

HOVEDBUDSKAP

- Kartlegging av tann- og munnstell på sykehjem/bo- og behandlingssentre i Buskerud viser en bedring i munnhygiene de siste 20 årene, til tross for at de som bor på institusjon blir eldre, er sykere og beholder flere egne tenner
- Forankring av folkehelsearbeid og utadrettet virksomhet i ledelsen er viktig for aksept, systematikk og kontinuitet i arbeidet
- Systematisk kartlegging av belegg- og slimhinneindeks (BSI) kan si noe om effekten samhandling mellom tjenestene har på oral helse hos eldre på institusjon
- Gode rutiner for besøk av tannhelsepersonell på institusjon med gjennomgang av samarbeidsrutiner, opplæring, veiledning og oppfølging skal føre til økt oppmerksomhet for viktigheten av tann- og munnstell, bedre tann- og munnhelse hos beboerne, og mindre behov for tannbehandling

FORFATTERE

Ewa A. Sz. Hovden, seniorforsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Eva Rydgren Krona, rådgiver. Tannhelsetjenesten, Viken fylkeskommune

Korresponderende forfatter: Ewa A. Sz. Hovden, ewah@viken.no

Akseptert for publisering 11.02.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hovden EAS, Krona ER. Belegg- og slimhinnekartlegging – et verktøy for bedre samhandling og bedre oral helse hos institusjonaliserte eldre. Erfaringene fra systematisk kvalitetsarbeid i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 252–60

Norsk MeSH: Tannhelsetjenester; Eldretannpleie; Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg; Omsorgsboliger for eldre; Plakkindeks

Belegg- og slimhinnekartlegging – et verktøy for bedre samhandling og bedre oral helse hos institusjonaliserte eldre

Erfaringene fra systematisk kvalitetsarbeid i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud

Ewa A. Sz. Hovden og Eva Rydgren Krona

Grupper av eldre i Norge har lovpålagt rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Likevel ser man både lav dekningsgrad av tannhelsetjenester og eksempler på dårlig tannhelse hos grupper av eldre som omfattes av kommunale helse- og omsorgstjenester. På tross av stort behov for tettere tverrfaglig samarbeid for å kunne ivareta god oral helse hos eldre på sykehjem og i andre boformer med omsorgsbehov, viser erfaringen at samhandling mellom de ulike tjenestene ofte er utfordrende i praksis.

Tiltaket som presenteres her, startet som et kvalitetssikringsprosjekt gjennomført i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud i 1998. Formålet med prosjektet var å etablere systematiske samhandlingsrutiner mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste, for på den måten å sikre akseptabel oral helse hos eldre på institusjoner i Buskerud fylkeskommune.

Resultatene fra prosjektet er videreført i faste rutiner for samarbeid, og viser at systematiske besøk fra tannhelsetjenesten på institusjon med opplæring, veiledning og oppfølging av de ansat-

te og av beboerne fører til bedre tann- og munnhelse hos beboerne og til bedre samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Belegg- og slimhinnekartlegging (BSI) har vist seg å være et godt arbeidsverktøy for tannhelsetjenesten i oppfølgingsarbeidet av både munnhygienestatus hos eldre i institusjon, og av opplærings- og veiledningsrutiner av de ansatte og av beboerne på institusjoner.

Populasjonen av eldre øker og mange eldre er i dag brukere av helse- og omsorgstjenester (1–2). I 2019 var om lag 37 000 personer, 67 år eller eldre, registrert som beboere på institusjon og over 109 000 personer, 67 år eller eldre, registrert som brukere av hjemmetjenester i Norge (1–3). Over 90 000 av de som bodde hjemme hadde vedtak om enten bare hjemmesykepleie, eller praktisk hjelp og hjemmesykepleie og over 30 000 av de over 67 år hadde langtidsopphold i institusjon (4). Etter lov om tannhelsetjenesten har begge gruppene rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester og regelmessig og oppsøkende tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (5). Den offentlige tannhelsetjenesten er videre forpliktet til å ha oversikt over (tann)helsetilstanden i befolkningen, til å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller via forebyggende tiltak (6). Å yte forebyggende og oppsøkende tannhelsetilbud til eldre i hjemmetjenesten og eldre på institusjon krever høy grad av samhandling med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (7), siden det er kommunen som har ansvaret for det daglige munn- og tannstell og for at brukeren får informasjonen om sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten (8).

Allerede i 1999 ble det av Statens helsetilsyn påpekt at for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeidet, er samarbeidet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten helt avgjørende (9). Siden den gang har viktigheten av samhandling blitt vektlagt i flere stortingsmeldinger (10–11) og ikke minst i samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012 (12). Ulike kartlegginger i landet viser i midlertidig at på tross av eksisterende samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenesten, er mangel på kommunikasjon og mangel på gode rutiner i praksis en barriere for god samhandling (7, 13–14).

For å sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munnstell de har behov for, har tannhelsetjenesten i tidligere Buskerud fylkeskommune (BFK) gjennom flere år arbeidet målrettet og systematisk for et velfungerende samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I perioden 1998–2001 gjennomførte den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud et tannpleierprosjekt for å bedre tannhelsen til pleietrengende eldre, kjent som «Kronaprojektet». Prosjektet som har

mottatt flere nasjonale priser («Det nytter»-pris og Zendium pris), resulterte blant annet i etableringen av forpliktende samarbeidsrutiner mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fylket og utarbeidelsen av en 3-delt målsetning for videre arbeid med gruppe C-pasienter i Buskerud. Den tredelte målsetningen hadde som fokus;

1. Eldre, langtidssyke og funksjonshemmede i Buskerud skal ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne ha sosial omgang uten plager og ikke ha smerter i munnen
2. Pleie og omsorgspersonellet i kommunen skal ha innarbeidede rutiner som gjør at munnstellet blir en del av den helhetlige pleien
3. Tiltak for å sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

For å kunne evaluere effekten av de overnevnte tiltakene og for å videreutvikle kvaliteten på samarbeidet mellom tjenestene har den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud gjennomført en systematisk kartlegging av belegg og slimhinneindeks (BSI) hos beboere på alle sykehjem/bo- og behandlingssentre i fylket. BSI kartleggingen ble gjennomført fra og med 1998 til og med 2018 (sporadisk de første årene, og systematisk hvert 3. år fra og med 2009). Kartleggingene ble gjennomført som en del av tannhelsetjenestens ordinære tilbud og resultatene presenteres i den foreliggende artikkelen.

Formål

Formålet med kvalitetsarbeidet som presenteres her var å:

1. Sikre akseptabel* oral helse til eldre beboere i institusjoner
2. Sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munnstell de har behov for
3. Sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

**Akseptabel oral helse ble definert som ingen smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, tilfredsstillende tyggefunksjon, kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.*

Metode

Utvalg

Kartleggingen av beboere i institusjoner ble gjennomført hvert 3. år fra og med 2009 av tannpleiere fra den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud.

Alle sykehjem, bo- og behandlingssentre og andre boformer som tannhelsetjenesten hadde forpliktende samarbeidsavtale med, ble inkludert i kartleggingen (ca. 50 små og store institusjoner i 21

Tabell 1: Beskrivelse av belegg- og slimhinneindeks (BSI).

Belegg (B):	B1: intet mykt belegg kan ses	B2: belegg som så vidt er synlig	B3: moderat ansamling av belegg	B4: rikelig med belegg – ikke forveksles med matrester
Slimhinne (S):	S1: normal utseende på gingiva og slimhinne	S2: mild inflammasjon; ubetydelig forandringer i farge og form av den marginale gingiva, lett rød farget slimhinne, rødfargede spyttkjertel utførsels ganger i ganen	S3: middels inflammasjon, klart rødfarge samt glatt ødematøs overflate i den marginale gingiva som blør ved sondering, påtagelig rødhet i den harde gane eller i spyttkjertel utførsels-gangene, protese gnag	S4: sterk inflammasjon, kraftig rødfarge med markant hevelse i gingiva som lett gir spontant blødning. Kraftig rødfarget og ødematøs ganeslimhinne. Proliferasjoner, hyperplasier eller blødning i slimhinne som lett brister ved f.eks. utføring/innsetning av protese

kommuner). Det ble satt et mål om at minimum 80 % av alle beboere skulle kartlegges på hver institusjon.

Kalibrering

Alle tannpleierne som skulle gjennomføre kartleggingen fikk teoretisk og praktisk opplæring i: 1. kriteriene for BSI (tabell 1) (15,16), 2. prosedyren for gjennomføring av registrering og 3. hvordan fylle ut kartleggingsskjema og oppsummeringsskjema. I etterkant av teoriundervisning ble praktisk kalibrering gjennomført på to sykehjem, hvor kartleggingsresultatene ble diskutert til full enighet om kriteriene ble oppnådd.

Det ble videre anbefalt at tannpleiere burde ha med en pleier, helst primærpleier ved undersøkelse og oppfølging, for beboernes trygghet og for veiledning og opplæring av pleierne og beboerne.

Registrering av tannstatus og belegg og slimhinneindeks

Antall egne tenner, delproteser, proteser og eventuell tannløshet ble registrert før BSI kartlegging. Rotrest som var mer enn 2 mm over gingiva, ble registrert som tann.

Belegg og slimhinneindeks (BSI) ble brukt i kartleggingen av munnhygien hos eldre i institusjon (15–16). Graden av belegg på tenner og proteser (B) og munnslimhinnenes tilstand (S) ble registrert på en skala med 4 trinn hver (tabell 1). I tilfeller der tannpleier var i tvil om belegg eller slimhinneindeks skulle registreres som 1 eller 2, eller som 2 eller 3, ble laveste verdi valgt. Ved usikkerhet om registrering mellom 3 og 4, ble høyeste verdi valgt. I tilfeller der beboerne var tannløse og uten helproteser eller der protesen ikke var i bruk, ble kun slimhinneindeks (S) registrert. BSI ble regnet ut som summen av B og S, hvor 2–4 var karakterisert som «akseptabel oral status», 5–6 som «ikke akseptabel oral status» og 7–8 som «dårlig oral status». I tilfeller der kun munnslimhinnenes tilstand (S) var registrert, ble ikke BSI regnet ut for den beboer det gjaldt.

Kartlegging av behov for hjelp til tann- og munnstell, behandlingsbehov og ambisjonsnivå

Behov for hjelp til tann- og munnstell ble kartlagt ved å vurdere om pasienten klarer munnstell selv, får hjelp eller trenger hjelp.

Tannbehandlingsbehov ble registrert etter fire ulike vurderinger:

1. Regelmessig tilsyn, vanlig innkalling (recall)
2. Trenger behandling innen 2 måneder
3. Trenger behandling innen 2 uker
4. Trenger akuttbehandling

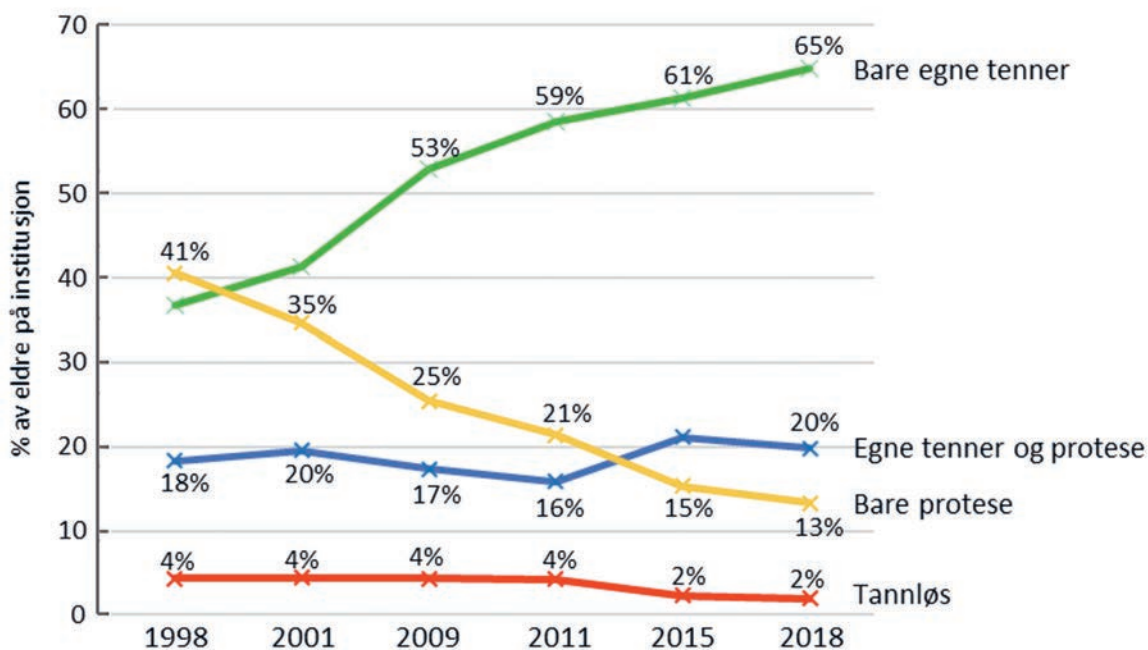
Pasientens evne til å kunne motta og ha nytte av tannbehandling ble vurdert basert på medisinsk status på en skala fra 1 til 4 hvor:

1. Dårlig medisinsk status: Målet er å unngå smerte og eliminere infeksjonstilstand i munnhulen som kan påvirke beboers allmenntilstand, målet er å lindre
2. Mindre god medisinsk status: Man aksepterer at relativt grave sykdomssymptom forekommer, også at disse langsomt forverres. Men ikke at akutt smerte eller akutt infeksjon oppstår. Målet er å utsette
3. Akseptabel medisinsk status: Målet er å opprettholde en relativt god oral helse. Mindre symptom på sykdom kan aksepteres, men ikke at disse symptomene forverres. Målet er å bevare
4. Høy medisinsk status: Målet er god oral helse. Beboer skal ha full behandling. Symptom på sykdom skal ikke aksepteres. Målet er å forbedre

Tiltak og oppfølging etter BSI-kartlegging

BSI gjennomsnittet ble regnet ut for hver kartlagt institusjon og kartleggingsresultatene ble presentert enten på institusjons-, kommune- eller fylkesnivå.

BSI kartleggingen ble brukt for å kvalitetssikre tannhelsetjenestens tilbud til eldre på institusjon og for å kvalitetssikre samhandlingen mellom tjenestene. Alle kommunene i Buskerud fikk brev med informasjon om planlagt BSI kartlegging i forkant av kartleggingen og brev med BSI resultater for alle institusjoner i hele



Figur 1. Prosentvis fordeling av eldre på institusjon med «bare egne tenner», «egne tenner og protese», «bare protese» og «tannløs» kartlagt i Buskerud fylkeskommune i perioden mellom 1998 og 2018.

fylke når kartleggingen var ferdig. I tilfeller der kartleggingsresultatene var dårligere enn ved sist kartlegging, ble mulige årsaker til dette diskutert i møter med sykehjemmet, og på møter med ledelsen i kommunen. Ledelsen i kommunen kunne være helse- og omsorgsleder, kommunalsjef/-direktør eller andre med ansvar.

Resultatene fra BSI kartleggingen ble presentert på ledermøter og på klinikkmøter for den offentlige tannhelsetjenesten. Informasjon om resultatene ble også formidlet til fylkeslegen, Undervisningssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), pensjonistforeninger og eldrerådet i Buskerud fylkeskommune.

Statistikk

Resultatene fra kartleggingen presenteres som frekvensfordelinger på fylkesnivå for hvert tidspunkt (år). Data ble behandlet og analysert ved hjelp av SPSS statistikkprogram. Chi-square test for trend ble brukt til å se på om forskjeller i BSI trenden ved de ulike tidspunktene var statistisk signifikante. Forskjeller ble ansett å være statistisk signifikante hvis $p < 0,05$.

Etikk

Resultatene som presenteres her er en del av kvalitetsutviklingsarbeidet i Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF (fylkeskommunale foretak). Jevnlig kartlegging på sykehjemmene var bestemt av ledergruppen i tannhelsetjenesten.

Som en del av kvalitetsutviklingsarbeidet i tannhelsetjenesten ble alle beboere som hadde takket ja til tannhelsetjenestens tilbud inkludert i kartleggingen, hvis de samtykket til det på kartleggingsdagen. Kartleggingen ble utført etter avtale- og i nært samarbeid med de ansatte på institusjonene.

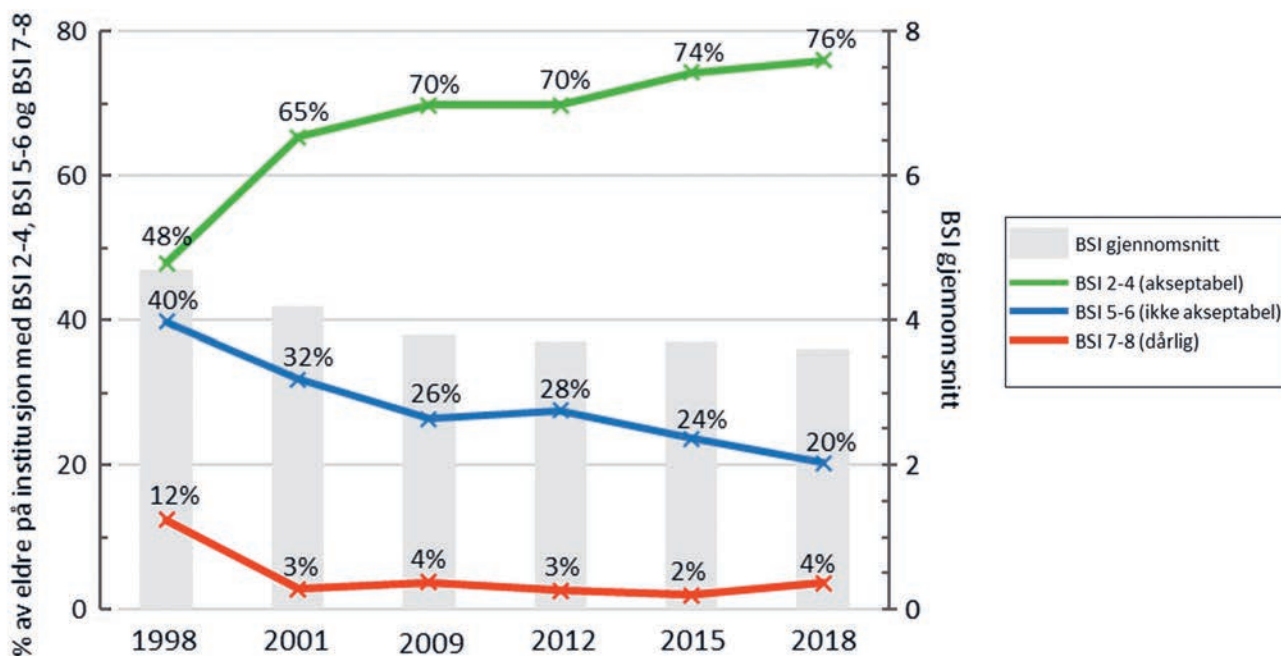
Kartleggings skjemaene som ble brukt, ble makulert etter hver endt kartlegging. Ingen personopplysninger er samlet inn eller analysert. Resultatene presenteres kun på et populasjonsnivå.

Resultater

Flere eldre på institusjon beholder sine egne tenner

Kartleggingen gjennomført i Buskerud fra 1998 og fram til 2018 viser at flere og flere eldre på institusjon beholder sine egne tenner. I 1998 hadde 37 % av de kartlagte ($n=1855$) «bare egne tenner» sammenliknet med 65 % i 2018 ($n=1402$) (figur 1). I tillegg var 4 % tannløse i 1998 sammenliknet med 2 % i 2018 (figur 1).

Fra 2015 ble kartleggingen av antall tenner, delt inn i de som har «mindre enn 10 tenner», «mellom 10 og 20 tenner» og «flere enn 20 tenner». Det var 25 % (286) som hadde «mindre enn 10 tenner», 32 % (359) hadde «mellom 10 og 20 tenner» og 43 % (484) hadde «mer enn 20 tenner» i 2015. I 2018 hadde så mange som 48 % (566) «mer enn 20 tenner», mens færre, 21 % (255) hadde «mindre enn 10 tenner».



Figur 2. Kartlagt i Buskerud fylkeskommune i perioden mellom 1998 og 2018.

Flere eldre på institusjon har bedre belegg- og slimhinnestatus (BSI) i 2018 enn i 1998

BSI-gjennomsnittet på de kartlagte eldre på institusjon minker signifikant ($p < 0,05$) fra 1998 (BSI=4,7) til 2018 (BSI=3,6) (figur 2). Videre ser vi at hele 76 % av beboere på sykehjem har akseptabel belegg- og slimhinnestatus i 2018 (BSI 2–4), sammenliknet med kun 48 % med samme BSI score i 1998. Det er dobbelt så mange eldre (40 % vs. 20 %) med ikke akseptabel status og 3 ganger så mange eldre (12 % vs. 3 %) med dårlig BSI i 1998 sammenliknet med 2018. Det er registrert dobbel så mange brukere (fra 2 % til 4 %) med BSI score 7–8 i 2018 sammenliknet med 2015.

Mange eldre på institusjon trenger hjelp med det daglige tann- og munnstell

Behandlingsbehov og behov for hjelp ble målt første gangen i 2009 og videre i 2012, 2015 og 2018. Resultatene viser at i 2009 fikk 53 % av eldre på sykehjem hjelp med tann- og munnstell, 31 % utførte tann- og munnstell selv mens 16 % hadde behov for hjelp (tabell 2). Tallet på eldre som fikk hjelp med tann- og munnstell gikk ned til 43 % i 2018, mens tallet på de som hadde behov for hjelp økte til 24 %.

Vurdering av behandlingsbehov var kategorisert ved hjelp av to behandlingsindekser, A og B, hvor A beskriver pasientens tannbehandlingsbehov og B beskriver pasientens evne til å gjennomføre og ha nytten av behandlingen. Resultatene viser at det i 2009 var

88 % av de kartlagte eldre som hadde «regelmessig tilsyn med vanlig innkallingsintervaller» (tabell 3). I 2018 var denne gruppen oppe i 91 %. Videre var det i 2009 10 % eldre med «behandlingskrevende tilstander, som bør behandles innen to måneder» sammenliknet med 6 % i 2018. Det var flere eldre med «grav behandlingskrevende tilstand, som bør behandles innen 2 uker» i 2018 (2,5 %) enn i 2009 (1,5 %), mens behov for akutt tannbehandling var på 0,5 % både i 2009 og 2018.

Tiltak for systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenestene etter BSI-kartlegging

For å oppnå det tredelte formålet med kvalitetsarbeidet ble ulike tiltak implementert (tabell 4). I de skriftlige samarbeidsavtalene forpliktet både tannhelsetjenesten og kommunene (institusjonene og hjemmesykepleiedistriktene) seg til å gjennomføre forpliktende

Tabell 2: Behov for hjelp til tann- og munnstell.

År	Klarer munnstell selv % (n)	Får hjelp % (n)	Trenger hjelp % (n)
2009	31 % (437)	53 % (741)	16 % (218)
2012	30 % (395)	49,5 % (648)	20,5 % (267)
2015	26 % (351)	48 % (657)	26 % (349)
2018	33 % (459)	43 % (604)	24 % (339)

Tabell 3: Innkallingsintervaller basert på behandlingsbehov og ambisjonsnivå for behandling.

Behandlingsbehov				
År	Recall % (n)	2 mnd % (n)	2 uker % (n)	Akutt % (n)
2009	88 % (1238)	10 % (137)	1,5 % (23)	0,5 % (7)
2012	88 % (1153)	8 % (107)	3 % (35)	1 % (16)
2015	90 % (1222)	8 % (104)	1,5 % (22)	0,5 % (7)
2018	91 % (1284)	6 % (78)	2,5 % (35)	0,5 % (7)
Ambisjonsnivå på behandlingen				
År	Lindre % (n)	Utsette % (n)	Bevare % (n)	Forbedre % (n)
2009	5 % (66)	11,5 % (161)	79 % (1108)	4,5 % (61)
2012	7 % (91)	5 % (64)	82 % (1072)	6 % (84)
2015	5 % (71)	7 % (87)	84 % (1137)	4 % (59)
2018	4 % (56)	6 % (79)	88 % (1237)	2 % (30)

Tabell 4: Tiltak for å sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

- Skriftlige avtaler basert på lovgrunnlag og offentlige føringer med klare mål for samarbeidet og klar ansvarsfordeling
- Kontaktpersoner
- Erfaringsutveksling
- Rapportering
- Forpliktende samarbeid med faste møter, oppfølging og tilbakemeldinger
- Innarbeidede rutiner for undervisning/veiledning gitt av tannhelsepersonell til pleiepersonell
- Undersøkelse og veiledning av beboer, gitt av tannhelsepersonell alltid sammen med pleier
- Innarbeidede rutiner hos pleie- og omsorgspersonellet i kommunen som gjør at daglig munnstellet blir en del av den helhetlige pleien.
- Systematisk BSI kartlegging av beboere som en del av tannhelsetjenestens tilbud

samarbeidsmøter en eller to ganger i året. Samarbeidet skulle ha klare mål og klar ansvarsfordeling (tabell 4 og tabell 5) . Det ble oppnevnt faste kontaktpersoner i begge tjenester.

Etter gjennomført BSI kartlegging fikk alle sykehjem og avdelinger tilbakemeldinger om egne resultater, sammenlignet med gjennomsnittet for fylket. Basert på resultatene fra BSI-kartleggingen har tannhelsetjenesten i Buskerud laget systematiske planer for besøk på institusjoner.

Det ble bestemt at tannpleier skal være til stede på sykehjemmene minimum 4 ganger per år, og utover det bør hyppigheten bestemmes basert på antall beboere, antall beboere med egne tenner og BSI-resultatet. Ved besøkene skal tannpleieren gi veiledning til

pleiere og beboere i for eksempel børsteteknikk for de som trenger hjelp, hvordan veilede de som vil-, og kan pusse selv og opplæring av nyansatte og ferievikarer. Tannpleier skal også ha kontroll på de med egne tenner, følge opp rutiner for tann- og munnstell og diskutere tann- og munnstellplaner for nye beboere .

Diskusjon

Data som presenteres her er et resultat av et kvalitetsutviklingstiltak gjennomført i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud gjennom flere år. BSI, belegg- og slimhinneindeks har vært jevnlig brukt på alle sykehjem/bo- og behandlingssentre i Buskerud siden 1998, som en del av tannhelsetjenestens tilbud, for å sikre at beboere i in-

Tabell 5: Ansvarsfordeling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten: ansvar for å følge opp og ivareta daglig munnhygiene, formidle tilbud om tannhelsetjenester til brukerne og gi tilbakemelding til tannhelsetjenesten

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten: ansvar for å gi opplæring og veiledning til brukere og pleiepersonell, å undersøke og gi nødvendig behandling og å gi tilbakemelding til brukere og helse- og omsorgstjeneste

stusjon får det tann- og munnstell de har behov for, og for å utvikle kvaliteten på samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Resultatene presenteres på populasjonsnivå og derfor gjenspeiler kun et øyeblikksbilde uten å ta hensyn til mulige påvirkningsfaktorer (ulike brukere fra gang til gang, variasjon i generell helsestatus på gruppen osv). Øyeblikksbildet tar heller ikke hensyn til hvor lenge siden brukere hadde vært hos tannlege og om pasienten er under behandling eller ferdigbehandlet.

Materialet er likevel enestående i den forstand at det på landsbasis finnes lite systematisk innhentede tannhelsesdata, spesielt samlet over tid (prospektive data) i den samme populasjonen. På tross av at den enkelte beboers orale helsestatus og behandlingsbehov ikke nødvendigvis er den samme i løpet av en 3-års periode, kan dataene presentert her vise klare trender i den orale helsetilstanden på populasjonsnivå. Den systematiske kartleggingen har derfor vært nyttig i avdekking av om samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene fungerer eller ikke fungerer. På denne måten kan tiltak iverksettes på institusjonsnivå, så beboere på institusjoner får ivarettatt tann- og munnhelse som en del av helse og velvære.

BSI data

Belegg- og slimhinne indeks, BSI, har av flere blitt benyttet i kartlegging av oral munnhygiene og resultatene viste at hele 40 % av beboere på institusjoner hadde BSI på over 5, dvs. ikke akseptabel oral helsestatus (17–20). Det er flere faktorer som kan ha innvirkning på den dårlige orale munnhygien hos eldre. En årsak kan være kognitiv svikt, og at det derfor er mange eldre på sykehjem som er avhengig av hjelp til grunnleggende behov, som mat og drikke samt daglige hygienerutiner inkludert munnstell. Vi vet at det er stor variasjon i munnhygienerutiner ved ulike institusjoner i landet (21). Manglende hjelp til tann- og munnstell kan skyldes både mangel på tid og ressurser, samt manglende kunnskap hos omsorgspersonellet. Et viktig effektmål i arbeidet gjennomført i Buskerud var derfor ikke bare å kartlegge BSI, men også følge opp de ansatte i institusjon både før og etter BSI-kartleggingen.

BSI-kartleggingen gjennomført i Buskerud viser en signifikant bedring i munnhygiene de siste 20 årene, til tross for at de som bor på institusjon blir eldre, er sykere og beholder flere egne tenner (22–23). Dette kan tyde på at gode rutiner for besøk av tannhelsepersonell på institusjon med gjennomgang av samarbeidsrutiner, opplæring, veiledning og oppfølging av brukernes BSI status fører til bedre tann- og munnhelse hos beboerne, og mindre behov for akutt tannbehandling.

Systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Resultatene fra det systematiske kvalitetsarbeidet gjennomført i Buskerud viser at det ikke bare er viktig å ha forpliktende samarbeidsavtaler på overordnet nivå, men at det er viktig å ha gode årsplaner og regelmessige møter mellom tannpleierne, ansatte og beboere på institusjoner. Som tannhelsepersonell er det viktig å være ute på avdelingene, og møte helsepersonell og beboere på «deres arena». Tilstedeværelse gir muligheten til å observere hvordan munnstellet gjennomføres for de ulike beboere, hva som er utfordringer og hva de har av hjelpemidler. Det er lettere å veilede pleiepersonell og beboere, hjelpe til med praktisk tilrettelegging, informere om relevante hjelpemidler, midler mot munntørrehet o.l., instruere i hvordan man pusser tenner på andre, samt veilede og følge opp de som vil-, og kan pusse selv. Det er også viktig å sørge for at vann som tørstedrikk er et alternativ på avdelingen. I tillegg kommer jevnlig kontroll av de som har egne tenner og oppfølging av systemer og rutiner for tann- og munnstell. Det er viktig å bli kjent og være en som helsepersonellet er trygge på og har tillit til. Tannhelsepersonellet skal være en konsulent – ikke en kontrollør.

BSI har vist seg å være et nyttig verktøy i arbeidet med å sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munnstell de har behov for, og sikre systematisk samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Erfaringene viste at ved å bruke BSI som måleverktøy var det lettere å følge opp de ulike institusjonene og å sette i gang med målrettede tiltak. BSI ble aktivt brukt i møter mellom tjenestene. Ved å bruke BSI-resultater på møter med institusjonene, hadde tannhelsetjenesten et verktøy som viser ivaretagelsen av munnhelsen til beboere. Beboere som skårte dårlig fikk ekstra oppfølging både fra tannhelsetjenesten og fra helse- og omsorgstjenesten. BSI kartleggingen ble brukt for å planlegge og vurdere når og hvordan hjelp til tann- og munnstell bør settes inn som en del av daglig pleie, og var ikke minst viktig for tannpleiere i samarbeidet med institusjonene, for å vurdere frekvens på besøk fra tannhelsetjenesten per år. For begge parter er det en fordel å lage en årsplan, det skaper forutsigbarhet og gjør det enklere for institusjonen å ha personell som kan følge tannpleier til beboere. Det er viktig med rapporteringsrutiner for å sikre at avtaler blir fulgt opp.

Viktige erfaringer for å lykkes i arbeidet:

- Forankring i ledelsen
- Tydelige og forpliktende samarbeidsavtaler
- Arbeidet må drives i hele organisasjonen
- Kompetanseløft – opplæring og veiledning
- Forpliktelse og engasjement/involvering

- Tilslutning til generelle helsemål
- Synliggjøring av det positive
- Erfaringsutveksling
- Ansvarsklargjøring
- Involvering av begge tjenester på lik linje /likeverdige partnere

Konklusjon

Erfaringene fra Buskerud fylkeskommune viser at det kreves høy grad av systematikk og samhandling for å oppfylle intensjonene

i helselovgivningen, slik at de som trenger det får et godt/tilpasset tannhelsetilbud, både fra kommunens side og fra tannhelsetjenesten. BSI har vist seg å være et godt verktøy til bruk i dette arbeidet. Likevel er det viktig å understreke at det fremdeles er stort behov for flere kvalitetsutviklingsprosjekter i den offentlige tannhelsetjenesten som både ser på effekt og evaluerer ulike tiltak.

REFERANSER

1. Tønnesen M, Sysse A, Aase KN. Befolkningsframskrivninger 2014–2100: Hovedresultater. Statistisk sentralbyrå. Økonomiske analyser 4/2014
2. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Befolkning, etter alder, statistikkvariabel og år. Tabell 07459.
3. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Omsorgstjenester – brukere, etter alder, region, tjenestegrupper, statistikkvariabel og år. Tabell 12003.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester. Brukarar av omsorgstjenester per 31.12., etter alder, tenestetyp, statistikkvariabel og år. (F) 2007–2019. Tabell 06969.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) (LOV-1983–06–03–54).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011–06–24)
7. Hovden E, Rydgren Krona E, Disch PG. Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 03/2017. <http://hdl.handle.net/11250/2444207>
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011–06–24–30).
9. Statens helsetilsyn. Tenner for livet -Helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledningsserie 1: 1999. IK-2659 (1999).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning— Framtidas tannhelsetjenester. St.meld.nr 35. (2006–2007)
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014–2015).
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
13. Karlsen LS, Krona ER. Evaluering av folkehelseprosjekt/ tiltak i den offentlige tannhelsetjenesten. Rapport 2013. <https://www.tkost.no/rapport-om-evaluering-av-folkehelseprosjekt-i-den-offentlige-tannhelsetjenesten.5386107-461690.html>
14. Forren KL, Hovden E, Ansteinsson V, Kalland B, Søbørg HA. Kommunal tannpleier- samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten. Samarbeidsprosjekt mellom Hamar kommune og Tannhelsetjenesten Hedmark. Prosjektrapport 2018. <http://medlemssiden.tannpleier.no/kunnskap/fagstoff/prosjektrapport-2018-kommunal-tannpleier-hamar-hedmark/>
15. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist* 1999; 19: 154–7.
16. Gerodontologisk seksjon, Klinikk for oral kirurgi og oral medisin. BSI. Belegg- og slimhinneindeks. Kriteriebeskrivelse. Oslo: Universitetet i Oslo; 1995.
17. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraete J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 2124–30.
18. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Laake K, Axéll T. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care. *Spec Care Dentist* 2004; 24: 254–9.
19. Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 268–73.
20. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. *Gerodontology.* 2012 Jun; 29(2): e420–6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x.
21. Diep MT, Sødal ATT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH. Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere. *Nor Tannlegeforen Tid* 2018; 118: 694–9.
22. Haugejorden O, Klock KS, Åstrøm AN, Skaret E, Trovik TA. Socio-economic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults-an analytical study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36: 269–78.
23. 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: 368–73.

ENGLISH SUMMARY

Hovden EASz, Krona ER.

Mucosal-plaque index (MPS) – a tool for increased collaboration and improved oral health in institutionalized elderly.

The experiences from systematic quality work in the public dental health service in Buskerud.

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 252–60

Elderly in Norway, who live at institutions or receive home nursing care for more than three months have a statutory right to free of charge public dental treatment. Nevertheless, one sees both low percentage of elderly under public dental supervision (especially elderly in home nursing) and examples of poor oral health among elderly receiving municipal care services. Maintenance of good oral health is especially important in elderly and long-term sick and disabled persons as oral diseases can lead among others to severe pain, negative effects on nutrition, aspiration pneumonia and premature death.

In Norway, the public dental service is organized at the county level, while homecare service is organized at the municipal level. Such a system where institutions on different administrative levels (county and municipal) are responsible for the same patient requires high degree of collaboration. Experience shows that collaboration can be a major challenge in practice.

The present study started as a quality work carried out in the public dental health service in Buskerud from 1998 until 2018. The purpose of the work was to establish systematic collaboration routines between municipal health care service and county public dental health service, in order to ensure acceptable oral health in the institutionalized elderly.

The project resulted in implementation of systematic routines for collaboration, such as regular training, guidance and follow-up of the employees and the older residents at municipal institutions. Furthermore, mucosal-plaque index (MPS) proved to be a useful tool in determining if the implemented quality measures works and in ensuring that institutionalized elderly get the oral care they need and thus get the acceptable oral health.