersonell innen hjemmebaserte tjenester. 63 brukere av hjemmesykepleien og 56 pleiere i Elverum kommune deltok. Studien besto av en klinisk undersøkelse av brukere og en anonym spørreskjemaundersøkelse blant pleierne. I alt 42 % (26) av brukerne hadde BSI >4 som indikerer uakseptabel munnhygiene. 67 % brukte over 5 medikamenter daglig, 44 % følte seg munntørre, 14 % fikk hjelp til tannpuss, 47 % hadde behov for tannbehandling, 49 % gikk regelmessig til tannlege (14 til offentlig og 17 til privatpraktiserende) og halvparten (49 %) hadde fått informasjon om tannhelsetjenestens tilbud. 44 % av pleierne mente de trengte mer veiledning i munnstell. De eldre i denne pilotstudien i Hedmark hadde betydelig behov for tannbehandling, oral hygiene bør bli bedre, og sykepleiere bør få mer veiledning om oral hygiene.

I Norge øker andelen eldre med egne tenner og andelen med proteser synker (1). De friske eldre har meget god tannhelse (2), men ved nedsatt funksjonsevne øker risiko for karies og annen sykdom i munnhulen (3).

Det er funnet at eldre med nedsatt funksjon og allmenntilstand har dårligere tannhelse enn friske eldre (4). Blant pasienter innlagt på geriatrisk avdeling ble det funnet at dårlig oral helse har sammenheng med dårlig smaksevne (5). Hjemmeboende eldre med få tenner og de som oppgav xerostomi hadde lavere oral relatert livskvalitet (6). Videre er det hos gamle syke funnet sammenhenger mellom dårlig tannstatus og kroppsmasse indeks KMI (7). Ernæringsstatus hos gamle er funnet å ha sammenheng med tyggefunksjon (8), munntørhet (9), oral status og tannhelseproblemer (10). Det er også funnet sammenhenger mellom orale infeksjoner og mortalitet hos gamle (11 og 12).

I de senere åra er det rettet større oppmerksomhet på tannhelsetilbudet hos pasienter i sykehjem. En vanlig klinisk erfaring er at tannhelsen ofte er dårlig ved tidspunkt for innskriving til sykehjemmet. Det er derfor viktig å fokusere på tannhelse og tannhelseforebyggende tiltak hos eldre pasienter før de blir syke. En meget aktuell målgruppe er hjemmeboende som mottar kommunale omsorgstjenester. Det er både faglige og politiske argumenter for at flest mulig skal kunne bo i egne hjem lengst mulig og at fast plass i sykehjem forbeholdes de

Forfattere

Arnhild Sunde Seim, rådgiver helsefremmende arbeid. Fylkestannlegens kontor, Tannhelsetjenesten i Hedmark

Ellen Kveen, ledende tannpleier og prosjektleder. Trysil tannklinikk, Tannhelsetjenesten i Hedmark

Henrik N. Jakobsen, overtannlege/systemansvarlig v/ fylkestannlegens kontor. Tannhelsetjenesten i Hedmark

Roy Heine Olsen, prosjektleder «Fem kommuner i samhandling». Elverum kommune

Tiril Willumsen, professor. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Forsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Hovedpunkter

- Flere eldre beholder egne tenner enn tidligere.
- Denne pilotstudien viser det er et udekket tannbehandlingsbehov hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester.
- Kun halvparten opplyste at de hadde mottatt tilbud om tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten.
- Til tross for å ha fått undervisning i munnstell ønsket nesten halvparten av pleierne mer veiledning.
- Prosjektet førte til nye krav til dokumentasjon om formidling av tannhelsetilbud og til forbedrede rutiner for tann- og munnstell.

med omfattende og varig omsorgsbehov. Skal målet om å beholde god tannhelse livet ut nås, forutsetter det økt satsing på helse- og mestringsfremmende tiltak i hjemmet. Tannhelsetjenester bør inngå som en naturlig del av den delen av det folkehelsearbeidet som helsetjenesten står for.

I en undersøkelse fra 2011 i Sverige (13) ble 302 hjemmeboende eldre med behov for hjemmetjenester tilbudt deltagelse i et screeningprogram for tannhelse. De ble anmodet om å møte på tannklinik for tannhelseundersøkelse, men fikk tilbud om undersøkelse i hjemmet dersom de ikke hadde krefter til å oppsøke tannlegekontoret. Et interessant resultat var at kun 13% valgte tannlegekontoret. Dette viser hvor viktig det er for de eldre at det er gode rutiner og oppfølging i hjemmet, også av tannhelse. Studien viste videre at gode tannhelsevaner hos deltagerne var forbundet med mindre plakk og oral sykdom.

Tannhelsetjenesten har for lite kunnskap om denne pasientgruppen i Norge. Til tross for at denne pasientgruppen har tilbud om fri tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten fant man i en studie fra Oslo (14) at svært få mottakere av helsetjenester i hjemmet visste om tilbudet. Mange hjemmeboende kan på denne måten gå glipp av en rettighet de har til å få vurdert tannhelsen sin. Det personalet som gir helsetjenester til hjemmeboende i dag, gir uttrykk for at de mangler både tid og kompetanse til å kartlegge tannhelsen til brukerne sine. Det bør derfor være av stor interesse å kartlegge tannhelsen i denne pasientgruppen.

I de senere årene har flere norske fylker inngått forpliktende avtaler mellom tannhelsetjenesten og kommunene. I 2011 ble det inngått forpliktende avtaler mellom Fylkestannlegen i Hedmark og kommunene ved rådmennene. Avtalen omfatter de pasientgrupper som har rett til tannbehandling gjennom «lov om tannhelsetjenester (15) deriblant personer som mottar hjemmesykepleie minst en gang pr. uke over 3 mnd. eller mer. Avtalen skal sikre rutiner for samarbeid, slik at alle i målgruppen får det tannhelsetilbudet de har rett på etter gjeldende lovverk og retningslinjer. I tillegg har Tannhelsetjenesten og kommunene tidligere inngått avtaler på tjenestenivå. I forbindelse med Samhandlingsreformen ble Tannhelsetjenesten invitert til å delta på et forprosjekt som skulle se på «Offentlig tannhelse og kommunale tjenester». Dette var ett av flere forprosjekt under hovedprosjektet «5 kommuner i samhandling» i 2012. Ett av tiltakene i dette prosjektet var å fokusere på forebyggende tiltak og tannbehandling av gruppen eldre som bor hjemme der tverrfaglig samarbeid er nødvendig. Det ble ut fra dette iverksatt et pilotprosjekt som hadde som mål å kartlegge hjemmetjenestens brukere med hensyn til tannstatus og munntørhet, tannbehandlingsbehov, rutiner for tann- og munnstell, opplæringsbehov av pleiepersonell og hvordan tannhelsetilbudet ble formidlet til målgruppen.

Utvalg og metode

Pilotprosjektet bestod av to deler, en klinisk undersøkelse av pasienter som tilhører hjemmesykepleien og en spørreskjemaundersøkelse blant pleiere som arbeider i hjemmesykepleien i Hedmark.

Prosjektet er et kvalitetssikringsprosjekt og er forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som vurderte at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

Klinisk undersøkelse

Det ble levert ut 70 invitasjonsbrev med samtykkeskjema til hjemmesykepleien i fire soner i Elverum kommune. Det var et krav at deltagerne var samtykkekompetente. Pleiere i hjemmetjenesten rekrutterte fortløpende. Alle inviterte fikk informasjon både muntlig og skriftlig. For nye brukere ble tilbudet gitt som en del av det vedtaket som beskriver hvilke tjenester brukeren blir tildelt, i tillegg til den skriftlige informasjonen om tilbudet. Pleierne innhentet skriftlig samtykke fra brukerne. Det ble dessverre ikke registrert hvor mange som sa nei til å motta skriftlig informasjon. Av de 70 som fikk skriftlig informasjon var det 64 brukere som sa seg villig til å delta. Ved kartleggingen var det 63 av brukerne som var tilgjengelige.

Tannhelsetjenesten utarbeidet i samarbeid med hjemmetjenesten et spørreskjema om opplæringsbehov. Skjema ble utdelt til alle 56 pleiere som jobber i de fire sonene i hjemmesykepleien.

Fremgangsmåte

Den fast ansatte tannpleieren, en tannpleierstudent fra Høyskolen i Hedmark (HiH) og en ansatt fra pleie- og omsorgstjenesten reiste hjem til brukerne. Hjemmeboende i en blokk med omsorgsleiligheter ble undersøkt uten at noen fra pleie- og omsorgstjenesten var med. I tillegg til en klinisk undersøkelse av tenner og slimhinner ble brukernes behov for tannbehandling, registrert. De som trengte tannbehandling fikk time på Elverum tannklinik. Pleierne besvarte spørreskjemaet anonymt, skjemaene ble innsamlet og sendt felles til prosjektleder.

Måleinstrumenter

Det ble registrert følgende bakgrunnsvariabler: kjønn, alder, antall daglige medisiner (ingen/ 1–4 / over 5).

Tannstatus ble kartlagt ved at tannpleier registrerte brukerens tannstatus som: egne tenner / egne tenner og proteser/ kun proteser.

Tannhygiene ble registrert ved hjelp av Belegg og slimhinneindeks (BSI) (16) på både deltagerne med egne tenner og proteser. To registreringer ble gjort ut fra en helhetlig vurdering av dentalt plakk fra score 1 (intet mykt belegg kan sees), 2 (belegg så vidt synlig) 3 (moderat mengde belegg) og 4 (rikelig med belegg). Slimhinner ble vurdert med skår 1 (normalt utseende gingiva), 2 (mild inflammasjon), 3 (middels inflammasjon) og 4 (sterk inflammasjon). Sumskår ble således fra 2–8, hvor 5 eller høyere indikerer dårlig oral hygiene. Tannpleieren/ tannpleierstudenten var opplært og kalibrert i metoden.

Munntørhet ble kartlagt ved spørsmål om «plages av å være tørr i munnen» besvart med ja/nei.

Tannbehandlingsbehov ble kartlagt ved tannpleiers / tannpleierstudents felles vurdering og registrering av (i) akuttbehov eller (ii) undersøkelse eller behandling innen 3 måneder.

Tabell 1. Spørsmål til brukerne

Spørsmål	Svaralternativer
Klarer du tann- og munnstell selv:	Ja/ nei
Får du hjelp til tannpuss:	Ja/ nei
Hvis nei, ønsker du hjelp til tannpuss:	Ja/ nei
Har noen fra hjemmesykepleien sett på dine tenner/ munnhule:	Ja/ nei
Spør hjemmesykepleien noen ganger om tenner og tannpuss:	Ja/ nei
Går du regelmessig til tannlege:	Ja/ nei
Har du fått informasjon om dine rettigheter til gratis tannbehandling i off. tannhelsetjeneste:	Ja/ nei

Rutiner for tann- og munnstell og hvordan tannhelsetilbudet ble formidlet til målgruppen, ble kartlagt gjennom spørsmål til brukerne som vist i tabell 1.

Spørreskjemaet til pleierne er presentert i tabell 2.

Statistiske metoder

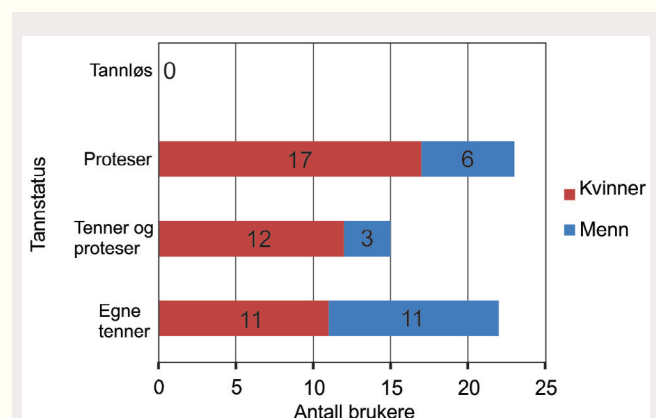
Resultatene fra studien er presentert deskriptivt. Registrering av data er gjort direkte i Microsoft Access og eksportert til Microsoft Excel regneark.

Resultater

I alt ble 63 hjemmeboende eldre kartlagt. Det var 43 (68 %) kvinner og 20 (32 %) menn. Gjennomsnittsalder var 83,5 år (tabell 3). Det var tre som ikke lot seg undersøke.

Det var like mange menn og kvinner med egne tenner. Noen flere kvinner enn menn hadde proteser og/eller delproteser (figur 1).

Kvinnene hadde i gjennomsnitt en bedre BSI-skår enn de mannlige deltagerne, henholdsvis 3,7 og 4,8 (tabell 4). Det var best BSI hos protesebrukerne og dårligst hos de som har både



Figur 1. Tannstatus (n=60) Deltagere i forhold til tannstatus fordelt på kjønn

Tabell 2. Spørsmål til pleiepersonell

Spørsmål	Svaralternativer
Har du fått opplæring i tann og munnstell i utdanningen din?	Ja/ nei
Har du hatt opplæring i tann og munnstell ved tannhelsetjenesten?	Ja/ nei
Hvordan synes du tann- og munnstell er ivare tatt i ditt distrikt?	Meget bra / Bra / Dårlig/ Meget dårlig
Trenger du veiledning /opplæring i tann- og munnstell?	Ja/ nei

Tabell 3. Antall og prosentvis fordeling av deltagerne; kjønn og alder

	Kvinner	Menn	Totalt
Antall	43	20	63
Prosent	68	32	100
Alder (gj.snitt år)	84,6	81,0	83,5

egne tenner og proteser. Det ble ikke funnet tydelige forskjeller på de som pusser selv og de som får hjelp.

I undersøkelsen oppga 27 deltagere (44 %) at de følte seg munntørre.

Til sammen 42 deltagere (67 %) svarte at de brukte 5 eller flere medikamenter daglig, 17 deltagere (27 %) brukte 1–4 medikamenter daglig. Det var 3 deltagere (5 %) som ikke brukte noen medikamenter. I alt 25 deltagere (60 %) av de som benyttet 5 eller flere medikamenter daglig rapporterte at de var plaget med munntørretthet.

Kun to deltagere oppga å være plaget med munntørretthet blant de som brukte 4 eller færre medikamenter daglig.

Tabell 4. Belegg- og slimhinneindeks (BSI) i forhold til kjønn, tannstatus og pussehjelp (n=60)

Totalt	4,1
Kvinner	3,7
Menn	4,8
Egne tenner	4,3
Tenner og proteser	4,5
Bare proteser	3,5
Pusser selv	4,0
Får hjelp	4,3

Kun én deltager hadde behov for akutt tannlegehjelp. Tretti deltagere (47 %) hadde behov for tannbehandling innen 3 måneder. Av de som hadde behov for tannbehandling var det 18 personer (28 %) som oppga at de var munntørre.

Av de til sammen 31 deltagerne som trengte tannbehandling hadde 12 (39 %) kun egne tenner, 13 (42 %) proteser og 6 (19 %) hadde både egne tenner og proteser.

Det var 31 deltagere (49 %) som oppga at de hadde fått informasjon om sine rettigheter til gratis tannpleie i Den offentlige Tannhelsetjenesten.

Totalt 56 deltagere (89 %) oppgav at de klarte tann- og munnstell selv, mens 6 deltagere (9 %) oppga at de ikke gjorde det. Til sammen oppga 9 deltagere (14 %) at de fikk hjelp. Ingen av de som tok hånd om dette selv oppga at de ønsket hjelp. På spørsmål om noen fra hjemmesykepleien hadde sett på tenner og munnhule, var det bare 5 deltagere (8 %) som svarte ja. Kun 3 deltagere (5 %) oppga at hjemmetjenesten hadde spurt dem om tenner og tannpuss. I alt 31 deltagere (49 %) oppga å gå regelmessig til tannkontroll. Av disse oppga 17 (55 %) å ha egne tenner, 10 (32 %) tenner og proteser, og 2 (6 %) proteser. Av de 29 som ikke gikk regelmessig hadde 5 (17 %) kun egne tenner, 5 (17 %) egne tenner og proteser og 19 (65 %) proteser. Tannstatus manglet på to av dem som oppga å gå regelmessig.

Av dem som gikk regelmessig til tannlege, gikk 14 (47 %) offentlig og 17 (53 %) privat. Det vil si at samlet andel av hele gruppen som gikk offentlig var 22 %.

Spørreskjemaet til pleiepersonellet

I alt fikk vi inn 49 svar av 56 utsendte skjema (svarprosent 87,5). Av pleierne var det 41 (84 %) som oppga å ha hatt opplæring i tann- og munnstell under utdanningen. Åtte pleiere (16 %) oppgav å ha hatt opplæring fra Den offentlige tannhelsetjenesten, mens 22 pleiere (49 %) oppga at de mente at tann- og munnstell var bra ivaretatt i sin sone. Like mange mente at det var dårlig ivaretatt. Én pleier mente det var meget dårlig ivaretatt, mens ingen svarte det var meget bra.

Totalt 44 % av pleierne oppga at de trengte veiledning i tann- og munnstell, mens 56 % oppgav at de ikke hadde behov for det. Av disse var 45 % sykepleiere, resten var hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere.

Diskusjon

Fordeling av kvinner og menn, totalt 63 herav 43 (68 %) kvinner og 20 (32 %) menn er sammenliknbar med tidligere studier i liknende populasjoner. For eksempel hadde «Tenner for livet» base-line nr. 2, 2004 hadde 65 % kvinner, og 35 % menn (17). I en undersøkelse av brukere av hjemmebaserte tjenester i Oslo 2010 (13) var det 69 % kvinner og 28 % menn. Fordelingen mellom kjønnene representerer forskjell i levealder. Romøren og Blekesaune fant i en studie der han fulgte alle 80-åringer i Larvik kommune fra 1980 og til deres død at kvinner lever lenger enn menn, men at kvinner hadde flere år med funksjonssvikt og derav behov for mer omsorgstjenester enn menn (18).

Tannstatus er blitt bedre enn tidligere. Andel uten egne tenner var 38 %. Til sammenligning viste «Tenner for livet» i 2004 i Hedmark: 43 % (17). Dette følger helt klart utviklingen mot at flere mennesker vil beholde sine tenner livet ut. Noen flere kvinner enn menn hadde proteser eller delproteser. Det kan spekuleres i om dette kan skyldes at kvinnene hadde høyest gjennomsnittsalder.

Protesebrukerne hadde best BSI-skår. Forklaringer på dette kan være at flere kvinner enn menn hadde proteser, eller at det er enklere å få en protese ren i forhold til egne tenner. Det var liten forskjell i BSI-skår på de som pusser selv og de som fikk hjelp. Man kunne kanskje forventet at de som fikk hjelp, hadde bedre BSI-skår. Det var svært få som fikk hjelp til å pusse tennene og sannsynligvis var de som fikk hjelp blant de sykeste og derved de dårligste forutsetninger for å ha god BSI-skår. Andre årsaker kan være at pleiepersonellet ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å oppnå optimal tannhygiene eller at pasientene motsetter seg den hjelpen de blitt tilbudt ved for eksempel ikke å tillate pleierne å ta tiden de trenger for et grundig munnstell.

Det er interessant at så få av de som ikke fikk hjelp, ønsket hjelp til tross for at BSI-skår var forholdsvis dårlig. Dette kan gjenspeile det etisk vanskelige i å tilby hjelp. Eldre kan kanskje føle at det er et stort tilbakeslag å måtte ha hjelp også til tannpuss som er så privat. I denne sammenheng er det viktig å vektlegge at mange eldre kan utføre tannstell selv på en god måte og vurdering av behov for hjelp må bygge på et dokumentert behov. Svært få rapporterte at de hadde fått spørsmål om tenner/ munnhule eller fått munnhulen undersøkt av hjemmetjenesten. Når det ikke foreligger undersøkelse er det også umulig å dokumentere behov for hjelp til munnstell. Dette viser derfor hvor viktig det er å undersøke munnhulen, munnhygiene og evne til egenomsorg ved tannpuss jevnlig slik at hjelp til tannpuss kan tilbys på faglig grunnlag i de tilfeller der den gamle ikke lenger har evnen til god egenomsorg.

Nesten halvparten av deltagerne oppgav at de følte seg munntørre. Flere typer medikamenter fører til munntørhet, som igjen kan være negativt for tannhelsen. I gruppen som brukte fem medikamenter eller mer daglig var 60 % plaget av munntørhet. Andelen av deltagere som brukte over 5 medikamenter daglig (67 %) var vesentlig økt fra Hedmarkstallene i «Tenner for livet» 2004 (27 %) (17). Dette kan tyde på en økning i bruk av medikamenter og derved vil større andel sannsynligvis være munntørre. Sammen med at flere beholder sine egne tenner viser dette igjen hvor viktig det forbyggende arbeidet er for å forhindre forfall i oral helse.

Gode tiltak ved munntørhet er å få brukerne til å drikke nok, at de får informasjon om bruk av spyttstimulerende hjelpemidler, salivagel, sugetabletter og fluor i tannpasta og tabletter. Fluor høydosetannpasta har vært effektiv mot kariesutvikling hos brukere i hjemmebaserte tjenester (19). Tiltakene må skje i samarbeid mellom tannhelsepersonell og pleiepersonell.

Totalt gikk halvparten (tre av fire med egne tenner og nesten alle med egne tenner og proteser) til regelmessig til tannkontroll. Allikevel hadde cirka halvparten behov for tannbehandling innen 3 måneder. Behovet for tannbehandling var omtrent like stort hos de med egne tenner og de med helproteser.

Resultatene fra denne pilotstudien indikerer at det er viktig at man systematiserer regelmessig, tannhelsekontroller for alle. En særskilt utfordring er å få de med kun proteser til å gå regelmessig til tannklinikken. De fleste som gikk til tannlege regelmessig gikk privat. Om dette skyldes at de ikke hadde fått informasjon

om tilbudet fra Den offentlig tannhelsetjenesten eller om de ønsker å fortsette hos sin «vanlige» tannlege er ikke kartlagt. Dette retter fokus mot et aktuelt tema: pasientrettigheter. I det norske helsesystem har pasienter rettigheter til mange valg innen helsetjenester deriblant valg av fastlege selv om de har hjemmebaserte tjenester. Innen tannhelsetjenesten mister man økonomiske rettigheter dersom man velger å fortsette hos sin «faste» tannlege. Å finne en god løsning på dette bør prioriteres. På den ene siden kjenner ofte privatpraktiserende tannleger pasientene godt fra et langt samarbeid. På den andre siden vil kanskje Den offentlige tannhelsetjenesten kunne være bedre i stand til å systematisere et helhetlig tannhelsetilbud som inkluderer forebygging og oppsøkende tjenester.

Kun 49% oppga å ha fått informasjon om tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten, dette til tross for at pleie- og omsorgstjenesten opplyste om at alle som får vedtak om hjemmesykepleie i kommunen får utlevert tilbudsbrevet fra tannhelsetjenesten. Dette kan tyde på svikt i systemet, eller at tannhelse ikke blir prioritert høyt nok i omsorgstjenesten. En mulig årsak som bekreftes av pleiere er at en del av de hjemmeboende nok er mer glemske enn de tilsynelatende virker. Viktige tiltak vil være at informasjon må gjentas mange ganger i tillegg til å informere. Dokumentasjon om at tilbudsbrev er gitt og hva brukeren har svart, bør journalføres både i pleie- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. For å innføre denne type tiltak er det av vesentlig betydning at rutineene er forankret i ledelsen i begge tjenestene.

De aller fleste av pleierne oppga at de hadde hatt opplæring i munn- og tannstell under utdanning og halvparten mente at tann- og munnstell ble bra ivaretatt. Allikevel ønsker de mer veiledning i munnstell. Pleierne som mente de hadde best rutiner var i distriktet med dårligst BSI-skår. Dette tyder på at det kan være dårlig samsvar mellom egen oppfatning og situasjonen slik den er og viser behov for kvalitetssikring gjennom tverrfaglig samarbeid.

Mange pleiere pekte på hindringer de møtte. Eksempler på dette er:

- Hjelper de som ber om det, bruker mye tid på å overtale.
- Ikke noe problem, følger vanlige rutiner morgent og kveld.
- Hjelper de som har vedtak på morgen- og kveldsstell.
- Tror vi må være mer beviste på å spørre om brukerne trenger hjelp.
- De eldre trenger veiledning; er ikke så opplyste om tannstell.
- Tannstell bør registreres som eget tiltak fordi de aller fleste utfører dette selv, eller sier at de gjør det.

Det sentrale her ser ut til å være vedtak om hjelp til tann- og munnstell. Vedtak om hjelp til morgen- og kveldsstell oppfattes ikke av alle pleiere til også å omfatte tann- og munnstell.

Pilotprosjektet har avdekket mange utfordringer. En praktisk konsekvens er et forslag fra ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten om å prøve ut en ordning med kommunalt ansatt tannpleier for å bedre de tverrfaglige samarbeidet. Samhandlingsprosjektet finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet startet høsten 2013 i Elverum.

Konklusjon

Tannstatus har blitt bedre, men pasienter tar mer medisiner som kan påvirke salivproduksjon 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 omsorgstjenester og tannhelsetjenesten.

English summary

Seim AS, Kveen E, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T.

Patients in home-care nursing and dental health – a pilot study in Hedmark county, Norway

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 712–17.

In Norway the elderly are living at home as long as possible. Consequently many elderly receive home care services. The first aim of the study was to investigate dental health, provision of dental services, and procedures for oral care among users in home care services. The second aim was to explore the need for guidance in oral care among their nurses. 63 users of home care and 56 caregivers in Elverum municipality participated. The study consisted of a clinical examination of the users and an anonymous questionnaire survey among nurses. Forty-two percent of users had MPS > 4, indicating unacceptable oral hygiene. Sixty-seven percent used more than five medications daily, 44% reported dry mouth, 14% received help with tooth brushing, 47% were in need of dental care, and 49% went regularly to the dentist (14 public dental health services and 17 private dental practice), 49% had received information about free treatment in the public dental health service. Forty-four percent of nurses felt they needed more guidance on oral hygiene.

Conclusion: The elderly in this pilot study had substantial dental treatment needs, oral hygiene should be improved, and nurses should be given more guidance on oral hygiene.

Referanser

1. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008; 66(6): 368–73.
2. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Dental caries among the elderly in Norway. *Acta Odontol Scand.* 2004; n62: 75–81.
3. Strand GV. Tenner for hele livet Nor Tannlegeforen Tid. 2011; 121: 104–9.
4. Solemdal K. Oral health, taste and nutrition, The relationship between oral health, taste, nutrition, morbidity and mortality in acutely hospitalized elderly, PdD Thesis, Universitetet i Oslo 2012.
5. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PLoS One.* 2012; 7(5): e36557.
6. Willumsen T, Fjaera B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology.* 2010; 27: 251–7.
7. Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age Ageing.* 1999; 28: 463–8.
8. Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H, Tamura F. Relationship between nutrition status

- and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. *Geriatr Gerontol Int.* 2013; 13 : 50–4.
9. Soini H, Routasalo P, Lauri S, Ainam A. Oral and nutritional status in frail elderly. *A Spec Care Dentist.* 2003; 23: 209–15.
10. Soini H, Muurinen S, Routasalo P, Sandelin E, Savikko N, Suominen M, Ainamo A, Pitkala KH. Oral and nutritional status- Is the MNA a useful tool for dental clinics. *J Nutr Health Aging.* 2006; 10: 495–499; discussion 500–501.
11. Hämäläinen P, Meurman JH, Kauppinen M, Keskinen M. Oral infections as predictors of mortality. *Gerodontology.* 2005; 22: 151–7.
12. Meurman JH, Hämäläinen P. Oral health and morbidity—implications of oral infections on the elderly. *Gerodontology.* 2006; 23: 3–16.
13. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology.* 2012; 29: e503–11.
14. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning* 2010; 5: 100–108.
15. Lov om tannhelsetjenesten. Lovdata http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19830603-054.html&temne=tannhelsetjenest*%26 lest 6.6. 2013.
16. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist.* 1999; 19(4): 154–7.
17. Tenner for livet, Baselineundersøkelse 2, Helsedirektoratet, <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-baseline-undersokelse-nr-2/Sider/default.aspx>, lest 20.11.2013.
18. Romøren TI, Blekeseaune M. Trajectories of disability among the oldest old. *J Aging Health.* 2003; 15(3): 548–66.
19. Ekstrand KR, Poulsen JE, Hede B, Twetman S, Qvist V, Ellwood RP. A randomized clinical trial of the anti-caries efficacy of 5,000 compared to 1,450 ppm fluoridated toothpaste on root caries lesions in elderly disabled nursing home residents. *Caries Res.* 2013; 47(5): 391–8.

*Adresse: Arnhild Sunde Seim, Fylkestannlegen, Parkgata 64, 2317 Hamar.
E-post: arnhild.sunde.seim@hedmark.org*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Seim AS, Kveen E, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T. Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. En pilotstudie i Hedmark. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 712–17.*